

## **Från osäkerhet till trygghet: En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskors erfarenheter av beredskap inom traumavård**

## **From Insecurity to Confidence: A Qualitative Study into Specialist Nurses' Experiences of Readiness in Trauma Care**

Examensarbete för  
specialistsjuksköterskeexamen med inriktning  
mot anestesijukvård och intensivvård och  
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2025

Student: Anton Edvardsson och Natalie Marie  
Koontz

Handledare: Veronika Karlsson

Examinator: Jenny Hallgren

# SAMMANFATTNING

**Titel:** Från osäkerhet till trygghet: En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskors erfarenheter av beredskap inom traumavård

**Författare:** Edvardsson, Anton; Koontz, Natalie Marie

**Institution:** Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

**Program/kurs:** Examensarbete i omvårdnad OM860U, OM867U

**Handledare:** Karlsson, Veronika

**Examinator:** Hallgren, Jenny

**Sidor:** 34.

**Nyckelord:** Anestesisjuksköterska, beredskap, intensivvårdssjuksköterska, miljö, trauma.

---

**Bakgrund:** Trauma är en vanligt förekommande dödsorsak i Sverige. Tidigare forskning visar att den högteknologiska vårdmiljöer och teamets uppbyggnad kan vara utmanande för specialistsjuksköterskor samt hur stresshantering spelade roll. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor ansvarar för specialiserad vård, medicinteknik, etik, ledarskap, och patientcentrerad omsorg av patienter. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter av beredskap hos intensivvårdssjuksköterskor och anestesisjuksköterskor för att vårda patienter som drabbats av trauma. **Metod:** En kvalitativ ansats bestående av enskilda intervjuer med sju specialistsjuksköterskor inom anestesi och intensivvård. Materialet analyserades utifrån tematisk analys av Braun och Clarke. **Resultat:** Deltagarna uppfattade erfarenhet som en central faktor i huruvida specialistsjuksköterskor upplever beredskap. Vanan av att ha tidigare haft patienter drabbade av trauma gav en ökad känsla av beredskap medan en okänd arbetsmiljö som akutmottagningen kunde ge en känsla av osäkerhet. Simuleringar samt möjlighet till inläsning av relevant litteratur upplevdes vara viktigt för den egna beredskapen. **Konklusion:** Deltagarna ansåg att erfarenhet var avgörande för känslan av beredskap, där tidigare erfarenheter av vård av patienter som drabbats av trauma värderades högt. Realistiska simuleringar och en känd miljö var också en viktig förberedelse. Resultaten belyser vikten av teamarbete, utbildning och erfarenhet för att höja beredskapen vid traumaomhändertagande.

# ABSTRACT

Title: From Insecurity to Confidence: A Qualitative Study into Specialist Nurses' Experiences of Readiness in Trauma Care

Author: Edvardsson, Anton; Koontz, Natalie Marie

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Karlsson, Veronika

Examiner: Hallgren, Jenny

Pages: 34.

Keywords: Anesthesia nurse, Environment, ICU Nurse, Preparedness, Trauma.

---

**Background:** Trauma is a common cause of death in Sweden. Previous research suggest that the high technological environment and the trauma team build can affect nurses in different ways, and how stress management play into trauma care. Nurses specialized in anesthesia and intensive care are responsible for specialized, technical care including ethics, leadership, and a patient centered viewpoint. **Aim:** The aim of this study was to describe anesthesia nurses and ICU-nurses experiences of preparedness for the care of patients afflicted by trauma. **Method:** A qualitative approach was used and personal interviews with seven specialized nurses were conducted. Thematic analysis was used, formulated by Braun and Clarke. **Findings:** Participants perceived experience to factor into preparedness. Previous trauma experience led to a feeling of preparedness while unknown work environments led to feelings of insecurity. Simulation training and access to literature for personal studies was of importance for feeling personal preparedness. **Conclusion:** The participants described experience to be essential for the feeling of preparedness, whereas previous experiences of caring for patients afflicted by trauma was highly valued. Simulations and a familiar environment contributed to preparedness. The results showed the importance of teamwork, training, and experience in order to heighten the sense of preparedness in trauma care.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING.....	1
2 BAKGRUND.....	1
2.1 TRAUMA.....	1
2.2 HÖGSPECIALISERAD VÅRDMILJÖ.....	2
2.3 TEAMETS BETYDELSE.....	3
2.4 KOMPETENS OCH YRKESBESKRIVNING.....	3
2.4.1 DEN SPECIALISERADE SJUKSKÖTERSKAN.....	3
2.4.2 ANESTESISJUKSKÖTERSANS FUNKTION OCH ANSVAR.....	4
2.4.3 INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSANS FUNKTION OCH ANSVAR.....	4
2.5 DEN EMOTIONELLA PÅVERKAN PÅ SJUKSKÖTERSKAN.....	5
2.6 OMVÅRDNAD SOM BEGREPP.....	6
2.7 OMVÅRDNADSTEORI: PATRICIA BENNER "FRÅN NOVIS TILL EXPERT".....	7
2.7.1 NOVISEN.....	7
2.7.2 AVANCERAD NYBÖRJARE.....	7
2.7.4 DEN SKICKLIGE.....	8
2.7.5 EXPERTEN.....	8
3 PROBLEMFÖRMULERING.....	8
4 SYFTE.....	9
5 METOD.....	10
5.1 URVAL.....	10
5.2 DATAINSAMLING.....	11
5.3 ANALYS.....	11
5.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	12
5.4.1 FÖRFÖRSTÅELSE.....	13
6 RESULTAT.....	15
6.1 ERFARENHETEN AV TRAUMA HAR BETYDELSE.....	15
6.1.1 REELL KOMPETENS GÖR SKILLNADEN.....	15
6.1.2 SVÅRT ATT BYTA VÅRDMILJÖ.....	16
6.1.3 BEHOV AV KONTROLL PÅ SITUATIONEN.....	17
6.2 BÅDE TEORI OCH PRAKTIK BEHÖVS.....	18
6.2.1 SIMULERING GER BEREDSKAP.....	18
6.2.2 TEORETISK BEREDSKAP PÅ EGEN HAND.....	19
6.3 LIVRÄDDANDE SAMARBETE.....	20
6.3.1 ATT ARBETA I ETT SLUMPVIST TEAM.....	20
6.3.2 NOVISEN, EXPERTEN OCH DET INTERPROFESSIONELLA SAMARBETE HAR BETYDELSE..	21
6.4 RESULTATSAMMANFATTNING.....	22
7 DISKUSSION.....	23
7.1 METODDISKUSSION.....	23
7.2 RESULTATDISKUSSION.....	25

7.3 KONKLUSION.....	29
7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET.....	29
8 REFERENSER.....	30
BILAGA 1.....	36
BILAGA 2.....	38
BILAGA 3.....	40

# 1 INLEDNING

Trauma är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige (Socialstyrelsen, 2024a). År 2023 registrerades 12 414 patienter som hade drabbats av trauma i Sverige där den vanligaste skademekanismen hos dessa var fordonsolycka. Av dessa patienter var könsfördelningen år 2023 av trauma högre hos män (64,9%) och åldersfördelningen visade att patientgruppen 18-64 år drabbas av trauma mer frekvent (59,2%) än andra åldersgrupper (Svenska Traumaregistret, 2024).

Dagens patienter som råkat ut för trauma ställer allt högre krav på sjukvården. Förutom höga krav på utrustning och lokaler krävs även ett stort team av skicklig vårdpersonal för att ofta under tidspress systematiskt ta hand om patienten (Alharbi et al., 2021). I den kedja som vården skapar mellan skadeplatsen till en förväntad utskrivning spelar anestesijuksköterskan och intensivvårdssjuksköterskan en grundläggande roll. Därför är det av intresse att belysa hur beredskap för traumavård upplevs av specialistsjuksköterskor inom anestesi och intensivvård.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 TRAUMA

Definitionen av trauma beskrivs som “påverkan av människokroppen förorsakad av yttre faktorer och/eller händelser som ger en övergående eller kvarvarande effekt” och dess område traumatologi definieras som “läran om diagnostik och behandling av skador uppkomna genom olycksfall eller annat yttre våld” (Nationalencyklopedin, 2024a; 2024b). Ett annat sätt att definiera allvarlig trauma beskrivs av Thompson et al. (2021) som “signifikant skada/skador med livshotande och/eller livsändrande potential som har ursprung i mekanismer med hög energi, alternativt mekanismer med låg energi som kompliceras av extrem ålder” där extrem ålder avser de yngsta och äldsta i populationen (Thompson et al., 2021).

Vården av patienter som drabbats av trauma medför utmaningar för vårdpersonalen i form av prioritering, omvårdnad och medicinsk behandling samt utvärdering av utförda åtgärder i syftet att bevara patientens liv under tidspress. Komplexa skador vars omfattning är okända skapar osäkerhet för vårdpersonal och kräver försiktighet i det initiala omhändertagandet. Dessa utmaningar kan uttryckas i krav på kompetens och agens hos vårdpersonalen, något som belyses av Crossan och Cole (2013) där sjuksköterskor som vårdar patienter med trauma ofta tvingas prioritera bort sedvanliga uppgifter till förmån för livräddande åtgärder.

## 2.2 HÖGSPECIALISERAD VÅRDMILJÖ

För att kunna bedriva livräddande och säker traumavård behövs en miljö som kan motsvara förväntningarna och kraven som ställs på den. National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2016) beskriver i riktlinjer för utformningen av traumavård att miljön ska innehålla specialiserade, avskilda områden för att kunna hantera en mängd patientfall. Utöver detta ska miljön kunna förmedla patienter med multipla trauman till särskilda enheter som klarar diagnostik och behandling, såsom intensivvårdsavdelningen, operationsenheten eller radiologisk diagnostik. Vården inom trauma ska förutom detta även finnas tillgängligt dygnet runt (World Health Organization, 2012).

Personal av olika yrkeskategorier såsom läkare och sjuksköterskor som genomför regelbunden utbildning skall finnas tillgänglig för att bistå vården av patienter som är drabbade av trauma (World Health Organization, 2012). Viss omhändertagande kan ske ute i fält via ambulans eller ambulanshelikopter. Annars tas patienten först omhand på ett akutrum på akutmottagningen, därefter bedöms det om patienten bör genomgå röntgen, opereras eller observeras. Flödet mellan akutmottagning, radiologi, och andra enheter som intensivvårdsavdelningen och operationsavdelningen ska vara optimerad för att minska tidsåtgång som förloras vid transporter. Vid trauma innehållande flera patienter som vid bussolyckor eller liknande bör välutvecklade triagesystem vara implementerade för prioritering av vård, något som personalen också bör ha utbildning i förutom standardiserad traumautbildning såsom ATLS (Advanced Trauma Life Support) (NICE, 2016).

Medan vårdmiljön ställer höga krav på tillgänglighet och teknisk utrustning belyser Tunlind et al. (2015) att sjuksköterskor kan utmanas av att balansera den högteknologiska miljön mot det holistiska patientperspektivet. Almerud et al. (2007) benämner att detta kan uttryckas i en avhumanisering av patientperspektivet, att sjuksköterskans arbete dras mellan teknik och människa. Kiekkas et al. (2006) beskriver hur sjuksköterskor upplever att tekniken tar tid från patientens vård.

Omvårdnadens fokus delas mellan medicinsk teknik, patienter och närstående vilket kan försvåra den interrelationella kommunikationen. Närstående kan ha svårt att navigera eller förstå vårdmiljön samt dess teknik, vilket ställer högre krav på sjuksköterskan att göra tillvaron begriplig för anhöriga (Tunlind et al., 2015). Balansen mellan grundläggande omvårdnad och att kunna övervaka patienter samt att följa vårdförloppet med avancerad teknik skapar oro hos sjuksköterskor, att detta sker på bekostnad av det holistiska synsättet som omvårdnad grundas på. Den kliniska blicken som utgör intuition hos sjuksköterskor riskeras undermineras i högteknologiska vårdmiljöer där ett teknikberoende föreligger (Almerud et al., 2007; Tunlind et al., 2015).

