

**ANESTESISJUKSKÖTERSANS  
UPPLEVELSE AV ATT  
MEDVERKA I ETT  
TRAUMATEAM**

En intervjustudie

**NURSE ANESTHETIST'S  
EXPERIENCE OF  
PARTICIPATING IN A TRAUMA  
TEAM**

An interview study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin 2019

Författare: Charlotte Hansson  
Ida Jensen

## SAMMANFATTNING

Titel: Anestesisjuksköterskans upplevelse av att medverka i ett traumateam

Författare: Hansson, Charlotte; Jensen, Ida

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Examensarbete i omvårdnad 15 hp – anestesisjuksköterska, OM860U

Handledare: Westin, Lars

Examinator: Svanström, Rune

Sidor: 26

Nyckelord: Anestesisjuksköterska, ATLS, teamarbete, traumaomhändertagande, upplevelse

---

**Bakgrund:** I det akuta skedet kräver svårt skadade traumapatienter omhändertagande av ett interprofessionellt team med flera specialiteter. Anestesi är en av dessa och utgörs av anestesiläkare och anestesisjuksköterska vars primära uppgift är att upprätthålla fri luftväg. För att kunna göra ett gott arbete för patienten krävs att anestesisjuksköterskan är flexibel, stresstålig och har lätt för att samarbeta i nya arbetskonstellationer. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskans upplevelse av att medverka i ett traumateam. **Metod:** En kvalitativ metod valdes och data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Åtta intervjuer hölls med anestesisjuksköterskor från ett mindre och ett medelstort sjukhus i västra Sverige. Datamaterialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre teman *Att kunna arbeta i ett team*, *Att vara närvarande i mötet med patienten* och *Att invänta- genomföra- och avsluta vårdandet*. Dessa delades in i ytterligare nio subteman. **Konklusion:** För att kunna bedriva effektiv och patientsäker vård krävs ett gott samarbete inom traumateamet. Samarbete främjas av tydligt ledarskap och god kommunikation. ATLS och tydlig arbetsfördelning är nödvändigt för att göra rätt bedömningar och sätta in relevanta åtgärder i det akuta läget. Det upplevs värdefullt att skapa en vårdande relation med patienten. När en vårdande relation etableras upplevs patientens oro och ångest minska.

## ABSTRACT

Title: Nurse Anesthetist's experience of participating in a traumateam

Author: Hansson, Charlotte; Jensen, Ida

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS  
ECTS

Supervisor: Westin, Lars

Examiner: Svanström, Rune

Pages: 26

Keywords: ATLS, experience, Nurse Anesthetist, teamwork, trauma care

---

**Background:** In the critical phase, seriously injured trauma patients require the care of an interprofessional team. Anesthesia is one of the specialties and consists of anesthesiologist and nurse anesthetist whose primary task is to maintain free airway. In order to be able to do a good job for the patient, the nurse anesthetist must be flexible, stress-resistant and easy to collaborate in new work constellations. **Aim:** The aim of the study was to describe the experiences of nurse anesthetist's participating in a traumateam. **Method:** A qualitative method was selected and data was collected through semi-structured interviews. Eight interviews were conducted with nurse anesthetists from a smaller and a medium-sized hospital in western Sweden. The data was analyzed with a qualitative content analysis. **Results:** The analysis resulted in three themes *Being able to work in a team*, *Being present in the meeting with the patient* and *Await, conduct and finalize the care of the patient*. These were further divided into nine sub-themes. **Conclusion:** In order to be able to provide effective and patient-safe care, good collaboration within the trauma team is required. Collaboration is promoted by clear leadership and good communication. ATLS and a clear division of labor is necessary to make the right assessments and to put relevant measures in the emergency situation. It is valuable to establish a caring relationship with the patient. When such relationship is established, the patient perceive a decrease in anxiety and concern.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Anestesisjuksköterskans yrkesroll .....	1
Trauma .....	2
Teamarbete vid traumavård .....	2
Kommunikation .....	4
Vårdande relation .....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
SYFTE .....	6
METOD .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	9
RESULTAT .....	10
Att kunna arbeta i ett team .....	10
Att arbeta strukturerat .....	11
Att ha en tydlig arbetsfördelning .....	11
Att någon leder arbetet .....	12
Att kunna kommunicera .....	12
Att vara närvarande i mötet med patienten .....	13
Att kunna se patienten som en individ .....	13
Att kunna förmedla trygghet .....	14
Att invänta- genomföra- och avsluta vårdandet .....	14
Att invänta det okända .....	14
Att ställas inför utmaningar .....	15
En känsla av tomhet och behov av eftertanke .....	16
DISKUSSION .....	17
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	18
Konklusion .....	21
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet .....	22
REFERENSER .....	23

## BILAGOR

1. Brev till verksamhetschef
2. Brev till enhetschefer
3. Brev till informanter
4. Intervjuguide

# INLEDNING

Människor världen över blir i olika stor omfattning utsatta för kroppsskador som kräver sjukvård. I Sverige går sådan typ av sjukvård under benämningen traumavård. Traumavård utförs i team där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från olika professioner ingår. Anestesi är en av professionerna och utgörs av anestesiläkare och anestesijuksköterska vars primära arbetsuppgift är att upprätthålla fri luftväg. Socialstyrelsen (2015) fick i samband med terrorattentatet på Utöya i Norge 2011 se över rutiner och arbetssätt då skillnader sågs i hur traumavård utövades mellan olika landsting. Målet var att landstingen skulle arbeta likvärdigt efter utarbetade handlingsplaner och rutiner i syfte att kvalitetssäkra samarbetet mellan sjukhusen. Bra samarbete och tydlig kommunikation inom och mellan traumateam har visat sig nödvändigt för att kunna erbjuda traumapatienter vård av hög kvalitet och ökad chans till överlevnad. När svårt skadade traumapatienter är på väg in till sjukhuset går larm ut till de som ingår i teamet. Bland annat till den tjänstgörande anestesijuksköterska som bär sökaren. När larmet går tvingas anestesijuksköterskan lämna sin arbetsplats för att verka i en ny konstellation av medarbetare vilket kan upplevas utmanande. Därför vore det intressant att få en djupare förståelse för hur anestesijuksköterskor upplever sin medverkan vid traumaomhändertagande.

# BAKGRUND

## Anestesisjuksköterskans yrkesroll

I Sverige definieras anestesijuksköterska som en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anesthesiavård. Sedan 1956 har anestesijuksköterskor utbildats i Sverige för att på ett självständigt sätt, och med ett eget yrkesansvar ge narkos (Gran Bruun, 2013). Anestesisjuksköterskan inducerar, underhåller och avslutar generell anestesi med visst stöd av anesthesiolog. Den internationella benämningen för anestesijuksköterska är "Nurse Anesthetist" (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012).

Anestesisjuksköterskan arbetar vanligtvis på en operationsavdelning, men kan även vara verksam på pre- och postoperativa avdelningar, smärtbehandlingsenheter, prehospital vård, röntgenavdelningar och vid transport av svårt sjuka patienter mellan sjukhus (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012). På sjukhus ingår de i olika former av larmverksamhet. När anestesijuksköterskan ingår i traumalarmverksamhet innebär det att de tillkallas till akutmottagningen när ambulansen är på väg in med en patient som varit utsatt för trauma som potentiellt sett kan orsaka sviktande vitalparametrar (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), 2016). Anestesisjuksköterskans primära uppgift i akuta situationer är att bedöma, etablera och upprätthålla fri luftväg. Vidare ansvarar anestesijuksköterskan för att övervaka och följa upp ventilation, cirkulation, administrera anestesiläkemedel vid behov samt följa upp effekten av dessa. Till professionen hör även att

vid akuta situationer kunna hantera, prioritera och ta snabba beslut (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård, 2012).

## **Trauma**

Den svenska sjukvården är idag uppdelad i 21 regioner och landsting där varje enskilt landsting enligt lag är skyldig att ha beredskap och kompetens om allvarlig händelse eller olycka inträffar (SFS 2017:30). Inom akutsjukvård är traumapatienter vanligt förekommande. Med trauma menas att kroppen varit utsatt för högenergetiskt våld som har eller kan utveckla livshotande skador (Wikström, 2018). Handläggning av en svårt skadad patient skall omfatta en snabb värdering av samtliga skador som patienten ådragit sig med samtidigt insättande av livräddande behandling. Tidsfaktorn är av största betydelse och avgör många gånger hur utgången blir för patienten. Därför är ett strukturerat och systematiskt handlingsätt nödvändigt. Det har under senare år arbetats fram principer för ett effektivt omhändertagande av traumapatienter baserade på kunskap inom patofysiologi och skademekanismer (Vikström, 2014). Dessa principer har sammanfattats och tydliggjorts i ett systematiskt omhändertagandeprogram Advanced Trauma Life Support (ATLS). Principerna utgår från att man på ett systematiskt sätt arbetar enligt ABCDE-modellen vars utgångspunkt är att olika skador och tillstånd hotar livet i en viss kronologisk ordning (Wikström, 2018).

Anestesisjuksköterskan ansvarar för A och B. A står för airway som betyder luftväg. Att skapa och upprätthålla fri luftväg prioriteras alltid högst vid omhändertagande av traumapatienter. En obstruerad luftväg är direkt livshotande. Först när fri luftväg är etablerad går man vidare till B som står för breathing och betyder andningsfunktion. Det innefattar bland annat att observera bröstkorg och andningsrörelser för att snabbt upptäcka tillstånd som hotar adekvat gasutbyte, d v s. att lungorna av någon anledning inte kan transportera syre till blodet och vidare till kroppens organ (Vikström, 2014).

