



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

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

KURS 17, 15 hp

HT 2011

# **SJUKSKÖTERSKORS KOMPETENS INOM TRAUMAVÅRD PÅ EN AKUTMOTTAGNING**

en pilotstudie

Författare: Nathalie Lindholm & Therése Wahtramäe

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar förväntas ha en hög kompetens inom traumavård. Med hög kompetens menas att de utför ett komplext och avancerat arbete och har ett stort ansvar i det initiala omhändertagandet av traumapatienter. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning **Metod:** Studien är empirisk suveystudie med kvantitativ data som samlades in genom att en enkät delades ut till sjuksköterskor på en akutmottagning. Sjuksköterskorna fick skatta sin kompetens inom traumavård utifrån svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser samt efter deras formella och kliniska kompetens. **Resultat:** Huvudresultatet är att nästan alla (94%) av sjuksköterskorna vårdar traumapatienter oavsett erfarenhet och formell utbildning. 30% av sjuksköterskorna har arbetat i mindre än ett år på akutmottagningen. De flesta (85%) anser sig vara effektiva i vården med traumapatienter och nästan alla (87%) är motiverade för arbetet de utför. Sjuksköterskorna anser att de har kompetens för att arbeta med patientcentrerad vård, men inte för att arbeta med säker vård. **Slutsats:** Motivation och engagemang finns för att vårda traumapatienter. Men frågan är om det räcker till för ett adekvat omhändertagande av traumapatienter då 30% av sjuksköterskorna inte arbetat länge nog för att ha tillräckligt kompetens inom traumavård?

**Nyckelord:** kompetens; trauma; akutmottagning; akutsjuksköterska; utbildning

## SUMMARY

**Background:** Nurses working in emergency departments are expected to have a high level of competence. High level of competence means that they carry out a complex and advanced work and have a great responsibility in the initial care of trauma patients. **Aim:** The aim of this study was to describe nurses' self-rated competence in trauma care at an emergency ward. **Method:** The study is an empirical survey study with quantitative data collected through a questionnaire that was distributed to nurses at a hospital emergency department. The nurses had to rate their competence in trauma care by the Swedish Society of Nursing six core competencies as well as their formal and clinical skills. **Results:** The main result is that almost all (94%) of the nurses is caring for trauma patients regardless of experience and formal training. 30% of nurses have worked in less than a year in the emergency department. Most (85%) consider themselves to be effective in the care of trauma patients and almost all (87%) are motivated for the work they perform. The nurses believe that they have the skills to work with patient-centered care, but not to work with safe care. **Conclusion:** There are motivation and commitment to care for trauma patients. But the question is whether it is sufficient for an adequate treatment of trauma patients when 30% of nurses have not worked long enough to have formal competence in trauma care?

**Keywords:** competence, trauma, emergency, emergency nurses, education

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
2.1	Sjuksköterskan på akutmottagningen.....	2
2.2	Akutsjuksköterskans roll i traumarummet/akutrummet.....	2
2.3	Trauma.....	3
2.4	Omhändertagande av skadade patienter.....	3
2.5	Utbildning.....	4
2.6	Aktuell forskning.....	5
2.7	Sjuksköterskans kompetens.....	6
2.7.1	Definition.....	6
2.7.2	Kärnkompetens.....	6
2.7.3	Från novis till expert.....	7
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	9
4	SYFTE.....	9
4.1	Frågeställning.....	9
5	DESIGN.....	10
5.1	Val av metod.....	10
5.2	Urval.....	10
5.3	Metodbeskrivning.....	10
5.3.1	Utformande av enkät.....	10
5.3.2	Genomförande av datainsamling.....	11
5.4	Dataanalys.....	11
6	ETISKA ASPEKTER.....	12
7	RESULTAT.....	13
7.1	Formell kompetens.....	13
7.2	Klinisk och reell kompetens.....	14
7.3	Utbildning.....	14
7.4	Fördjupning.....	15
7.5	Självskattning av kärnkompetenser.....	16
8	DISKUSSION.....	18
8.1	Metoddiskussion.....	18
8.2	Resultatdiskussion.....	19
8.3	Slutsatser.....	22
8.4	Klinisk betydelse.....	22
8.5	Förslag på vidare forskning/utveckling.....	22
9	REFERENSER.....	23
10	BILAGOR.....	26
	Bilaga 1.....	26
	Bilaga 2.....	32

# 1 INLEDNING

Under vår sjuksköterskeutbildning vid Röda Korsets Högskola har intresset för akutsjukvård och traumavård växt sig allt starkare för varje termin. Vetskapen om att basala kunskaper inom traumavård och akuta situationer gör att liv kan räddas och skador och invaliditet kan förebyggas gjorde ämnesvalet för denna uppsats självklart. Vi upplever det eftersträvansvärt att utvidga den egna kompetensen inom akutsjukvård och traumatologi. Därefter uppdagades frågan om vad sjuksköterskor som redan arbetar ute på akutmottagningarna anser om sin kompetens inom traumavård? Vad gäller sjuksköterskor som arbetar på Sveriges akutmottagningar så finns det en högre personalomsättning och en lägre kompetens än vad som skulle vara önskvärt, framhåller Öhlén i Läkartidningen (2008). Det finns idag ingen formell specialistutbildning för akutsjuksköterskor, vilket han beskriver som en ”kompetenssvacka” då specialisering för akutsjuksköterskor har uteblivit på grund av en större satsning på den prehospitala vården. Ett mål var att varje ambulans år 2008 skulle vara bemannad med en specialistutbildad sjuksköterska. Detta mål är nu uppfyllt och specialistutbildade sjuksköterskor finns prehospitalt och inne på anestesi, operation- och intensivvårdsavdelningar. På akutmottagningarna arbetar fortfarande sjuksköterskor utan krav på tidigare erfarenhet inom akutsjukvård. Han framhåller dock att många av sjuksköterskorna på akutmottagningarna vill utveckla sin kompetens och att frånvaron av en specialistutbildning i akutsjukvård gör att många sjuksköterskor söker sig till andra specialistutbildningar såsom anestesi och intensivvård. Detta bidrar följaktligen till en hög personalomsättning och ett äventyrande av patientsäkerheten (Öhlén, 2008). Efter att ha granskat forskning inom det aktuella området uppmärksammade vi att det inte gjorts någon studie på sjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning i Sverige. Detta föranledde vårt intresse att undersöka hur dessa sjuksköterskor uppskattar sin egen kompetens.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 Sjuksköterskan på akutmottagningen**

Riksföreningen för akutsjuksköterskor [RAS] (2010), framhåller att i dagens samhälle ökar kraven och förväntningarna på en snabb och tillgänglig akutsjukvård med hög kompetens på sjukvårdspersonalen och att detta ställer stora krav inte bara på organisatorisk nivå, utan även på sjuksköterskan på en akutmottagning. De beskriver att en sjuksköterska på akutmottagningen förväntas vara beredd på både det oväntade och det oförutsägbara. Akutsjuksköterskan måste kunna identifiera patienter med potentiellt livshotande tillstånd och därefter kunna fatta snabba beslut och ibland självständigt starta upp medicinsk behandling. Akutsjuksköterskan förväntas att kunna prioritera, samordna och genomföra vårdinsatser och omvårdnadsåtgärder. Att utöva denna avancerade akutsjukvård ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens. Idag finns det ingen specialistutbildning för akutsjuksköterskor. Riksföreningen för akutsjuksköterskor menar att en sådan är nödvändig, och har därför arbetat fram en nationell kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskor som grund för ett eventuellt framställande av en specialistutbildning för akutsjuksköterskor (Riksföreningen för akutsjuksköterskor [RAS], 2010).

### **2.2 Akutsjuksköterskans roll i traumarummet/akutrummet**

I flera studier beskrivet av Patient (2007), visas att genom att ha ett välfungerande traumateam på sjukhuset förbättras patientens utfall radikalt. Vid traumalarm mobiliseras traumateamet som kan bestå av kirurg, ortoped, anestesilog, anestesijuksköterska samt två akutsjuksköterskor (Lennquist, 2007). Alla medverkande har sin specifika roll och uppgift att utföra på den svårt skadade patienten. Anestesilog och anestesijuksköterska ansvarar för att säkra och vidmakthålla patientens vitala funktioner. Kirurgen undersöker bålen och ortopeden undersöker kotpelare och extremiteter. Akutsjuksköterska 1 ansvarar bland annat för venösa infarter, provtagning och administrering av läkemedel. Akutsjuksköterska 2 har ledningsansvar och står för registrering, dokumentation, kommunikation och rekvisition (Lennquist, 2007). Akutsjuksköterskan har inte varit medlem i traumateamet i mer än cirka 20 år, och rollen akutsjuksköterskan ska spela utforskas och utvecklas fortfarande (Lafferty, 2011). Enligt Patient (2007), så kan patientens utfall påverkas positivt av att akutsjuksköterskorna har förbestämda roller och ansvarsområden. Lome, Stalnaker, Carlson, Kline och Sise (2010) beskriver också hur akutsjuksköterskan ofta påverkar

patientutfallet positivt genom sitt holistiska synsätt, flexibiliteten och genom sin förmåga att lägga märke till detaljer.

