



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta  
omhändertagandet av traumapatienter

En intervjustudie

Critical care nurses experiences of the initial care of patients suffering  
from trauma in the emergency ward

An interview study

Författare: Nicklas Rask & Lucas Hallgren

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta omhändertagandet av traumapatienter

En intervjustudie

Critical care nurses experiences of the initial care of patients suffering  
from trauma in the emergency ward

An interview study

Författare: Nicklas Rask & Lucas Hallgren

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Våren 2019

## Abstrakt

*Bakgrund:* Akut omhändertagande av traumapatient är en komplex händelse. Enbart lite forskning har gjorts som belyser intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att omhänderta akuta traumapatienter. *Syfte:* Syftet var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta omhändertagandet av traumapatienter på akutmottagningens traumarum. *Metod:* Studien använde sig av kvalitativ semistrukturerad intervju metodik. Nio intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av att medverka på traumalarm på akutmottagningens traumarum intervjuades. Data analyserades med induktiv innehållsanalys. *Resultat:* I föreliggande studie framkom fyra kategorier som belyser intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av det akuta omhändertagandet av traumapatienter. Dessa kategorier är *Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet*, *Arbete i traumarummet väcker känslor*, *Organisation och arbetsmiljö påverkar traumaomhändertagandet* samt *Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet*. *Konklusion:* Resultatet i studien ger stöd för att intensivvårdssjuksköterskorna i traumavården kan dra nytta av teamövningar för att stärka teamarbetet och samtidigt lära känna teamets alla funktioner och medlemmar. Studien kan också ge stöd åt sjuksköterskor som har liten erfarenhet av att gå på traumalarm genom att öka förståelsen för den komplexa vården som traumavården innebär.

## Nyckelord

Traumavård, Akut omhändertagande, Intervju, Intensivvårdssjuksköterska, Upplevelse

# Innehållsförteckning

Problemområde	6
Bakgrund	7
Perspektiv och utgångspunkter	7
Centrala Begrepp	8
Trauma	8
Traumateam och traumalarm	8
Akut omhändertagande	9
Airway (Luftväg), Breathing (Andning), Cirkulation (Cirkulation), Disability (Bedömning av neurologi) & Exposure (Exponering) (A-E)	9
Advanced trauma life support (ATLS) och Trauma nursing core course (TNCC)	9
Intensivvårdssjuksköterskans roll	10
Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av traumavård	11
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	13
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	16
Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet	16
Ansvarsroller och arbetsuppgifter	17
Vara förberedd	17
Strukturerat teamarbete	18
Upplevelse av känslomässig påverkan i traumarummet	19
Emotionell påverkan	19
En känsla av att göra skillnad	20
Tänka på närstående i traumarummet	21
Organisationens och arbetsmiljöns påverkan på traumaomhändertagandet	21
Arbeta i en händelserik miljö	22
Organisationen inom det akuta traumaomhändertagandet	22
Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet	23
Kompetensens betydelse	23
Upplevda svårigheter	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24

Resultatdiskussion	29
Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet	29
Upplevelse av känslomässig påverkan i traumarummet	29
Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet	30
Organisationens och arbetsmiljöns påverkan på traumaomhändertagandet	31
Konklusion och implikationer	32
Referenser	32
Bilaga 1 (1) Intervjuguide	36

## Problemområde

Det akuta omhändertagandet av trauma, i synnerhet multitrauma, är en komplex händelse med hög mortalitet, morbiditet och invaliditet. Med multitrauma menas fysiska skador som tillfogas kroppen på olika ställen samtidigt (Karolinska Institutet, u.å). Vart tionde dödsfall världen över kan kopplas till trauma (Socialstyrelsen, 2015).

Enligt Von Rueden et al. (2010) behöver intensivvårdssjuksköterskan som vårdar en traumapatient ha goda kunskaper i skademekanismen och vetskap om eventuella komplikationer. Omhändertagandet av en patient med trauma är en betydande klinisk utmaning med multidisciplinär problematik som ställer höga krav på komplicerade prioriteringar. Det medför inte sällan ett avkall på grundläggande omvårdnadsåtgärder (Australian College of Critical Care Nurses, 2015; Crossan & Cole, 2013). Sjuksköterskan beskrivs även ha en nyckelfunktion med anhöriga i traumavården, som ofta drabbas av en plötslig känslomässig chockbild som följer akut skada. (Freeman, Fothergill-Bourbonnais & Rashotte, 2014; Socialstyrelsen, 2015)

Tidigare forskning visar att omhändertagandet av traumapatienter kräver hög personaltäthet och att den sjuksköterska som omhändertar traumapatienter behöver erfarenhet, färdighet och kunskap (Peng, Mayner & Wang, 2014; Gunnell & Gunnells, 2001). Forskning har gjorts på sjuksköterskors upplevelse av att jobba med traumavård på vanlig vårdavdelning. (Freeman et. al, 2014). I en svensk studie där intensivvårdssjuksköterskor intervjuats i fokusgrupper angående deras upplevelser av att lämna intensivvårdsavdelningen för att vårda traumapatienter i ett traumateam framkommer det att det akuta omhändertagandet av en traumapatient är en utmaning (Sandström, Nilsson, Juuso & Engström, 2016). Det behövs kompletterande kvalitativ forskning i hur intensivvårdssjuksköterskan upplever det akuta omhändertagandet kring traumapatienten. Dessutom visar Socialstyrelsen (2015) att studier om erfarenheter av omhändertagandet av trauma är begränsat. Det kan vara värt att belysa denna upplevelse för att få en ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskans yrkesutövning i traumavård. På så vis kan även traumavården utveckla ett mer holistiskt synsätt som kan tillåta intensivvårdssjuksköterskor att få en helhetsbild över traumavårdens komplexa delar.

# Bakgrund

## Perspektiv och utgångspunkter

Föreliggande studie kommer omfatta ett humanistiskt synsätt där människan ses som ett subjekt med en egen livssfär. I tillägg tar bakgrunden sitt avstamp i Joyce Travelbees och Patricia Benners omvårdnadsteorier om mellanmänskliga relationer respektive konceptet om utvecklingen från novis till expert. Den huvudsakliga epistemologiska utgångspunkten är hermeneutisk teori (Ödman, 2007).

Travelbees teori om mellanmänskliga aspekter understryker vikten av att förstå vad det är som sker mellan patient och sjuksköterska. Centrala begrepp i hennes teori är: människan som individ, mänskligt lidande, upplevelsen av mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Travelbee menar även att människan är en unik varelse vars upplevelser är unika och som ägs bara av den enskilda individen (Kirkevold, 1994). Vidare anser Travelbee att kommunikation är en dynamisk och ömsesidig process och utgör ett viktigt verktyg för att uppnå omvårdnadens mål. Kommunikationen kan ses som både verbal och icke verbal. Huvudsaken av interaktionen mellan människor sker via kommunikation (Kirkevold, 1994).

Vården av en traumapatient kan vara präglad av att intensivvårdssjuksköterskan måste inta en påtvingad professionell roll som kan leda till undertryckta känslor. I efterhand kan brist på reflektion leda till oroväckande tankar, irritation, störd sömn eller skuld och skamkänslor. Följaktligen kan ett lidande uppstå för den traumavårdande intensivvårdssjuksköterskan. (Boström, Magnusson & Engström, 2012).

Patricia Benners teori handlar om sjuksköterskans utveckling från novis till expert. Benner förklarar i sin teori att behovet av kompetenta sjuksköterskor med hög erfarenhet är stor i en sjukhusmiljö med fler allvarligt sjuka patienter. Sjuksköterskans utövning är komplext och bör vila på en lång arbetslivserfarenhet med en framåtsträvande karriär. Den teoretiska modellen Benner genererat, som består av fem färdighetsnivåer, tar hänsyn till erfarenhet och utbildning. De fem nivåerna är i stigande ordning: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Modellen har två aspekter av färdighet. Den första berör övergången från att förlita sig till riktlinjer och PM, till att vila på sina tidigare erfarenheter. Den andra är en förändring i en persons uppfattning samt förståelse av en situation, som först ses i sina

enskilda delar men med ökad färdighet istället blir en holistisk helhet (Benner, 1982). I intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetens står det beskrivet att denne ska kunna se samband mellan vetenskap och beprövad erfarenhet samt se dess betydelse för yrkesutövningen. (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012) Följaktligen gör detta att intensivvårdssjuksköterskan måste kontinuerligt sätta sin erfarenhetsbaserade kunskap, så som Benner beskriver den, i relation till aktuell forskning för att ha möjligheten att utöva evidensbaserad vård. Enligt Von Rueden et al. (2010) behöver intensivvårdssjuksköterskan ha god kompetens för att vara förberedd på omhändertagandet av traumapatienter vilket kan kopplas till Benners teori om sjuksköterskans kompetensutveckling.