## **Teamarbete på traumasal**

Samverkan i team är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Berlin, 2013). Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) definierar team som en liten arbetsgrupp med olika ingående kompetenser som samverkar med varandra för att tillsammans nå ett gemensamt mål. I ett traumateam ingår personal från flera olika professioner: kirurg- ortoped- och anestesiläkare, akut- och anestesisjuksköterska samt akutundersköterska (Wikström, 2018). Vikten av ett fungerande teamarbete är av högsta betydelse. Teamarbete inom operativ verksamhet och traumaomhändertagande utgörs framförallt av parallellt teamarbete. Parallellt teamarbete innebär att varje deltagare har en specifik arbetsuppgift som utförs parallellt med övriga teamets arbetsuppgifter, utan att samtidigt se helheten fullt ut. I traumaomhändertagande krävs det att teamarbetet ser ut på det här sättet för att utnyttja varje enskild deltagares unika kompetens. Anestesisjuksköterskan och anesthesiologen är de som kan hantera och säkra luftvägen och arbetsuppgifterna kan därför inte utföras av någon annan (Berlin, 2013).

För att bygga upp teamets samarbetsförmåga måste teamet tränas främst i icke-tekniska färdigheter så som kommunikation, ledarskap och beslutsfattande (Sharp, 2012). Olyckor och misstag inom sjukvården kan ofta härledas till den mänskliga faktorn och ett icke fungerande teamarbete. Detta sågs även inom flygindustrin vilket resulterade i att det under 1970-talet arbetades fram ett nytt träningsprogram, Crew Resource Management (CRM) vars syfte var att piloten och övrig besättning fick träning i icke-tekniska färdigheter för att få teamet att agera korrekt i akuta- och icke akuta situationer. Under 1990-talet applicerades CRM även inom sjukvården i syfte att reducera misstag och därmed öka patientsäkerheten. Att arbeta med svårt skadade traumapatienter utgör en högriskorganisation där snabba beslut måste fattas i en stressig arbetsmiljö. Därför är traumavård ett av de områden inom vården där CRM utövas. Eftersom CRM används inom olika organisationer finns inget standardiserat träningsprogram, men grundkomponenterna är situationsmedvetenhet, kommunikation, beslutsfattande, ledarskap, stressfaktorer, kritisk granskning och konflikthantering (Sharp, 2012). Vid utvärdering av användandet av CRM i vården har det bland annat visat sig att det är av stor betydelse att teamet går igenom den information som rapporteras in från ambulansen innan patienten anländer. Detta för att kunna skapa sig en bild av patienten samt för att kunna planera och tilldela arbetsuppgifter till teamdeltagarna (Hughes et al., 2014). Inom CRM kallas detta för briefing (Sharp, 2012).

För att få till ett fungerande samarbete i ett traumateam krävs någon form av ledarskap. I traumateam finns flera potentiella ledare, men vanligast är att kirurgen intar rollen som teamledare. Det är inte ovanligt att en mindre erfaren kirurg konsulterar en mer erfaren i syfte att få vägledning och stöd i de beslut som skall fattas. Ibland kan även akutläkare vara involverade som också har utbildning i ATLS och förväntas driva arbetet med traumapatienten framåt (Vikström, 2014). Sarcevic, Marsic, Waterhouse, Stockwell och Burd (2011) har studerat olika ledarkonstellationer inom traumasjukvård och skiljer mellan ensamt och delat ledarskap. Delat ledarskap delas in i intradisciplinärt- och korsdisciplinärt ledarskap. En fördel med ensamt ledarskap är att det aldrig råder tvivel om vem som är ledaren. Det är tydligt för teamdeltagarna vem de skall vända sig till. En nackdel kan vara att ledaren känner sig ensam i sitt beslutsfattande och ofta tar det säkra före det osäkra och ordinerar prover och undersökningar som i efterhand anses överflödiga. Intradisciplinärt ledarskap utgörs av att flera läkare inom samma disciplin agerar ledare. Det är en ledarkonstellation som sällan upplevs problematisk för teamdeltagarna eftersom den mest erfarna läkaren oftast håller sig i bakgrunden och endast kliver in vid behov. Det uppstår därför sällan otydlighet vem som är ledaren. Korsdisciplinärt ledarskap är när läkare från olika discipliner leder arbetet. När korsdisciplinärt ledarskap upplevs positivt beror det på att samarbetet mellan disciplinerna fungerar bra. De känner förtroende för varandras discipliner och resonerar och samtalar inför varje beslut. Sämre upplevs det när det uppstår meningsskiljaktigheter. Då förmedlas olika direktiv vilket gör det svårarbetat för teamet då de inte vet vems resonemang de skall lyssna på (Sarcevic et al., 2011).

Bristande kommunikation har visat sig vara en stor bidragande faktor att misstag sker inom sjukvården. För att undvika misstag inom traumateam behöver kommunikationen vara tydlig, relevant och direkt för att kunna fungera optimalt (Vårdhandboken, 2018).

## **Kommunikation**

Kommunikation kommer från det latinska ordet *communicare* och betyder ”göra något gemensamt, göra någon annan delaktig i, ha förbindelse med”. Mycket enkelt förklarat kan kommunikation beskrivas som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter (Eide & Eide, 2009). Kommunikation inom sjukvård handlar mycket om att informera. Då är det viktigt att kunna anpassa hur man överför information till olika människor. Eftersom traumateamets sammansättning är olika från gång till gång beroende på vilka som är i tjänst, kan det vara svårt för teamdeltagarna att ha koll på varandras roller och kompetenser. Det kan försvåra kommunikationen och informationsöverföringen då den blir mer svårpassad (Forsberg, 2016). Forskning visar att otydlig kommunikation och informationsöverföring är i särklass den största orsaken till att patientsäkerheten hotas (Härgerstam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson & Hultin, 2013; Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Användning av standardiserade verktyg för hur kommunikationen skall ske har visats öka chansen att tillräcklig och relevant information faktiskt förmedlas samt minskar risken att viktig information glöms bort eller missuppfattas (De Meester, Verspuy, Monsieurs & Van Bogaert, 2013; Härgerstam et al., 2013). ”Closed-loop communication”, förkortas fortsättningsvis CLC, är ett kommunikationsverktyg som går ut på att säker kommunikation uppnås genom feedback. Det innebär att personen som vill kommunicera något skickar ut sitt budskap genom en så kallad ”call out”. Mottagaren bekräftar att budskapet nått fram med hjälp av återkoppling. Användandet av CLC har visat sig ha god inverkan på teamets förmåga att arbeta effektivt och fatta snabba beslut. Det har visat sig att deltagare som genomfört simulering och träning i CLC ändå har svårigheter att faktiskt använda sig av verktyget i skarpt läge. Det beror på att man som teamdeltagare blir så fokuserad på att utföra sin uppgift och därmed missar att kommunicera tillbaka. Personal med många års erfarenhet av att delta i traumateam har lättare att kommunicera och använder sig oftare av CLC (Härgerstam et al., 2013).

Forskning visar att effektiv kommunikation resulterar i säker och tidseffektiv vård av traumapatienter (Vikström, 2014). Simuleringsövningar där fokus läggs på kommunikation har visat sig betydelsefulla eftersom deltagarna ges möjlighet att granska sin egen och andras kommunikativa insats under övningen, för att sedan utvärdera hur den påverkade vården av patienten i sin helhet (Wisborg, Castren, Lippert, Valsson & Wallin, 2005). Trots det framkommer det att personal som deltar i traumateam allt för sällan erbjuds utbildning och träning i kommunikation (Raley et al., 2017).

## **Vårdande relation**

I omhändertagandet av patienter som varit utsatta för trauma är fokus riktat på att rädda liv. Samtliga i traumateamet fokuserar på att finna och åtgärda livshotande avvikelser och i och med det riktas ett stort fokus på vitalparametrar, provsvar och röntgenbilder (Wikström, 2018). Då finns en risk att patienten behandlas som ett objekt snarare än en individ. Här måste den medicinska vetenskapen även ge plats för vårdvetenskapen.

En central del i vårdandet är mötet och relationen mellan vårdpersonal och patienter. Detta har utvecklats och beskrivits inom vårdvetenskapen. Enligt Eriksson (1994) har begreppet



vård uppkommit i syfte att lindra lidande hos en människa. Begreppet vårdande relation blir därför att lindra patientens lidande genom relationen mellan patient och vårdare. Kasén (2002) menar att skapa en vårdande relation är en aktiv handling som tar sin början i vårdarens initiativ. Därför är det viktigt att vårdaren är medveten om att ansvaret ligger på denne. Redan vid det första mötet med vårdaren skapar patienten sig en uppfattning om kvaliteten på vården som ges. Därför är det viktigt att vårdaren tar sig tid och visar engagemang i första mötet med patienten (Kasén, 2002). För att ha tillgång till patientens luftvägar är anestesijuksköterskan till största del verksam vid patientens huvud. Därmed skapas goda förutsättningar för vårdaren att kommunicera med patienten och initiera en vårdande relation. När verbal kommunikation inte är möjlig på grund av medvetandesänkt patient handlar det främst om att läsa av och tolka patientens signaler. Rynka i pannan, kallsvettig hud eller stigande hjärtfrekvens är objektiv data som bland annat kan tolkas som att patienten känner smärta och kan åtgärdas med analgetika eller förändrad kroppsställning (Lunde, 2013).

Att få patienten att känna trygghet är en stor och viktig del i en vårdande relation. Trygghet främjas när vårdaren är närvarande i mötet med patienten. Närvaro kan förmedlas genom samtal, ögonkontakt och fysisk beröring (Kasén, 2002). Detta är något som utmanas i en traumalarmsituation då vårdaren många gånger tvingas prioritera medicinska åtgärder framför omvårdnadsåtgärder. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att trygghet skapas när patienten känner sig delaktig i sin vård. I akuta sammanhang när tiden är knapp menar de att delaktighet till stor del utgörs av att patienten blir uppmärksammas som person och känner sig "sedd". Information om vad som händer, och varför, bidrar också till att patienten känner sig delaktig. Om information uteblir kan handlingar och åtgärder uppfattas som obegripliga och motsägelsefulla vilket skapar otrygghet.