## 2.3 Trauma

Trauma kan definieras som ”Skada på mänsklig vävnad och organ som ett resultat av energiöverföring från omgivningen” (McQuillan, Flynn Makic & Whalen, 2009). Skador uppstår när den överförda energin överstiger kroppens toleransförmåga. Skadans allvarlighetsgrad på vävnaden är beroende av energikraften, formen och hastigheten på objektet som kolliderar med vävnaden, rigiditet på objektet som kolliderar med vävnaden och vävnadens tolerans (McQuillan et.al, 2009). Trauma utgör i Sverige den vanligaste dödsorsaken hos personer under 45 år (Lennquist, 2007). Varje år dör över 4000 människor till följd av skador (Iselius, 2006). Den vanligaste typen av skada är trubbigt våld, där fordonsolyckor står för majoriteten. På senare år har det emellertid skett en ökning av penetrerande våld (bland annat knivskador), främst i storstäder. Varje år vårdas drygt 125 000 människor under nästan en miljon vårddagar på sjukhus till följd av skador (Iselius, 2006). För många av de som drabbas av mycket svåra skador blir även långvarig rehabilitering och bestående invaliditet ett faktum. (Lennquist, 2007). Samhället förlorar fler arbetsdagar på skador än på hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar sammantaget. Skador kostar samhället mer än 60 miljarder kronor varje år vilket är cirka 4% av BNP (Lennquist, 2007). I ett globalt perspektiv svarar skadorna för drygt 9% av alla dödsfall i världen , vilket är mer än HIV, malaria och tuberkulos tillsammans (Världshälsoorganisationen [WHO], 2011).

## 2.4 Omhändertagande av skadade patienter

En arbetsdefinition som underlag för bedömning av traumalarm har tagits fram i början av 2000-talet av det dåvarande Karolinska Sjukhuset och Södersjukhuset (Iselius, 2006). Denna definition är en omarbetning av triagekriterier som är sammanställda av American College of Surgeons (Iselius, 2006). Definitionen används av ett flertal sjukhus i Sverige och även av många prehospitala sektioner. Iselius (2006) framhåller att definitionen beskriver vilka typer av skador och/eller skademekanismer som är kriterier för att *framkalla* ett traumalarm, den beskriver inte *hur svårartad en skada är*. Bland annat vid penetrerande skador av huvud, hals, bål, ovan armbåge eller knä, eller motorcykelolyckor och fall från hög höjd så startas ett traumalarm

(Iselius, 2006). Även vid fysiologisk påverkan med andningspåverkan, blodtrycksfall och/eller sänkt medvetandegrad eller ryggmärgspåverkan startas ett traumalarm (Iselius, 2006).

När en person som är svårt skadad skall omhändertas är det en rad av aktörer som medverkar (Lennquist, 2007). Lennquist (2007) beskriver att det initialt är den prehospitala vården som står för omhändertagandet av patienten på skadeplatsen och under transporten till sjukhuset. Väl vid sjukhuset möts de upp av ett traumateam på akutmottagningen. Beslutas det att patienten är i behov av kirurgi så slussas patienten vidare till operationsteamet, och sedan till intensivvårdsavdelningen och till slut rehabilitering (Lennquist, 2007). Han framhåller också att alla parter i denna vårdkedja är lika viktiga för patientens utfall. Att ha ett välfungerande traumateam på akutmottagningen hjälper inte den patient som dör på skadeplatsen på grund av bristande eller uteblivna insatser. Inte heller hjälper det med exemplariska insatser från traumateamet och operationsteamet om den efterföljande intensivvården är undermålig (Lennquist, 2007). Varje led i kedjan är av betydelse och samarbete och en tillfredsställande kompetens oavsett specialitet och profession, är av yttersta vikt framhåller Lennquist, 2007).

## **2.5 Utbildning**

Enligt Lennquist (2007) är det ett krav att alla sjuksköterskor som ingår i traumateamet skall ha specificerad utbildning i traumatologi. All sjukvårdspersonal kan när som helst ställas inför en svårt skadad patient. Ofta finns inte utrymme för konsultationer och väntan utan snabba iakttagelser och basala insatser måste utföras för att kunna bevara liv och hälsa. Genom en tillfredsställande kunskapsnivå hos sjukvårdspersonalen kan dessa grundläggande åtgärder utföras på rätt sätt och vid rätt tidpunkt och detta kan vara helt avgörande för utfallet. Många dödsfall som orsakats av skador hade kunnat undvikas om snabbare och mer effektiva åtgärder hade satts in i det primära omhändertagandet. Även efterföljande konsekvenser såsom invaliditet kan åtminstone delvis förhindras genom snabba och effektiva åtgärder (Lennquist, 2007). Det är idag vetenskapligt dokumenterat att det i hög grad går att minska följderna av personskador (Lennquist, 2007) genom förbättrad organisation och framför allt genom förbättrad utbildning. Att erbjuda tillfredsställande utbildning och fortbildning i traumatologi till sjukvårdspersonal i alla kategorier är ur ett hälsoekonomiskt perspektiv väldigt betydelsefullt (Lennquist, 2007).

Den första utbildningen i traumavård; Advanced Trauma Life Support, [ATLS®] startades i USA och riktas till läkare. Idag finns ATLS® i 60 länder och utbildningen är enhetlig i alla länder och certifikatet är internationellt ([www.atls.se](http://www.atls.se)). ATLS® utbildningen har vetenskapligt visat på en



effekt med minskad dödlighet (Lennquist, 2007). För sjuksköterskor finns det två etablerade traumautbildningar i Sverige (Lennquist, 2007). Akut traumavård för sjuksköterskor (ATSS), som är en variant av ATLS®- konceptet fast som inriktar sig till sjuksköterskor, och Trauma Nursing Core Course (TNCC) (Lennquist, 2007). TNCC är en utbildning som Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma ansvarar för (Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma [RST], u.å.). Utbildningen pågår i tre dagar där föreläsningar, praktiska övningar och till slut ett examensprov ingår. Därefter får sjuksköterskan ett TNCC certifikat som gäller i fyra år. Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma beskriver att syftet med TNCC är att ge ”basala kunskaper och praktiska färdigheter samt att skapa en standardiserad gemensam kunskapsbas som grund för omvårdnad inom trauma” (Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma [RST], u.å.).

## **2.6 Aktuell forskning**

Patient (2007) beskriver att nyutexaminerade sjuksköterskor inte innehar tillräcklig kompetens eller skicklighet för att ta hand om traumapatienter. Samma undersökning visar dock att många akutsjuksköterskor tycker att de utvecklar både skicklighet och självförtroende genom att upprepade gånger få ha hand om traumapatienter (Patient, 2007). I en studie av Tippet (2004) demonstrerades en signifikant förbättring i förvärvande av kunskap inom traumavård för sjuksköterskor som deltog i en formell traumatologiutbildning. Studien visade även att sjuksköterskor tar till sig kunskap mer effektivt när de får delta i formella traumatologiutbildningar än om de är självlärd (Tippet, 2004). Detta kan styrkas av Baird, Kernohan och Coates (2004), som i sin studie också visat att formella traumatologiutbildningar gör sjuksköterskan mer effektiv i sitt arbete med traumapatienter. Studien visar även att sjuksköterskans erfarenhet och möjlighet till att reflektera över vad hon eller han har lärt sig är en viktig del för att kunna arbeta effektivt med traumapatienter. Bland annat kunde man se att en sjuksköterska som hade en relativt lång erfarenhet och en formell traumatologiutbildning kunde ta betydligt snabbare och mer precisa beslut gällande traumapatienters behandling och möjliga diagnoser (Baird et al, 2004). I en annan studie av Berlin och Carlström (2008) där traumateam observerats, har man kunnat se att ett välfungerande traumateam är av yttersta vikt och kan vara skillnad mellan liv och död för svårt skadade patienter. De beskriver också att medlemmarna i traumateamet är beroende av ett gott samarbete och framförallt en bra teamledare (Berlin & Carlström, 2008). Även teamträning har visat sig förbättra både kunskap och självförtroende där deltagarna i en studie fick träna på både praktiska moment och kommunikation, prioritering och

ledarskap som de ansåg som de största problemen när det gäller det initiala omhändertagandet av traumapatienter (Wisborg, Brattebø, Brinchmann-Hansen, Uggen & Hansen, 2008).