## Centrala Begrepp

### *Trauma*

Fysiskt trauma kan definieras som “skadehändelse där en eller flera patienter uppvisar uppenbar eller misstänkt livshotande skada eller där det finns risk för kvarstående allvarlig funktionsnedsättning” (Lennquist, 2017). Trauma uppkommer i ett flertal olika typer såsom mekaniskt trauma, kemiskt trauma, termiskt trauma, barotrauma och strålskada.

Traumabegreppet innefattar alla dessa varianter men vanligen avses mekaniskt trauma.

Med mekaniskt trauma menas mekaniska krafters inverkan på vävnader och organ, t.ex. vid bilolyckor, fallolyckor eller skottskador (Nationalencyklopedin, u.å). Skadans omfattning beror på energinmängden som tillförs och vilken motståndskraft den drabbade vävnaden har (Lennquist, 2017).

### *Traumateam och traumalarm*

Introduktionen av användandet av ett traumateam har förbättrat det akuta omhändertagandet av traumapatienter intrahospitalt. Målet med införandet av traumateamet är att säkerställa tidig involvering av erfaren personal i ett interprofessionellt team och därmed öka patientens chans till överlevnad. Studier har visat sjunkande mortalitet av patienter som efter trauma vårdats av ett etablerat traumateam (Tiel Groenestege-Kreb, van Maarsveen och Leenen, 2014) Enligt Lennquist (2017) ska ett sjukhus traumateam larmas om larmet uppfyller ovan beskrivna definition på trauma. Beroende på sjukhusets organisation och nivå på traumalarmlarmet tillkallas den kompetens som är nödvändig och som sjukhuset kan tillgodose.



Traumateamet kan ha olika sammansättningar av personalkategorier beroende på organisation och sjukhus men vanligtvis ingår läkare av olika specialiteter, specialistsjuksköterskor med utbildning inom intensivvård eller anestesi samt sjuksköterskor och undersköterskor från akutmottagningen. Dessutom ingår en läkare med specialistkompetens som leder arbetet och fattar beslut om åtgärder och prioriteringar samt ett flertal konsulter med olika specialiteter som kan tillkallas vid behov (Lennquist, 2017).

### *Akut omhändertagande*

Airway (Luftväg), Breathing (Andning), Cirkulation (Cirkulation),  
Disability (Bedömning av neurologi) & Exposure (Exponering) (A-E)

Målet vid omhändertagandet av en traumapatient är att behandla sviktande vitala funktioner (Boström et. al., 2012). Enligt McGregor-Riley, Hassan & Tesfayohannes (2012) används A-E-konceptet för att identifiera och behandla livshotande tillstånd systematiskt i en logisk ordning där varje steg måste tillgodoses innan nästa steg påbörjas. Det slutgiltiga målet är att alla skador ska ha identifierats innan patienten övertas av det ansvariga vårdteamet på lämplig avdelning. I praktiken kan ett effektivt traumateam arbeta med ett flertal aspekter av A-E-konceptet samtidigt. Vid försämring av patientens tillstånd krävs det att traumateamet gör en ny bedömning enligt samma koncept. A-E är grundläggande vid det akuta omhändertagandet av traumapatienten.

Nedan följer en kort beskrivning av A-E-konceptet.

Airway (A) - Första steget i bedömningen handlar om att tillgodose en fri luftväg och immobilisering vid misstänkt nackskada för patienten.

Breathing (B) - När luftvägen är säkrad med lämplig metod kan fokus förflyttas till att patienten ska syresätta sig tillfredsställande.

Cirkulation (C) - Bedömning av cirkulatorisk problematik och lämplig åtgärd för behandling.

Disability (D) - Neurologisk bedömning och åtgärd.

Exposure (E) - Undersökning av hela kroppen där även inspektion av hudkostym ingår.

Advanced trauma life support (ATLS) och Trauma nursing core course (TNCC)

ATLS är en modell för ett strukturerat omhändertagande, och liknar i många avseende A-E bedömningen, men riktar sig till det initiala omhändertagandet av traumapatienter. I Sverige och övriga världen är modellen den mest accepterade när det gäller den initiala undersökningen och behandlingen av traumapatienter (Salvador & Montmany, 2014; Socialstyrelsen 2015). I grova drag fokuserar ATLS på att primärt identifiera och undanröja omedelbara hot mot livsviktiga funktioner och sekundärt att få en helhetsbild av skadans art och omfattning (Lennquist, 2017). Enligt Tiel Groenestege-Kreb et. al. (2014) har mortaliteten hos traumapatienter minskat sedan införandet av utbildning i ATLS. TNCC är en utbildning som utgår från ATLS-konceptet. Den vänder sig specifikt till sjuksköterskor som vårdar traumapatienter och har som mål att ge dessa sjuksköterskor grundläggande kunskaper och praktiska färdigheter inom traumavård (Emergency Nurses Association, 2014)

### *Intensivvårdssjuksköterskans roll*

Intensivvårdssjuksköterskan är van att tillgodose avancerad omvårdnad i en högteknologisk miljö till många olika patientkategorier (Sandström et. al., 2016).

Intensivvårdssjuksköterskans breda kompetensområde gör dem användbara på fler ställen än bara intensivvårdsavdelningen. I Sverige kan de till exempel ingå i en mobil intensivvårdsgrupp eller andra konstellationer av vårdteam med erfaren personal som kan bistå vårdavdelningar med patienter som är kritiskt sjuka (a,a). På vissa sjukhus har intensivvårdssjuksköterskan rollen att infinna sig på traumalarm i akutrummet på akutmottagningen, medan det på andra sjukhus är anestesijuksköterskan som har denna funktion (Elmqvist & Almerud Österbeg, 2014).

Intensiv- eller anestesijuksköterskan har tillsammans med anesthesiologen ansvar för säkrande och upprätthållande av livsviktiga funktioner vid det akuta omhändertagandet av en traumapatient. Enligt kompetensbeskrivningen framtagen av Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening (2012) ska intensivvårdssjuksköterskan kunna vårda patienter med svikt i ett eller flera organ samt ge akut behandling och omvårdnad till dessa patienter vilket överensstämmer väl med intensivvårdssjuksköterskans uppdrag vid ett traumalarm. Vidare belyser kompetensbeskrivningen att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna arbeta strukturerat och interprofessionellt i samarbete med andra yrkesgrupper vid

omhändertagandet av akut sjuka patienter. För att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna arbeta i traumateamet krävs att dessa kompetensbeskrivningar uppfylls.

### *Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av traumavård*

Tidigare forskning visar att intensivvårdssjuksköterskan upplever omhändertagandet av en traumapatient som en utmaning (Sandström et. al., 2016). Även om det ibland uppkommer situationer där intensivvårdssjuksköterskan känner sig otillräcklig upplever de att de har kunskap och kompetens för att utföra arbetet kring en traumapatient och att de känner en trygghet i deras arbetsuppgifter. Valfungerande kommunikation, erfarenhet hos medlemmarna i teamet och att de kände varandra sedan tidigare belystes som värdefulla aspekter för ett bra samarbete (a,a). Många intensivvårdssjuksköterskor känner ett behov av att prata om deras upplevelser och känslor av ett traumalarm. När traumat involverade barn eller när intensivvårdssjuksköterskan kunde associera patienten till sig själv eller en av sina närstående var situationen som mest känslomässigt krävande (a,a). För att ge ett professionellt intryck gentemot patient och dess anhöriga kunde intensivvårdssjuksköterskan under larmet därför ibland undertrycka sina egna känslor och först efteråt påbörja sina reflektioner (Boström et. al., 2012). Den emotionella påverkan reduceras efterhand som intensivvårdssjuksköterskan får mer erfarenhet (Sandström et. al., 2016).

## Syfte

Syftet var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta omhändertagandet av traumapatienter på akutmottagningens traumarum.