Traumapatienter har ofta hastigt förlorat kontrollen över sin kropp och hamnat i en beroendeställning till sjukvården. Det kan framkalla oro och osäkerhet hos patienten och en känsla av att vara utlämnad (Wiman & Wikblad, 2003). Det är genom kroppen människan har tillgång till livet, och när kroppens biologiska system hotas kan ångestfyllda tankar och känslor väckas hos patienten. Som vårdpersonal är det då extra viktigt att vara inkännande och skapa en relation till patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Dahlberg och Segesten (2010) skriver om en mellanmänsklig relation inom vården. Den grundar sig i att vårdpersonal stannar upp och erbjuder en absolut närvaro för att kunna ta del av patientens individuella hälsosituation. Först då kan vårdpersonal stödja och stärka patientens hälsoprocesser och urskilja vad som kan lindra lidande och främja välbefinnande för den enskilde patienten. Dahlberg och Segesten (2010) lyfter att personal som ofta arbetar efter handlingsplaner och åtgärdskort har sämre förutsättningar för personligt bemötande och att ge individuellt anpassad vård. En studie gjord av Wiman och Wikblad (2003) visar att sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar ofta brister i både verbal och ickeverbal kommunikation i relationen till patienten. Det framkommer att de initialt intar en vänta- och se attityd där ingen uppmärksamhet läggs på patienten. Relationen till patienten tar sin början först när ordinationerna från läkaren finns (Wiman & Wikblad, 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

I anestesijuksköterskans arbetsuppgifter ingår, utöver att samverka i operationsteam, att medverka vid omhändertagande av traumapatienter på akutmottagningen. Tidigare forskning visar att ett välfungerande teamarbete minskar risken för morbiditet och mortalitet hos traumapatienter. Svårigheter att uppnå välfungerande teamarbete i akutsituationer har bland annat visat sig vara orsaken av bristande kommunikation. Studier visar att simuleringsövningar genererar i tydlig och relevant information medlemmarna emellan, vilket visat sig effektivisera omhändertagandet av traumapatienter. Trots detta är det inte att räkna med att simuleringsträning tillämpas på alla arbetsplatser. Forskning som avser belysa anestesijuksköterskors erfarenheter av att medverka i traumateam och vårda traumapatienter är relativt begränsad. Att tillsammans med en anesthesiolog ansvara för traumapatientens ventilation och cirkulation är en ansvarsfull uppgift. Att dessutom göra det i en bullrig miljö med flera olika professioner närvarande gör det än mer utmanande. Därför är det angeläget att erhålla kunskap om hur anestesijuksköterskor inom detta område upplever sin medverkan i vårdandet på en traumasal.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskans upplevelse av att medverka i ett traumateam.

## **METOD**

Metoden som valdes för denna studie var kvalitativ metod i form av intervjustudie. Denna metod ansågs som tillämpbar och relevant för syftet med denna studie. Kvalitativ metod lämpar sig väl och är en central metodinriktning när det gäller att beskriva människors upplevelser och erfarenheter av ett fenomen (Malterud, 2014). En induktiv forskningsansats användes i denna studie. En induktiv ansats innebär att forskaren förutsättningslöst studerar ett specifikt fenomen i empirin, för att sedan kunna analysera och tolka materialet och där efter beskriva fenomenet utifrån författarens tolkning (Priebe & Landström, 2017). Det finns flera olika sätt att arbeta med innehållsanalys. Metoden går att använda både inom kvantitativ och kvalitativ metodik. I denna studie valdes kvalitativ innehållsanalys då fenomenet var inriktat på hur anestesisyjuksköterskor upplever sin medverkan vid omhändertagandet av traumapatienter. Intervjuer med anestesisyjuksköterskor valdes som tillvägagångssätt att samla in data. Hur djupt författaren önskar att gå i sina tolkningar av texterna styr valet av analysmodell (Danielson, 2017). I denna studie gjordes en kvalitativ innehållsanalys med inspiration från Graneheim och Lundman (2004) där målsättningen var att erhålla beskrivningar av deltagarnas livsvärld med syfte att förstå innebörden av det studerade fenomenet.

### **Urval**

Urvalet av deltagare gjordes på ett mindre och ett medelstort sjukhus i västra Sverige som båda tar emot traumalarm. Målet var att genomföra fyra intervjuer på respektive sjukhus, det vill säga totalt åtta intervjuer. Urvalskriteriet för att få delta i studien var att anestesisyjuksköterskan skulle vara verksam i traumalarmverksamhet, d v s ha erfarenhet av det fenomen som var i fokus för studien. I rekryteringen av informanter önskades spridning avseende arbetslivserfarenhet för att få variationsrika berättelser (Henricson & Billhult, 2017). För att få tillstånd att genomföra studien mailades ett informationsbrev om studiens syfte och metod till sjukhusens verksamhetschef, vilket i detta fall var en och samma person (se Bilaga 1). När verksamhetschefen hade tillstyrkt studien via mail skickades informationsbrev även till berörda enhetschefer (se Bilaga 2). Bekvämlighetsurval gjordes då enhetscheferna tillfrågades att vara behjälpliga med att välja ut informanter. Bekvämlighetsurval beskrivs av Polit och Beck (2017) som en tidssparande urvalsmetod och är användbar när informanterna är verksamma i en särskild klinisk miljö. Enhetscheferna kunde tillgodose önskemålen och urvalet utgjordes av sju kvinnor och en man. Informanterna hade erfarenhet av yrket från ett år till 34 år.

### **Datainsamling**

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju består av öppna frågor som kommer i en viss ordning. De behöver inte alltid följa samma ordning utan detta kan justeras under intervjuens gång beroende på vad som kommer upp (Danielson, 2017). En intervjuguide (se Bilaga 3) utformades för att användas som stöd under intervjun.

Intervjun inleddes med en ostrukturerad ingångsfråga “*Kan du berätta för mig om dina upplevelser av att medverka vid omhändertagandet av traumapatienter?*” med syfte att få informanten att berätta fritt (Danielson, 2017). Sedan följde en rad frågor för att få informanten att belysa, av författarna önskvärda områden av fenomenet. Danielson (2017) menar att en semistrukturerad intervjuguide är till god hjälp för intervjuaren att få deltagarens berättelser att svara till studiens syfte, samt att innehåll som inte har relevans för syftet utesluts. När intervjuguiden var utformad hölls en provintervju, vilket bland annat är bra för att se om planerade frågor är adekvata (Danielson, 2017). Provintervjun gav innehållsrikt material och användes därför i studien. Intervjuguiden användes utan större justeringar. Intervjuerna varade mellan 15 och 27 minuter och spelades in på diktafon för att sedan transkriberas. Intervjuerna hölls i anslutning till informanternas arbetsplats och på arbetstid. Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer och växlade mellan att vara intervjuare och den som var passiv och förde anteckningar. Totalt genomfördes åtta intervjuer. Informanterna avidentifierades och benämns i resultatet som intervjuperson (IP) 1-8.

## **Analys**

Analysmetoden som valdes var kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). En viktig utgångspunkt vid användning av kvalitativ innehållsanalys är enligt Graneheim och Lundman (2004) att välja vad analysen bör fokusera på. Fokus kan antingen läggas på det synliga och uppenbara i texten, d v s. det manifesta innehållet eller på det latent innehåll vilket är den underliggande betydelsen av texten. I materialet identifieras ett antal ord, meningar eller stycken som har ett gemensamt budskap och relevans till studiens syfte, så kallade meningsenheter. Meningsenheterna kondenseras vilket innebär att texten kortas ner men kärnan i innehållet behålls. Överflödigt text exkluderas. Kondenserade meningsenheter märks med koder vilka utgör samlingsnamn för vad de kondenserade meningsenheterna innehåller. Koder som liknar varandra grupperas ihop och bildar subteman. Ett övergripande tema skapas som binder ihop subteman som överensstämmer med varandra.

I denna studie inleddes analysprocessen med att materialet lyssnades på samt lästes igenom flertalet gånger av båda författarna för att skapa en helhetsbild av innehållet. Sedan identifierades meningsenheter med fokus på det manifesta innehållet i texten som svarade till studiens syfte. Dessa sammanställdes i en tabell för att på ett överskådligt sätt kunna abstrahera innehållet och se likheter och skillnader i texten. De meningsbärande enheterna kondenserades och koder skapades. Exempel visas i Tabell 1. Sedan startade analysprocessen där fokus mer lades på det latent innehåll i texten. Först startade en process med att identifiera övergripande teman som kunde särskiljas utifrån varandra. Analysprocessen fortsatte sedan med att frågor ställdes till texten och till de identifierade koderna som exempelvis *Vad betyder detta? Vad står detta för?* Detta skedde likt en dialog mellan texten och författarna. Ibland behövdes det gå tillbaka till texten och de meningsbärande enheterna för att stärka och verifiera kodernas innebörd. Preliminära subteman skapades och namngavs som kunde relateras till respektive tema. Efter kritisk granskning och reflektion av de preliminära namnen av varje subtema i förhållande till den uttolkade textens innebörd bestämdes slutligen namnen på varje subtema.

Tabell 1: Exempel på tillvägagångssätt vid analys

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
<i>”Men att det är någon som trots allt är dirigenten i orkestern. Det är oerhört viktigt. Att eh.. Och det ger liksom, det ger en känsla av att man är väldigt effektiv. Och man känner sig.. man känner sig trygg i att, i och med att jag själv bara kan fokusera på det jag ska göra då, och inte få massa order och kontraorder från alla håll”</i>	Det är viktigt att någon är dirigenten i orkestern. Det är oerhört viktigt. Det ger en känsla av att man är effektiv och man känner trygghet i veta vad man ska göra.	Tydlig ledarroll	Att någon leder arbetet	Att kunna arbeta i ett team

## Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) behövde studien inte godkännas av etikprövningsmyndigheten, eftersom studien är gjord av studenter på magisternivå. Dock har stor hänsyn tagits gällande forskningsetiska riktlinjer. Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) måste deltagarna informeras om studiens allmänna syfte och metod innan undersökningen kan påbörjas. Deltagarna måste även få information om att deltagandet är frivilligt och att det när som helst kan avbrytas utan konsekvenser. Författarna utformade ett informationsbrev (se Bilaga 3) där studiens syfte och metod beskrevs. Det framkom även att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas om så önskades. Det framkom även att insamlat material skulle avidentifieras samt förvaras så att ingen obehörig skulle kunna ta del av det. Informationsbrevet bifogades till enhetscheferna för att lämnas ut i samband med förfrågan. I direkt anslutning till intervjun gavs även muntlig information vilket skapade ett naturligt tillfälle för informanterna att ställa frågor. Innan intervjuerna började lämnades skriftligt samtycke genom signatur på informationsbrevet.