## 2.7 Sjuksköterskans kompetens

### 2.7.1 Definition

Kompetens kan definieras som *förmåga* och *vilja* att utföra en uppgift genom att tillämpa *kunskap* och *färdigheter*. Orden förmåga, vilja, kunskap och färdigheter innefattar här omdöme, förståelse, inställning, attityd, engagemang, metoder, fakta och erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005).

### 2.7.2 Kärnkompetens

Enligt Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (u.å.) krävs en hög kompetens inom samtliga professioner för att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad, säker och personcentrerad. För att kunna följa kunskapsutvecklingen inom vården behöver enligt SSF andelen specialistutbildade sjuksköterskor öka. SSF beskriver också att patienters ökade komplexa vårdbehov kräver ett samarbete över professionsgränser och mellan olika discipliner. Därför har följande sex kärnkompetenser framhävts, som enligt SSF är nödvändiga för vårdens alla professioner. Kärnkompetenserna som enligt Svensk sjuksköterskeförening är grunden innefattar: *Personcentrerad* vård som innebär att patienten är sedd och förstådd med individuella behov, värderingar och förväntningar. *Samverkan* i team som innebär att kunna kommunicera och medverka med andra yrkesgrupper i teamet, där respekt, integritet och tydliga roller förtydligas. *Evidensbaserad* vård som avser viljan att förena bästa tillgängliga kunskap med beprövad erfarenhet för att kunna och vilja ge en så god och effektiv vård som möjligt. *Förbättringskunskap* som är kunskap för att kunna tillämpa metoder för förbättringsarbete och kvalitetsutveckling såsom system, variationer, förändringspsykologi och ett lärandestyrt förändringsarbete. *Säker vård* som förutsätter att alla har kunskap om vikten av säkerhetsarbete för att förhindra misstag såsom vårdskador. Det skall finnas olika instrument och riktlinjer för att öka säkerheten. *Informationsanvändning* som avser att påverka utvecklingen av informations- och kommunikationssystem samt delta i utvecklingsarbetet kring framtagandet, implementering och evaluering av ny teknik (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], u.å.).

### 2.7.3 Från novis till expert

Omvårdnadsteoretikern Patricia Benner har utvecklat ett koncept för att beskriva kompetensutveckling hos sjuksköterskor (Benner, 1993). I denna modell beskrivs det hur en adept förväntas genomgå fem stadier under anskaffande och utveckling av en färdighet. Dessa fem stadier är novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert (Benner, 1993). Stadierna skildrar hur sjuksköterskans prestationer reformeras i tre aspekter; den första aspekten visar hur sjuksköterskan använder sig av tidigare erfarenhet som paradigim istället för att förlita sig till abstrakta principer. Den andra aspekten medför att sjuksköterskan anskaffar sig en helhetsbild av vad situationen kräver, och den tredje aspekten medför en transformering från att bara kunna se en situation utifrån till att verkligen bli deltagande, att vara *i* situationen (Benner, 1993).

Det första stadiet i Benners kompetensstege (1993) för förvärvande och utveckling av omvårdnadsfärdigheter är *novis*. En novis eller nybörjare saknar erfarenhet av situationer de står inför. Novisen behöver därför bistås av regler som leder dem i sitt handlande. Dessa regler kan vara bland annat objektiva attribut såsom vikt, blodtryck och puls. Hindret av att styras av regler är enligt Benner (1993) att reglerna inte meddelar vad som är mest väsentligt i en faktisk situation. En sjuksköterska befinner sig på novis nivå mellan sex månader upp till ett år (Landstinget Västmanland, 2000).

Nästa stadie är *avancerad nybörjare* (Benner, 1993). En avancerad nybörjare är en sjuksköterska som har arbetat inom samma kliniska verksamhet i cirka ett år och har deltagit i tillräckligt många situationer för att de ska börja upptäcka upprepade mönster och väsentliga komponenter som gör att de börjar få ”aspekter på en situation” (Benner, 1993; Landstinget Västmanland, 2000). Benner (1993) beskriver att den avancerade nybörjaren mer och mer kan använda sig av tidigare erfarenhet än av regler och objektiva mått för att få grepp om en situation.

Stadie tre i Benners kompetensstege är *kompetent* (Benner, 1993). Den kompetenta sjuksköterskan är en sjuksköterska som arbetat på samma plats i cirka två år. Hon eller han kan nu börja urskilja vilka åtgärder och handlingar som är de mest väsentliga och kan klara av oväntade situationer då hon eller han upplever sig kunna behärska dessa. Enligt Benner (1993) så blir sjuksköterskan på den kompetenta nivån både mer organiserad och effektiv, då hon eller han medvetet analyserar och planerar mer långsiktiga mål för sina handlingar.

Stadie fyra är den *skickliga* sjuksköterskan (Benner, 1993). Sjuksköterskan på denna nivå kommer mer och mer ifrån regler och aspekter och har genom lång erfarenhet lärt sig vad som förestår i olika situationer. Den skickliga sjuksköterskan ser varje given situation som en helhet och kan därmed lättare förnimma avvikande företeelser. Detta gör att hon eller han lättare och snabbare kan fatta beslut. En skicklig sjuksköterska beräknas ha klinisk erfarenhet inom samma område i minst tre år. (Benner, 1993).

Det sista stadiet i Benners kompetensstege (1993) är *expertsjuksköterskan*. Expertsjuksköterskan har en så lång och gedigen erfarenhet att hon eller han inte längre förlitar sig på regler och objektiva attribut. Expertsjuksköterskan använder sig istället av sin intuition, då hon eller han har en minutiös förståelse för helheten i en situation och därmed kan uppfatta och identifiera kärnan i ett problem utan att behöva ödsla tid eller kraft på alternativa bedömningar eller lösningar. Benner (1993) framhåller dock att expertsjuksköterskans prestationer är svåra att förmedla och dokumentera då hon eller han använder sig av ”varseblivningar”, vilket till exempel kan innebära att hon eller han kan upptäcka tidiga kliniska förändringar hos en patient för att hon eller han ”känner det på sig”. För att uppnå expertnivån bör en sjuksköterska arbetat i minst fem år inom samma verksamhetsområde (Benner, 1993).

### **3 PROBLEMFORMULERING**

För personer under 45 år är trauma den vanligaste dödsorsaken och samhället förlorar fler arbetsdagar på trauma än på till exempel hjärt- och kärlsjukdomar. För traumapatienten är varje del i vårdkedjan, från det prehospitala omhändertagandet på skadeplatsen till rehabilitering, viktigt för hur utfallet ska bli. Då en hög kompetens hos sjukvårdspersonalen kan påverka traumapatientens utfall positivt, ställer det stora krav på kompetensen hos sjuksköterskorna i hela vårdkedjan. Inte minst sjuksköterskor på akutmottagningar, som förväntas kunna både bedöma, prioritera och vidta korrekta åtgärder vid givna situationer. I Sverige idag finns det inga krav på specialistutbildning för sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning. Riksföreningen för akutsjuksköterskor förespråkar en sådan specialistutbildning för att kunna möta de kompetenskrav som krävs för ett positivt patientutfall. Det finns få eller inga studier som beskriver sjuksköterskors kompetensnivå inom traumavård på akutmottagningar i Sverige. Vi vill därför beskriva akutsjuksköterskornas självskattade kompetens inom traumavård som ett första led inför framtida forskning och utveckling med djupare förståelse.

### **4 SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning.

#### **4.1 Frågeställning**

Hur skattar sjuksköterskor på akutmottagningen sin egen kompetens inom traumavård?

## **5 DESIGN**

### **5.1 Val av metod**

Studien är en kvantitativ, icke-experimentell, deskriptiv studie med en empirisk fas som genomfördes med hjälp av enkäter (bilaga 1) då denna metod bäst ansågs besvara syftet. Polit och Beck (2010) menar att en deskriptiv studie innebär att man observerar, beskriver och dokumenterar förhållanden. Vidare menar de att den empiriska delen av en kvantitativ studie är då data samlas in och förbereds för analys. En surveystudie genomförs med hjälp av en enkätundersökning. Polit och Beck (2010) beskriver en surveystudie som en undersökning där man tar reda på en populations fördelning, prevalens samt inbördes påverkan mellan variabler. Bryman (2011) menar att surveystudier är en typ av tvärsnittsstudier. Valet att göra en enkätstudie gjordes på grund av att det gör undersökningen omfattande och flexibel (Polit och Beck, 2010). Vidare finns det en fördel med att enkäter gör respondenten anonym vilket förhoppningsvis gör att respondenten i större utsträckning svarar på saker som kan vara genant att berätta (Polit & Beck, 2010).

