

**SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV
TRAUMAOMHÄNDERTAGANDET PÅ AKUTRUMMET KRING
PATIENTER MED VÅLDSRELATERADE PENETRERANDE
SKADOR**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2017-05-18
Kurs: Ht15

Författare:
Hilda Eriksson

Louise Öhman

Handledare:
Jörgen Medin

Examinator:
Unn-Britt Johansson

SAMMANFATTNING

Det dödliga våldet i Sverige har ökat de senaste åren. Mellan åren 2006 och 2014 ökade antalet skottsador med 32 procent. Förekomsten av penetrerande våld som orsak till trauman där patienten är svårt skadad är stigande. Om patienten utsatts för en penetrerande skada mot huvud, hals, bål eller extremiteter ovan armbåge/knä aktiveras akutmottagningens traumalarm och traumateamet samlas för att påbörja omhändertagandet. Sjuksköterskan är en av flera professioner i traumateamet som deltar vid traumaomhändertagandet av patienten.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Metoden var en kvalitativ deskriptiv studie med induktiv ansats. Sju sjuksköterskor verksamma på en akutmottagning inkluderades och semistrukturerade intervjuer med dessa genomfördes. Intervjuerna transkriberades för att vidare analyseras utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av sjuksköterskornas beskrivna erfarenheter presenteras i sju kategorier: förberedelser, kompetens, teamarbete, ledarskap, professionalism, otrygghet och rädsla samt reflektion. Ur sjuksköterskornas erfarenheter framkom vikten av ett välfungerande teamarbete med ett tydligt ledarskap för ett optimalt traumaomhändertagande av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Med hjälp av utbildning och teamträning ansåg sjuksköterskorna att teamarbetet kunde främjas och den egna rollen stärkas. Den ofta beskrivna känslan av rädsla och otrygghet under möten med denna patientgrupp skulle kunna minskas genom närvaro av polis och annan säkerhetspersonal och var avgörande för att sjuksköterskorna skulle känna sig trygga på sin arbetsplats. Sjuksköterskorna uttryckte att möjligheten till reflektion när omhändertagandet avslutats saknades men hade varit önskvärd för att tillsammans med teamet kunna bearbeta händelsen.

Sjuksköterskorna visade sig ha både positiva och negativa erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Själva traumaomhändertagandet upplevdes inte vara annorlunda vid omhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador jämfört med övriga traumapatienter men känslorna som uppstod skilde sig. Utifrån resultatet anser författarna att rutiner gällande polisens närvaro vid traumaomhändertagande av patienter med våldsrelaterade skador, fortlöpande teamträning och kompetenshöjande utbildning samt möjligheten till att efter avslutat omhändertagande gemensamt i teamet få reflektera skulle kunna vara en tillgång för sjuksköterskan. Genom detta skulle omhändertagandet av patienterna kunna optimeras och sjuksköterskans trygghet på arbetsplatsen stärkas.

Nyckelord: sjuksköterska, erfarenheter, traumaomhändertagande, våld, penetrerande skador

ABSTRACT

In recent years the deadly violence in Sweden has increased. Between the years of 2006 and 2014, individuals exposed to shotgun violence increased by 32 percent. The occurrence of penetrating violence as a cause to trauma where the patient is seriously injured is increasing. When a patient is injured by penetrating violence against neck, head, chest or extremities above the elbow/knee, the emergency rooms trauma alarm is activated and the trauma team will gather to start preparing for the arrival of the patient. The nurse is one of several different professions in the trauma team that care for the patient during a trauma.

The aim of the study was to describe nurse's experiences from trauma care of patients with violence-related penetrated injuries.

The method used was a qualitative interview study with an inductive approach. Through semi-structured interviews with seven nurses working in an emergency department, data was collected and analyzed using qualitative content analysis.

The result of the experiences described by the nurses was presented in seven different categories: preparations, competence, teamwork, leadership, professionalism, insecurity/fear and reflections. The nurses stated that a well-functioning teamwork with a strong leadership was especially important when caring for patients with violence related penetration injuries. By education and teamwork training, the nurses believed that the teamwork improved and their own roles were strengthened. The often-described sense of fear and insecurity during meetings with this patient category could be reduced by the presence of police or security personal, and is crucial for the nurses to feel safe at their own workplace. The nurses expressed the need for reflection after the care had ended. However, the opportunity to reflect was not offered, but it was highly desirable as a help for the entire team including the nurses in order to process the trauma events.

The experiences described by the nurses were both positive and negative. The caring itself was not perceived as different from other trauma caring cases but when caring for patients with violence related penetrating injuries there was distinguishing emotional reactions from the nurses.

Based on the results from the study, the authors believe that fixed routines concerning the police's presence at trauma care of patients with violence related injuries, together with ongoing team training and work competence education but also the opportunity to reflect after the care has ended should be introduced. By doing this the authors believe that the trauma care could be further enhanced and the nurse's safety optimized.

Keywords: nurse, experience, trauma care, violence, penetrating injuries

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Våld i Sverige	1
Akutmottagning och akutsjukvård.....	1
Trauma	1
Penetrerande skador	2
Traumaomhändertagande på akutmottagning	2
Sjuksköterskan på akutmottagningen.....	4
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats och design	6
Urval	6
Datainsamling	7
Databearbetning	8
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	11
Förberedelser	11
Kompetens.....	12
Teamarbete	13
Ledarskap	14
Professionalism	15
Otrygghet och rädsla.....	16
Reflektion	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	22
Slutsats.....	26
Klinisk tillämpbarhet.....	27
REFERENSER	28

Bilaga 1- Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 2- Forskningspersonsinformation

Bilaga 3- Intervjuguide

Bilaga 4- Medgivande för deltagande i studien

BAKGRUND

Våld i Sverige

Det dödliga våldet i Sverige ökar, år 2015 konstaterades nästan 30 procent fler våldsrelaterade dödsfall jämfört med året 2014 (Brottsförebyggandet Rådet [BRÅ], 2016). Den nedåtgående trenden från år 2008 med sjunkande antal inneliggande patienter med knivskador har vänt och är på väg uppåt vid en mätning gjord år 2013 (BRÅ, 2015b). Enligt en rapport från BRÅ (2015a) har antalet skottskador i Sverige ökat med 32 procent mellan åren 2006 och 2014. Detta har resulterat i att antalet patienter som behandlas inom slutenvården till följd av skottskador har ökat (BRÅ, 2015a).

Akutmottagning och akutsjukvård

En akutmottagning är till för att oavsett tid på dygnet ta hand om människor som är i akut behov av högprofessionell sjukvård till följd av akut sjukdom eller skada (Wikström, 2012). Med akut sjukdom eller skada avses enligt Socialstyrelsen *plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötslig skada* och akutsjukvård innefattar *åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn* (Socialstyrelsen, 2014). Under år 2015 hade Sveriges 71 akutmottagningar totalt omkring 2,5 miljoner besökare med olika former av skador och åkommor (Socialstyrelsen, 2015).

Akutmottagningen är en central del i sjukvårdssystemet där ett ständigt och avgörande samarbete med andra institutioner som vårdcentral, SOS-alarm och ambulanssjukvård pågår. Den kliniskt arbetande personalen på akutmottagningen består av sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning, undersköterskor samt läkare inom olika specialistområden som kirurgi, medicin och ortopedi. Vissa akutmottagningar runt om i landet har även stationära läkare, akutläkare, som endast arbetar på akutmottagningen (Wikström, 2012). För att akutmottagningen ska kunna uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens uppmaning att *den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården* behövs ett system för att kunna avgöra vilken patient som är i störst behov av vård först (SFS 1982:763). Genom triagering (kommer från franskans *trier* som betyder *välja ut*) av patienter som söker akutmottagningen görs en första sortering och prioritering, ofta av en sjuksköterska, utifrån patientens sökorsak och nuvarande tillstånd (Wikström, 2012). Patienter med tillstånd som tilldelas den högsta prioriteringsgraden bedöms vara livshotande och ska omedelbart undersökas av läkare och övervakas av sjuksköterska (Widgren & Jourak, 2011). Patienter som inkommer till akutmottagningen som traumalarm bör omedelbart omhändertas av ett traumateam (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag [Löf], 2016).

Trauma

Ordet trauma kommer från grekiskans ord *τραῦμα* som till svenska kan översättas med sår eller skada. Center For disease Control and Prevention definierar en traumatisk skada som *an injury or wound to a living body caused by the application of external force or violence* (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2014). Skador orsakade till följd av trauman är en av de vanligaste dödsorsakerna runt om i världen och är den främsta orsaken till att personer under 45 år avlider. Var tionde person som avlider i världen gör det till följd av skador som uppkommit av exempelvis trafikolyckor, fallolyckor och våldsrelaterade handlingar (World Health Organization [WHO], 2014; Lozano et al., 2012).

Statistik från svenska traumaregistret [SweTrau] visar att antalet traumapatienter på sjukhusen runt om i Sverige år 2015 var omkring 7700, en ökning med cirka 20 procent från föregående år (SweTrau, 2015). Två tredjedelar av dessa patienter var män och omkring 80 procent av de totalt drabbade var mellan 15 och 74 år. Trubbigt våld dominerar som den främsta orsaken till skadorna men utifrån siffror från de senaste tre åren är förekomsten av penetrerande våld som orsak till trauman där patienten är svårt skadad stigande. I de fall där patienten avlider är trubbigt våld den dominerande orsaken till skadorna (SweTrau, 2015; Socialstyrelsen, 2015). Enligt en skandinavisk studie var 13 procent av trauman där patienten avlidit orsakade av penetrerande skador som skottskador och knivskador. Majoriteten av de avlidna var män (Søreide, Krüger, Vårdal, Ellingsen, Søreide & Lossius, 2007).

Penetrerande skador

En penetrerande skada innebär att ett föremål penetrerat huden och en sårskada genom huden har uppstått. Detta kan resultera i såväl ingångs- som utgångshål. Vanliga föremål som används och som orsakar penetrerande skador är skjutvapen, knivar eller andra stickande och skärande föremål (Emergency Nurse Association [ENA], 2006).

De penetrerande skadornas omfattning beror på vilket föremål som använts, från vilket avstånd eventuella skjutvapen avlossats ifrån samt antalet sår som kan lokaliseras på patienten. Även kännedom om tidpunkten för skadans uppkomst är väsentlig för omhändertagandet och bedömning av potentiell blodförlust hos patienten (Advanced Trauma Life Support [ATLS], 2008). Skador på thorax och buk är vanligt förekommande vid större penetrerande trauman. Omkring 90 procent av skadorna på de större blodkärlen i thorax orsakas av penetrerande skador. Skador på centrala nervsystemet samt blödning är de två vanligaste orsakerna till dödlig utgång hos traumapatienter med penetrerande skador (Søreide et al., 2007). Utifrån skadorna som uppkommer vid penetrerande trauman kräver dessa patienter högkvalificerad vård (Sava, Alo, Velmahos & Demetriades, 2002).

Traumaomhändertagande på akutmottagning

Traumalarmskriterier

Omhändertagandet av traumapatienter kan skilja sig mellan olika akutmottagningar i Sverige (Socialstyrelsen, 2015). Ett projekt bestående av nationella organisationer och kvalitetsregister har sedan hösten 2014 samarbetat med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag för att arbeta fram nationella kriterier och riktlinjer för aktivering av traumalarm. Utifrån litteratur och evidens har ett dokument skapats för att traumavården i Sverige ska ha ett nationellt gemensamt arbetssätt. De nya kriterierna träder ikraft under år 2017. Dokumentet beskriver två nivåer av traumalarm, fullt traumateam och begränsat traumateam. Vilka professioner som ingår i fullt respektive begränsat traumateam ser olika ut från sjukhus till sjukhus beroende på vilken kompetens som finns att tillgå. För sjukhus med en traumainivå utlöses fullt traumateam vid alla traumalarm (Löf, 2016).

Kriterierna för aktivering av traumalarm består av skademekanismer samt anatomiska- och fysiologiska kriterier. Skademekanismer som ska uppfyllas för att begränsat traumateam ska aktiveras är exempelvis fall över fem meter, bilolycka med en hastighet över 50 km/h där patienten varit obältad och olyckor där patienten varit fastklämd och lossningstiden pågått i över 20 minuter. Misstänkt ryggmärgsskada, stor yttre blödning, ansikts-/halsskada med hotad luftväg eller om patienten utsatts för penetrerande våld mot huvud, hals, bål

eller extremiteter ovan armbåge/knä är några av de anatomiska kriterier som aktiverar fullt traumateam (Löf, 2016). Enligt en studie gjord i Norge framkom det anatomiska kriteriet penetrerande skador som den främsta anledningen till att traumalarm aktiverats (Larsen, Uleberg & Skogvoll, 2010). Om patienten är i behov av ventilationsstöd eller har avvikande normalvärden avseende blodtryck, andningsfrekvens och medvetandegrad utlöser de fysiologiska kriterierna fullt traumateam (Löf, 2016).

För att aktivera ett traumalarm utifrån de nya kriterierna kontaktas ansvarig sjuksköterska på akutmottagningen av prehospital personal (Löf, 2016). Koehler, Bauer, Malafa, Meindersma, Navitskas och Huizenga (1986) belyser vikten av prehospital triage då den ligger till grund för när traumalarm ska aktiveras. Ansvarig sjuksköterska på akutmottagningen bedömer huruvida rapportens innehåll uppfyller kriterierna för traumalarmsaktivering och larmar enligt sjukhusets rutiner traumateamet (Löf, 2016). Enligt en amerikansk studie med syftet att utvärdera kriterier för traumalarmsaktivering visade det sig att i de fall där traumalarmet aktiverats utifrån kriteriet ”skottskada mot thorax, huvud eller hals” hade patienten svåra skador varpå slutsatsen drogs att kriteriet var betydelsefullt för omhändertagandet av denna sorts patienter (Kohn, Hammel, Bretz & Stangby, 2004).