## Författarnas förförståelse

Med förförståelse menas tidigare erfarenheter och kunskap om området som författaren har vid studiens början (Graneheim & Lundman, 2004). Ingen av författarna har någon yrkeserfarenhet inom traumavård. Viss teoretisk kunskap finns då författarna läst en kurs

som bland annat innehöll traumaomhändertagande. Författarna har arbetat på akutvårdsavdelningar inom kirurgi och medicin.

## RESULTAT

Resultatet presenteras som tre teman med nio subteman och redovisas i tabell 2. Resultatet redovisas i löpande text under respektive tema och belyses med relaterande citat.

Tabell 2. Teman och subteman.

<b>Tema</b>	<i>Att kunna arbeta i ett team</i>	<i>Att vara närvarande i mötet med patienten</i>	<i>Att invänta-, genomföra- och avsluta vårdandet</i>
<b>Subtema</b>	<p>Att arbeta strukturerat</p> <p>Att ha en tydlig arbetsfördelning</p> <p>Att någon leder arbetet</p> <p>Att kunna kommunicera</p>	<p>Att kunna se patienten som en individ</p> <p>Att kunna förmedla trygghet</p>	<p>Att invänta det okända</p> <p>Att ställas inför utmaningar</p> <p>En känsla av tomhet och behov av eftertanke</p>

### Att kunna arbeta i ett team

Att kunna arbeta i team framkom som en central del vad gäller informanternas beskrivningar. De handlade om att arbeta strukturerat med en arbetsfördelning som var förutsägbar. Det var också viktigt att någon i teamet var dirigenten och ledde arbetet så att alla visste vad som skulle göras och vem som gjorde vad. Att kunna arbeta i team innefattade också att kunna kommunicera och samarbeta med varandra för att kunna förstå varandra på ett bra sätt. Detta

tema beskrivs närmare genom fyra subteman som benämns *Att arbeta strukturerat*, *Att ha en tydlig arbetsfördelning*, *Att någon leder arbetet* och *Att kunna kommunicera*.

### **Att arbeta strukturerat**

Att följa en strukturerad arbetsmodell upplevdes som ett grundkrav när personal från olika professioner skulle få till ett effektivt och patientsäkert omhändertagande av traumapatienter. Informanterna beskrev att en inarbetad arbetsmodell såsom ATLS bidrog till att teamdeltagarna arbetade som ett team som strävade mot samma mål. När arbetet följde en tydlig struktur beskrev informanterna att de kände arbetsro. De visste att om samtliga i teamet följde ATLS gavs patienten vård av hög kvalitet och risken att något missades minskade. Enligt ATLS-konceptet skall vårdinsatser utvärderas kontinuerligt för att kontrollera att de haft avsedd effekt. Utvärderingarna blev som en bekräftelse på om utförda insatser varit till nytta för patienten eller inte, vilket upplevdes som en trygghet. Vid de tillfällen då arbetet inte följde ATLS beskrev de att omhändertagandet blev ineffektivt och stökigt. Den otydlighet som infann sig av att inte veta vad som skulle göras härnäst genererade osäkerhet och tid förlorades. Flera informanter uttryckte att arbetet inte kunde utföras ensamt utan att alla måste hjälpas åt och följa de riktlinjer som fanns. En informant beskrev på följande sätt:

*”att man noga håller sig till de regler vi har, genom att börja med A och fortsätta A, B, C, D, E. Att man noga noga följer detta, för då missar man minst. Skulle man göra ett litet avsteg, då finns det stor risk att man missar något alltså”. (IP 8)*

En annan informant beskrev:

*”det bästa är när någon står och säger A,B,C,D...och gör man inte det, då blir det bristfälligt. Och då blir det rörigt och omhändertagandet blir inte optimalt”. (IP 3)*

### **Att ha en tydlig arbetsfördelning**

Det framkom att en tydlig arbetsfördelning var betydelsefullt för att skapa ett strukturerat arbetssätt inne på akutrummet. Eftersom det är personer från olika professioner som ansluter i samband med traumalarm beskrevs vikten av att alla presenterar sig med namn och titel så snart alla är samlade. Det gav en tydlig och strukturerad bild över vilka som ingick i teamet samt vilka arbetsuppgifter respektive deltagare var ansvarig för. Det är en tydlighet som upplevdes positivt. En informant beskrev:

*“ ..det är en väldigt positiv upplevelse, som jag tror gör att upplevelsen av själva traumat gör det mer positivt. För du får en struktur från början. Du vet vad folk heter. Du vet vad folk har för funktion. Du vet vad du ska göra”. (IP 1)*

Deltagarna beskrev även en känsla av trygghet i att veta sin egen roll i teamet. Flera poängterade att anestesijuksköterskans tydliga och relativt smala arbetsuppgift vid omhändertagandet av traumapatienter, det vill säga skapa fri luftväg, gjorde det enkelt. Med det sagt menades inte att arbetsuppgiften i sig var enkel, utan att enkelheten låg i att de alltid visste vart de ska ha sitt fokus. Vid tillfällen då luftvägen inte var något bekymmer och

patienten var respiratoriskt stabil beskrev informanterna att de hjälpte till med andra arbetsuppgifter som exempelvis sätta nål och ta prover. Att hjälpa varandra beskrevs som en självklarhet och samarbetet inom traumateam upplevdes generellt mycket bra. Samtliga upplevde trygghet i att arbeta nära anestesiläkaren. En informant uttryckte:

*“Som narkosköterska är det väldigt enkelt, för vi ska sköta luftvägen. Det är jätteskönt. Och då vet jag, jag står där med narkosläkaren, vi sköter den biten...”*. (IP 6)

En annan informant sade:

*“...även om man är olika personalgrupper, så jag allierar mig ju med narkosläkaren, vi blir väldigt tajta. För att vi tar luftvägen. Eh.. Antingen gör jag det, med assistans av narkosläkaren, eller tvärt om. Och det är det vi ska göra. För att det är det vi är bäst på”*. (IP 1)

### **Att någon leder arbetet**

Vikten av att någon i teamet tog på sig ledarrollen framkom tydligt. Det beskrevs att när det fanns en tydlig teamledare skapades trygghet hos anestesijuksköterskorna. De kände sig trygga i att kunna koncentrera sig på sin arbetsuppgift utan att samtidigt bli störd av personer som gav olika direktiv. En informant sade:

*”Men att det är någon som trots allt är dirigenten i orkestern. Det är oerhört viktigt. Att eh... Och det ger liksom, det ger en känsla av att man är väldigt effektiv. Och man känner sig, man känner sig trygg... att jag själv bara kan fokusera på det jag ska göra då, och inte få massa order och kontraorder från alla håll”*. (IP 1)

Otydlighet var en upplevelse som beskrevs när teamet saknade en tydlig ledare. Det framkom att bristen på en teamledare försvårade arbetet eftersom ingen hade övergripande koll på vem som gjorde vad i teamet. Känslor som osäkerhet beskrevs. Framför allt osäkerhet i att inte veta om arbetsuppgifter blivit utförda eller inte. Det beskrevs att omhändertagandet upplevdes ineffektivt och tidskrävande och att vården generellt försämrades vid avsaknad av en tydlig ledare. En informant beskrev:

*”För det är så väldigt lätt att det är för många som rör runt i grytan. Och då, då blir det sämre. Då kanske gör, alla allting. Och tillslut gör ingen någonting. Och man vet inte vad man ska göra. Då blir det ett sämre omhändertagande. Och en otydlighet som gör en direkt, genererar osäkerhet”*. (IP 5)

### **Att kunna kommunicera**

Det framkom att kommunikation var en viktig beståndsdel i ett bra omhändertagande. I situationer då det är många personer inblandade runt patienten beskrevs en fungerande kommunikation som mycket betydelsefull. En klar och tydlig dialog möjliggjorde att alla i teamet kunde förstå varandra. Att kommunicera beskrevs som något man aldrig blir fullärd i. Det är en färdighet som ständigt måste tränas och utövas. Att delta i simuleringsövningar



var något de upplevde positivt för att få möjlighet att förbättra sina kommunikationsfärdigheter. I simuleringsövningar gavs det möjlighet att stanna upp och reflektera över sina egna och andras insatser i syfte att förbättra samarbetet. Tydlig kommunikation var något som beskrevs kunna leda till ett mer effektivt omhändertagande och att missuppfattningar reducerades. Återkoppling av givna ordinationer genom att högt tala om vad som gjorts beskrevs som ett led i en effektiv dialog. Risken att något missades eller inte gavs/gjordes minskades, samtidigt som övriga på salen fick en uppdatering om situationen. En informant beskrev följande:

*“Men det du behöver alltid, alltid, alltid träna, de är just det här med kommunikation, samarbete. Och att du bekräftar de order du fått: - “Ge det” “Jag ger det” “Nu är det givet”. (IP 1)*

Att vara fokuserad och lösningsorienterad på endast sin egen uppgift kunde ibland bli till ett hinder och försvårade kommunikationen. En informant beskrev såhär:

*“Det är väldigt lätt att man målar in sig i sina egna tankar istället för att prata”. (IP 7)*

## **Att vara närvarande i mötet med patienten**

Ur informanternas beskrivningar framkom vikten av att vara en trygghet för patienterna. Att bemöta patienterna som individer snarare än objekt var betydelsefullt och innefattade bland annat att arbeta för att bevara patienternas integritet. Att förmedla trygghet beskrevs som fysisk närvaro i form av kommunikation och beröring. Men även i form av att göra patienterna delaktiga genom tydlig information. Detta tema beskrivs närmare genom två subteman som benämns *Att kunna se patienten som en individ* och *Att kunna förmedla trygghet*.