## Metod

Denna studien använde sig av kvalitativ semistrukturell intervjumethodik. Detta lämpar sig när syftet är att belysa en upplevelse, i detta fallet intensivvårdssjuksköterskans upplevelse, av en företeelse. Enligt Trost (2011) lämpar sig en kvalitativ ansats när man vill försöka få förståelse för en människas upplevelse. Dataanalysen skedde med induktiv innehållsanalys

vilket lämpar sig för de semistrukturella intervjuerna. (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008).

## Urval

Ett strategiskt urval tillämpades där författarna valde att inkludera legitimerade specialistsjuksköterskor som var verksamma på en intensivvårdsavdelning. En spridning avseende ålder, kön och erfarenhet av traumavård eftersträvades. Därtill skulle de ha kompetensen och erfarenheten att handha traumasökaren och därmed vara den som medverkar vid det initiala akuta omhändertagande av traumapatienter. Urvalet rekryterades från två intensivvårdsavdelningar. Nio deltagare uttryckte intresse för att delta i studien och nio intervjuer genomfördes. Fyra deltog från den ena intensivvårdsavdelningen och fem från den andra. Åtta deltagare var kvinnor och en var man. Medelåldern för deltagarna var 51 år där yngst var 32 år och äldst var 66 år. Deltagarna var alla verksamma på sjukhus där specialistsjuksköterskan från intensivvårdsavdelningen hade traumalarmsfunktion. Intensivvårdserfarenheten hos deltagarna varierade mellan 5 till 40 år med ett medelvärde på 19 år och ett medianvärde på 20 år. Traumalarmserfarenheten varierade mellan 3,5 år till 40 år med ett medelvärde på 16 år och medianvärde på 20 år. Intervjuerna genomfördes under vecka 10-14 på vårtermin 2019. Verksamheter som passade studiens inklusionskriterier tillfrågades skriftligt och verbalt.

## Instrument

I studien användes semistrukturerad intervjumethodik med öppna frågor där *“Berätta om hur du upplever ett vanligt traumalarm på akutmottagningens traumarum.”* var huvudfrågan. I en semi-strukturerad intervju berörs olika förutbestämda teman (Polit & Beck, 2006). Dessa förutbestämda teman utgick från olika fråge- och ämnesområden som framkommit utifrån bakgrunden och gav upphov till en intervjuguide som vägledde författarna under intervjuerna, se Bilaga 1. En pilotintervju genomfördes, transkriberades och presenterades för handledaren till denna studien som styrkte validiteten. Pilotintervjun kunde således inkluderas i dataanalysen. Intervjuguiden behölls i sitt ursprungliga format. Samtliga intervjuer spelades in med en diktafon. Den längsta intervjun var 45,5 minuter och den kortaste var 16,2 minuter. Medellängden var 30 minuter. Samtliga intervjuer genomförde författarna tillsammans.

## Datainsamling

Författarna inhämtade tillstånd från verksamhetschefer/enhetschefer från de tilltänkta verksamheterna innan studien genomfördes. Studiens författare etablerade en kontakt på respektive avdelning som hade funktionen som en mellanhand. Mellanhanden skickade ut en allmän förfrågan med informationsbrev och bifogad samtyckesblankett till avdelningens personal som fyllde studiens inklusionskriterier. Därefter fick de intensivvårdssjuksköterskor som var intresserade av att delta kontakta studiens författare. Möte bokades med de deltagare som var intresserade där de själva fick bestämma tid och plats för intervjun. I de fall de inte hade en plats att tillgå ordnade författarna till denna studie en plats. Åtta deltagare valde att genomföra sin intervju på sin arbetsplats och en deltagare valde en plats som författarna ordnade. Alla samtyckesblanketten skrevs under och samlades in innan intervjuerna påbörjades.

## Analys av data

Insamlad data analyserades med induktiv innehållsanalys. Således användes inga förutfattade teoretiska referensramar (Burnard et. al., 2008). Denna metod stödjer semistrukturell intervju som instrument. Inför dataanalysen transkriberades samtliga intervjuer. Innehållsanalysen följde en modifierad version av den analysmetod som är skriven av Burnard et. al. (2008). Översiktligt användes fjorton (14) steg där steg 2, 6 och 11 är modifierade. Vissa steg så som Burnard et. al. (2008) beskriver dem är exkluderade.

1. Genom hela datainsamlingen fördes anteckningar om berörda teman direkt efter varje intervju. Samtidigt fördes minnesanteckningar även genomgående om sätt att kategorisera data.
2. Alla intervjuer transkriberades verbatim. De lästes enskilt av studiens författare och generella tänkbara kategorier noterades. Huvudsyftet var att bekanta sig med texten och sätta sig in i deltagarnas livssfär.
3. Transkriberingen genomlästes igen. Samtidigt framkom det obegränsat med koder som beskrev alla aspekter av texten. Textsegment som inte svarade an mot syftet exkluderas. Detta steget benämns "open coding". Koderna bestod av korta fraser som summerade ett helt textsegment.

4. Alla liknande koder som framkom i steg tre sammanfattades i en ny lista. Samtliga koder jämfördes och sållades utifrån repetition och likhet. Duplikationer togs bort och antal koder reducerades och raffinerades. En slutgiltig lista med underkategorier framställdes.
5. Alla underkategorier från steg fyra jämfördes avseende likhet och överlappning och listan raffinerades ytterligare genom reducering och gruppering. Slutresultatet blev till huvudkategorier.
6. Studiens författare satt självständigt med den slutgiltiga listan från steg fem och sammanställde en lista med egna huvudkategorier. Därefter träffades författarna och fastställde en gemensam lista efter diskussion tills konsensus rådde.
7. Alla transkriberingar lästes och jämfördes med den gemensamma listan från steg sex för överensstämmelse. Eventuella korrigeringar gjordes.
8. Transkriberingarna arbetades igenom. Varje huvudkategori kodades med färgmarkering utifrån listan med huvudkategorier på samtliga transkriberingar.
9. Varje kodning till sina respektive textsegment klipptes ut och samlades ihop. Flera kopior av transkriberingarna användes för att kunna bibehålla varje enskild kod i sin helhet.
10. En sammanställning gjordes med varje kod till tilldelad huvudkategori.
11. Framställda huvudkategorier presenterades för studiens handledare som fick bedöma till vilken grad det överensstämde med respektive deltagares intervju. Detta syftade till att verifiera validitet.
12. Alla koder och kategorier samlades ihop enhetligt med en direkt referens tillbaka till respektive transkribering.
13. Resultatsammanställningen genomfördes genom att varje huvudkategori med underkategorier beskrevs med ett relaterat citat.
14. Resultatet sammanställdes enhetligt och därefter redovisas studiens diskussion med jämförelser till tidigare forskning.

#### Forskningsetiska avvägningar

Innan författarna till denna uppsats påbörjade sin datainsamling inhämtades tillstånd från vederbörande verksamhetschef. Ett godkännande inhämtades från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) gällande prövning och rådgivning. Deltagare i studien informerades både skriftligt och muntligt angående studien och dess syfte samt att de närsomhelst kunde välja att avbryta sitt deltagande. Studien följde de grundläggande etiska principerna såsom det beskrivs i Northern Nurses' Federation (2003) gällande principen om autonomi, principen om att göra

gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa. Under deltagarnas intervjuer kunde känsloladdade och traumatiserande berättelser dyka upp. Inga intervjuer avbröts men kunde vid behov pausas i enlighet med principerna om autonomi, att göra gott samt att inte skada. I de fall skulle deltagarna själva ha kunnat avgöra huruvida de ville fortsätta intervjun eller inte och möjligheten till att avbryta intervjun kunde i så fall getts. Integriteten värnades genom att allt material kodades konfidentiellt så att inget material kunde kopplas till enskilda studiedeltagare. All data förvarades låst och säkerhetskyddad och förstörs efter examination. Eftersom studien behandlar personuppgifter är den registrerad PULU- registret.

## Resultat

I föreliggande studie framkom fyra kategorier som belyser intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av det akuta omhändertagandet av traumapatienter. Dessa kategorier är *Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet*, *Arbete i traumarummet väcker känslor*, *Organisation och arbetsmiljö påverkar traumaomhändertagandet* samt *Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet*. Kategorierna hade tio subkategorier. Nedanstående tabell (Tabell 1) visar schematiskt kategoriseringen.

