



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS UPPFATTNINGAR, ERFARENHETER OCH BEHOV RÖRANDE SIN PROFESSIONELLA ROLL I TRAUMASITUATIONEN

Sanna Lycken & Niklas Nyström

Uppsats:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
Program och/eller kurs:	operationssjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	My Engström

Titel svensk:	Operationssjuksköterskors uppfattningar, erfarenheter och behov rörande sin professionella roll i traumasituationen
Titel engelsk:	Operating Room Nurses' perceptions, experiences and needs regarding their professional role in the trauma situation
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
Program och/eller kurs:	operationssjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	My Engström interprofessionellt arbete, kommunikation operationssjuksköterskor, operationssjuksköterskors
Nyckelord:	professionella roll, trauma, utbildning

Sammanfattning

Bakgrund: År 2018 registrerades över 8800 patienter i det svenska traumaregistret. Ungefär 10% av dessa patienter behandlas kirurgiskt på en operationsavdelning som högsta vårdnivå. Operationsavdelningen är en högriskverksamhet där arbetet bygger på att det interprofessionella teamet har ett gott samarbete. Att få simuleringsträning i traumasituationer har visat sig vara gynnsamt för det interprofessionella teamets samarbete. Operationssjuksköterskan har en viktig roll i operationsteamet i att upprätthålla en patientsäker vård.

Syfte: Studiens syfte är att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter och behov vid omhändertagande av traumapatienter på operationsavdelning.

Metod: Studien genomfördes med kvalitativ ansats. Datainsamlingen med semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta operationssjuksköterskor (sex kvinnor och två män) från två sjukhus i Västra Götalandsregionen. Alla informanter hade erfarenhet av att delta vid traumakirurgi. Åldern varierade mellan 33-62 år (medel: 41,5 år, median: 37,5 år) och arbetslivserfarenheten varierade mellan 4-38 år (medel: 13,4 år, median: 9,5 år). Dataanalys genomfördes med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

Resultat: Möjligheten att skaffa erfarenhet av att omhänderta traumapatienter upplevdes av operationssjuksköterskorna som begränsad. Tydlig kommunikation och tydligt ledarskap i traumasituationen upplevdes som viktigt. Vidare menade de att en operationssjuksköterska bör ingå i det traumamottagande teamet på akutmottagningen samt uttryckte en önskan om att delta i traumautbildning för operationssjuksköterskor.

Slutsats: Eftersom 10% av traumapatienterna, enligt svenska traumaregistret, behöver opereras är det av stor vikt att operationssjuksköterskor har kompetens att omhänderta traumapatienter. Därför är det också viktigt att de erbjuds kompetensutveckling för att öka känslan av trygghet i sin yrkesroll samt för att upprätthålla patientsäkerheten.

Nyckelord: interprofessionellt arbete, kommunikation operationssjuksköterskor, operationssjuksköterskors professionella roll, trauma, utbildning

Abstract

Background: In 2018 over 8800 patients were registered in the Swedish Trauma Registry. About 10% of these patients needed surgery. The surgical unit is a high-risk environment and the function of the multidisciplinary team relies on cooperative skills. Trauma simulations are an effective way of improving the non-technical skills among trauma teams. The operating room nurse has an important role in the surgical team maintaining patient safety.

Aim: The aim of this study is to investigate operating room nurses' experiences and needs in taking care of the trauma patient in the surgical unit.

Method: This study was performed with a qualitative approach. Data collection with semi-structured questions was followed out with eight operating room nurses (six female and two male) from two hospitals in Western Sweden. All informants had experience of participating in trauma surgery. Their age varied from 33 to 62 (mean: 41,5 and median: 37,5) years and their experience in the profession varied from 4 to 38 (mean: 13,4 and median: 9,5) years. Data analysis was performed with qualitative content analysis according to Granheim and Lundman.

Results: The operating room nurses stated their experience of taking care of trauma patients as limited. They highlighted the importance of clear communication and good leadership in the trauma situation. They also meant that the operating room nurse should be included in the trauma team at the emergency room and wished to participate in trauma education for operating room nurses.

Conclusion: Since 10% of the trauma patients according to the Swedish Trauma Registry need surgery it is important that operating room nurses are qualified to take care of these patients. Therefore, it is of importance that they are given the possibility to improve their competence in trauma care to feel secure in their professional role and to maintain patient safety.

Key words: communication, education, multidisciplinary work, operating room nurses, operating room nurses' professional role, trauma

Förord

För att kunna genomföra den här studien krävdes engagemang från informanterna. Vi vill därför rikta ett tack till de operationssjuksköterskor som ställde upp som informanter, samt operationsavdelningarna som de arbetar på då de gav oss tillåtelse att genomföra studien trots den hårda belastningen på sjukvården i och med Covid-19 pandemin. Vi vill även tacka vår handledare, Anne Flodén, som varit till stor hjälp under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Trauma.....	1
Traumasjukvård i Sverige och Västra Götalandsregionen.....	2
Operationsavdelningen - en högriskverksamhet.....	3
Utbildning och simuleringsträning för traumateam.....	4
Operationssjuksköterskans roll i traumateamet.....	6
Patientsäkerhet på operationssalen.....	6
Teoretisk utgångspunkt.....	7
Problemformulering.....	7
Syfte.....	8
Metod.....	8
Metodbeskrivning.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	10
Etiska överväganden.....	12
Resultat.....	13
Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande den professionella rollen i traumasituationen.....	14
Erfarenheter av att vårda traumapatienter på operationsavdelning.....	15
Operationssjuksköterskors känslor kring att vårda traumapatienter.....	15
Operationssjuksköterskors roll i mottagandet av traumapatienter.....	16
Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande att arbeta interprofessionellt i team i traumasituationen.....	17
Att samarbeta interprofessionellt i traumasituationen.....	18
Det interprofessionella teamets behov av ledarskap i traumasituationen.....	18
Det interprofessionella teamet som stöd i traumasituationen.....	19
Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande kommunikation i traumasituationen.....	20
Vikten av tydlig kommunikation i traumateamet.....	20

Kommunikativa utmaningar i traumateamet	21
Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande traumautbildning	22
Operationssjuksköterskors erfarenhet av utbildning inom traumakirurgi	22
Vad operationssjuksköterskor önskar att en traumautbildning ska innehålla.....	22
Varför operationssjuksköterskor behöver traumautbildning och vilka effekter det skulle ge.....	24
Diskussion	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion	28
Slutsats och kliniska implikationer	30
Referenslista	32
Bilagor.....	36
Bilaga 1 - Forskningspersonsinformation.....	36
Bilaga 2 - Intervjumall.....	39
Bilaga 3 – Brev till verksamhetschefen	40

Inledning

Trauma är en vanlig orsak till att den yngre delen av befolkningen kommer i kontakt med akutsjukvården och är en vanlig dödsorsak bland yngre medborgare. Genom ett adekvat tidigt omhändertagande av en patient som utsatts för traumatiskt våld ökar chanserna för patienten att överleva och minskar risken för bestående men. Det förkortar även vårdtiden och minskar kostnaderna för samhället. En patient som utsatts för ett trauma kan drabbas av många olika typer av skador beroende på om de varit med om en trafik- eller fallolycka eller penetrerande våld i form av exempelvis skottskada. Ungefär 10% av de patienter som drabbas av trauma kommer i kontakt med operationssjukvården i det akuta skedet då deras skador är så pass allvarliga att de behöver åtgärdas kirurgiskt. Att som operationssjuksköterska möta dessa patienter ställer krav på kunskap i ett säkert patientomhändertagande, handlingsberedskap vid akuta oväntade situationer samt en förmåga till att arbeta i interprofessionella team på operationssalen. I den här studien ämnas att undersöka vad operationssjuksköterskor har för erfarenheter av traumasituationer och vilka behov de upplever att de har för att deras omhändertagande av patienter som utsatts för trauma ska vara patientsäkert.

Bakgrund

Trauma

Trauma definieras som en påverkan av människokroppen orsakad av yttre faktorer och/eller händelser som ger en övergående eller kvarstående effekt (Nationalencyklopedin, u.å.). Skador orsakade av trauma delas vanligtvis upp i trubbigt våld och penetrerande våld, där trubbigt våld ofta uppstår vid exempelvis trafik- eller fallolyckor och penetrerande våld vid skott- eller stickskadorna (Svenska Traumaregistret, 2019). Forskning visar att riskfaktorer för att råka ut för trauma bland annat är låg inkomst, låg utbildningsnivå och drogmissbruk (Brattström, Eriksson, Larsson & Oldner, 2015). Skador som uppkommer till följd av ett trauma, såsom vid olyckor eller avsiktligt våld orsakar årligen drygt fem miljoner (cirka 9%) dödsfall globalt och är en särskilt vanlig dödsorsak för den yngre delen av befolkningen. Utöver alla dödsfall beräknas mångfaldigt fler trauman orsaka skador som belastar sjukvården inom både öppen- och slutenvården (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2012; World Health Organization, u.å.). Det leder också till bestående invaliditet och höga kostnader för hälso- och

sjukvården (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2012; Polinder, Haagsma, Toet, & Van Beeck, 2012; Wad, Laursen, Fruergaard, Morgen, & Dahl, 2018).

Traumaskjövård i Sverige och Västra Götalandsregionen

I Sverige används nationella traumalarmskriterier, som ett system för att ha tydliga kriterier för vad som räknas som mer eller mindre allvarliga trauman. Nivå 1-larm är den mer allvarliga graden och nivå 2-larm antyder att skadan är lite mer lindrig. För att klassas som ett nivå 1-larm behöver vissa anatomiska och/eller fysiologiska kriterier hos patienten uppfyllas. Några av kriterierna är att patienten behöver ventilationsstöd, har nedsatt medvetandegrad, stor yttre blödning eller öppen skallskada. I kriterierna för nivå 2-larm behöver inga specifika skador hos patienten vara uppmärksammade, utan där ses bara till hur skadan uppkom, till exempel att patienten fallit från fem meters höjd eller mer. Detta system används nationellt för att öka kvaliteten och säkerheten i traumaskjövården i Sverige och tanken är att larmsystemet ska fungera på ett likvärdigt sätt både i större städer och i glesbygden (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2017).

Under 2018 registrerades 8862 traumafall i det nationella traumaregistret. I ungefär 66% av de registrerade fallen var patienterna mellan 18-64 år. Cirka 90% av skadorna utgjordes av trubbigt våld. Medan trafikolyckor de senaste åren har en sjunkande trend ökar istället antalet fallskador och skott- eller stickskador. Totalt 1087 patienter behandlades år 2018 med någon form av akut intervention som första åtgärd efter att ha råkat ut för ett trauma, de flesta av dessa utfördes på något av landets universitetssjukhus. Av de som drabbats allvarligast efter trauman hade 22,5% av patienterna vid utskrivning från sjukvården haft god återhämtning, 37,4% drabbades av en medelsvår invaliditet och 18,4% av svår invaliditet. 21,1% av de allvarligast skadade avled under vårdtiden år 2018 (Svenska Traumaregistret, 2019).