### **Att kunna se patienten som en individ**

Det framkom tydligt vikten av att få till ett bra möte med patienten. Trots att patienten potentiellt sett hade livshotande skador och att livräddande åtgärder hade prioritet uttryckte informanterna att det alltid fanns tid till att presentera sig, med några få undantag. Det ansågs betydelsefullt att tilltala patienten vid namn. Detta gjordes med åtanke att personifiera patienten och få denne att känna sig som en person med tankar och känslor snarare än ett objekt. En informant berättade:

*”Att man liksom presenterar sig. Man kallar patienten vid namn. Eh. Det upplever jag faktiskt har blivit bättre”. (IP 1)*

En annan informant sade:

*”Bara en liten beröring på armen. Att man inte bara är en patient, utan man är en person, en individ liksom”. (IP 3)*

Informanterna beskrev att det fanns en medvetenhet i att bevara patienternas integritet. De strävade efter att få patienterna att känna sig mindre utlämnade och blottade än nödvändigt. Vid avklädning var de noggranna med att informera patienten om varför det gjordes och de undvek att forcera om det var möjligt. En informant beskrev:

*”Det är inte det här att: nu sliter vi av alla kläder, nu ska vi skynda oss, och såhär. Utan jag tror att man mer, man mer tar hänsyn till det här med integritet och lite såhär”. (IP 1)*

### **Att kunna förmedla trygghet**

Eftersom anestesijuksköterskan är placerad vid patientens huvud upplevde informanterna att de har goda förutsättningar att kommunicera med patienten. De beskrev hur de försökte vara synliga för patienten så att patienten skulle känna att de fanns vid dennes sida. Det ansågs värdefullt att förmedla sin närvaro genom verbal kommunikation. Men även genom ögonkontakt och fysisk beröring. En informant beskrev:

*”Är patienten vaken så pratar man ju med den. Håller i den, tar i den så den känner att man finns där”. (IP 8)*

Det framkom att informanterna upplevde patienterna mer lugna och trygga när de involverade patienterna och fick dem att känna sig delaktiga i sin vård. Det ansågs betydligt lättare att arbeta med en patient som var informerad om vad som skulle hända. Det kunde till exempel vara inför en smärtsam undersökning. När patienterna visste vad som skulle hända kunde de samarbeta med personalen istället för att streta emot vilket var positivt. En informant upplevde att hen gav mindre lugnande läkemedel till patienter som var välinformerade. En informant uttryckte:

*”får jag en bra kontakt med patienten, då kan jag och patienten samarbeta. Och får jag en lugn patient så har jag ju halva vunnit. Eftersom då kan man minska rädslan, ångesten och oron”. (IP 7)*

### **Att invänta- genomföra- och avsluta vårdandet**

Informanterna beskrev reaktioner i form av tankar och känslor som de haft i olika situationer. Situationerna kunde härledas till olika faser i omhändertagandet. Att invänta det okända innefattade den ovisshet som upplevdes innan patienten hade anlänt till akuten. Att ställas inför utmaningar innefattade känslor som att inte räcka till för patienten under omhändertagandet. Känslor som tomhet och behov av reflektion uppkom efter omhändertagandet. Detta tema beskrivs närmare genom tre subteman som benämns *Att invänta det okända*, *Att ställas inför utmaningar* och *Tankar som uppstår efter omhändertagandet*.

#### **Att invänta det okända**

Att bära traumasökaren beskrevs av informanterna som en skräckblandad förtjusning. De visste aldrig om eller när den skulle larma. När traumalarmeret ljöd visste de inte mer än att

de skulle bege sig till akutmottagningen för att delta i traumaomhändertagande. Hur omfattande skadorna var hade de ingen aning om förrän de fått information från ambulansen eller hade patienten framför sig. Oro och osäkerhet var vanliga känslor som beskrevs. Oron och osäkerheten kunde härledas till ovissheten att inte veta vad som väntade. En informant beskrev:

*“Hmm det första innan eller precis när jag hör larmet är egentligen en ilande känsla av larmsökaren, då får man liksom en oro över vad det kan vara, man vet ju aldrig vad som kan hända på ett traumalarm. Och sedan börjar man fundera över vad som kan ha hänt”.* (IP 2)

När de allra första känslorna klingat av upplevde anestesijuksköterskorna att de blev otroligt fokuserade och lösningsinriktade. De beskrev ett adrenalinpåslag som upplevdes positivt då det hjälpte dem att “vara på tårna” inför det som väntade. Flera beskrev att de gör upp en bild i huvudet över ett tänkbart scenario för att förbereda sig. En informant beskrev det så här:

*“Jag är, när jag hamnar i sådana situationer så är jag så otroligt fokuserad att: “ jag ska bara lösa situationen”. Jag tänker inte att jag inte skall lösa. För då, det går inte, jag har inte den känslan. Jag skall bara lösa den”.* (IP 7)

En annan informant sa:

*“Jag ser bilden på rummet framför mig. Jag ser bilden på någonting som ska komma in genom dörrarna. En skadad person. Eh riktigt vad de är, det vet jag inte riktigt. Men den bilden spelar jag upp”.* (IP 5)

De känslor och tankar som anestesijuksköterskorna upplevde var således varierande. Gemensamt för dem var ändå att de såg utmaningen i att gå på larm och ta hand om svårt skadade patienter. Förväntan i det okända ansågs vara tjusningen med yrket.

### **Att ställas inför utmaningar**

Flera informanter beskrev att de kände osäkerhet inför sin egen kapacitet när de var nya i sin yrkesroll vilket upplevdes stressande. Att vårda barn som varit utsatta för trauma kunde upplevas stressande oavsett erfarenhet. Eftersom barn i mindre utsträckning råkar ut för trauma fanns en mindre vana av att administrera läkemedelsdoser anpassade till barn. Det fanns en oro i att räkna- och dosera fel vilket skulle kunna leda till allvarliga konsekvenser för barnet. Barn beskrevs som små och försvarslösa vilket förstärkte känslan av att vilja prestera sitt yttersta. En informant beskrev:

*“Och då vet jag, när jag skulle dra läkemedel, då hade jag ett adrenalinpåslag. Så då stod jag så här “skakar med händerna” när jag skulle dra. Och då tog känslorna överhand”.* (IP 5)

Utöver det primära ansvaret att vårda traumapatienter beskrev informanterna utmaningar i att samtidigt behöva ansvara för bemanning och logistik. Det är arbetsuppgifter som främst tillkom när de arbetade på jourtid och fick agera koordinator. Det upplevdes frustrerande att

inte ha tillräckligt med resurser vid större olycksfall där flera personer var i behov av vård samtidigt. En informant beskrev:

*“Jag tänkte “jissenam!” Här är ett trauma alltså. Och det är flera personer som förmodligen ska direkt in på operation. Vi har ju ingen personal. Vi har inga salar. Vi har ingenting. Och jag som ska göra iordning, jag står här. Då var jag stressad. Väldigt stressad”.* (IP 1)

### **En känsla av tomhet och behov av eftertanke**

Informanterna beskrev att de ofta kände sig trötta efter en vårdinsats. De beskrev att när adrenalinpåslaget började lägga sig uppstod en känsla av tomhet. Att det blev en stor omställning från att ha arbetat intensivt med patienten, att vara på tå och vilja prestera sitt yttersta, till att efter relativt kort tid lämna över ansvaret för patienten till nästa instans. En informant sade:

*”Men du måste vara så helskärpt, så att ibland kan man liksom känna sig, man kan nästan känna sig lite tom invärtes när man går därifrån. Man tar sin väska och man tar sina grejer och så.. Jaha, ha..”.* (IP 1)

Samtliga uttryckte ett behov av reflektion. Det kunde vara reflektion i form av att fundera över sin egen insats. Funderingar över om teamet agerat korrekt och fattat rätt beslut eller om insatser kunde ha utförts annorlunda. Det ansågs betydelsefullt eftersom det gav lärdom i hur de skulle agera i framtida situationer för att ge patienterna bästa tänkbara vård. Efter extraordinära händelser, exempelvis där det varit dödlig utgång, upplevdes det värdefullt att ha debriefing där alla som deltagit fick chans att närvara. Debriefing uppskattades framför allt för att alla i teamet fick chans att ställa frågor och ta del av all information. Det uttrycktes en frustration i att det pressade operationsschemat sällan gav utrymme till eftertanke och reflektion. En informant berättade:

*”Man går direkt och tar hand om en ny patient ”Hej jag heter..” och låtsas som ingenting, fast man har den här ganska otäcka händelsen i bakhuvudet hela tiden. Att den här patienten dog. Jag gjorde mitt bästa men patienten dog ändå. Och så ska jag gå till en patient direkt efteråt”.* (IP 2)

*”Ibland behöver man lite tid för tankar och reflektioner även om det inte behöver vara en debriefing nödvändigtvis. Jag skulle önska att man i alla fall fick fem minuter att tänka efter vad som hänt egentligen”.* (IP 2)

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

I denna studie valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som metod. Kvalitativ metod lämpade sig då syftet med studien var att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Metoden bidrog till ökad förståelse och insikt om anestesijuksköterskors upplevelser av att medverka vid omhändertagandet av traumapatienter. För att bedöma studiens kvalitet gjordes en granskning gällande studiens trovärdighet. För att få en uppfattning om detta utgick metoddiskussion från begreppen *tillförlitlighet*, *pålitlighet* och *överförbarhet* (Graneheim & Lundmann, 2004).

Urvalet av informanter utgjordes av anestesijuksköterskor på två olika sjukhus för att få en ökad variation. Resultatet visade dock att det inte förelåg någon variation och att det troligtvis inte sett annorlunda ut om intervjuerna hade utförts på ett utav sjukhusen. Detta tror författarna beror på att traumaomhändertagande är så pass standardiserat. Det har diskuterats av författarna om en större variation hade setts om ett av sjukhusen hade varit ett universitetssjukhus där både fler och mer komplicerade traumafall tas emot. Att de valda sjukhusen var jämförbara sett till storlek kan därför ses som en svaghet. Studien hade ett inklusionskriterie vilket var att informanterna skulle vara verksamma inom traumalarmverksamhet. Initialt diskuterades även att ha ett kriterie gällande minimum x antal verksamma år, men då målet var att få ta del av både novisers och de meste erfarnas berättelser valdes detta bort. Henricson och Billhult (2017) skriver att en spridning i antal verksamma år, ålder och kön kan bidra till ökad variation i informanternas berättelser. Variationsrika berättelser ökar studiens överförbarhet och trovärdighet (Graneheim & Lundmann, 2004; Henricson, 2017). Då det endast planerades att genomföra åtta intervjuer ansåg författarna att det var för få intervjuer för att kunna se någon skillnad i vad kvinnor respektive män upplever. Därför valdes inklusionskriterie angående spridning i kön bort.

