



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS 17, 15 hp  
VT 11

## **OPERATIONSSJUKSKÖTERSKANS SJÄLVSKATTADE KOMPETENS INOM TRAUMAVÅRD**

Elina Odenland och Amalia Bihl

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Trauma är ett världsomfattande problem. I Sverige avlider 4500 personer årligen av traumarelaterade skador. Lennquist (2007) menar att denna siffra kan minskas vid optimerad organisation och förhöjd/förbättrad kompetens inom traumavård. **Syfte:** Att undersöka operationssjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård utifrån Landstinget Västmanlands kompetensutvecklings modell, baserad på Benners kompetens- och utvecklingsstadier. **Metod:** Deskriptiv analys av kvantitativ data. Operationssjuksköterskor på en operationsavdelning i Sverige svarade på ett frågeformulär. Frågorna var utvecklade utifrån Landstinget Västmanlands kompetensutvecklings modell och Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser. **Resultat:** Vid studiens genomförande arbetade 36 operationssjuksköterskor vid operationsavdelningen, 15 operationssjuksköterskor deltog. Nio operationssjuksköterskor (n=15) befann sig på ”expertnivå” men utförde arbetsuppgifter utifrån en lägre kompetensnivå. Majoriteten av operationssjuksköterskorna svarade ”stämmer helt” på fyra av svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser och ”stämmer delvis” på resterande två. Alla deltagande hade deltagit i någon form av traumautbildning. **Slutsats:** Det finns behov av ökad struktur och klarare riktlinjer kring operationssjuksköterskans kompetensutveckling eftersom experterna utför arbetsuppgifter utifrån en lägre kompetensnivå. Operationssjuksköterskorna hade goda kunskaper inom fyra av de sex kärnkompetenserna men behövde förbättra sin kunskap inom två områden.

**Nyckelord:** Kompetens, Kompetensutvecklingsmodell, Operationssjuksköterska, Traumavård.

## SUMMARY

**Background:** Trauma is a worldwide problem. In Sweden 4500 people die annually of trauma-related injuries. Lennquist (2007) argue/mean that optimized organization and improved competence in trauma care could decrease the number of deaths due to trauma.

**Aim:** To investigate operating nurses' own view of their competence in trauma care in relation to Landstinget Västmanland's model for competence, based on Benner's stages of clinical competence.

**Method:** Descriptive analysis of quantitative data. Operating nurses working in a operative department were given questionnaires to respond to. The questions were based on Landstinget Västmanlands stages of competence and The Swedish Nurses Association's six core competencies.

**Results:** Thirty-six operating nurses worked at the department during the week the questionnaires were distributed and fifteen chose to participate. Nine operating nurses (n=15) were classified as "experts", but performed duties at a lower competency level.

The majority of the operating nurses responded "agree completely" to four of the six core competencies and "partly true" on the remaining two. All participants had participated in some kind of trauma education.

**Conclusion:** There is a need for greater structure and better guidelines regarding operating nurses' competence development since experts performed their duties at a lower competency level. Operating nurses had good knowledge in four of the six core competencies but needed to improve their knowledge in two areas.

**Keywords:** Competence, Competence development, Operating nurse, Trauma care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Trauma.....	2
	2.2 Kompetens.....	3
	2.3 Traumavård.....	5
	2.4 Kompetensutvecklingsmodell.....	7
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	10
4	SYFTE.....	10
5	METOD.....	11
	5.1 Design.....	11
	5.2 Urval.....	11
	5.3 Datainsamlingsmetod.....	11
	5.4 Dataanalys.....	12
6	ETISKA ASPEKTER.....	12
7	RESULTAT.....	14
	7.1 Kompetens.....	14
	7.2 Frekvensen av vård av traumapatienter.....	17
	7.3 Personalomsättning.....	17
	7.4 Traumautbildningar.....	17
	7.5 Sex kärnkompetenser.....	19
8	DISKUSSION.....	20
	8.1 Metoddiskussion.....	20
	8.2 Resultatdiskussion.....	21
	8.2.1 Kompetens.....	21
	8.2.2 Personalomsättning.....	22
	8.2.3 Traumautbildningar.....	23
	8.2.4 Sex kärnkompetenser.....	23
	8.3 Slutsatser.....	24
	8.4 Klinisk betydelse.....	24
	8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling.....	24
9	REFERENSER.....	26
	BILAGA.....	30

# 1 INLEDNING

Vi har sedan länge haft ett stort intresse för akutsjukvård, det är en av anledningarna till att vi valde att inrikta vårt examensarbete mot just detta ämne. När vi sedan fick möjligheten att skriva om operationssjuksköterskans självskattade kompetens inom traumavård, kände vi direkt att vi hade hittat ett ämne som passade oss. Personer i vår omgivning kommer ofta i kontakt med människor som har råkat ut för sjukdom eller skada genom deras arbete inom vården. Deras insats och hjälp för dessa individer har inspirerat oss vilket var en av flera bidragande faktorer till att vi ville bli sjuksköterskor. En annan bidragande faktor till att vi sökte till Röda korsets högskola var för att det är den sjuksköterskeutbildningen i Sverige som hade flest antal timmar inom området ”trauma och katastrofvård”. Under utbildningen har vi fått möjlighet att praktisera inom akutsjukvård i Sverige och i Indien något som har bidragit till ökat intresse för traumavård eftersom vi har fått en bild av hur traumavård bedrivs i olika länder.

Genom att befinna sig i rollen som student vid verksamhetsförlagda utbildningar ger det utrymme till att observera och reflektera kring sjuksköterskans roll. Under våra placeringar på olika vårdenheter har vi sett tydliga skillnader vad gäller sjuksköterskornas arbetssätt, erfarna sjuksköterskor arbetar med större säkerhet medan oerfarna är i större behov av stöd i form av riktlinjer. Detta har bidragit till en nyfikenhet kring hur sjuksköterskan ser på sin kompetensutveckling.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Trauma

Trauma som på grekiska betyder ”sår” används för att beskriva allvarliga kroppsliga och/eller själsliga skador skriver Sluys (in press). Traumatologi är ett ämnesområde inom medicinskvetenskap och kirurgi, traumavård syftar på vård av skadade personer utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

Trauma är den vanligaste dödsorsaken hos personer som är yngre än 45 år (Lennquist, 2007). I Sverige avlider omkring 4500 personer varje år på grund av trauma, ett hundratal av dessa beror på avsiktligt våld. Cirka 1300 av de 4500 dödfallen är självmord, medan 2600 är oavsiktliga skadehändelser och utav dessa beror 500 av dödsfallen på trafikkrascher. Varje år vårdas omkring 125 000 personer på sjukhus till följd av trauma, något som är resurs och kostnadskrävande, totalt kostar det samhället cirka 60 miljarder per år. Traumarelaterade skador leder till längre sjukskrivningar än de sjukskrivningar som tillsammans beror på cancer och hjärtkärlsjukdomar. För att minska antal traumafall krävs det ett aktivt arbete inom skadeprevention. Jämfört med andra länder är Sverige framstående i sitt skadepreventiva arbete, dock visar studier på att effektivare åtgärder i det primära omhändertagandet skulle minska dödsfallen med 20 procent (a.a.).

I en europeisk studie av Uranus och Lennquist (2002), där tolv länder deltog i en enkätstudie jämförde författarna hur sjukhusen hanterade personer med traumarelaterade skador, innan de kom till sjukhuset och under sjukhustiden. Uranus och Lennquist såg att det varierade hur omhändertagandet såg ut beroende på hur ofta sjukhuset kom i kontakt med denna patientgrupp men också hur sjukhusets struktur för omhändertagandet var. De kom fram till att ett standardiserat arbetssätt och strukturerade övningar borde ligga till grund för arbetet med traumapatienter i hela Europa. Lennquist (2007) förtydligar detta, han menar att genom förbättrad organisation i vården och god kompetens inom traumavård kan följderna efter trauma minskas, något som skulle kunna rädda människoliv och bespara samhället pengar.

## 2.2 Kompetens

### *Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser*

Institute of Medicine of the National Academies och Quality and Safety Education for Nurses har utarbetat sex kärnkompetenser som ska genomsyra all sjuksköterskeutbildning på grund- och avancerad nivå. Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2010) har tagit fasta på detta och inkluderat dessa i beskrivningen i ”Svensk Sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor”. De sex kärnkompetenserna som identifierats som nödvändiga i all utbildning av vårdens professioner är:

**Personcentrerad vård** ligger till grund för en bra relation mellan sjuksköterska och patient och innebär att sjuksköterskan ska anpassa sitt förhållningssätt till varje individ och ha förståelse för det unika i varje patient (SSF, 2010).