### **5.2 Urval**

Insamlingen genomfördes under hösten 2011 på en akutmottagning på ett akutsjukhus. Inklusionskriterierna var legitimerade sjuksköterskor anställda på akutmottagningen under datainsamlingsperioden. På akutmottagningen var 94 sjuksköterskor anställda, av dessa var 12 stycken tjänstlediga, under datasamlingsperioden. Totalt tilldelades 82 sjuksköterskor enkäten (bilaga 1).

### **5.3 Metodbeskrivning**

#### **5.3.1 Utformande av enkät**

Enkäten som användes är utformad av Han & Wessman (2010) och innehåller 44 frågor. Frågorna har utformats efter Patricia Benners teori om utvecklingen från novis till expert hos sjuksköterskan (Han & Wessman, 2010). I enkäten som användes i denna studie reviderades elva frågor som rör organisationens stöd för kompetensutveckling och sju öppna följdsvalternativ

togs bort då de inte ansågs relevanta för studiens syfte. Efter revideringen bestod enkäten av 33 frågor. Av de totalt 33 frågorna har 22 av dessa använts i två andra studier på en operationsavdelning (Odenland & Bihl, 2011) respektive en anestesiavdelning (Paul & Zander, 2011). Frågorna i enkäten kom att innefatta bakgrundsdata (respondentens ålder och kön), kompetensen i form av antal år inom yrket, formella utbildningar och tid på arbetsplatsen. Vidare ingick frågor om respondentens kliniska kompetens i form av hur respondenten arbetade samt hur respondenten hade möjlighet att utvecklas inom traumavård.

### **5.3.2 Genomförande av datainsamling**

Datainsamlingen genomfördes genom att enkäten (bilaga 1) delades ut till de tjänstgörande sjuksköterskornas (n=82) genom att lägga den i ett kuvert i deras postfack akutmottagningen. Varje sjuksköterska tilldelades ett oförslutet kuvert med enkäten och ett informationsblad (bilaga 2). På varje enkät fanns en instruktion om att respondenten skulle lägga tillbaka enkäten i kuvertet efter de hade besvarat samtliga frågor och sedan lägga den i en låda som fanns på ett angivet ställe. Vid två tillfällen, första dagen och fjärde dagen av datainsamlingsperioden, informerades personalen om varför studien genomförs och ombads fylla i enkäterna. Det sattes även upp anslag på avdelningen som berättar om studien. Sjuksköterskorna hade en vecka (sju dagar) på sig att besvara enkäten. Enkäten innehöll 33 frågor och bestod till största delen av frågor som besvaras med flervalsalternativ (n=30), tre frågor besvarades med tidsangivelser.

Att svara på enkäten var frivilligt för samtliga deltagare.

## **5.4 Dataanalys**

Variablerna analyserades med univariat analys då en variabel i taget analyserades och med bivariat analys då två variabler analyserades i relation med varandra (Bryman 2011). De data som framkommit genom enkätsvaren presenteras i form av antal, medelvärde och procent samt redovisas med hjälp av figurer och tabeller.

## 6 ETISKA ASPEKTER

Verksamhetschefen på avdelningen där studien genomfördes fick information om syftet med studien och av vilken anledning den genomfördes. Studien godkändes därefter av verksamhetschefen samt chefsjuksköterskan innan studien utfördes. Enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor innefattas inte arbeten som utförs inom ramen av högskoleutbildning av denna lag. Dock kommer studien ändå enligt lagen att uppfylla kraven att respondenten ska informeras om syftet med forskningen, vem som är forskningens huvudman, att deltagandet är frivilligt och att respondenten kan avbryta sin medverkan när som helst. Frivillighet beskriver Nuernberg Military Tribunals (1946-1949) som det absolut viktigaste vid forskning som involverar människor. I studien gavs informationen muntligt samt genom ett informationsbrev som bifogades med enkäten. Det går inte att urskilja vilken sjuksköterska som har skrivit vilken enkät, så möjligheten att identifiera någon av respondenterna finns inte. All data behandlades konfidentiellt och lästes endast av författarna till studien samt eventuellt av examinatorn. Polit och Beck (2010) menar att anonymitet är den metod som bäst skyddar sekretessen.

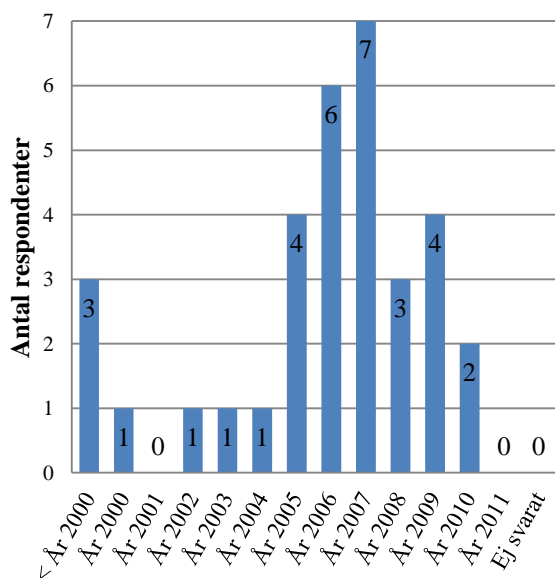


## 7 RESULTAT

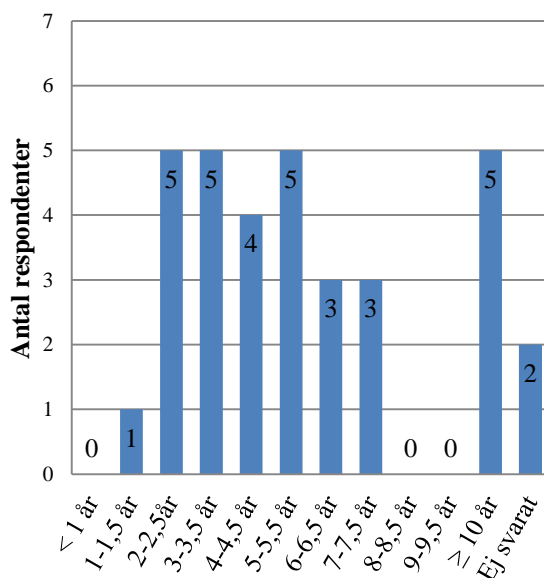
Antalet som valde att delta i studien var 33 legitimerade sjuksköterskor av totalt 82, vilket gav en svarsfrekvens på 40 %. Av alla respondenter var 48 % under 30 år (n=16). Av de övriga respondenterna var åtta stycken 30-39 år och sex stycken var 40-49 år. En respondent var mellan 50 och 59 år och en respondent var över 59 år. Av respondenterna var 64 % (n=21) kvinnor och 30 % (n=10) var män. Två respondenter hade inte svarat på kön och en respondent hade inte svarat på ålder.

### 7.1 Formell kompetens

Medianen för det år man tagit examen var år 2006. Av respondenterna hade 21 % (n=7) tagit sin examen under år 2007 och 91 % (n=30) av respondenterna var examinerade under 2000-talet förutom tre stycken som examinerats år 1993, år 1981 respektive år 1975 (Fig.1). Medianen på hur länge respondenterna hade arbetat som sjuksköterskor är 4,5 år. Den som hade arbetat längst som sjuksköterska hade arbetat 36 år och den respondent som hade arbetat kortast tid hade arbetat 1,5 år (Fig. 2).



Figur 1. År för sjuksköteskeexamen



Figur 2. Antal år som sjuksköterska

Av de som svarat på enkäten hade tio respondenter (30 %) arbetat under ett år på akutmottagningen. Åtta respondenter (24 %) hade arbetat ett till två år och fem respondenter

(15 %) hade arbetat i mer än fem år. Medelvärde för hur länge respondenterna hade arbetat på akutmottagningen är 1-2 år.

## 7.2 Klinisk och reell kompetens

När det gäller det kliniska arbetet som utförs på akutmottagningen har 94 % (n=31) av respondenterna svarat att de vårdar traumapatienter minst en gång i veckan. Av dessa anser sig 85 % arbeta effektivt och målinriktat samt att de snabbt kan analysera och bedöma vad som är viktigt i en uppkommen situation med en traumapatient. Två respondenter har inte angett något svar. Av respondenterna svarar 39 % att de ansvarar självständigt för vården av traumapatienter. När det gäller att fördjupa sig kliniskt i vård av traumapatienter svarar 39 % att de gör det. Hur sjuksköterskorna uppskattade sin kliniska och reella kompetens varierade beroende på hur länge sjuksköterskorna har arbetat på akutmottagningen (Tabell 1).