Tabell 1 Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansvarsroller och arbetsuppgifter</li><li>• Vara förberedd</li><li>• Strukturerat teamarbete</li></ul>
Arbete i traumarummet väcker känslor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionell påverkan</li><li>• En känsla av att göra skillnad</li><li>• Tänka på närstående i traumarummet</li></ul>
Organisation och arbetsmiljö påverkar traumaomhändertagandet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeta i en händelserik miljö</li><li>• Organisationen inom det akuta traumaomhändertagandet</li></ul>
Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompetensens betydelse</li><li>• Upplevda svårigheter</li></ul>

### **Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet**

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att teamarbetet är centralt vid omhändertagandet av en traumapatient. En tydlig rollfördelning underlättade teamarbetet. På samma vis var förberedelse ett sätt att få en känsla av att ligga steget före. En positiv känsla uppnåddes när arbetet präglades av struktur och när teamarbetet utgjordes av god kommunikation och ledarskap samt ett välfungerande samarbete mellan de olika medlemmarna i teamet.



### *Ansvarsroller och arbetsuppgifter*

Det framkom att intensivvårdssjuksköterskans främsta roll är att tillsammans med anesthesiologen ansvara för luftväg och andning. Denna arbetsuppgift kände sig intensivvårdssjuksköterskan trygg med då det är något som de ofta medverkar vid på intensivvårdsavdelningen. Oftast ingick också stabilisering av nacke i arbetsuppgifterna. Vikten av att veta sin roll och att hålla sig till den för att kompetens ska kunna utnyttjas på rätt sätt belystes av sjuksköterskorna. Rollfördelningen upplevdes som väl inarbetad.

*“Det finns en anledning till att jag ska stå där uppe [huvudändan]. Man arbetar som ett team. Man har fått lära sig det är viktigt att hålla sig på sin plats.” (7)*

Intensivvårdssjuksköterskans ansvarsroll upplevdes som tydlig i början av traumalarmen där arbetet framförallt präglats av att säkerställa luftvägen genom att assistera läkaren inför intubation. Dock upplevdes ansvarsrollen som mindre tydlig när väl luftvägen var säkrad. Då kunde intensivvårdssjuksköterskan känna sig kluven och frustration kunde uppstå. Man ville hjälpa till med andra uppgifter men samtidigt inte åsidosätta sin huvudsakliga uppgift. På samma sätt upplevdes situationen när intubation inte var nödvändig initialt. Då hjälpte man till med annat men var inte beredd om intubation plötsligt krävdes.

*“Den mest överhängande uppgiften är löst. Då kan det bli svårt också för där ska man då hjälpa till med lite annat... Så ska man ändå hålla det här IVA-tänket och vara beredd ifall min läkare vill att jag ska göra någonting” (1)*

Ansvarsrollen upplevdes annorlunda jämfört med den roll intensivvårdssjuksköterskan hade på intensivvårdsavdelningen där de var vana att ansvara för alla delar i omhändertagandet, inte bara luftvägar och andning. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde även att de ibland kände att de hade en roll i att driva vården vidare trots att det egentligen inte ingick i deras ansvarsroll. När patienten var i vaket tillstånd upplevde intensivvårdssjuksköterska dessutom att de hade ett ansvar att informera patienten. Detta blev naturligt då de på grund av sin ansvarsroll placerade sig vid huvudändan.

### *Vara förberedd*

Den information som gavs inför ett traumalarm upplevdes ofta knapphändig.

Flera intensivvårdssjuksköterskor valde att iordningställa material, såsom intubationsredskap och läkemedel som kunde tänkas komma till användning, innan patientens ankomst för att ligga steget före.

*“Jag känner mig mer trygg och säker, jag vet att jag hjälper mig själv, patienten och hela teamet om jag har förberett och tänkt igenom hur jag vill göra” (7)*

Flera deltagare upplevde att det var viktigt att alla presenterade sig och berättade sin roll innan patienten anlände för att veta vem som var vem. Den mentala förberedelsen att bilda sig en uppfattning av vad man kommer möta samt vikten av att göra upp en plan för omhändertagandet belystes också av vissa deltagare.

*“Har man lite tid på sig, att inte ambulansen är där direkt så brukar det kunna bli väldigt ordnat. Man har en sign in, man pratar igenom skadepanoramat t.ex. Man pratar igenom vitalparametrar, bakgrundshistoria, om det finns någon sådan.” (9)*

#### *Strukturerat teamarbete*

Teamarbetet belystes som en central del av traumaomhändertagandet. Det framhölls att alla är tränade för olika arbetsuppgifter och därmed bra på olika saker. För att utnyttja den samlade kompetensen krävdes därför ett gott samarbete.

*“Man är som hjälte och springer på larm... men själv är man inte mycket. Men som ett team kan man komma långt.” (4)*

Samarbetet i traumateamet upplevdes av flera intensivvårdssjuksköterskor som välfungerande. Det framhölls särskilt att samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskan och anesthesiologen var välfungerande. Detta kunde förklaras av att de kände varandra sedan tidigare och jobbat tillsammans på intensivvårdsavdelningen.

För att teamarbete skulle fungera bra upplevdes teamledaren ha en nyckelroll. Traumaledaren var den som förde arbetet framåt. Det som framförallt utmärkte en bra teamledare var en tydlighet i kommunikationen till de andra medlemmarna i teamet.

*“Det är väldigt väldigt avgörande hur tydliga ledarna är” (6)*

A-E-konceptet var vägledande i traumaomhändertagandet. Det var detta koncept som traumaledaren använde sig av för att driva arbetet vidare på ett strukturerat och säkert sätt för att minska risken att missa skador som var tvungna att åtgärdas. Det upplevdes underlätta prioriteringen av undersökningar och behandlingar.

*“Nu har vi gjort A men nu går vi över på B och nu går vi över på C och då blir det väldigt strukturerat.” (3)*

Kommunikationen mellan övriga teammedlemmar belystes också som en viktig del i teamarbetet. En annan viktig del av kommunikationen var återkopplingen i åtgärder som utförts så att hela teamet, men framförallt teamledaren, visste vad som gjorts och inte gjorts. Kommunikationen upplevdes som en av de största utmaningarna i det akuta traumaomhändertagandet. Vid brister i kommunikationen blev hela teamarbetet negativt påverkat.

### **Arbete i traumarummet väcker känslor**

För intensivvårdssjuksköterskorna innebar traumaomhändertagande ett känslomässigt tumult som kunde bestå av både positiva och negativa delar. Olika strategier kunde användas för att behålla en balans mellan att tillåta sig att uttrycka känslor och att vara professionell i sin roll. En känsla av meningsfullhet dök upp i samband med att sjuksköterskan upplevde att hon gjorde en betydelsefull skillnad. Närstående gav patienten ett mänskligt värde och fick sjuksköterskan att se traumapatienten mer som en människa.

### *Emotionell påverkan*

För intensivvårdssjuksköterskorna sattes känslor i relation till skadepanoramats hos den patient som kom in, där vissa även uttryckte ren chock i det initiala läget. För att bearbeta sina känslor kunde många använda sig av objektifiering och på så vis såg man patienten som delar istället för som en helhet. Detta tillät sjuksköterskan att fokusera på sin uppgift.

*“Men man avhumaniserar lite den som ligger där, man tänker att det är en patient som vi*

*måste hjälpa. Jag tänker sällan på att "hmm... undrar vem han jobbar med och vad han har för liv?" Just i den situationen gör jag ju inte det." (1)*

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde även att de kunde bli känslomässigt påverkade när det var något extraordinärt traumalarm eller när det gällde unga människor eller barn. Intensivvårdssjuksköterskorna kunde ofta sätta sina emotionella känslor i relation till sin erfarenhet. När en sjuksköterska med lite erfarenhet fick ett larm kunde en känsla av rädsla väckas när larmtelefonen ringde. Men många upplevde att allteftersom de kände sig mer erfarna så kunde de bearbeta den känslomässiga påverkan på ett mer lätthanterligt vis. På samma vis beskrevs stresspåverkan vara relaterad till erfarenhet.

*"När det är små spädbarn eller något... man måste kanske träna upp det med sig själv att jag kan inte bryta ihop nu, det får jag i så fall göra sen. Annars har jag ju inte där att göra, då har dom ingen nytta av mig. Oavsett hur mycket utbildning jag har." (4)*

Vissa sjuksköterskor beskrev att den känslomässiga påverkan kom först efter ett extraordinärt larm, med till exempel barn. Men då skedde debriefing ofta i nära anslutning till larmet vilket många sjuksköterskor upplevde som positivt.