För att få deltagare till studien tillfrågades enhetschefer på respektive operationsavdelning att vara behjälpliga. Detta bekvämlighetsurval ansågs mest lämplig sett till tidsaspekten. Enhetscheferna kunde tillgodose önskemålet som var åtta anestesijuksköterskor med en spridning i antal verksamma år. Enligt Malterud (2014) kan en nackdel med att ha ett tidigare bestämt antal informanter vara att författarna inte löpande utvärderar datamängden och dess innehåll utan är fast beslutna med att utföra det planerade antalet trots att området redan är mättat. Det valdes ändå att ha ett tidigare bestämt antal informanter för att underlätta för enhetscheferna. Av de som tillfrågades att delta svarade samtliga ja. Efter avslutad datainsamling ansågs att fler intervjuer troligtvis inte hade tillfört fler dimensioner av problemområdet. Då tiden för datainsamling var begränsad ansågs åtta intervjuer som ett rimligt antal att hinna med. Enligt Malterud (2014) bör antalet ligga mellan 5-25 intervjuer. För få intervjuer genererar låg överförbarhet, vilket innebär att studiens resultat inte kan överföras till andra sammanhang (Malterud, 2014; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Kvalitativa forskningsintervjuer valdes då det ansågs ge bäst utdelning gällande informanternas upplevelser och erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjumetoden som valdes var semistrukturerade intervjuer med intervjuguide vilket fick deltagarna att tala fritt och med egna ord. När intervjuguiden var upprättad hölls en provintervju vilket enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2017) stärker studiens tillförlitlighet. Tillförlitligheten

stärks i och med att frågornas relevans gentemot syftet provas. Även att författarna fick agera i rollen som intervjuare upplevdes positivt då tidigare erfarenheter saknades. Efter provintervjun gjordes små justeringar i intervjuguiden gällande formuleringen av ingångsfrågan. Enligt Malterud (2014) bör en intervjuguide revideras allt eftersom forskarens kunskap om problemområdet ökar och forskaren lär sig vart fokus bör ligga. Intervjuerna hölls i enskilt rum på informanternas arbetsplats. Att intervjuer hålls i en ostörd miljö och där informanterna känner sig trygga är bra förutsättningar för att få dem att vilja dela med sig av sina upplevelser, vilket stärker trovärdigheten (Polit & Beck, 2017). Båda författarna närvarade under samtliga intervjuer. Det kan enligt Hällgren Graneheim och Lundmann (2017) innebära att fler variationer av upplevelser fångas upp vilket stärker trovärdigheten ytterligare. Efter avslutade intervjuer gjordes en reflektion angående informationsbrevets värde. Flera av informanterna kom till intervjun utan att ha läst brevet vilket gav ett oförberett intryck. Önskvärt hade varit att samtliga hade kommit förberedda och börjat reflektera över studiens problemområde. Det hade eventuellt resulterat i mer innehållsrika berättelser.

Inom kvalitativ forskning är det viktigt att ständigt reflektera över sin förförståelse. Forskaren har alltid någon form av tidigare erfarenhet och teoretisk kunskap om fenomenet som till viss grad präglar analysen (Graneheim & Lundmann, 2004). Förförståelsen synliggjordes initialt då analysprocessen skulle innefatta tolkningar av texten. Det kan diskuteras i vilken utsträckning författarnas förförståelse har påverkat resultatet. I och med att författarna inte hade någon tidigare erfarenhet av traumavård och under analysprocessen försökt att hålla sig medvetna om exempelvis egna värderingar så kan nog slutsatsen bli att förförståelsen inte haft någon avgörande inverkan på resultatet. Graneheim och Lundmann (2004) menar att tillförlitligheten ökar när en öppen dialog hålls under analysarbetet. En fortlöpande dialog hölls då båda medverkade under hela analysprocessen. Gemensamt diskuterades likheter och skillnader i meningsbärande enheter och koder och vid otydlighet granskades råmaterialet på nytt. Att gå mellan del och helhet menar Graneheim och Lundmann (2004) är en nödvändig process i analysarbetet för att behålla den verkliga innebörden och stärka tillförlitligheten. Tillförlitligheten stärktes även genom att handledaren granskade analysprocessen som en oberoende part. Författarna har diskuterat ifall deltagarnas beslut att delta i studien påverkades av att det var deras chef som tillfrågade dem. Diskussionen uppkom eftersom deltagandet kräver informerat samtycke vilket innebär att deltagandet skall vara frivilligt utan yttre påverkan (SFS 2003:460). Att bli tillfrågad av chefen kan eventuellt göra det svårare för den tillfrågade att tacka nej eftersom arbetstagare generellt sett strävar efter att vara chefen till lags.

Författarna har identifierat styrkor och svagheter i genomförandet. Men slutligen är det upp till de som läser studien att bedöma trovärdigheten av det som framkommit i resultatet.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet i denna studie visar att teamarbete är av högsta betydelse för att kunna ge traumapatienter vård av hög kvalitet. Ur resultatet framkommer att interprofessionellt teamarbete inne på akutrummet underlättas av att deltagarna i teamet har vetskap om varandras namn och yrkestitel. Vetskapen bidrar till att varje deltagare vet vem som ansvarar för vad i teamet, vilket gör det lättare för respektive profession att faktiskt fokusera på sin specifika arbetsuppgift och göra den så bra som möjligt. Detta stämmer överens med hur

Kvarnström (2007) beskriver att en tydlig arbetsfördelning med tydliga arbetsuppgifter och ansvarsområden underlättar för deltagarna. Hon menar att när de litar på att övriga i teamet utför sina arbetsuppgifter och känner tillit till deras kompetens vågar de "släppa" patienten till andra i teamet och lita på att de utför arbetet på ett korrekt sätt. Ur föreliggande resultat framkommer tydligt att anestesijuksköterskorna upplever trygghet i att alltid veta vad deras egna primära arbetsuppgift och ansvarsområde är i traumateamet, d v s. bedöma, etablera och upprätthålla fri luftväg. Sannolikt är det en trygghet som framför allt upplevs av anestesijuksköterskor med mindre erfarenhet av traumavård då de troligtvis har svårare att se vad som behöver göras och prioritera rätt saker. Kvarnström (2007) nämner rollgränskonflikter som ett fenomen som kan uppstå inom interprofessionellt teamarbete. Det är konflikter som uppstår när teammedlemmar går in i andra professioners ansvarsområden. Detta fenomen är inget som visar sig i föreliggande resultat. Det beskrivs tvärtom fungera väldigt bra. Att hjälpa varandra över "gränserna" ses som en självklarhet och skapar sällan konflikter. Det beror sannolikt på att samtliga i personalen är så fokuserade på att göra det bästa för patienten att det inte ges utrymme för konflikter. Det ligger ingen prestige i vem som utför vad. Det viktigaste är att arbetsuppgifter som skall utföras faktiskt utförs och att det sker på ett patientsäkert och tidseffektivt sätt.

Resultatet visar också att arbetsmodellen ATLS ses som ett måste för att få till ett patientsäkert omhändertagande. Grundtanken med ATLS är att så snabbt som möjligt identifiera livshotande tillstånd för att kunna sätta in livräddande åtgärder. När undersökningar utförs metodiskt och åtgärder utvärderas kontinuerligt minskar risken avsevärt att observationer missas. Informanterna beskriver därför att arbetsmodellen resulterar i arbetsro och att de känner trygghet i att arbetsmodellen bidrar till vård av hög kvalitet. Informanternas beskrivningar stämmer väl överens med vad forskning visar både nationellt och internationellt gällande arbetsförfaranden runt traumapatienter. Forskning visar att när traumateam arbetar enligt ATLS minskar antalet dödsfall där annorlunda bedömningar och åtgärder potentiellt sett hade kunnat rädda patienten (Ghorbani & Strömmer, 2018; Navarro, Montmany, Rebas, Colilles & Pallisera, 2014).

Resultatet visar att det upplevs negativt när flera personer intar ledarrollen. Det uppstår förvirring när läkare är oense och förmedlar olika direktiv till teamdeltagarna. Detta upplever anestesijuksköterskorna problematiskt då de inte vet vilka arbetsuppgifter som skall prioriteras och varför. Detta stämmer väl överens med hur Sarcevic et al. (2011) beskriver delat ledarskap när samarbetet mellan ledarna inte fungerar. De anestesijuksköterskor ur resultatet som uttrycker att det fungerar sämre med flera ledare har troligtvis stor erfarenhet av icke fungerande samarbete ledare emellan. Hade de istället haft erfarenheter av ledare som samarbetat bra hade resultatet sannolikt sett annorlunda ut. Bra samarbete på ledarnivå genererar generellt sett positiva känslor inom teamet och förbättrar teamets prestationer (Sarcevic et al., 2011). Fungerande ledarskap har visat sig resultera i en mer tidseffektiv vård och tiden för beslutsfattande gällande exempelvis datortomografi, intubation och operation kortas ned (Capella et al., 2010).

Resultatet visar vidare att fungerande kommunikation inom traumateam är en förutsättning för att kunna ge effektiv och patientsäker vård. Samtliga uttrycker att de har stor nytta av simuleringsövningar där de får träna på och utvärdera kommunikativa färdigheter inom teamet. Forskning visar dock att användandet av kommunikationsverktyg sker i mindre utsträckning i skarpt läge i jämförelse med vid övningstillfällen. Det förklaras av att

personalen vid skarpt läge blir så fokuserad på att lösa sin uppgift att de inte är mottagliga för information eller missar att kommunicera tillbaka (Härgestam et al., 2013). Liknande förklaring framkommer ur föreliggande resultat där det beskrivs som att de egna tankarna tar över och utgör ett hinder för kommunikationen.