**Samverkan i team** har visats sig vara en viktig del i vården kring patienten för att uppnå bästa resultat vad gäller överlevnad och tillfrisknande. I teamet ska sjuksköterskan bidra med sina kunskaper inom omvårdnad och ha förståelse för hur kommunikationen i teamet påverkar vården (SSF, 2010).

**Evidensbaserad vård** avser att sjuksköterskan ska förena bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap med förvärvad erfarenhet, färdigheter och förståelse för den enskilda individen (SSF, 2010).

**Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling** syftar till kunskap om system, variationer, förändrings psykologi och ett lärandestyrkt förändringsarbete. Sjuksköterskan ska kunna tillämpa metoder för förbättringsarbete och kontinuerligt arbeta för att förbättra kvalitet och säkerhet inom vården (SSF, 2010).

**Säker vård** har som avsikt att minska skador hos både patienter och vårdgivare genom att eliminera riskfaktorer hos individer och på vårdenheten. Genom att analysera framtida tänkbara risker ges möjligheten till att arbeta preventivt för att säkerställa en säker vård (SSF, 2010).

**Informatik** är en viktig del i sjuksköterskans arbete och det krävs att han/hon engagerar sig i utvecklingen av den egna informations- och kommunikationstekniken för att stödja omvårdnadsarbetet (SSF, 2010).

### *Sjuksköterskans kompetensbeskrivning*

För att ge god och säker vård har Socialstyrelsen [SoS] (2005) utformat en kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor som ska ligga till grund i det dagliga arbetet med patienter. Kompetensbeskrivningen har flera huvudpunkter: omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap, vilka alla ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt och en humanistisk människosyn. Detta innebär, bland annat att sjuksköterskan i sitt arbete ska ta hänsyn till patientens autonomi och värdighet, vara öppen för olika kulturer och värderingar samt ge omvårdnad utifrån forskningsetiska konventioner.

Randall Andrews, Burr och Busby (2011) undersökte 106 sjuksköterskors uppfattning, på en medicin-kirurgisk avdelning i USA, av vilka faktorer som påverkar patientsäkerheten och kvaliteten på vården. Sjuksköterskorna beskrev att det fanns en motstridighet mellan deras professionella roll, arbetsbelastningen och arbetsmiljön vilket påverkade vården. Slutsatsen som Randall Andrews m.fl kom fram till var att det fanns ett behov av stöd kring sjuksköterskans professionella roll genom bland annat kompetensutveckling.

### *Operationssjuksköterskan*

Att specialisera sig till operationssjuksköterska innebär att man förvärvar en fördjupad kunskap inom operationsvård menar högskoleverket, dock finns det ingen utarbetad kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor (Sadurskis, 2010).

Specialistsjuksköterskeutbildningen innefattar 60 högskolepoäng vilket motsvarar ett år med inriktning mot olika ämnesområden. Högskoleverket har utarbetat riktlinjer för vad specialistutbildningen ska innehålla och vad operationssjuksköterskan ska inneha för kunskap efter avslutad utbildning.

Det som utmärker operationssjuksköterskan enligt Sadurskis (2010) jämfört med icke specialiserade sjuksköterskor är att, utöver den grundläggande kompetens som han/hon redan har genom sin grundutbildning, ska klara av att hantera infektions- och



komplikationsförebyggande åtgärder i samband med operation, behandlingar och undersökningar av patienter. Operationssjuksköterskan ansvarar för aseptik och instrumentering vid och under operation samt hanteringen av biologiska preparat skriver Sadurskis (2010). Han/hon ska ha djupare kunskap om områdets vetenskapliga grund och ska vara insatt i aktuell forskning samt ha förmågan att knyta samman vetenskap och beprövad erfarenhet. Operationssjuksköterskan ska identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och fortlöpande utveckla sin kompetens. Utöver detta ska han/hon ha förmågan att hantera stora olyckor och katastrofer genom sina specialistkunskaper. Detta är den enda beskrivningen som Högskoleverket ger av vad operationssjuksköterskan ska inneha för kunskaper inom området trauma. Dock definierar inte Högskoleverket vad ”stora olyckor” eller ”katastrofer” innebär vilket gör det svårt att tolka vilka specifika kunskaper som operationssjuksköterskan bör besitta inom området (a.a.).

### **2.3 Traumavård**

#### *Traumateam*

En av de sex kärnkompetenserna som ska genomsyra sjuksköterskans arbetssätt är förmågan att samverka i team (SSF, 2010). Traumateamet ser olika ut beroende på vilket sjukhus patienten kommer till, på Karolinska universitetssjukhuset i Solna (Schening & Wihlke u.å.) och på Ullevåls universitetssjukhus i Oslo består teamet av ett antal läkare och sjuksköterskor inom olika specialiteter, där operationssjuksköterskan är en av specialiteterna (Viksmoen u.å.). På Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg är traumateamets uppbyggnad ungefär densamma dock ingår inte operationssköterskan i teamet (Nilsson & Klarin u.å.).

Vid vård av patienter med traumarelaterade skador är det viktigt att arbeta effektivt och att alla har förutbestämda roller i teamet (Riksföreningen trauma u.å.). Riksföreningen trauma menar att alla teammedlemmar ska arbeta systematiskt efter färdigställda arbetsuppgifter och utföra arbetet parallellt med varandra. Alla diagnostiska och operativa åtgärder kan hanteras på traumaenheten i Solna skriver Schening och Wihlke (u.å.) vilket innebär att olika typer av akuta operationer av svårt skadade patienter utförs här, vilka operationssjuksköterskan ska ha förmåga att hantera.

En etnografiskstudie från England av Cole och Crichtons (2006) hade som syfte att undersöka kulturen inom ett traumateam i relation till de mänskliga faktorerna. I resultatet framkom olika faktorer som påverkade funktionen av traumateamet, till exempel ledarskap, kompetens och kommunikation. Cole och Crichtons studie visar på att utbildning i teamarbete stödjer uppbyggnaden av ett respektfullt lagarbete vilket leder till maximalt engagemang från alla teammedlemmar.

### *Traumautbildningar*

I Norge gjordes en studie av Wisborg, Brattebø, Brattebø och Brinchman-Hansen (2006) vars syfte var att implementera en endagskurs för traumateam vid olika sjukhus för att förbättra deras kommunikations- och ledarskapsfärdigheter och förmågan till att samarbeta. De norska sjukhusen vårdar inte tillräckligt med patienter som har råkat ut för trauma för att besitta adekvat kunskap om hur de ska hantera denna patientgrupp. Deltagarna fick besvara en enkät innan och efter dem gått traumakursen, 28 norska sjukhus deltog varav 2860 traumateammedlemmar var delaktiga. Det resultat som Wisborg m.fl. kom fram till var att lokala kurser för traumateam är en utmärkt möjlighet för teammedlemmar att träna sina färdigheter för komplicerade och ovanliga patientfall. Kommunikation och ledarskap uppgav deltagarna var två viktiga komponenter för att teamet ska fungera väl.

Advanced Trauma Life Support (ATLS) är den första utbildningen inom traumasjukvård som utarbetades i USA 1977 där grundprincipen i första hand är att prioritera livshotande skador. Det är nu en internationell utbildning som finns i 54 länder och kom till Sverige 1996. Den är avsedd för att främst strukturera läkarens arbete men är också grundstenen i sjuksköterskornas utbildningar inom traumavård (ATLS u.å.).

I Sverige finns det tre stycken formella utbildningar inom traumavård för sjuksköterskor; Akut Traumasjukvård för Sjuksköterskor (ATSS), Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) och Trauma Nursing Core Course (TNCC) (Dalström, 2011).

ATSS är en utbildning som pågår i tre dagar där tonvikten läggs på omhändertagandet under den första timmen av personer som har traumarelaterade skador (Lidén, 2010). Därför fokuserar ATSS på bland annat snabb och strukturerad patientundersökning,

livsviktig behandling och individuell prioritering. Utbildningsdagarna varierar teori med praktiska övningar och avslutas med en examination (Lidén, 2010). Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) är en annan utbildning som sjuksköterskan kan gå inom traumatologi och bygger på samma principer som ATLS (Bergström, 2011).

Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma [RST] (2002) beskriver att Trauma Nursing Core Course (TNCC) är en internationell traumautbildning som riktar sig till sjuksköterskor och startades i Sverige 1997. Kursen pågår i tre dagar där deltagarna växlar mellan teoretiska och praktiska övningar. Avslutningsvis görs en skriftlig examination med flervalsfrågor och en praktisk examination där sjuksköterskan får visa sina praktiska färdigheter i initialt omhändertagande. Under dessa dagar utgår föreläsarna från omvårdnadsprocessen, och beskriver specifikt sjuksköterskans roll i traumaomhändertagandet. Omvårdnadsprocessen innefattar sex faser vilka är: bedömning, omvårdnadsdiagnoser, problemidentifiering, planering, genomförande och utvärdering. Unikt för TNCC-utbildningen är att man inom varje traumavårdsproblem har omvårdnadsdiagnoser. Under de tre utbildningsdagarna går kursledarna även igenom grundläggande anatomi och fysiologi, skademekanismer samt patofysiologi (a.a.).