**Tabell 1.** Kliniskt arbete

	Totalt (n=33) n(%)	<1 år (n=10) n(%)	1-2 år (n=8) n(%)	3-4 år (n=10) n(%)	≥5 år (n=5) n(%)
Vård av traumapatient	31(94)**	8(80)**	8(100)	10(100)	5(100)
- varje dag	4(12)	0(0)**	0(0)	2(20)	2(40)
- flera gånger i veckan	12(36)	4(40)**	2(25)	4(40)	2(40)
- någon gång i veckan	15(45)	4(40)**	6(75)	4(40)	1(20)
Arbetar effektivt/målinriktat	28(85)***	7(70)**	7(88)	9(90)*	5(100)
Fördjupar sig kliniskt	13(39)***	3(30)*	2(25)	5(56)*	3(60)*
Ansvarar själv för traumapat.	13(39)*	3(30)*	2(25)	7(70)	1(20)

\* en respondent valde att inte svara

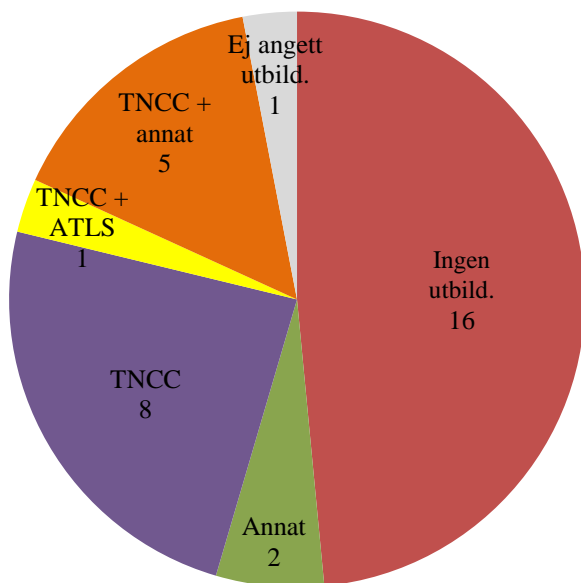
\*\* två respondenter valde att inte svara

\*\*\* två respondenter valde att inte svara

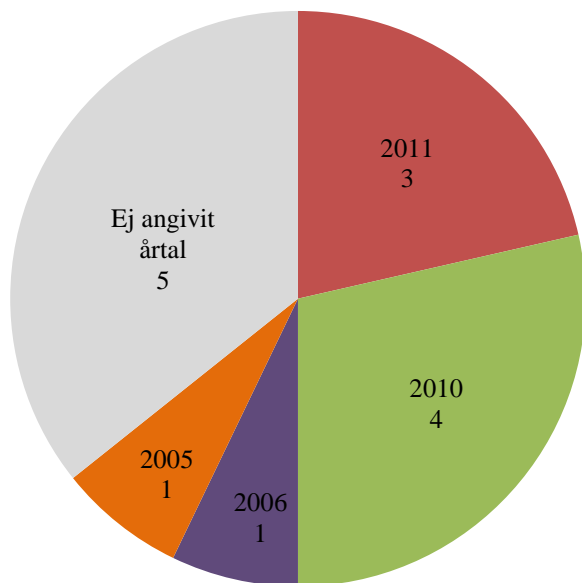
## 7.3 Utbildning

Av respondenterna har 15 % (n=5) någon form av specialist eller magisterexamen. Totalt 48 % (n=16) av respondenterna innehar en formell traumautbildning (Fig 3). Totalt 42 % (n=14) av dessa har TNCC-utbildning och av dessa har 50 % genomfört den de senaste 2 åren, år 2010 och år 2011. Elva respondenter, utöver de som redan har kompetensen, ser specialist/master/forskarutbildning i sin framtid. Två respondenter ser magisterexamen i sin

framtid, varav en även specialist/master/forskarutbildning. Medelvärde för introduktionen på avdelningen var två veckor. Av respondenterna tyckte 64 % (n=21) att introduktionen inte var tillräckligt lång och av dessa ville 81 % (n=17) att introduktionen skulle vara 3-4 veckor, resterande tyckte att introduktionen skulle vara ännu längre. Av de som hade en introduktion på 1-2 veckor (n=30) var det 67 % (n=20) som inte tyckte det var tillräckligt. Av de som fått 3-4 veckors introduktion (n=3) var det 33 % (n=1) som inte tyckte det var tillräckligt. Tolv respondenter (36 %) hade en namngiven mentor under introduktionen. Alla som hade en namngiven mentor hade en introduktion på två veckor.



**Figur 3.** Antal sjuksköterskor som har formell traumakurs/utbildning



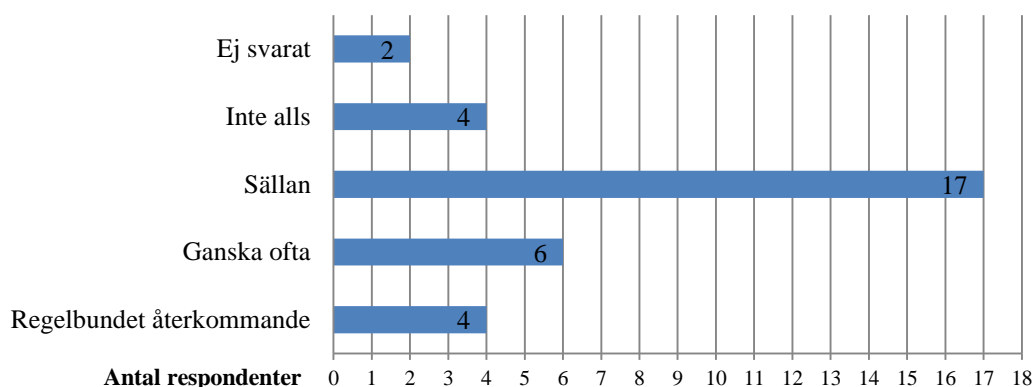
**Figur 4.** Antal respondenter med TNCC-utbildning fördelat på året utbildningen genomfördes

På frågan om respondenterna hade deltagit i teamträning med simulator tillsammans med andra yrkeskategorier svarade 21 % (n=7) att det var regelbundet återkommande, 18 % (n=6) att det förekommit ett fåtal gånger, 24 % (n=8) att det hänt en gång och 36 % (n=12) att de aldrig deltagit.

## 7.4 Fördjupning

Av respondenterna uppger 52 % (n=17) att de inte fördjupar sig kliniskt och utvecklar rutiner. Tre respondenter har inte uppgett något svar alls. På frågan om de följer aktuell forskning inom traumavård valde tre respondenter att inte svara. Av de som svarat uppger hälften (n=15) att de följer forskning och hälften (n=15) att de inte gör det. Av respondenterna uppger 48 % (n=16) att de deltar i seminarium, föreläsningar och konferenser inom traumavård. Två respondenter har inte

svarat på frågan. På frågan om respondenten känner sig motiverad att fördjupa sina kunskaper inom traumavård svarar tjugoåtta respondenter (85 %) att de känner sig motiverade. Tre respondenter uppger att de har fått tillfälle att hospitera inom traumavård. Majoriteten av respondenterna (n=17) uppger att sjukhuset sällan har undervisning eller utbildning inom traumavård (fig. 4).



**Figur 4.** Frekvensen av sjukhusets undervisning/utbildning i traumavård

Tjugofyra respondenter (73 %) svarade att det inom verksamheten finns möjlighet att utveckla sin kompetens teoretiskt och kliniskt inom traumavård. På frågan om respondenterna deltar i den utbildningen som sjukhuset har svarade tretton respondenter (39 %) att de hade deltagit och arton respondenter (55 %) att de inte hade deltagit. Alla som deltagit i denna utbildning har gjort det under år 2010-2011 med undantag för en som gjorde det under år 2005.

## 7.5 Självsfattning av kärnkompetenser

När det gäller sjuksköterskornas uppfattning om sin egen kompetens inom traumavård vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt utifrån Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser (*Patientcentrerad vård, Samverkan i team med andra yrkesgrupper, Arbeta evidensbaserat, Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, Säker vård* samt *Informationsanvändning*) svarade sexton respondenter (48 %) att de har kompetens för att arbeta patientcentrerat. Fem stycken (15 %) anser att de arbetar evidensbaserat. Två respondenter (6 %) anser att de arbetar med kvalitetsutveckling. Fyra respondenter (12 %) instämde helt på påståendet om att de arbetar med en säker vård. Det var tre respondenter (9 %) som inte instämde alls på påståendet om att de arbetar evidensbaserat och fem respondenter (15 %) anser inte alls att de arbetar med kvalitetsutveckling (Tabell 2).