## 2.3 TEAMETS BETYDELSE

Donelan et al. (2020) beskriver att teamet kring en patient som vårdas för trauma kan bestå av läkare med akut, trauma eller kirurgisk kompetens samt sjuksköterskor med specialisering inom akutsjukvård, traumaomhändertagande, eller intensivvård. Läkare med trauma kompetens kan i kritiska situationer behöva utföra kirurgiska åtgärder som kan kräva anestesi varvid sjuksköterskor och läkare med kompetens och utbildning inom anestesi får ta plats i traumateamet. Sjuksköterskor med specialisering inom intensivvård kan enligt Donelan et al. (2020) stödja läkare i vårdplanering, läkemedelsadministration och övervakning av vitalparametrar. Stödande personal som återfinns i svenska traumateam är undersköterskor med eller utan specialistkompetens inom anestesi/intensivvård/operation eller akutsjukvård. Alzghoul (2013) benämner hur vikten av utbildning och kompetens hade inverkan på sjuksköterskors uppfattning av behörighet för att vårda patienter med trauma. Novisa sjuksköterskor tenderar att lämna över ansvaret för patienter som inkom med trauma till sina mer erfarna kollegor på grund av bristande utbildning och erfarenhet. Denna skiljelinje mellan erfarna och juniora sjuksköterskor suddas ut av kamratskap och lärande. Genom erfarenhet i en trygg miljö kan juniora sjuksköterskor bygga en kompetens och därmed bygga en självsäkerhet i mötet med patienter som drabbats av trauma (Alzghoul, 2013).

Kontroll och teamkänsla har tidigare beskrivits som avgörande hos intensivvårdssjuksköterskor i möte med patienter som drabbats av trauma (Boström et al., 2012). Nivån av ansvar som sjuksköterskan förväntas ha över patienten kopplas till kontrollbehovet och sjuksköterskans egna känsla av trygghet i mötet med en patient som drabbats av trauma. Informationsbehovet var centralt för sjuksköterskan i sitt arbete och tydlighet i kommunikationen mellan de olika yrkesgrupper var av vikt för samförstånd och samarbete i vården av patienter. Sjuksköterskor såg stöd i att dämpa sina egna känslor till förmån för omhändertagande och en god omvårdnad. Detta främjade lugn och tydlig kommunikation i kritiska situationer. Reflektion och debriefing efter genomfört arbete ansågs vara nyttigt både för självsäkerheten i att möta patienter drabbade av trauma men också för lärandet för framtida patientfall (Boström et al., 2012).

## 2.4 KOMPETENS OCH YRKESBESKRIVNING

### 2.4.1 DEN SPECIALISERADE SJUKSKÖTERSKAN

Riksföreningen för intensivvård och anestesi (RIVA), (2020a;2020b) definierar i sin beskrivning av kärnkompetenser för sjuksköterskor specialiserade inom intensivvård och anestesi flertalet punkter som ingår i specialisternas kompetens och arbetsområde såsom: Klinisk kompetens, ledarskap och samarbete, etik, patientcentrerad vård, tekniska färdigheter och kunskap, engagemang i forskning



och utveckling samt arbete som stödjande funktion (RIVA, 2020a; 2020b). Kärnkompetenserna är en vidareutveckling av sjuksköterskans kärnkompetenser som innefattar "Personcentrerad vård, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, Samverkan i team och Informatik" (s. 4, Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Medan kärnkompetenserna för anestesi och intensivvård är närmast densamma skiljer sig tillämpningen av kompetenserna något för var specialitet. Båda yrkesrollerna samarbetar i team bestående av läkare, sjuksköterskor av olika specialiteter, undersköterskor och andra yrkeskategorier där kommunikation är avgörande för en framgångsrik vård av patienter. I akuta situationer ska både anestesisjuksköterskan och intensivvårdssjuksköterskan kunna ta initiativ och leda omvårdnadsarbetet framåt i en högteknologisk miljö (RIVA, 2020a; 2020b).

## **2.4.2 ANESTESISJUKSKÖTERSANS FUNKTION OCH ANSVAR**

Enligt Oxford English Dictionary (n.d.) definieras anestesi som tillfällig förlust av smärta, med eller utan förlust av medvetandet framkallat av läkemedel. Anestesisjuksköterskan är en del av det kliniska teamet kring patienten och samarbetar regelbundet med anestesiloger, opererande läkare, operationssjuksköterskor, sjuksköterskor samt undersköterskor. En anestesisjuksköterskans specifika uppgift är att planera, bedöma samt administrera anestesi inom ramen för ingreppet samt för patientens behov. Anestesisjuksköterskan ska följa patienten från att den kommer in på avdelningen såsom före, under och efter operationen (RIVA, 2020a).

För att säkert kunna genomföra anestetiska åtgärder under ingreppet måste anestesisjuksköterskan kontrollera och eventuellt säkra patientens luftväg och ventilation. Utöver detta skall anestesisjuksköterskan också övervaka patientens vitala parametrar samt övriga anesthesiologiska åtgärder och dokumentera dessa under ingreppet. Därtill är det anestesisjuksköterskans ansvar att kontinuerligt utvärdera patientens pågående anestesi och justera denna efter patientens behov (RIVA, 2020a). Anestesisjuksköterskor är med i det team som tar hand om patienter som drabbats av trauma i akutrummet, därefter ansvarar de även för monitorering vid transport från akutrummet samt vid externa undersökningar som röntgen. Är patienten i behov av kirurgiskt ingrepp deltar anestesisjuksköterskan i förberedelserna samt genomförandet av ingreppet.

## **2.4.3 INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSANS FUNKTION OCH ANSVAR**

Intensivvård klassificeras som vården av den kritiskt sjuka patienten med svikt i ett eller flera organsystem som kräver hög nivå av kompetens, teknik och etik i syfte att patienten ska kunna återgå till ett meningsfullt liv ur patientens perspektiv.

Intensivvården ses som en egen vårdnivå utöver den generella vården där organfunktioner som sviktar eller riskeras svikta behandlas, understöds eller bevaras (Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård, 2024). För patienten ska intensivvårdssjuksköterskan ha en djupare förståelse för dennes vilja och autonomi även i sammanhang där patienten inte själv kan uttrycka sig samt kunna med mod framföra patientens vilja utifrån etiska värderingar och medicinska behov till övriga professioner. Arbetet som intensivvårdssjuksköterskan utför ska ske utifrån aktuell evidensbaserad kunskap och erfarenhet där kritisk tänkande, god planering och analytisk förmåga kring avancerade vårdssituationer genomsyrar vårdarbetet (RIVA, 2020b). Enligt 2 kap. 2 § i SFS 2017:30 ska vården ges med hänsyn och respekt till människans integritet och människovärde samt ha grund i vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska finnas tillgängligt till behövande samt vara av god kvalitet.

I en högteknologisk miljö arbetar ett multiprofessionellt team inom intensivvården mot patientens återhämtning från livshotande sjukdom/tillstånd enligt RIVA (2020b). Vården av patienter drabbade av trauma sker för intensivvårdssjuksköterskan i akutrummet på akutmottagningen i biträdande och stödjande syfte. Vården fortsätter sedan på intensivvårdsavdelningen med intensivvårdssjuksköterskan som ledare i omvårdnadsarbetet tillsammans med övriga vårdteamet. Socialstyrelsen (2024b) betonar i nationella kompetensmål att intensivvårdssjuksköterskan i sin grund har en central roll i att med kompetens, arbetsmiljö och organisatoriska förutsättningar kunna ge vård av god kvalitet. I det fall återhämtning från sjukdom inte längre är möjligt skall intensivvårdssjuksköterskan arbeta i stödjande funktion både för patienter, närstående och övriga i vårdteamet. För anhöriga kan detta uttryckas i situationer där patienten avlider, varvid sjuksköterskan behöver arbeta för ett etiskt och värdigt avslut samt bemöta anhöriga med respekt (ICN, 2021).

Sammanfattningsvis har intensivvårdssjuksköterskan i uppgift att genom sin kliniska kompetens och beprövade erfarenhet delta i meningsfull, personlig och etisk vård av den kritiskt sjuka patienten i ett team sammanhang där hen kan inneha en ledarskapsfunktion och vara del av ett multiprofessionellt team. Förutom kliniskt arbete ska intensivvårdssjuksköterskan regelbundet ta del av samt engagera sig i forskning och utveckling av yrket (RIVA, 2020b).

## **2.5 DEN EMOTIONELLA PÅVERKAN PÅ SJUKSKÖTERSKAN**

Emotionellt kan traumavård påverka personer på olika sätt, vilket också har inverkan på hur dessa känslor hanteras både hos patienter och vårdpersonal. Coping är en dynamisk process som definieras av Lazarus och Folkman (1984) som kognitiva och beteendemässiga försök att hantera externa eller interna krav som tär på eller överskrider sina egna resurser. Olika strategier för coping är

problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping men överlag beror coping på en persons erfarenheter, situationen i fråga och resurserna som personen besitter (Lazarus & Folkman, 1984).

Gillespie et al. (2024) beskriver i sin artikel om den emotionella påverkan som traumavården har på akutsjuksköterskor, samt hur deras coping tog sig i uttryck. Vanliga copingmekanismer hos sjuksköterskor var att dämpa sina egna känslor till situationen och fokusera på omvårdnaden, en problemfokuserad copingstrategi. Vissa mindre erfarna sjuksköterskor fann tröst i att få gråta medan mer erfarna sjuksköterskor sköt upp sin bearbetning eller hade funnit alternativa sätt att hantera sina känslor utanför arbetet. Detta stärks även av Tutton et al. (2008) som beskriver i sin studie att sjuksköterskorna inte sällan fick avvara sina känslor för att kunna fokusera vidare på arbetet, att isolera bort känslorna som uppkommer i mötet med en patient som drabbats av trauma i syftet att uppnå slutmålet och upprätthålla kvalitet på vården. Emotionell och empatisk utmattning samt stress framkom ur studien av Alzghoul (2013) som påfrestningar på sjuksköterskor inom traumavård och akutverksamhet. Sjuksköterskorna i studien fann dock sin coping i kollegiala relationer, erfarenhet och adekvat utbildning inför att hantera vårdsituationer (Alzghoul, 2013).

Figley (1995) beskriver fenomenet sekundär traumatisk stress som kan förekomma i yrkesgrupper som vårdar eller kommer i kontakt med personer som drabbats av trauma. Kännetecknen för fenomenet som med andra ord kallas "compassion fatigue" kan te sig psykiskt genom emotionell och empatisk utmattning, avtrubbande av känslor i mötet med trauma, ångest och återkommande minnesbilder som påminner om traumat som bevittnats. Fysiskt kan personen med sekundär traumatisk stress uppleva huvudvärk, sömnbesvär, och orkeslöshet på grund av utmattning (Figley, 1995). I en nationell studie skriven av Jobe et al. (2021) som granskade sjuksköterskors upplevelse av stress i traumasammanhang fann författarna att sjuksköterskorna visade tecken till sekundär traumatisk stress och deltagarna rapporterade symtom på detta varje vecka. Symtomen som uppgavs av deltagarna varierade från emotionell utmattning och nedbrytning till bristande arbetsförmåga och produktivitet relaterat till det emotionella slitaget traumavården utgör. Som lindring för den upplevda stressen ansågs stresshantering och stöd som gynnsamt (Jobe et al., 2021).

## 2.6 OMVÅRDNAD SOM BEGREPP

Sjuksköterskans arbetsområde är centraliserad kring omvårdnad. Nightingale (1859) beskriver omvårdnadsbegreppet som holistiskt med fokus på att främja naturlig läkning genom optimering av miljö, omsorgsfull omhändertagande, vård, prevention och hälsofrämjande vård, samt främjandet av patientens egna möjlighet till hälsa med fokus på integritet och värdighet. Enligt Nightingale har sjuksköterskan till uppgift att observera, bistå och underlätta patientens egen läkning.