Traumaprocessen i Västra Götalandsregionen arbetar för att tillgodose en säker traumaskjövård i regionen. Syftet med traumaprocessen är bland annat att skapa förutsättningar och utrymme för utbildning av sjukvårdspersonalen (Västra Götalandsregionen, 2019a). Traumaprocessen bygger på regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om att åstadkomma en god traumaskjövård i samtliga sjukvårdsregioner i Sverige (Socialstyrelsen, 2015). I Västra Götalandsregionen finns det sex sjukhus som tar emot och behandlar traumapatienter dygnet runt. Två av dessa sjukhus tillhör Sahlgrenska

Universitetssjukhuset och skall i möjligaste mån ta emot de allra svårast skadade patienterna. De övriga fyra länssjukhusen i Västra Götalandsregionen som tar emot traumapatienter ligger i Borås, Kungälv, Skövde och Trollhättan (Västra Götalandsregionen, 2019b). Antalet registrerade traumapatienter år 2018 i Västra Götalandsregionen var 1504, varav 401 patienter bedömdes som allvarligt skadade. Värt att notera är att av de 1504 registrerade patienterna var det 974 av dessa som registrerades på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. På Norra Älvsborgs Länssjukhus i Trollhättan registrerades 463 patienter. Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås registrerade 54 patienter. Skaraborgs Sjukhus i Skövde registrerade 13 patienter och Kungälv sjukhus registrerade ingen patient i traumaregistret år 2018. Varför så få traumapatienter registrerats i Borås, Skövde och Kungälv framgår inte i årsrapporten. Det framgår dock att registreringen är bristfällig och därför är det svårt att dra alltför stora slutsatser av vissa av siffrorna (Svenska Traumaregistret, 2019).

Svenska traumaregistret sorterar in primärt omhändertagande av allvarligt skadade patienter från lägsta till högsta vårdnivå; akutmottagning, vårdavdelning, operationssal, intermediär avdelning och intensivvårdsavdelning. Av alla registreringar år 2018 kan det utläsas att runt 10% av patienterna hade operationssal som högsta vårdnivå (Svenska Traumaregistret, 2019).

Operationsavdelningen - en högriskverksamhet

På grund av allvarliga konsekvenser som följd av brister i kommunikation, samarbete och ledarskap inom verksamheter som bygger på hög säkerhet har konceptet Crew Resource Management (CRM) utvecklats. CRM syftar till att träna personal inom dessa verksamheter i "non-technical skills", det vill säga till exempel kommunikation enligt closed loop-tekniken, samarbete, situationsmedvetenhet, beslutstagande och ledarskap. Genom att utveckla dessa färdigheter minskar risken för misstag relaterade till den mänskliga faktorn. Från början utvecklades CRM-konceptet specifikt för flygindustrin, och har senare implementerats på andra verksamheter som också bygger på hög säkerhet, till exempel på operationsavdelningar. Studier har visat att även operationsteam har uppvisat goda resultat efter att ha fått träna enligt CRM-konceptet (O'Dea, O'Connor, & Keogh, 2014). Arbetet på en operationsavdelning är utmanande på grund av det snabba tempot, höga flödet av patienter och byte av personal i operationsteamet. Risken att det brister i bland annat kommunikation och beslutsfattande är därför stor, speciellt i omhändertagandet av traumapatienter då de kommer in akut och

förberedelsetiden för mottagandet av patienterna är kort (Acero et al., 2012; Capella et al., 2010).

Utbildning och simuleringsträning för traumateam

Studier visar att akutteam och operationsteam, alltså sjukvårdspersonal som arbetar på akutmottagningar respektive operationsavdelningar, upplever sina förmågor i att omhänderta svårt skadade traumapatienter förbättrade efter att ha fått simuleringsträning i ett första omhändertagande av traumapatienter samt i primär kirurgi, även kallad Damage Control Surgery. Primär kirurgi är ett första steg i att behandla svårt skadade patienter kirurgiskt då de inte är i tillräckligt gott skick för att genomgå fullständig reparativ kirurgi (George & Quatrara, 2018; Hansen, Uggen, Brattebø, & Wisborg, 2007). När en svårt skadad patient som kommer in till akutmottagningar får ett korrekt första omhändertagande ökar det chanserna för patienten att överleva. Därför utbildas främst läkare men även sjuksköterskor i ett standardiserat omhändertagande av traumapatienter på akutrummet, baserat på rådande evidens (Lefor, 2018). Utbildningarna för läkare bygger på ett koncept framtaget av American College of Surgeons (The American College of Surgeons, 2020). Denna konceptutbildning benämns The Advanced Trauma Life Support (ATLS) och lär ut strategier för systematiskt omhändertagande av svårt skadade patienter enligt ABCDE-principen (Søreide, 2008). Det finns även motsvarande utbildningar för sjuksköterskor utformade utifrån ATLS:s koncept (Emergency Nurses Association, 2020). Det är dock vanligt att patienter som utsatts för penetrerande våld i samband med skadan behöver opereras och därför hålls även utbildningar för operationsteam i hur man skall omhänderta dessa patienter kirurgiskt (Lefor, 2018). Utbildning i omhändertagande av traumapatienter och traumakirurgi finns över hela världen och syftet med dessa utbildningar är att öka sjukvårdspersonalens förmågor att som team kunna omhänderta svårt skadade patienter samt ge personalen ökade kunskaper och på så vis även ökad trygghet och yrkesskicklighet i att omhänderta svårt skadade patienter. Den här typen av utbildning består vanligtvis av både teoretiska och praktiska delar då deltagarna i den praktiska delen får träna på det som lärts ut teoretiskt genom simuleringsträning på dockor eller levande djur, till exempel grisar (Acero et al., 2012; Capella et al., 2010; Hansen et al., 2007). Vid utvärderingar och mätningar efter att sjukvårdspersonal genomgått utbildning i omhändertagande av traumapatienter och traumakirurgi framkommer det att utbildningarna haft en positiv inverkan både genom att personalen känt en ökad förmåga och trygghet i att

vårda traumapatienter samt att utfallet för patienterna blivit bättre (Capella et al., 2010; Hansen, Uggen, Brattebø, & Wisborg, 2008). Ett exempel är en studie som jämfört hur traumateam utfört sitt arbete före och efter att de deltagit i simuleringsträning och resultatet visade på förbättring gällande att arbeta i team, att kommunicera, att stötta varandra samt ett förbättrat ledarskap. De lyckades förkorta tiden det tog att få patienterna till röntgen, till operationssalen samt att få patienterna intuberade och detta resulterade i förlängningen till ökad överlevnad för patienterna samt förkortad vårdtid (Capella et al., 2010). Ett annat exempel är en studie som visar både förbättrad förmåga att arbeta i team samt ökade kunskapsnivåer hos sjukvårdspersonalen i att omhänderta brännskadade patienter efter att ha genomgått simuleringsträning (George & Quatrara, 2018).

Interprofessionellt lärande inom hälso- och sjukvården är när två eller flera yrkeskategorier utbildas tillsammans för att uppnå effektivare samarbete mellan professionerna och i förlängningen leda till ökad patientsäkerhet (World Health Organization, 2010). Att träna interprofessionellt upplevs av sjukvårdspersonal som deltagit i utbildning i omhändertagande av traumapatienter som mer fördelaktigt än att endast träna utifrån sin egen profession (Capella et al., 2010). Att simulera akuta scenarier i team och att få handledning i ledarskap och kommunikation ses som värdefullt för både sjuksköterskor och läkare som arbetar med svårt skadade patienter på operationsavdelningar (Hansen et al., 2007). Det har också visat sig att operationsteam som får simuleringsträning i akuta, oförutsedda situationer har en förbättrad beredskap och handlingskraft när de sedan utsätts för komplexa situationer i operationsmiljön, jämfört med vad de hade före simuleringsträningen (Acero et al., 2012). Studier om traumautbildningar som hålls runt om i världen visar att denna typ av utbildning främst riktar sig till personal på akutmottagningar i ett första omhändertagande av svårt skadade patienter, samt till opererande kirurger (Søreide, 2008). Andra studier visar dock att i de fall operationssjuksköterskor deltagit i den här typen av utbildningar tycker de sig ha stor nytta av utbildningarna när de sedan omhändertar svårt skadade traumapatienter på sina arbetsplatser (Hansen et al., 2008; Lefor, 2018). Det finns dock ett fåtal traumautbildningar som riktar sig till operationssjuksköterskor. I Australien och på Nya Zeeland är en utbildning som kallas Definitive Perioperative Nurses Trauma Care framtagen (Government of Western Australia Department of Health, 2020). Den utbildningen har inspirerat till att lokala utbildningar tagits fram. I Sverige hålls exempelvis traumautbildningar för operationssjuksköterskor i samarbete med Karolinska Sjukhuset i Stockholm (Riksföreningen

för Operationssjukvård, 2020a). Det har visat sig att intresset för att få delta i dessa utbildningar överstiger antalet platser som erbjuds (Riksföreningen för Operationssjukvård, 2020b).

Operationssjuksköterskans roll i traumateamet

Operationssjuksköterskan har en viktig roll på operationssalen med ett ansvar för att den perioperativa vården skall vara trygg, säker och vila på evidens och beprövad erfarenhet. I en akut situation med en svårt skadad patient höjs kraven ytterligare då den här trygga och säkra vården måste levereras under mer stressiga omständigheter än i normala fall. För att omvårdnaden på operationssalen ska bli så trygg och patientsäker som möjligt krävs det att hela teamet har den kompetens som behövs för att hantera den situationen de ställs inför. Operationssjuksköterskans specifika ansvar är att självständigt planera omvårdnaden kring det kirurgiska ingreppet, instrumentera och assistera kirurgen utifrån beskriven evidens och förhindra oavsiktligt kvarlämnande av material (Riksföreningen för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening, u.å.).

Patientsäkerhet på operationssalen

I sjukvården påtalas ofta vikten av patientsäkerhet. Inom andra högriskverksamheter som exempelvis civilflyget utförs kontroller av personalens kunskaper regelbundet för att personalen skall få behålla sina flygcertifikat. Dessa kontroller görs för att upprätthålla säkerheten inom verksamheten. Detta skiljer sig inom sjukvården där legitimerad personal inte behöver redogöra för sina kunskapsnivåer regelbundet. Säkerheten inom sjukvården bygger till stor del på personalens personliga egenskaper, yrkeserfarenheter och att personalen har de kunskaper som krävs för att utföra patientsäker vård (Ödegård, 2013). Patientsäkerhet syftar bland annat till att vården som ges till patienten skall vara vetenskapligt beprövad (SFS 2010:659).

Det är vanligt att patienter som behandlas kirurgiskt drabbas av vårdskador exempelvis i form av postoperativa sårinfektioner samt nerv- och tryckskador. Vårdskador till följd av kirurgisk behandling står för mellan 10-20% av det totala antalet vårdskador (Socialstyrelsen, 2020). Exempel på händelser under ett kirurgiskt ingrepp som kan äventyra patientsäkerheten och leda till vårdskador är stress, avbrott och bristande teamarbete (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Sandelin & Gustafsson, 2015). För att motverka detta behöver operationssjuksköterskan

och övriga operationsteamet säkerställa att patienten är i trygga händer. Detta görs genom noggranna förberedelser, exempelvis genom att teamet kommunicera eventuella risker hos patienten och att vara situationsmedveten och lyhörd för vad som händer kring patienten under hela ingreppet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Förutsättningarna för att operationsteamet ska kunna arbeta patientsäkert i traumasituationen ökar i de fallen teamets medlemmar deltagit i simulerande traumautbildning och träning i non-technical skills (Acero et al., 2012; Capella et al., 2010; Hansen et al., 2008).

Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten i den här studien är inspirerad av modellen ”From Novice to Expert” av omvårdnadsforskaren Patricia Benner. Modellen bygger på att en sjuksköterska genomgår fem steg från att som nyutexaminerad sjuksköterska vara novis i sitt yrke, bygga på sin erfarenhet och gå vidare till avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och att slutligen bli expert. Enligt modellen har den novisa och avancerade nybörjare-sjuksköterskan (steg 1-2) fullt fokus på att lära sig sitt yrke genom att befinna sig i den kliniska kontexten och med hjälp av handledning och riktlinjer utvecklas till den kompetenta sjuksköterskan (steg 3). Den kompetenta sjuksköterskan kan hantera oväntade situationer som hen kan tänkas hamna i men är inte lika kunnig och snabb som den skickliga sjuksköterskan (steg 4). Däremot kan den kompetenta sjuksköterskan genom praktiska övningar och träning närma sig den skickliga sjuksköterskans nivå. Den skickliga sjuksköterskan utvecklas bäst genom att hen ställs inför olika typer av situationer både i övningssyfte och inom klinisk verksamhet. I steg 5 har sjuksköterskan nått en expertis och kan agera instinktivt utifrån sin rika erfarenhet i de situationer som hen utsätts för. För att nå expertnivå krävs således både klinisk erfarenhet, handledning av mer erfarna kollegor samt kompetensutvecklande utbildning (Benner, 1993).

Problemformulering

För att ge en trygg och patientsäker vård till svårt skadade traumapatienter krävs det att operationssjuksköterskan har kunskaper i och har tränat på att vårda traumapatienter. Att som operationssjuksköterska ha dessa kunskaper bidrar till att stärka operationsteamets gemensamma arbete mot patientsäker vård. Det finns få studier gjorda på just operationssjuksköterskors erfarenheter av utbildning i traumakirurgi. Det är dock rimligt att

anta att operationssjuksköterskor har svårt att få den erfarenhet som de behöver om de arbetar på traumamottagande länssjukhus, där svårt skadade patienter inte är lika vanligt förekommande som på universitetssjukhus. Bristen på studier som beskriver operationssjuksköterskors erfarenhet av traumakirurgisk omvårdnad och utbildning i traumakirurgi motiverar denna studie, både genom att studera deras erfarenheter av att delta vid traumakirurgi samt att utifrån deras erfarenheter identifiera eventuella utbildningsbehov. Resultatet av denna studie strävar efter att bidra till ett kunskapsunderlag för utformandet av en utbildning inom traumakirurgi riktad till operationssjuksköterskor, utifrån deras önskemål och åsikter. En sådan utbildning skulle bidra till att utveckla operationssjuksköterskors profession och på så vis öka patientsäkerheten.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter och behov vid omhändertagande av traumapatienter på operationsavdelning.

Metod

Metodbeskrivning

För att välja datainsamlingsmetod behöver utgångspunkten vara vad syftet med studien är (Danielson, 2017). Mot bakgrund av den här studiens syfte var det lämpligt att använda kvalitativ metod. Kvalitativ forskning syftar till att ta reda på människors olika upplevelser av fenomen. På så vis får man inom kvalitativ forskning en berättelse om informanternas verklighet (Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativa data kan samlas in genom observationer eller intervjuer. Resultatet från en kvalitativ intervjustudie grundar sig på informanternas egna erfarenheter och upplevelser av fenomen och ger forskaren förstahandsinformation från informanterna (Polit & Beck, 2017). Till den här studien valdes kvalitativ metod med semistrukturerade, individuella intervjuer som metod för datainsamling. Genom dessa intervjuer kunde studieförfattarna interagera med informanterna och på så vis få en ingående och tydlig förståelse för vad operationssjuksköterskor har för erfarenhet och önskemål kring utbildning inom traumakirurgi.

När en kvalitativ studie granskas bedöms studiens trovärdighet. För att öka en studies trovärdighet behöver studieförfattarna presentera sitt arbete tydligt och ingående. I trovärdighet ingår tre begrepp som ska beaktas; giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. En studies giltighet stärks genom att rätt metod väljs samt att vald metod beskrivs och motiveras (Graneheim & Lundman, 2004). Det ska även finnas en tydlig presentation av hur meningsenheter, kondenseringar och abstraktioner gjorts, samt i resultatdelen finnas citat som representerar datamaterialet på ett bra sätt. Studiens tillförlitlighet påverkas till exempel av under hur lång period datainsamling pågår. Om datainsamlingen pågår under en lång tidsperiod finns risken att forskaren blir inkonsekvent i sina följdfrågor, på grund av att hen med tiden kan få nya perspektiv. En studies överförbarhet bedöms på huruvida studien går att göra om på andra grupper av människor eller i en annan miljö. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan studieförfattarna ge förslag på saker som skulle kunna påverka studiens överförbarhet, men det är alltid upp till läsaren att själv avgöra om studien är överförbar till ett annat sammanhang. Detta kan de dock enbart göra om studieförfattaren givit läsaren en tydlig kontext att förhålla sig till. Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes som metod för dataanalys i den här studien.

Urval

En strategisk urvalsprocess användes för att få fram informanter till studien. Det innebär att informanter som tjänar studien bäst väljs ut (Polit & Beck, 2017). I det här fallet innebar det att operationssjuksköterskor med varierande kön, ålder och erfarenhet tillfrågades om deltagande, då det skulle kunna ge en bredare bild av informanternas uppfattningar (Moser & Korstjens, 2018). Inklusionskriterier för att delta i studien var att vara svensktalande, yrkesverksam operationssjuksköterska på ett länssjukhus i Västra Götalandsregionen, med erfarenhet av att ta emot traumapatienter på operationsavdelning. Åldern på informanterna varierade mellan 33-62 år (medel: 41,5 år, median: 37,5 år) och erfarenheten som operationssjuksköterska var mellan 4-38 år (medel: 13,4 år, median: 9,5 år). Två män och sex kvinnor deltog i studien. Hälften av informanterna hade varit med i traumamottagandet av patienter på akutmottagningen, i sin roll som operationssjuksköterska.

Datainsamling

Efter att verksamhetscheferna hade givit sitt godkännande till studien rekryterades

informeranter genom att information om studien skickades till en av enhetscheferna på respektive operationsavdelning på två länssjukhus i Västra Götalandsregionen. Enhetscheferna ombads att utse fyra operationssjuksköterskor och tillfråga dem om de kunde tänka sig att delta i studien. Totalt tillfrågades åtta operationssjuksköterskor och samtliga åtta gav sitt samtycke till att delta i studien. Ingen av informanterna valde att dra tillbaka sitt deltagande, det fanns således inget bortfall av informanter i studien. Under tiden då datamaterialet samlades in var samhället drabbat av Covid-19-viruset, som orsakade en global pandemi. På grund av den här omständigheten tillfrågades endast enhetscheferna på två av regionens länssjukhus istället för den ursprungliga planen att utföra studien på regionens alla fyra länssjukhus. Innan intervjuerna genomfördes fick informanterna ta del av en forskningspersonsinformation (Bilaga 1) och skriva under informerat samtycke till att delta i studien. Författarna av studien gjorde intervjuerna separat, fyra intervjuer vardera. På grund av rådande omständigheter fick författarna frångå den ursprungliga planen att genomföra intervjuerna tillsammans. Intervjuerna var semistrukturerade, vilket innebär att samma utgångsfrågor användes till alla intervjuer, men varierade i följdfrågor beroende på vilken riktning intervjun tog (Polit & Beck, 2017). Intervjumallen som användes finns bifogad i uppsatsen (Bilaga 2). Längden på intervjuerna varierade mellan 20-40 minuter. På det ena länssjukhuset skedde intervjuerna på operationsavdelningen. På grund av situationen i samhället fanns inte den möjligheten på det andra länssjukhuset och därför gjordes de intervjuerna över Skype. Intervjuerna ljudinspelades på studieförfattarnas mobiltelefoner och transkriberades sedan till respektive studieförfattares privata dator (efter tilläggsdirektiv från Göteborgs Universitet på grund av pandemin). Att ljudinspela intervjuerna rekommenderas framför att skriva anteckningar, eftersom det finns risk att viktig information missas då anteckningarna skrivs ner under tiden som intervjun pågår (Polit & Beck, 2017).

Dataanalys

För att analysera insamlade data har analysmetoden kvalitativ innehållsanalys använts. Det finns olika uppfattningar om hur en kvalitativ innehållsanalys ska genomföras, men författarna till den här studien har valt att använda artikeln "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness" (Graneheim & Lundman, 2004) som mall för analysprocessen. Intervjuerna transkriberades av den studieförfattare som utförde intervjun, det vill säga fyra intervjuer transkriberades vardera.

Alla åtta transkriberade texter lästes sedan upprepade gånger av båda studieförfattarna för att få en känsla för innehållets helhet. Texten delades sedan in i meningsbärande enheter. Dessa enheter kondenserades, vilket innebär att de förkortas utan att förändra kärnan av innehållet. Utifrån de kondenserade meningsbärande enheterna skapades sedan koder. När kodningen var klar jämfördes likheter och skillnader i koderna. Efter gemensam diskussion och reflektion skapade studieförfattarna kategorier och subkategorier som innehållet sorterades in i. Innehållet i kategorierna består av textens manifesta innehåll, det vill säga tolkningen av texten som den går att läsa. När analysprocessen var färdig kunde materialet slutligen sorteras in i totalt fyra kategorier och elva subkategorier. Exempel ur analysprocessen kan ses i Tabell 1.

Tabell 1: Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
Stå där längs den väggen, stå där hela tiden och behöver du gå ut så går du ut. Det tycker jag i och med att vi har så pass få trauman så tycker jag det är viktigt.	Viktigt att ta tillvara de få tillfällen som ges att skaffa erfarenhet.	Svårt att få erfarenhet
Det är väldigt mycket folk, många olika doktorer inblandade, till exempel kärl, öron, kirurgi. Då är det ganska svårt att få någon uppfattning vem som ska börja och vad de ska börja med. Är det kärlet som är mest prioriterat eller är det örat? Hur ska jag klä?	När det är flera doktorer inblandade är det svårt att veta vad som ska göras först. Då är det svårt att veta hur man ska förbereda och man får förutsätta själv.	Oklara direktiv gällande förberedelser
Vi visste inte om carotis var inblandad i det här hals – och huvudtraumat, men det får man bara tänka att den är. Fraktur någonstans? Är det örat eller vad är det egentligen?	Oklart vad som var skadat på patienten och vilken typ av skador som fanns.	Brister i överrapportering

<p>Vad man ska tänka på och vad man inte får göra i olika trauman. Hur de som har många trauman tänker, hur man ska tänka med upplägg och drapering. Vad de har för instrument och hur de har byggt upp sina traumavagnar</p>	<p>Att få ta del av kunskap från personer med mycket erfarenhet av trauma, över vad man ska tänka på vid olika praktiska moment</p>	<p>Att ta del av andras erfarenheter</p>
---	---	--

Etiska överväganden

Studien är gjord på avancerad nivå under högskolestudier och går därför inte under gällande etiklagstiftning för forskning som avser människor. Av den anledningen har studien kunnat genomföras utan att ett etiskt godkännande behövt inhämtas från Etikprövningsmyndigheten (SFS 2003:460). På grund av de rådande omständigheterna i samhället fanns överväganden kring det etiska i att ytterligare belasta sjukvården med att avvara personal för att delta i intervjuerna. Efter telefon- och mailkontakt med verksamhetschefer och enhetschefer på berörda enheter gavs deras godkännande att genomföra studien, trots den rådande situationen. Godkännandet mottogs via e-mail, där verksamhetscheferna först fick information om studien och dess syfte (Bilaga 3). En risk-nytta analys genomfördes med avsikt att kartlägga om deltagande i studien medförde några påtagliga risker. I en intervjusituation finns det risk att studieförfattaren hamnar i en maktposition gentemot informanterna och att de känner sig tvingade att delta i studien eller att besvara frågor på ett sätt som de tror att studieförfattarna förväntar sig (Birch & Miller, 2002). Därför påtalades det frivilliga i att delta i studien och möjligheten att avbryta sin medverkan om så önskades. Utöver detta behövde informanterna avsätta tid från sitt arbete för att delta i studien och det fanns även risk för att negativa känslor från tidigare upplevelser av traumatiska situationer skulle uppkomma i samband med intervjuerna. Risken för detta bedömdes dock som låg av studieförfattarna och därför gjordes bedömningen att nyttan med studierna överväger riskerna. Snarare är målsättningen med studien att resultatet som helhet ska kunna bidra till professionsutvecklingen av operationssjuksköterskor som deltar vid traumakirurgi.