Advanced Trauma Life Support

Majoriteten av Sveriges landsting har riktlinjer kring det initiala omhändertagandet av traumapatienter uppbyggt efter konceptet Advanced Trauma Life Support (ATLS) (Socialstyrelsen, 2015). ATLS utvecklades av en läkare i samarbete med The American College of Surgeons [ASC] (Styner, 2006) och kom från USA till Europa på slutet av 1980-talet (Radvinsky, Yoon, Schmitt, Prestigiacomo & Liporace, 2012; Tiel Groenstege-Kreb, Van Maarseveen & Leenen, 2014). ATLS beskriver det initiala omhändertagandet av en patient under framförallt den första timmen efter traumat (ATLS, u.å). Konceptet grundar sig i att på ett strukturerat sätt undersöka, upptäcka och åtgärda de skador som potentiellt sätt kan vara mest livshotande för patienten. Utifrån detta utvecklades metoden ABCDE som idag kan användas vid omhändertagande av alla skadade patienter (ATLS, 2008). Studentmanualen för ATLS uppdateras och revideras kontinuerligt vart fjärde år (Kortbeek et al., 2008).

ATLS riktar sig primärt till läkare men kan vara värdefull i yrkesutövningen för andra professioner som sjuksköterskor, ambulanssjukvårdare, brandmän och poliser (Gautam & Heyworth, 1994). Sjuksköterskor som deltagit i kursen ATLS ansåg att de erhållit kunskap i omhändertagandet av patienter samt träning i teamarbetet som anses vara en av hörnstenarna i konceptet (Baird, Kernohan & Coates, 2004). Genomgången utbildning i ATLS-konceptet har visat sig ha positiv påverkan på kommunikationen i teamarbetet kring patienten (Gross, Amsler, Ummerhofer, Zuecker, Jacob, Messmer & Huegeli, 2005).

Omhändertagande enligt ABCDE

Omhändertagande av patienter enligt metoden ABCDE innebär att på ett strukturerat sätt göra en primärbedömning och behandla den akut sjuka patienten. ABCDE står för Airway (luftväg), Breathing (andning), Circulation (cirkulation), Disability (neurologstatus) och Exposure (exponering). I alfabetisk ordning bedöms varje del och vid behov genomförs behandling och utvärdering innan omhändertagandet kan fortsätta. När tillståndet utifrån bedömningen på varje del bedöms vara stabilt kan undersökningen gå vidare. Syftet med metoden är att snabbt identifiera livshotande problem. Metoden kan användas vid omhändertagandet av alla sjuka patienter och kräver inte att någon diagnos på patientens

tillstånd är satt (Thim, Vinther Krarup, Lerkevang Grove, Rohde & Løfgren, 2012). Läkare och sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård lär sig att omhändertaga patienter enligt ABCDE under ATLS- respektive TNCC-kurs (Trauma Nursing Core Course) (ATLS, 2008; ENA, 2006). När traumateamet enhetligt arbetar efter ABCDE-metoden förbättrar det teamets prestation och möjlighet till ett bra omhändertagande av patienten. Det är av stor vikt att teamet får praktisk övning i att omhändertaga patienter med livshotande skador då det stärker teamets sammansättning och minskar oron för att möta denna typ av patienter (Featherstone, Smith, Linnell, Easton & Osgood, 2005).

Traumateamet

Traumateamets sammansättning och vilken profession som har ansvar för de olika delarna kring omhändertagandet av patienten varierar mellan olika sjukhus men traumateamet består oftast av en kirurg, anestesilog, ortoped, en eller två sjuksköterskor från akutmottagningen samt personal från röntgenkliniken (Socialstyrelsen, 2015; Tiel Groenestige-Kreb et al., 2014). Traumateamet leds oftast av en kirurg alternativt en akutläkare (Tiel Groenestige-Kreb et al., 2014) och det är av stor vikt att traumaledaren är erfaren inom området (Hjortdahl, Ringen, Naess & Wissborg, 2009). Traumaledaren undersöker patienten enligt ABCDE och koordinerar arbetet kring patienten utifrån riktlinjerna utformade av ATLS. Anestesiologen ansvarar för bedömning och behandling av luftvägen. Sjuksköterskans uppgift är att bistå traumaledaren och anestesiologen i bedömning och behandling av patienten. Sjuksköterskan mäter och observerar vitala parametrar, utför blodprovtagning, säkrar venvägar samt genomför andra åtgärder som exempelvis transfusion av blodkomponenter och kateterisering av urinvägar. Sjuksköterskan ansvarar för att dokumentera genomförda åtgärder. Genom deltagande av röntgenpersonal finns möjlighet att genomföra röntgen under det akuta omhändertagandet (Tiel Groenestige-Kreb et al., 2014).

Sjuksköterskan på akutmottagningen

Trauma Nursing Core Course

Emergency Nurses Association har utarbetat en konceptutbildning, Trauma Nursing Core Course (TNCC) för sjuksköterskor som är verksamma inom de områden i vårdkedjan där en traumapatient behandlas. Utbildningen har funnits sedan år 1986 och syftar till att utbilda sjuksköterskor i bedömning av traumapatienter samt den specifika omvårdnaden av denna patientgrupp. Målet med TNCC är att sjuksköterskan ska lära sig att på ett strukturerat, effektivt och korrekt sätt omhändertaga patienter som utsatts för trauma med intentionen att minska sjukligheten och dödligheten hos dessa patienter (ENA, 2006). Baird et al. (2004) fann att sjuksköterskor med TNCC-utbildning stärktes i sitt arbete kring traumapatienten.

Omhändertagandet av patienter som utsatts för trauma bygger på samarbete mellan olika professioner där varje profession har sina uppgifter och ansvarsområden kring patienten. Enligt TNCC har traumajuksköterskan fyra olika ansvarsområden under omhändertagandet. Att leda, forma och koordinera arbetet är ett av traumajuksköterskans ansvarsområden. Då sammansättningen av traumateamet kan se olika ut på olika sjukhus samt beror på om sjuksköterskan är ensam under det initiala mötet med patienten kan innehållet i detta ansvarsområde variera. Traumajuksköterskans ansvar i traumateamet är att leda och utföra omvårdnad och se till att detta sker med respekt för patienten. Traumajuksköterskan agerar även som samordnare och har kontakt med andra avdelningar och ser till att teamet har en god kommunikation (ENA, 2006).

Under omhändertagandet av patienten är sjuksköterskans andra ansvarsområde att skapa en relation till patienten som omhändertas. En relation mellan sjuksköterska och patient möjliggör för sjuksköterskan att kunna ge stöd samt informera patienten och anhöriga om vad som händer och hur det fortsatta omhändertagandet planeras. Att dokumentera är det tredje ansvarsområdet. Sjuksköterskan ska dokumentera utförda åtgärder som genomförs under det akuta traumaomhändertagandet. Dokumentationen är av betydelse då den ligger till grund för nationell registrering av traumavård i Svenska Traumaregistret (SweTrau). För att kvalitetssäkra den vård som sjuksköterskan ger under omhändertagandet av patienten som utsatts för trauma måste sjuksköterskan ta del av områdets senaste forskning (ENA, 2006).

Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård
Riksföreningen för akutsjuksköterskor (Swedish Emergency Nurses Association; SENA) har tillsammans med Svensk Sjuksköterskeförening tagit fram en ny kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård där akutsjuksköterskans kompetens och ansvarsområden presenteras. Akutsjuksköterskans uppgift är att i tidigt skede upptäcka och prioritera den akut sjuka patienten med livshotande skada eller sjukdom. Att utifrån detta självständigt påbörja omhändertagandet med medicinsk och farmakologisk behandling ligger under akutsjuksköterskans specialistkompetens. Akutsjuksköterskan ska kunna möta och omhänderta alla patienter som drabbats av sjukdom och olycka på ett etiskt och respektfullt sätt utifrån ett personcentrerat tankesätt. Arbetet inom akutsjukvård består ofta av ett teambaserat arbetssätt och därför är det av stor vikt att akutsjuksköterskan kan samarbeta med övriga professioner och är väl insatt i deras ansvarsområden i vårdkedjan. För att höja patientsäkerheten och kvaliteten på vården ska akutsjuksköterskan utifrån sitt specialistområde aktivt verka för att evidensbaserad kunskap implementeras på arbetsplatsen (SENA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Sjuksköterskans etiska koder

Sjuksköterskans arbetsuppgifter med att prioritera och omhänderta akut sjuka patienter på akutmottagningen innebär att ibland ställas inför etiskt svåra situationer (Langeland & Sørli, 2011). År 1953 godkände International Council of Nurses [ICN] de första etiska koderna för sjuksköterskor. Koderna har reviderats efter att utveckling inom sjuksköterskeyrket har skett och den senaste revisionen fastställdes år 2012. I de etiska koderna presenteras fyra etiska områden som ligger till grund för sjuksköterskans handlande (ICN, 2014).

I området *Sjuksköterskan och allmänheten* beskrivs att sjuksköterskan ansvarar för att ge vård. Sjuksköterskan ska respektera den enskilda människans egna värderingar, kultur och religion. Den vård som sjuksköterskan ger ska genomsyras av respektfullhet för den enskilda individen. För att främja patientens möjlighet till samtycke för vård och behandling ska information anpassas utifrån patientens särskilda behov. Att vara respektfull, visa medkänsla samt ha integritet är egenskaper som den professionella sjuksköterskan ska besitta. Sjuksköterskan ska ge omvårdnad på ett sätt att hänsyn visas till människors lika värde och rättigheter. *Sjuksköterskan och yrkesutövningen* belyser sjuksköterskans yrkesansvar. Det innebär bland annat att sjuksköterskan fortlöpande ska utbilda sig och hålla sig uppdaterad inom ny teknik som används i det dagliga arbetet för att vården ska utföras på ett patientsäkert sätt (ICN, 2014).

Området *Sjuksköterskan och professionen* redogör för sjuksköterskans huvudansvar. Huvudansvaret syftar till att skapa och arbeta efter godkända riktlinjer baserade på evidensbaserad forskning inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning. Vidare beskrivs under stycket *Sjuksköterskan och medarbetare* att den enskilda sjuksköterskan skall arbeta för att upprätthålla ett teamarbete sjuksköterskor emellan. Sjuksköterskan har ansvaret för att handla på ett sätt som skyddar den enskilda individen och allmänheten om deras hälsa äventyras av annan medarbetares handling. Även att stötta och hjälpa kollegor för att de ska utveckla ett mer aktningsvärt etiskt ställningstagande och handlande ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde (ICN, 2014).

Problemformulering

Sjuksköterskans arbete på akutmottagningen är varierande. Ena dagen kan sjuksköterskan träffa patienten som plötsligt drabbats av akut sjukdom för att andra dagen omhänderta den svårt skottskadade patienten. Statistik visar att det dödliga våldet i Sverige blir allt vanligare och att patienter som vårdas till följd av skott- och knivskador inom slutenvården har ökat de senaste åren. Bakom varje våldsbrott finns minst en förövare och ett offer som båda kan komma att bli patienter på en akutmottagning. Då första steget på sjukhuset är akutmottagningen blir mötet med denna patientgrupp allt vanligare för sjuksköterskan. Med utgångspunkt i att fler människor skadas till följd av att våldet i Sverige ökar är det aktuellt och betydande att beskriva vilka erfarenheter sjuksköterskor har kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

METOD

Ansats och design

En kvalitativ deskriptiv intervjustudie med induktiv ansats genomfördes. Enligt Polit och Beck (2016) syftar den kvalitativa studien till att förklara och beskriva subjektiva upplevelser. Kvantifiering i form av siffror är inte intressant utan det sociala samspelet mellan intervjuaren och intervjupersonen leder fram till berättelser om intervjupersonens upplevda erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Polit och Beck (2016) menar att induktiv ansats innebär att utifrån observationer och upplevda erfarenheter dra slutsatser om ett fenomen.

Urval

Inklusionskriterier

Urvalet i studien var att sjuksköterskan skulle ha minst ett års erfarenhet av arbete på akutmottagning, ha genomfört TNCC-utbildning samt på akutrummet ha omhändertagit minst en patient som utsatts för en våldsrelaterad penetrerande skada.

Urvalsmetod

För att finna informanter till studien användes initialt ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval. Urvalet var inte slumpmässigt då författarna via e-post endast

kontaktade den berörda klinikens sjuksköterskor med genomförd TNCC-utbildning. Polit och Beck (2016) beskriver att ett bekvämlighetsurval är en lämplig urvalsmetod för att få informanten att själv träda fram som lämplig kandidat för den kommande studien. Av de sjuksköterskor som anmälde sitt intresse för deltagande i studien användes vidare ett strategiskt urval för att välja ut de sjuksköterskor som omhändertagit minst en patient med en våldsrelaterad penetrerande skada. Ett strategiskt urval gör det möjligt för forskarna att välja ut de informanter som anses vara mest lämpliga för studien (Polit & Beck, 2016).