Resultatet i studien visar också att vara närvarande för patienten, se dem som individer och förmedla trygghet är något anestesijuksköterskorna strävar efter. Trots högteknologisk- och strukturstyrd vård strävar de efter att alltid presentera sig och tilltala patienten vid namn. Att se patienten som en individ och inte endast som en skadad kropp. Anestesijuksköterskorna upplever att deras fysiska position vid patientens huvud ger dem bra förutsättningar att kunna förmedla närhet, trygghet samt möjlighet att informera patienten. Forskning visar att vårdpersonal som endast träffar patienter under kort tid sällan prioriterar att skapa en vårdande relation med patienten. Praktiska åtgärder går före att ta sig tid till att förstå patientens djupare behov. Patienten ses på som ett objekt snarare än en individ och blir till viss del helt ignorerad. Att bli ignorerad i en hjälpsökande situation kan leda till att personen känner sig ensam och utlämnad till sjukvården (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003; Wiman & Wikblad, 2003).

I vårt resultat framkommer att anestesijuksköterskorna lägger stor vikt vid att bevara patientens integritet. För att minska patienternas utsatthet är de noga med att informera om betydelsen av att exempelvis avklädning sker, vilket är ett moment som kan upplevas utlämnande för patienten. Gallagher (2004) menar att först när vårdpersonal sätter sig in i hur patienten upplever vården kan integritet och värdighet främjas.

Resultatet visar vidare att det upplevs stressande att inte kunna förutse sin egen kapacitet i främmande och utmanande situationer. Osäkerhet inför sin egen kapacitet är något som framför allt upplevs av nyutexaminerade anestesijuksköterskor. Med ökad erfarenhet menar anestesijuksköterskorna att självförtroendet och tilltron till sin egen förmåga ökar samtidigt som upplevelsen av negativ stress minskar. En svensk studie gjord av Mauleon och Ekman (2002) visar likt föreliggande studies resultat att anestesijuksköterskor under sitt första yrkesverksamma år har svårt att lita på sin egen kapacitet. De litar inte på sin kliniska blick utan förlitar sig i större utsträckning på vad teknisk utrustning visar. Benner, Tanner och Chesla (1999) skriver att nybörjare inom vården ofta är rädda för att misslyckas vilket kan hindra nybörjaren att agera i kliniska situationer. Detta beskrivs tydligt av en informant som återberättar en situation då hen som nyutexaminerad anestesijuksköterska skall dra läkemedel i en akut situation.

Resultatet visar även att barn som kommer in som traumalarm är något som upplevs utmanande. Dels på grund av att det inte är så vanligt förekommande, men även för att läkemedelsdoser som administreras till barn måste reduceras i förhållande till de läkemedelsdoser som administreras till vuxna. Tankar som ”inget får gå fel” och känslan av att vilja prestera sitt yttersta beskrevs. I en studie gjord av Terry (2005) visar resultatet att anestesijuksköterskan känner stort ansvar för patienten och dennes familj. De beskriver patienten som den enda viktiga personen på salen. När patienten dessutom är ett barn i en akut situation kan känslan av ansvar upplevas vara ännu större, vilket stämmer överens med föreliggande resultat. För att skapa bästa möjliga kontakten med ett barn inför undersökning eller operation bör så få personer som möjligt vara i närheten. Därtill bör även tid finnas för att på ett lugnt sätt informera om vad som skall hända (Fanghol & Valla, 2013). Något som



nästintill är omöjligt på en traumasal där alla närvarande fyller en funktion (Wikström, 2018). När förutsättningarna hindrar anestesijuksköterskan från att bemöta barnet likt ovan upplevs det sannolikt mer utmanande att få barn som varit utsatta för trauma att känna trygghet, vilket enligt Kasén (2002) är en stor och viktig uppgift för vårdaren i mötet med patienten. Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver barn som små och försvarslösa. När små barn har svårt att förmedla sig läggs ett extra stort ansvar på anestesisjuksköterskan och övriga teammedlemmar att uppmärksamma och tolka barnets signaler. Rädslan att missa något eller göra fel beskrivs vara större i samband med omhändertagande av barn vilket får anestesisjuksköterskorna att vilja prestera sitt allra yttersta.

I vårt resultat framkommer att anestesisjuksköterskorna upplever det utmanande att ansvara för bemanning och logistik på jourtid. Att vara den som står ensam med ansvaret att bemanna- och iordningställa operationssalar vid trauman som innefattar flera skadade upplevs stressande. En studie gjord av Terry (2005) visar likt föreliggande resultat att personalbrist och avsaknad av iordningställda operationssalar är en stor bidragande orsak till att amerikanska anestesisjuksköterskor upplever stress på sin arbetsplats. Litteraturen visar att arbetsuppgifter som specifikt inte har med vården att göra har negativ inverkan på omhändertagandet. Att behöva tänka på exempelvis bemanning eller logistik påverkar vårdpersonalens förmåga att vara närvarande och endast fokusera på patienten (Benner et al., 1999). De arbetsuppgifter som tillkommer på jourtid kan därför sannolikt bidra till att patientsäkerheten hotas.

Resultatet visar slutligen att tid för reflektion och eftertanke är något som saknas. De upplever att det pressade operationsschemat är en av orsakerna till att det inte finns utrymme för reflektion och eftertanke. En holländsk studie gjord av Meeusen, van Dam, Brown-Mahoney, van Zundert och Knape (2011) visar att reflektion av känslor och upplevelser är en viktig faktor i stresshantering för anestesisjuksköterskor. Studien visar vidare att när anestesisjuksköterskor inte ges möjlighet att bearbeta känslor skapas negativ stress vilket påverkar deras arbetsprestation och inverkan på arbetsklimatet. När operationsschemat inte ger utrymme för reflektion kan det på sikt sannolikt få anestesisjuksköterskor att känna otillfredsställelse på sin arbetsplats.

## **Konklusion**

Denna studie visar vikten av ett gott samarbete inom traumateamet vad gäller vården av traumapatienter. Ett gott samarbete främjas framförallt av ett tydligt ledarskap och god kommunikation i teamet. Detta förutsätter en tydlig arbetsfördelning och att kunna arbeta efter en systematisk omhändertagandemodell som exempelvis modellen ATLS. Detta för att öka möjligheten att göra rätt bedömningar och sätta in relevanta åtgärder i det akuta läget, för att därmed kunna bedriva en effektiv och patientsäker vård. Denna studie visar också hur viktigt anestesisjuksköterskorna upplever kontakten med patienten under vårdandet. Hur värdefullt det är att skapa en vårdande relation med patienten. När en vårdande relation etableras upplevs det av vårdpersonal att patientens oro och ångest minskar. Denna studie visar också hur viktigt det är att få tid till reflektion och uppföljning av vårdandet efter ett traumalarm.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämne**

Då vikten av ett bra samarbete framkommit i denna studie indikerar detta tydligt hur viktigt det är att avsätta tid och resurser för kontinuerliga simulerings- och samarbetsövningar för att förbättra traumateamets kommunikationsförmåga. Vidare vore det önskvärt att anestesijuksköterskan ges mer tid till reflektion över sina erfarenheter i samband med sin medverkan i traumavård. Då denna studie visat att anestesijuksköterskan också riktar fokus på kontakten med patienten så kan detta också väcka olika känslor och frågor hos anestesijuksköterskan efter en vårdinsats. Detta kan exempelvis vara frågor som berör hur anestesijuksköterska tänker att patienten upplevde sin situation. Vidare forskning inom detta område kunde därför inrikta sig på att belysa patienters upplevelser av att bli vårdade i samband med traumaomhändertagandet.

## REFERENSER

- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. (1999) *Expertkunnande i omvårdnad – Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J. (2013). Teamarbete – ett livsviktigt samspel. I J. Leksell och M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 159-177). Stockholm: Liber.
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans speciallistområden* (s. 63-103). Lund: Studentlitteratur.
- Capella, J., Smith, S., Philip, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W.,...ReMine, S. (2010). Teamwork improves the Clinical Care of Trauma Patients. *Journal of Surgical Education*, 67, 439-443. doi: 10.1016/j.jsurg.2010.06.006
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Författarna Natur & Kultur.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vården* (s. 143-155). Lund: Studentlitteratur.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84, 1192-1196. Hämtad från <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Fanghol, R. & Valla, A. (2013). Barn. I L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 361-382). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund – Att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for Dignity- two key health professional values: Implications for Nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599. doi: 1191/0969733004ne744oa
- Ghorbani, P. & Strömmer, L. (2018). Analysis of preventable deaths and errors in trauma care in a Scandinavian trauma level-I centre. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 62, 1146-1153. doi: 10.1111/aas.13151

- Gran Bruun, A-M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 17-31). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. & 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
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-421). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-121). Lund: Studentlitteratur.
- Hällgren Graneheim, U. & Lundmann, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 211-227). Lund: Studentlitteratur.
- Härgestam, 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
- Hughes, M., Benenson, R., Krichten, A., Clancy, K., Ryan, J.P. & Hammond, C. (2014). A Crew Resource Management Program Tailored to Trauma Resuscitation Improves Team Behavior and Communication. *Journal of the American College of Surgeons*, 219, 545–551. Hämtad från <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.049>
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. (Doctoral thesis, Åbo Studies in caring). Åbo: Åbo akademi.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvarnström, S. (2007). *Interprofessionella team i vården* (Dissertation, Linköping Studies in Health Sciences Thesis No. 83). Linköping: Linköping University.
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective Teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85–90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033
- Lunde, E M. (2013). Klinisk övervakning och monitorering. I I. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 199-223). Lund: Studentlitteratur.
- LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag). (2016). *Nationella traumakriterier 2017. Säker traumavård*. Hämtad 8 oktober, 2019, från <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-traumavard/>

- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mauleon, L.A & Ekman, S-L. (2002) Newly graduated nurse anesthetist' experiences and views on anesthesia nursing- A phenomenographic study. *AANA Journal*, 70(4), 281-287. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/6364/fff5d3cc2f49f5b0f0e3a0c85a6e99ea7c1f.pdf>
- Meeusen, V.C.H., van Dam, K., Brown-Mahoney, C., van Zundert, A.A.J. & Knape, H.T.A. (2001). Work Climate Related to Job Satisfaction Among Dutch Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 79(1), 63–70. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/3543/079c0c6241d063ca0438e64e1cffe3ae09.pdf>
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Navarro, S., Montmany, S., Rebas, P., Colilles, C. & Pallisera, A. (2014). Impact of ATLS Training on Preventable and Potentially Preventable Deaths. *World Journal of Surgery*, 38, 2273-2278. doi: 10.1007/s00268-014-2587-y
- Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit- a life world hermeneutic analysis of an efficiency- driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761–769. doi:10.1016/S0020-7489(03)00053-1
- Priebe, G. & Landstöm, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. & Tatano Beck, C. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice* (10ed). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Raley, J., Meenakshi, R., Dent, D., Willis, R., Lawson, K., & Duzinski, S. (2017). The role of Communication During Trauma Activations: Investigating the Need for Team and Leader Communication Training. *Journal of Surgical Education*, 74, 173-179. Hämtad från <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.06.001>
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. Hämtad 8 oktober, 2019, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>
- Sarcevic, A., Marsic, I., Waterhouse, L., Stockwell, D. & Burd, R. (2011). Leadership structures in emergency care settings: A study of two trauma centers. *International Journal of Medical Informatics*, 80, 227-238. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.01.004

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 27 maj, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2003:460. *Lag om forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 10 maj, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2015). *Traumavård vid allvarlig händelse*. Hämtad 27 september, 2019, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-11-5.pdf>

Terry, RT. (2005). Certified Registered nurse anesthetist: Occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5) 351–356. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/bbfc/5635a7c7d130e37c486f0c5faac7a81fc739.pdf>

Vikström, T. (2014). Initialt omhändertagande av svårt skadad patient. I L-E. Hansson och T. Vikström (Red.), *Akut kirurgi med traumatologi* (s. 59-71). Lund: Studentlitteratur.

Vårdhandboken (2018, 10 april). Crew Resource Management – CRM. Hämtad 27 maj, 2019, från <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/crew-resource-management---crm/>

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

Wiman, E., & Wikblad, K. (2003). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical nursing*, 13, 422-429. Hämtad från <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x>

Wisborg, T., Castren, M., Lippert, A., Valsson, F. & Wallin, C.J. (2005). Training trauma Teams in Nordic countries: An overview and present status. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 1004-1009. doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00742

**Till berörd verksamhetschef**

2019-08-19

Vi är två sjuksköterskor som vidareutbildar oss till anestesijuksköterskor. Utbildningen är en uppdragsutbildning upprättad av Skaraborgs Sjukhus i samarbete med Högskolan i Skövde. Under höstterminen 2019 skall vi skriva vår magisteruppsats. Planen är att göra en kvalitativ studie vars syfte är att studera anestesijuksköterskors upplevelser av att delta vid omhändertagandet av traumapatienter. Vår ambition är att intervjua totalt åtta anestesijuksköterskor uppdelat på SkaS Skövde och SkaS Lidköping. Varje intervju beräknas ta mellan 40-60 minuter. Önskvärt vore om intervjuerna kan ske på arbetstid. Vi anhåller om tillstånd att få genomföra denna studie under veckorna 34-42.

Informanterna kommer via respektive enhetschef få information om studien och dess syfte. Stor hänsyn kommer tas till frivillighet, samtycke, konfidentialitet och nyttjandekrav. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Resultatet av studien kommer att redovisas så att informanterna inte kan identifieras. Intervjuerna spelas in för att sedan transkriberas på lösenordsskyddad dator. Materialet behandlas konfidentiellt och ingen utöver oss författare kommer ha tillgång till materialet. Vår handledare kan komma ta del av aidentifierat material för medverkan i delar av analysarbetet. När studien är godkänd kommer ljudfiler raderas.

Då tiden är begränsad för att genomföra denna studie så önskar vi få svar på vår förfrågan så snart som möjligt.

**Med Vänliga Hälsningar**

Charlotte Hansson  
[charlotte.hansson@hotmail.com](mailto:charlotte.hansson@hotmail.com)

Ida Jensen  
[a18idaje@student.his.se](mailto:a18idaje@student.his.se)

Handledare:  
Lars Westin  
[lars.westin@his.se](mailto:lars.westin@his.se)

## **Till berörda enhetschefer**

2019-08-20

Vi är två sjuksköterskor som vidareutbildar oss till anestesisjuksköterskor. Utbildningen är en uppdragsutbildning upprättad av Skaraborgs Sjukhus i samarbete med Högskolan i Skövde. Under höstterminen 2019, v.34-42 skall vi skriva vår magisteruppsats. Planen är att göra en kvalitativ studie vars syfte är att studera anestesisjuksköterskors upplevelser av att delta vid omhändertagandet av traumapatienter. Vi önskar att få tillstånd att genomföra denna studie från ansvarig enhetschef.

Vi planerar att intervjua totalt fyra anestesisjuksköterskor på er avdelning. För att delta i studien krävs att informanterna är verksamma vid traumalarm. Vi ser gärna att deltagarna har olika lång erfarenhet av att delta vid traumalarm. Detta för att kunna studera eventuella skillnader i deras upplevelser.

Intervjuerna planeras ta mellan 40-60 minuter och kommer spelas in. Plats för intervju kommer att bestämmas tillsammans med de utvalda informanterna. Vi har tillfrågat Cecilia Andersson, verksamhetschef för område K6 Skaraborgs Sjukhus, om tillstånd för att genomföra intervjuer på arbetstid vilket godkändes. Vi vore tacksamma om ni kan vara behjälpliga med att välja ut lämpliga informanter.

Informanterna kommer få information om studien i ett informationsbrev och stor hänsyn kommer tas till frivillighet, samtycke, konfidentialitet och nyttjandekrav. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Resultatet av studien kommer att redovisas så att informanterna inte kan identifieras. Intervjuerna spelas in för att sedan transkriberas på lösenordsskyddad dator. Materialet behandlas konfidentiellt och ingen utöver oss författare kommer ha tillgång till materialet. Vår handledare kan komma ta del av aidentifierat material för medverkan i delar av analysarbetet. När studien är godkänd kommer ljudfiler raderas.

Om ni har några frågor eller vill veta mer, skriv gärna till oss eller vår handledare.

### **Med Vänliga Hälsningar**

Charlotte Hansson  
[charlotte.hansson@hotmail.com](mailto:charlotte.hansson@hotmail.com)

Ida Jensen  
[a18idaje@student.his.se](mailto:a18idaje@student.his.se)

Handledare:  
Lars Westin  
[lars.westin@his.se](mailto:lars.westin@his.se)



## **Informationsbrev**

Vi är två sjuksköterskor som vidareutbildar oss till anestesijuksköterskor på Högskolan i Skövde. Nu är det dags för oss att påbörja vårt examensarbete.

Genom detta informationsbrev tillfrågas Du om att delta i en intervjustudie vars syfte är att studera anestesijuksköterskors upplevelser av att delta vid omhändertagandet av traumapatienter.

Intervjuerna planeras ta mellan 30-60 minuter. Intervjutillfället planeras in i samråd med enhetschef och operationskoordinator så att tid kan frigöras under din arbetstid. Med din tillåtelse planeras intervjun att spelas in på diktafon. Ljudfil raderas snarast efter transkribering. Insamlat material kommer avidentifieras samt förvaras så att ingen obehörig kan ta del av det. Vår handledare kan komma att ta del av avidentifierat material för medverkan i analysarbetet. Transkriberat material raderas snarast efter att uppsatsen är godkänd.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Skulle du inte vilja delta eller avbryta ditt deltagande behöver du inte ange någon anledning. Om du väljer att delta i studien kommer du att få lämna muntligt samtycke. Om du vill avbryta ditt deltagande kontaktar du författarna alternativt ansvarig handledare (v.g. se kontaktuppgifter nedan).

Om du vill ta del av studien när den är färdig kommer den att publiceras som magisteruppsats i databasen DiVA.

Har du några frågor angående studien är du välkommen att vända dig till författarna eller ansvarig handledare.

### **Ansvarig handledare:**

Lars Westin (Högskolan i Skövde) [lars.westin@his.se](mailto:lars.westin@his.se)

### **Författare:**

Charlotte Hansson                      [charlotte.hansson@hotmail.com](mailto:charlotte.hansson@hotmail.com)                      Tfn: 070-2026842

Ida Jensen                                      [a18idaje@student.his.se](mailto:a18idaje@student.his.se)                                      Tfn: 073-3735886

### **Undertecknad har fått information om undersökningen:**

Ort/datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Antal år som anestesijuksköterska:

1. Kan du berätta för mig om dina upplevelser och erfarenheter av att medverka i omhändertagandet av traumapatienter?
2. Kan du beskriva så detaljerat som möjligt en traumasituation som fungerade bra. Vad var det som fungerade bra?
3. Kan du beskriva så detaljerat som möjligt en traumasituation om inte fungerade bra. Vad var det som inte fungerade bra?
4. Hur upplever du interaktionen mellan olika personalgrupper?
5. Hur skulle du beskriva din roll som anestesijuksköterska i gruppen?
6. Simuleringsövningar – hur upplever du övningarna? Och vad upplever du att övningarna ger dig?
7. Hur upplever du mötet med patienten? Hur närmar du dig patienten?
8. I arbetet med en traumapatient – finns det något i omhändertagandet/faktorer som du upplever stressande?
9. Vad gör dig lugn?
10. Kan du beskriva dina upplevelser efter en vårdinsats? Tankar/känslor?
11. Debriefing kan hållas efter extra ordinära vårdinsatser. Är det något du varit med på och hur skulle du i så fall beskriva upplevelsen av att delta?

Hur tänker du? Kan du utveckla detta, berätta mer...