## **2.4 Kompetensutvecklingsmodell**

Benner (1993) beskriver hur filosofen Hubert Dreyfus och matematikern och systemanalytikern Stuart Dreyfus utvecklade en beskrivning för kompetens och utvecklingsstadier efter att ha studerat hur, bland annat, piloter förvärvar sin kunskap. De menade att piloten genomgår fem steg, där han/hon i början är novis och därefter utvecklas till avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och slutligen expert. Omvårdnadsteoretikern Patricia Benner har studerat Dreyfus och Dreyfus modell och har vidareutvecklat modellen för att den ska vara bättre anpassad till sjuksköterskeyrket. Benners kompetensstege fokuserar på kombinationen av sjuksköterskans teoretiska kunskap och kliniska erfarenhet. Benner beskriver hur en novis som får erfarenhet med tiden kan gradvis utvecklas till expert. En svensk modell, baserat på Benners kompetensstege, har utvecklats av Landstinget Västmanland (2000). Beskrivningen av de olika kompetensstegen kommer att utgå från både Benner och Landstinget Västmanland kompetensutvecklingsmodeller.

**Novis** - Uppgifter bryts ner i kontextfria komponenter som den nyexaminerade sjuksköterskan känner igen trots att han/hon inte besitter någon erfarenhet. Utifrån dessa komponenter får sjuksköterskan instruktioner om hur han/hon ska handla i olika omvårdnadssituationer (Benner, 1993). Landstinget Västmanland (2000) menar att novisen befinner sig på steg ett i ungefär ett år och sjuksköterskan mot slutet av det första året blir mer självständig i sin roll. Benner (1993) påpekar även att alla sjuksköterskor kan hamna på novisens prestationsnivå om de byter klinisk miljö där de saknar erfarenhet. Landstinget Västmanland (2000) beskriver novisen som ansvarig för patienter tillsammans med personal med stor erfarenhet, han/hon utvecklar både sina kliniska och teoretiska kunskaper inom området genom att delta i till exempel seminarier, föreläsningar eller internutbildningar.

**Avancerad nybörjare** – Sjuksköterskan har lite mer erfarenhet vilket gör att han/hon börjar överväga fler objektiva fakta och tillämpa mer avancerade regler. Den avancerade nybörjaren har en ökad förståelse för vilka komponenter i en situation som är relevanta (Benner, 1993). Landstinget Västmanland (2000) förklarar att den avancerade nybörjaren har arbetat i cirka ett till två år och är mer självständig i sin roll vilket gör att han/hon ansvarar för okomplicerade omvårdnadstillstånd. Omvårdnadsansvaret utökas och sjuksköterskan förväntas planera, genomföra, utvärdera och dokumentera omvårdnaden även för en mer komplicerad patientgrupp under handledning. Dessutom ska han/hon vara arbetsledare för vårdlaget och handleda studerande.

**Kompetent** – Sjuksköterskan har samlat på sig så pass stor erfarenhet, att han/hon ser många potentiellt relevanta komponenter som måste beaktas i omvårdnaden. Sjuksköterskan lär sig genom instruktion eller av erfarenhet att anta ett hierarkiskt perspektiv, det vill säga, han/hon lär sig att identifiera de komponenter som bör prioriteras och de komponenter som bör bortprioriteras. Sjuksköterskan tillämpar, förutom de förutbestämda rutinerna, ett eget förhållningssätt vilket gör att många beslut och handlanden grundar sig på sjuksköterskans egna avgöranden (Benner, 1993). Landstinget Västmanland (2000) beskriver den kompetenta sjuksköterskan som mer effektiv i sitt arbete och har förmågan att se helheten i olika sammanhang samt hantera oväntade situationer. Sjuksköterskan har jobbat aktivt i två till tre år och handleder

dessutom personal, fördjupar sig kliniskt samt arbetar med metod- och kvalitetsutveckling. (Landstinget Västmanland, 2000).

**Skicklig** – Sjuksköterskan tillämpar i större grad sitt handlande utefter beprövad erfarenhet än den teoretiska kunskapen. Den skickliga sjuksköterskan uppfattar målet och det betydelsefulla i olika situationer dock har han/hon inte tillräckligt stor erfarenhet för att handlandet ska ske per automatik utan han/hon måste fatta ett medvetet beslut vid varje situation (Benner, 1993). Landstinget Västmanland (2000) menar att den skickliga sjuksköterskan hanterar alla omvårdnadssituationer självständigt och dessutom ansvarar för handledning, initierar och leder metod-, utvecklings- och kvalitetsarbeten samt har minst tre till fyra års erfarenhet. Sjuksköterskan har knutit samman erfarenhet med teori vilket gör att han/hon har förmåga att ingripa tidigt i svåra situationer och hantera dessa på ett effektivt och flexibelt sätt.

**Expert** – Sjuksköterskan vet vad som ska göras och hur han/hon ska gå tillväga för att uppnå målet (Benner, 1993). Sjuksköterskan är omvårdnadsexpert som innebär att han/hon kan hantera de flesta vårdssituationer med en unik förståelse (Landstinget Västmanland, 2000). Benner (1993) menar att experten kan särskilja mellan situationer som påminner om varandra och därmed tillämpa lämplig plan och lämpligt perspektiv för respektive situation. Experten ägnar sig inte åt problemlösning, utan gör det som han/hon erfarenhetsmässigt vet fungerar. Landstinget Västmanland (2000) uppger att expertsjuksköterskan handleder och undervisar på avancerad nivå samt har minst fem års erfarenhet av kliniskt arbete.

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Trauma är den vanligaste dödsorsaken för människor under 45 år (Lennquist, 2007). Personer som råkat ut för en allvarlig skada kräver snabbt omhändertagande av vårdpersonal. Traumateamet måste därför veta hur de ska hantera patienten på ett strukturerat, effektivt och målinriktat sätt för att förhindra dödsfall och bespara samhället pengar. En förutsättning för ett optimalt omhändertagande är att traumateamet använder sig av ett systematiskt och standardiserat tillvägagångssätt vid vård av en patient med traumarelaterade skador. Operationssjuksköterskor ingår som medlemmar i traumateamet vid fler sjukhus men det saknas forskning nationellt och internationellt inom området kompetens och traumavård.

### **4 SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka operationssjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård utifrån Landstinget Västmanlands kompetensutvecklingsmodell som baserats på Benners kompetens- och utvecklingsstadier.

## **5 METOD**

### **5.1 Design**

Studien genomfördes med hjälp av ett frågeformulär, upplägget var empiriskt med deskriptiv analys och kvantitativ data. Deskriptiv analys användas för att summera och beskriva karaktäristiska drag i kvantitativ data (Segesten, 2006). Segesten beskriver att kvantitativ ansats är ett samlingsbegrepp för forskning som studerar företeelser och som bygger på mätbarhet och möjlighet till upprepning vilket gör att metoden förklarar och påvisar samband.

### **5.2 Urval**

Urvalet var begränsat till samtliga operationssjuksköterskorna som var i tjänst på en operationsavdelning på ett sjukhus i Sverige under en vecka i februari 2011 då insamlingen av data skedde.

### **5.3 Datainsamlingsmetod**

#### *Frågeformulär (bilaga 1)*

Frågeformuläret bestod av 27 frågor med förtryckta svarsalternativ. Formuläret var pilottestat i en tidigare studie (Han & Wessman, 2010). Formuläret som Han och Wessman använde sig av bestod av 44 frågor, den här studien har valt att korta ner antalet frågor till 27 eftersom operationsavdelningen önskade att fokus skulle ligga på operationssjuksköterskans självskattade kompetens och därför valde författarna att ta bort frågor rörande organisationens stöd för kompetensutveckling för operationssjuksköterskan. De 27 frågorna är de samma som i formuläret som Han och Wessman använde sig av, det enda som har förändrats i formuläret är att benämningen ”sjuksköterska” har bytts ut till ”operationssjuksköterska”. Fråga ett och två var demografiska frågor och fråga tre till sju berörde den formella kompetensen. Fråga åtta till och med fråga 21 berörde klinisk kompetens och var utformade efter Landstinget Västmanlands (2000) femstegsmodell inom kompetensutveckling som var baserade på Benners kompetens- och utvecklingsstadier. Fråga 22 till fråga 24 var frågor kring traumautbildningar och fråga 25 berörde Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser. Fråga 26 och 27 handlade om operationssjuksköterskans vidare tankar om kompetensutveckling.