Deltagande informanter

I studien inkluderas totalt sju sjuksköterskor som samtliga uppfyllde ovanstående inklusionskriterier. Av de sju informanterna var en man, resterande var kvinnor. Två var specialistsjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård. Medelåldern på informanterna var 35 år (variation 26-50 år). Tjänstgöringsår som sjuksköterska varierade mellan tre till 12 år varav erfarenheten av arbete från akutmottagning varierade mellan tre till 10 år. Samtliga inkluderade sjuksköterskor hade omhändertagit två eller fler patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes på en akutmottagning i Mellansverige under december år 2016.

Information till verksamhetschef

Godkännande för genomförande av studien inhämtades från arbetsplatsens verksamhetschef. Kontakt togs initialt muntligen med verksamhetschef där denne fick kort information om den tänkta studien. Via e-post (Bilaga 1) erhöll verksamhetschefen mer utförlig information angående studiens bakgrund, syfte och genomförande. Samtycke för studien inhämtades genom påskrift via brev. Utifrån önskemål från verksamhetschef informerades berörd vårdenhetschef gällande syfte och genomförande av studien.

Rekrytering av informanter

För att finna sjuksköterskor med genomförd TNCC-utbildning erhöles dokument innehållande detta från vårdenhetschef på den aktuella kliniken. De 39 TNCC-utbildade sjuksköterskorna på akutmottagningen kontaktades via e-post som genererats via arbetsplatsens internetbaserade adressbok. Sjuksköterskorna erhöles via e-post ett informationsbrev innehållande beskrivning av studiens syfte samt tänkta genomförande (Bilaga 2). Frågan om intresse att delta i studien ställdes och om intresse fanns ombads sjuksköterskan att svara per e-post för vidare information.

Intervjuguide

Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade. Semistrukturerade intervjuer används ofta vid genomförande av kvalitativa studier (Di-Cicco & Crabtree, 2006). En intervjuguide (Bilaga 3) innehållande öppna frågor konstruerades och användes som hjälp under samtliga intervjuer. Enligt Polit och Beck (2016) är en intervjuguide lämplig att använda vid semistrukturerade intervjuer för att informanten ska ha möjlighet att berätta fritt om det aktuella ämnet och samtidigt säkerställa för författarna att samtliga ämnesområden berörs. Kvale och Brinkmann (2014) menar att intervjuguiden kan liknas vid ett manus. För att möjliggöra och uppmuntra informanten till att vidareutveckla sina svar utformades generella följdfrågor som ställdes vid behov.

Pilotintervju

För att få en uppfattning om huruvida frågorna i intervjuguiden gjorde det möjligt för sjuksköterskan att berätta om sina erfarenheter utifrån studiens syfte genomfördes en pilotintervju med en av de sju informanterna (Kvale & Brinkmann, 2014). Båda författarna var närvarande vid intervjun. En av författarna agerade intervjuare och den andra intog rollen som observatör för att föra anteckningar om eventuella förbättringar eller korrigeringar som behövde göras för de fortsatta intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014).

Efter att pilotintervjun avslutats transkriberade en av författarna det ljudinspelade materialet. Därefter dubbelkontrollerades materialet av den andra författaren. Efter gemensam granskning av den transkriberade texten valde författarna att genomföra vissa korrigeringar av intervjuguiden. Ordningen på frågorna ändrades för att få en mer naturlig följd utifrån händelseförloppet kring omhändertagandet av patienten. Några frågor justerades och förtydligades genom sammanslagning och omformulering.

Genomförande av intervjuer

Författarna hade för avsikt att genomföra sex till 10 intervjuer. Med pilotintervjun inkluderad utfördes totalt sju intervjuer. Tid och plats för intervjun bestämdes individuellt mellan författarna och sjuksköterskan efter anmält intresse om att delta i studien. Enligt Polit och Beck (2016) är det av stor vikt att försöka skapa en plats och miljö där informanten känner sig trygg. Två av intervjuerna genomfördes under sjuksköterskans arbetstid och efter önskemål från sjuksköterskorna genomfördes tre intervjuer i sjuksköterskans hem. Resterande intervjuer tog plats på arbetsplatsen utanför sjuksköterskans arbetstid. Intervjuerna som genomfördes på sjuksköterskans arbetsplats utfördes på ett arbetsrum. Forskarna var civilklädda vid samtliga intervjuer.

Vid intervjutillfället erhöll informanterna åter muntlig och skriftlig information angående studien. Samtyckesformulär (Bilaga 4) skrevs under innan intervjun påbörjades. För att dokumentera intervjuerna och göra transkribering möjlig ljudinspelades samtliga intervjuer. Båda författarna var närvarande vid sex av sju intervjuer. Vid de intervjuer där båda författarna var närvarande intog en av författarna rollen som intervjuare medan den andra var observatör. Observatören förde anteckningar i form av stödord utifrån informantens berättelse och kontrollerade ljudinspelningen. I direkt anslutning till intervjuerna diskuterade författarna kring de nedskrivna anteckningarna samt hur intervjun fortlöpt. Intervjulängden varierade mellan 13 till 25 minuter.

Databearbetning

Transkribering

Samtliga intervjuers ljudinspelning transkriberades vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) innebär att det sagda ordet återges i skriftlig form. Det insamlade materialet delades upp för transkribering mellan författarna och skedde kort efter att intervjun genomförts. Materialet spelades upp och författarna skrev ordagrant ned vad som sades. Författarna lyssnade och läste flertalet gånger igenom materialet för att säkerställa att ingen information gått förlorad.

Kvalitativ innehållsanalys

Det insamlade materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att det insamlade materialet analyseras och sätts i sitt sammanhang för att presenteras i kategorier som ger en beskrivning av det studerade

fenomenet (Elo & Kyngäs, 2007). Graneheim och Lundman (2004) menar att det finns två former av analysinriktningar att utgå från när texter tolkas. Beroende på tolkningens djup och abstraktionsnivå görs analysen utifrån antingen manifest eller latent synvinkel men då det alltid sker någon form av tolkning blir analysen ofta en kombination mellan de båda. Författarna i studien valde att analysera det manifesta innehållet och analysen avslutades därför när kategorier skapats (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningskondensering och kategorisering

För att författarna skulle fördjupa sig i och bli familjära med det insamlade materialet, vilket enligt Polit och Beck (2016) är en förutsättning för den fortsatta analysen, lästes de transkriberade texterna igenom upprepade gånger av båda författarna. Ord, meningar och stycken som tycktes höra ihop genom sitt innehåll och som svarade mot studiens syfte markerades i texten och fick utgöra meningsenheter. För att göra texten mer lätthanterlig kondenserades meningsenheterna utan att texten förlorade sitt innehåll. Vid kondenseringen delades vissa meningsenheter upp då författarna ansåg att de innehöll flera betydelser. Vidare abstraherades och kodades de kondenserade meningsenheterna för att sammanfattat beskriva dess innehåll. Avslutningsvis skapades sju kategorier som gemensamt manifesterade innehållet som svarade på studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Kategori
Har jag fått information om patientens tillstånd, om den är vaken kanske, parametrar och så och ser jag att det, alltså vet jag kanske redan från början var problemet sitter då känns det lite lättare för då vet man ungefär vad man ska tänka och koncentrera sig på, vad man kan misstänka för skador.	Om jag fått information om patientens tillstånd och skador, då vet jag vad jag ska koncentrera mig på och misstänka för skador.	Information	Förberedelser
Ju mer erfarenhet man får och ju fler gånger man har sett lite allvarligare, eller penetrerande skador desto mer tryggare blir man i sin roll.	Ju mer erfarenhet desto tryggare blir man i sin roll.	Tidigare erfarenheter	Kompetens
De som är viktigt är att man är i ett team som har en bra kommunikation mellan sig.	Viktigt med teamets kommunikation.	Kommunikation	Teamarbete
Det är viktigt med någon som pekar med hela handen, för då blir det så att någon känner att då gör JAG det...	Viktigt med någon som pekar med hela handen.	Tydlighet	Ledarskap

Det är viktigt och ska vi komma vidare i traumaarbetet och bli duktiga på det då måste vi ha någon slags utvärdering... Jag tycker att det är jätteviktigt både praktisk och känslomässigt för att man ska vara bättre rustad nästa gång och lära sig av sina misstag eller lära sig vad man gjorde bra.	Viktigt med praktisk och känslomässig utvärdering för traumaarbetet.	Utvärdering	Reflektion
--	--	-------------	------------

Forskningsetiska övervägande

I studier där människor deltar är det av stor vikt att ta hänsyn till forskningsetiska överväganden. Utifrån forskarnas intresse av att finna ny kunskap måste studiens deltagare alltid behandlas med respekt och skyddas enligt dokumentet *God Forskningssed* som är framtaget av Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet, 2011). Som skydd för informanterna i den aktuella studien använde författarna de fyra grundläggande individskyddskraven som består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

För att uppfylla *informationskravet* gavs muntlig och skriftlig information (Bilaga 2) till informanterna. Informationen innehöll studiens syfte, eventuell nytta och risk med deltagandet, frivilligheten att delta samt att deltagandet när som helst kunde avbrytas utan ifrågasättande från författarna. *Samtyckeskravet* uppfylldes genom att arbetsplatsens verksamhetschef skriftligen fick ge sitt godkännande för studien (Bilaga 1) samt att informanterna skriftligen fick intyga sitt frivilliga deltagande i studien och sin rätt till att kunna avbryta deltagandet utan påtryckning från författarna (Bilaga 4). För att uppfylla *konfidentialitetskravet* avidentifierades allt material för att skydda informanternas, patienternas samt andra berördas identiteter. Detta var av särskilt stor vikt med tanke på författarnas valda syfte då händelser kring våldsrelaterade skador ofta får uppmärksamhet i massmedia. *Nyttjandekravet* säkerställdes genom att det inhämtade materialet endast användes till studiens ändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Under pågående studie sparades materialet på lösenordsskyddad dator. Efter avslutad studie raderas och kasseras allt insamlat material.

Då informanterna var kollegor till författarna har särskilda överväganden kring detta gjorts. Det finns flera faktorer som kan påverkas av författarnas tidigare kollegiala relation till sina informanter. Enligt Brannick och Coghlan (2007) kan relationen påverka vilken samt kvaliteten på den information som delges under intervjuerna. En positiv relation mellan informant och forskare menar DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) är väsentlig för att främja samspelet mellan parterna. Informantens tillit i relationen till forskaren är avgörande och bidrar till möjligheten för informanten att tala öppet om ämnet. Detta bidrar till djup och kvalitet på den information som delges (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Efter överenskommelse med akutmottagningens kurator fanns möjlighet att till denne hänvisa sjuksköterskan vid behov av vidare stöd och samtal efter eller i samband med genomförd intervju.

RESULTAT

Utifrån analysen av det insamlade materialet skapades sju kategorier som beskrev sjuksköterskans erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador; förberedelser, kompetens, teamarbete, ledarskap, professionalism, otrygghet och rädsla samt reflektion.

I studien inkluderades sju sjuksköterskor som alla omhändertagit mellan två till fyra patienter som utsatts för våldsrelaterade penetrerande skador. Flertalet av sjuksköterskorna beskrev att de flesta omhändertagandena skett nattetid. Sex av sjuksköterskorna beskrev stickskadorna som den vanligaste penetrerande skadan och då rörde det sig i de flesta fallen om knivskador i thorax. En av de sju sjuksköterskorna hade varit med och omhändertagit en skottskadad patient. Sjuksköterskorna berättade i intervjuerna att de penetrerade skadorna kunde variera i allvarlighetsgrad men att de flesta omhändertagandena slutat med att patienten transporterats till operation.

Förberedelser

Under intervjuerna framkom att sjuksköterskorna börjar förbereda sig både mentalt och praktiskt redan när de får information från ledningsansvarig sjuksköterska om att det inkommer en skadad patient. Det som påverkade sjuksköterskornas möjligheter till att kunna förbereda sig var tillgången på information som givits till ledningsansvarig sjuksköterska från prehospitalet personal. Flera sjuksköterskor ansåg att informationen ofta var bristfällig gällande skadornas omfattning och patienternas tillstånd. Sjuksköterskorna beskrev även att den korta tiden mellan informationsdelgivningen och ambulansens ankomst till akuten begränsade möjligheten till förberedelser men att sjuksköterskorna hann tänka mycket under den korta tiden.

”Oftast kommer ambulansen inom några minuter så man hinner tänka rätt så många tankar på de få minuterna.”

(Intervju 2)

Informationen som gavs från ledningsansvarig sjuksköterska innehöll ofta skadans lokalisering vilket gav en indikation på vilken utrustning som kunde tänkas bli användbar och gjorde att sjuksköterskorna kunde förbereda den. Sjuksköterskornas möjlighet till att kunna förbereda sig uppfattades som positiv och gjorde att de mentalt och praktiskt låg ett steg före.

”... eftersom vi visste att det var stickskadorna på thorax så förberedde vi pleuradrän. IVA-sjuksköterskan som kom ner varslade också om blod eftersom patienten blött mycket på plats...”

(Intervju 1)

När förberedelserna inför patientens ankomst till akutrummet begränsades framkom det att flera sjuksköterskor kände sig nervösa och upplevde en viss anspänning men nervositeten släppte när patienten anlät till akutrummet och omhändertagandet kunde påbörjas. Några sjuksköterskor beskrev att de försökte att föreställa sig det värsta tänkbara scenariot. Detta gjorde att de fick ett extra adrenalinpåslag, ”var på tårna” och kunde fokusera bättre på sina uppgifter.