Omvårdnad menar Nightingale (1859) är individuellt samt bör beaktas ur ett helhetsperspektiv utifrån patientens tillstånd, förmåga och behov. Patientens spirituella, fysiska och emotionella varande formar omvårdnaden. Detta utgör en distinktion mellan de olika perspektiven inom sjukvård, det vill säga medicin och omvårdnad. Medicin propagerar mot tillfrisknandet genom läkekonst medan omvårdnad fokuserar mot hälsa ur ett helhetsperspektiv (Nightingale, 1859).

## **2.7 OMVÅRDNADSTEORI: PATRICIA BENNER “FRÅN NOVIS TILL EXPERT”**

### **2.7.1 NOVISEN**

Novisen som steg i Benners (1982) teori betonar vikten av objektivitet för den nya sjuksköterskan. Att lärda uppgifter kan beräknas, planeras och förberedas utan någon särskild erfarenhet. Inlärda regler styr den nya sjuksköterskan framåt i sitt arbete baserad på en rigid struktur som inte tolererar avsteg från rutin eller regel efter omdöme. Yrkesbaserad kliniskt omdöme bildas av erfarenhet vilket saknas hos den nya sjuksköterskan.

### **2.7.2 AVANCERAD NYBÖRJARE**

Avancerade nybörjare förklaras av Benner (1982) som en utveckling av förståelse för aspekter, det vill säga där den avancerade sjuksköterskan har lärt sig genom viss erfarenhet att avläsa och känna igen olika aspekter i yrket. Bedömningen och förståelsen är dock baserad på mycket liten erfarenhet som identifieras av sjuksköterskan genom en till viss del otränad mönsterigenkänning eller situationsmedvetenhet och förhåller sig till konkret förståelse. Sällan lägger den avancerade nybörjaren vikt vid andra aspekter utanför tryggheten av det objektiva (Benner 1982).

### **2.7.3 DEN KOMPETENTA**

Den kompetenta som utvecklingssteg lägger enligt Benner (1982) vikt på helhetsperspektivet och en större förmåga till prioritering av arbetet vilket har sin grund i utvecklingen av en större erfarenhet. Den kompetenta sjuksköterskan kan ha översikt över sitt arbete med förbättrad prioriteringsförmåga där planeringen innefattar långsiktiga mål med sitt agerande. Fler avsteg från regel/rutin kan göras utifrån beprövad erfarenhet och med patientens individualitet i fokus. Många sjuksköterskor befinner sig på en kompetent nivå och håller sig kvar i utveckling på grund av bekvämlighet (Benner 1982).

## 2.7.4 DEN SKICKLIGE

Den skicklige innefattar förutom kompetenta inslag såsom helhetsperspektiv och prioriteringsförmåga, även komplexitet i förståelsen för sammanhanget och förmåga till att ta intuitiva beslut baserade på sina tidigare erfarenheter med patientens egna behov medräknat. Den skicklige sjuksköterskan kan förstå en situation med helhetsperspektiv och anpassa sig till detta samt agera i likhet med situationens krav utifrån sjuksköterskans egna kliniska bedömning. Sjuksköterskans prestation, förklarar Benner, är mindre beroende på enskilda aspekter och tar istället formen av egen evidensbaserad utförande och beslutsfattande (Benner 1982).

## 2.7.5 EXPERTEN

Experten är enligt Benners teori det sista steget i utvecklingen hos sjuksköterskan som innefattar total förståelse, beslutsfattande och skicklighet utan större tanke till regler/rutiner. En expert sjuksköterska kan agera självständigt, pålitligt och korrekt även i oväntade händelser med ett helhetsperspektiv och med bevarad hänsyn till patientens individuella situation. Analytisk förmåga används av experten i dessa oväntade situationer som problemlösning, särskilt om situationen är ny för sjuksköterskan eller om ett missförstånd över en situation sker. En sjuksköterska på expertnivå arbetar inte sällan utefter en känsla som har sitt ursprung i erfarenheter och en inarbetad rutin med fördjupad förståelse för intrikata delar av patientmötet/vårdsituationen. Vad som skiljer den skicklige från experten är att sjuksköterskan kan se möjligheterna med sitt agerande ur ett större perspektiv (Benner 1982).

# 3 PROBLEMFÖRMULERING

Trauma är vanligt förekommande inom intensivvården och anestesi. Vården bedrivs i en högteknologisk vårdmiljö med omfattande medicinteknik och apparatur. Ett varierande team skapar förutsättningen att genom samarbete vårda evidensbaserat under stress. Det är specialistsjuksköterskans ansvar att ge adekvat vård och personcentrerad bemötande, inom ramarna för anestesi och intensivvård. Därtill kommer egenskaper som ledarskap och samverkan. Specialistsjuksköterskor som deltar i traumavården måste också vara observanta på sina egna känslor då patientens öde ofta berör. Trots den emotionella belastningen måste specialistsjuksköterskor alltid tänka på att vårda patienten utifrån ett holistiskt perspektiv. Detta kräver dock kunskap och kompetensutveckling. Traumas oplanerade natur ställer krav på specialistsjuksköterskans förmåga till beredskap under dygnets alla timmar.

## **4 SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter av beredskap hos intensivvårdssjuksköterskor och anestesijuksköterskor för att vårda patienter som drabbats av trauma.

## 5 METOD

Denna studie syftade till att genom en kvalitativ ansats beskriva erfarenheter av beredskap för traumavård hos specialistsjuksköterskor inom intensivvård och anestesi. Vald analysmetod var tematisk analys enligt Braun och Clarke (2012) med en induktiv metod där faktisk data som inhämtats har större innebörd än frågorna som ställts under intervjun. Den induktiva metoden var av vikt för att bibehålla en opartisk och fri analys utan påverkan av oss som analytiker av datamaterialet.

Ontologi är läran om verkligheten och varandet (Dahlberg, 2022). Genom en konstruktivistisk ontologisk ansats avsåg studien att betrakta verkligheten och därav upplevelser som individuella och beroende på social kontext. Den konstruktivistiska ansatsen avser upplevelser och interaktioner som en konstruktion av sociala sammanhang och individens egna tankar (Bryman, 2016). Epistemologi är hur vi förstår och åtar oss kunskap om varandet och vår omvärld samt vad som värderas som sann kunskap (Dahlberg, 2022). Genom intervjuerna var målet att kunna förstå och ta till kunskap om den omvärld som omfattade studiens syfte, som i sin tur fick värderas som den sanna kunskapen utifrån det insamlade resultatet från deltagare i första person. Erfarenheter är subjektiva och endast individen som faktiskt erfarit kan dela den sanna kunskapen med kunskapssökande (Kvale & Brinkmann, 2014).

### 5.1 URVAL

Inklusionskriterier för deltagare till studien var specialistutbildade sjuksköterskor inom intensivvård eller anestesi som hade en deltagande roll i vården av patienter som drabbats av trauma. Deltagarna skulle vara verksamma på ett utvalt traumamottagande länssjukhus i Västsverige. Urvalet för deltagarna till studien genomfördes med hjälp av bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval gör att deltagarna frivilligt söker sig till och deltar i studien (Polit & Beck, 2021).

En förfrågan om tillstånd att genomföra studien skickades via mail till enhetschef på de berörda enheterna (Se bilaga 1). Efter tillstånd erhöles för att genomföra studien av enhetschefer från respektive enhet vidarebefordrades information om studien till möjliga deltagare som omfattades av inklusionskriterierna genom mejl från enhetschef samt publicering på enhetens intranät. Informationsbrevet till möjliga deltagare innehöll information om studiens syfte samt om anonymitet och frivillighet att delta i studien (Se bilaga 2).

Av anestesijuksköterskorna deltog två kvinnor och en man, och bland intensivvårdssjuksköterskorna var samtliga kvinnor. Erfarenhet av yrket som allmänsjuksköterska varierade mellan fyra år och 34 år (medelvärde 17 år). Erfarenhet som specialistsjuksköterska inom anestesi var mellan tre år och 26 år

(medelvärde 14,5 år) medan erfarenheten som intensivvårdssjuksköterska varierande mellan två år och 25 år (medelvärde 13,5 år).

## 5.2 DATAINSAMLING

Fokusgrupper om minst sex deltagare planerades att genomföras vid tre olika tillfällen. En fokusgrupp med intensivvårdssjuksköterskor, en fokusgrupp med anestesijuksköterskor, och en blandad fokusgrupp bestående av båda professionerna. Datainsamlingen påbörjades i mars 2025. Svar från deltagarna lät sig dröja under cirka två veckors tid, påminnelser skickades om deltagande, dock utan svar. Enhetscheferna på respektive enhet kontaktades på nytt för att omvärdera utförandet av studien varvid organisatoriska faktorer framkom som anledning bakom bristande deltagande. Sjukfrånvaro samt bristande möjligheter till bemanning av de deltagande enheterna omöjliggjorde fokusgrupper. För att kunna genomföra studien ändrades datainsamlingsmetoden till enskilda intervjuer, något som kunde genomföras på respektive enhet utan att störa verksamheten på samma sätt som gruppintervjuer.

Frågor som formulerats för fokusgrupper ändrades till att passa i enskilda intervjuer. Dessa testades sedan i två provintervjuer med en frivillig student och en lärare varvid mindre justeringar på frågorna genomfördes, se bilaga 3. Dessa intervjuer inkluderades ej i resultatet då flertalet diskussioner om ändringar i frågor fördes under testningen. Dag och tid för intervjuerna bestämdes tillsammans med enheternas chefer via mejl. Sammanlagt genomfördes sju intervjuer, tre intervjuer var med anestesijuksköterskor och fyra med intensivvårdssjuksköterskor under mars månad 2025. Intervjuerna genomfördes på respektive enhet i anslutande konferensrum till operationsavdelningen och intensivvårdsavdelningen och personal som befann sig på arbetet den tiden erbjöds delta i studien. Intervjuerna varade mellan fem och tio minuter (medelvärde ca sex minuter) och spelades in på två mobila enheter som testats innan start av varje intervju. Frågorna ställdes av en av författarna medan observation och notat skrevs av den andre författaren. Observation gjordes i syftet att fånga detaljer i intervjun som nödvändigtvis inte fångades av inspelning samt att kunna ställa följdfrågor ifall något behövdes förtydligas.

## 5.3 ANALYS

Den tematiska analysen genomfördes i sex steg beskrivna av Braun och Clarke (2012): Att bekanta sig med data, kodgenerering av initiala koder, temasökning, revidering av möjliga teman, definition och namngivning av teman, samt produktion. Initial analys och bearbetning inleddes med att bekanta sig med data genom transkribering och upprepad läsning både var för sig och tillsammans. Anteckningar fördes enskilt och därefter genomfördes en gemensam diskussion kring materialet där transkriptionerna och anteckningarna fördes ihop i ett



gemensamt dokument. Braun och Clarke (2012) benämner att anteckna under tiden materialet läses eller lyssnas på gör att analytikern kan börja uppfatta materialet som faktisk data. Ett visst engagemang krävs av analytikern att på djupet granska inte bara orden men innebörden och innehållet som orden syftar till att beskriva samt föra anteckningar på detta. Känslan som framfördes av deltagarna försökte beskrivas genom noggrannhet i transkriberingen genom anteckning av pauser i samtalet, betänketid och uppföljningsfrågor. Därav fördes en gemensam diskussion av det framkomna materialet. Under generering av initiala koder lästes materialet mot gemensamma drag som gav upphov till preliminära koder. Braun och Clarke (2012) benämner att dragen kan vara deskriptiva för innehållet men kan också tolkas vidare utöver det faktiska innehållet. Försättningsvis bildas koder oftast av en blandning av det deskriptiva och det tolkande innehållet. Dock avsett om koder ter sig tolkande eller deskriptiva bör samtliga ge svar mot syftet. Under generering av initiala koder förelåg en frihet till inklusion för det material som tedde sig relevant mot syftet varvid justering av kodning eller förkastning av koder kunde göras löpande under analysarbetet. Resultatet ordnades efter de tidigare nämnda koderna blev grunden för framtida teman.