I enlighet med Helsingforsdeklarationen fick informanterna genom

Forskningspersoninformation information bland annat om vad syftet med studien var, att

deltagande i studien var frivilligt och att samtycket till att delta när som helst kunde tas tillbaka. De fick också information om hur och var materialet skulle hanteras och förvaras innan de gav sitt skriftliga samtycke till att delta (World Medical Association, 2013). Informanternas identiteter kodades och lades in i ett dokument som endast studiens författare och handledare hade tillgång till. Informanternas integritet togs därmed i beaktande. Intervjuerna ljudinspelades med hjälp av mobiltelefoner, där det i applikationen tydligt framgick att allt material enbart lagras lokalt i telefonen. Telefonerna som användes är lösenordskyddade och det är bara studieförfattarna som haft tillgång till innehållet. De transkriberade texterna lagrades lokalt på studieförfattarnas privata datorer, där ingen obehörig har åtkomst. All data raderas när studien är godkänd och publicerad. För att informanterna skulle få möjlighet att granska studieförfattarnas tolkning av data som inhämtats erbjöds informanterna att ta del av studien efter publicering.

Resultat

Efter analysen kunde insamlad data sorteras in i fyra kategorier med två till tre sub-kategorier vardera som beskrev operationssjuksköterskors erfarenheter och behov vid omhändertagande av traumapatienter på operationsavdelning. Kategorierna berör operationssjuksköterskors roll i traumateamet, det interprofessionella arbetet kring traumapatienter, vikten av god kommunikation i akuta situationer och operationssjuksköterskors upplevda behov av kompetensutveckling avseende omhändertagande av svårt skadade patienter. Kategorierna och sub-kategorierna presenteras nedan i Tabell 2.

Tabell 2: Översikt av resultatets kategorier och sub-kategorier

Kategori	Sub-kategori
Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande den professionella rollen i traumasituationen	<ul style="list-style-type: none">• Erfarenheter av att vårda traumapatienter på operationsavdelning• Operationssjuksköterskors känslor kring att vårda traumapatienter• Operationssjuksköterskors roll i mottagandet av traumapatienter

<p>Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande att arbeta interprofessionellt i team i traumasituationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Att samarbeta interprofessionellt i traumasituationen • Det interprofessionella teamets behov av bra ledarskap i traumasituationen • Det interprofessionella teamet som stöd i traumasituationen
<p>Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande kommunikation i traumasituationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vikten av tydlig kommunikation i traumateamet • Kommunikativa utmaningar i traumateamet
<p>Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande traumautbildning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Operationssjuksköterskors nuvarande utbildningsnivå inom traumakirurgi • Vad operationssjuksköterskor önskar att en traumautbildning ska innehålla • Varför operationssjuksköterskor behöver traumautbildning och vilka effekter det skulle ge

Operationssjuksköterskorna som intervjuades hade alla omhändertagit traumapatienter på operationsavdelning, men hade olika grad av erfarenhet. Hälften av operationssjuksköterskorna hade även medverkat i traumateam som mottagit traumapatienter på akutmottagning, i sin roll som operationssjuksköterska. Traumapatienterna som de hade vårdat hade bland annat varit med om trafikolyckor, skottskador och knivskador.

Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande den professionella rollen i traumasituationen

Operationssjuksköterskorna som intervjuades beskrev den professionella rollen utifrån sina erfarenheter och känslor kring att omhänderta traumapatienter på operation. De påtalade också vikten av att få till sig rätt information om patienterna för att kunna utföra sitt arbete

väl.

Erfarenheter av att vårda traumapatienter på operationsavdelning

Under intervjuerna framkom det att operationssjuksköterskorna har svårt att skaffa sig erfarenhet och vana av att vårda traumapatienter. De uppgav att de enbart omhändertar någon enstaka traumapatient per år. De menade att detta inte beror på att trauman inte är vanligt förekommande, utan att svårt skadade patienter i högre utsträckning vårdas på regionens Universitetssjukhus och inte på länssjukhusen. Däremot upplevde de sig ha goda kunskaper i att vårda patienter med ortopediska traumaskador där inte övriga vitala funktioner sviktar. Detta gällde även om det kom in traumapatienter med skador i bukorganen, då elektiv bukkirurgi är vanligt förekommande och de således hade goda grundkunskaper inom det området. De påtalade vikten av att i början av sin karriär ta tillfället i akt att vara observeratör vid traumakirurgiska ingrepp när tillfälle ges. Detta då det på annat sätt är svårt att bygga upp sin erfarenhet inom traumakirurgi på länssjukhusen. Med arbetslivserfarenhet menade de att en viss handlingsberedskap utvecklas och att de på så sätt kan lösa situationer som inte är så vanligt förekommande. För att kunna känna sig trygga i omhändertagandet av traumapatienter uppgav operationssjuksköterskorna att de behöver få mer vana av sådana situationer.

Operationssjuksköterskors känslor kring att vårda traumapatienter

Inför mötet med en traumapatient beskrev operationssjuksköterskorna att en mängd olika känslor uppkommer. Några av operationssjuksköterskorna uppgav att de får ett stresspåslag och känner en oro inför att inte riktigt veta vad de kommer att mötas av, vad de kommer behöva göra och om de har gjort rätt förberedelser. De förbereder sig på att patienten de snart ska ta emot kan vara svårt skadad och att situationen kan komma att bli psykiskt påfrestande. När det inte finns tillräckligt med tid att praktiskt förbereda sig inför patientens ankomst till operationsavdelningen upplevs det som jobbigt och stressande. När det kommer till planeringen av det praktiska, till exempel i att göra patienten klar inför operationen, beskrivs även en känsla av ensamhet i att självständigt behöva ta beslut gällande hur patienten ska positioneras, tvättas och sterilkläs. Detta då det faller inom operationssjuksköterskans ansvar och det inte alltid finns någon annan att fråga om råd.

Kirurgerna och ortopederna tänker ju inte alltid riktigt i våra banor när det kommer till upplägg och hur man ska klä och sånt, att man är ensam i det. Man får ju tänka själv och då kan man känna sig lite ensam när man inte har någon att bolla med, för du vet ju hur det kan vara... att man måste tänka ut det själv. [11]

Andra beskrev hur de i en stressig situation försöker behålla lugnet eller att stresspåslaget gör att de blir mer fokuserade och kan komma igång att jobba fortare. När operationen är igång menade operationssjuksköterskorna att de försöker hålla sig fokuserade och vara på tårna hela tiden då de beskriver att de har en viktig roll i att vårda patienten. De berättade att de sporrar sig själva genom att tänka att de kommer att klara av det som de står inför och försöker trycka bort de negativa tankarna om att de inte kommer att klara det. Trots att det kan vara en otillfredsställande arbetsmiljö med mycket störningsmoment från omgivningen gäller det, enligt operationssjuksköterskorna, att behålla fokus på sina ansvarsområden. Det är också när operationen är igång och patientens skador är lokaliserade som de känner att de återfår känslan av att ha kontroll över situationen.

Oavsett om den svårt skadade patienten är ett litet barn eller en person i deras egen ålder beskrev vissa av operationssjuksköterskorna att de inte tillåter sig själva att låta känslorna ta överhand under operationen, det skjuter de framför sig tills operationen är över. I situationer där utfallet inte har blivit bra för patienten framkommer känslor av otillräcklighet, hopplöshet och förlust i att patientens liv inte har kunnat gå att rädda.

Operationssjuksköterskors roll i mottagandet av traumapatienter

Inför traumapatientens ankomst till operationsavdelningen berättade operationssjuksköterskorna att de försöker ta reda på vilka skador patienten har och utifrån den informationen föreställa sig ett tänkbart scenario i hur operationen kommer fortlöpa. Detta för att kunna ta fram rätt operationsbord, instrument och apparater, såsom extra sugar. De uppgav att det underlättar om de tidigt får veta vad som är skadat och vad som är planerat att åtgärdas för att hinna utföra rätt förberedelser, eftersom det är stor skillnad på hur förberedelserna går till beroende på om det till exempel är en patient med skada i thorax eller i buken. För att ytterligare underlätta förberedelserna inför operationen finns det, enligt operationssjuksköterskorna, en traumavagn på avdelningen innehållande grundgaller med instrument och material anpassade för att snabbt kunna åtgärda de mest akuta skadorna.

För att kunna göra korrekta förberedelser var operationssjuksköterskorna rörande överens om att de är tvungna att få rätt information tidigt i processen. Den bästa informationen, menade de, kommer från en annan operationssjuksköterska på plats vid mottagandet av patienten. Därför anser de att det är av stor betydelse att en operationssjuksköterska ska ingå i det traumamottagande teamet på akutmottagningen. På det länssjukhuset där operationssjuksköterskor redan ingår i traumateamet rapporteras patientens skadesituation och operationsbehov via telefon från en operationssjuksköterska på akutmottagningen till en annan på operationsavdelningen. Detta innebär att när patienten väl anländer till operationsavdelningen är en sal redan förberedd och det står ett team redo att börja operera. På det länssjukhuset där operationssjuksköterskan inte är med och ser patienten på akutmottagningen uppgav de att de ofta saknar relevant information om patienten, då andra yrkeskategorier inte ser på operationen ur operationssjuksköterskans perspektiv. De upplevde inte att de som ingår i traumateamet har förståelse för att skadeläget på patienten avgör vilka förberedelser som behöver göras och därför inte ger den relevanta information som operationssjuksköterskorna behöver.

Operationssjuksköterskorna beskrev en hektisk situation då operationen pågår och att det då är viktigt att ligga steget före, för att hålla koll på sina instrument och bukdukar. Det är även av betydelse att vara lyhörd gentemot kirurgen för att uppmärksamma vad som blir nästa steg. Operationssjuksköterskorna nämnde att det finns risk att många icke opererande läkare vill stå med och titta under operationen och att operationssjuksköterskan då kan hamna långt ifrån operationsområdet. Här poängterade de vikten av att ta sin plats på salen.

Det är lätt att det kommer in väldigt mycket folk sterilklädda också, för att stå med och titta. Eller det känns ju mest att de är med för att lära sig, kanske hålla någon hake eller så. Men där är jag stenhård, eller har blivit... att operatör och assistent står mitt emot varandra. Sen står jag bredvid operatören eller assistenten, aldrig längre ifrån än så. [12]

Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande att arbeta interprofessionellt i team i traumasituationen

Det interprofessionella teamet runt en traumapatient på operationssal består förutom operationssjuksköterska av opererande läkare, anestesijunksköterska, anesthesiolog och "pass

på sal” som vanligtvis är en undersköterska. Nedan presenteras hur operationssjuksköterskor ser på det interprofessionella teamarbetet i traumasituationen.

Att samarbeta interprofessionellt i traumasituationen

Enligt operationssjuksköterskorna kännetecknas ett gott interprofessionellt samarbete i en traumasituation av att teamet kan förlita sig på varandra och fokuserat arbeta mot samma mål. Vidare menade de att samarbetet främjas av att alla är villiga att hjälpas åt över professionsgränserna, är mer på tå och är tydliga i sin kommunikation. Något annat de påtalade som främjar gott interprofessionellt samarbete är att teamets medlemmar är bekanta med varandra och medvetna om hur de andra reagerar på exempelvis stress.

Operationssjuksköterskorna gav exempel på förutsättningar för bra teamarbete och det kännetecknades enligt dem av att inte vara för många personer inne på salen. Samtidigt uppgav operationssjuksköterskorna att traumasituationen kräver att många är inblandade, men att alla på salen behöver vara införstådda med vad deras uppgift är, för att inte vara i vägen. I de situationer då för många är inblandade resulterar det ofta i att det uppstår oklarheter i vem som leder arbetet och vem som ska göra vad. Det skapar utmaningar i vilka förberedelser som operationssjuksköterskan behöver göra. I de fall intressekonflikter mellan olika professioner uppstår finns risk att man hindrar varandras arbete och patienten blir lidande.

Operationssjuksköterskorna menade att ett sätt att komma runt dessa konflikter är att kunna anpassa sig efter situationen och arbeta utefter de förutsättningar som råder.

Operationssjuksköterskorna upplevde att för många starka viljor på salen kan leda till att en kaosartad stämning uppstår där folk pratar i munnen på varandra, vilket blir ett stresspåslag. Något annat som kan bidra till stress är att arbeta tillsammans med personer som inte har någon hög stresstålighet, då detta kan leda till att även andra personer i teamet upplever situationen som stressande. Att vara oerfaren inför traumasituationen och bristande i sin handlingsberedskap är också en faktor som triggar stress och påverkar det interprofessionella samarbetet negativt.

Det interprofessionella teamets behov av ledarskap i traumasituationen

För att förbättra chanserna för ett gott interprofessionellt samarbete påtalade operationssjuksköterskorna vikten av ett tydligt ledarskap där någon tar kommandot och kommunicerar i traumasituationen. Detta ger teamets medlemmar en bättre uppfattning av vad

som planerar att göras och minimerar därmed risken för tvetydiga uppmaningar som kan uppstå i situationer där flera olika personer tar på sig ledarrollen.

Det kan jag saknat några gånger att det ska vara en som tar övertaget och som leder arbetet. Jag tycker att huvudoperatören och huvudnarkosläkaren... att det är en av varje som har en plan tillsammans. Och det är väl kanske att man inte har jobbat så mycket ihop i trauman... att det blir väldigt många som vill vara med och vill hjälpa till och att det blir för mycket folk... och då blir det inte bra. [13]

Enligt operationssjuksköterskorna är det oftast operatören eller anestesiologygen som tar på sig rollen som ledare för teamet. De menade dock att det finns situationer då operationssjuksköterskan är den mest erfarna på salen och kan bli tvungen att leda arbetet och att alla operationssjuksköterskor behöver ha förmågan att leda till exempel pass på sal, för att arbetet ska flyta på så bra som möjligt.

Det interprofessionella teamet som stöd i traumasituationen

För att kunna hantera den jobbiga traumasituationen belyste operationssjuksköterskorna vikten av det interprofessionella teamets stödjande funktion. Genom att inför operationen prata ihop sig med teamets medlemmar uppgav operationssjuksköterskorna att de blir mentalt förberedda för situationen de snart ska ställas inför. Att ha en kollega att rådfråga vid oklarheter ansågs också fördelaktigt i den preoperativa fasen, genom att på så vis dela med sig av sina olika erfarenheter för att få ett bredare perspektiv över situationen. Även under den intraoperativa fasen menade operationssjuksköterskorna att teamet i vissa fall tagit hjälp av en extra sterilklädd operationssjuksköterska som enbart skötte kontrollräkning av instrument och kompresser. På så vis kunde den andra operationssjuksköterskan fokusera på instrumentering vilket ledde till ett snabbare och säkrare ingrepp.

Att få möjlighet till att samlas i teamet och prata igenom händelseförloppet i efterhand ansåg operationssjuksköterskorna som värdefullt, men de menade dock att teamet sällan tar sig den tid till debriefing som de många gånger hade behövt. De gångerna det har varit aktuellt med debriefing har det många gånger varit i de fall då patientens liv inte gått att rädda. De har då diskuterat vad som kunde gjorts annorlunda och gått igenom vad i situationen som har fungerat bra och mindre bra, för att på så vis utvärdera arbetet. Denna utvärdering resulterar

enligt operationssjuksköterskorna i att de drar lärdom inför framtiden och bearbetar känslor som kan ha uppkommit.

Då lär man sig mer av sina misstag, eller någon annans misstag för den delen... att såhär gör vi, eller såhär gör vi inte. Speciellt eftersom vi inte hamnar i de här situationerna så ofta heller. Jag tror att debriefing alltid är bra att ha. [I7]

Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande kommunikation i traumasituationen

Under intervjuerna framkom både positiva och negativa upplevelser kring hur kommunikationen på operationssalen sker i traumasituationen. Alla operationssjuksköterskor var dock överens om att kommunikation är en väsentlig del för att arbetet ska fungera.

Vikten av tydlig kommunikation i traumateamet

Operationssjuksköterskorna menade att ett bra interprofessionellt samarbete på operationssalen bygger på bra och tydlig kommunikation mellan teamets medlemmar. Detta är särskilt viktigt i stressiga situationer, såsom vid omhändertagande av en traumapatient. Bra kommunikation i ett tidigt skede gör så att fler kan hjälpas åt med förberedelserna på avdelningen. Om de blir klara före patienten kommer dit kan operationen komma igång snabbt, vilket gör att förutsättningarna för patienten blir bättre.

Bra kommunikation är att informationen rullar, att man vet precis vad som gäller. Man pratar ihop sig. Man har telefonkontakt med läkaren och kanske med någon personal från akutmottagningen som kan ge extra information. Kommunikation är ju det viktigaste. Att man pratar ihop sig med sin undersköterska eller med sin kollega. Då rullar det på... och det funkar bäst. [I5]

Operationssjuksköterskorna uppgav också att när teamet får tid på sig att kommunicera med varandra preoperativt om vad som planeras att göras under operationen fungerar det intraoperativa arbetet bättre. Operationssjuksköterskorna känner sig till exempel tryggare i sitt arbete om kirurgen redan i förväg har kommunicerat vad som planeras att göras i första hand och vilken strategi som de kan behöva ta till om inte den ursprungliga planen faller ut väl. Då traumasituationen ofta är stressfylld och ibland upplevs som kaosartad var operationssjuksköterskorna överens om att tydlig kommunikation enligt closed loop-modellen

är ett bra verktyg att ha som utgångspunkt i det akuta skedet. De menade att intraoperativ kommunikation enligt closed loop främjar arbetet genom att alla tydligt förmedlar sina egna arbetsuppgifter och även uppmaningar till de andra på salen, som i sin tur bekräftar att de tagit till sig informationen. Att kommunicera på det viset minskar risken för missförstånd och på så vis sparas värdefull tid. Operationssjuksköterskorna försöker därför tänka på att använda sig av den formen av tydlighet i kommunikationen med teamet i traumasituationen.

Man låter inte otrevlig på något vis men tydlig och rak kommunikation och man pratar kanske lite högre. "Ge mig mer kompresser nu! Spring och hämta det, det är bråttom!". [I4]

Kommunikativa utmaningar i traumateamet

En utmaning i traumasituationen var enligt operationssjuksköterskorna att ta emot rapport från någon av en annan profession än sin egen. De menade att andra professioner har ett annat perspektiv av vad som är viktigt att fokusera på i patientens skadeläge än vad operationssjuksköterskor har. Detta leder ofta till att operationssjuksköterskor får bristfällig information om patienten utifrån vad de behöver veta för att kunna ha rätt handlingsberedskap. Några av operationssjuksköterskorna menade att de i många fall endast får rapport om att en patient med till exempel knivskada är på väg, men att de inte får veta mer specifikt vad som verkar vara skadat och hur omfattande skadan ser ut att vara. Som konsekvens av den bristfälliga överrapporteringen pratade de om att deras förberedelser innan patienten kommer till operationsavdelningen många gånger blir svåra att genomföra, då de inte har ett korrekt skadeläge att utgå ifrån. I de fallen måste operationssjuksköterskan skapa sig en uppfattning om skadornas omfattning först när patienten väl är på plats på operationssalen. De berättade också att ibland kan ett traumateam rulla in en traumapatient på operationsavdelningen utan att det mottagande operationsteamet ens vetat om att en patient är på väg.

En annan svårighet när det kommer till kommunikation var enligt operationssjuksköterskorna att operatören sällan hör av sig till operationssjuksköterskan preoperativt. Det kan till exempel leda till att patienten inte positioneras enligt det specifika önskemål som sedan framkommer att kirurgen har. Operationssjuksköterskorna menade även att stressfyllda situationer kan leda till att det blir svårt att upprätthålla en tillfredställande kommunikation över

professionsgränser, då det är lätt att alla fokuserar på det som är viktigast i deras eget arbete.

Operationssjuksköterskors uppfattningar rörande traumautbildning

Tillräcklig utbildning inom trauma var något som operationssjuksköterskorna uppgav att de saknade, men uttryckte en önskan om att få. De menade att det skulle ge en positiv inverkan för hela traumateamet och patienterna om operationssjuksköterskor kompetensutvecklas inom traumakirurgi.

Operationssjuksköterskors erfarenhet av utbildning inom traumakirurgi

Operationssjuksköterskorna berättade att den utbildningen de fått i traumakirurgi oftast skett internt på operationsavdelningen i form av genomgång av traumavagnar och traumagaller samt praktiskt handhavande av de instrument som ingår i dessa galler. Endast en av operationssjuksköterskorna som intervjuades hade deltagit i en extern utbildning i traumakirurgi riktad till operationssjuksköterskor. Vissa av operationssjuksköterskorna hade däremot deltagit vid simuleringsträning av traumamottagandet på akutmottagningen. I dessa simuleringsträningar får de, utifrån sina egna roller tillsammans med andra professioner, träna på bland annat kommunikation i stressiga situationer.

De här traumasimuleringarna, de känns väldigt äkta. Man får liksom adrenalinpåslag, fast det är en docka som ligger där. Och det är rätt så bra att ha gjort det där, för jag kommer ihåg att jag gjorde det en gång, och sen en vecka senare då blev det skarpt läge. [18]

Andra operationssjuksköterskor uppgav att de deltagit som assistenter vid utbildningar riktade till ST-läkare inom kirurgi i konceptet Damage Control Surgery. Samtliga utbildningstillfällen upplevdes som lärorika och en önskan uttrycktes om att få delta vid dessa oftare, även om de inte var direkt riktade till operationssjuksköterskor. Ett annat sätt att tillgodogöra sig kunskaper inom traumakirurgi var enligt operationssjuksköterskorna att ta tillvara på mer erfarna kollegors erfarenheter och kunskaper.