**Tabell 2.** Svar på frågan: Anser du att du har kompetens inom traumavård vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt inom följande områden.

	Instämmer helt n(%)	Instämmer delvis n(%)	Instämmer inte alls n(%)	Bortfall n(%)
Patientcentrerad vård	16(48))	15(45)	0(0)	2(6)
Samverkan i team	10(30)	21(64)	0(0)	2(6)
Arbeta evidensbaserat	5(15)	23(70)	3(9)	2(6)
Förbättring. & kvalitetsutv.	2(6)	24(73)	5(15)	2(6)
Säker vård	4 (12)	26(79)	1(3)	2(6)
Informationsanvändning	10(30)	20(61)	1(3)	2(6)

## 8 DISKUSSION

### 8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning. För att få svar på forskningsfrågan genomfördes en surveystudie med hjälp av enkät. Enkäten som användes bestod av frågor som utformats av Han & Wessman (2010). Eftersom frågorna används tidigare är de redan prövade (Bryman, 2011) men eftersom detta dock skett på grundnivå så räknas denna studie som en pilotstudie. Genom att använda en enkät gick det snabbt att administrera frågorna och gjorde det möjligt för samtliga legitimerade sjuksköterskor på akutavdelningen att svara. Användandet av enkäter gjorde också att sjuksköterkorna hade möjlighet att svara på enkäten när det passade dem bäst. Bryman (2010) anser att det är just detta som är fördelarna med enkäter framför att använda intervjuer. Han menar också att enkäten tar bort risken för den påverkan som en intervjuare kan ha på respondenten. En av de effekter som kan uppkomma är att den som blir intervjuad känner sig pressad eftersom intervjuaren väntar på ett svar. En annan effekt som kan uppkomma vid intervjuer är att respondenten inte svarar sanningsenligt på frågor av känsligare natur. Vid en enkät undviker man det i större utsträckning eftersom det är möjligt med fullständig anonymitet (Ejlertsson, 1996). I studien finns inga frågor av känslig natur, som sexualitet eller kriminalitet, men det är ändå relevant eftersom det kan vara känsligt att ge svar som gör att författarna får en negativ bild av akutmottagningen, till exempel att kompetensen är låg. Bryman (2010) menar dock att en nackdel med enkäter blir att det inte finns möjlighet att ställa följdfrågor till respondenten om svaren blir otydliga. En annan aspekt av att inte använda sig av intervjuare är att alla frågor och svarsalternativ ställs på samma sätt (Ejlertsson, 1996). Det gör att studiens reliabilitet ökar eftersom det minimerar chansen att framtida studier får andra resultat på grund av hur intervjuaren ställer frågorna. Ejlertsson (1996) menar att med reliabiliteten menas om upprepade mätningar ger samma svar. Om studien skulle genomföras igen på samma avdelning med samma respondenter kommer resultatet troligen att bli det samma. Utförs studien igen på ett annat sjukhus eller med en annan respondentgrupp finns risken att svaren inte kommer att överensstämma med denna studie då Bryman (2010) menar att allmän policy och definitioner kan ändras från år till år. Eftersom trauma är ett ospecificerat ord i enkäten finns det risk att respondenterna inte svarat utifrån den definitionen som forskarna använder vilket minskar reliabiliteten. En negativ aspekt av enkäter är att möjligheten att hjälpa respondenten om han eller hon har frågor inte finns (Bryman, 2010). En annan svårighet med enkäter är att bortfallet är större än i undersökningar som utförs genom

intervjuer men möjliggör också att studien kan göras på ett större urval (Ejlertsson, 1996). Genom att genomföra studien med hjälp av enkäter har en större urvalsgrupp blivit tillgänglig men med konsekvensen att de i urvalsgruppen som svarade var få. Trots det hade det inte kunnat genomföras tillräckligt många intervjuer under datainsamlingsperioden för att komma upp i det deltagande som ficks med hjälp av enkäter. I studien låg svarsfrekvensen på 40% och det hade varit önskvärt med fler svar eftersom det stora bortfallet gör att resultatet inte kan generaliseras i lika stor utsträckning. Dock indikerar resultatet att det svar som uppkommit kan generaliseras på den population som undersöktes. Populationen är i denna studie de 94 legitimerade sjuksköterskor som var anställda på akutmottagningen. Bryman (2010) menar att man med generalisering menar om resultatet kan överföras på andra grupper än de som varit med i undersökningen. I denna studie är det inte möjligt att generalisera resultatet på till exempel andra akutmottagningar i Sverige då vi inte kan anta att det ser likadant ut på alla akutmottagningar.

Med validitet menas om undersökningen mäter det som den ämnar mäta (Ejlertsson, 1996). Studien avser att mäta sjuksköterskan självskattade kompetens inom traumavård. Genom enkäter har den självskattade kompetensen kunnat mätas. Enkäten har tidigare används i tre andra c-uppsatser vilket ökar validiteten något.

## 8.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att en förhållandevis hög andel av sjuksköterskorna hade arbetat i mindre än ett år på akutmottagningen och befann sig på en *novis* nivå enligt Benner (1993). Vi har dock valt att sammanfoga *novis* och *avancerad nybörjare* då alla respondenter har varit verksamma som sjuksköterskor i mer än ett år och troligen befinner sig på nivån *avancerad nybörjare*. Enligt Benner (1993) befinner sig sjuksköterskor med tidigare klinisk erfarenhet inte lika länge på nivån *novis* som en helt nytexaminerad sjuksköterska. Valet kan innebära en överskattning eller underskattning av kompetensen hos vissa av respondenterna.

Enligt Patient (2007) har många nytexaminerade sjuksköterskor inte tillräcklig kompetens eller skicklighet för att vårda traumapatienter. När det gäller den kliniska och reella kompetensen var det 80 % av sjuksköterskorna som befann sig på nivån *novis* eller *avancerad nybörjare* som svarat att de vårdar traumapatienter en eller flera gånger i veckan. Benner (1993) beskriver att *novissjuksköterskan* måste följa regler, riktlinjer och objektiva attribut för att klara sig igenom situationer då hon eller han inte har någon erfarenhet att hantera dessa. Även i en studie av Wiman

och Wikblad (2004) studerades sjuksköterskors bemötande av patienter på en akutmottagning. Där upptäcktes ett beteende som var väldigt ”instrumentellt” hos vissa av sjuksköterskorna, bland annat var sjuksköterskan ofta upptagen med att kontrollera monitorer, droppslangar och med dokumentation (Wiman & Wikblad, 2004).

När det gäller självskattad kompetens utifrån Svensk sjuksköterskeförenings sex kärnkompetenser har sjuksköterskorna fått svara om de ”instämmer”, ”instämmer delvis” eller ”instämmer inte alls” på frågorna som rör kompetens inom traumavård vad gäller *patientcentrerad vård, samverkan, evidens, kvalitetsutveckling, säker vård och informationsanvändning*. Respondenterna har här i en stor utsträckning svarat att de ”instämmer delvis” vilket gör att resultatet blir svårtolkat, vilket Ejlertsson (1996) menar kan ses som att respondenterna intar ”neutralläge”. Det som kan utläsas i resultatet är att nästan hälften av respondenterna anser sig ha kompetens för att arbeta med patientcentrerad vård, men bara fyra av respondenterna anser att de har kompetens för att arbeta med säker vård. På frågan om kvalitetsutveckling och förbättringsarbete var det flera av respondenterna som svarade att de inte alls anser sig ha kompetens för att arbeta med detta (tabell 2). Detta resultat indikerar att det behövs mer fokus och utbildning för att bedriva en säker vård och uppmuntra till kvalitetsutveckling. Muntlin, Gunningsberg och Carlsson (2006) studerade patienternas upplevelse av vårdkvalitet och områden med behov av förbättringsarbete på en akutmottagning. Resultatet visade att de flesta patienterna överlag är nöjda med vården, men att det finns områden som behöver förbättras (Muntlin et.al, 2006).