Skapandet och revidering av teman gjordes av författarna tillsammans för att säkerställa att innehållet svarade mot syftet och att inget innehåll överblickades. Genom att göra det gemensamt uppnåddes en samsyn av materialet och dess gruppering vilket möjliggjorde namngivning och djupare definition av teman som uppkommit av analysen. De slutgiltiga teman och subtemornas benämningar färdigställdes efter att resultatet blev slutförd för att säkra att benämningarna speglade teman och subteman. De uppkomna och färdiga teman från analysen var "Erfarenheten av trauma har betydelse" med tre stycken subteman, "Både teori och praktik behövs" med två stycken subteman, samt "Livräddande samarbete" med två subteman.

## **5.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

För etiska ramverk var denna studie obligerad att efterfölja Helsingforsdeklarationen utformad av World Medical Association (2013) som tydliggjorde vikten av frivilligt och informativt samtycke, nytta och risker för deltagare med att studien genomfördes samt att deltagare skyddades därigenom att särskilt åtanke lades kring sårbara grupper.

Studien har genomförts enskilt utanför klinisk verksamhet, och har endast inkluderat frivilliga legitimerade sjuksköterskor som avlagt specialistexamen inom anestesi och/eller intensivvård. Deltagarna informerades om syftet med studien, om sitt frivilliga deltagande samt om hur personuppgifter har behandlats inklusive bearbetningen av resultaten. Detta säkerställde fullständigt informerade och frivilliga deltagare för att uppfylla informationskravet och samtyckeskravet

härstammande från Vetenskapsrådet (2024), World Medical Association (2013) och Europeiska unionen (2016, art. 6).

Helsingforsdeklarationen av World Medical Association (2013) beskrev vikten av etisk granskning och godkännande av oberoende part, i detta fall av enhetscheferna för intensivvårdsavdelningen (IVA) samt anestesi/operation hos Skaraborgs Sjukhus Skövde. Genom avidentifiering av material och säker datahantering efterföljdes Vetenskapsrådets (2024) etiska riktlinjer, den allmänna dataskyddsförordningen GDPR enligt Europeiska unionen (2016) och Helsingforsdeklarationens (2013) konfidentialitetskrav. För att säkerställa att deltagarnas integritet bevarats har intervjuledare förtydligt muntligt att informationen som delgivits under intervjuerna kvarstannar hos deltagare och intervjuledare. Under studiens gång genomfördes ständiga utvärderingar kring etiska aspekter om studien. I det fall att studien skulle etiskt sett inte kunna genomföras via upptäckandet av oförutsedda problem eller risker för deltagare fick studiens genomförande då omvärderas.

Genom en tydlig analysmetod var målet att utforma en studie som var reproducerbar enligt etiska riktlinjer för att säkerställa att vi som författare har tagit ansvar för resultatet och uppvisar transparens gentemot gällande forskning. Syftet var utformat för att ge kunskap kring specialistsjuksköterskors erfarenheter om beredskap för att vårda patienter drabbade av trauma, och hade därför en samhällsnytta genom att vidga potentiell förståelse och utveckling inom denna vårdkategori. Genom att ha en insamlingsmetod som tagit hänsyn till samhällets och deltagarnas utveckling av beredskap, deltagarnas autonomi via frivillighet samt säkerhet uppfyllde studien nyttjandekravet för forskning (Europeiska unionen 2016, art. 6; Bauchamp & Childress, 2013; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979; Vetenskapsrådet, 2024; World Medical Association, 2013).

### **5.4.1 FÖRFÖRSTÅELSE**

Enligt Polit och Beck (2021) har förförståelsen betydelse för en studies trovärdighet och huruvida forskningsfrågor formulerade av författarna var av relevans för den kvalitativa forskningen. En författares förförståelse kan både skapa meningsfull tolkning av data men kan även försvåra objektivitet i en studies förfarande genom en färgning av datan. Genom att använda en teoretisk ram som stöd kan författare behålla sin objektivitet men kunna nyttja sin förförståelse till värdefull tolkning (Polit & Beck, 2021). Detta i syftet att kunna, utifrån den tematiska analysen, bilda koder och teman som tydligt visar och fångar essensen i det insamlade datamaterialet. Förförståelsen för föreliggande studies författare innehåller tidigare kunskap om trauma, genomförda traumautbildningar och flerårig praktisk erfarenhet om traumavård. Båda författare har sjuksköterskeexamen, en av dem med fem års erfarenhet inom internmedicin och postoperativvård och den andre med 16 års erfarenhet inom internmedicin, akutsjukvård. Den sistnämnda har även specialistsjuksköterskeexamen som

intensivvårdssjuksköterska med tio års erfarenhet. Denna förförståelse var känd för författarna och har tagits i hänsyn under denna studies genomförande. Diskussioner kring hur förförståelsen kan färga dataanalys samt hur detta ska hindras har genomförts fortlöpande under studiens resultatbearbetning.

## 6 RESULTAT

Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter av beredskap hos intensivvårdssjuksköterskor och anestesijuksköterskor för att vårda patienter som drabbats av trauma.

Tabell 1. Översikt av teman och subteman

TEMA	SUBTEMAN
Erfarenheten av trauma har betydelse	Reell kompetens gör skillnaden Svårt att byta vårdmiljö Behov av kontroll på situationen
Både teori och praktik behövs	Simulering ger beredskap Teoretisk beredskap på egen hand
Livräddande samarbete	Att arbeta i ett slumpvist team Novisen, experten och det interprofessionella samarbetet har betydelse

### 6.1 ERFARENHETEN AV TRAUMA HAR BETYDELSE

Att kunna vårda patienter som råkat ut för trauma kräver förkunskaper och en erfarenhet som bygger en kompetens, likaså miljökänndom och en känsla av kontroll på situationen. Därför har erfarenhet en betydelse för huruvida en känsla av beredskap upplevs i mötet med patienter drabbade av trauma.

#### 6.1.1 REELL KOMPETENS GÖR SKILLNADEN

Alla specialistsjuksköterskor i studien ansåg att vården av trauma var av stor betydelse. Trots att traumafallen per specialistsjuksköterska och år ansågs vara få, framkom det en tydlig skillnad mellan de deltagarna som varit i yrket under kortare tid, jämfört med de som hade arbetat längre inom akutsjukvården. De yngre sjuksköterskorna som inte hade vårdat lika många fall kände ofta en större osäkerhet och behövde mer stöd och vägledning i dessa kritiska situationer. De mer erfarna sjuksköterskorna upplevde ett större självförtroende och en bättre förmåga att hantera traumafall snabbt och effektivt, tack vare många års erfarenhet.

“Erfarenhet, ju fler trauma man är med om ju mer lär man sig från gång till gång. Såklart, det är ju erfarenheten att ha varit med x antal

gångar. Det är inget man kan läsa sig till, man måste vara med och uppleva det praktiskt.” (Deltagare 7 Intensivvårdssjuksköterska)

Det blev tydligt att förmågan att hantera traumafall inte bara berodde på teoretisk kunskap utan också på praktisk erfarenhet samt den trygghet som kom med att ha arbetat i stressiga och akuta situationer tidigare. De som hade arbetat längre med traumavård var vana vid att fatta snabba beslut under press och hade en känsla för vilka åtgärder som behövde vidtas. För de novisa specialistsjuksköterskorna var det en kontinuerlig inlärningsprocess, där de genom handledning och upprepade erfarenheter fördjupade sina kunskaper samt byggde upp sin förmåga att agera snabbt i traumatiska situationer. Deltagare 2 som arbetar som anestesijuksköterska beskrev följande : “Jag kände mig trygg i min yrkesroll så jag behövde inte va. Jag känner att jag har beredskapen eller kunskapen med en stor ödmjukhet också. Jag kunde nog behärska det som krävdes av mig i alla fall.” Samtidigt får inte den mänskliga aspekten av trauma omhändertagandet försvinna. Det ligger på specialistsjuksköterskorna som experter på omvårdnad att inte patienten försvinner i det medicinska standardiserade omhändertagandet.

“Nej man får väl inte glömma bort att det är en person som ligger där. Och inte bara en patient. Han eller hon har väl också ett sätt att tänka. Man kan inte bara köra över någon för att de är halvt medvetslösa.” (Deltagare 1, Anestesisjuksköterska)

En klar majoritet av deltagarna inom både intensivvård och anestesi fäster stor vikt vid antalet traumafall och att det spelar stor roll för den personliga beredskapen.

### **6.1.2 SVÅRT ATT BYTA VÅRDMILJÖ**

Samtliga deltagare i studien belyste vårdmiljöns påverkan på vården. Att förflytta sig från sin vanliga avdelning till akutmottagningens akutrum kräver mycket av specialistsjuksköterskorna. Även om dessa har specialistutbildning och har erfarenhet av kritiska situationer, kan det vara en betydande påfrestning att byta miljö. Många specialistsjuksköterskor beskrev att det finns en initial stress som följer med att vårda i en mindre känd miljö där lokalkännedomen var sämre än sin hemavdelning. Deltagare 2 som arbetade som anestesijuksköterska nämnde: “Ja, nu var ju detta på nya akuten. Där börjar man väl bli lite bekant. Sen är man är ju inte där så ofta överhuvudtaget på de här akutrummen, bara det är ju en liten stress hos en.” Att arbeta i en känd miljö är en trygghet och innebär att det är enklare att prestera som specialistsjuksköterska.

Specialistsjuksköterskorna i studien som kände sig bekanta med vårdmiljön var mer beredda att agera snabbt och effektivt. När de har ordning på medicinteknisk utrustning och hittar var allt finns, ökar deras självförtroende. Ett flertal av studiens deltagare talade om vikten att i förväg bekanta sig på akutmottagningen.

“Jag tycker framförallt miljön för jag.. ofta känner jag mig trygg i miljön så blir jag tryggare också i vad jag håller på med. För känner man sig inte trygg i miljön så känns det också svårt att hjälpa till när man inte liksom kan ens hitta en PVK nästan liksom. Då blir det ganska svårt att vara hjälpsam, då blir man mest i vägen.” (Deltagare 5 Intensivvårdssjuksköterska)

Orientering och kännedom om akutrummets design är inte bara en praktisk fråga utan det handlar om att bygga en grund av säkerhet och effektivitet runt arbetet med patienten. När allt är på sin plats och personalen vet var de kan hitta det de behöver, skapas en arbetsmiljö där fokus kan ligga på vården av patienten. I slutändan resulterar detta i bättre vårdresultat och en mer positiv arbetsupplevelse för all involverad personal.

“Lite att man vet att man hittar saker där på akutrummet. Man vet vart allting finns. A det var ju på den gamla akuten. Men då hade vi med oss vår egen väska med typ läkemedel och sånt. Vi visste vad som fanns. Man hade koll på sitt eget....så. Bara att man är orienterad i det där rummet, så man vet vart allting är, och dom kommer alltid att vara där i den där låda. Så det är väl en trygghet. Att veta vart saker och ting finns.” (Deltagare 1 Anestesisjuksköterska)

Intervjuerna visar att vårdmiljön har en betydande inverkan på specialistsjuksköterskors prestationer inom akutsjukvård. Övergången från en bekant avdelning till akutmottagningens akutrum medför en initial stress och påfrestning.

### **6.1.3 BEHOV AV KONTROLL PÅ SITUATIONEN**

Flertalet av deltagarna ansåg om hur tiden mellan larmet och patientens ankomst till akutrummet var oviss. Dels handlade det om egna förväntningar och krav på sig själv, samt den osäkerhet som följde med att inte veta hur patientens tillstånd var och kom att utvecklas, eftersom informationen ofta är begränsad i de tidiga skedena. Deltagare 1, Anestesisjuksköterska menade “Man får väl ett adrenalinpåslag som man får när man har de här larmtelefonerna. Sen är det svårt, man vet inte vad man ställer sig inför. Förens man får det till sig.”. Ett sätt att hantera situationen var genom förberedelser, samt kontroll av den utrustning man förväntas att använda. Samtliga anestesisjuksköterskor pratade om vikten av att kunna förbereda det man kan innan patienten anländer, så som utrustning för luftvägshantering, läkemedel med mera.