*"...det kan komma mer efteråt [känslomässig påverkan]. Men det tycker jag vi har ändå rätt bra nätverk. Med samling och så efteråt... men det är oftast om det är något speciellt, barn inblandade." (2)*

#### *En känsla av att göra skillnad*

Intensivvårdssjuksköterskorna belyste även en stolthet över att vara med och omhänderta traumapatienterna, vilket kunde ge en positiv känsla av att vara med och göra skillnad samt ett bra jobb. Arbetet gav en känsla av meningsfullhet.

*"Det är väldigt tillfredsställande när man har liksom gått igenom ett sånt akutfall där det ändå förhoppningsvis gått bra. Men att man känner att här har jag varit med en del av någonting som verkligen gjort skillnad. Och det känns väldigt bra får man ju säga." (9)*

### *Tänka på närstående i traumarummet*

När närstående ingav känslopåverkan för sjuksköterskorna var det i två olika sammanhang. Det första sammanhanget gällde sjuksköterskornas egna närstående och det andra gällde traumapatientens närstående. När sjuksköterskorna kunde associera till sina egna liv så kom det närmare in på dem. Om traumapatienten var i samma ålder som sjuksköterskan eller dennes barn kunde det påverka mer.

*“Det påverkar en absolut mer när de är i samma ålder som ens egna anhöriga eller barn. Alltid när det går ett larm så går tankarna att hoppas inte det är någon jag känner eller någon av min anhöriga. För det vore ju den ultimata skräcken.” (1)*

Patientens närstående gav sammanhang vilket kunde göra det påfrestande. Det förklaras ibland genom att anhöriga gav patienten ett sammanhang och ett mänskligt värde. Även anhörigas känslor kunde påverka sjuksköterskorna. De ville inte visa sina känslor inför anhöriga för att kunna bibehålla en professionell roll.

*“Det jag upplever som jobbigt med anhöriga är att jag inte känner patienten som kommer in här, och det är jätteskönt. Jag känner inte patienten, jag har ingen emotionell anknytning till dom.” (7)*

Däremot fanns en samlad bild över att patientens närstående sällan var med på traumarummet men deltagarna betonade ändå att det var viktigt att anhöriga var med, särskilt när det inte går bra. För att det skulle bli lättare för anhöriga att bearbeta den traumatiska händelsen i efterförloppet ville sjuksköterskorna att de skulle vara med, oavsett om patientens liv gick att rädda eller inte.

### **Organisation och arbetsmiljö påverkar traumaomhändertagandet**

Arbetsmiljön på akutrummet påverkade intensivvårdssjuksköterskan i sitt arbete. Flera olika saker sker samtidigt vilket gör att det ibland kan upplevas svårt att fokusera på sin uppgift. Trots traumavårdens utmaningar menade flera deltagare att för att få en kontinuitet i vårdkedjan var det fördelaktigt att det var en intensivvårdssjuksköterska som medverkade på traumalarmen då traumapatienter inte sällan vårdades på intensivvårdsavdelningen efter det akuta omhändertagandet på akutmottagningen.

### *Arbeta i en händelserik miljö*

Intensivvårdssjuksköterskan upplevde att arbetsmiljön på traumalarmen präglades av mycket människor och en hög ljudnivå. Särskilt vid multitrauma där det behövdes tillkallas flera olika specialistläkare kunde situationen bli problematik. Dessutom innebar traumalarmen att intensivvårdssjuksköterskorna behövde arbeta i en miljö de inte var bekanta med. Flertalet parallella händelser sker också samtidigt och många deltagare beskrev det som en rörig situation där det var svårt att hålla fokus. Detta påverkade deras arbete genom att det kunde vara svårt att höra ordinationer och att återkoppla vad som gjorts.

*“Det är rörigt och högljutt och svårt att höra och framförallt tycker jag att det är svårt att återkoppla” (1)*

### *Organisationen inom det akuta traumaomhändertagandet*

Flera deltagare upplevde det som positivt att det var en intensivvårdssjuksköterska som medverkade på traumalarmen. Eftersom patienten ofta hamnade på intensivvårdsavdelningen i ett senare skede upplevdes det naturligt att intensivvårdssjuksköterskan var med från början och fick en helhetsbild. Dessutom upplevdes risken att information gick förlorad någonstans i vårdkedjan som mindre.

*“Så jag anser att det här med att intensivvårdssjuksköterskor går ner är optimalt och som sagt vi tappar inte information som är en farlig del i hur det är att ta hand om en patient korrekt, om vi missar information på vägen. Jag anser att det är ett bra val att vi har intensivvårdssjuksköterskor som går ner.” (6)*

Något som kunde upplevas som problematiskt vid ett traumalarm var att lämna sina patienter som man ansvarade för på intensivvårdsavdelningen. Det kunde dessutom vara svårt att släppa den emotionella påverkan av traumalarmet på en gång.

*“Då ska man skaka av sig detta på något sätt och så ska man in och ta vid där man var innan som om nästan ingenting har hänt. Och det vet jag många som tycker är jobbigt.” (3)*

## **Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet**

Erfarenhet och utbildning framkom som betydelsefulla för det akuta omhändertagandet. Erfarenhet upplevdes ge trygghet och utbildning gav bättre förutsättningar.

### *Kompetensens betydelse*

Alla deltagarna belyste erfarenhet som en viktig faktor för tryggheten på traumalarmet. Tryggheten kunde finnas i att man kände sig bekant med sin miljö. På motsvarande vis upplevdes det otryggt med det man inte var van vid. Upplevelsen av att jobba med erfarna kollegor ingav också trygghet. Deltagarna såg varje unikt larm som en ny erfarenhet. Erfarenheten gav bättre samarbete då man kände personalen och funktionerna i traumarummet bättre.

*“Ju mer erfarenhet jag har desto lugnare har jag tyckt det är. Nu har jag ju jobbat så pass länge så att situationerna har oftast känts som att jag är hemma. Jag känner många på akuten.” (6)*

Intensivvårdssjuksköterskorna såg även TNCC-kursen som väsentlig att ha genomfört innan de började gå på traumalarm. Kursen upplevdes som viktig och gjorde en mer kompetent. Övningsscenario upplevdes ge bättre förutsättningar men det var svårt att jämföra med en riktig situation.

*“Man kan gå på utbildningar, vi kan prata om det. Men får vi inte dom patienterna då kan man inte öva på det så det sitter i ryggmärgen” (7)*

### *Upplevda svårigheter*

Svårigheterna som framkom berörde ofta komplexiteten bakom traumapatientens omhändertagande och att inget traumalarm var det andra likt. Det kunde yttra sig genom att sjuksköterskorna inte visste vad som fick patienten att vara sjuk, när sjukdomsbilden inte var vad man tänkte sig eller när det rörde sig om flera olika skador. Flera olika skador kunde leda till att sjuksköterskorna blev trångsynta och missade en mer allvarlig skada.

*“Så att... där fick vi faktiskt lite hjärnsläpp alla inne på det rummet fast vi var vana och erfarna... så det ändrade riktning... det var inte det vi hade väntat oss.” (2)*

Höga krav framkom som en annan svårighet hos sjuksköterskan. Detta upplevdes som ett krav att leva upp till andras och egna förväntningar. Det kunde ge känslor av otillräcklighet om sjuksköterskan inte såg sig leva upp till dessa förväntningar.

*“Man vill inte vara den som sabbar det, eller förvärrar någonting. Vi är där för att hjälpa. Jag vill inte känna mig otillräcklig. Det är nog det jobbigaste.” (7)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta omhändertagandet av traumapatienter. I det avseendet läggs stor vikt för studiens syfte i sjuksköterskornas upplevelse, vilket gör att en kvalitativ ansats lämpar sig då studien ämnar försöka förstå en människas livsvärld och dess erfarenheter (Polit & Beck, 2006). Studiens kvalitativa ansats lämpar sig även när fokus ligger hos människans erfarenhet i sin livsvärld och hennes tolkning av sina erfarenheter (a,a).