### *Tillvägagångssätt*

Frågeformulär och informationsbrev packades i kuvert och överlämnades till en operationsavdelning på ett sjukhus i Sverige. Formulären togs emot av ansvarig utbildningssjuksköterska på operationsavdelningen som lade formulären i chefsjuksköterskans rum där operationssjuksköterskorna själva hämtade frågeformulären. Muntlig information gavs till operationssjuksköterskorna om studien och de hade en vecka på sig att fylla i formulären. Informationen var den samma som fanns i informationsbrevet. Efter att deltagarna fyllt i frågeformulären lades det i ett kuvert som förseglades och placerades sedan i en låda som var märkt med ”operationssjuksköterskor” och förvarades på chefsjuksköterskans rum. De besvarade frågeformulären hämtades sedan för bearbetning och analys. Ansvarig utbildningssjuksköterska påminde de anställda om studien under veckan frågeformulären var på enheten.

## **5.4 Dataanalys**

Resultatet analyserades med deskriptiv statistik. Frekvensen och medelvärden beräknades i dataprogrammet Microsoft Excel 2007. I de fall data inte var jämnt fördelat användes medianvärde för att påvisa den största gruppen eftersom medelvärdet i dessa fall inte gav ett rättvist resultat på grund av stora skillnader i data. Beroende på hur deltagarna svarade har varje svarsalternativ matats in med numeriskt värde, till exempel, ”ja” fick siffran nummer ett och ”nej” fick siffran nummer två och frågor med flera svarsalternativ har givits liknande siffror från ett till sex. Frågor som inte har blivit besvarade fick siffran noll och frågor där flera svarsalternativ markerats fick unika siffror.

Svaren analyserades utifrån Landstinget Västmanland (2000) femstegsmodell inom kompetensutveckling som var baserad på Benners kompetens- och utvecklingsstadier samt Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser (SSF, 2010).

## **6 ETISKA ASPEKTER**

Studiens genomförande har godkänts av verksamhetsledningen och Röda korsets Högskola. Godhetsprincipen låg till grund för studien då strävan var att göra gott och



förebygga eller förhindra skada (Olsson & Sörensen, 2007). Författarna beskriver att det är viktigt att vara värderingsfri i forskningsprocessen och därför klargjordes att studien gick ut på att beskriva operationssjuksköterskans upplevda kompetens. Information om konfidentialitet gavs för att ta hänsyn till deltagarnas integritet. Olsson och Sörensen menar att konfidentialitet säkerställs om data är avidentifierade så att varken forskare eller obehöriga kan identifiera enskilda individer.

Författarna till studien upplyste deltagarna att forskningsmaterialet enbart kommer att användas till det avsedda ändamålet, det som kallas nyttjandekravet och att materialet förvarades där forskargruppen behöll kontroll över det. Konfidentialitetskravet innebär en säkerhet för deltagarna så att oberättigade inte ska kunna ta del av studiens material (Ekengren & Hinnfors, 2006).

Studien har tagit fasta på det Olsson och Sörensen och Ekengren och Hinnfors har beskrivit, för att förtydliga eventuella oklarheter angående frågeformuläret tillkom, utöver den muntliga informationen ett följebrev med varje frågeformulär som beskrev studiens syfte, konfidentialitet och rätten att avbryta medverkan när som helst utan någon förklaring.

## 7 RESULTAT

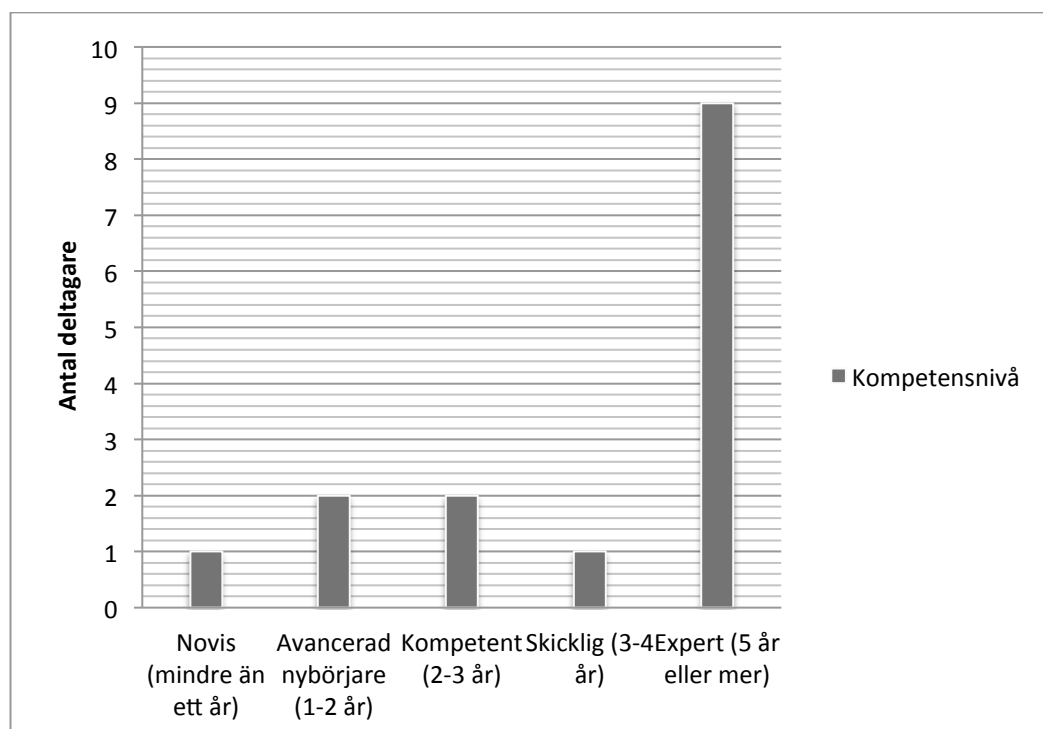
Vid studiens genomförande arbetade 36 operationssjuksköterskor vid operationsavdelningen. Under perioden frågeformulären var på enheten valde 15 (42 %) av operationssjuksköterskorna att delta, 21 operationssköterskor avstod. Tolv av deltagarna var kvinnor och elva av dessa var mellan 30-39 år.

### 7.1 Kompetens

Medelvärde för antal år som verksamma operationssjuksköterskor var 12 år, medianvärdet 5 år där den som arbetat kortast tid var 9 månader och längst 42 år.

#### *Kompetensnivåer utefter antal arbetsverksamma år*

Operationssjuksköterskan befinner sig på olika nivåer i kompetensutvecklingen, bland annat beroende på hur länge han/hon arbetat på enheten (Landstinget Västmanland, 2000). Vilken kompetensnivå operationssjuksköterskorna befinner sig på illustreras i Figur 1.



**Figur 1. Operationssjuksköterskornas (n=15) kompetensnivå utefter antal år som han/hon arbetat på enheten.**

*Frågor utifrån Landstinget Västmanlands kompetensnivåer*

Tretton deltagare (n=15) svarade att de arbetar självständigt med operationssjuksköterskans uppgifter. Elva deltagare (n=14) handleder studenter, tre deltagare uppgav att de inte handleder studenter, dessa tre hade arbetat mellan 16-42 år. Enligt Landstinget Västmanland (2000) ska sjuksköterskor som arbetat minst fem år, och då befinner sig på expertnivå, handleda studenter.

Åtta deltagare (n=14) svarade att de inte var ansvariga för undervisning och utbildning på avdelningen medan sex deltagare svarade att de var ansvariga inom området. Tre av deltagarna som svarade nej på frågan befinner sig enligt Landstinget Västmanland (2000) på kompetensnivån för skicklig sjuksköterska vilket innebär att han/hon ska ansvara för undervisning och utbildning.

Tio deltagare (n=15) var arbetsledare för vårdlaget. Operationssjuksköterskan ska ha förmågan att vara arbetsledare efter att han/hon arbetat aktivt på enheten i minst två år (Landstinget Västmanland, 2000). De fem deltagarna som svarade ”nej” på frågan om de var arbetsledare för vårdlaget hade arbetat i minst två år och som längst 27 år.

Tolv operationssjuksköterskor (n=15), svarade att de inte arbetade med kvalitetsutveckling inom omvårdnad av traumapatienter. Elva utav de tolv som svarade nej på frågan om de arbetade med kvalitetsutveckling hade arbetat på enheten mellan 2-42 år. Enligt Landstinget Västmanland (2000) befinner sig sjuksköterskan på den kompetenta nivån bland kompetensnivåerna när han/hon arbetat på enheten i minst två år och ska ha förmågan att arbeta med kvalitetsutveckling inom omvårdnad.

Elva deltagare (n=14) svarade att de inte initierar och leder utvecklings- och kvalitetsarbeten inom omvårdnad av traumapatienter. Sex utav dessa har arbetat på operationsavdelningen i minst fem år och som längst 42 år. Enligt Landstinget Västmanland (2000) ska sjuksköterskan som har arbetat minst tre år initiera och leda utvecklings- och kvalitetsarbeten inom omvårdnad.