”... Det är lite nervöst när man inte vet, när man inte får så mycket information... Vad kan vi behöva? Alltså man vill ligga ett steg före, försöka

förbereda så mycket som möjligt för att omhändertagandet ska bli så bra som möjligt... Det känns som att det är bättre och sen vet jag ju var jag har saker och ting”.

(Intervju 2)

Kompetens

Det framkom att samtliga sjuksköterskor under omhändertagandena haft rollen som ansvarig sjuksköterska och att alla hade god kännedom om vad den rollen innebar. Sjuksköterskorna poängterade vikten av att veta sina arbetsuppgifter och att hitta på akutrummet för att minska känslan av osäkerhet. Tack vare sina erfarenheter upplevde sjuksköterskorna mindre stress och större möjligheter till att få en bättre helhetsbild och kontroll över situationen. En sjuksköterska beskrev att den bristande erfarenheten av att omhänderta traumapatienter inte påverkade upplevelsen av den egna rollen men att bristande kunskap gällande rutiner vägdes upp av närvaron av en mer erfaren kollega.

”Det här var mitt första riktiga trauma så jag hade inte mycket erfarenhet. Det var tur att jag gick med X som var erfaren. Hon kunde rutiner och visste vad vi skulle göra. Men jag visste ändå min roll på akutrummet.”

(Intervju 6)

Flera sjuksköterskor beskrev att tidigare erfarenheter och genomgången TNCC-utbildning gjorde att de kände sig tryggare i sin roll och i de praktiska moment som genomfördes på patienterna.

”... ju mer erfarenhet man får och ju fler gånger man sett lite allvarigare skador, desto tryggare blir man i sin roll.”

(Intervju 7)

De sedvanliga arbetsuppgifterna som blodprovtagning, säkra venösa infarter samt administrera vätskor och blod kände sig samtliga sjuksköterskor bekväma med. Praktiska moment som att assistera vid inläggning av thoraxdrän och att säkra intraosseösa infarter var nya för en del av sjuksköterskorna vilket ledde till nervositet när momenten skulle genomföras.

”Jag vet när jag skulle borra första gången på en av de dåliga patienterna, jag hade aldrig gjort det förut. Att testa att göra det är en sak men att få göra det på en riktig patient är en annan. Det blev riktigt nervöst.”

(Intervju 7)

I de fall där sjuksköterskorna av någon anledning inte fått utföra sina arbetsuppgifter blev erfarenheten av omhändertagandet sämre och sjuksköterskan var mindre nöjd med sin insats. En av sjuksköterskorna beskrev att det vid ett omhändertagande blivit diskussion om vem som ansvarade för att förbereda och assistera vid insättning av thoraxdrän. Detta gjorde att sjuksköterskan upplevde bristande kontroll över situationen och att det fördröjde behandlingen av patienten. Vidare under intervjun framkom att arbetsplatsen vidtagit åtgärder i form av utbildning av personal för att förhindra att liknande situationer uppstår igen.

Teamarbete

Sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta i ett traumateam var både positiva och negativa. Sammansättningen av och strukturen på teamet framkom som betydelsefull för hur omhändertagandena fortlöpt. Sjuksköterskorna beskrev att det vid några tillfällen inte funnits möjlighet att ha fullständiga traumateam närvarande. Detta upplevdes som otillräckligt då omfattningen på patienternas skador krävt resurser av ett fullständigt traumateam. Vid flertalet tillfällen var det två sjuksköterskor från akutmottagningen närvarande vilket var positivt då sjuksköterskorna ofta upplevde stor arbetsbelastning.

”Det har varit fullständiga traumateam plus en extra sjuksköterska. Det har behövts för det är mycket som ska göras.”

(Intervju 6)

Samtidigt som behovet av fullständiga traumateam fanns identifierades ett stort problemområde i att det ofta sker en anströmning av personal till akutrummet vid omhändertaganden av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. För mycket personal på akutrummet försvårade teamarbetet och medförde en oklar rollfördelning. Det resulterade i många fall i att sjuksköterskorna inte kunde nå fram till patienterna. Situationerna med för mycket personal beskrevs ofta som röriga.

”Man kan inte vara för många inne på ett traumalarm för då blir det rörigt. Man kanske inte heller vet vem som är ledaren.”

(Intervju 6)

”... det är mycket personal och alla dom som ska stå där och titta. Det kan vara bökigt att komma fram till patienten, man får ibland armbåga sig fram.”

(Intervju 2)

I de fall där teamarbetet enligt sjuksköterskorna flutit på beskrevs kommunikationen som en avgörande faktor. Kommunikationen i teamet främjades av att teamets medlemmar sedan tidigare hade arbetat tillsammans. Erfarenheten av att arbeta i team med kända ansikten gjorde att sjuksköterskorna visste vilken kunskap de andra medlemmarna hade. Detta skapade en trygghet hos sjuksköterskorna i sitt arbete.

”Det som är viktigt är att man är i ett team som har en bra kommunikation mellan sig, som känner varandra.”

(Intervju 6)

Enligt sjuksköterskorna tydliggjordes kommunikationen mellan teamets medlemmar genom utbytande av blickar samt upprepande av vad som genomförts. Dålig kommunikation i teamet ansågs vara ett hinder och försvårade arbetet kring patienten. Att inte ha en fungerande kommunikation gjorde att sjuksköterskorna inte hade full kontroll på situationen och teamarbetet ansågs som rörigt.

”Det blev ju iordninggjort till slut i alla fall men det blev brist på kontroll tycker jag.”

(Intervju 6)

Samtliga sjuksköterskor som omhändertagit patienter där tillståndet varit kritiskt beskrev teamarbetet som välfungerande. Teamets alla medlemmar arbetade fokuserat trots att det

var många uppgifter som skulle utföras. Trots en kritiskt sjuk patient upplevde sjuksköterskorna att stämningen på akutrummet genomsyrades av struktur och ett lugn.

” ... när vi har haft väldigt dåliga patienter är alla väldigt fokuserade, gör sin uppgift och jobbar på. Det har varit ganska lugnt och strukturerat trots febril aktivitet, så det har varit väldigt skönt.”

(Intervju 7)

Utifrån de mindre positiva erfarenheterna av teamarbetet hade flera av sjuksköterskorna tankar kring hur teamarbetet skulle kunna förbättrats. Ett förslag som under intervjuerna framkom som önskvärt var mer scenarioträning för att utveckla och möjliggöra ett bättre teamarbete och för att samtidigt få klarhet i de olika teammedlemmarnas roller.

”Jag tror vi behöver träna på att få ihop det här med teamet och de olika rollerna.”

(Intervju 5)

Ledarskap

Av sjuksköterskornas berättelser framkom ledarskapets betydelse för hur omhändertagandena fortlöpte. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av omhändertaganden där ledarskapet varit välfungerade och tillfällen där det varit mindre välfungerande. Sjuksköterskorna förklarade att ledarskapet påverkar hela teamet och att ett otydligt ledarskap lätt leder till att arbetet på akutrummet blir kaosartat. Några sjuksköterskor berättade att det vid några omhändertaganden varit oklart kring vem som lett arbetet. Det resulterade i att sjuksköterskorna upplevde det som tråkigt, tungt och kunde känna sig missnöjda med sin insats. I de fall där traumaledaren varit en mindre van läkare kunde sjuksköterskorna känna sig otrygga och reflektera över hur omhändertagandet skulle komma att fungera.

”Har man inte en bra traumaledare som är tydlig, blir det ju alltid kaos.”

(intervju 5)

”... det var en rätt så ny läkare som hade hand om det och då kändes det lite otryggt och hur kommer det här att gå?”

(Intervju 2)

Sjuksköterskorna betonade vikten av att traumaledaren ska vara någon som kan peka med hela handen och fatta beslut och på det sättet vara tydlig. När traumaledaren var tydlig, strukturerad, pratade med hela teamet och hade kontroll över situationen kände sjuksköterskorna sig trygga. Upplevelsen var att det sprider sig ett lugn över hela teamet, att alla går in i sina roller och att arbetet flyter på. Sjuksköterskorna erfor att teamkänslan stärktes när traumaledaren involverade övriga medlemmar i teamet och tog tillvara på allas erfarenheter och kompetens.

”Det har varit bra läkare som har tagit en roll, som har lett arbetet och varit tydliga med vad vi ska göra och när vi ska gå vidare.”

(Intervju 4)

”Bara det här med kommunikationen är ju så himla viktigt på ett akutrum, att någon tar ledarrollen och det gjorde verkligen han... Han var lugn, trygg och pratade med oss andra.”

(Intervju 5)

Professionalism

Sjuksköterskorna vittnade om att det specifika praktiska omhändertagandet av patienter som utsatts för våldsrelaterade penetrerande skador inte skiljde sig mycket från ett vanligt traumalarm där patienten råkat ut för till exempel en trafikolycka. Flera sjuksköterskor beskrev att det väcktes många olika känslor när de initialt fick rapport om att en patient med våldsrelaterade penetrerande skador var på ingång. De olika känslorna härstammade bland annat från sjuksköterskornas egna fördomar. Sjuksköterskorna förtydligade vidare att fördomarna ofta berodde på tidigare erfarenheter av patienter med kriminell bakgrund. Gemensamt för de sjuksköterskor som ansåg sig ha fördomar var att de hade flera års erfarenhet av arbete på en akutmottagning och att de varit med och omhändertagit flera patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Samtliga sjuksköterskor var noga med att förtydliga att de trots sina fördomar var professionella i sitt bemötande och yrkesutövande.

” ... försöka att inte ha några förutfattade meningar, men det är det här med utländska namn och gängkriminalitet. Man får se här och nu och vad det är för person som man har framför sig. Det är enklast så, att man inte har så mycket förutfattade meningar.”

(Intervju 6)

I de flesta av intervjuerna beskrev sjuksköterskorna att majoriteten av de patienter som omhändertagits med våldsrelaterade penetrerande skador hade missbruksproblematik och att patientens journal ofta kunde vittna om ett liv i det kriminella. I intervjuerna skildrades en bild av att missbruksproblematik och kriminalitet hos patienterna väckte flera olika känslor hos sjuksköterskorna. Åtskilliga sjuksköterskor beskrev känslor som minskad empati. Utifrån patientens bakgrund upplevde sig sjuksköterskorna inte bli förvånade över att just dessa patienter inkommit med livshotande skador. Trots sjuksköterskornas egna tankar kring patienterna förklarades att känslorna inte styrte omhändertagandet av patienten utan att alla patienter behandlas lika och får samma vård.

”... fast man tänker ju att det är gängrelaterat tyvärr... Varför skjuter ni varandra på öppen gata där andra människor kan bli skadade? Jag tror inte att det påverkar skulle jag påstå fast jag tror att vi har dom känslorna lite faktiskt allihopa. Man jobbar på och är professionell, så är det ju.”

(Intervju 5)

Sjuksköterskorna uttryckte sig under intervjuerna i termer som att ett liv med kriminalitet och missbruk kan öka risken att utsättas för vissa typer av våld och skador. Sjuksköterskorna förtydligade återigen att tankarna inte påverkade deras handlande och omhändertagandet av patienten. Att vara professionell var ytterst viktigt för samtliga sjuksköterskor.

” ... ska man se till patientens bakgrund, så är vissa inne i ett liv med mycket våld omkring sig och missbruk. Så det känns mer självförvållat på något sätt tycker jag... Men jag arbetar på samma sätt med alla.”

(Intervju 4)

”På något sätt tycker man väl att dom har ju gjort det själva men samtidigt är det tragiskt, men jag tror absolut inte det påverkar omhändertagandet.”

(Intervju 3)

Otrygghet och rädsla

Sjuksköterskorna berättade att omhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador bitvis kunde upplevas som otryggt. Otrygghetskänslan uppstod framför allt i de fall där patienterna var narkotikapåverkade då de ofta var oroliga, stökiga och agiterade. I de fall där patienterna varit upprörda och mindre samarbetsvilliga försvårades arbetet kring patienten och teamet fick lägga kraft på att försöka få patienten lugn och villig att samarbeta. Vid omhändertagandet av narkotikapåverkade patienter ökade sjuksköterskornas misstankar om eventuell blodsmitta vilket medförde extra vaksamhet och försiktighet.

”... han var ju väldigt upprörd, orolig och rädd.., det tog en hel del av vår kraft att få honom att samarbeta med oss.”

(Intervju 5)

Gemensamt för flera av intervjuerna var sjuksköterskornas beskrivningar av rädsla i samband med omhändertagandet av dessa patienter. Vissa av sjuksköterskorna talade om att de omhändertagit patienter som skadats i samband med kriminella gänguppågörelser. I dessa fall var sjuksköterskorna rädda för att personer med avsikt att skada patienten skulle uppsöka akutmottagningen. Sjuksköterskorna beskrev tidigare händelser där akutmottagningen anstormats av personer med anknytning till de skadade patienterna. Situationerna kunde bli hotfulla då patienterna hade koppling till olika kriminella gäng. Vetskapen om detta gjorde att sjuksköterskorna fruktade att något liknande skulle uppstå i samband med att de omhändertog patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

”Det är obehagligt, man vet ju inte om de kommer till akuten, de som försökte döda honom.”

(Intervju 6)

Hos de sjuksköterskor som omhändertagit patienter som utsatts för våldsrelaterade penetrerande skador där våldet varit provocerat och där det inte rört sig om kriminella uppågörelser grundade sig rädslan i hotbilden mot patienten. Rädslan grundade sig i oro för att den person som åsamkat patienten dennes skador skulle inkomma till akutmottagningen. Ett fåtal av sjuksköterskorna uttryckte ingen rädsla för egen del men uttryckte då istället oro för sina kollegor.