“Jag menar att man förbereder sig på det viset. Att man... Om man har koll på hur stor patienten är kan man dra upp läkemedel innan. Så här har man det gjort. Att man hinner med sånt innan. Det är ganska skönt.”(Deltagare 1 Anestesisjuksköterska)

En lärdom var att försöka upprätthålla självkontrollen under hela vårdförloppet och därigenom undvika att agera stressad framför teamet, då stress lätt kan smitta av sig. Genom att agera lugnt och med självinsikt kan man inte bara dämpa sin egen stress utan även minska övrig stress på akutrummet vilket kan leda till att arbetet flyter på bättre och säkrare.

“Det är väl det att man genom årens jobb har fått den erfarenhet. Att man ska försöka hålla sig så lugn man kan. Och hålla tillbaka sina känslor och såna grejer. För då sprids det till andra som är runt omkring.”(Deltagare 3 Anestesisjuksköterska)

I resultatet framkom att specialistsjuksköterskorna upplevde att tidspress och ovisshet skapade stress men också att den med en god egen beredskap kan övervinnas. Att arbeta strategiskt med förberedelser samt att försöka att inte öka stressen på akutrummet med sitt eget agerande upplevdes som viktigt.

## 6.2 BÅDE TEORI OCH PRAKTIK BEHÖVS

Ett genomgående tema hos främst intensivvårdssjuksköterskor var behovet och användningen av utbildning, praktiskt som teoretisk, kopplad till just traumavård. Denna aspekt nämndes inte hos anestesisjuksköterskorna som intervjuades men framträdde som en grundläggande del av intensivvårdssjuksköterskans känsla av beredskap.

### 6.2.1 SIMULERING GER BEREDSKAP

Simulering beskrevs av intensivvårdssjuksköterskorna som en övningsbaserad beredskap, där praktiska färdigheter lärs in under simulerade traumaövningar. Övningen, som ofta görs i team, ger perspektiv till den stress man kan få i mötet med patienter som råkat ut för trauma. Dessutom ger traumasimulering en inblick i den roll man kan behöva få i den verkliga situationen för specialistsjuksköterskan. Hos intensivvårdssjuksköterskorna som intervjuades beskrevs rollen som en underförstådd del av arbetet i traumarummet, något som behöver identifieras hos sig själv genom teamträning för att kunna bidra aktivt och effektivt till teamet. Detta beskrivs i citatet nedan:

“Jaa, alltså jag själv personligen lär mig bra genom teamträning, eh, alltså praktiska scenarion. Sen så kan man ju komplettera med teoretiskt, att man läser på faktiskt och själv, alltså att man tar ansvar själv för att kolla upp med jämna mellanrum också, fylla på liksom så jag inte glömmer bort, ehm, vad det är jag ska göra. Men så, aa, teamträning tycker jag är viktigt och sen att kunna liksom hitta sin roll i teamet och vara tyst och lyssna om man behöver det och leda när man behöver det. Typ så.” (Deltagare 4, Intensivvårdssjuksköterska)

Ledarskap och följarskap beskrevs, enligt deltagarna, vara av vikt för följsamheten i traumaomhändertagandet. Att som del av teamet kunna lyssna och tala i rätt tid, i synkronisering med övriga teamet, antydde vara egenskaper hos specialistsjuksköterskan som främjas genom övning.

Mötet med en patient som drabbats av trauma kan bidra till en mängd olika känslor och stress hos den intensivvårdssjuksköterska som möter denna patient. Av denna anledning beskrevs simuleringar som en möjlighet för att kunna lära sig hantera olika känslor och stress som kan uppkomma i faktiska traumasammanhang, fast då i en trygg och verklighetsbaserad miljö där tid för misstag och förbättring är tillåtet och välkommet.

“Jag önskar att vi hade ännu mer träning, att det fanns mer struktur kring hur ofta man går på traumasimulering och mer.. mer utbildning helt enkelt. Mer förberedande. Jag tycker att just simuleringen är sjukt bra. Det blir ju så verkligt att man tänker nästan bort att det är en docka, aa det blir liksom en likt nästan tycker jag men också väldigt skönt att det blir på ett mer avslappnat sätt än när det verkligen brinner till på riktigt.”(Deltagare 5, Intensivvårdssjuksköterska)

I samband med intervjuerna framkom att simuleringarna var en väsentlig del i intensivvårdssjuksköterskornas roll för att känna en praktisk och emotionell beredskap i mötet med patienter som drabbas av trauma.

## 6.2.2 TEORETISK BEREDSKAP PÅ EGEN HAND

Teoretisk förberedelse utgjorde en del av beredskapen genom att det skapade en trygghet hos intensivvårdssjuksköterskorna i mötet med patienter drabbade av trauma. Att känna sig uppdaterad på anvisningar och styrdokument, samt att ha bekantat sig med kursinnehåll från traumautbildningar såsom Trauma Nursing Care Course (TNCC), Advanced Trauma Life Support (ATLS) och Akut TraumaSjukvård för Sjuksköterskor (ATSS) upplevdes vara en styrka i sin egen beredskap.

“*paus* Aa, men dels simulering, absolut. Det är ju viktigt, eh, och sen att man själv har läst på om liksom principerna vid TNCC eller ATLS eller vad man nu vill kalla det så man ändå är ganska införstådd i gången.” (Deltagare 4, Intensivvårdssjuksköterska)

I detta fall hade inte TNCC och ATLS/ATSS genomgåts av deltagarna, få deltagare hade genomfört traumautbildningar. Den personliga läsningen av kursmaterialet var däremot ändå givande, för de som intervjuades i syftet att kunna delta aktivt och korrekt i vården av patienter som drabbats av trauma.



Organisationens material, rutiner och styrdokument hade, tillsammans med simuleringar, en betydande roll i huruvida deltagarna upplevde beredskap. Dessa uppdateras ofta och finns tillgängliga för personal dygnet runt för egen läsning. Deltagare 6 som arbetade som intensivvårdssjuksköterska beskrev "det är väldigt bra med som här interna trauma, alltså simuleringarna som vi har nere på akuten och även att man liksom, man har ju, det finns ju PM och man kan läsa själv också". Det personliga ansvaret att på egen tid ta till sig kunskap och uppdatera sig inom traumavård nämndes som ett stöd i sin egen beredskap inför att möta denna patientgrupp.

## **6.3 LIVRÄDDANDE SAMARBETE**

Vården av patienter som drabbats av trauma sker av ett traumateam, som kan ändras från gång till gång. Ingen yrkeskategori har kompetensen att självständigt sköta vården utan är beroende av teamets medlemmar som alla tillför sin unika kompetens. För att utveckla denna kompetens måste även novis personal inkluderas.

### **6.3.1 ATT ARBETA I ETT SLUMPVIST TEAM**

Vård av patienter som drabbats av trauma sker dygnet runt. Då personal från olika avdelningar samt flera yrkeskategorier som har olika arbetstider kommer teamet förändras ständigt. Ett traumateam på det aktuella sjukhuset bestod normalt sett av en kirurg som är traumaledare, en ortoped, en anestesilog, en anestesijuksköterska, en operationssjuksköterska, två allmänsjuksköterskor, samt en undersköterska. Flera av de intervjuade specialistsjuksköterskorna beskrev även hur teamets individuella individer påverkar dem och deras arbete direkt.

"Vad är det för andra personer jag jobbar med? Hur fungerar vi ihop? Hur fungerar kommunikationen? Hur har de planerat där innan vi kommer liksom? Där kan man ju möta allt ifrån att det fungerar hur bra som helst. Till att man kommer till ett allmänt kaos så." (Deltagare 1 anestesijuksköterska)

När behov finns kan en intensivvårdssjuksköterska ansluta sig till traumateamet om verksamheten på intensivvårdsavdelningen tillåter detta. En majoritet av de intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de upplevde att arbetet på akutrummet skilde sig stort från arbetet på intensivvårdsavdelningen. Deras funktion i akutrummet var mer oklar och skilde sig från gång till gång beroende på vilken personal som arbetade där. De beskrev att det ofta handlade om handräckning och punktinsatser, än den ledande roll som de beskrev att de hade på intensivvårdsavdelningen.

"som IVA-syrre där nere så hamnar man ju lite, man är ju inte mitt i centrum från början vilket ibland kan vara väldigt svårt när man är ju

van att vara det här (på Intensivvårdsavdelningen), vi jobbar ju på lite olika sätt. Sen när vi får upp våra patienter så får man en helt annan roll i traumavården när man tar över patienten här på IVA jämfört med nere på akuten. Där nere (akuten) är ju mera stötta om det är att blanda läkemedel eller observera lite mer vad dom andra gör.” (Deltagare 7, Intensivvårdssjuksköterska)

Deltagarna menade att traumateamets i stort sett slumpvisa uppbyggnad kan utgöra en källa till ovisshet och att det kräver flexibilitet av specialistsjuksköterskorna för att bedriva vård på akutrummen.

### **6.3.2 NOVISEN, EXPERTEN OCH DET INTERPROFESSIONELLA SAMARBETE HAR BETYDELSE**

Vården av patienter drabbade av trauma bedrivs i ett team bestående av flera yrkesroller, bland annat läkare och sjuksköterskor av olika specialiteter, samt stödjande personal såsom undersköterskor och röntgenpersonal. Att ha ett team omkring sig beskrevs som en trygghet där belastningen av att ge livräddande vård inte låg hos en individ, utan var hela teamets ansvar. Intensivvårdssjuksköterskan, deltagare 5 beskrev: “Jaa men jag kände väl ändå en trygghet i min profession och rollen också alltså roll som sjuksköterska känner jag mig trygg i men också att det är många runt omkring i ett team. *paus..* Jag står inte ensam”. Att inte behöva stå ensam inför en pressad situation med en patient som drabbats av trauma framkom tydligt hos de mindre erfarna som deltog i studien. Stödet i teamet och erfaren personal var av vikt för att känna beredskap i att möta denna grupp med patienter. Trots fördelen att inte stå själv fanns även nackdelar i att vara en stor mängd personal på ett litet utrymme med högt stresspåslag hos samtliga i rummet.

“Ehh så är det. Sen är det alltid jobbigt när det är alldeles för mycket folk. Men vi tycker att vi är väl ihop på de här akutrummen. Dagtid. Man tar ju hellre hand om trauma på jourtid än dagtid, för det är alldeles för mycket folk.” (Deltagare 2 anestesijuksköterska)

Anestesisjuksköterskorna beskrev att akutrummet stundtals lätt kunde överbefolkas vilket kunde försvåra arbetet. Dagtid fanns mycket erfaren personal och studenter i akutrummet vilket gjorde att mottagandet av patienter drabbade av trauma under jourtid därigenom fick mer struktur och utrymme vilket föredrogs av deltagarna. Vinster i att ta med mindre erfaren personal, av olika yrkeskategorier, vid traumalarm upplevdes vara till fördel i utbildningssyfte enligt intensivvårdssjuksköterskor för då kan kompetensen i arbetsgruppen kunde nyttjas. Samarbetet och stödet som ett varierat team kan bidra med, ansågs vara effektivt i och med att man kan dra nytta av varje deltagares individuella kunskap.

“Nej mer än att eh, jag menar, det arbetet vi har här nu på IVA så tror jag nog att man ska försöka få med, liksom bredvid gåingar och studenter eller, alltså att man tar med dom mer..att det inte bara är jag som går. Att man tar med en mindre erfaren kollega till exempel sen

tror jag också att undersköterskorna är bra att få med ner.” (Deltagare 7, Intensivvårdssjuksköterska)

Vikten att kunna förmedla kunskap och erfarenhet till mindre erfarna kollegor genom att praktiskt delta vid traumalarm var tydligt hos deltagarna med mest erfarenhet. En handledare roll föll naturligt för mer erfarna intensivvårdssjuksköterskor och en vilja att främja sina mindre erfarna kollegor betonades.

## 6.4 RESULTATSAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter av beredskap hos intensivvårdssjuksköterskor och anestesijuksköterskor för att vårda patienter som drabbats av trauma. Samtliga deltagare uppfattade erfarenhet som en central faktor i huruvida specialistsjuksköterskor upplevde beredskap. Erfarenhet av att tidigare haft patienter drabbade av trauma gav en ökad känsla av beredskap medan en okänd arbetsmiljö som akutmottagningen kunde ge en känsla av osäkerhet. Känslan av beredskap främjas genom kontroll på både medicinteknisk utrustning och flödet på information i förberedande syfte.

Hos intensivvårdssjuksköterskor var utbildning och teamträning ett framstående ämne vad gällde beredskap. Tillgång till och kontinuitet i simuleringar som realistisk träning samt möjlighet till inläsning av relevant litteratur upplevdes vara av vikt för den egna beredskapen att kunna ta emot en patient som drabbats av trauma. Deltagarna beskrev en styrka i att studera och uppdatera sin kunskap genom styrdokument och kursmaterial. Av simuleringar kunde trauma avdramatiseras och viktiga element av beredskap övas in under kontrollerade former, något som skapade en trygghet i den egna beredskapen enligt deltagarna. Deltagarna uppfattade en osäkerhet i hur akutrummet team kunde vara uppbyggt, att teamet kunde ändras mellan olika traumor från gång till gång och bestod ofta av tidigare okända medarbetare från olika specialiteter.

Viss trygghet fanns bland deltagarna i att ha ett brett team av varierande erfarenhet bakom sig och att inte stå ensamt inför att vårda en patient som drabbats av trauma. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev skillnaden i rollen mellan att vistas i akutrummets team där ansvarsfördelningen skilde sig åt jämfört med att vara ”hemma” på intensivvårdsavdelningen. På intensivvårdsavdelningen var intensivvårdssjuksköterskan trygg i ledarskapsroll medan på akutrummet innebar arbetet mer av en stödjande typ. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev även en önskan i att dela kunskap och bjuda in mindre erfaren personal till akutrummet för att utöka erfarenhet och kompetens hos kollegor. Genom deltagarnas redogörelser påvisas vikten av hur teamet, utbildning och erfarenhet skapar en känsla av beredskap hos anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor inför vården av en patient som drabbats av trauma.

## 7 DISKUSSION

### 7.1 METODDISKUSSION

Kvalitativ metod valdes som metod för att kunna få en djupare, subjektiv förståelse för hur beredskap påverkas hos anestesisyjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor i möten med patienter som drabbats av trauma. Den kvalitativa metoden som valdes var tematisk analys enligt Braun och Clarke (2012). Detta för att kunna identifiera meningsfulla mönster i datan och förstå innehållet utifrån skapandet av koder och teman gentemot syftet. Som säkerställande av trovärdighet hos studien valdes datainsamling med intervjuer som insamlingsmetod. Detta för att få personliga erfarenheter av beredskap hos deltagare vars berättelser speglar deras verklighet och hur deltagarna påverkas av sin omvärld. Intervjuerna delade en autentisk bild av deltagarnas självupplevda erfarenheter genom berättelser i första person. För att bidra till ökad trovärdighet har studiens författare arbetat kontinuerligt för att skapa en öppen atmosfär i syfte att deltagaren ska känna sig trygg att dela sina erfarenheter. Enskilda intervjuer hade fördelen att kunna penetrera personliga erfarenheter, minska grupstrycket på deltagaren, samt öka flexibilitet i samtalet mellan deltagaren och intervjuledaren (Kvale & Brinkmann, 2014).

Intervjuerna var korta med en snittlängd på cirka sex minuter. Materialet som framkom var dock rik på innehåll från deltagare som under kort tid gav fylliga redogörelser. Deltagarna svarade med säkerhet, tvekade inte på intervjufrågorna och i ett fall även kompletterade sin intervju för att förtydliga sitt svar gentemot en av intervjufrågorna. Den sista frågan av intervjufrågorna lämnades öppen för deltagare att kunna ge en kort kommentar kring intervjuämnet. Då syftet med studien var att beskriva erfarenheter av beredskap för att vårda patienter drabbade av trauma, visade sig intervjuer vara mest lämpliga för att kunna ta del av deltagarnas individuella erfarenheter.

Ursprungligen planerades fokusgrupper utgöra metoden för datainsamling, men då detta inte kunde genomföras med hänsyn till organisatoriska faktorer så var enskilda intervjuer ett likvärdigt alternativ. Detta utifrån studiens syfte samt efter att ha granskat övriga datainsamlingsmetoder från Polit och Beck (2021) och utifrån önskad analysmetod från Braun och Clarke (2012). Polit och Beck (2021) menar att de enskilda intervjuerna kunde ge djupare personliga berättelser från deltagarna. Kvale och Brinkmann (2014) påpekade att i enskilda intervjuer, till skillnad mot fokusgrupper där diskussionen bland deltagarna har möjligheten att bli bredare, finns möjlighet till ökad individualitet och personlig insikt. Med enskilda intervjuer kan dock samtalet bli lidande ifall deltagaren känner osäkerhet och obehag i att svara på frågorna och kan då leda till kortfattade svar (Kvale & Brinkmann, 2014).

Studien genomfördes inom en del av vården som vardagligen möter patienter drabbade av trauma, varvid resultatens överförbarhet kunde påverkas utifrån hur resultaten appliceras i liknande miljöer. Deltagare var anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor med varierande arbetserfarenhet inom trauma vilket innebar ett väldigt riktat forskningsresultat som möjligen kan vara svår att överföra. Detta främst inom till exempel obstetrik men en generell överförbarhet enligt Polit och Beck (2021) föreligger, då till övriga traumasammanhang inom liknande arbete såsom akutsjukvård. Överförbarheten bedöms av föreliggande studies författare kunna, ifall andra forskare bedömer efter att ha läst föreliggande studie, appliceras på andra forskningsfrågor inom liknande kontext. Vidare beskriver Polit & Beck att metoden bör då vara välskrivet för att kunna bedömas utifrån överförbarhet, något som författare till föreliggande studie har syftat till att uppnå (Polit & Beck, 2021).

Genom bearbetning av resultatet med tematisk analys dokumenterades varje steg av analysprocessen noggrant i syftet att andra forskare ska kunna validera resultatet genom samma metodologi och ändå uppnå ett liknande resultat. Det säkerställde en bekräftelsebarhet hos studiens metod, att studien skulle kunna replikeras men också pålitlighet genom att studiens metod följde tematisk analys som är vedertaget enligt Braun och Clarke (2012) inom kvalitativ forskning. Författarnas förförståelse till ämnet trauma utgjorde en oundviklig risk mot trovärdigheten av resultatet till följd av författarnas tolkning, men genom strukturerad och rigid följsamhet till analysmetoden har detta försökts minimeras. Maxwell (2009) menar att validitetshot ofta inte går att undvika helt men genom minimering av förförståelsens påverkan ökas resultatens trovärdighet. Under datainsamlingen fördelades ledandet av intervjuerna efter författarnas förförståelse. Den med mest förförståelse ställde de fastställda intervjufrågorna och den med minst ställde följdfrågorna oavsett inriktningen mot anestesijuksköterskor eller intensivvårdssjuksköterskor. Detta minskade risken för ledande följdfrågor baserade på förförståelse då en av intervjuerna hade omfattande erfarenhet kring intensivvård och tillkommande traumavård. Under datainsamling ställdes icke-ledande följdfrågor för att förtydliga deltagares svar vilket minskar sedan tolkning i analysarbetet. Både kodning och bildningen samt bearbetningen av teman har granskats av författarna var för sig och tillsammans för att stärka trovärdigheten i resultatet, något som Braun och Clarke (2012) förtydligar är avgörande för att förutom stärkande av trovärdighet också minska risken för bias genom införd förförståelse i analysen. Som hantering av förförståelsen menar Braun och Clarke (2012) att kännedomen om, och begränsandet av, förförståelsen är av vikt för att uppnå en nivå av objektivitet (Braun & Clarke, 2012).

Det etiska förhållningssättet till deltagarna upprätthölls under studiens gång trots ändring av metod från fokusgruppintervjuer till enskilda intervjuer genom utförlig information och noggrann omarbetning av datainsamlingens grund. Konfidentialitet i datainsamlingen hade en styrka i att metoden ändrades då enskilda intervjuer blev mindre utlämnande för deltagarna. Mindre social press

och uteblivet grupptryck ansågs främja det insamlade materialet och bidrog till ett personligt men respektfullt samtal, något som stärks av Helsingforsdeklarationen samt Bauchamp och Childress (2013). Bauchamp och Childress (2013) menar att ett respektfullt klimat utan social påtryckning vidhåller den etiska principen autonomi. Den frivilliga aspekten av studiens inklusionskriterier, att ett bekvämlighetsurval användes, gör att etiska behandlingen av urvalet följer Helsingforsdeklarationen då deltagarna själva fick söka sig till studien och delta utifrån intresse. Detta även genom att ha informerat deltagarna genomförligt muntligt och skriftligt (se bilaga 2) i god tid innan studiens datainsamling påbörjades (World Medical Association, 2013).

## 7.2 RESULTATDISKUSSION

Utbildning verkar vara en avgörande faktor hos intensivvårdssjuksköterskor med avseende på hur förberedda de känner sig inför att vårda patienter som drabbats av trauma, medan hos anestesijuksköterskorna verkar utbildning inte alls lika avgörande för deras känsla av beredskap. Möjligen är arbetsmiljön och traumarummets rollfördelning en anledning till varför specialiteterna upplever olika faktorer som mer avgörande än andra. I traumarummet är anestesijuksköterskorna ansvariga för luftvägen och narkos, något som tenderar att involvera mycket praktisk beredskap. Intensivvårdssjuksköterskorna, som sällan kallas till traumarummet, arbetar stödjande i traumarummet och är normalt sett vana vid att ha en ledarskapsroll på intensivvårdsavdelningen senare i processen. Intresset i traumautbildning hos intensivvårdssjuksköterskor kan ha sin rot i ett ökad kontrollbehov och arbetsmiljö vilket nämns av Boström et al. (2012).

Kontrollbehovet i att utbilda sig och simulera traumasituationer kan vara för att skapa en självsäkerhet och trygghet i sin roll trots en ändrad miljö och arbetsroll. Till skillnad från anestesijuksköterskor som oftare rings ner till traumarummet, är arbetsrutiner och vana av större vikt för självkänslan. Det kan därför vara anledningen till att utbildning och simulering uppkommer i mindre omfattning i anestesijuksköterskornas redogörelser. Alzghoul (2013) betonar i sin studie att erfarenhet och utbildning var avgörande för hur sjuksköterskor uppfattade en behörighet till att vårda patienter som råkat ut för trauma. Om anestesijuksköterskor upplever en vana att ta emot denna patientgrupp och arbetar efter praktiska förberedelser så kan kravet på utbildning vara lägre utifrån beskrivningen av Alzghoul (2013). Intensivvårdssjuksköterskor som är ovana med att delta i traumarummets arbete, jämfört med anestesijuksköterskorna, känner möjligen en osäkerhet till att vårda patienter som drabbats av trauma och önskar därmed utbildning/övning.

Mängden vårdpersonal som vistas i traumarummet beskrivs som ett hinder enligt anestesijuksköterskor, då mycket personal gjorde att arbetet försvårades och arbetsmiljön blev trång. Intensivvårdssjuksköterskor beskriver dock en önskan om att ta med oerfaren personal i syftet att skapa en kompetens hos dessa. Skiljelinjen

mellan specialiteterna visar på skillnad i prioritering. Den erfarna anestesistsjuksköterskan vill ha en optimerad arbetsmiljö och ett smidigt arbetsflöde utan överflöd och oerfaren personal medan intensivvårdssjuksköterskan vill dela kunskap genom praktik. Alzghoul (2013) menar i sin studie att en rädsla för att inte räcka till som novis medarbetare gjorde att man överlämnade patienter som inkom med trauma till erfarna kollegor. Att kunna ta del av traumarummets arbete genom en trygg handledare hade gjort fler medarbetare vana i den akuta miljön. Detta innebär tillfälligt fler personal i traumarummet men till ett ändamål, att utbilda fler, tillhör kärnkompetenserna som anestesistsjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor ska upprätthålla (RIVA, 2020a; 2020b). Med tiden blir de oerfarna mer erfaren och för framtiden är det en styrka för hela teamet att fler personal kan hantera traumavård.

Intensivvårdssjuksköterskornas vilja till att ta med oerfaren personal till traumarummet i utbildningssyfte kan kopplas till Patricia Benners omvårdnadsteori, från novis till expert. Att som kompetent intensivvårdssjuksköterska inom traumavård, ta med kollegor som identifierar sig som nybörjare eller avancerad nybörjare kan hjälpa kollegorna uppför kompetensstegen formulerade av Benner (1982). En novis sjuksköterska med nybörjarkompetens behöver stödet och vägledningen från en erfaren handledare för att skapa en klinisk blick och kunna hantera traumavården i framtiden på egen hand. Miljön för lärandet och utveckling skapas av en trygg handledare som kan dela sina erfarenheter och erbjuda möjlighet till övning (Benner, 1982).

Tid är en faktor som kan påverka huruvida erfaren personal kan dela sin kunskap till mindre erfaren personal. Organisatoriska anledningar såsom schema, arbetsfördelning menar Mustapa et al. (2021) kan skapa hinder för fortsatt utbildning. Även sjukdomar och semestrar kan orsaka tidsbrist för arbetande personal. Denna tidsbrist kan över tid begränsa möjligheter till handledning och den personliga teoretiska utvecklingen. Det blir ett större ansvar att, på egen tid utanför arbetstid, ta till sig litteratur och utveckla sig själv yrkesmässigt vilket efter en normal arbetsdag kan verka mindre lockande. Alzghoul (2013) beskriver att utbildning och erfarenhet var avgörande för självkänslan hos sjuksköterskor. Under en längre tid av dessa begränsningar blir till slut en större del av personalgruppen oerfaren och utbildad i traumavård, varvid kompetensen över gruppen förblir låg och osäker.

En studie av Candefjord et al. (2020) undersöker skillnaden på överlevnaden hos patienter med trauma som vårdats på traumacenter jämfört med generella sjukhus. Det är inte organisatoriskt eller ekonomiskt möjligt att samtliga akutsjukhus i Sverige skulle vara traumacenter med dedikerade resurser för traumaomhändertagande. Då en stor del av patienterna som drabbats av trauma initialt vårdas på icke traumacenter måste åtgärder till för att säkerhetsställa att kompetens finns även på de mindre sjukhusen. Genom utbildning och fortbildning säkerställs att även mindre sjukhus kan erbjuda traumavård samt att personalen

upplever trygghet i sin beredskap, men endast om tid och resurser kan säkerställas för personalen som berörs av traumavård.

Murphy et al. (2019) skriver i sin artikel om utbildning inom traumavård att fortlöpande utbildning och uppdatering av kompetens tillsammans med andra yrkeskategorier behövs för att undvika att personal blir ställda inför faktiska traumasituationer i slumpvalda team. Slumpen i hur traumateam formuleras från patientfall till patientfall ställer krav på genomgående samarbete mellan yrkesgrupper. Avsatt tid krävs för att samtliga yrkesgrupper ska få chans att simulera tillsammans och skapa verklighetsbaserad övning (Murphy et al., 2019). Det stärks av L'Her et al. (2020) som menar att simuleringsbaserad träning främjar, förutom kommunikation, teamarbete och ledarskap, också en förbättringspotential och lärande för personal som deltar i simulering. Fortsättningsvis påpekas vikten av att simulering följer den medicinska och omvårdnadsrättsliga utvecklingen i syftet att dela modern kunskap (L'Her et al., 2020). Sammanfattningsvis anses det utifrån resultatet vara avgörande att tid för utbildning, övning och handledarskap skapas för att säkra tillgång till personal som kan självsäkert hantera och inneha en känsla av beredskap för traumavård och dela sin kunskap till övriga i arbetsgruppen.

Samtliga deltagare i studien påtalar miljön och att man arbetar utanför sin vanliga avdelning. Förutom att lokalisera saker man behöver för vården påverkar även teamet miljön. Då teamet runt patienten består av många personer med olika professioner finns risken att teamet själv skapar höga ljud och därmed stör arbetet. Bayramzadeh och Ahmadpour (2023) beskriver hur majoriteten av störande ljud på traumarummet skapades av teamen under arbetet. Få deltagare nämner patienten själv i intervjuerna. En rimlig slutsats kan vara att miljön och tekniken runt patienten tar upp mer av specialistsjuksköterskans fokus. Tunlind et al. (2015) beskriver hur en avancerad vårdmiljö och teknisk utrustning kan minska sjuksköterskans fokus på patienten. Även Almerud et al. (2007) beskriver att sjuksköterskan måste balansera den högteknologiska miljön mot det holistiska patientperspektivet. Dock är det möjligt att denna studien har missat att fånga upp de deltagande sjuksköterskornas erfarenheter angående de mer humanistiska aspekterna.

Både anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor uppger sig uppleva stress vid vård av patienter drabbade av trauma, oavsett erfarenhet, då ovisshet och tidspress påverkas. Medan både oerfarna samt erfarna specialistsjuksköterskor pratar om stress är det de erfarna som pratar om vikten av att kontrollera sin stress och att inte sprida den. Riley et al. (2022) skriver att traumavård med dess ovisshet, tidspress och ofta komplicerade patienter och ingrepp kräver mycket av sjuksköterskorna som deltar i vården. Detta tillsammans med att vården vid trauma kräver många personer gör ofta att traumasituationen upplevs kaotisk, något som ökar stressen för sjuksköterskorna. Deltagarna i studien talar om stressen av att inte hitta eller kunna utrustningen på traumarummet. Gillespie et al. (2024) beskriver känslan att inte duga eller klara utmaningarna som



sjuksköterskan ställs inför som en negativ känsla som kan stanna kvar länge efter vårdtillfället.

I resultatet delar en deltagare sina tankar kring perspektivet av patienten under traumavården. Deltagaren menar att trots all medicinteknisk apparatur och läkemedel, så är det av vikt att se hela personen som en varelse av tankar och känslor, inte bara som en patient med skador. Grunden i omvårdnaden är att se hela patienten vilket innefattar bland annat dess autonomi, person, och dennes omgivning. Denna holistiska ställning till omvårdnad tenderar att utmanas av tekniska arbetsuppgifter i högteknologiska vårdmiljön. Tunlind et al. (2015) belyser detta i sin studie varvid sjuksköterskor har behövt variera mellan att förhålla sig till en högteknologisk miljö och ett holistisk perspektiv på vårdandet.

Omvårdnadens grunder som sjuksköterskeyrket kretsar kring består just av holistiken enligt Nightingale (1859) och innefattar dels miljö men också den omsorgsfulla omhändertagandet i syftet att uppnå läkning hos patienten. Därför försvårar nutidens tekniska vårdmiljö och istället ställer högre krav på omställning hos sjuksköterskan som, med omvårdnad som huvudfokus i grund, ska arbeta holistiskt. Almerud et al. (2007) och Tunlind et al. (2015) betonar hur intuitionen som sjuksköterskan förlitar sig på kan också störas av en hög medicinteknisk belastning och att människoperspektivet kan bli lidande.

Den traumavård som bedrivs i dagens vårdmiljö försvårar applikationen av Nightingales syn på begreppet omvårdnad men patientperspektivet är dock densamma. Endast en deltagare delade sina redogörelser kring den holistiska omhändertagandet, att se personen som en helhet även i kris. Människor har närmast liknande behov av omtanke och närhet då som nu, och ett holistiskt läkande förhållningssätt till vårdmiljö används än idag med avancerad teknisk utrustning som tillägg (Tronstad et al., 2023). Nightingale (1859) tål ändå att betänkas i mötet med patienter som drabbats av trauma då den basala omvårdnaden genom en holistisk förhållningssätt kan ha en positiv effekt på patientens upplevelse av traumavården (O'Brien et al., 2004). O'Brien et al. (2004) beskriver att patienter kände sig trygga när de bemöttes med omtanke, en trygg hand och ett bekräftande av deras person och tillvaro under vistelsen på traumarummet. Avancerad teknik kan krävas i livräddande syfte men enligt studien mindes och värdesattes bemötandet från personalen (O'Brien et al., 2004). Detta tillsammans med artikeln av Keikkas et al. (2006) som beskriver hur avancerad medicinteknik upplevs ta tid ifrån patienter enligt sjuksköterskor visar på vikten av det holistiska vårdmötet, även i traumasammanhang.

Studier tillsammans med Nightingale (1859) holistiska teori om omvårdnad stödjer deltagarens redogörelse om att kunna se patienten förbi all teknik och traumavårdens rigida arbetssätt (Almerud et al., 2007; Tunlind et al., 2015; O'Brien et al., 2004; Tronstad et al., 2023). Det är, trots allt, en person med känslor, farhågor och önsknings som vårdas.

## 7.3 KONKLUSION

Deltagarna anser att erfarenhet var avgörande för känslan av beredskap, där tidigare erfarenheter av vård av patienter som drabbats av trauma värderas högt. Känslan av dålig lokalkännedom på traumarummet skapar osäkerhet hos deltagarna. Känslan av beredskap stärks genom kontroll över medicinteknik och information samt hantering av stress. Simuleringar, realistisk träning och uppdaterad kunskap genom litteratur och styrdokument är också en viktig förberedelse. Deltagarna känner en viss osäkerhet kring akutrummets dynamik och trauma-teamets sammansättning men betonar betydelsen av erfarna kollegor omkring sig. Sammanfattningsvis belyses vikten av teamarbete, utbildning och erfarenhet i resultatet som verktyg till att höja beredskapen vid traumaomhändertagande.

## 7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET

Det finns behov av utbildning och att utbildningsmöjligheter erbjuds i en utökad omfattning kring traumavård, gärna i form av simulering och tid till teoretisk inläsning. Deltagarna uppger även behov för möjligheter till att bekanta sig med traumamiljön i syftet att känna en praktisk beredskap och trygghet. Dessa tillsammans kan tillgodoses genom utbildningsdagar i kliniska miljöer där tid avsätts för simulering, inläsning eller föreläsningar utifrån personalens egna önskemål och verksamhetens behov, samt chanser till att individuellt och i team bekanta sig med miljön. Verkliga situationer med patienter som drabbats av trauma bör inkludera novis personal i den mån det fysiska utrymmet tillåter utan att hindra vården av patienten. Detta i syfte att utbilda och förbättra kunskapen hos mindre erfaren personal och höja den generella kunskapsnivån i arbetsgruppen.

Förslag till forskning och utveckling av ämnet bör fokusera på hur känslan av beredskap påverkas över en tid utifrån erfarenhet, något som skulle kunna genomföras i en longitudinell studie. Detta då känslan av beredskap verkar påverkas av erfarenhet och möjlighet till utbildning. Övriga förslag är hur simulering och utbildning påverkar just teamarbete ur ett längre tidsperspektiv, detta då tidigare studier har främst utforskat och utvärderat effekten precis efter slutförd utbildning eller simulering. Vidare kan fortsatt forskning syfta till att undersöka hur vårdmiljön på akutrummet och miljöanpassning effektiviseras och hur dess utvecklingsarbete följs upp över tid i syftet att förbättra framtidens vårdmiljöer inom trauma.

## 8 REFERENSER

Alharbi, R. J., Shrestha, S., Lewis, V., & Latimer, R. A. (2021). The effectiveness of trauma care systems at different stages of development in reducing mortality: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*, 16(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00381-0>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(3), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.08.003>

Alzghoul, M. M. (2014). The experience of nurses working with trauma patients in critical care and emergency settings: A qualitative study from Scottish nurses' perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18(1), 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.04.004>

Anesthesia. (n.d.). In *Oxford English dictionary*. Hämtad 20 november 2024. <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=anesthesia>

Bayramzadeh, S. & Ahmadpour, S. (2023). The impact of sensory stimuli on healthcare workers and outcomes in trauma rooms: A focus group study. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 17(2), Article e215080. <https://doi.org/10.1177/19375867231215080>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.

Boström, M., Magnusson, K. & Engström, Å. (2012). Nursing patients suffering from trauma: Critical care nurses narrate their experiences. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2011.06.003>

Bryman, A. (2016). Social research strategies. I *Social research methods* (5:e uppl., s. 20–38). Oxford University Press.

Bauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.

Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Red.), *Handbook of research methods in psychology: Vol. 2. Research designs* (s. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>

Candefjord, S., Asker, L., & Caragounis, E. C. (2020). Mortality of trauma patients treated at trauma centers compared to non-trauma centers in Sweden: a retrospective study. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*, 48(1), 525–536.  
<https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1007/s00068-020-01446-6>

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

Dahlberg, K. (2022). Evidens. I L. Wiklund Gustin & K. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3:e uppl., s. 69–81). Studentlitteratur.

Donelan, K., DesRoches, C. M., Guzikowski, S., Dittus, R. S. & Buerhaus, P. (2020). Physician and nurse practitioner roles in emergency, trauma, critical, and intensive care. *Nursing Outlook*, 68(5), 591-600.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.04.010>

Europeiska unionen. (2016). *Förordning (EU) 2016/679 av Europaparlamentet och rådet om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (allmän dataskyddsförordning)*. Europeiska unionen.  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Gillespie, G. L., Meyer, H. A., Daugherty, M., Puthoff, D., Fryman, L. J. & Howard, P. K. (2024). Stress and coping in emergency nurses following trauma patient care: A qualitative grounded theory approach. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 31(3), 136–148.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000787>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Hämtad 25 april, 2025, från  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattnings-samling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattnings-samling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

ICN (International Council of Nurses). (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses. Hämtad 27 november 2024.  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-12/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-12/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)

Jobe, J. A., Gillespie, G. L. & Schwytzer, D. (2021). A national survey of secondary traumatic stress and work productivity of emergency nurses following trauma patient care. *Journal of Trauma Nursing*, 28(4), 243-249.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000592>

Kiekkas, P., Karga, M., Pouloupoulou, M., Karpouhtsi, I., Papadoulas, V. & Koutsojannis, C. (2006). Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *Journal of clinical nursing*, 15(2), 178–187.  
<https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1111/j.1365-2702.2006.01243.x>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

L'Her, E., Geeraerts, T., Desclefs, J.-P., Benhamou, D., Blanié, A., Cerf, C., Delmas, V., Jourdain, M., Lecomte, F., Ouanes, I., Garnier, M. & Mossadegh, C. (2020). Simulation-based teaching in critical care, anaesthesia and emergency medicine. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(2), 311-326.  
<https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.03.010>

Maxwell, J. A. (2009). Designing a qualitative study. I L. Bickman & D. J. Rog (Red.), *The SAGE handbook of applied social research methods* (2:a uppl., s. 214–253). SAGE Publications.

Murphy, M., McCloughen, A. & Curtis, K. (2019). The impact of simulated multidisciplinary trauma team training on team performance: A qualitative study. *Australasian Emergency Care*, 22(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.11.003>

Mustapa, M. B. H., Teo, Y. C., Haji-Abdul-Rahman, H.-K., Abdul-Mumin, K. H., & Abdul Rahman, H. (2021). Enablers and barriers of continuous professional development (CPD) participation among nurses and midwives. *International Journal of Nursing Education*, 13(3), 75–84.  
<https://doi.org/10.37506/ijone.v13i3.16315>

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and*

*guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Nationalencyklopedin. (2024a). *Trauma*. Nationalencyklopedin. Hämtad 18 november, 2024 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/trauma>

Nationalencyklopedin. (2024b). *Traumatologi*. Nationalencyklopedin. Hämtad 18 november, 2024, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/traumatologi>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). *Major trauma: Service delivery* (NICE guideline NG39). Hämtad 28 november, 2024, från <https://www.nice.org.uk/guidance/ng39>

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Harrison and Sons.

O'Brien, J. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216-224. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2004.02.017>

Polit, D. F. & Tatano Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Riksföreningen för intensiv- och anestesijuksköterskor (RIVA). (2020a). *Kompetensbeskrivning för anestesijuksköterska*. RIVA. Hämtad från 7 april, 2025, från <https://aniva.se/kompetensbeskrivningar-anestesi/>

Riksföreningen för intensiv- och anestesijuksköterskor (RIVA). (2020b). *Kompetensbeskrivning för intensivvårdssjuksköterska*. RIVA. Hämtad 7 april, 2025, från <https://aniva.se/kompetensbeskrivning-inom-intensivvard/#fbo=3>

Riley, K., Middleton, R., Wilson, V. & Molloy, L. (2022). Voices from the 'resus room': An integrative review of the resuscitation experiences of nurses. *Journal of clinical nursing*, 31(9-10), 1164-1173. <https://doi.org/10.1111/jocn.16048>

Socialstyrelsen. (2024a). *Dödsorsaksregister (2024-6-9170)*. Hämtad 7 april, 2025, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-6-9170.pdf>

Socialstyrelsen. (2024b). *Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården: En analys av kompetensbehov och förutsättningar för kompetensförsörjning* (Artikelnummer 2024-6-9131). Hämtad 25 april, 2025, från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9131.pdf>

Svenska Traumaregistret. (2024). *Statistik om traumavård i Sverige*. Hämtad 18 november, 2024, från <https://www.swetrau.se>

Svenska Sjuksköterskeföreningen. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Svenska Sjuksköterskeföreningen. Hämtad 7 april, 2025, från <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>

Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård. (2024). *Riktlinjer för svensk intensivvård*, hämtad 28 november, 2024, från <https://sfai.se/wp-content/uploads/2024/04/Riktlinjer-svensk-intensivvard-2024.pdf>

Thompson, L., Hill, M., Lecky, F. & Shaw, G. (2021). Defining major trauma: A Delphi study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(63). <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00870-w>

Tronstad, O., Flaws, D., Patterson, S., Holdsworth, R. & Fraser, J. F. (2023). Creating the ICU of the future: Patient-centred design to optimise recovery. *Intensive Care Medicine*, 27, 402. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04685-2>

Tunlind, A., Granström, J. & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>

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

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed 2024: Etiska riktlinjer för forskning inom humaniora och samhällsvetenskap*. Vetenskapsrådet. Hämtad 7 april, 2025, från <https://www.vr.se/uppdrag/etik/god-forskningssed---ny-utgava.html>

World Health Organization. (2012). *Guidelines for essential trauma care*. Hämtad 25 April, 2025, från [https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-essential-trauma-care?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-essential-trauma-care?utm_source=chatgpt.com)

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen: Etiska riktlinjer för medicinsk forskning på människor [Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects]*. World Medical Association.  
<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>



# BILAGA 1

## Begäran om tillstånd

Till Enhetschef xxxxxxxxx

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien "När varje sekund räknas: Intensivvårds- och anestesijuksköterskors reflektioner av beredskap för att vårda patienter som drabbats av trauma".

Traumavården ställer höga krav på personal både emotionellt och fysiskt i form av miljöbegränsningar samt förekommer i hög grad inom intensivvården och anestesi. Patienter som råkat ut för trauma ställer personalens kompetens i fokus och kräver erfarenhet samt kunskap för att kunna utföra traumavård. Huruvida man som anesthesi eller intensivvårdssjuksköterska känner sig förberedd att möta denna patientgrupp kommer gärna på tal i generella sammanhang på arbetsplatser genom utbildningstillfällen men talas sällan om i andra sammanhang. Därav önskar vi genomföra en studie som syftar till att beskriva erfarenheterna om intensivvårds- och anestesijuksköterskors beredskap för att vårda patienter som drabbats av trauma.

Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till intensivvårdssjuksköterskor samt anestesijuksköterskor inom slutenvårdens centraloperation och intensivvårdsavdelning med varierande längd och erfarenhet i yrket. Till studien söks totalt 6-8 deltagare per fokusgrupp. Vår önskan är en grupp bestående av intensivvårdssjuksköterskor, en grupp med anestesijuksköterskor samt en blandad grupp. Deltagande i studien innebär att delta i en fokusgrupp som beräknas ta cirka 45 minuter och den kan genomföras i lokaler på intensivvårdens/central operations konferenslokaler. Data kommer att analyseras med tematisk analys med induktiv metod.

Intensivvårdssköterskor och anestesijuksköterskor kommer via e-postadress få ett informationsbrev som beskriver studien, de specialistsjuksköterskorna som är intresserad av att delta uppmanas att svara via e-post. När vi ser respektive deltagare för fokusgruppen ges muntlig information och den skriftliga samtyckesblanketten lämnas. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Fokusgruppen kommer att spelas in. Den information som respektive specialistsjuksköterskorna lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga så att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att intensivvårdssjuksköterskor och anestesijuksköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Studien ingår som examensarbete på magisternivå i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård och anestesi.

**Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.**

Med vänliga hälsningar

Specialistsjuksköterskestudent  
inom anestesi:

Anton Edvardsson  
Högskolan i Skövde  
Tel: XXXX-XXXXXX  
[a24anted@student.his.se](mailto:a24anted@student.his.se)

Specialistsjuksköterskestudent  
inom intensivvård:

Natalie Marie Koontz  
Högskolan i Skövde  
Tel: XXXX-XXXXXX  
[a24natko@student.his.se](mailto:a24natko@student.his.se)

Handledare:

Veronika Karlsson  
Högskolan i Skövde  
Tel: XXXX-XXXXXX  
[veronika.karlsson@his.se](mailto:veronika.karlsson@his.se)

# BILAGA 2

## Medgivandeblankett

“När varje sekund räknas: Intensivvårds- och anesthesisjuksköterskors reflektioner av beredskap för att vårda patienter som drabbats av trauma”

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie då du är verksam som specialistsjuksköterska inom intensivvård och/eller anesthesi. Din enhetschef har givit sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att beskriva erfarenheterna om intensivvårds- och anesthesisjuksköterskors beredskap för att vårda patienter som drabbats av trauma. Traumavården ställer höga krav på personal både emotionellt och fysiskt i form av miljöbegränsningar samt förekommer i hög grad inom intensivvården och anesthesin. Patienter som drabbats av trauma ställer personalens kompetens i fokus och kräver erfarenhet samt kunskap för att kunna utföra traumavård. Huruvida man som anesthesi eller intensivvårdssjuksköterska känner sig förberedd att möta denna patientgrupp kommer gärna på tal i generella sammanhang på arbetsplatser genom utbildningstillfällen men talas sällan om i andra sammanhang.

Vi skulle vilja göra en fokusgruppsintervju med dig tillsammans med sex till åtta utav dina kollegor om era erfarenheter av beredskap för att vårda patienter som drabbats av trauma. Den beräknas ta cirka 45 minuter och genomförs av oss som studieförfattare. Intervjun genomförs på SkaS Skövde i lokal som specificeras närmare tidpunkt för fokusgruppsintervju. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom anesthesi och intensivvård.

**Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.**

Med vänliga hälsningar

Specialistsjuksköterskestudent  
inom anestesi:

Anton Edvardsson  
Högskolan i Skövde  
Tfn: XXXX-XXXXXX  
[a24anted@student.his.se](mailto:a24anted@student.his.se)

Specialistsjuksköterskestudent  
inom intensivvård:

Natalie Marie Koontz  
Högskolan i Skövde  
Tfn: XXXX-XXXXXX  
[a24natko@student.his.se](mailto:a24natko@student.his.se)

Handledare:

Veronika Karlsson  
Högskolan i Skövde  
Tfn: XXXX-XXXXXX  
[veronika.karlsson@his.se](mailto:veronika.karlsson@his.se)

## SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om “När varje sekund räknas: Intensivvårds- och anestesisjuksköterskors reflektioner av beredskap för att vårda traumadrabbade patienter”.

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

---

Ort, datum

---

Underskrift

## **BILAGA 3**

### **Intervjufrågor**

- Hur länge har du varit verksam inom som sjuksköterska samt hur länge som intensivvård/anestesi?
- Om några, vilka utbildningar har du inom traumavård sedan tidigare?

Tänk på ett tillfälle där du vårdat en patient som drabbats av trauma. (Nyligen/minnesvärt fall?)

- Hur förberedd/redo känner du dig inför att möta den patienten?
- Finns det några specifika färdigheter eller kunskap du kände saknades?
- Vad gjorde att du kände dig förberedd inför patientmötet?
- Vad har bidragit till din personliga utveckling inför att vårda patienter drabbade av trauma?
- Finns det något du vill tillägga (runt din beredskap)?