Urvalet till studien söktes från två olika sjukhus belägna i Skåne och som matchade studiens inklusionskriterier. Därför fanns svårigheter med att rekrytera studiedeltagare som följd av att det potentiella urvalet redan var litet. Urvalsförförandet på de två avdelningarna skiljde sig åt. På den första avdelningen etablerades en välfungerande mellanhandskontakt och på den andra avdelningen var författarna till denna studie den primära kontakten på avdelningen. Eftersom urvalsförförandet har skiljt sig åt kan detta ha gjort att studiedeltagare känts sig påtryckta att delta i vissa fall. Däremot är det inget som författarna till denna studie upplevt utifrån intervjuerna.

Totalt intervjuades nio deltagare varav en deltagare var man. Medelåldern var hög tillsammans med en hög medelerfarenhet. Studien ämnade eftersträva ett strategiskt urval



(Polit & Beck, 2006), däremot var rekryteringsprocessen utmanande vilket gjorde att alla studiedeltagare som visat intresse för att delta inkluderades. En svaghet med detta blir att resultatet till denna studie är mer representativt för ett urval med hög erfarenhet. Däremot kan ett urval med hög erfarenhet bidra till ett rikt innehåll. Det hade varit eftersträvarsvårt att optimera rekryteringsprocessen och försöka inkludera fler unga med mindre erfarenhet för att få en större variation. På samma sätt hade det varit mer optimalt med fler män. Totalt visade 11 personer intresse av att delta i studien. Således föll två potentiella deltagare bort på grund av att de inte svarade på författarnas mejl. Två påminnelsemejl skickades utan något svar. Därefter gjorde tidspressen att författarna valde att gå helt in i analysfasen utan fler deltagare. I tillägg ansåg författarna att deltagarnas uteblivna svar kunde tolkas som ett svar i sig, och att deltagarna inte ville delta.

Nio deltagare kan även ses som en svaghet eftersom semistrukturell intervju användes. Det hade varit önskvärt med fler deltagare för att öka studiens trovärdighet. Intervjulängderna var emellertid långa med lång medellängd och rikt innehåll. Utifrån detta, i tillägg med att pilotintervjun inkluderades i analysen, togs ett beslut i samråd med studiens handledare att acceptera nio deltagare som underlag för studiens analys. Till denna studie blir det lämpligt att använda uttrycket datamättnad, som avser att allt eftersom intervjuerna fortgår så framkommer inget nytt i analysen (Polit & Beck, 2006). Eftersom nästintill samtliga deltagare återfinns i samtliga huvudkategorier kan det anses att en viss datamättnad har uppnåtts. Däremot är det svårt att säga huruvida nya intervjuer kunnat ge mer variation i resultatet.

Författarna till denna studie valde att inte ha några inklusionkriterier i avseende på erfarenhet. Den enda uttalade inklusionskriterien var att sjuksköterskan skulle haft erfarenhet av att gå på traumalarm, vilket kan innebära att det bara rör sig om en gång. Detta valdes medvetet för att få en bredd och variation i urvalet.

Semistrukturell intervju användes som instrument. Detta hjälpte författarna som båda var oerfarna av intervjumetodik. Detta kan självfallet ses som en svaghet i metoden. Om författarna haft erfarenhet av att intervjua hade deltagarna möjligen gett ett rikare innehåll i sina intervjuer som låg närmre studiens syfte. Med intervjuguiden (Bilaga 1) kunde denna svaghet vägas upp lite. Intervjuguiden, med sina förutbestämda teman, tillät författarna att hitta en röd tråd genom intervjuerna som tangerade studiens syfte. Författarna till denna studie hade en förförståelse till traumavård, därför var det fördelaktigt att ha förutbestämda

temaområden som hjälpte till att styra intervjuerna (Trost, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014). Många studiedeltagare var även ovana med att bli intervjuade vilket kunde skapa en viss osäkerhet. I dessa fall var det fördelaktigt med semistrukturall intervju med öppna frågor. En inledande öppen huvudfråga tillät då deltagarna att vänja sig vid intervjun. Uppföljande följdfrågor kunde ställas beroende på hur uttömt svaren hos deltagarna var. Fokus hos författarna var att ingjuta tillit och förtroende hos deltagarna. För att deltagarna ska våga tala öppet är det viktigt att en tillitsfull relation skapas som tillåter deltagaren att tala öppet och delge erfarenheter och känslor för en främling (Kvale & Brinkmann, 2014). När samtalet avstannade under intervjuerna och det blev en tystnad användes detta för att driva intervjun vidare. På så vis hann deltagarna att reflektera och begrunda sina svar och avsluta med betydelsefull information. En avslutande öppen fråga ställdes till samtliga deltagare i slutet av intervjun vilket tillät deltagarna att lyfta fram något som de särskilt ville belysa (Polit & Beck, 2006; Kvale & Brinkmann, 2014).

En svaghet med intervjuerna var att författarna inte bekantat sig väl med intervjuguiden vilket Polit och Beck (2006) förespråkar. Då kunde intervjuerna riskera att stanna av då författarna begrundade sina följdfrågor när deltagarna tömt ut sitt svar. Detta skedde stundtals under de första intervjuerna, men efterhand som författarna blev vana med intervjuguiden så flöt intervjuerna på smidigt.

En styrka, men även en svaghet, med intervjumetodiken var att studiens två författare genomförde samtliga nio intervjuer tillsammans. Hänsyn fick i detta läge tas åt den maktroll som författarnas antal gav dem gentemot studiedeltagarna. Detta kunde påverka deltagarna så att de blev mer reserverade och inte öppna i sina svar. Som ovan nämnt lades stor fokus hos författarna att försöka ingjuta tillit och förtroende för deltagarna i syfte att neutralisera maktrollerna. Författarna anser därför att detta inte påverkat intervjuerna nämnvärt då alla deltagare var lugna och avslappnade under sina intervjuer. Att båda författarna genomförde samtliga intervjuer tillsammans kan ge validitet åt intervjumetodiken. Samtliga intervjuer genomfördes i bra samspel mellan författarna. Om intervjuerna genomförts enskilt riskerar intervjumetodiken att skiljas åt vilket kan göra analysen och resultatet svårvärderat. Därför anser författarna till denna studie att det har varit en överhängande styrka med att genomföra intervjuerna tillsammans.

Datansamlingen följde de etiska principer som lagts fram av *Northern Nurses` Federation* (2003) och i enlighet med de riktlinjer som studien framfört under rubriken forskningsetiska övervägningar. Det är författarnas tro att många deltagare valde att genomföra intervjuerna i anslutning till ett arbetspass av bekvämlighet. Att genomföra intervjuerna på studiedeltagarnas arbetsplats kan ses både som en svaghet och styrka. Bekvämligheten med att bli intervjuad i nära anslutning till ett arbetspass ökar deltagarnas benägenhet att delta i studien. Samtidigt upplevde författarna att deltagarna kunde ha svårt att fokusera på att bli intervjuade när de hade ett arbetspass som var nära inpå intervjun. Då riskerar deltagarna att stressa igenom intervjuerna och därför hade vissa intervjuer kunnat tillföra mer material. Två intervjuer blev även kortvarigt avbrutna då en kollega till studiedeltagarna öppnade dörren till intervjurummet för att ställa en fråga till studiedeltagande. Två deltagare valde att bli intervjuade på sin fritid vilket tillät dem att fokusera helt på intervjun och dessa intervjuer var även de längsta. På grund av den utmanande rekryteringsprocessen fokuserade författarna till denna studie att helt tillåta studiedeltagarna att bestämma plats och tidpunkt.

Analysen för denna studie genomfördes enligt den metod som är beskriven av Burnard et. al. (2008). Analysen är induktiv innehållsanalys med 14 steg och beskrivs i studiens metoddel. Däremot för att passa studiens syfte modifierades tre av Burnards steg medan vissa exkluderades helt. Steg 2 och 6 är modifierade för att ta hänsyn till att det finns två författare till studien. Steg 11 modifierades genom att de framställda huvudkategorierna presenterades för studiens handledare, istället för att presentera dem för en av studiedeltagarna som Burnard et. al. (2008) föreslår. Risken med att presentera huvudkategorierna för studiedeltagarna är att ny information erhålls som deltagarna kommit på i efterhand. En ny intervju riskerar då att informellt ta plats vilket fordrar en ny analys varefter en paradoxal analys kan uppstå. Eftersom intervjuerna transkriberades digitalt kunde alla intervjuer koda i excelformat med färgschema. Därför exkluderades vissa av Burnards et. al. (2008) steg som var mer anpassat för pappersform.