Samtliga sjuksköterskor berättade att polis funnits på plats på akutmottagningen i samband med omhändertagandena. Sjuksköterskorna beskrev polisens närvaro som avgörande för att minska rädslan och känslan av otrygghet. Ingen av sjuksköterskorna ansåg att polisen skulle vara inne på akutrummet utan istället finnas i nära anslutning till omhändertagandet av patienten. Detta på grund av att patienten kunde uppleva polisens närvaro som provocerande samt att sjuksköterskorna ansåg att det redan personaltäta akutrummet inte hade plats för fler personer. Samtidigt som polisen skapade trygghet var de även en tillgång då sjuksköterskorna kunde lämna över ansvaret för att bevismaterial omhändertogs på korrekt sätt.

”Det är tryggt att ha polisen på plats, helst ska de vara utanför rummet. Det är mer en trygghet att veta att dom finns där.”

(Intervju 2)

Reflektion

Sjuksköterskorna beskrev att de under omhändertagandena av patienterna var fokuserade på de praktiska uppgifter som deras roll innebar. Allt eftersom omhändertagandena avslutades och iordningsställande av akutrummen påbörjades gavs möjlighet för sjuksköterskorna att reflektera. Reflektionerna rörde hur det praktiska omhändertagandet genomförts och utfallet av detta men även känslomässiga reaktioner över vad som hänt. Sjuksköterskorna uttryckte att de hade tankar kring vem personen bakom den skadade patienten var, vilket liv som patienten skulle kunna återgå till samt hur vissa människor kunde vara kapabla att åsamka en annan person skador av den här allvarlighetsgraden. I efterförloppet upplevde sjuksköterskorna empati över vad patienterna utsatts för. Oavsett patientens bakgrund uttryckte sjuksköterskorna en tragik över vad som inträffat och patienternas olika livsöden

”Det var ju oklart till en början, vem som gjort det här... Det är inte förrän efteråt egentligen man börjar reflektera. Innan är det ju mest det praktiska.”

(Intervju 1)

”När man har lämnat av patienten och kommer tillbaka så känner man sig lite trött och lite sliten och man tänker väldigt mycket. Tänker på vad man hade, inte bara patienten utan just människan bakom, olika livsöden och hur lätt det är att hamna i sådana situationer.”

(Intervju 2)

Något som samtliga sjuksköterskor ansåg hade varit värdefullt och som borde vara rutin var någon form av återkoppling och gemensam reflektion efter omhändertagandena. En av sjuksköterskorna berättade att det genomförts debriefing några dagar efter avslutat fall men ingen av sjuksköterskorna hade själv varit delaktig vid ett sådant tillfälle. Genom att tillsammans med hela teamet få möjlighet att reflektera och samtala kring det praktiska genomförandet såg sjuksköterskan en möjlighet i att få reda ut saker och försvara sin roll i de fall där omhändertagandet upplevts som mindre bra. Det fanns en efterfrågan om att få ta del av konstruktiv kritik för att inför kommande liknande fall kunna vara mer förberedd. Trots avsaknad av återkoppling under mer strukturerade former beskrev sjuksköterskorna att de ofta diskuterade kring fallen med sin kollega från den egna arbetsplatsen och att detta upplevdes som värdefullt.

”Vi hade ingen debriefing, det är lite synd. Jag tycker att det hade varit bra. Dels för att man kan lära sig av varandra och hur man ska göra vid nästa tillfälle. Det är viktigt att prata om det. Jag är en stor förespråkare för detta men det händer väldigt sällan tyvärr.”

(Intervju 3)

Trots att sjuksköterskorna beskrev att mindre positiva känslor väcktes i samband med avslutat fall ansåg samtliga att omhändertagandena var stimulerande. Sjuksköterskorna framställde omhändertagande av kritiskt sjuka patienter som en av de största anledningarna till att de valt att arbeta på en akutmottagning. Sjuksköterskorna beskrev arbetet på

akutrummet som spännande och roligt och att adrenalinpåslaget var extra starkt när patienter med våldsrelaterade skador omhändertogs.

”Jag tyckte att det var lite häftigt efter första larmet, och det var roligt, man hade adrenalinpåslag kändes det som.”

(Intervju 4)

”Att ta hand om dom här patienterna gör att man undrar varför och tycker det är onödigt. Men annars tänker jag mer att det är roligt ärligt talat. Jag tycker att det är spännande.”

(Intervju 5)

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att kunna beskriva sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador genomfördes en kvalitativ intervjustudie. Det är syftet med studien som ligger till grund för valet av metod (Trost, 2010). En kvalitativ studie ansågs lämplig då kvalitativa studier enligt Polit och Beck (2016) syftar till att beskriva subjektiva upplevelser. Författarna anser att det hade varit svårt att kvantifiera sjuksköterskors erfarenheter samt nå ett djup inom det studerade fenomenet om studien genomförts med en kvantitativ metod. Författarna ansåg att djupet kunde erhållas genom att studiens ansats var kvalitativ. Kvale och Brinkmann (2014) menar att intervjuer är ett bra tillvägagångssätt för att samla in material om individers levda erfarenheter. Ansatsen med studien var induktiv då tidigare forskning inom området ter sig begränsat och syftet med studien var att dra slutsatser utifrån sjuksköterskornas upplevda erfarenheter av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Inklusionskriterier som användes i studien var att sjuksköterskan skulle ha minst ett års erfarenhet av arbete på akutmottagning, ha genomfört TNCC-utbildning samt på akutrummet ha omhändertagit minst en patient som utsatts för en våldsrelaterad penetrerande skada. Anledningen till att sjuksköterskan skulle ha minst ett års arbetserfarenhet från akutmottagning grundade sig i att författarna ansåg att ett års erfarenhet gör det möjligt att ha omhändertagit patienter med skador och sjukdomar av varierande karaktär och allvarlighetsgrad. På den aktuella akutmottagningen där studien genomfördes genomgår de flesta sjuksköterskor TNCC-utbildning efter ett års arbete för att därefter kunna ingå i traumateamet som initialt omhändertar patienter som inkommer som traumalarm. Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador var kriteriet med genomförd TNCC-utbildning en förutsättning för att sjuksköterskan skulle kunna delta i studien.

I studien användes initialt ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval då författarna via e-post endast kontaktade de sjuksköterskor med genomförd TNCC-utbildning. Då författarna i den aktuella studien var beroende av att sjuksköterskorna själva skulle träda fram som villiga deltagare var ett bekvämlighetsurval enligt författarna lämpligt för att finna dessa informanter. Risken för bias ökade i och med att ett bekvämlighetsurval användes då författarna inte visste vilka erfarenheter den population som inte fått möjlighet att träda

fram hade (Polit & Beck, 2016). Polit och Beck (2016) menar att ett bekvämlighetsurval är en lätt och effektiv urvalsmetod men en svaghet är att det inte finns någon garanti för att det är de informanter med mest information som träder fram som villiga deltagare. Då författarna trodde sig veta att antalet möjliga informanter på den aktuella akutmottagningen var begränsat ansågs ett bekvämlighetsurval som den mest lämpliga urvalsmetoden. För att bland de sjuksköterskor som visat intresse för att delta kunna välja ut de som författarna ansågs mest lämpliga, utifrån studiens inklusionskriterier och tidsram användes ett strategiskt urval. En nackdel med att författarna valt ut informanterna är att urvalet inte blir representativt för hela populationen men då författarna använt tvåstegsurval minskas denna risk (Polit & Beck, 2016).

Intervjuerna som genomfördes i aktuell studie var semistrukturerade där författarna utgick från en egenkonstruerad intervjuguide. Intervjuguiden bestod till stor del av öppna frågor med generella följdfrågor. En styrka med att författarna använt sig av en intervjuguide är att det gav informanterna en möjlighet att fritt berätta om sina erfarenheter samtidigt som författarna säkerställde att samtliga områden berörts (Polit & Beck, 2016). En svaghet är dock att det finns en risk för att frågorna ställs på olika sätt vid de olika intervjutillfällena och att informanterna därför uppfattar frågorna olika (Forsberg & Wengström, 2015).

För att författarna skulle få en uppfattning om intervjuguidens utformning och möjliggörande för sjuksköterskan att berätta om sina erfarenheter genomfördes en pilotintervju med en av författarna utvald sjuksköterska som uppfyllde inklusionskriterierna för studien (Kvale & Brinkmann, 2014). Pilotintervjun gav författarna en uppfattning om tidsåtgången för intervjuerna, en lämplig plats för genomförandet samt en möjlighet till förbättring och korrigerande av intervjuguiden. Efter att författarna transkriberat och granskat pilotintervjun genomfördes vissa korrigeringar i form av ändrad ordningsföljd, omformulering samt sammanslagning av några frågor i intervjuguiden. Den inledande frågan i intervjuguiden valde författarna att omformulera till en mer öppen ställd fråga som underlättade för informanten att fritt påbörja sitt berättande. Då ordningsföljden på frågorna ändrades till att bli mer kronologiskt utifrån händelseförloppet kring omhändertagandet av patienten ansåg författarna att informanten fick större möjlighet till ett mer naturligt och fritt berättande.

Författarna hade för avsikt att genomföra sex till 10 intervjuer. Enligt Polit och Beck (2016) finns det inget bestämt antal för hur stort ett urval bör vara i en kvalitativ studie utan det är omfattningen på informationen som avgör antalet informanter. När ingen ytterligare information tillförs är antalet informanter tillräckliga och datamättnad är på så sätt uppnådd (Polit & Beck, 2016). I aktuell studie inkluderades totalt sju sjuksköterskor. När författarna genomfört sju intervjuer upplevdes till viss del att liknande information gavs från sjuksköterskorna. Författarna hade möjlighet att genomföra fler intervjuer men upplevde att datamättnad var uppnådd efter sju intervjuer. Antalet intervjuer ska enligt Trost (2010) begränsas för att det insamlade materialet inte ska bli svårhanterligt.

Tid och plats för samtliga intervjuer genomfördes utifrån sjuksköterskornas egna önskemål. Två av intervjuerna genomfördes under sjuksköterskans arbetstid. Detta kan ha påverkat sjuksköterskan i form av stress för att bli avbruten och därmed kunnat begränsa svarens utförlighet. Resterande intervjuer genomfördes antingen på arbetsplatsen utanför sjuksköterskans arbetstid eller i sjuksköterskans egna hem. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att det är viktigt att informanterna känner sig trygga under intervjuerna för att främja deras vilja att berätta om sina erfarenheter. Författarna i studien upplevde inte någon

skillnad mellan de intervjuer som genomfördes på arbetsplatsen jämfört med de som genomfördes i hemmet.

Författarna upplevde att båda författarnas närvaro under pilotintervjun främjade förståelsen för det insamlade materialet och säkerställde att intervjuguiden följdes. I sex av sju intervjuer närvarade därför båda författarna och under intervjuerna intog samma författare rollen som intervjuare medan den andra hade rollen som observatör under samtliga intervjuer. Författarna ansåg att bådas närvaro under intervjuerna gagnade granskningen och analysen av det insamlade materialet då båda var väl insatta i den information som framkommit. Det finns en risk för att sjuksköterskan upplevt att författarna, då de var två, befunnit sig i en maktposition (Kvale & Brinkmann, 2014) och därför kan sjuksköterskan ha känt sig trängd. Författarna upplevde dock inte att informanterna verkade påverkas av detta.

Ljudinspelning skedde via digital diktafon för att säkerställa att ingen information under intervjuerna gick förlorad samt möjliggjorde för författarna att aktivt lyssna på informanten. En nackdel med ljudinspelning kan dock vara att informanten upplevt det som obehagligt att bli inspelad.

Samtliga intervjuers datainspelning transkriberades och lästes igenom flertal gånger av båda författarna. En förutsättning för att någon form av förståelse och analys ska kunna ske menar Polit och Beck (2016) är att författarna blir familjära med texterna och detta uppnås genom upprepad läsning. Materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att det insamlade materialet analyseras och sätts i sitt sammanhang (Elo & Kyngäs, 2007). Graneheim och Lundman (2004) menar att fokus ligger på att försöka finna likheter och skillnader i det material som analyseras. Författarna valde ur materialet ut meningsenheter som svarade mot studiens syfte. Dessa analyserades och kunde slutligen presenteras i kategorier som gav en beskrivning av det studerade fenomenet. Graneheim och Lundman (2004) menar att tolkningens djup och abstraktionsnivå avgör om analysen sker manifest eller latent. En svaghet med analysen i den aktuella studien är att författarna är noviser inom området och att den bristande erfarenheten har kunnat påverka förfarandet. Då författarna valde att avsluta analysen när kategorier skapats betraktar författarna sitt analytiska förfarande som manifest. Däremot ser författarna en styrka i att tillsammans ha genomfört analysen då det kan innebära en ökad förståelse för det som framkommit i materialet.

För att stärka den kvalitativa studiens trovärdighet bör studiens genomförande utvärderas gällande begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltigheten för studien beror på tillvägagångssättet som bestäms utifrån studiens syfte. Genom att utifrån syftet med studien välja en lämplig metod för datainsamling samt inhämta tillräcklig mängd data stärks studiens giltighet. Giltigheten i aktuell studie skulle kunna kritiseras då antalet deltagare var få i förhållande till den totala populationen av sjuksköterskor verksamma på akutmottagningar. Något som styrker giltigheten med den aktuella studien var den varierade erfarenheten bland de inkluderade sjuksköterskorna (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att författarna i aktuell studie under analysprocessen valde att dela upp några meningsenheter då det ansågs innehålla flera innebörder kan studiens giltighet enligt Graneheim och Lundman (2004) stärkas.