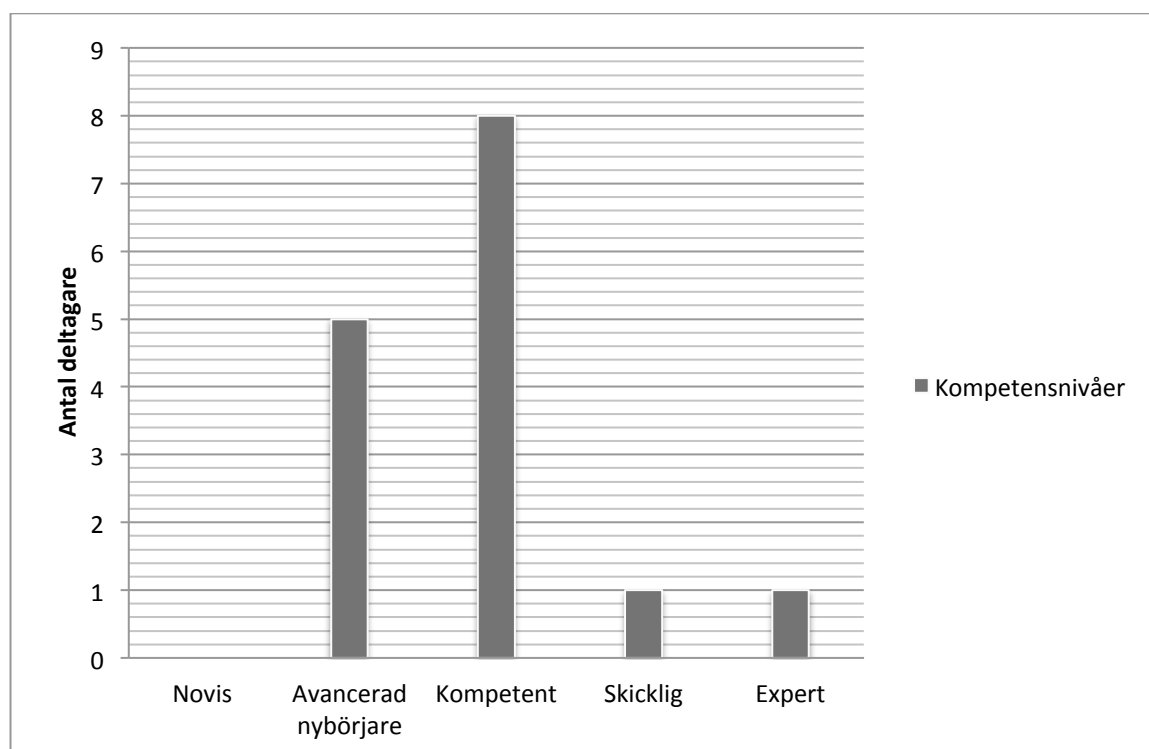
Sju deltagare (n=14) svarade att de fördjupar sig kliniskt och utvecklar rutiner inom omvårdnad av traumapatienter. Dessa hade arbetat på enheten mellan två till 42år.

Landstinget Västmanland (2000) klassar sjuksköterskan som arbetat i minst två år som kompetent och han/hon ska därmed fördjupa sig kliniskt och utvecklar rutiner inom omvårdnad.

Tolv deltagare (n=15) svarade att de ansvarade självständigt som specialistsjuksköterska för individuell omvårdnad av traumapatienter. Dessa tolv har arbetat på operationsavdelningen mellan nio månader och 27 år. Sjuksköterskan som har arbetat i minst två år ska, enligt Landstinget Västmanland (2000), ansvara självständigt för individuell omvårdnad av patienter.

### *Kompetensnivåer utefter arbetsuppgifter och ansvarsområden*

Om man bortser från antal år operationssjuksköterskan har arbetat och utgår istället från arbetsuppgifter och ansvarsområden vid indelning av kompetensnivåer till exempel om operationssjuksköterskan arbetar självständigt, handleder studenter och personal, arbetar med metod- och kvalitetsutveckling eller är arbetsledare för vårdlaget, visar sig en annan indelning av kompetensnivåer (se figur 2).



**Figur 2. Operationssjuksköterskans (n=15) kompetensnivå utefter arbetsuppgifter och ansvarsområden.**

## 7.2 Frekvensen av vård av traumapatienter

Sju (n=14) deltagare svarade att de vårdade traumapatienter ”någon gång i veckan”. Tre deltagare angav svarsalternativet ”flera gånger i veckan”, en utav deltagarna svarade att han/hon ”aldrig” vårdar traumapatienter. Flera deltagare kryssade i flera svarsalternativ på denna fråga. En deltagare kryssade i ”flera gånger i veckan” och ”någon gång i veckan”, en annan deltagare kryssade i ”någon gång i veckan” och ”aldrig”, ytterligare en deltagare kryssade i ”varje dag” och ”flera gånger i veckan”. Flera deltagare har angivit kommentarer angående frågan utan att det funnits möjlighet i frågeformuläret till det. Kommentarer belyser varför deltagarna har svarat på ett visst sätt och av den anledningen presenteras kommentarerna i resultatet. Kommentarer som lämnades var ”beror på, dom kommer ju inte på beställning precis”, en annan deltagare lämnade kommentaren ”saknar svarsalternativ” ytterligare en kommentar på frågan om hur ofta operationssjuksköterskan vårdar traumapatienter var ”direktkontakt?”.

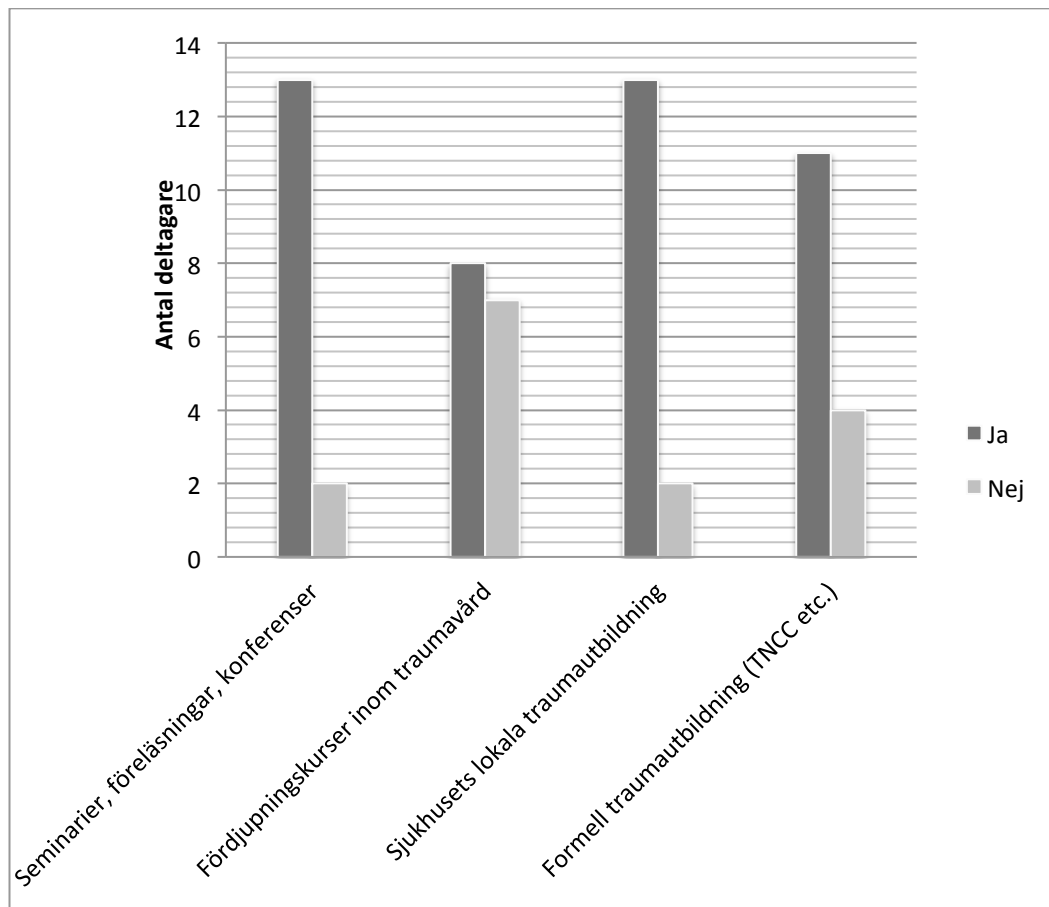
## 7.3 Personalomsättning

På frågan om hur operationssjuksköterskan ser på sina framtidsplaner inom det närmaste året svarade sju (n=11) deltagare att de tänker jobba kvar på operationsavdelningen, tre deltagare ska söka nytt arbete inom vården och en deltagare har redan fått ett nytt arbete inom vården. Två deltagare har angivit kommentarer: ”vad spelar det för roll?”, ”relevans?” och ”världens bästa arbetsplats!”. Kommentarer belyser varför deltagarna har svarat på ett visst sätt och av den anledningen presenteras kommentarerna i resultatet.