Lenquist (2007) beskriver att det ska vara ett krav att alla sjuksköterskor som deltar i traumateamet skall ha en specificerad utbildning i traumatologi. Nästan hälften av respondenterna (n=15) har svarat att de har en formell traumautbildning. Av de fjorton respondenter som hade TNCC utbildning har 50 % genomfört den de senaste två åren. Riskföreningen för traumasjuksköterskor menar att utbildning gäller för fyra år. Det finns dock ett stort mörkertal då fem respondenter inte valt att svara på när de genomförde sin TNCC-utbildning (Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma, [RTS], u.å.). Samtliga av de respondenter som svarat att de har en formell traumautbildning utom en, är sjuksköterskor som har arbetat i mer än tre år på akutmottagningen och således enligt Benner (1993) redan befinner sig på *skicklig* eller *expertnivå*. Sjuksköterskor på denna nivå står för en gedigen och ovärderlig kompetens på akutmottagningen då de kan svara för en säker och professionell patientvård och även vara ett stöd för sjuksköterskor som inte har så lång erfarenhet (Howard & Thorson, 2008; Landstinget Västmanland, 2000; Benner, 1993). Av respondenterna som befann sig på nivån novis eller



avancerad nybörjare och svarat att de vårdar traumapatienter flera gånger i veckan var det ingen sjuksköterska som hade någon formell traumautbildning. Dock kan sjuksköterskor genom att upprepade gånger vårda traumapatienter utveckla både skicklighet och självförtroende enligt en självskattningsstudie som Patient (2007) beskriver. Detta visar sig i vårt resultat med att hela 85 % av respondenterna anser sig vara effektiva i omvårdnaden av traumapatienter.

Behovet av introduktion på akutmottagningen ser ut att vara individuellt, troligen beroende på tidigare erfarenhet. Resultatet indikerar att majoriteten av respondenterna ansåg att introduktionstiden på akutmottagningen var för kort. En önskvärd introduktionstid på akutmottagningen enligt respondenterna är 3,5-4 veckor. En studie har visat att sjuksköterskors självförtroende ökar med en god introduktion och med en namngiven mentor att lita sig mot (Lilja Andersson & Edberg, 2010).

Simulatorer ger vårdpersonal möjlighet att i en säker miljö öva sina färdigheter, utan risken att en patient kommer till skada och ger sjuksköterskor möjlighet att öka sin kompetens (Galloway, 2009). Av alla respondenter svarade 36 % att de aldrig deltagit i teamträning med simulator med andra yrkeskategorier medan 21 % svarade att det var regelbundet återkommande. Det vore önskvärt att samtliga sjuksköterskor deltog i träning med simulator eftersom Galloway (2009) menar att simulatorer kan göra att sjuksköterskor får kunskaper och erfarenheter hur de ska agera vid en akutsituation. Teamträning eller simulatorer ger också möjlighet för vårdpersonal att träna tillsammans för att ge en klarhet i roller och samspel mellan olika yrkesgrupper (Galloway, 2009).

Motivation är en viktig beståndsdel för sjuksköterskor och står i samband med att ge en god och högkvalitativ vård till patienterna (Bartzak, 2010). Det är också en av de viktigaste beståndsdelarna för att god framgång i lärande och prestationer (Pelaccia, 2009). Resultatet visar att det inte är någon brist på motivation. Av de sjuksköterskor som svarat på enkäten är nästan alla (n=28) motiverade för arbetet de utför och vill gärna fördjupa sina kunskaper inom traumavård. Nästan hälften (45 %) av respondenterna följer aktuell forskning och nära hälften (45 %) deltar i seminarier och föreläsningar. Fler än hälften (n=21) vill arbeta kvar på akutmottagningen och elva sjuksköterskor vill söka specialistutbildning. Pelaccia (2009) menar att studenter inom vården som ställts inför riktiga akutsituationer var mer motiverade till att akademiskt utbilda sig inom akutsjukvård.

### 8.3 Slutsatser

Resultaten visar att nära 30 % av sjuksköterskorna på akutmottagningen inte har tillräcklig formell kompetens för att vårda traumapatienter i enlighet med Benner (1993), Lennquist (2007) och Patient (2007). Studien som gjorts fokuserar dock på självskattning och inte på faktisk prestation. Nästan alla är motiverade för arbetet de utför med traumapatienter och fördjupar/vill fördjupa sig både teoretiskt och kliniskt. Nästan hälften av sjuksköterskorna har en specificerad traumautbildning och flera av respondenterna vill söka specialistutbildning. Frågan är om en specialistutbildning i akutsjukvård skulle varit det självklara valet? Motivationen och viljan finns hos respondenterna, men räcker den för att utföra en professionell vård av traumapatienter?

### 8.4 Klinisk betydelse

En sjuksköterska på akutmottagningen utför ett väldigt komplext arbete som kräver en hög kompetens för att tillgodose alla patienters behov (Riksföreningen för akutsjuksköterkor, u.å.). Denna studie kan vara en grund och ett steg i ledet inför ett framtagande av en specialistutbildning i akutsjukvård. Studien genomfördes för att beskriva sjuksköterskornas självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning. Resultatet visar att många sjuksköterskor saknar en formell utbildning i traumatologi som Lennquist (2007) framhåller borde vara ett krav för de som vårdar traumapatienter. Resultatet visar också att arbete för att framställa en säker vård för traumapatienterna är angeläget.

### 8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Det hade varit intressant att med samma enkät undersöka den självskattade kompetensen på flera olika akutmottagningar för att sedan kunna jämföra resultaten. Då denna undersökning är fokuserad på självskattad kompetens skulle det i framtiden vara intressant att genomföra studier på en akutmottagning som undersöker eller kartlägger sjuksköterskans *faktiska* kompetens och om den står i relation till den formella kompetensen. Detta kan genomföras med till exempel observationsstudier och studier där man undersöker akutsjuksköterskans betydelse för patientutfallet. Det skulle även vara intressant att se om en specialistutbildning för akutsjuksköterskor skulle locka fler sjuksköterskor att stanna på akutmottagningen och därmed minska på personalomsättningen och öka patientsäkerheten.

## 9 REFERENSER

- Baird, C., Kernohan, G., & Coates, V. (2004). Outcomes of advanced trauma life support training: questioning the role of observer. *Accident And Emergency Nursing*, 12(3), 131-135. doi: 10.1016/j.aen.2004.01.003
- Bartzak, P. (2010). Professional work ethic: strategies to motivate bedside nurses to deliver high-quality patient care. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 19(2), 85-89. Hämtad från databasen CINAHL with full text.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J., & Carlström, E. (2008). The 20-minute team--a critical case study from the emergency room. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 14(4), 569-576. doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00919.x
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 uppl.). Malmö: Liber.
- Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (2. [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Galloway, S. (2009). Simulation techniques to bridge the gap between novice and competent healthcare professionals. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 14(2), 1-9. Hämtad från databasen CINAHL with full text.
- Han, I. & Wessman, A. (2010). *Sjuksköterskan inom traumavård – självskattning av den egna kompetensen*. C-uppsatts. Röda Korsets Högskola.
- Iselius, L. (2006). *Fokusrapport: Multitrauma*. Stockholm: Stockholms läns landsting. Från [www.webbhotell.se/PageFiles/3126/FR\\_Multitrauma.pdf](http://www.webbhotell.se/PageFiles/3126/FR_Multitrauma.pdf)
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, socialstyrelsen, 2005  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Lafferty, B. (2011). Trauma Nurse Practitioners: Variations in Utilization and Role Expansion. *Journal Of Trauma Nursing*, 18(2), 115-120. doi:10.1097/JTN.0b013e31821f647f.

Landstinget Västmanland, 2000. *Kompetensutvecklingsmodell för sjuksköterskor*,

Lennquist, S. (red.) (2007). *Traumatologi*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Lilja Andersson, P. & Edberg, A-K. (2010). The Transition From Rookie to Genuine Nurse: Narratives From Swedish Nurses 1 Year After Graduation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4)186-192, doi:10.3928/00220124-20100326-05.

Lome, B., Stalnaker, A., Carlson, K., Kline, M., & Sise, M. (2010). Nurse practitioners---the core of our trauma service. *Journal Of Trauma Nursing*, 17(2), 80-81. doi:10.1097/JTN.0b013e3181e735c6.

McQuillan, K.A., Flynn Makic, MB. & Whalen, E. (2009). *Trauma nursing: From resuscitation Through Rehabilitation*. (4<sup>th</sup> ed.). St Louis, MO: Saunders/Elsevier.

Munck, J. (red.) (2011). *Sveriges rikets lag : gillad och antagen på riksdagen år 1734, stadfäst av Konungen den 23 januari 1736. Med tillägg av författningar som utkommit från trycket fram till början av januari 2011*. (132. uppl.) Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Muntlin, Å., Gunningberg, L., Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x.

Odenland, E. & Bihl, A. (2011). *Operationssjuksköterskans självskattade kompetens inom traumavård*. C-uppsatts. Röda Korsets Högskola.