Malterud (2014) beskriver att författarnas förförståelse påverkar studien på positiva och negativa sätt. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) går det inte att undvika att författarnas förförståelser i viss mån påverkar resultatet utan det ska ses som en del i tolkningen. Då båda författarna själva var verksamma som sjuksköterskor på en akutmottagning innebar det en viss förförståelse och erfarenhet inom det studerade området. Under analysprocessen var författarna i aktuell studie medvetna om förförståelsen och reflekterade särskilt kring denna under analysen för att minimera påverkan på resultatet.

Det primära syftet med en kvalitativ studie är inte att uppnå hög generaliserbarhet (Polit & Beck, 2016). Då ett bekvämlighetsurval användes och resulterade i ett förhållandesvis lågt antal deltagare kan studiens överförbarhet försvåras. Detta på grund av att det finns en risk för att deltagarna inte representerar den övriga populationen (Jakobsson, 2011). I aktuell studie dubbelkontrollerade författarna de transkriberade texterna vilket stärker studiens trovärdighet. Tillförlitligheten och trovärdigheten ökade också genom att författarna följde den kvalitativa innehållsanalysprocessen som den beskrevs av Graneheim och Lundman (2004) samt presenterade exempel på meningsenheter i resultatet.

Studiens överförbarhet stärktes i och med att författarna tydligt beskrev den aktuella studiens metod och motiverade att datamättnad uppnåddes med antalet deltagare (Polit & Beck, 2016). Polit och Beck (2016) menar att överförbarheten innebär huruvida resultatet kan överföras och användas i andra verksamheter och att det är upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart.

Vid genomförande av studier där människor deltar är det av stor vikt att ta hänsyn till forskningsetiska överväganden. I aktuell studie respekterades och skyddades studiens informanter utifrån de fyra grundläggande individskyddskraven som är framtagna av Vetenskapsrådet (2011). För att författarna i aktuell studie skulle kunna presentera ett resultat med sjuksköterskornas erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador var det nödvändigt att allt insamlat material oidentifierades för att inte riskera att avslöja informanternas, patienternas eller andra berördas identiteter. Under analysförfarandet valde författarna att endast presentera citat av sjuksköterskorna som inte innehöll någon information som skulle kunna härröras till patient eller särskild händelse.

För att i händelse av känslomässig reaktion i samband med intervjuförfarandet kunna erbjuda informanterna stöttning fanns möjlighet att få tala med den aktuella akutmottagningens kurator. Utifrån författarnas kännedom utnyttjade ingen av informanterna denna kontakt.

Då författarna i aktuell studie intervjuat kollegor har särskilda överväganden kring detta gjorts då det finns en risk för att den tidigare kollegiala relationen påverkar informantens informationsdelgivning (Brannick & Coghlan, 2007) samt författarnas tolkning av materialet (McDermid, Peters, Jackson & Daly, 2014). Författarnas förförståelse gällande lokaler och rutiner på den aktuella akutmottagningen upplevdes gynna informanternas berättande och intervjuerna upplevdes av författarna flyta på väl samtidigt som stämningen var avspänd. McDermid et al. (2014) presenterar denna förförståelse som en styrka och som positivt för intervjuerna framåt. En svaghet med den tidigare kollegiala relationen mellan författarna och informanterna är risken för att författarnas egna uppfattningar om arbetsplatsen och kollegorna influerar tolkningen och trovärdigheten i studien (McDermid

et al., 2014). Författarna i aktuell studie har under analysförfarandet varit medvetna om dessa överväganden och genom medvetenheten försökt minimera risken för att påverka resultatet som presenterats. Författarna upplevde att den tidigare kollegiala relationen till informanterna precis som det beskrivs av DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) möjliggjorde informanternas förmåga att tala öppet under intervjuerna. Trots att författarna i den aktuella studien genom uppfyllande av informations- och samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002) respekterade informanternas frivillighet till medverkan i studien finns en risk för att de känt sig tvingade till att delta på grund av den tidigare kollegiala relationen till författarna.

Resultatdiskussion

Resultatet av sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador presenterades i sju kategorier; förberedelser, kompetens, teamarbete, ledarskap, professionalism, otrygghet och rädsla samt reflektion.

Under intervjuerna framkom att den information som gavs från prehospital personal till ledningsansvarig sjuksköterska var väsentlig för möjligheten till sjuksköterskans förberedelse innan patienten anlät till akutmottagningen. I en studie gjord av Owen, Hemmings och Brown (2009) fann forskarna att informationsöverlämning mellan prehospital personal och akutmottagning ofta sker i flera steg och att detta kan vara riskabelt. Prehospital personal överrapporterar information till ledningsansvarig sjuksköterska på akutmottagningen som sedan för informationen vidare till den personal som ska omhänderta patienten. Denna fragmenterade informationsöverlämning ökar risken för att betydelsefull information försvinner. Enligt Thakore och Morrison (2001) kan kvaliteten och kvantiteten på den information som ges påverkas av vilken utbildning och erfarenhet av rapportering som den informationsgivande prehospitala personalen besitter.

Sjuksköterskorna i aktuell studie hade önskat att den rapport som gavs från prehospital personal hade innehållit mer information angående patientens skador och tillstånd. För att optimera kommunikation och överlämning av information mellan prehospital personal och akutmottagningen menar Jensen, Lippert och Östergaard (2013) att rapporteringen bör ske strukturerat, muntligt och skriftligt samt med fördel utifrån ett standardiserat verktyg. Författarna i aktuell studie kan se fördelar med att ett standardiserat verktyg används vid rapportering mellan prehospital personal och akutmottagningen. Genom att använda ett strukturerat och standardiserat verktyg anpassat för rapportering av patienter med penetrerande skador skulle sjuksköterskorna få den efterfrågade informationen som möjliggör förberedelsen inför patientens ankomst. Genom att sjuksköterskan får möjlighet till att inför patientens ankomst förbereda sig skulle detta enligt författarna i den aktuella studien kunna leda till att sjuksköterskan tidigare kan upptäcka, prioritera och påbörja omhändertagandet av den svårt skadade patienten. Detta beskrivs i kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård (2017) som några av sjuksköterskans uppgifter.

I aktuell studie beskrev sjuksköterskorna att den korta tiden mellan informationsdelgivningen från ledningsansvarig sjuksköterska och patientens ankomst till akutmottagningen begränsade möjligheten till förberedelser. De omhändertaganden där sjuksköterskorna givits möjlighet till förberedelser upplevdes som positiva och gjorde att de mentalt och praktiskt upplevde att de "var ett steg före". Under intervjuer med traumateam genomförda av Speck, Jones, Barg och McCunn (2012) framkom att tiden från att teamet fått information om patienten till patientens ankomst var viktig för teamets

möjlighet till förberedelser. Förberedelserna bestod av diskussion kring möjliga skador och tänkta behandlingsalternativ. I studien observerades även att denna tid gav teammedlemmarna möjlighet till vardagliga samtal och skratt sinsemellan.

I resultatet framkom att samtliga sjuksköterskor hade god kännedom om vad rollen som sjuksköterska under omhändertagandet av patienterna innebar. Sjuksköterskorna upplevde att de kände sig mindre osäkra och stressade samt hade bättre kontroll över situationen genom att de visste sina arbetsuppgifter, hittade på akutrummet och hade erfarenhet av liknande omhändertaganden sedan tidigare. I en studie av Wisborg, Brattebo, Brinchmann-Hansen, Uggen och Hansen (2008) där effekten av teamträning studerats fann forskarna att deltagarna efter genomgången träning kände sig tryggare och mer säkra i sina roller och att ett resultat av detta var förbättrad vårdkvalitet. Utifrån sjuksköterskornas berättelser i aktuell studie om att erfarenhet, kompetens och kännedom om akutrummen minskar osäkerheten anser författarna att träning tillsammans i traumateamet är essentiell. Om detta sker kontinuerligt finns möjligheten att de sjuksköterskor med mindre erfarenhet blir bekvämare i sina roller som sjuksköterskor vilket skulle kunna leda till förbättrad vård och stärkt patientsäkerhet.

Sjuksköterskorna beskrev i den aktuella studien att genomgången TNCC-utbildning gjorde att de kände sig tryggare i sin roll och de praktiska moment som genomfördes på patienten. Liknande resultat fann Baird et al. (2004) i sin studie där sjuksköterskor med TNCC-utbildning uppgav att de stärktes i sitt arbete kring traumapatienten. Utifrån dessa resultat anser författarna i den aktuella studien med stöd från ICN:s etiska koder (2014) att fortlöpande evidensbaserad utbildning för sjuksköterskan är väsentlig för att kunna genomföra god och säker vård.

I aktuell studie framkom vikten av att arbeta i ett fullständigt välfungerande traumateam under omhändertagandet av patienten. Några sjuksköterskor hade erfarenhet omhändertaganden där traumateamet inte varit fullständigt och upplevde då resurserna som begränsade. I en studie presenterad av Adedeji och Driscoll (1996) bör ett traumateam bestå av mellan fem till åtta medlemmar. Ett team bestående av färre medlemmar än fem kunde bli begränsade i att utföra sina arbetsuppgifter medan teamarbetet i team med fler än åtta medlemmar kunde upplevas som rörigt och försvårade teamledarens centrala roll (Adedeji & Driscoll, 1996). Denna uppfattning kan liknas vid den som framkom i aktuell studie där sjuksköterskorna upplevde att för många medlemmar i teamet gjorde situationen rörig och ledde till en oklar rollfördelning bland teammedlemmarna. Speck et al. (2012) belyser värdet av att samtliga medlemmar i teamet vet vilken roll de har för att teamarbetet ska fungera så bra som möjligt.

Teamets kommunikation ansågs av sjuksköterskorna i aktuell studie vara väsentlig för samarbetet och hur arbetet på akutrummet fortskred. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av omhändertaganden där kommunikationen varit mer eller mindre välfungerande. I en studie gjord av Bergs, Rutten, Tadros, Krijnen och Schipper (2004) observerades kommunikation mellan läkare och övriga teammedlemmar under traumaomhändertaganden. Forskarna fann att kommunikationen i de fall där patienten var allvarligt skadad tenderade att bli bättre än vid omhändertaganden av patienter med lindrigare skador (Bergs et al., 2004). I aktuell studie beskrev samtliga sjuksköterskor som omhändertagit patienter där tillståndet varit kritiskt teamarbetet som välfungerande och stämningen som strukturerad och lugn trots febril aktivitet på akutrummet. Enligt Schiller och Anderson (2003) är en välfungerande och effektiv kommunikation betydelsefull för ett optimalt omhändertagande av och utgången för den svårt skadade patienten.

I aktuell studie uttryckte flera av sjuksköterskorna önskemål om mer träning i omhändertagande av traumapatienter för att på detta sätt stärka teamarbetet. Featherstone et al. (2005) belyste vikten av praktisk övning för att främja teamarbetet och minska oron för att omhänderta kritiskt sjuka patienter. Då sjuksköterskorna i aktuell studie beskrev avsaknaden av teamträning såg författarna att konceptutbildningar som till exempel ATLS och praktisk scenarioträning skulle kunna stärka sjuksköterskan i sin roll i traumateamet. Gross et al. (2005) beskrev att ATLS-utbildningen hade en positiv påverkan på teamet och framför allt då kommunikationen mellan teamets medlemmar. Även Wisborg, Brattebo, Brattebo och Brinchmann-Hansen (2006) belyste den positiva inverkan på teamarbetet som utbildning och praktisk träning gav. Då det i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor med specialistutbildning med inriktning mot akutsjukvård (2017) framgår att sjuksköterskan ska kunna samarbeta med övriga professioner anser författarna i den aktuella studien att det precis som det beskrivs av Wisborg et al. (2006) är av stor vikt att teamet ges möjlighet till övning.

I en studie genomförd i Norge fann forskarna att traumaledaren var en av de viktigaste faktorerna som påverkar traumaomhändertagandet (Hjortdahl et al., 2009). Liknande resultat kan ses i aktuell studie där sjuksköterskorna belyste ledarskapets betydelse för hur omhändertagandena fortlöpte. Sjuksköterskorna betonade vikten av att traumaledaren ska vara någon som kan peka med hela handen och på det sättet vara tydlig. När traumaledaren var tydlig, strukturerad och hade kontroll över situationen beskrev sjuksköterskorna att de kände sig trygga. Enligt Hjortdahl et al. (2009) samt Speck et al. (2012) beskrevs att en ledare som utstrålar självsäkerhet inger lugn och gör att sjuksköterskan också känner sig självsäker. En god ledare ska ha överblick över situationen och förmågan att fatta beslut och driva arbetet framåt (Hjortdahl et al., 2009). Även Hjortdahl et al. (2009) beskriver i likhet med sjuksköterskorna i aktuell studie att ledarskapet påverkar hela teamet och att ett otydligt ledarskap lätt leder till att arbetet på akutrummet blir kaosartat. För att minimera risken för konflikter, otydlighet kring arbetet samt för att optimera teamarbetet kring och vården av patienten bör det enligt Sarcevic, Marsic, Waterhouse, Stockwell och Burd (2011) finnas en tydlig ledare.