Vad operationssjuksköterskor önskar att en traumautbildning ska innehålla

Traumautbildning riktad till operationssjuksköterskor bör enligt operationssjuksköterskorna inledas med teoretisk utbildning i kroppens anatomi och fysiologi, med fokus på att bättra på kunskaperna om hur olika organ och stora blodkärl påverkas av allvarlig skada. De önskade

att den teoretiska utbildningen strukturerat ska gå igenom kroppens organ uppifrån och ner och innehålla föreläsningar om skullskador, skador i thorax, skador i olika bukorgan samt olika ortopediska skador. I föreläsningarna ville de även att det ska ingå teori i hur olika skador omhändertas till exempel hur det går till när en kraniektomi behöver utföras, hur en thorakotomi går till, hur blödningar i olika bukorgan ska hanteras, hantering av olika typer av frakturer såsom bäckenfrakturer samt till vad olika suturer används. De önskade även få fördjupad kunskap i vad som händer i kroppen vid multitrauman, där flera olika organ kan vara svårt skadade och hur prioriteringen gällande vad som är mest akut att åtgärda bör gå till.

Utifrån den teoretiska utbildningen ville operationssjuksköterskorna sedan få tänka ut och planera hur olika situationer kan hanteras och sedan praktiskt få träna på att instrumentera och assistera vid dessa olika momenten, genom simuleringar. Exempel på specifika moment som operationssjuksköterskorna ansåg att utbildningen bör innehålla är att träna på att hantera kraniektomiinstrument, sågar och hakar som används vid thorakotomier och hur thoraxdränage sätts. Vidare menade de att genomgång av Damage Control Surgery-konceptet borde inkluderas i utbildningen. I det skulle bland annat praktisk träning på hur öppna frakturer hanteras genom extern fixation ingå, samt hur blödningar i buken snabbt kan stoppas genom att till exempel packa buken med kompresser eller att applicera olika typer av hemostatikum på blödningskällan. Operationssjuksköterskorna önskade också praktisk träning i hur patienter bäst positioneras och förflyttas utifrån olika allvarligare frakturtyper, samt vilka förfaranden som kan vara direkt förvärrande, till exempel vid rygg- och bäckenfrakturer. All denna kunskap menade de behövs för att öka känslan av att deras handhavande är patientsäkert.

Det är viktigt att man kan känna sig lugn och säker i sitt jobb. Och därför är det viktigt att ha sådana här traumautbildningar, med föreläsningar och scenarier. Om du känner dig trygg i dig själv gör du ett bättre jobb och känner dig mer säker. [16]

Traumautbildningen för operationssjuksköterskor skulle enligt operationssjuksköterskorna även kunna innehålla praktiska tips på hur operationssalen bäst ställs i ordning utifrån olika tänkbara skadescenarier. Även mindre traditionella operationstekniker som att exempelvis vilken typ av staplers som kan användas för att åtgärda en blödande lunga, istället för att sy eller packa med kompresser lyftes som användbar kunskap.

Eftersom det framkom att viktiga delar i ett gott traumamottagande av patienten är information, kommunikation och samarbete ville operationssjuksköterskorna att utbildningen i traumakirurgi ska innehålla praktiska övningar tillsammans med andra professioner i traumateamet. Detta skulle enligt operationssjuksköterskorna öka teamets handlingsberedskap och förmågor i att hantera bland annat stressen som uppkommer vid akuta situationer. Operationssjuksköterskorna menade att de traumasimuleringar de tidigare deltagit i endast innehållit mottagandet och det första omhändertagandet av patienten på akutmottagningen. Alla operationssjuksköterskor var överens om att de saknat hela den traumamottagande vårdkedjan i de tidigare simuleringsträningarna och ansåg att traumautbildningen för operationssjuksköterskor bör kompletteras med att träna interprofessionellt även på operationssal, då det ofta är på operation som ursprunget till patientens tillstånd ska åtgärdas.

Slutligen ansåg operationssjuksköterskorna att för att få bäst teoretisk och praktisk kunskap i traumaomhändertagandet av patienten bör utbildningen ledas av personer som har lång klinisk erfarenhet av traumasituationer.

Det behöver ju inte bara vara läkare som föreläser, det kan vara personal från akuten också, som kommer med tips och råd. Äldre kollegor, som varit med ett tag. Vi behöver ta tillvara på erfarenheten som finns. [I6]

Varför operationssjuksköterskor behöver traumautbildning och vilka effekter det skulle ge

Operationssjuksköterskorna uttryckte en önskan om att få utbildning i trauma, riktad till just deras profession. Eftersom det är tänkbart att de hamnar i situationer där de behöver omhänderta patienter med olika tänkbara skador vid ett traumaomhändertagande och de vanligtvis inte deltar vid operationer i exempelvis thorax, kände de inte att den kunskap de får genom erfarenhet på operationsavdelningen är tillräcklig. De menade att förutsättningarna för att få goda kunskaper i traumaomhändertagande är att ha varit med om flera traumasituationer eller att delta i en gedigen utbildning inom området. Då de upplevde att de till stor del saknar både tillräckligt med erfarenhet och utbildning menade de att de ofta i traumaomhändertagandet ställs inför situationer där de inte besitter tillräcklig kompetens.

Operationssjuksköterskorna upplevde också att det i större utsträckning satsas på andra professioners utbildning inom trauma och de uttryckte känslor av orättvisa inför detta.

Man blir ju också lite såhär när narkosen får åka på sina traumautbildningar. Det satsas ganska mycket på dem... men som sagt, det är återigen vi som ska fixa det, vi ska fixa problemen. Det hjälper inte vad de lär sig om inte vi kan fixa problemet. [I1]

Operationssjuksköterskorna menade att en utbildning inom trauma för operationssjuksköterskor skulle leda till att öka deras kompetens och göra dem bättre rustade inför traumasituationen. Den ökade kompetensen kan i förlängningen förbättra utfallet för patienterna genom att operationssjuksköterskor skulle kunna bidra till att traumakirurgins kvalitet blir bättre och att ingreppen går snabbare. De känslorelaterade effekterna av utbildning i traumakirurgi skulle enligt operationssjuksköterskorna vara ett ökat självförtroende, ökad känsla av trygghet, säkerhet och ökad förmåga av stresshantering inför akuta situationer.

Jag tror att man skulle få ett ökat självförtroende om man hade gått den utbildningen... och att ha ett ökat självförtroende i sådana situationer är ju jättebra för att slippa den här inre stressen. Vi är grymma och jobbar vi bara på som vanligt är vi ju jättegrymma. Vi kan hur mycket som helst, vi ska bara inte tillåta oss att tänka att vi inte kan. [I1]

Diskussion

Metoddiskussion

Efter att ha läst litteraturen som handlar om metodval valdes kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer då det skulle bidra med den mest värdefulla information i förhållande till studiens syfte, eftersom studieförfattarna kunde få informationen till sig direkt från informanterna (Polit & Beck, 2017). Även nu i efterhand kvarstår övertygelsen om att det var rätt val då andra metoder, till exempel enkätstudie, inte hade givit samma substans i innehållet. Vid en enkätstudie hade det inte givits någon möjlighet att få svar på de följdfrågor som uppkom under intervjuerna och följdfrågorna visade sig vara viktiga för att få utvecklande svar av informanterna. En svaghet i att välja kvalitativ metod jämfört med

kvantitativ metod var däremot att vid en enkätstudie hade fler deltagare kunnat inkluderas och det hade stärkt studiens generaliserbarhet (Polit & Beck, 2017). En systematisk litteraturoversikt hade inte varit möjlig att genomföra, då litteratursökningen inte givit några träffar på tidigare studier om operationssjuksköterskans kliniska roll i traumasituationen.

Förförståelse kring det ämnet som en studie handlar om kan påverka en studies resultat och därför är det viktigt att författare av en studie diskuterar den förförståelse som finns sedan tidigare, inför att en studie genomförs (Polit & Beck, 2017). Författarna av studien hade vid studiens början inte så mycket förförståelse kring just traumasituationen. Studieförfattarna har sedan tidigare olika erfarenhet av att arbeta på avdelningar och mottagningar på sjukhus, men gemensamt för båda två var att ingen tidigare har varit med om att ta emot en patient som skadats i ett trauma. Detta ledde till att arbetet med studien kunde inledas utan att någon del påverkats av förutfattade meningar eller att några paralleller kunde dras till tidigare erfarenheter. Däremot har den pågående specialistsjuksköterskeutbildningen givit förståelse för kontexten på en operationssal och därmed bidragit till förmågan att kunna ta till sig vad informanterna svarade och ställa värdefulla följdfrågor, vilket har varit en styrka för studiens genomförande.

Ingen av studieförfattarna hade tidigare gjort en intervjustudie eller analyserat data enligt den analysmodell som valdes för studien vilket kan ha påverkat det resultat som framkom och eventuellt varit en svaghet. För att öka studiens giltighet har dock författarna under hela analysproceduren tillsammans diskuterat och reflekterat kring analysstrategin och gemensamt tolkat hur processen skulle fortlöpa steg för steg. Studiens giltighet stärks även genom att en ingående presentation av den valda metoden framgår, samt att exempel ur analysprocessen presenterats i en tabell och förstärks ytterligare av att alla informanter är citerade i resultatet. Studiens tillförlitlighet påverkas av, som nämndes i metodbeskrivningen, hur lång tidsperioden för datainsamlingen är (Graneheim & Lundman, 2004). Innan en intervjustudie genomförs är det bra att göra en eller flera övningsintervjuer för att bland annat säkerställa att frågorna som ställs är adekvata och att beräknad tidsåtgång för intervjuerna är rimlig (Danielsson, 2017; Polit & Beck 2017). Då den här studien gjordes på magisternivå med begränsad tid till förfogande avstod författarna från att göra övningsintervjuer. Detta kan ses som en svaghet i studien gällande författarnas intervjuteknik och kan således ha påverkat resultatet. Intervjuerna gjordes inom loppet av fyra arbetsdagar och delades upp sinsemellan,

vilket kan anses vara både positivt och negativt. Genom att göra intervjuerna relativt snabbt påverkades inte studieförfattarna i sitt sätt att genomföra intervjuerna, utan intervjuerna blev likvärdigt genomförda. Ursprungsplanen att genomföra intervjuerna tillsammans fick ändras, på grund av omständigheterna med Covid-19-pandemin som pågick. Eftersom författarna av studien inte gjorde intervjuerna tillsammans resulterade det möjligen i att intervjuerna inte genomfördes på exakt samma sätt avseende eventuella skillnader i författarnas intervjuteknik. Huruvida detta har påverkat resultatet av studien är svårt att säga, men dessa eventuella brister har begränsats genom att tätt samarbeta, läsa varandras intervjuer upprepade gånger och resonera kring innehållet. Studieförfattarna menar att detta kompenserar de eventuella skillnaderna i intervjuteknik till viss del och således ytterligare stärker studiens giltighet. En annan del i ursprungsplanen var att genomföra studien på fyra länssjukhus, men på grund av rådande omständigheter valdes att bara genomföra studien på två länssjukhus. Det är sannolikt att en studie gjord på fyra sjukhus istället hade resulterat i att data som framkom ur intervjuerna varit ur ett bredare perspektiv, då rutiner och möjligheter att skaffa sig erfarenhet av traumasituationer ser olika ut på olika sjukhus. Angående studiens överförbarhet är det oklart hur det ser ut i andra regioner gällande operationssjuksköterskans roll i traumasituationen. Då studien är gjord på två olika länssjukhus, liknande övriga länssjukhus i Sverige, kan resultatet vara överförbart till andra liknande miljöer.

Urvalet av informanter kan anses vara tillräckligt brett för att ge en generell bild av operationssjuksköterskors uppfattningar kring traumasituationen, då informanterna har en bred variation avseende ålder och antal år inom professionen. Även variationen mellan kvinnor och män som deltog i studien är representativt för hur könsfördelningen ser ut i den kliniska verkligheten på operationsavdelningarna som studerades (Socialstyrelsen, 2017). Om antalet informanter hade varit fler skulle dock resultatet möjligtvis kunnat vara ytterligare representativt för operationssjuksköterskors uppfattningar som helhet och därför kan det förhållandevis låga antalet informanter ses som en svaghet (Moser & Korstjens, 2018). Om fler informanter hade deltagit i studien hade datamättnad kunnat uppnås. Samtidigt fanns det en tidsgräns att förhålla sig till och därför var det tvunget att dra en gräns för datainsamlingen. Författarna upplevde under analysprocessen att vissa meningsbärande enheter återkom från flertalet informanter, framförallt avseende operationssjuksköterskans informationsbehov vid traumasituationer, vilket kan tolkas som att en viss datamättnad fanns i det insamlade materialet (Polit & Beck, 2017).

Intentionen var att ha ett strategiskt urval av informanter i studien och inklusionskriterierna presenterades för enhetscheferna på respektive operationsavdelning inför att de tillfrågade operationssjuksköterskor att delta i studien. Studieförfattarna hade ingen insyn i hur det gick till när informanterna tillfrågades men anser dock att vilka informanter som än hade valts ut hade bidragit till att besvara studiens syfte, så länge de uppfyllde inklusionskriterierna.

Resultatdiskussion

Studien ämnar bland annat att undersöka operationssjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter rörande sin professionella roll i traumasituationen. Operationssjuksköterskan har en viktig roll i vårdandet av traumapatienter då cirka 10% av allvarligt skadade patienter vårdas på operationsavdelning som högsta vårdnivå (Svenska traumaregistret, 2018).

Resultatet visar att operationssjuksköterskorna upplever känslor av bland annat stress och oro i samband med traumasituationen, men det framkom under intervjuerna att de operationssjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet inte upplever samma jobbiga känslor inför traumasituationen som de med kortare erfarenhet. De med lång erfarenhet tycktes också vara bättre rustade att klara av de praktiska momenten. Detta överensstämmer med Patricia Benners modell ”Från novis till expert”, att en sjuksköterska med lång erfarenhet har en större handlingsberedskap och kan agera instinktivt i oväntade situationer (Benner, 1993). Av resultatet kan det även utläsas att de operationssjuksköterskorna med kortare erfarenhet är kompetenta, men att de i viss mån saknar det självförtroende och den handlingskraft som de mer seniora operationssjuksköterskorna har.

De operationssjuksköterskor som arbetar på det sjukhus där operationssjuksköterskor ingår i traumateamet ansåg att de får bra information och är väl förberedda när patienten anländer till operationsavdelningen. Detta var något som operationssjuksköterskorna från det andra sjukhuset uppgav att de saknar och det visar att det finns ett behov av att ha en operationssjuksköterska i traumateamet. Det skulle kunna leda till bättre kommunikation mellan de olika vårdande enheterna och skapa bättre förutsättningar för operationsförberedelser. Tidigare forskning gjord inom pediatrik traumavård visar att korrekt informationsutbyte mellan olika vårdande enheter minskar risken för att viktig information faller bort (Hoonakker et al., 2019). Det är därför viktigt för patientsäkerheten att ha en välfungerande kommunikation mellan professioner och vårdenheter för att operationssjuksköterskan ska få korrekt information i traumasituationen. Det kan leda till att

patienten blir omhändertagen snabbare på operationsavdelningen, det vill säga att operationen kan starta utan fördröjning som beror på operationssjuksköterskans förberedelser. Detta belyser vikten av simuleringsträning i traumasituationen, för att få förbättrade kunskaper i non-technical skills i form av bland annat kommunikation (Capella et al., 2010; Hansen et al., 2007; O’Dea et al., 2014). Bristen på tidigare studier om effekterna på patientsäkerheten vid just operationssjuksköterskans deltagande i traumateamet tyder dock på att det vore värdefullt med mer forskning på området.

Resultatet visar att det interprofessionella samarbetet är en viktig faktor för att arbetet i en traumasituation ska fungera bra. Operationssjuksköterskorna menade att för att teamet ska kunna ha ett gott samarbete krävs det att de arbetar mot samma mål, har en tydlig kommunikation samt har en ledare att följa. Att inte vara medveten om vem som leder arbetet och att istället vara många beslutsfattare leder till negativa konsekvenser för arbetet och i slutändan för patienten. Dessa fynd stärks av tidigare forskning som visar att team som upprätthåller en tydlig closed loop-kommunikation och har en ledare som förmedlar klara besked är av stor vikt då det leder till färre kommunikativa missförstånd och att arbetet utförs mer effektivt (Härgestam, Lindkvist, Jacobsson, Brulin & Hultin, 2016). Resultatet visar att operationssjuksköterskorna i vissa situationer har saknat en tydlig ledare som tar kommandot och det tyder på att det saknas tydliga riktlinjer för vem i traumateamet som ska leda arbetet. Att i traumasituationen arbeta enligt CRM konceptet gällande ledarskap och att ha tydliga riktlinjer borde därför minska risken för kommunikativa misstag som beror på att flera olika personer tar på sig ledarrollen och kunna leda till ett bättre interprofessionellt samarbete (O’Dea et al., 2014).

När det interprofessionella teamet får simuleringsträning i traumasituationer och därmed träning i kommunikation, situationsmedvetenhet, samarbete och ledarskap leder det till ett bättre interprofessionellt samarbete (Sullivan et al., 2018; Hansen et al., 2008).

Simuleringsträning har visat sig vara en lämplig metod i att träna inför traumaomhändertagande då simulering upplevs realistiskt. Detta enligt deltagarna i en svensk studie som undersökt hur ambulanspersonal upplevde deltagande i traumasimulering (Abelsson & Lundberg, 2018). Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav att de simuleringsträningar de har deltagit vid berör traumamottagandet av patienten på akutmottagningen men att det vidare omhändertagandet på operationsavdelningen saknas. Det

tyder därför på att det vore värdefullt för det interprofessionella samarbetet på operationsavdelningen att simuleringsträning i traumaomhändertagande även ska innefatta omhändertagandet på operationsavdelningen. Att få sådan omfattande simuleringsträning skulle kunna leda till att det interprofessionella teamet känner sig bättre förberedda inför traumasituationen och det skulle minska risken för missförstånd i teamarbetet.

Operationssjuksköterskorna var överens om att de saknar en heltäckande utbildning i traumaomhändertagande och traumakirurgi riktad till operationssjuksköterskor. Som framkommit i arbetets bakgrund upplever akutteam och operationsteam som omhändertar traumapatienter att utbildning leder till att personalen känner sig säkrare i sitt arbete och att utfallet för patienterna blev bättre (Capella et al., 2010, Hansen et al., 2008) Då det saknas tidigare forskning angående operationssjuksköterskans roll i traumasituationen bör ny evidens inom området tas fram. Genom att bedriva forskning och inkludera den nya evidensen i utbildningen skulle det i kombination med rådande evidens gå i linje med de krav som Kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor ställer på den perioperativa omvårdnaden (Riksföreningen för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening, u.å.). Utifrån den här studiens resultat skulle en utbildning i traumakirurgi för operationssjuksköterskor kunna ge effekter som ökat självförtroende, förbättrade kunskaper i traumaomhändertagande och ökad förmåga av interprofessionellt samarbete för operationssjuksköterskorna. Utbildningen skulle då förhoppningsvis leda till att operationssjuksköterskor bidrar till att åstadkomma en god traumasjukvård i enighet med det regeringsbeslut Traumaprocessen i Västra Götalandsregionen blivit ålagda (Socialstyrelsen, 2015).

Slutsats och kliniska implikationer

Denna studie styrker vikten av operationssjuksköterskans roll i traumateamet med tanke på att 10% av de allvarligt skadade traumapatienterna har operationsavdelning som högsta vårdnivå. Operationssjuksköterskorna uppgav att de utifrån sina yrkesmässiga behov får mest värdefull information om traumapatienten av en annan operationssjuksköterska. För patientsäkerhetens skull är det av vikt att operationssjuksköterskor ingår i det traumamottagande teamet redan på akutmottagningen. Då operationssjuksköterskorna har svårt att få klinisk erfarenhet inom trauma är det angeläget att de ges möjlighet till kompetensutvecklande traumautbildning för att kunna bidra till bästa möjliga utfall för patienterna. Operationssjuksköterskorna gav vid

intervjuerna många konkreta förslag på vad en utbildning i traumakirurgi för operationssjuksköterskor bör innehålla och därför skulle resultatet av den här studien kunna komma till användning vid utformningen av en sådan utbildning. Fördelen med att utgå från resultatet i den här studien skulle då vara att få med väsentligt och användbart innehåll i traumautbildningen för operationssjuksköterskor. Genom att bygga en sådan utbildning på den kunskap operationssjuksköterskorna själva anser sig behöva, utifrån den traumaerfarenhet de har, skapas förutsättningar för kompetensutveckling för operationssjuksköterskor gällande traumaomhändertagandet. Utbildningen skulle således bygga på beprövad erfarenhet inom området.

Då det saknas tidigare forskning och för att få ett vidare perspektiv av operationssjuksköterskors professionella roll, erfarenheter av och behov vid traumasituationen behövs ytterligare studier i ämnet. Detta skulle kunna uppnås genom ytterligare studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats, exempelvis i form av enkätstudier, på universitetssjukhus och länssjukhus i Västra Götaland och övriga regioner i Sverige.