Att använda en induktiv innehållsanalys är fördelaktigt i ett läge då det inte finns rikligt med forskning om företeelsen som ska undersökas. En induktiv ansats tillåter även mer flexibilitet. (Burnard et. al. 2008). Detta var lämpligt eftersom författarna till studien inte hade någon tidigare erfarenhet av kvalitativ intervjumetod med induktiv innehållsanalys. Burnard et. al. (2008) menar att den kvalitativa datan ger en beskrivning av den undersökta företeelsen, men ger ingen förklaring. Därför måste det tolkas av författarna. På samma sätt kan detta ses som

en svaghet där vissa väsentliga delar av datamaterialet kan ha missats under analysfasen. Denna svaghet försöktes elimineras genom regelbundna möten med studiens handledare för verifiering. Däremot kan inte verifieringen garanteras eftersom handledaren inte var bekant med materialet på det vis som författarna var.

Svårigheten med analysfasen för denna studie låg i att bortse från den förförståelse som fanns hos författarna och försöka sätta sig in i studiedeltagarnas livsvärld. Burnard (1991) menar att det är viktigt att ständigt vara medveten om att denna förförståelse kan smyga sig på och påverka analysen av datan. För denna anledning presenterades dataanalysen för studiens handledare i omgångar för att öka trovärdigheten. På så vis kunde en utomstående som inte är bekant med materialet, men med analysprocessen, ge feedback och öka trovärdigheten för analysen och följaktligen även för studien i sin helhet.

Studiens trovärdighet får bedömas utifrån ljuset på studiens metoddel där särskild hänsyn får tas till kvalité, validitet och överförbarhet (Kvale & Brinkmann, 2014). Eftersom författarna är ovana vid både att intervjua och att genomföra kvalitativ forskning faller kvalitén samt validiteten. Detta har försökts vägas upp genom arbetsseminarium samt handledningsmöten. Däremot är det författarnas åsikt att studien kunnats göra bättre med mer erfarenhet. Resultatet för studien är svårt att överföra eftersom urvalet är så pass litet. I skenet av det ovan nämnda får studiens trovärdighet bedömas.

## Resultatdiskussion

### *Struktur och välfungerande ansvarsroller främjar teamarbetet*

Resultatet visar att ett välfungerande teamarbetet är den viktigaste aspekten för att omhändertagandet av en traumapatient ska fungera så optimalt som möjligt. Enligt Twedell och Pfrimmer (2009) är effektivt teamarbete och god kommunikation nödvändigt för att säkerställa patientsäkerheten eftersom det bidrar till att minimera misstag. Deltagarna i denna studie upplevde att teamledaren hade en avgörande roll för att arbetet skulle gå framåt. Enligt Ford et. al. (2016) leder ett effektivt och välfungerande ledarskap till ett bättre och snabbare omhändertagande av traumapatienter. Sandström et. al (2016) har i sin studie kommit fram till att klara och tydliga direktiv från teamledaren leder till ett bättre flöde i akutrummet samt till att alla vet vad de ska göra.

Enligt intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie var kommunikationen ett viktigt verktyg som ansågs vara betydande för teamledaren och teamarbetet. Om inte kommunikationen fungerade adekvat blev hela teamarbetet negativt påverkat. Detta överensstämmer med Travelbees omvårdnadsteori där hon menar att kommunikation är viktigt för att nå omvårdnadens mål (Kirkevold, 1994). Enligt Sandström et. al (2016) ger en god kommunikation förutsättningar för ett förbättrat teamarbete.

Enligt kompetensbeskrivningen framtagen av riksföreningen för anestesi och intensivvård samt svensk sjuksköterskeförening (2012) ska intensivvårdssjuksköterskan initiera och samverka med olika yrkesgrupper och vårdteam för att patienten ska få bästa möjliga omhändertagande i hela vårdförloppet. Det som framkommit i denna studiens resultat gällande samarbetet i traumateamet speglar kompetensbeskrivningen på så sätt att intensivvårdssjuksköterskan under traumalarm står i nära samarbete med flertalet yrkeskategorier, som alla har en viktig roll i traumaomhändertagandet.

### *Arbete i traumarummet väcker känslor*

Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie upplevde ofta en emotionell påverkan under och efter ett traumalarm. Enligt Missouridou (2017) lider en alarmerande hög procent sjuksköterskor arbetande i en emotionellt påverkande miljö av posttraumatiskt stressyndrom. Von Reuden et. al (2010) beskriver liknande fenomen där de menar att sjuksköterskor som

upprepat utsätts för traumatiska stressupplevelser kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Detta har en negativ inverkan på både samhälls- och individnivå vilket kan innebära stora kostnader för samhället men även ett lidande för individen. En intressant del av resultatet i denna studie var intensivvårdssjuksköterskornas strategi för att hantera den emotionella påverkan som ett traumalarm ofta medför. För att inte bli för emotionellt påverkad kunde intensivvårdssjuksköterskan använda sig av objektivering av patienten. Det kunde upplevas som en avhumanisering. Det kan argumenteras för att detta inte är vårdetiskt eftersom det objektiverar patienten och reducerar människovärdet. Enligt Sivberg (1993) är avhumanisering vid stressfyllda situationer en psykologisk försvarsmekanism. I likhet till detta beskriver Missouriidou (2017) i sin studie att sjuksköterskor arbetande på emotionellt belastande avdelningar, såsom akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen, försökte distansera sig själva från patientens lidande för att kunna behålla en professionell roll. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna uppsats upplevde att avhumaniseringen blev svårare när intensivvårdssjuksköterskorna relaterade patienten till sig själv eller sina anhöriga. I Sandström et. al (2016) studie har intervjuade intensivvårdssjuksköterskor belyst liknande upplevelser där de menar att de kände igen sig själva i rollen som förälder eller familjemedlem till den skadade och därmed kunde leva sig in i den anhöriges situation. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie belyste vikten av uppföljning efter traumalarm som gett svår emotionell påverkan. För deltagarna fanns värde av uppföljning och debriefing som sågs som ett viktigt verktyg för att kunna bearbeta emotionellt påfrestande situationen, så som när traumalarmen gällde barn. I en studie av Boström et. al. (2012) upplevde intensivvårdssjuksköterskorna möjligheten till debriefing som positiv. Sivberg (1993) menar att isolering kan vara en vanlig försvarsmekanism hos människan. Debriefing kan bidra till att motverka intensivvårdssjuksköterskans isolering efter ett emotionellt traumalarm.

### *Betydelsen av att känna sig kompetent inför det komplexa omhändertagandet*

Genomgående under intervjuerna belystes erfarenhetens betydelse för att medverka på traumalarm. Författarna till denna studie uppfattar att de intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna med längre erfarenhet oftare upplevde färre svårigheter med att omhänderta traumapatienter än vad de med mindre erfarenhet upplevde. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att desto fler traumalarm de medverkade på desto bättre fungerade samarbetet med övrig personal. Dessutom upplevdes en ökad trygghet i en annars okänd miljö med mer erfarenhet. Enligt Sandström et. al (2016) upplever

intensivvårdssjuksköterskorna att samarbetet mellan personalen i traumateamet påverkas positivt om personalen har lång erfarenhet samt om personalen arbetat tillsammans tidigare. Liknande resultat framkom i denna studie där intensivvårdssjuksköterskorna ofta upplevde att främst samarbetet med anestesiläkaren fungerade bra. Deltagarna i studien ansåg att detta berodde på deras tidigare samarbete på intensivvårdsavdelningen.

I Benners (1982) omvårdnadsteori framhålls sjuksköterskans utveckling från novis till expert. Hon menar att allvarligt sjuka patienter kräver kompetenta sjuksköterskor och framhäver erfarenhet och utbildning för att nå dit. I denna studie har intensivvårdssjuksköterskorna betonat vikten av att genomföra Trauma nursing core course (TNCC) vilket således kan kopplas till Benners teori om sjuksköterskans utveckling från novis till expert. Vidare anser Benner att erfarenhet ger möjligheten att förlita sig på sina erhållna kunskaper istället för riktlinjer och PM samt att erfarenhet och kompetens ger en förändring i uppfattningen och förståelsen av en situation, vilket gör att enskilda delar blir till en holistisk helhet. Komplex traumaomhändertagande avser ofta flera olika skador, vilket försvårar arbetet för traumateamet. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie upplevde att denna komplexitet kan leda till att man blir trångsynt och har svårt att se en helhet. Enligt Benners modell kan således erfarenhet hjälpa intensivvårdssjuksköterskan att få en mer holistiskt synsätt vid akut traumaomhändertagande.

Tiel Groenestege-Kreb e. al. (2014) studie visar att träning förbättrar det akuta omhändertagandet av en traumapatient avsevärt genom att öka kompetensen inom ett flertalet olika områden, såsom ledarskap och kommunikation. Dessutom leder utbildning och träning till minskad tid från traumapatientens ankomst till akutmottagningen till diagnostisering och start av behandling. Därmed bekräftas den upplevelse intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie haft gällande utbildningens och träningens påverkan på traumaomhändertagandet.

### *Organisation och arbetsmiljö påverkar traumaomhändertagandet*

Genomgående i studien har varit att intensivvårdssjuksköterskan upplever det positivt att det är just en intensivvårdssjuksköterska som har funktionen att gå på traumalarm. Organisationen är olika på sjukhusen i landet och på flera ställen är det anestesijunksköterskan som har traumasökaren istället för intensivvårdssjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2015) Enligt deltagare i denna studie förefaller det sig naturligt att det är just intensivvårdssjuksköterskan som medverkar på traumalarmen med argumentet att patienten ofta hamnar på

intensivvårdsavdelningen i ett senare skede. Därav menar intensivvårdssjuksköterskan att det blir en kontinuitet i vårdkedjan som inte kan uppnås i de fall en anestesijuksköterska har samma funktion. Det ska dock tas i åtanke att i denna studie har endast intensivvårdssjuksköterskor intervjuats och därmed kan denna åsikt te sig partisk.

Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie menade emellertid att den negativa aspekten av att de lämnade avdelningen för att medverka på traumalarm var att de lämnade en patient kvar på intensivvårdsavdelningen. Dels kunde det vara ett stressmoment under traumalarmet och dels kunde det vara svårt att släppa den emotionella påverkan av traumalarmet direkt efteråt och ta vid där sjuksköterskan var innan. I likhet med detta påvisades det i Sandström et.al (2016) studie att intensivvårdssjuksköterskor som lämnade intensivvårdsavdelningen för att medverka på ett traumalarm kunde känna sig frustrerade och otillräckliga om de lämnade en kritiskt sjuk patient på avdelningen. Det kunde leda till oro.

#### Konklusion och implikationer

Denna studie visar att intensivvårdssjuksköterskan upplever att teamarbetet har en central roll för det akuta omhändertagandet av traumapatienter. Lite forskning har gjorts på sjuksköterskors upplevelse av akut omhändertagande av traumapatienter. Därför bör mer forskning göras för att utforska sjuksköterskors upplevelser ytterligare. Att vara förberedd samt att ha en tydlig rollfördelning i traumateamet främjar teamarbetet. Sjuksköterskorna upplevde ofta en känslomässig påverkan när traumat var extraordinärt eller när det gällde barn. Det framkom även att erfarenhet hjälpte sjuksköterskorna att hantera svårigheterna i traumaomhändertagandet. Organisatoriskt upplevde deltagarna att det var positivt att just en intensivvårdssjuksköterska gick på traumalarmen istället för en anestesijuksköterska, särskilt ur ett kontinuitetsperspektiv.

Denna studie kan bidra till att ge ett holistiskt synsätt över alla de komplexa delar som traumavården innebär. Studien kan ge stöd åt sjuksköterskor som har liten erfarenhet av att gå på traumalarm genom att öka förståelsen för den komplexa vården som traumavården innebär. Resultatet i studien ger stöd för att intensivvårdssjuksköterskorna i traumavården kan dra nytta av teamövningar och utbildning för att stärka teamarbetet och samtidigt lära känna teamets alla funktioner och medlemmar.



## Referenser

- Australian College of Critical Care Nurses (2015). *ACCCN's critical care nursing*. (3e.)
- Benner, P (1982). From Novice to Expert. *The 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, 21–29
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure E. & Chadwick, B (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*. 204(8) 429-432.
- Burnard, P. (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 11, 461-466.
- Crossan, L. & Cole, E (2013). Nursing challenges with a severely injured patient in critical care. *Nursing in Critical Care*. 18(5): 236-244
- Elmqvist, C. & Almerud Österberg, S. (red.) (2014). *Akut omhändertagande av trauma: på skadeplats och akutmottagning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Emergency Nurses Association (2014). *Trauma nursing core course (TNCC): provider manual*. (7. ed.) Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Ford, K., Menchine, M., Burner, E., Arora, S., Inaba, K., Demetriades, D & Yersin, B., 2016. Leadership and Teamwork in Trauma and Resuscitation. *West J Emerg Med*. 2016 Sep;17(5):549-56. doi: 10.5811/westjem.2016.7.29812. Epub 2016 Aug 22

Freeman, L., Fothergill-Bourbonnais, F. & Rashotte, J. (2014) The Experience of being a trauma nurse: A Phenomenological study. *Intensive And Critical Care Nursing* (2014) 30, 6-12

Gunnel, D. & Gunnels, M. (2001). The Critical Response Nurse Role: An Innovative Solution for Providing Skilled Trauma Nurses. *International Journal of Trauma Nurisng.* (2001) 7:3-7.

Karolinska Institutet. (u.å) Mulittrauma. Hämtad 18 april, 2019, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D009104/multiple-trauma>

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering.* Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lenquist, S. (red.) (2017). *Traumatologi.* (Andra upplagan). Stockholm: Liber.

McGregor-Riley, J., Hassan, A. & Tesfayohannes (2012). Initial management of the polytrauma patient. In *Orthopaedics II: Spine and Pelvis*, Surgery (Oxford) July 2012 30(7):320-325

Missouridou, E. (2017) Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal Of Trauma Nursing*, March-April 2017

Nationalencyklopedin. (u.å.) Trauma. Hämtad 28 februari, 2018, från <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/trauma>

- Northern Nurses' Federation. (2003). Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. Hämtad November 14, 2018 från <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>
- Peng, L., Mayner, L. & Wang, H. (2014). Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China. *Nursing and Health Sciences*. (2014), 16, 528–533
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (6. ed.)
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad November 15, 2018 från [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)
- Sandström, L., Nilsson, C., Juuso, P & Engström, Å. (2016) Experiences of nursing patients suffering from trauma - preparing for the unexpected: A qualitative study. *Intensive and critical Care Nursing*. 36, 58-65
- Salvador, N. & Montmany, S. (2014). Impact of ATLS Training on Preventable and Potentially Preventable Deaths. *World J Surg*. 38:2273–2278.
- Socialstyrelsen. (2015). Traumavård vid allvarlig händelse. Hämtad November 15, 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19952/2015-11-5.pdf>
- Tiel Groenestege-Kreb, J., van Maarsveen, O., & Leenen, L (2014). Trauma team. *British Journal of Anaesthesia*. 113 (2): 258–65

Sivberg, B. (1993). *Professional Judgement. A Theoretical Model and Multi-Experiments in Nursing Professional Judgement*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Twedell, D., Pfrimmer, D., 2009. Teamwork and communication. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40 (7), 294–295.

Von Rueden K, Hinderer K, McQuillan K, Murray M, Logan T, Kramer B, et al. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping and personal/environmental characteristics. *J Trauma Nurse* 2010;17(4):191—200.

Ödman, P. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik*. (2., [omarb.] uppl.) Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

## Bilaga 1 (1) Intervjuguide

### **Syfte**

Att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av det akuta omhändertagandet av traumapatienter på akutmottagningens traumarum.

### **Inledningsfråga**

Ålder?

Kön?

Hur många års erfarenhet har du av att vårda akuta traumapatienter?

### **Huvudfråga**

Berätta om hur du upplever ett vanligt traumalarm på akutmottagningens traumarum.

### **Kompletterande frågor**

Hur ser ett vanligt traumalarm ut på akutmottagningens traumarum?

Berätta om svårigheterna med att omhänderta akuta traumapatienter.

Berätta om din roll i traumateamet.

Berätta om vad som kan upplevas som positivt och negativt på ett traumalarm.

Hur påverkas du av det akuta omhändertagandet i ett traumarum?

### **Följdfrågor**

Kan du berätta mer? Kan du förtydliga det du sa om..? Kan du ge exempel...?

### **Temafrågor**

Rollfördelning

Anhöriga

Samarbete

Komplexitet

Organisation

Teamkommunikation

Kompetens

Emotionell Påverkan

.