I resultatet framkom att majoriteten av de patienter som omhändertagits med våldsrelaterade penetrerande skador hade missbruksproblematik och att detta väckte känslor som bristande empati hos sjuksköterskorna. Speck et al. (2012) presenterar att traumateamets medlemmar reagerar olika beroende på orsaken till att patientens vårdats på akutmottagningen. Sjuksköterskorna i studien av Speck et al. (2012) beskrev att de ibland kunde vara dömande mot patienter med pågående missbruk men att de även kunde känna empati. Enligt Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel och Garretsen (2013) är det inte ovanligt att vårdpersonal har negativa attityder till patienter med missbruksproblematik. Monks, Topping och Newell (2012) menar att erfarenheter av att vårda patienter med missbruk påverkar attityder mot denna patientgrupp positivt. Förståelsen för patienten bakom problemen ökar och sjuksköterskan blir mer professionell i sitt arbete (Monks, Topping & Newell, 2012). Bristande erfarenhet och kompetens kring omhändertagandet av patienter med missbruksproblematik tror författarna kan ha påverkat de känslor som uppstod hos sjuksköterskorna i aktuell studie.

Sjuksköterskorna i aktuell studie beskrev att minskad empati för denna patientgrupp ibland kunde uppstå men samtliga förtydligade trots detta att de varit professionella i sitt yrkesutövande. Enligt Freeman, Fothergill, Bourbonnais och Rashotte (2013) upplevde

traumasjuksköterskor möten med patienter med våldsrelaterade skador som känslomässigt utmanande. Traumasjuksköterskorna var väl medvetna om sina känslor vilket gjorde att de försökte sätta känslorna åt sidan för att kunna omhänderta patienten på ett professionellt och etiskt korrekt sätt (Freeman et al., 2013). Sjuksköterskans förmåga att vara professionell och bemöta alla patienter på ett respektfullt sätt är egenskaper som sjuksköterskan enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård samt ICN:s etiska koder för sjuksköterskor ska besitta (SENA & Svensk sjuksköterskeförening, 2017; ICN, 2014). Utifrån vad som framkommit under intervjuerna i aktuell studie upplevde författarna att sjuksköterskorna trots sina känslor inte hade några svårigheter med att arbeta professionellt. Utifrån ett av sjuksköterskans ansvarsområden som beskrivs enligt TNCC (ENA, 2006) är det av stor vikt att sjuksköterskan skapar en relation till patienten för att kunna stötta och informera denna. Författarna i aktuell studie ansåg att denna relation skulle kunna påverkas negativt om sjuksköterskan upplevde minskad empati för patienten.

Gemensamt i resultatet var sjuksköterskornas beskrivningar av rädsla i samband med omhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Vissa av sjuksköterskorna berättade under intervjuerna om att patienterna skadats i samband med kriminella gänguppgifter. Återkommande i studien av Freeman et al. (2013) var traumasjuksköterskornas berättelser om rädsla i samband med att omhänderta manliga patienter som ådragit sig kniv- eller skottskador i samband med gängrelaterade uppgifter. Det framkom att det skett en drastisk förändring de senaste åren kring vilket klientel som inkommer som traumapatienter till akutmottagningarna. Detta gör att traumasjuksköterskorna ställs inför nya oönskade utmaningar (Freeman et al., 2013). Som i aktuell studie beskrev även sjuksköterskorna i studien av Freeman et al. (2013) denna patientgrupp som agiterad, både verbalt och fysiskt. Detta medförde att sjuksköterskorna i studien av Freeman et al. (2013) kände sig rädda på sitt arbete. Liknande resultat framkom bland sjuksköterskorna i aktuell studie.

En utmaning med att omhänderta patienter med våldsrelaterade penetrerande skador är enligt sjuksköterskorna risken för att personer med anknytning till de skadade patienterna uppsöker akutmottagningen och att detta ska leda till bråk eller fortsatta uppgifter. Även i studien av Freeman et al. (2013) framkom detta som en av anledningarna till rädsla hos sjuksköterskorna. Förutom rädsla för sin egen säkerhet upplevdes anstormningen av akutmottagningen som ett potentiellt hot mot övriga patienter, anhöriga och kollegor (Freeman et al., 2013). Sjuksköterskorna i aktuell studie upplevde liknande känslor som beskrevs av Freeman et al. (2013).

Akutsjuksköterskans uppgift är att i ett tidigt skede upptäcka och prioritera den akut sjuka patienten med livshotande skador (SENA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Om sjuksköterskan utsätts för hot och våld i sitt arbete finns risken att det negativt påverkar arbetet och sjuksköterskans möjlighet till ett bra omhändertagande och en säker vård av patienterna (Avander, Heikki, Bjerså & Engström, 2016; Kowalenko, Gates, Gillespie, Succop & Mentzel, 2013). Verbalt och fysiskt våld på akutmottagningen minskar sjuksköterskornas egenskattade trygghet på sin arbetsplats (Pinar & Ucmak, 2010).

I aktuell studie berättade sjuksköterskorna att det ingav trygghet att ha polis på plats i samband med att patienter med våldsrelaterade penetrerande skador omhändertas. I en studie genomförd av Blando, O'Hagan, Casteel, Nocera och Peek-Asa (2013) studerades våldets påverkan på sjuksköterskor inom akutsjukvård. Forskarna fann att en viktig faktor

för att sjuksköterskorna skulle känna sig trygga var att det fanns säkerhetspersonal på arbetsplatsen som snabbt kunde agera om en våldsam situation uppstod (Blando et al., 2013). Då våld mot vårdpersonal bidrar till ökad risk för utbrändhet är det betydelsefullt att försöka minimera risken för våldsutsatthet (Lundström, Graneheim, Eisemann, Richter & Åström, 2005; Isaksson, Graneheim & Åström, 2009).

Trots att mindre positiva känslor väcktes i samband med omhändertaganden av patienter med våldrelaterade penetrerande skador upplevde sjuksköterskorna i aktuell studie att arbetet var stimulerande, roligt och spännande samt att omhändertaganden av kritiskt sjuka patienter var en av de största anledningarna till att de valt att arbeta på just en akutmottagning. Att dagligen ställas inför utmanande arbetsuppgifter gör att sjuksköterskor enligt Langeland och Sørli (2011) beskriver sitt arbete på akutmottagningen som roligt och tillfredsställande då de får utnyttja sin kunskap och kompetens. Traumasjuksköterskor beskrev känslor som tillfredsställelse och upprymdhet i att få omhänderta traumapatienter och få göra en insats med de svårt skadade patienterna (Freeman et al., 2013). Dessa beskrevs i aktuell studie såväl som i studien av Freeman et al. (2013) som anledningarna och motivationen till att sjuksköterskan vill fortsätta att arbeta på akutmottagningen. Sjuksköterskorna i studien av Freeman et al. (2013) beskrev att arbetet på akutmottagningen kräver en viss typ av personlighet med ett speciellt tankesätt för att kunna utstå de dagliga utmaningarna som arbetet innebär. Utifrån att författarna i aktuell studie i resultatet kunnat presentera sjuksköterskornas positiva reaktioner på att få delta i omhändertagandet av svårt sjuka patienter ser författarna möjligheten i att det är en viss typ av människor som söker sig till att arbeta på en akutmottagning.

Sjuksköterskorna i aktuell studie beskrev att det i efterförloppet upplevdes värdefullt att få tala med sina kollegor kring det praktiska omhändertagandet samt de känslomässiga reaktioner som uppstått. Torjuul, Nordam och Sørli (2005) beskrev att möjligheten till att få tala med sina kollegor var avgörande för att kunna dra lärdom av det inträffade och för att kunna fortsätta med sitt arbete. Författarna fann i aktuell studie att sjuksköterskorna önskade rutiner i form av återkoppling eller gemensam reflektion med övriga teammedlemmar efter att omhändertagandet avslutats för att inför kommande liknande fall vara mer förberedda. Strukturerad genomgång och reflektion i form av debriefing har i en studie av Steinemann, Bhatt, Suares, Wei, Ho, Kurosawa, Lim och Berg (2016) visat sig ha positiv påverkan på teamarbetet.

Slutsats

Sjuksköterskorna visade sig ha både positiva och negativa erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldrelaterade penetrerande skador. Sjuksköterskorna beskrev inte att själva traumaomhändertagandet såg annorlunda ut vid omhändertagandet av patienter med våldrelaterade penetrerande skador jämfört med övriga traumapatienter men att känslorna som uppstod skilde sig. Det var vanligt att sjuksköterskorna upplevde rädsla och otrygghet över sin egen, kollegors eller övriga patienters säkerhet. Utifrån resultatet anser författarna att rutiner gällande polisens närvaro vid traumaomhändertagandet av patienter med våldrelaterade skador, fortlöpande teamträning och kompetenshöjande utbildning samt möjligheten till att efter avslutat omhändertagande gemensamt i teamet få reflektera skulle kunna vara en tillgång för sjuksköterskan. Genom detta skulle omhändertagandet av patienterna kunna optimeras och sjuksköterskans trygghet på arbetsplatsen stärkas.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie ger en inblick i sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Utifrån resultatet ses vikten av rutiner avseende säkerhet när dessa patienter omhändertas på akutmottagningen. Sjuksköterskor bör tillsammans med övriga professioner i traumateamet få regelbunden övning och kompetenshöjande utbildning för att optimera och säkerställa ett gott omhändertagande av patienten.

Författarna till den aktuella studien upplever att tidigare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador är begränsad. Denna patientgrupp ter sig öka på akutmottagningar runt om i Sverige. Utifrån detta anser författarna att kvalitativ forskning med utgångspunkt från sjuksköterskors såväl som patienters perspektiv gällande erfarenheter och upplevelser av traumaomhändertagande inom detta område i framtiden bör belysas vidare.

REFERENSER

Adedeji, O., & Driscoll, P. (1996). The trauma team – a system of initial trauma care. *Postgraduate Medical Journal*, 72(852), 587-593. doi: 10.1136/pgmj.72.852.587

Advanced Trauma Life Support. (2008). *ATLS Student Course Manual: Advanced Trauma Life Support* (9th ed.). Chicago: American College of Surgeons.

ATLS Sverige. (u.å.). *Om ATLS*. Hämtad från <http://www.atls.nu/ATLS/OmATLS/tabid/54/Default.aspx>

Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M. (2016). Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), 51-57. doi: 10.1097/JTN.0000000000000186

Baird, C., Kernohan, G., & Coates, V. (2004). Outcomes of Advanced Trauma Life Support training: questioning the role of observer. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 131-135. doi: 10.1016/j.aen.2004.01.003

Bergs, E., Rutten, F., Tadros, T., Krijnen, P., & Schipper, I. (2005). Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening?. *Injury*, 36(8), 905-911. doi: 10.1016/j.injury.2004.12.047

Blando, J., O'Hagen, E., Casteel C., Nocera, M-A., & Peek-Asa, C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 491-498. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01416.x

Brannick, T., & Coghlan, D. (2007). In defense of being 'native': the case for insider academic research. *Organizational Research Methods*, 10(1), 59-74. doi: 10.1177/1094428106289253

Brottsförebyggande Rådet. (2015a). *Skjutningar 2006 och 2014 - omfattning, spridning och skador*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.

Brottsförebyggande Rådet. (2015b). *Brottsutveckling för vissa brott mot personer fram till 2014*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.

Brottsförebyggande Rådet. (2016). *Konstaterade fall av dödligt våld- en genomgång av anmält dödligt våld 2015*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 214-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Emergency Nurse Association. (2006). *Trauma Nursing Core Course: deltagarmanual* (6:e uppl). ENA: USA.