Referenslista

- Abelsson, A., & Lundberg, L. (2018). Trauma Simulation in Prehospital Emergency Care. *Journal of Trauma Nursing*, 25(3), 201-204. doi:10.1097/jtn.0000000000000370
- Acero, N. M., Motuk, G., Luba, J., Murphy, M., McKelvey, S., Kolb, G., . . . Resnick, A. S. (2012). Managing a surgical exsanguination emergency in the operating room through simulation: an interdisciplinary approach. *J Surg Educ*, 69(6), 759-765. doi:10.1016/j.jsurg.2012.06.022
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Birch, M., & Miller, T. (2002). Encouraging Participation: Ethics and Responsibilities. I M. Mauthner, M. Birch, J. Jessop, & T. Miller (Red.), *Ethics in Qualitative Research* (s. 91-106). London: Sage Publications.
- Brattström, O., Eriksson, M., Larsson, E., & Oldner, A. (2015). Socio-economic status and co-morbidity as risk factors for trauma. *European Journal of Epidemiology*, 30, 151-157. doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-014-9969-1>
- Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., . . . Remine, S. (2010). Teamwork Training Improves the Clinical Care of Trauma Patients. *Journal of Surgical Education*, 67(6), 439-443. doi:10.1016/j.jsurg.2010.06.006
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Emergency Nurses Association. (2020). Trauma Nursing Core Course. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.ena.org/education/tncc#format>
- George, L. K., & Quatrara, L. B. (2018). Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(3), 144-155. doi:10.1097/DCC.0000000000000301
- Government of Western Australia Department of Health. (2020). Definitive Perioperative Nurses Trauma Care (DPNTC). Hämtad 2020-05-20 från https://ww2.health.wa.gov.au/Articles/A_E/Definitive-Perioperative-Nurses-Trauma-Care-DPNTC
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Hansen, K. S., Uggen, P. E., Brattebø, G., & Wisborg, T. (2007). Training Operating Room Teams in Damage Control Surgery for Trauma: A Followup Study of the Norwegian Model. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(5), 712-716. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.015
- Hansen, S. K., Uggen, E. P., Brattebø, E. G., & Wisborg, E. T. (2008). Team-Oriented Training for Damage Control Surgery in Rural Trauma: A New Paradigm. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 64(4), 949-954. doi:10.1097/TA.0b013e31816a243c
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Hoonakker, P., Wooldridge, L., Hose, T., Carayon, A., Eithun, R., Brazelton, B., . . . Gurses, E. (2019). Information flow during pediatric trauma care transitions: Things falling through the cracks. *Internal and Emergency Medicine*, 14(5), 797-805. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11739-019-02110-7>
- Härgestam, M., Lindkvist, M., Jacobsson, M., Brulin, C., & Hultin, M. (2016). Trauma teams and time to early management during in situ trauma team training. *BMJ open*, 6(1), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009911
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951-960. doi:10.1111/scs.12532
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2017). *Nationella traumalarmskriterier 2017*. Hämtad 2020-05-20 från <https://lof.se/wp-content/uploads/trauma-broschyr.pdf>
- Lefor, A. K. (2018). Trauma surgery simulation education in Japan: the Advanced Trauma Operative Management course. *Acute Medicine & Surgery*, 5(4), 299-304. doi:10.1002/ams2.352
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*, 24(1), 9-18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap. (2012). *Personskador i Sverige*. Hämtad 2020-05-20 från <https://rib.msb.se/filer/pdf/26291.pdf>
- Nationalencyklopedin. (u.å.). *Trauma*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/trauma>
- O'Dea, A., O'Connor, P., & Keogh, I. (2014). A meta-analysis of the effectiveness of crew resource management training in acute care domains. *Postgrad Med J*, 90(1070), 699-708. doi:10.1136/postgradmedj-2014-132800

- Polinder, S., Haagsma, J., Toet, H., & Van Beeck, E. (2012). Epidemiological burden of minor, major and fatal trauma in a national injury pyramid. *British Journal of Surgery*, 99(S1), 114-120. doi:10.1002/bjs.7708
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Riksföreningen för Operationssjukvård. (2020a). *Traumautbildning*. Hämtad 2020-05-20 från <http://www.rfop.se/utbildning-och-evenemang/traumautbildning/>
- Riksföreningen för Operationssjukvård. (2020b). *Traumautbildning nivå 2*. Hämtad 2020-05-20 från <http://www.rfop.se/utbildning-och-evenemang/traumautbildning/nivaa-2/>
- Riksföreningen för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (u.å.). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/operartion.kompbeskr.web.pdf>
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 179-85. doi:10.1177/0107408315591337
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2020). *Skador till följd av kirurgisk behandling*. Hämtad 2020-06-03 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/skador-till-foljd-av-kirurgisk-behandling/>
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtad 2020-05-20 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2015). *Traumavård vid allvarlig händelse*. Hämtad 2020-05-20 från https://plus.rjl.se/info_files/infosida44689/traumavard_vid_allvarlig_handelse.pdf
- Sullivan, S., Campbell, K., Ross, J. C., Thompson, R., Underwood, A., LeGare, A., ... Jung, H. S. (2018). Identifying Nontechnical Skill Deficits in Trainees Through Interdisciplinary Trauma Simulation. *Journal of surgical education*, 75(4), 978-983. doi: 10.1016/j.jsurg.2017.10.007

- Svenska Traumaregistret. (2019). *Årsrapport SweTrau 2018*. Hämtad 2020-05-20 från <http://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2019/09/A%CC%8Arsrapport-SweTrau-2018-v2-190923.pdf>
- Søreide, K. (2008). Three decades (1978-2008) of Advanced Trauma Life Support (ATLS) practice revised and evidence revisited. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 16, 19-19. doi:10.1186/1757-7241-16-19
- The American College of Surgeons. (2020). *Advanced Trauma Life Support*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>
- Wad, M., Laursen, T., Fruergaard, S., Morgen, S., & Dahl, B. (2018). Survival and health related quality of life after severe trauma – a 15 years follow up study. *Injury*, 49(2), 191-194. doi:10.1016/j.injury.2017.10.001
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Hämtad 2020-05-20 från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=0D29BEE0CAA12CE4D9FC6B111B2F626E?sequence=1
- World Health Organization. (u.å.). *Injuries*. Hämtad 2020-06-04 från <https://www.who.int/topics/injuries/en/>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Västra Götalandsregionen. (2019a). *En jämlik traumasjukvård i hela Västra Götalandsregionen*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/varldskiftet/aktuellt-varldskiftet/nyheter/en-jamlik-traumasjukvard-i-hela-vastra-gotaland/>
- Västra Götalandsregionen. (2019b). *Översyn av traumasjukvården*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/varldskiftet/utvecklingsarbete/oversyn-av-traumasjukvarden/>
- Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 253-294). Stockholm: Liber.

Bilagor

Bilaga 1 - Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Vill du delta i en studie där operationssjuksköterskors erfarenheter och behov av utbildning för omhändertagande av traumapatienter undersöks?

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga Dig om Du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får Du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Studien syftar till att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter, och behov av utbildning, för omhändertagande av traumapatienter. Tanken är att studien ska vara en del av ett kunskapsunderlag för att ta fram en traumautbildning för operationssjuksköterskor i Västra Götalandsregionen. Du tillfrågas att delta då Du arbetar som operationssjuksköterska på ett traumamottagande länssjukhus i Västra Götalandsregionen.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet.

Hur går studien till?

Vi kommer genomföra en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna kommer genomföras individuellt med varje informant under april 2020. Under rådande omständigheter med hög arbetsbelastning inom vården kan det vara svårt att hitta tiden till att delta i intervjun på arbetstid. Därför bestämmer Du själv om Du vill att den genomförs på eller utanför arbetstid. Intervjun kan vid behov göras via Skype. Intervjun tar cirka 30 minuter att genomföra och kommer ljudinspelat, för att sedan transkriberas och analyseras.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Din medverkan i studien kommer vara en del av ett kunskapsunderlag till hur en utbildning för operationssjuksköterskor i traumakirurgi kommer vara utformad.

Vi ser inte några risker med din medverkan, förutom den tid det tar i anspråk då Du intervjuas.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Vi kommer behandla den insamlade informationen konfidentiellt, alltså avidentifiera den för att skydda Din och övriga informanternas identitet. Du kommer få skriva på ett samtycke där Du intygar att Du fått muntlig och skriftlig information om studien.

Materialet kommer förvaras på lösenordsskyddad dator som endast vi forskare har tillgång till, materialet kommer endast användas till den här studien och kommer kasseras när studien avslutas.

Vi kommer presentera resultatet i en magisteruppsats för specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård och den kommer att användas som underlag för att utforma en utbildning i traumakirurgi för operationssjuksköterskor.

Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för Dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om Dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om Dig raderas samt att behandlingen av Dina personuppgifter begränsas. Om Du vill ta del av uppgifterna ska Du kontakta ansvarig för studien. Kontaktuppgifter finns längre ner i dokumentet. Dataskyddsombud nås på e-post: dataskydd@gu.se. Om Du är missnöjd med hur Dina personuppgifter behandlas har Du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du har möjlighet att ta del av resultatet av studien genom att läsa magisteruppsatsen när den är godkänd och publicerad. För information om hur Du får tillgång till studien vänligen kontakta ansvarig för studien.

Försäkring och ersättning

Det kommer inte utgå någon ekonomisk ersättning eller kompensation för deltagandet i studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om Du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver Du inte uppge varför. Om Du vill avbryta Ditt deltagande ska Du kontakta de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvarig för studien: Sanna Lycken, leg. sjuksköterska gussannly@student.gu.se och Niklas Nyström, leg. sjuksköterska gusnysni@student.gu.se

Handledare: Anne Flodén, leg. Sjuksköterska, filosofie doktor Göteborgs Universitet anne.floden@gu.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien

Operationssjuksköterskors upplevda behov av att få utbildning i traumakirurgi.

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift

Bilaga 2 - Intervjumall

Namn och ålder?

Antal år som legitimerad sjuksköterska?

Övrig erfarenhet av vårddyrke?

Antal år som operationssjuksköterska?

Erfarenhet av att vårda traumapatienter på operationsavdelning?

Vilken information får du angående traumapatienternas skadeläge?

Hur förbereder du dig mentalt och praktiskt inför mottagandet av traumapatienter till operationsavdelningen?

Vilken roll har du under operationen?

Hur fungerar samarbetet i teamet i traumasituationen?

Hur ser kommunikationen ut efter traumasituationen, har ni debriefing?

Vad tror du operationssjuksköterskor behöver ha för kunskaper för att vårda traumapatienter på operation?

Vad har du för utbildning inom traumakirurgi?

Det finns planer på att starta en traumautbildning för operationssjuksköterskor i Västra Götalandsregionen. På vilket sätt skulle den kunna bidra till kompetensutvecklingen för operationssjuksköterskor?

Hur tycker du att en utbildning i traumakirurgi för operationssjuksköterskor skulle vara uppbyggd och vad skulle den innehålla?

Bilaga 3 – Brev till verksamhetschefen

Till verksamhetschef på anestesikliniken, xxxxxx Sjukhus.

Vi är två specialistsjuksköterskestudenter med inriktning mot operationssjukvård, vid Göteborgs Universitet. Vi ska skriva en magisteruppsats som handleds av Anne Flodén, legitimerad sjuksköterska och filosofie doktor. Hon har i rollen som traumakoordinator på Södra Älvsborgs Sjukhus fått i uppdrag av traumaprocessen i Västra Götalandsregionen att undersöka möjligheten för att utveckla en kliniskt inriktad utbildning för operationssjuksköterskor i traumakirurgi. Syftet med vår magisteruppsats är att bidra till kunskapsunderlaget till denna utbildning genom en kvalitativ intervjustudie med operationssjuksköterskor.

Vårt önskemål är därför att intervjua fyra operationssjuksköterskor, på din klinik, med erfarenhet av att omhänderta traumapatienter på operation. Vi förstår att rådande omständigheter inte gör det optimalt att genomföra en intervjustudie just nu men vi hoppas att ni ändå kan se det värdefulla i att bidra till att utveckla operationssjuksköterskors profession inom traumakirurgi. Vi önskar därför att Du som verksamhetschef kan ge ditt skriftliga godkännande till att denna studie utför på er enhet. Efter det kontaktar vi enhetschefen på operationsavdelningen och löser de praktiska arrangemangen kring intervjuerna.

Med vänlig hälsning,

Sanna Lycken och Niklas Nyström