## 7.4 Traumautbildningar

Tio (n=15) deltagare fyllde i svarsalternativet ”stämmer helt” angående om de kände sig motiverade till att fördjupa sin kunskap inom traumavård, resterade fem operationssjuksköterskor svarade ”stämmer delvis”. Frågan om operationssjuksköterskan följer aktuell utveckling och forskning inom traumavård svarade tio (n=14) deltagare att det ”stämde delvis”, tre deltagare svarade att det ”stämde helt” och en deltagare svarade ”stämmer inte”.

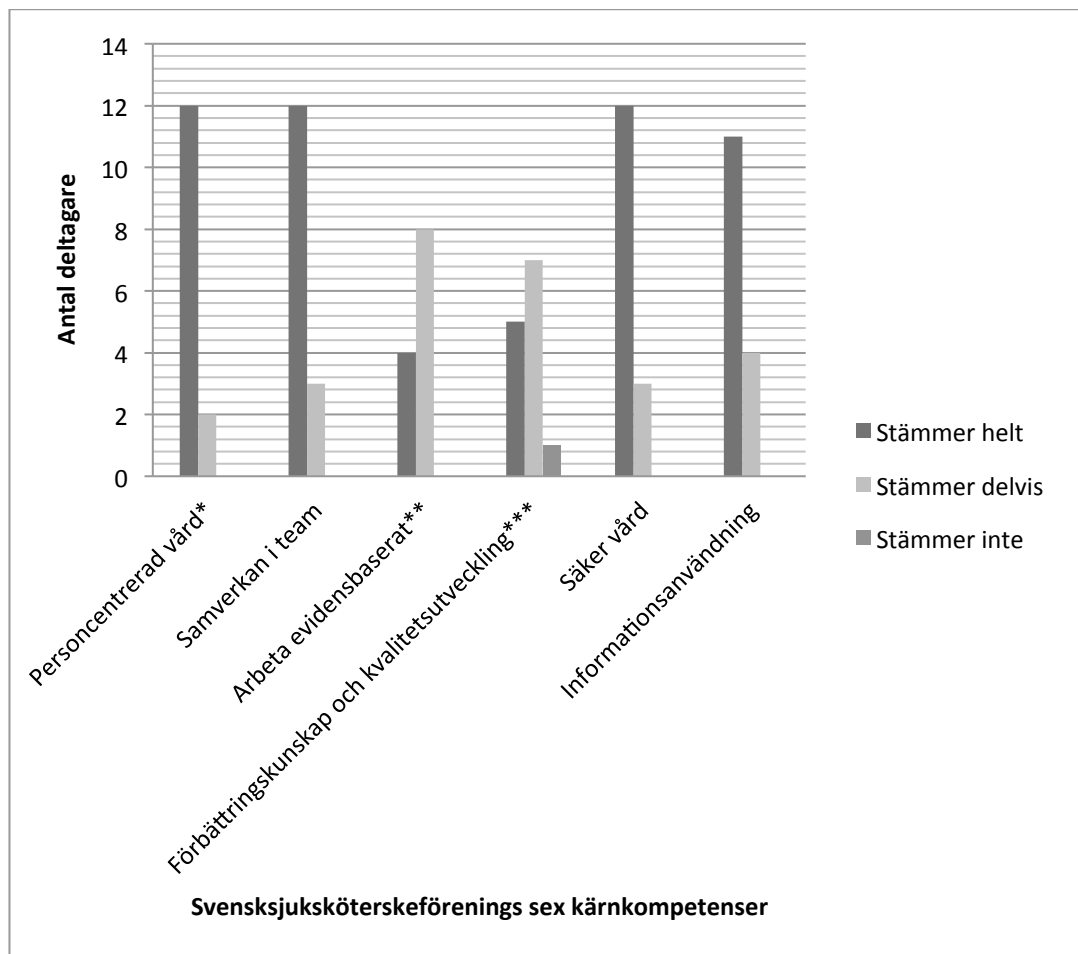
Fjorton deltagare (n=15) hade deltagit i någon form av traumautbildning (se figur 3). På frågan om de deltagit i någon formell traumautbildning, så som TNCC eller ATSS svarade elva (n=15) deltagare att de hade medverkat vid sådan utbildning.



**Figur 3. Antal operationssjuksköterskor (n=15) som tagit del av någon utbildning eller medverkat vid seminarier/föreläsningar inom traumavård.**

## 7.5 Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser

Operationssjuksköterskans självskattning av sin egen kompetens inom traumavård vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt inom följande områden: personcentrerad vård, samverkan i team med andra yrkesgrupper, arbeta evidensbaserat, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informationsanvändning (se figur 4).



\* En person valde att inte svara på frågan.

\*\* Tre personer valde att inte svara på frågan.

\*\*\* Två personer valde att inte svara på frågan.

**Figur 4. Operationssjuksköterskans (n=15) självskattade kompetens efter svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser.**

## 8 DISKUSSION

### 8.1 Metoddiskussion

Studien genomfördes med hjälp av ett frågeformulär, upplägget var empiriskt med deskriptiv analys och kvantitativ data eftersom studien skulle påvisa specialistsjuksköterskans självskattade kompetens inom traumavård i relation till Landstinget Västmanlands kompetensutvecklingsmodell som var baserad på Benners kompetensstege. Frågeformuläret som användes var pilottestat i en tidigare studie (Han & Wessman, 2010). De undersökte den självskattade kompetensen hos sjuksköterskor inom traumavård på två vårdavdelningar. Enda skillnaden mellan Han och Wessmans studie och denna studie var att de kartlade den självskattade kompetensen hos grundutbildade sjuksköterskor medan den här studien inriktades mot specialistsjuksköterskor. Frågeformuläret utgjorde sitt syfte eftersom resultatet påvisar olika kompetensnivåer hos operationssjuksköterskorna vilket var vad den här studien avsåg att kartlägga.

Under veckan frågeformulären var på operationsavdelningen var det 36 operationssjuksköterskor i tjänst varav 15 som valde att delta. Ett högre deltagande hade varit önskvärt. Studien var en tvärsnittsstudie så även om alla 36 operationssjuksköterskor deltagit hade det ändå inte gått att säkerställa den självskattade kompetensen inom traumavård hos operationssjuksköterskan eftersom antalet operationssjuksköterskor på operationsavdelningen uppgår till 90 anställda. Ansvarig utbildningssjuksköterska på operationsavdelningen uppgav att många studier utfördes på operationsavdelningen något som gjorde att personalen kände sig uttröttad att delta i studier, vilket kan vara anledningen till det låga deltagandet. Ett sätt att utöka antalet deltagare hade varit att genomföra studien på flera operationsavdelningar, på grund av den här studiens begränsningar var det inte genomförbart.

Det finns både för- och nackdelar med att använda frågeformulär menar Ejlerstson (2005). Fördelarna är att deltagarna får tid till att överväga sina svar eftersom frågeformuläret besvaras i egen takt. En nackdel kan vara att det inte finns möjlighet att ställa frågor angående formuläret, vilket kan leda till att deltagarna väljer att inte svara på frågan eller att han/hon kryssar i fler svarsalternativ vid oklarheter, som i sin tur kan leda till ett missvisade resultat. I denna studie fanns det flera exempel på deltagare som



dels markerat flera svarsalternativ, hoppat över att besvara frågor, men också lämnat kommentarer vilket kan tyda på att vissa frågor har varit otydliga. Det är svårt att komma runt dessa problem eftersom deltagarna inte kan ställa frågor vid eventuella oklarheter eftersom de då röjer sin identitet. Nya studier som ska använda sig av samma frågeformulär bör därför tänka på att informera i frågeformuläret att enbart ett svarsalternativ på varje fråga ska markeras och förtydliga en del frågor. Till exempel fråga nummer 18 som handlar om hur ofta operationssjuksköterskan vårdar traumapatienter på deras nuvarande arbetsplats. Vissa svarade "varje dag", andra svarade "aldrig", en del angav flera svarsalternativ och dessutom gav många deltagare kommentarer på frågan. Anledningen kan vara att det inte fanns tillräckligt med svarsalternativ och att två av alternativen liknade varandra ("flera gånger i veckan" och "någon gång i veckan"). Ytterligare ett alternativ som kunde ha funnits med var "någon gång i månaden".

Fråga nummer 27 berörde operationssjuksköterskans framtidsplaner. Många deltagare har valt att inte svara på frågan utan strukit över frågan eller angett kommentarer istället. Kommentarer som förekom var; "relevans?", "vad spelar det för roll?" och "världens bästa arbetsplats". Det är svårt att tolka varför deltagarna har valt att inte besvara frågan utifrån hur den var ställd, det är möjligt att frågan kan ha upplevts stötande.

## **8.2 Resultatdiskussion**

### **8.2.1 Kompetens**

I denna studie befann sig majoriteten av deltagarna på expertnivå om man ser till antal år som de arbetat på operationsavdelningen. Det framgick dock att sjuksköterskorna som befann sig på expertnivå utförde uppgifter utifrån en lägre kompetensnivå. En Studie från England av Gibson och Bamford (2001) intervjuade fem grupper som bestod av totalt 25 sjuksköterskor med olika specialistutbildningar för att kartlägga utvecklingen av specialistsjuksköterskans professionella roll. De fann varierande beskrivningar av specialistsjuksköterskans roll och arbetsuppgifter samt hur han/hon såg på sin kompetensutveckling. Specialistsjuksköterskorna beskrev kompetensutvecklingen som en balans mellan teoretisk kunskap och klinisk erfarenhet, dock vägde den kliniska erfarenheten tyngst. Gibson och Bamford slutsats var att specialistsjuksköterskan hade högt utvecklade kliniska förmågor men är i behov av

struktur och stöd för att deras kompetens ska komma till bästa förfogande. Enligt en studie som gjordes i Sverige av Han och Wessman (2010) framgick det att 29 sjuksköterskor från två vårdavdelningar som vårdade patienter med traumarelaterade skador utförde omvårdnad på en högre kompetensnivå än den kompetensnivå de egentligen befann sig på utefter antal år de arbetat på enheten. Slutsatsen Han och Wessman kom fram till var att avdelningen bör förtydliga det befintliga stödet för kompetensutveckling för sjuksköterskor. Bristande stöd och struktur kring operationssjuksköterskans kompetensutveckling kan vara en anledning till att de utför arbetsuppgifter utifrån en lägre kompetensnivå än vad de borde göra enligt Landstinget Västmanland (2000). Dock kan inga värderingar läggas i om det finns tillräckligt med stöd eller inte eftersom den här studien enbart har sett till operationssjuksköterskans självskattade kompetens och inte till vilket stöd avdelningen har för kompetensutveckling vilket är ett område för vidare forskning.

### **8.2.2 Personalomsättning**

På frågan om operationssjuksköterskans framtida planer angav sju deltagare att det planerade att arbeta kvar på operationsavdelningen, fyra deltagare svarade att de tänkt söka nytt arbete inom vården och fyra deltagare valde att inte svara på frågan. Eftersom det är många som har valt att inte svara på frågan är det svårt att tyda om operationsavdelningen har hög eller låg personalomsättning. En svensk enkätstudie undersökte om 833 sjuksköterskor på ett universitetssjukhus planerade att säga upp sig från sitt arbete och i så fall vad orsaken till detta var (Gardulf m.fl, 2005). I resultatet framkom olika faktorer som påverkar om sjuksköterskan trivs på sitt arbete eller inte, vilket i sin tur påverkar kvaliteten på vården och om sjuksköterskan väljer att stanna kvar på sin arbetsplats. Faktorerna som Gardulf m.fl kom fram till var till exempel, kompetensutvecklingsbegränsningar, arbetsmiljö, arbetsbelastning och vad de erhåller för lön. Författarna till den här studien kan inte uppge orsaken till varför vissa deltagare har sökt sig till andra arbetsplatser, resultatet tyder på kompetensutvecklingsbegränsningar vilket kan vara en av flera bidragande faktorer dock behövs det undersökas vidare i nya studier.

### **8.2.3 Traumautbildningar**

Fjorton deltagare uppgav att de hade medverkat vid någon form av utbildning inom traumavård. Det är skillnad från vad Han och Wessman (2010) kom fram till i sin studie där de såg att det var ett lågt antal sjuksköterskor som gått någon utbildning inom traumavård. En litteraturstudie från England av Patient (2007) sammanställdes vilka traumautbildningar som fanns och hur utbildningarna påverkade akutsjuksköterskans roll vid vård av personer med traumarelaterade skador. Slutsatsen Patient drog var att deltagare som har medverkat i traumautbildningar hade en ökad förståelse för varandras unika roller och kunde därmed kommunicera bättre i teamet. Vidare menar Patient att ett strukturerat traumateam kan bidra till en minskad mortalitet till följd av trauma. Patient tittade på akutsjuksköterskans roll vid vård av personer med traumarelaterade skador dock saknas studier både nationellt och internationellt om operationssjuksköterskans roll och kompetens inom traumavård.

### **8.2.4 Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser**

All vårdpersonal ska arbeta efter sex kärnkompetenser (SSF, 2010). För fyra av de sex kärnkompetenserna, personcentrerad vård, samverkan i team, säker vård och informationsanvändning, har huvudparten av deltagarna markerat svarsalternativet ”stämmer helt”. En studie från Australien av Gillespie m.fl. (2009) kom de fram till att dessa fyra kärnkompetenser är de viktigaste komponenterna i operationssjuksköterskans kompetens. Gillespie m.fl. syfte var att undersöka vilka komponenter som var viktiga i kompetensen hos operationssjuksköterskan. Tjugosju operationssjuksköterskor deltog i studien och författarna kom fram till att kunskap, teamarbete och kommunikation är de viktigaste komponenterna i operationssjuksköterskans kompetens.

När det gäller att arbeta evidensbaserat och med förbättringskunskap och kvalitetsutveckling svarade ungefär hälften ”stämmer delvis”. I studien som Gibson och Bamford (2001) utförde för att kartlägga utvecklingen av specialistsjuksköterskans professionella roll, beskrev många specialistsjuksköterskor att arbetstiden inte var tillräcklig för att hinna med att fördjupa sig teoretiskt. Den kliniska verksamheten tog upp all tid och specialistsjuksköterskorna menade att de var tvungna att ta från sin lediga tid för att följa med i aktuell forskning. Han och Wessman (2010) kom fram till

liknande resultat då de nyexaminerade sjuksköterskorna prioriterade de kliniska arbetsuppgifterna istället för att fördjupa sig inom forskning och vetenskapliga studier. Detta kan även vara orsaken till att så många deltagare svarade ”stämmer delvis” på frågan om de arbetar evidensbaserat och med förbättringskunskap och kvalitetsutveckling i denna studie.

### **8.3 Slutsatser**

Majoriteten av operationssjuksköterskorna befinner sig på ”expert” nivå. Experterna utför arbetsuppgifter utifrån en lägre kompetensnivå relaterat till sin erfarenhet enligt Landstinget Västmanlands kompetensutvecklingsmodell. Utav svensksjuksköterskeföreningens sex kärnkompetenser hade operationssjuksköterskorna goda kunskaper inom fyra områden men var i behov av att utveckla deras förmåga att arbeta evidensbaserat samt att arbeta med förbättringskunskap och kvalitetsutveckling inom omvårdnad av traumapatienter.

### **8.4 Klinisk betydelse**

Syftet med studien var att undersöka operationssjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård och därmed väcka ett intresse för betydelsen av kompetensutveckling. Förhoppningsvis kan studien leda till att organisationer, sjuksköterskor, ledningsgrupper, med fler, ser behovet av ökad struktur kring kompetensutvecklingen hos sjuksköterskor vilket möjligtvis kan leda till förbättrade kompetensutvecklingsmöjligheter för denna yrkesgrupp.

### **8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling**

Eftersom resultatet i denna studie inte är generaliserbart men tyder på kompetensutvecklingsbegränsningar finns det behov av ytterligare forskning kring detta ämne, dels vidare på operationsavdelningar men också på andra vårdenheter. Det vore intressant att se den självskattade kompetensen hos sjuksköterskor från det prehospitla omhändertagandet till rehabilitering av traumatiserade patienter, för att få en överblick över hur kompetensen ser ut inom traumavård i hela vårdkedjan. Den här studien berör inte ledningens eller organisationens stöd för kompetensutveckling hos operationssjuksköterskorna. Detta skulle vara intressant att undersöka eftersom ett gott stöd från ledning och organisation är en förutsättning för goda kompetensutvecklingsmöjligheter (Gibson & Bamford, 2001). Dessutom skulle den

informationen vägleda vart det finns brister i kompetensutvecklingen, är det hos operationssjuksköterskan eller är det hos ledningen/organisationen?

## REFERENSER

ATLS Sverige (u.å.) ATLS: startade i USA 1978. Hämtad 2011-03-13, från ATLS.nu, <http://atls.nu/ATLS/OmATLS/tabid/54/Default.aspx>

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Bergström, K. (2011). ATCN: Advanced Trauma Care for Nurses. Hämtad 2011-02-22, från Sahlgrenska universitetssjukhuset, <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/6/ATCN/>

Cole, E. & Crichton, N. (2006). The culture of a trauma team in relation to human factors. *Journal of clinical nursing*, 15(10), 1257-1266.

Dalström, T. (2011). *Sjuksköterskans bemötande av patienter och närstående vid trauma*. C-uppsats, Högskolan Dalarna, Institutionen för akademisk hälsa och samhälle.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ekengren, A. & Hinnfors, J. (2006). *Uppsatshandbok: Hur du lyckas med din uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gardulf, A., Söderström, I. L., Orton, M. L., Eriksson, L. E., Arnetz, B., & Nordström, G. (2005). Why do nurses at university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13(4), 329-337.

Gibson, F., & Bamford, O. (2001). Focus group interviews to examine the role and development of the clinical nurse specialist. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 331-342.

- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang H. A., & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1019–1028. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x
- Han, I., & Wessman, A. (2010) *Sjuksköterskan inom traumavård: självskattning av den egna kompetensen*. C-uppsats, Rödkorstes Högskola, utbildning & forskning inom vårdområdet.
- Landstinget Västmanland (2000). *Kompetensutvecklingsmodell: För sjuksköterskor i Landstinget Västmanland*. Västerås: Landstinget Västmanland.
- Lennquist, S. (2007). Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (s. 11-26). Stockholm: Liber.
- Lidén, E. (2010). ATSS: Akut traumasjukvård för sjuksköterskor. Hämtad 2011-02-22, från Universitetssjukhuset Örebro, Örebro Universitet, <http://www.orebroll.se/sv/uso/Utbildning/Kliniskt-traningscenter/Konceptutbildningar1/ATSS---Akut-traumasjukvard-for-sjukskoterskor/>
- Nilsson, G. & Klarin, L. (u.å.). *Sahlgrenska*. Hämtad 2011-03-15, från Riksföreningen Trauma, <http://www.trauma.se/upload/Filer/pdf/intervjuer/Sahlgrenska.pdf>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Patient, L. (2007). Trauma training: a literature review. *Emergency Nurse*, 15(7), 28-37. Hämtad från EBSCOhost.
- Randall Andrews, D., Burr, J., & Busby, A. (2011). Nurses' Self-Concept and Perceived Quality of Care: A Narrative Analysis. *J Nurs Care Qual*, 26(1), 69-77.

Riksföreningen för sjuksköterskor inom Trauma (RST) Emergency Nurses Association (2002). *TNCC manual: Trauma nursing core course*. (5. uppl.) Bålinge: Riksföreningen för sjuksköterskor inom Trauma.

Riksföreningen Trauma (u.å.). *TNCC: Information*. Hämtad 2011-02-10, från Riksföreningen Trauma, [http://www.trauma.se/index.asp?sida=s\\_156133&hmeny=3](http://www.trauma.se/index.asp?sida=s_156133&hmeny=3)

Sadurskis, A. (2010). *Sjuksköterskors specialistutbildning: vilket slags examen?*. Stockholm: Högskoleverket.

Schening, A. & Wihlke, G. (u.å.). *Traumaenheten Solna*. Hämtad 2011-03-15, från Riksföreningen Trauma, [http://www.trauma.se/upload/Filer/pdf/intervjuer/Traumaenheten\\_solna.pdf](http://www.trauma.se/upload/Filer/pdf/intervjuer/Traumaenheten_solna.pdf)

Segesten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp: engelsk-svensk, svensk-engelsk*. Lund: Studentlitteratur

Sluys, K. (in press). Traumavård. L. Lindvall (Red.), *Kirurgisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Svensk Sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Uranus, S., & Lennquist, S. (2002). Trauma Management and Education in Europe: A Survey of Twelve Geographically and Socioeconomically Diverse European Countries. *Eur J Surg*, 168(12), 730-735.

Viksmoen, Y. (u.å.). *Traumaverksamheten vid traumaenheten på Ullevåls Universitetssjukhus*. Hämtad 2011-03-15, från Riksföreningen Trauma, [http://www.trauma.se/index.asp?sida=s\\_16198&hmeny=1](http://www.trauma.se/index.asp?sida=s_16198&hmeny=1)



Wisborg, T., Brattebø, G., Brattebø, J., & Brinchmann-Hansen, Å. (2006). Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Education for Health: Change in Learning & Practice (Taylor & Francis Ltd)*, 19(1), 85-95. doi:10.1080/13576280500534768

## **BILAGA**

Bilaga 1 är totalt 3 sidor.

## Operationssjuksköterskans självskattning av kompetens inom traumavård

- 1) Din ålder  
 under 30       30-39       40-49       50-59       över 59
- 2)  Man       Kvinna

### **Formell kompetens**

- 3) Skriv antal år som du har varit legitimerad sjuksköterska: \_\_\_\_\_
- 4) Vilket år tog du din specialistexamen: \_\_\_\_\_
- 5) Skriv din sammanlagda tid som du har arbetat som specialistsjuksköterska:  
\_\_\_\_\_
- 6) Har du någon annan specialistutbildning eller magisterexamen/doktorsexamen:  
 Ja       Nej  
Om du svarat Ja, vilken/vilka utbildningar: \_\_\_\_\_
- 7) Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats:  
 mindre än ett år    1-2 år       2-3 år       3-4 år       5 år eller mer

### **Klinisk/reell kompetens**

- 8) Arbetar du självständigt med alla de uppgifter som normalt förekommer inom tjänstgöringen som specialistsjuksköterska vid din nuvarande arbetsplats:  Ja  Nej
- 9) Handleder du personal:  Ja  Nej
- 10) Handleder du studerande:  Ja  Nej
- 11) Ansvarar du för handledning (ex huvudhandledare):  Ja  Nej
- 12) Ansvarar du för undervisning/utbildning på avdelningen:  Ja  Nej
- 13) Är du arbetsledare för vårdlaget (eller liknande) när du arbetar:  
 Ja  Nej
- 14) Arbetar du med kvalitetsutveckling inom omvårdnad av traumapatienter:  
 Ja  Nej

15) Initierar och leder du utvecklings- och kvalitetsarbeten inom omvårdnad av traumapatienter:

Ja  Nej

16) Arbetar du effektivt och målinriktat samt kan snabbt analysera och bedöma vad som är viktigt i en uppkommen situation med en traumapatient:

Ja  Nej

17) Fördjupar du dig kliniskt och utvecklar rutiner inom omvårdnad av traumapatienter:

Ja  Nej

18) Hur ofta vårdar du traumapatienter på din nuvarande arbetsplats:

varje dag  flera gånger i veckan  någon gång i veckan  aldrig

19) Ansvarar du självständigt som specialistsjuksköterska för individuell omvårdnad av traumapatienter:  Ja  Nej

20) Följer du aktuell utveckling och forskning inom traumavård:

Stämmer helt  Stämmer delvis  Stämmer inte

21) Har du deltagit i seminarier, föreläsningar och konferenser inom traumavård:

Ja  Nej

22) Har du deltagit på någon/några fördjupningskurser inom traumavård:

Ja  Nej

23) Har du deltagit på sjukhusets lokala traumautbildning?

Ja  Nej

24) Har du deltagit på någon formell traumakurs/utbildning? (ex TNCC, ATSS

etc)  Ja  Nej

25) Din självskattade kompetens inom traumavård vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt inom följande kärnområden:

**Patientcentrerad vård** (patientens är sedd och förstådd som en individ med individuella behov, värderingar och förväntningar)

Stämmer helt  Stämmer delvis  Stämmer inte

### **Samverkan i team med andra yrkesgrupper**

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

**Arbeta evidensbaserat** (integration av bästa tillgängliga evidens med den kliniska erfarenheten och patientens önskemål och förväntningar)

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

**Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling** (tillämpa metoder för förbättringsarbete och kontinuerligt arbeta för att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg)

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

**Säker vård** (kunskap om ansvarssystemets utformning, vikten av säkerhetsarbete, organisationen som helhet inklusive miljön, datainsamling, medicinskt tekniska hjälpmedel, informations- och kommunikationsteknologi, kliniska riktlinjer och standardvårdplaner, kvalitetsindikatorer, framtida tänkbara risker, patientens kunskap och erfarenheter)

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

**Informationsanvändning** (informations- och kommunikationssystem)

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

26) Känner du dig motiverad att fördjupa din kunskap inom traumavård:

Stämmer helt                       Stämmer delvis                       Stämmer inte

27) Hur ser dina framtidsplaner ut inom det närmaste året? *Välj ett alternativ*

- Arbeta kvar på din nuvarande arbetsplats
- Söka nytt arbete inom vården
- Söka annan specialistutbildning
- Söka magister/master/forskarutbildning
- Byta yrke/profession
- Annat \_\_\_\_\_

*Här är formuläret slut. Tack för att du tog dig tid och svarade på frågorna!*