Patient, L. (2007). Trauma training: a literature review. *Emergency Nurse*, 15(7), 28-37. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Paul, H. & Zander, Emelie. (2011). *Anestesisjuksköterskors självskattning av sin kompetens inom traumavård*. C-uppsatts. Röda Korsets Högskola.

Pelaccia, T., Delplancq, H., Tribby, E., Bartier, J., Leman, C., & Dupeyron, J. (2009). Impact of training periods in the emergency department on the motivation of health care students to learn. *Medical Education*, 43(5), 462-469. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03356.x.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Risikföreningen för sjuksköterkor inom trauma. (u.å.). www.trauma.se. Hämtat 14 november, 2011, [http://www.trauma.se/index.asp?sida=s\\_156133&exMeny=20072131716576221709](http://www.trauma.se/index.asp?sida=s_156133&exMeny=20072131716576221709).

Risikföreningen för akutsjuksköterkor. (u.å.). www.swenurse.se. Hämtat 14 november, 2011, <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Akutsjukskoterskor/Aktuellt/>

Risikföreningen för akutsjuksköterkor. (u.å.). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Stockholm: Brommatryck & Brolins. Från [http://www.swenurse.se/PageFiles/9103/Nr46\\_1okt\\_Kompbeskr\\_akutweb.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/9103/Nr46_1okt_Kompbeskr_akutweb.pdf)

Tippett, J. (2004). Nurses' acquisition and retention of knowledge after trauma training. *Accident & Emergency Nursing*, 12(1), 39-46. doi:10.1016/S0965-2302(03)00064-X

*Trials of war criminals before the Nuernberg military tribunals under control council law no. 10: Nuernberg October 1946 - April 1949*. (1949-1953). Washington.

Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). ISSUES IN CLINICAL NURSING Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429. doi:10.1111/j.1365-

Wisborg, T., Brattebo, G., Brinchmann-Hansen, A., Uggen, P., & Hansen, K. (2008). Effects of nationwide training of multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals. *Journal Of Trauma*, 64(6), 1613-1618. doi: 10.1097/TA.0b013e31812eed68

Öhlén, G. (2008), Akutsjukvården kan få ett uppsving 2008 -Ändrade förutsättningar kan ge bättre vård utan ökade kostnader. *Läkartidningen*. nr 4 2008 volym 105

## 10 BILAGOR

### Bilaga 1

#### Enkät: Sjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård

Vi ber Dig att fylla i samtliga svar så noga Du kan. Observera att det står frågor på båda sidorna om varje pappersark. När Du är färdig viker Du enkäten dubbel igen och stoppar tillbaka den i samma kuvert som Du fick den i. Sedan klistrar Du igen kuvertet och lämnar det i lådan som finns hos chefsjuksköterskan på avdelningen.

- 1) Din ålder:
- under 30       30-39       40-49       50-59       över 59

- 2)  Man       Kvinna

#### Din formella kompetens

- 3) Vilket år tog du din sjuksköterskeexamen: \_\_\_\_\_

- 4) Skriv din sammanlagda tid som du har arbetat som leg. sjuksköterska: \_\_\_\_\_

- 5) Har du någon specialistutbildning/magisterexamen/doktorsexamen:

Ja       Nej

Om du svarat Ja, vilken/vilka utbildningar: \_\_\_\_\_

- 6) Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats:

mindre än ett år       1-2 år       3-4 år       5 år eller mer

#### Introduktionen när du anställdes

- 7) Hur lång introduktion/inskolning fick Du som nyanställd (svara i veckor): \_\_\_\_\_

- 8) Anser du att tiden för introduktion/inskolning var tillräckligt lång och omfattande:

Ja       Nej

Om du svarat Nej, hur lång introduktion/inskolning tycker du skulle ha varit rimlig:

---

9) Har Du haft en namngiven handledare/mentor efter introduktionen:

Ja

Nej

### Din kliniska/reella kompetens

10) Arbetar du självständigt med alla de omvårdnadsuppgifter som normalt förekommer inom avdelningen:

Ja

Nej

11) Handleder du personal:

Ja

Nej

12) Handleder du studerande:

Ja

Nej

13) Ansvarar du för handledning (ex huvudhandledare):

Ja

Nej

14) Ansvarar du för undervisning/utbildning på avdelningen:

Ja

Nej

15) Är du arbetsledare för vårdlaget (eller liknande)när du arbetar:

Ja

Nej

16) Arbetar du med kvalitetsutveckling inom omvårdnad av traumapatienter:

Ja

Nej

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

Ja

Nej

18) Arbetar du effektivt och målinriktat samt kan snabbt analysera och bedöma vad som är viktigt i en uppkommen situation med en traumapatient (ex vid försämring av en patients tillstånd):

Ja

Nej

19) Fördjupar du dig kliniskt och utvecklar rutiner inom omvårdnad av traumapatienter (ex toraxdrän, nutrition, psykiskt omhändertagande etc):

Ja  Nej

20) Hur ofta vårdar du traumapatienter på avdelningen:

varje dag  flera gånger i veckan  någon gång i veckan  aldrig

21) Ansvarar du självständigt för individuell omvårdnad av traumapatienter med komplicerade tillstånd:

Ja  Nej

22) Har du fått tillfälle att hospitera inom någon del av traumaverksamhetens enheter (ex operation, IVA):

Ja  Nej

23) Följer du aktuell utveckling och forskning inom traumavård:

Ja  Nej

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

Ja  Nej

25) Har du deltagit på någon/några fördjupningskurser (ex handledning, smärta, dokumentation etc):

Ja  Nej

26) Finns det möjlighet inom verksamheten för dig att utveckla din kompetens teoretiskt och kliniskt inom traumavård:

Ja  Nej

27) Har sjukhuset undervisning/utbildning inom traumavård för personalen (ex patientfall, nya behandlingsmetoder etc):

regelbundet återkommande  ganska ofta  sällan  inte alls

28) Har du deltagit i denna undervisning/utbildning inom traumavård för personalen?

Ja, år: \_\_\_\_\_  Nej



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

Ja, år: \_\_\_\_\_  Nej

Om du svarat JA, vilken kurs/kurser \_\_\_\_\_

30) Har du deltagit på teamträning med simulator tillsammans med andra yrkeskategorier på avdelningen vad gäller samarbete, kommunikation och ledarskap i kritiska situationer

regelbundet återkommande  ett fåtal gånger  en gång  aldrig

31) Anser du att du har kompetens inom traumavård vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt inom följande områden:

**Patientcentrerad vård** (patientens är sedd och förstådd som en individ med individuella behov, värderingar och förväntningar). *Välj endast ett svarsalternativ.*

Stämmer helt  Stämmer delvis  Stämmer inte

**Samverkan i team med andra yrkesgrupper.** *Välj endast ett svarsalternativ.*

Stämmer helt  Stämmer delvis  Stämmer inte

**Arbeta evidensbaserat** (integration av bästa tillgängliga evidens med den kliniska erfarenheten och patientens önskemål och förväntningar). *Välj endast ett svarsalternativ.*

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). *Välj endast ett svarsalternativ.*

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). *Välj endast ett svarsalternativ.*

Stämmer helt  Stämmer delvis  Stämmer inte

**Informationsanvändning** (informations- och kommunikationssystem). *Välj endast ett svarsalternativ.*





## Bilaga 2



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

2011-11-08

### Information om studien

#### Förfrågan om medverkan i undersökning

Vi är sjuksköterskestudenter som studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Sjuksköterskors självskattade kompetens inom traumavård på en akutmottagning

Området vi önskar studera är sjuksköterskans kompetens inom traumavård på akutmottagningen.

Vi vill därför tillfråga dig, i egenskap av att vara sjuksköterska på en akutmottagning, om att delta i en enkätundersökning. Samtliga sjuksköterskor på sjukhusets akutmottagning har blivit tillfrågade att delta.

Enkäten innehåller 33 frågor och tar ca 10 minuter att besvara. Dina svar/resultat kommer att behandlas anonymt och konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras. Svaren kommer endast att läsas och analyseras av oss och av vår handledare samt vår examinator. Då enkäten inte innehåller några personuppgifter finns ingen möjlighet för någon av oss att identifiera vem som fyllt i enkäten.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kan bidra till en ökad kunskap om sjuksköterskors situation på akutmottagningar.

Om du önskar ytterligare information eller har några frågor angående denna undersökning kan du vända dig till:

---

Nathalie Lindholm, student

Tel: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

---

Therése Wahtramäe, student

Tel: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

---

Handledares signatur

[REDACTED]  
Mail: [REDACTED]

Röda Korsets Högskola  
Box 55 676  
102 15 Stockholm  
Tel. 08 58751600