Featherstone, P., Smith, G. B., Linnell, M., Easton, S., & Osgood V. M. (2005). Impact of a one-day inter-professional course (ALERTTM) on attitudes and confidence in managing critically ill adult patients. *Resuscitatio*, 65, 329-336. doi: 0.1016/j.resuscitation.2004.12.011

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Freeman, L., Fothergill-Bourbonnais, F., & Rashotte, J. (2014). The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (30), 6-12. doi: 10.1016/j.iccn.2013.06.004

Gautam, V., & Heyworth, J. (1994). The value of the abbreviated ATLS course for accident and emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 2(2), 100–102. doi: 10.1016/0965-2302(94)90069-8

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gross, T., Amsler, F., Ummenhofer, W., Zuecker, M., Jacob, A. L., Messmer, P., Huegli, R. W. (2005). Multiple-trauma management: standardized evaluation of the subjective experience of involved team members. *European Journal of Anaesthesiology*, 22 (10), 754-761, doi: 10.1017/S0265021505001250

Hjortdahl, M., Ringen, A.H., Naess, A-C., & Wisborg, T. (2009). Leadership is the essential non-technical skill in the trauma team - results of a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(42). doi: 10.1186/1757-7241-17-48

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 12 januari, 2017, från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Isaksson, U., Graneheim, U.H., & Åström, S. (2013). Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 46-53. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01328.x

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp – en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Jensen, S.M., Lippert, A., & Ostergaard, D. (2013). Handover of patients: A topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anastesiologica Scandinavia*, 57(8), 964-970. doi: 10.1111/aas.12125

- Koehler, J.J., Baer, L.J., Malafa, S.A., Meindersma, M.S., Navitskas, N.R., & Huizenga, J.E. (1986). Prehospital Index: a scoring system for field triage of trauma victims. *Annals of Emergency Medicine*, 15(2), 178-182. doi: 10.1016/S0196-0644(86)80016-6
- Kohn, M. A., Hammel, J. M., Bretz, S.W., & Stangby, A. (2004). Trauma Team Activation Criteria as Predictors of Patient Disposition from the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 1(1), 1-9. doi: 10.1197/S1069-6563(03)00578-5
- Kortbeek, J. B., Al Turki, S. A., Ali, J., Antoine, J. A., Bouillon, B., Brasel, K., & Winter, R. (2008). Advanced trauma life support, 8th edition, the evidence for change. *Journal of Trauma*, 64, 1638-1650. doi: 10.1097/TA.0b013e3181744b03
- Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G. L., Succo, P., & Mentzel, T. K. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *American Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 197-205. doi: 10.1016/j.ajem.2012.07.010
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2016). *Nationella traumakriterier 2017 – säker traumavård*. Hämtad från <http://lof.se/wp-content/uploads/trauma-broschyr.pdf>
- Langeland, K., & Sørli, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2064-2070. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x
- Larsen, K.T., Uleberg, O., & Skogvoll, E. (2010). Differences in trauma team activation criteria among Norwegian hospitals. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18 (21). doi: 10.1186/1757-7241-18-2
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., & Murray, C. J. L. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2095-2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. Uppl.). Studentlitteratur: Lund.
- Lundström, M., Graneheim, U. H., Eisemann, M., Richter, J., & Åström, S. (2005). Influence of work climate for experiences of strain. *Learning Disability Practice*, 8(10), 32-38.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28-33. doi: 10.7748/nr.21.5.28.e1232

Monks, R., Topping, A., & Newell R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935-946. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hämtad 22 januari 2017, från:
<https://www.cdc.gov/niosh/programs/ti/>

Owen, C., Hemmings, L., & Brown, T. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine*, 21, 102-107. doi: 10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x

Pinar, R., & Ucmak, F. (2010). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 510-517. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03520

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor (SENA). (2017). *Kompetensbeskrivning – legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjuksjukvård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Radvinsky, D. S., Yoon, R. S., Schmitt, P. J., Prestigiacomo, C. J., Swan, K. G., & Liporace, F. A. (2012). Evolution and Development of the Advanced Trauma Life Support (ATLS) Protocol: A Historical Perspective. *Trauma Update*, 35(4), 305-311. doi: 10.3928/01477447-20120327-07

Sarcevic, A., Marsic, I., Waterhouse, L. J., Stockwell, D. C., & Burd, R. S. (2011). Leadership structures in emergency care settings: a study of two trauma centers. *International Journal of Medical Informatics*, 80, 227-238. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.01.004

Sava, J., Alo, K., Velmahos, G. C., & Demetriades, D. (2002). All patients with truncal gunshot wounds deserve trauma team activation. *The Journal of Trauma*, 52(2), 276-279.

Schiller, W., & Anderson, B. (2003). Family as a member of trauma rounds: A strategy for maximized communication. *Journal of Trauma Nursing*, 10(4), 93-101.

Socialstyrelsen. (2014). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: Rapport december 2014*. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19585/2014-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Traumavård vid allvarlig händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19952/2015-11-5.pdf>
[2016-11-30](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19952/2016-11-30).

Søreide, K., Krüger, A. J., Vårdal, A. L., Ellingsen, C. L., Søreide, E., & Lossius, H. M. (2007). Epidemiology and contemporary patterns of trauma deaths: Changing place, similar pace, old face. *World Journal of Surgery*, *31*, 2092-2103. doi: 10.1007/s00268-007-9226-9

Speck, R. M., Jones, G., Barg, F. K., & McCunn, M. (2012). Team composition and perceived roles of team members in the trauma bay. *Journal of Trauma Nursing*, *19*(3), 133-138. doi: 10.1097/JTN.0b013e318261d273

Steinemann, S., Bhatt, A., Soares, G., Wei, A., Ho, N., Kurosawa, G., Lim, E., & Berg, B. (2016). Trauma team discord and the role of briefing. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *81*(1), 184-190. doi: 10.1097/TA.0000000000001024

Styner, J. K. (2006). The birth of Advanced Trauma Life Support (ATLS). *Journal of Trauma Nursing*, *13*(2), 41-44.

Svenska Traumaregistret. (2015). *Årsrapport 2015*. Hämtad från: http://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/%C3%85rsrapport-SweTrau-2015_v1.2.pdf

Thakore, S., & Morrison, W. (2001). A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emergency Medicine Journal*, *18*, 293-296. doi: dx.doi.org/10.1136/pgmj.72.852.587

Thim, T., Vinther Krarup, N. H., Lerkevang Grove, E., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, *5*, 117-121. doi: 10.2147/IJGM.S28478

Tiel Groenstege-Kreb, T., Van Maarseveen, O., & Leenen, L. (2014). Trauma team. *British Journal of Anaesthesia*, *113*(2), 258-265. doi: 10.1093/bja/aeu236

Torjuul, K., Nordam, A., & Sørli, V. (2005). Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. *BMC Medical Ethics*, *6*(2). doi: 10.1186/1472-6939-6-2

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*(1-2), 23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad från: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård - Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Wisborg, T., Brattebo, G., Brattbo, J., & Brinchmann-Hansen, A. (2006). Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Education for Health, 19*(1), 85-95. doi: 10.1080/13576280500534768

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

World Health Organization (WHO). (2014). *Injuries and Violence - The Facts 2014*.

Hämtad från:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149798/1/9789241508018_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1

Widgren, B. R., & Jourak, M. (2011). Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine, 40*(6), 623–628. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Informationsbrev

Till verksamhetschef XXX, xxx-kliniken, xxx-sjukhuset

Vi studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 högskolepoäng har vi valt att göra en kvalitativ intervjustudie med syftet *att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador*. Vi är därför intresserade av att intervjua sjuksköterskor på akutmottagningen på xxx-sjukhuset.

Om du godkänner att studie genomförs vid Din klinik är vi tacksamma för Din underskrift. Har Du frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internetsidan DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bland annat innebär att namn i studien inklusive namn på arbetsplatsen kommer att vara avidentifierade. Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar vårt resultat på kliniken.

Ort, 2016-11-18

Med vänliga hälsningar

Hilda Eriksson
Student

Louise Öhman
Student

Namnförtydligande
telefonnummer
e-post

Namnförtydligande
telefonnummer
e-post

Jörgen Medin
Handledare

Namnförtydligande, hemvist
telefonnummer
e-post

Studiens preliminära titel: En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Problem: Sjuksköterskans arbete på akutmottagningen är varierande. Ena dagen kan sjuksköterskan träffa patienten som plötsligt drabbats av akut sjukdom för att andra dagen omhänderta den svårt skottskadade patienten. Statistik visar att det dödliga våldet i Sverige blir allt vanligare och att patienter som vårdas till följd av skott- och knivskador inom slutenvården har ökat de senaste åren. Bakom varje våldsbrott finns minst en förövare och ett offer som båda kan komma att bli patienter på en akutmottagning. Då första steget i vårdkedjan är akutmottagningen blir mötet med denna patientgrupp allt vanligare för sjuksköterskan. Med utgångspunkt i att fler människor skadas till följd av att våldet i Sverige ökar är det aktuellt och betydande att beskriva vilka erfarenheter sjuksköterskor har kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Metoden för det planerade arbetet är en kvalitativ intervjustudie.

Önskemål från Din verksamhet: Vi önskar intervjua 5-10 sjuksköterskor på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 20-30 min önskar vi genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass, lämpligast på överlappningstiden på eftermiddagen. Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Vi planerar att genomföra intervjuerna under december/januari 2016/2017. Sjuksköterskorna som ska intervjuas kommer att få skriftlig information om studien och deltagandet kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas. Vid behov av känslomässigt stöd i samband med intervjun kommer sjuksköterskan att hänvisas till kurator xxx.

Vi är även tacksamma om Du kan meddela ditt samtycke till genomförandet av denna studie till berörda delar av verksamheten alternativt ange vem/vilka, förutom tilltänkta studiedeltagare som i förväg behöver besked om studiens genomförande.

Samtycke:

- Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument.
- Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:
.....
.....
- Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet.

Signatur

Namnförtydligande

Enhet



Vill Du delta i en studie om sjuksköterskors erfarenheter kring att omhänderta patienter utsatta för våldsrelaterade skador?

Studiens syfte och bakgrund

Massmedia rapporterar dagligen om personer som utsatts för skador till följd av våldsbrott. Första anhalten för de skadade är akutmottagningen. Traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade skador kan vara komplext och kräva särskilda insatser av traumateamet där sjuksköterskan utgör en viktig roll i arbetet kring patienten. Syftet med arbetet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Förfrågan om deltagande

Studien vänder sig till Dig som arbetar som sjuksköterska på en akutmottagning sedan minst ett år tillbaka och har genomgått TNCC-utbildning. Vi önskar intervjua Dig som har omhändertagit minst en patient som utsatts för våldsrelaterade penetrerande skador.

Studiens genomförande

Vi planerar att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna kommer att genomföras under december-januari 2016/2017 och kommer att genomföras individuellt. Intervjuerna planeras komma i största möjliga mån att ske under arbetstid och beräknas pågå under 20-30 minuter. Intervjun kommer att ljudinspelas för att sedan transkriberas och analyseras.

Risker/ fördelar med medverkan

Tack vare din medverkan i studien kan just dina erfarenheter från traumaomhändertagandet av patienter som utsatts för våldsrelaterade penetrerande skador lyftas fram och möjliggöra för andra att ta del av dessa och lära sig från dina erfarenheter. Då det kan finnas risk för att ämnet framkallar känslosamma reaktioner finns möjlighet till kuratorskontakt om så önskas.

Hantering av data och sekretess

Den insamlade informationen kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att all information kommer att avidentifieras för att skydda Din, patienters och övriga inblandades identiteter. Du kommer få skriva på ett informerat samtycke där du intygar att du erhåller muntlig och skriftlig information. Insamlat material kommer att förvaras på lösenordsskyddad dator dit endast forskarna har tillgång. Materialet kommer enbart att användas till denna studie och kasseras när studien är avslutad. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats för specialistsjuksköterskeprogrammet inom akutsjukvård.

Ersättning

Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan vidare ifrågasättande från forskarna.

Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av Dig till någon av oss.

Vill Du delta i denna studie? Är Du intresserad vänligen svara på detta mail.

Hilda Eriksson & Louise Öhman
Legitimerade Sjuksköterskor
E-post
Telefonnummer

Handledare: Jörgen Medin
Högskolelektor
E-post



Intervjuguide

Innan intervjun påbörjas kommer syftet med studien att läsas upp för sjuksköterskan samt information ges om att sjuksköterskan när som helst kan avbryta intervjun utan ifrågasättande. Sjuksköterskan kommer skriftligen att få ge informerat samtycke till studien (Bilaga 4).

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador.

Inledning

- Ålder?
- Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat på en akutmottagning?
- Vilket år genomförde du TNCC-utbildning?
- Har du någon specialistutbildning?
- Hur många fall med patienter som har haft våldsrelaterade penetrerande skador har du varit med och omhändertagit på akutrummet?

Frågor

- Kan du berätta om dina erfarenheter av det akuta omhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador?
- Kan du berätta om vad visste du om händelsen och patienten/erna innan denne anlände till akutrummet?
 - Kunde ni på något sätt förbereda er?
 - Upplevde du att tillgången/bristen på information före patientens ankomst påverkade det kommande omhändertagandet? På vilket sätt?
- Vad var det första du möttes av när patienten kom in på akutrummet?
- Kan du berätta om den roll som hade du på akutrummet och vad innebar den?
- Fanns det några specifika medicinska och/eller omvårdnadsmissiga åtgärder som genomfördes med/på patienten?
- Kan du berätta om stämningen inne på akutrummet och situationen kring patienten?
 - Vad tror du påverkade den?
 - Påverkades du av stämningen och i så fall hur?
- Fanns det några utöver patient och vårdpersonal inne på rummet?
 - Hur upplevde du deras närvaro?
 - Saknade du någon?
- Upplevde du att dina förkunskaper påverkade ditt arbete?
 - På vilket sätt i så fall?

- Upplevde du att det var någon förkunskap som du saknade som hade varit värdefull vid omhändertagandet av patienten?
 - *Finns det något som du lärt dig inför kommande liknande fall?*
 - Berätta om det var några känslor som uppstod i samband med omhändertagandet?
 - *Vad tror du påverkade att du kände så?*
 - *Skilde sig känslorna mellan de olika omhändertagandena? Varför?*
 - Kan du berätta om dina tankar och känslor efter det akuta omhändertagandet av patienten?
 - Vad tror du mest påverkar hur du upplever omhändertagandet av den här typen av patienter?
 - Genomfördes någon form av återkoppling/debriefing efter att omhändertagandet var avslutat?
 - Tycker du att det finns någon skillnad mellan traumalarm där patientens skador är våldsrelaterade och traumalarm där patientens skador orsakats av olyckshändelse?
 - *Varför tror du att det är så?*
-
- Följdfrågor
 - Hur kände du då?
 - Kan du berätta vidare?
 - Hur tänkte du då?
 - Vad hände sedan?



Medgivande för deltagande i studien ”En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutrummet kring patienter med våldsrelaterade penetrerande skador”.

Jag har tagit del av den muntliga och skriftliga informationen om studien med syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring traumaomhändertagandet av patienter med våldsrelaterade penetrerande skador. Jag ger härmed mitt godkännande för deltagande i ovanstående studie.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan ifrågasättande.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande
