



## **Institutionen för kvinnors och barns hälsa**

Termin

Examensarbete 15 hp

---

### **Barnkompetens- ett område under utveckling**

Sjuksköterskors självskattade kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn.

### **Childcare competency- an area under development**

Nurses selfperceived competency in emegency pediatrics.

**Författare: Helena Kings  
Irene Larsson**

Handledare: Nina Andersson-Papadogiannaki , Institution för Kvinnor och Barns Hälsa

Examinator: Kerstin, Ekbohm, Institution för Kvinnor och Barns Hälsa

## ABSTRAKT

**Bakgrund:** Att vårda akut sjuka och skadade barn är en av de svåraste situationer som personal i sjukvården ställs inför, ett skräckscenario. Ändå är det ofta sjuksköterskor upplever att de möter akut sjuka/skadade barn utan att ha tillräcklig kompetens och utbildning för att vårda dem på bästa sätt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. **Syfte och Metod:** Denna studies syfte var att genom självskattningsformulär undersöka hur sjuksköterskor vid ett sjukhus i Mälardalen uppfattade den egna kompetensen i mötet med ett akut sjukt/skadat barn. Studien innefattade sjuksköterskor verksamma inom barn och akutsjukvård som mötte barn i behov av akut vård. Svaren analyserades genom deskriptiv statistisk analys för att synliggöra sjuksköterskornas självskattade kompetens relaterat till deras kliniska erfarenhet inom vård av barn. **Resultat:** Det sågs ett tydligt samband med signifikant korrelation mellan respondenternas kliniska erfarenhet och delar av barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning. Även ett stort behov av pediatrik utbildning framkom i resultatet. **Slutsats:** Resultatet visade att det fanns en tydlig korrelation mellan antal år som kliniskt verksam sjuksköterska inom barn och ungdomsvård och den självskattade kompetensen. Brister i sjuksköterskornas självskattade kompetens fanns främst i att medicinera barn och hantera akuta situationer. Samtliga sjuksköterskor upplevde att det fanns ett behov av utbildning kring vård av akut sjuka/skadade barn.

Sökord: Barnsjuksköterska, Kompetens, Barnkompetens, Benner, Kompetensutveckling.

## ABSTRACT

**Background:** Caring for children with acute illness or injury is one of the most stressful and terror-inspiring scenarios for hospital staff. Yet it is often that nurses who care for these patients feel that they lack the proper competency and training to care for them in the best way related to experience and scientific method. **Aim and Method:** This study hoped to illustrate how nurses at a hospital close to Mälaren, Sweden perceived their own competence in meeting and caring for a child with acute illness/injury with the use of self-assessment questionnaires. The study included the nurses at a hospital close to Mälaren, Sweden who cared for children with a need for emergency care. The answers were illustrated through descriptive statistical analysis to show nurses self-perceived competence related to their clinical experience in paediatric care. **Results:** There was a clear correlation and significance between years of clinical experience and parts of the competency of pediatric nurses. There was also a strong need for more pediatric education. **Conclusion:** The results of this study show that there was a clear correlation between the number of years that the nurses were in clinical practice and the selfperceived competence in care of acute sickness/ injured children. The areas showing the least selfperceived competence were in the areas of medication and handling acute situation. All of the nurses felt that there was a need for more emergency pediatric care.

Key words: Pediatric Nurse, Competence, Child-competency, Benner, Development of Competence.

# INNEHÅLL

1	INLEDNING .....	1
2	BAKGRUND .....	2
2.1	Definition akut sjuka/skadade barn .....	2
2.2	Definition kompetens .....	2
2.3	Benners teori för kompetensutveckling .....	2
2.4	Barnets rättigheter .....	4
2.5	Definition barnkompetens .....	4
2.6	Sjuksköterskors kompetens vid vård av barn .....	5
2.7	Sjuksköterskan och evidensbaserad omvårdnad .....	6
2.8	Problemformulering .....	6
2.9	Syfte .....	7
3	METOD .....	7
3.1	Val av metod/design .....	7
3.2	Instrument .....	7
3.3	Urval/deltagare .....	7
3.4	Datainsamling .....	8
3.5	Dataanalys .....	8
3.6	Etiska ställningstaganden .....	8
4	RESULTAT .....	9
4.1	Tabell 1 Svarefrekvens på samtliga enkäter .....	9
4.2	Spridningen av respondenternas kliniska erfarenhet vid vård av barn .....	10
4.3	Respondenternas självskattade kompetens relaterat till verksamma år inom akut sjuka/skadade .....	11
4.4	Tabell 2 .....	11
4.5	Tabell 3. Respondenternas självskattade barnkompetens relaterat till antal år som sjuksköterska inom vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	12
4.6	Tabell 4. Respondenternas självskattning av rollen som Sjuksköterska vid vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	12
4.7	Tabell 5. respondenternas självskattning av den egna erfarenhetens betydelse vid vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ..	13
4.8	Tabell 6. Respondenternas självskattning av att företräda barnets bästa vid vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	14
4.9	Tabell 7. Respondenternas självskattning i att kommunicera med barn med akut sjukdom/skada relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	14
4.10	. Tabell 8. Respondenternas självskattning i att kommunicera med Föräldrar vid barnets akuta sjukdom/skada relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	15
4.11	Tabell 9. Resondenternas självskattning i att medicinera akut sjuka/skadade barn i relation till antal år som sjuksköterska. ....	15
4.12	Tabell 10. Resondenternas självskattning av kompetens att förbereda barn inför medicinska procedurer relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	16
4.13	Tabell 11. Respondenternas självskattning i att hantera akuta situationer vid vård av barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	17
4.14	Tabell 12. Respondenternas självskattning av tillämpning av evidensbaserad vård vid vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	17

4.15	Tabell 13. Respondenternas skattning om sjuksköterskor generellt behöver mer utbildning vid vård av akut sjuka/skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	18
4.16	Tabell 14. Respondenternas självskattning om det egna behovet av akut pediatrik utbildning relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	18
4.17	Tabell 15. Respondenternas skattning av arbetsplatsens utbildningar vid vård av akut sjuka/ Skadade barn relaterat till antal år som sjuksköterska. ....	19
4.18	Övergripande resultat i gruppen respondenter som varit verksamma inom vård av akut sjuka/skadade barn 1-5 år. ....	19
4.19	Övergripande resultat i gruppen respondenter som varit verksamma inom vård av akut sjuka/skadade barn 6-10 år. ....	20
4.20	Övergripande resultat i gruppen respondenter som varit verksamma inom vård av akut sjuka/skadade barn 10+ år. ....	20
5	DISKUSSION .....	21
5.1	Resultatdiskussion. ....	21
5.1.1	Erfarenhet och barnkompetens .....	21
5.1.2	Kompetens i bemötande. ....	22
5.1.3	Medicinsk kompetens .....	22
5.1.4	Sjuksköterskornas kompetensutveckling och behovet av utbildning ....	23
5.2	Metoddiskussion .....	25
5.3	Generaliserbarhet och trovärdighet .....	25
5.4	Samhällelig nytta. ....	26
5.5	Klinisk nytta .....	26
5.6	Slutsats. ....	26
5.7	Förslag på fortsatt forskning .....	27
6	SAMMANFATTNING .....	28
7	BILAGOR .....	33

# 1 INLEDNING

I början på 2014 öppnade barnmedicinakuten på det undersökta sjukhuset, innan dess hade samtliga barn vårdats på den allmänna akutmottagningen. Den nya ”barnakuten” har öppet måndag till torsdag från 08.00 till 21.15 samt fredag 8.00 till 15.15, och handlägger barn 0-18 år med medicinska tillstånd. Barn som anländer med ambulans och uppfyller kriterierna för larm handläggs på den allmänna akutmottagningen dygnet runt. Detta har minskat antalet barn med medicinska åkommor på den allmänna akutmottagningen dag-, och kvällstid, vilket kan ha påverkat barnkompetensen negativt hos sjuksköterskorna på akutmottagningen genom att de träffar ett minskat antal barn dagligen.

Den allmänna akutmottagningen på detta sjukhus vårdar barn med kirurgiska och ortopediska sjukdomar/ skador, av sjuksköterskor utan specialistutbildning inom barn och ungdomsvård. På grund av en hög personalomsättning på sjukhuset så arbetade många sjuksköterskor i många fall med kort klinisk erfarenhet på den allmänna akuten dag/kväll och nattetid. Detta ser författarna som en risk för patientsäkerheten, särskilt för barn.

Sjuksköterskorna på barnmedicinakuten hade i stor utsträckning specialistutbildning inom barn och ungdomsvård. På barnavdelningen är det en del av sjuksköterskorna som hade specialistutbildning inom barn och ungdomsvård men det fanns också en del sjuksköterskor med kort klinisk erfarenhet.

I denna studie ville författarna undersöka hur sjuksköterskorna på de olika avdelningar som vårdade akut sjuka och skadade barn självskattade sin kompetens, samt om detta kunde relateras till deras år som kliniskt verksam sjuksköterska.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 DEFINITION AKUT SJUKA/SKADADE BARN**

Enligt Wikström (2008) definieras ett akut tillstånd som ett tillstånd som uppkommer inom sekunder, minuter, timmar eller dygn som om man inte behandlar riskerar att döda eller skada patienten antingen fysiskt eller psykiskt för livet.

I en rapport från Socialstyrelsen 2013, beskrivs ett akut tillstånd som;

”... avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn”.

### **2.2 DEFINITION KOMPETENS**

Benner (1993) beskriver att sjuksköterskan rör sig i sin profession från novis till expert genom att utveckla en ökad kompetens. Detta sker genom att reell kompetens utvecklas tillsammans med den informella kompetensen som leder fram till att bli expert. Således menar författaren att sjuksköterskan behöver utbildning och erfarenhet för att utveckla sin kompetens. Kompetens hos sjuksköterskan kan beskrivas som samspelet mellan sjuksköterskans förmåga och en viss uppgift. Sjuksköterskans kompetens består av funktionell och formell kompetens. Den funktionella kompetensen är svårare att mäta då den består av handlag, problemlösningsförmåga, beslutsfattande, värderingar, engagemang med mera (Hallin, 2009). För att kunna utveckla en kompetens som specialist eller expert behövs en klinisk erfarenhet där sjuksköterskan inte endast behöver uppleva/bevittna olika symptom eller situationer men även förstå dem i sin helhet samt hur omvårdnadshandlingarna påverkar patienten. Det uppstår en skillnad i kompetensutvecklingen mellan erfarenhetsbaserad kompetensutveckling och Benners utvecklingsteori då den förstnämnda menar att utan reflektion kan inte kompetensen höjas oavsett antal år som kliniskt verksam (Östlinder, Norberg, Pilhammar Andersson, & Öhlen, 2006).

### **2.3 BENNERS TEORI FÖR KOMPETENSUTVECKLING**

Benners teori består av fem nivåer gällande sjuksköterskans kompetensutveckling. Novisstadiet befinner sig främst sjuksköterskestuderande i. Sjuksköterskan som uppnått ett högre stadiet i sin kompetensutveckling men kommer till en ny arbetsplats med patientgrupper hon/han inte träffat på tidigare, kommer att befinna sig i novisstadiet återigen för en kortare tid (Benner, 1993).

Stadiet avancerad nybörjare varar i cirka ett år från att vara en nyutexaminerad sjuksköterska. Detta stadiet kännetecknas av att sjuksköterskan presterar nått och jämt godtagbart. Den avancerade nybörjaren har inte utvecklat förmågan att prioritera. De har en bristande förmåga att uppfatta hela situationen kring patienten och fokuserar exempelvis på regler och checklistor. Den avancerade nybörjaren behöver hjälp med att prioritera eftersom de inte kan urskilja de återkommande betydelsefulla mönstren i sitt kliniska arbete. Om inte sjuksköterskan i detta stadiet får stöd av mer erfarna kollegor finns en risk att patientens behov försummas (Benner, 1993). Sjuksköterskans arbete ses som en rad uppgifter som ska utföras och upplever även att utförandet av dessa uppgifter speglar sjuksköterskans personliga kompetens. I komplexa patientsituationer kan den avancerade nybörjaren ha svårigheter i att se patienten som en person, sjuksköterskan fokuserar på åtgärder och uppgifter som måste utföras. Dessa uppgifter och

åtgärder medför prioriteringsproblematik då samtliga kan framstå som lika viktiga. Stadiet kännetecknas av oros känslor, nervositet och tvivel på den egna förmågan hos sjuksköterskan, som ofta kan ifrågasätta sin egen kompetens. (Benner, Tanner, & Chesla, 1999).

Det kompetenta stadiet uppnår sjuksköterskan efter att ha arbetat under liknande förhållanden i två till tre år. Sjuksköterskan kan prioritera sina arbetsuppgifter, och behärskar situationer även om oförutsedda händelser inträffar. Kännetecknande är att sjuksköterskan strukturerar och planerar sina arbetsuppgifter, vilket resulterar i att arbetet blir mer organiserat och effektivt. När sjuksköterskan uppnått det kompetenta stadiet ger exempelvis praktiska övningar utrymme för ökad kompetens eftersom pusselbitarna har fallit på plats (Benner, 1993). I det kompetenta stadiet har sjuksköterskan tillförskaffat sig kompetens i situationer som har delgett insikt om den vetenskapliga kunskapens begränsningar samtidigt som sjuksköterskan känner ett ökat ansvar och inflytande. Detta resulterar i att sjuksköterskan utformar strategier i omvårdnaden som inte enbart grundar sig på enskilda data. Kriser och besvikelser uppstår då sjuksköterskan blir medveten om att det perspektiv som hon/han väljer i omvårdnaden påverkar omvårdnadshandlingarna/resultatet för patienten och han/hon utvärderar sina handlingar. För att nå skicklighetsstadiet behöver sjuksköterskan kunna hantera de kriser och besvikelser som uppstår, annars finns risk för att sjuksköterskan inte når vidare i kompetensutvecklingen. Alla sjuksköterskor når inte expertkompetensnivån trots många år med kliniskt arbete inom ett visst område (Benner, Tanner, & Chesla, 1999).

Den skickliga sjuksköterskan ser situationer i sin helhet och har utvecklat perception då sinnesintryck och information tas emot omedvetet och bearbetas/kodas till att skapa en meningsfull enhet till vilken sjuksköterskan förhåller sig och agerar. Detta stadie bygger på de erfarenheter som sjuksköterskan tillförskaffat sig, vad de kan förvänta i en specifik situation i omvårdnaden. Sjuksköterskan kan således snabbt avgöra vad som avviker från det normala genom de erfarenheter som införskaffats. Ett holistiskt perspektiv präglar denna nivå vilket leder till att prioritering och beslutsfattande blir mindre ansträngande. Den skickliga sjuksköterskan kan urskilja nyanser i situationer och kan därför upptäcka tidiga varningssignaler som kan leda till försämring hos patienten. Det krävs ungefär tre till fem års arbete med likartade patientgrupper för att sjuksköterskan ska uppnå det skickliga stadiet (Benner, 1993). Sjuksköterskans omvårdnadsutövning förändras genom att det engagerade resonemanget utvecklas, emotionell lyhörighet (att göra det som behövs), förändringar, som är i relevans till situationen hos patienten, upptäcks, välutvecklad social känsla av sjuksköterskefunktionen samt en väl differentierad förmåga att ta hand om patienter och anhöriga (Benner, Tanner, & Chesla, 1999).

När sjuksköterskan uppnått expertstadiet kan hon/han intuitivt uppfatta patientens problem utan att förlita sig på riktlinjer och regler. Expertsjuksköterskan använder sig av analytiska redskap i situationer där han/hon saknar erfarenhet eller då patientens situation har missuppfattats. Expertstadiet kan enbart uppnås genom att teoretisk och praktisk kunskap prövas och förfinas, genom att lika, samt olikartade situationer jämförs med varandra. Detta är en process som kräver en omfattande bakgrundsförståelse som vilar på många tidigare upplevda paradigmfall i kliniska situationer. Expertsjuksköterskan har förmågan att bedöma patienten utifrån signifikans (Benner, 1993). Här finns förstärkta intuitiva kopplingar mellan viktiga delar i en situation och att agera. Det finns en naturlig perspektivförskjutning från patientens tillstånd, sjuksköterskans agerande till fokus på konkret handling. Detta sker genom ett holistiskt agerande där sjuksköterskan inkluderar aningar om framtiden, förutseende av det troliga förloppet med mera. I detta stadie bedömer sjuksköterskan automatiskt de patienter och kollegor som finns runt

omkring vilket leder till att en högre patientsäkerhet uppnås även för de patienter som sjuksköterskan inte ansvarar för (Benner, Tanner, & Chesla, 1999).

## 2.4 BARNETS RÄTTIGHETER

Barnets behov samt rättigheter bestäms och befästs genom patient-lagen som uppger att barnet har rätt till; en trygg och säker vård som i största möjligaste mån skall ta hänsyn till behovet av information och medbestämmande utifrån mognad och har rätt till vård av sakkunnig personal utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Patient-lagen 2014:821). Hälso- och Sjukvårds Lagen (HSL) betonar vikten av att patientens behov och trygghet tillgodoses samt att vården skall vara av god kvalitet, detta gäller även barnen (Utrikesdepartementet, 1989). FN:s barnkonvention om barns rättigheter består av 54 artiklar som anger de förpliktelser som finns gällande barns rättigheter. Fyra av artiklarna är vägledande för hur de 54 artiklarna skall tolkas: artikel 2 som innebär att alla barn har samma värde och rättigheter. Artikel 3: Barnets bästa skall vara vägledande i alla åtgärder som rör barnet. Artikel 6: Alla barn har rätt att utvecklas, överleva och leva. Artikel 12: Barnet har rätt att uttrycka sina åsikter och de åsikterna skall beaktas i samtliga frågor som rör barnet utifrån mognad och ålder (Söderbäck, 2010). Barnkompetens omfattar formell kompetens genom utbildning och erfarenhetsbaserad kunskap genom daglig kontakt med barn och unga och deras familjer (Söderbäck, 2010). Barnets bästa skall vara i fokus då när hälso- och sjukvård ges till barn. Sjukvårdspersonalen skall ta barnets inställning till vården och behandlingen i beaktande med hänsyn till barnets mognad och ålder (SFS, 2014). Socialstyrelsen (2014) utgår ifrån barnkonventionen då de beskriver att hälso-, och sjukvårdspersonal skall ha barnkompetens då de möter barn och föräldrar i vården. Föräldrarna har en central roll i förberedelser inför vårdprocedur. Föräldrarna kan behöva informeras och uppmuntras för att kunna vara aktiva deltagare i barnets vård (Hemingway & Redsell, 2011).

## 2.5 DEFINITION BARNKOMPETENS

Barnkompetens innebär att hälso-, och sjukvårdspersonalen skall ha formell kunskap och utbildning i exempelvis barns utveckling och olika sjukdomstillstånd men också social förmåga att bemöta barn och föräldrar (Socialstyrelsen, 2014). Sandberg Rydelius, (2010) menar att vårdpersonal och övriga vuxnas utveckling av barnkompetens och barnperspektiv innefattar hur väl de upplever att barnet kan medverka i sin vård och att detta skiljer sig från barn till barn och ven från situation till situation. Vidare hänvisar Sandberg Rydelius (2010) till Söderbäck (2010) som menar att det är bredden i kompetensen hos vårdpersonal med god barnkompetens som leder till en utveckling av god och trygg vård. Pediatriska patienter innefattar ett brett spektrum av olika utvecklingsstadier beroende på ålder, nyfödd till tonåring, samt barnets utvecklingsnivå. Samtliga barn har unika behov. Vårdpersonal behöver vara förtrogna med lämplig medicinteknisk utrustning utifrån barnets anatomi och fysiologi (Ariz, Chandna, Hamid, Scolnik, & Siddiqui, 2016) och (Edwinson Månsson, Grahn, & Emmy, 2016). Sjuksköterskans erfarenhet är viktig i mötet med barn då erfarenheten bidrar till att lättare kunna "läsa av" barnet och de signaler barnet ger (Edwinson Månsson, Grahn, & Emmy, 2016). Barnets vårdnadshavare/närstående skall ges möjlighet att vara delaktiga i utformningen/genomförandet av vården. Informationen som ges till barnet skall anpassas till barnets ålder, mognad, erfarenhet/kompetens, språklig förutsättning och andra individuella förutsättningar (SFS, 2014) (Söderbäck, 2010). Barn som görs delaktiga i sin vård får bättre



förståelse för sin sjukdom/skada. Delaktigheten minskar även barnets smärtupplevelse vid smärtsamma procedurer samt ökar känslan av kontroll. Forskning visade att i akuta situationer minskade barnets delaktighet och därmed ökade smärtupplevelsen och minskade barnets kontroll över situationen. Sjukvårdspersonal bör aktivt involvera barnet i vården och behandlingen då detta skapade ett ökat förtroende samt snabbare återhämtning hos barnet. Genom att barnet förstod och därmed utvecklade en mental ram för det som skulle ske minskade risken för att ångest och rädsla utvecklades (Hemingway & Redsell, 2011).

Enligt (Kerstis, Larsson, Lindberg, Sjöberg, & Söderbäck, 2010) skall det finnas organisatorisk, social och pedagogisk kompetens hos personal som i sitt arbete kommer i kontakt med barn. Den organisatoriska kompetensen byggde på hur den formella kompetensen hos personalen ser ut och hur den tillvaratogs. Exempel på detta kunde vara att utforma vårdmiljön kring barnet så att de kände en ökad trygghet och hur tiden för vården/omvårdnadshandlingen utformades kring barnet. Den sociala kompetensen innebar att personalen skulle kunna få barnet/vårdnadshavaren att känna delaktighet och trygghet i vården genom sitt bemötande och i samtal. Personal med barnkompetens sågs som nödvändigt för att skapa en bra vårdssituation då det var personalens uppgift att informera vårdnadshavare och barn, samt att motivera till vårdhandlingar. Den pedagogiska kompetensen innebar att personalen kunde anpassa sig till barnets mognad, behov, livsvillkor och den egna kompetensen. Personalen skulle genom den pedagogiska kompetensen kunna informera/förbereda och genomföra olika vårdhandlingar på bästa sätt samt få vårdnadshavare och barn att känna sig trygga och delaktiga i det som skedde. Den pedagogiska barnkompetensen var såväl ett förhållningssätt som en förmåga att utgå ifrån, och anpassa sig till, barnets mognad, kompetens, behov och livsvillkor (Karlsson, Mörelius, Radeskog, Runesson, & Rydberg, 2008).

## **2.6 SJUKSKÖTERSORS KOMPETENS VID VÅRD AV BARN**

Grant & Crouch (2011) menar att det var viktigt att sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning där barn vårdades hade specifik barnkompetens. Författarna specificerade att sjuksköterskans kompetens för barnens specifika behov innefattade; barnets fysiska och psykologiska utveckling, att kunna mäta och tolka vitalparametrar utifrån ålder, ge smärtlindring, medicinhantering och administrering, vårda ett sjukt barn, vårda ett skadat barn, se till barnets mentala hälsa och att skydda barn och unga. Författarna ansåg att sjuksköterskan som inte kände att hon/han hade denna kompetens hade skyldighet att införskaffa sig denna kunskap genom utbildning eller trainee-program tills sjuksköterskan och/eller arbetsgivaren kände att kompetensen är fullgod (Grant & Crouch, 2001).

För att kunna möta barnets/familjens behov behövde sjuksköterskan ha rätt kompetens och utbildning. Omvårdnadens kvalitet berodde på kompetensen hos sjuksköterskan och på hur den förmedlades. Sjuksköterskan behövde ha ett kritiskt tänkande och förmåga att sälla ut den viktiga informationen för att identifiera behov/problem hos barnet/familjen. Att göra en korrekt bedömning av barnets hälsotillstånd var beroende av vilken kunskap sjuksköterskan hade (Fernanda & Shayarina, 2011). Att tänka kritiskt var någonting som barnsjuksköterskan lärde sig med erfarenhet samt genom en ökad kunskap/kompetens (Hughes & Lyte, 2009). Det kritiska tänkandet var en viktig del av barnsjuksköterskans arbete. Det bestod av att utvärdera, omvårdnadsdiagnostisera, planera, implementera, utvärdera, dokumentera och att reflektera (Karlsson et. al, 2008). Sjuksköterskan hade ett ansvar i att trygga säkerheten för barnet och att omvårdnadskvaliteten skulle vara anpassat till det enskilda barnet (Fernanda & Shayarina,

2011). Enligt Socialstyrelsen (2014), Karlsson et. al (2008) och NOBAB (2015) hade barn som behövde sjukvård rätt till personal med rätt kompetens och utbildning. Barn och föräldrar ansåg att omtänksamhet och kompetens var viktiga egenskaper hos sjuksköterskan vid sjukhusvistelse och att de egenskaperna kunde ge en positiv upplevelse. När barnens åsikter och synpunkter inte togs tillvara, minskade barnets och föräldrarnas delaktighet i vården (Leino-Kilp & Pelander, 2010). Sjuksköterskor utan specialistkompetens upplevde att grundutbildningen inte tillhandahöll den pediatrika utbildningen som behövdes för att vårda akut sjuka/skadade barn. Den barnkompetens som tillförskaffades framkom främst genom praktisk erfarenhet. Den teoretiska kunskapen inhämtades genom eget ansvar i att läsa litteratur eller patientfall. Stödet från organisationen upplevdes som bristfälligt i att ge pediatrik utbildning på arbetsplatsen (Friberg, Jansson, Westergren, & Lindberg, 2016).

## 2.7 SJUKSKÖTERSKAN OCH EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD

*”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav”. (SFS, 2010, 6 kap. § 1)*

Darbyshire (2008) påtalade att det fanns en treenighet mot att bedriva evidensbaserad vård som baserades på termerna; ”ingen tid, inga pengar och ingen aning”. Det vill säga att det inte fanns tid till reflektion och utvärdering av den vård som bedrevs, det saknades pengar till att bedriva holistisk och utvecklande omvårdnadsforskning och att personalen själva inte visste om att de saknade kunskaper och/eller behovet av evidensbaserad omvårdnad. Samtidigt menar Socialstyrelsen (2013) att sjuksköterskan skall bedriva evidensbaserad omvårdnad och utforma sin kliniska praxis utifrån vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Enligt Greenhalgh (2012) innebär Evidensbaserad Omvårdnad;

*”... att samvetsgrant, uttryckligt och rationellt använda bästa tillgängliga evidens som underlag för beslut om vården av enskilda patienter” (2012, s. 23).*

Greenlagh (2012) menade att det krävdes en förändring i personalens beteende och behandling av patienten för att kunna säga att man bedrev evidensbaserad vård, inte bara att vara medveten om det bästa utan även att handla därefter. Barnkompetens hos sjuksköterskan kunde utvecklas genom att reflektera enskilt eller i arbetsgruppen efter utförda vårdhandlingar eller i vårdssituationer med barn. Reflektion kunde leda till att rutiner och bemötande ifrågasätts och leder till utveckling. Omvårdnaden skulle vara evidensbaserad (Kerstis, Larsson, Lindberg, Sjöberg, Söderbäck, 2010).

## 2.8 PROBLEMFÖRMULERING

Att möta och vårda barn med akut sjukdom eller skada kräver att sjuksköterskan är väl förtrogen med det specifika kliniska och etiska som rör vård av barn. Sjuksköterskors kompetens utvecklas genom en kombination av utbildning och klinisk erfarenhet. Sjuksköterskor med kort erfarenhet saknar den kliniska erfarenheten och teoretiska kunskapen som behövs för att vårda akut sjuka och skadade barn. Den korta kliniska erfarenheten på den allmänna akutmottagningen och det minskade antalet barn som tas emot dag och kvällstid leder till att det kan finnas brister/svagheter i sjuksköterskornas kompetens i vård av akut

sjuka/skadade barn. Barn har samtidigt rätt till god vård av personal med rätt kompetens. Dock saknas kunskap om hur sjuksköterskorna på detta sjukhus som vårdar akut sjuka/skadade barn själva ser på sin kompetens inom detta område. Enligt tidigare forskning inom sjuksköterskors kompetensutveckling behöver sjuksköterskan en viss erfarenhet inom det kliniska arbetet för att på ett konkret och omdömesfullt sätt reflektera kring den egna kompetensen.

## **2.9 SYFTE**

Att undersöka hur sjuksköterskor skattade sin kompetens vid vård av akut sjuka/ skadade barn, och studera samband mellan sjuksköterskors kliniska erfarenhet och den självskattade kompetensen.

Frågeställningar;

Hur skattade respondenterna sin kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn?

Fanns det något samband mellan den självskattade kompetensen och respondenternas kliniska erfarenhet inom vården av akut sjuka/skadade barn?

## **3 METOD**

### **3.1 VAL AV METOD/DESIGN**

En kvantitativ deduktiv enkätstudie, där data insamlades med självskattningsskalor.

### **3.2 INSTRUMENT**

Enkäten (Bilaga 2) formulerades utifrån barnsjuksköterskekompetensbeskrivningen (Sjuksköterskeföreningen, 2008) och en tidigare enkät som undersökte distriktssjuksköterskors upplevelse av den egna kompetensen (Ekström & Gustavsson, 2009). Enkäten hade tre frågor rörande sjuksköterskans erfarenhet, ålder, arbetsplats och vidareutbildning. Sjutton frågor ställdes kring upplevelsen av den egna kompetensen och kunskaperna kring vården av akut sjuka/skadade barn samt utbildningens betydelse för sjuksköterskorna. Enkäten besvarades med en självskattningsskala från 1-5. Ett var det lägsta eller minst troliga och fem var det högsta eller mest troliga.

### **3.3 URVAL/DELTAGARE**

Samtliga sjuksköterskor som arbetade på Akutmottagningen (n=30), Barnavdelningen (n =22) och Barnmottagningen (n= 12) tillfrågades om de ville medverka i studien genom att enkäter (bilaga 2) och informationsbrev (bilaga 1) lämnades ut. Specialistutbildning eller antal år i tjänst som sjuksköterska utgjorde ingen grund för inklusion eller exklusion då detta utgjorde en del av enkäten. Exklusionskriterier innefattade de som var föräldralediga, arbetade som chefer samt tjänstlediga och långtidssjukskrivna vid tidpunkten för studien, våren 2016 från och med januari till och med april 2016.

### 3.4 DATAINSAMLING

Innan enkäternas utlämnande införskaffades godkännande från verksamhetscheferna/vårdenhetscheferna brevledes (se bilaga 3). Information lämnades i samband med arbetsplatsernas arbetsplatsträffar för att personalen skulle kunna ställa muntliga frågor om studien och dess syfte om det fanns några oklarheter. Sjuksköterskorna ombads svara på enkäten inom tre veckor. Skriftlig information om studiens syfte och metod (se bilaga 1) och enkäten med frågor (se bilaga 2) gavs ut till samtliga sjuksköterskor på avdelningarna som uppfyllde inklusionskriterierna. De ifyllda enkäterna samlades i en förseglad låda som hade placerats i akutens, barnavdelningens samt barnakutens medicin rum som var låst. Det var av stor vikt att anonymiteten bibehölls och att informanterna kunde vara säkra på att inga personuppgifter skulle läckas (Ludvigsson, 2002).

Antalet svar från sjuksköterskorna på Akutmottagningen var 20 av 30 utlämnade, Barnakuten 11 av 12 utlämnade och Barnavdelningen 17 av 22 utlämnade (tabell 1).

### 3.5 DATAANALYS

Efter att samtliga informanter hade lämnat in sina enkäter sammanställdes svaren i Statistical Program for Social Studies (SPSS) för att sedan kunna analyseras (Wahlgren, 2012). Resultatens spridning inom år som kliniskt verksam sjuksköterska var inte normalfördelade och därför valdes icke-parametriska analyser; Spearmans Rho och Kruskal- Wallis. Hypotesen testades med Independent-Samples Kruskal-Wallis Test. Nollhypotesen var att det inte fanns något samband mellan den självskattade kompetensen och respondenternas kliniska erfarenhet. Resultaten illustrerades med tabeller och diagram. Ett p-värde  $<0.05$  bedömdes som signifikant

Självskattningsskalorna respondenternas kliniska erfarenhet i år samt ålder behandlades som ordinaldata enligt (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2003). En tabell utformades för att åskådliggöra spridningen av sjuksköterskornas antal år i klinisk verksamhet inom akut sjuka/skadade barn. Spearmans Rho analys genomfördes (signifikansnivån 0.05) för respektive del av respondenternas självskattade kompetens i relation till respondenternas antal kliniska år (Djurfeldt et al., 2003). För att kontrollera data fördes in korrekt gjordes en efterkontroll i databasen, testerna genomfördes flera gånger för att höja reliabiliteten (Djurfeldt et al., 2003).

### 3.6 ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

De etiska aspekterna av studien innefattades i att ingen personlig information togs med i studien och att all information hanterades under sekretess (Polit och Beck, 2009). Medverkan var frivillig och utan fysiska och monetära risker. Informanterna informerades att det fanns en liten risk till psykiskt obehag i och med att de reflekterade om sin egen kompetens i akuta situationer i vård av barn (Ludvigsson, 2002). Dock bedömdes den vara så pass liten att den kunde negligeras. Författarna till studien hade förförståelsen att sjuksköterskorna som skulle medverka hade behov av att utöka sin kompetens kring vården av det akut sjuka/skadade barnet. Genom att sjuksköterskorna svarade via enkäter hoppades författarna att undvika att påverka sjuksköterskorna med sin egen förförståelse. Svaren var anonyma och svaren presenterades i grupper om sjuksköterskornas kliniska erfarenhet så att anonymiteten bibehölls för den enskilde respondenten (Ludvigsson, 2002).

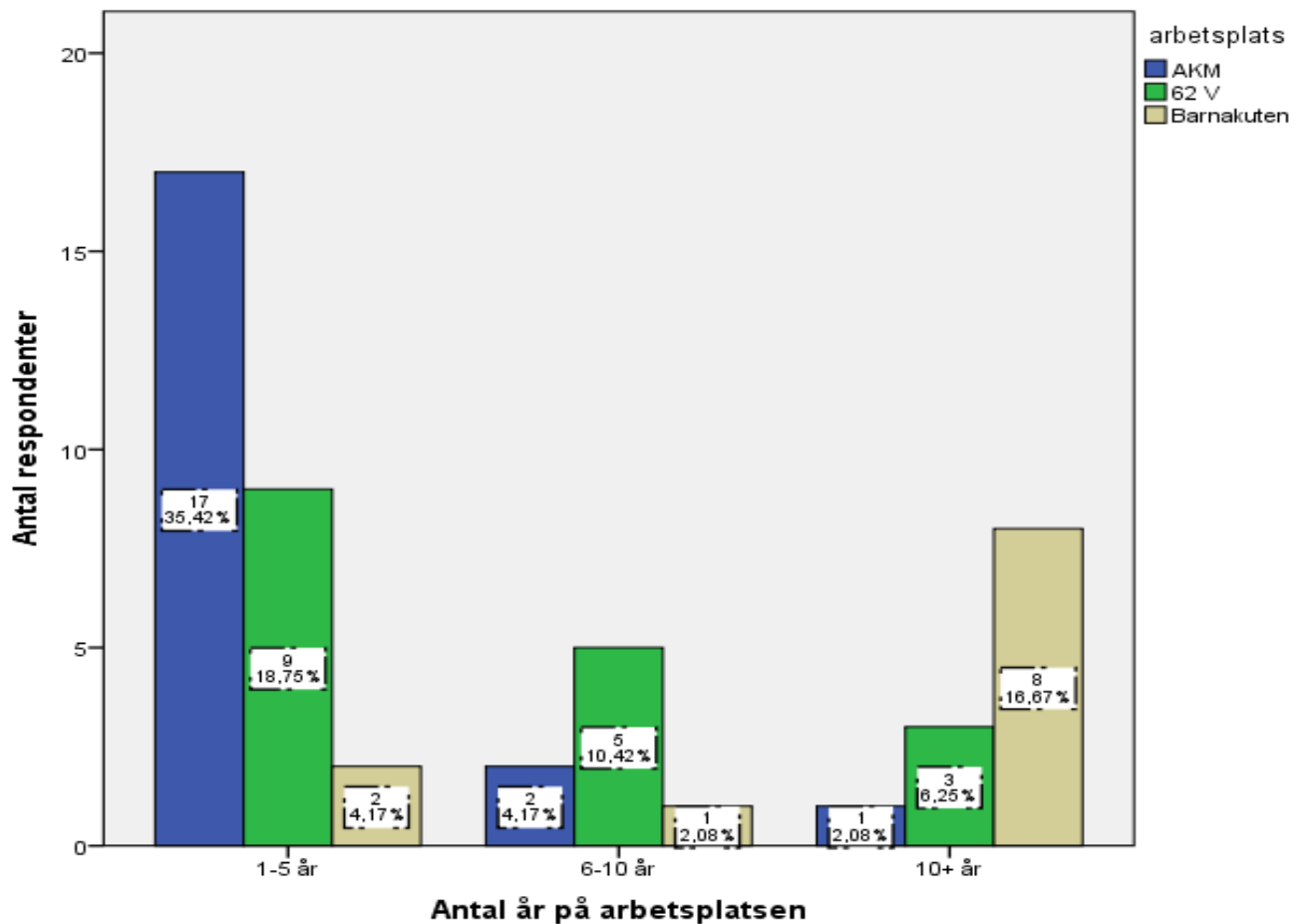
## 4 RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka hur respondenterna självskattade sin kompetens inom vård av akut sjuka/skadade barn samt om antal år som kliniskt verksam sjuksköterska inverkade på respondenternas självskattning. En beskrivning av svarsfrekvenserna hos de tillfrågade sjuksköterskorna på de olika klinikerna återfinns i tabell 1. Spridningen av antalet kliniskt verksamma år relaterat till de olika arbetsplatserna återspeglas i figur 1. Tabell 2 visar signifikansnivåerna enligt Spearmans Rho och Kruskal-Wallis mellan enkätens olika kompetensområden relaterat till respondenternas verksamma år. Tabell 3-5 visar självskattningen av kompetens grupperat i erfarenhetskategorier samt enkätens frågor. Enkätfrågorna berör olika delar av barnsjuksköterskans kompetens och liknande delar av barnkompetensen beskrivs tillsammans.

### 4.1 TABELL 1 SVARSFREKVENNS PÅ SAMTLIGA ENKÄTER

Arbetsplats	Antal utlämnade enkäter	Antal besvarade	Svarsfrekvens i procent
Akutmottagningen	30	20	66,6%
Barnavdelning	22	17	77,3%
Barnakuten	12	11	92 %

## 4.2 SPRIDNINGEN AV RESPONDENTERNAS KLINISKA ERFARENHET VID VÅRD AV BARN



*Figur 1:* Redovisning av respondenternas erfarenhet av akut sjuka/skadade barn, i antal kliniskt verksamma år, på respektive arbetsplats.

58 % av respondenterna hade en klinisk erfarenhet mellan 1-5 år ( $n=28$ ). De föll inom kategorin som Benner kallar för "Avancerad Nybörjare", 60 % ( $n=17$ ) av dessa arbetade på akutmottagningen. 17 % ( $n=8$ ) av respondenter uppfyllde kriteriet för nivån "Skicklig". 23 % ( $n=12$ ) respondenter nivån "Expert". 67 % ( $n=8$ ) av respondenterna som uppnått "expertnivån" arbetade på barnakuten, 25 % ( $n=3$ ) arbetade på barnavdelningen och 8 % ( $n=1$ ) arbetade på akutmottagningen.

### 4.3 RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTADE KOMPETENS RELATERAT TILL VERKSAMMA ÅR INOM AKUT SJUKA/SKADADE

#### 4.4 TABELL 2

	R Spearmans Rho	P värde Spearmans Rho
Antal år på arbetsplatsen	1,000	1,000
Skattning av egen barnkompetens generellt	,537**	,000
Vet du din roll vid vård av barn?	,631**	,000
Erfarenhet som sjuksköterska vid vård av barn	,784**	,000
Kompetens att företräda barnets bästa?	,542**	,000
Kompetens att kommunicera med barnet?	,371**	,009
Kompetens att kommunicera med föräldrar?	,388**	,006
Kompetens att medicinera barnet?	,458**	,001
Kompetens att förbereda barnet?	,507**	,000
Kompetens att hantera akuta situationer?	,467**	,001
Evidensbaserad vård?	,088	,551
Behöver sjuksköterskor generellt mer pediatrik utbildning?	,182	,215
Behöver du mer pediatrik utbildning?	-, 235	,108
Ger arbetsplatsen dig pediatrik utbildning?	-, 022	,884

Signifikansnivå satt till  $<0,05$  enligt (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2003) (Wahlgren & L, 2012). Samband kunde ses mellan klinisk erfarenhet som sjuksköterska inom vård av barn med akut sjukdom/skada och hur respondenterna skattade sin egen barnkompetens generellt, Sjuksköterskornas roll i vården, Egna erfarenhetens kompetens, Företräda barnets bästa, Kommunicera med barn, Kommunicera med föräldrar/ vårdnadshavare, Förbereda barn inför procedurer och undersökningar samt Hantera akuta situationer. Inget samband kunde ses mellan antal kliniskt verksamma år och respondentens självskattning gällande användandet av Evidensbaserad omvårdnad, om sjuksköterskor generellt behövde mer utbildning inom vård av akut sjuka barn, Det egna behovet av utbildning samt skattningen av Arbetsplatsens utbildning.

**4.5 TABELL 3. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTADE BARNKOMPETENS RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA INOM VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	6	15	6	1	
	% inom antal år på arbetsplatsen				21,4%	53,6%	21,4%	3,6%	
	6-10 år	N	8	0	1	1	3	3	
	% inom antal år på arbetsplatsen				12,5%	12,5%	37,5%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	1	1	4	6	
	% inom antal år på arbetsplatsen				8,3%	8,3%	33,3%	50%	
Total	N		48	0	8	17	13	10	
	% inom antal år på arbetsplatsen				16,7%	35,4%	27,1%	20,8%	0,001

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

Inom delen av den egna skattade kompetensen generellt sågs en fördelning av svaren där de respondenter som arbetat med akut sjuka/skadade barn längst skattade sin kompetens mycket högre än respondenterna med kortare erfarenhet. De mest erfarna respondenterna självskattade sin kompetens som mycket stor i 50% av fallen medan de minst erfarna respondenterna hade skattat sin kompetens som ”mycket stor” i endast ett fall- 3,6%. Respondenterna med erfarenhet mellan 6-10 år uppgav ”stor” och ”mycket stor” kompetens i lika stora delar av fallen, vissa respondenter skattade kompetens som ”måttlig” eller ”liten”. Hypotesen i studien stämde för denna del av resultatet- att erfarenheten som sjuksköterska inverkar direkt på hur sjuksköterskor skattar sin egen kompetens.

**4.6 TABELL 4. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING AV ROLLEN SOM SJUKSKÖTERSKA VID VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	0	7	17	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	25%	60,7%	14,3%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	3	5	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	37,5%	62,5%	
	10+ år	N	12	0	0	0	2	10	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	
Total	N		48	0	0	7	22	19	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	14,6%	45,8%	39,6%	<0,001

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.



I denna del av självskattningen sågs en fördelning där de mest erfarna respondenterna skattade sin kompetens till sin roll vid vården av akut sjuka/skadade barn mycket högt, men även en skattning av den egna kompetensen i ”stor” eller ”mycket stor” grad hos de övriga grupperna. De respondenter med minst erfarenhet var de enda som skattade att de hade ”måttlig” kompetens i sin roll som sjuksköterska vid vården av det akut sjuka/skadade barnet. Samtidigt sågs en markant ökning procentuellt i svaren hos de respondenter med längst erfarenhet som skattade sin kompetens i rollen som sjuksköterska som ”mycket stor”. Erfarenheten som sjuksköterska hade en inverkan på hur respondenterna skattade sin kompetens i ”rollen som sjuksköterska” vid vård av akut sjuka/ skadade barn.

#### 4.7 TABELL 5. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING AV DEN EGNA ERFARENHETENS BETYDELSE VID VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	2	2	13	9	2	
	% inom antal år på arbetsplatsen			7,1%	7,1%	46,4%	32,1%	7,1%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	4	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	50%	50%	
	10+ år	N	12	0	0	0	0	12	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	
Total	N		48	2	2	13	13	18	
% inom antal år på arbetsplatsen				4,2%	4,2%	27,1%	27,1%	37,5%	<0,001

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

I delen av den egna erfarenhetens relation till den självskattade kompetensen skattade samtliga av de mest erfarna responderna att kompetensen var ”mycket stor”. De respondenter med erfarenhet 6-10 år skattade sin kompetens ”stor” och ”mycket stor”. Den största spridningen ses hos de respondenter som hade minst erfarenhet.

**4.8 TABELL 6. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING AV ATT FÖRETRÄDA BARNETS BÄSTA VID VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	1	5	20	2	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	3,6%	17,9%	71,4%	7,1%	
	6-10 år	N	8	0	0	2	4	2	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	25%	50%	25%	
	10+ år	N	12	0	0	0	3	9	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	25%	75%	
Total	N		42	0	1	7	27	13	
% inom antal år på arbetsplatsen				0,0%	2,1%	14,6%	56,3%	27,1%	<0,001

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

Spridningen av svaren är som störst inom gruppen respondenter med erfarenhet mellan 1-5 år men med ett medianvärde på 4 - ”stor”. De flesta respondenterna skattade sin kompetens att företräda barnets bästa som ”stor” eller ”mycket stor” och de flesta respondenter som skattade sin kompetens som ”mycket stor” är de respondenter med längst erfarenhet. Således finns ett tydligt samband mellan den självskattade kompetensen att företräda barnets bästa och den kliniska erfarenheten, även om de flesta respondenter skattade sin kompetens högt inom detta område.

**4.9 TABELL 7. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING I ATT KOMMUNICERA MED BARN MED AKUT SJUKDOM/SKADA RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	1	4	14	9	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	3,6%	14,3%	50%	32,1%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	5	3	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	0	0	3	9	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	25%	75%	
Total	N		48	0	1	4	22	21	0,029
% inom antal år på arbetsplatsen				0,0%	2,1%	8,3%	45,8%	43,8%	

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

Samtliga grupper av respondenter skattade sin kompetens att kunna kommunicera med barn högt i denna del av självskattningen, ändå noteras en tendens att respondernter med längst

erfarenhet skattade sin kompetens högst. 75 % av gruppen med längst erfarenhet skattade sin kompetens av kommunicera med barn som ”mycket stor” medan endast 32,1% av respondenterna med minst erfarenhet skattade sin kompetens i samma utsträckning.

**4.10 . TABELL 8. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING I ATT KOMMUNICERA MED FÖRÄLDRAR VID BARNETS AKUTA SJUKDOM/SKADA RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	0	3	17	8	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	10,7%	60,7%	28,6%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	5	3	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	0	0	3	9	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	25%	75%	
Total	N		48	0	0	3	25	20	0,020
% inom antal år på arbetsplatsen				0,0%	0,0%	6,3%	52,1%	41,7%	

\*Independent-Samples Krsukal- Wallis Test.

Det fanns en stigande trend i utvecklingen av den självskattade kompetensen inom denna del av självskattningen. Dock skattade de flesta av respondenterna sin kompetens högt inom detta område. Hos respondentgruppen med kortare erfarenhet sågs en snarlik fördelning av den självskattade kompetensen i att kommunicera med föräldrar, dock fanns en markant ökning av den självskattade kompetensen hos respondenter med längst erfarenhet.

**4.11 TABELL 9. RESONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING I ATT MEDICINERA AKUT SJUKA/SKADADE BARN I RELATION TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	1	7	10	8	2	
	% inom antal år på arbetsplatsen			3,6%	25%	35,7%	28,6%	7,1%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	5	3	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	1	2	5	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	8,3%	16,7%	41,7%	33,3%	
Total	N		48	1	8	12	18	9	0,002
% inom antal år på arbetsplatsen				2,1%	16,7%	25%	37,5%	18,8%	

\*Independent-Samples Kruskal-Wallis Test.

Det sågs en större spridning hos respondenterna med kortast erfarenhet men en tydlig utveckling av den självskattade kompetensen hos respondenterna med längre erfarenhet. Samtidigt sågs en skillnad i hur respondenterna skattade sin kompetens mellan 6-10 år och de som hade längre erfarenhet än 10 år. De respondenter med erfarenhet mellan 6-10 år som skattade sin kompetens som ”stor” är högre procentuellt än de som hade längre erfarenhet. Detta trots att självskattningen i gruppen ”mycket stor” är snarlik mellan dessa två grupper. Det sågs även en större spridning i svaren hos gruppen med längst erfarenhet som ej observerats i de föregående resultatdelarna.

**4.12 TABELL 10. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING AV KOMPETENS ATT FÖRBEREDA BARN INFÖR MEDICINSKA PROCEDURER RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	1	7	17	3	
		% inom antal år på arbetsplatsen		0,0%	3,6%	25%	60,7%	10,7%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	5	3	
		% inom antal år på arbetsplatsen		0,0%	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	0	1	3	8	
		% inom antal år på arbetsplatsen		0,0%	0,0%	8,3%	25%	66,7%	
Total	N	48	0	1	8	25	14	0,002	
	% inom antal år på arbetsplatsen		0,0%	2,1%	16,7%	52,1%	29,2%		

\*Independent-Samples Krsukal- Wallis Test.

Ökad erfarenhet gav en tydlig ökad självskattad kompetens inom detta område. Den största spridningen framkom hos respondenterna med kortast erfarenhet. Det fanns en tydlig trend i att stigande kompetens ledde till en ökad självskattad kompetens i att förbereda barnet.

**4.13 TABELL 11. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING I ATT HANTERA AKUTA SITUATIONER VID VÅRD AV BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	1	3	13	11	0	
	% inom antal år på arbetsplatsen			3,6%	10,7%	46,4%	39,3%	0,0%	
	6-10 år	N	8	0	1	2	2	3	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	12,5%	25%	25%	37,5%	
	10+ år	N	12	0	0	2	6	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	16,7%	50%	33,3%	
Total	N		48	1	4	17	19	7	0,006
% inom antal år på arbetsplatsen				2,1%	8,3%	35,4%	39,6%	14,6	

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

I denna del av självskattningen sågs den största spridningen hos respondenterna med erfarenhet 6-10 år. Det fanns en tydlig positiv utveckling av den självskattade kompetensen relaterat till erfarenheten. Ingen av respondenterna i gruppen med längst erfarenhet skattade sin egen kompetens som ”ingen”, ”liten” eller ”måttlig”. Ingen i gruppen 1-5 år skattade sin kompetens i att ”hantera akuta situationer” som ”mycket stor”. Medianen var lika mellan grupperna med längst erfarenhet.

**4.14 TABELL 12. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING AV TILLÄMPNING AV EVIDENSBASERAD VÅRD VID VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	6	5	13	3	1	
	% inom antal år på arbetsplatsen			21,4%	17,9%	46,4%	10,7%	3,6%	
	6-10 år	N	8	0	2	2	4	0	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	25%	25%	50%	0,0%	
	10+ år	N	12	2	4	3	2	1	
	% inom antal år på arbetsplatsen			16,7%	33,3%	25%	16,7%	8,3%	
Total	N		48	8	11	18	9	2	0,258
% inom antal år på arbetsplatsen				16,7%	22,9%	37,5%	18,8%	4,2%	

\*Independant-Samples Krsukal- Wallis Test.

Här sågs en snedfördelning samt fallande trend i om respondenterna tillämpade evidensbaserad omvårdnad. Den största spridningen sågs hos respondenterna med längst erfarenhet. Här motbevisades hypotesen i att en ökad erfarenhet ger en högre självskattad kompetens.

Respondenterna med 6-10 års erfarenhet skattade sig högst inom detta område. Även respondenterna med minst erfarenhet skattade sig generellt högre än de med längst erfarenhet.

**4.15 TABELL 13. RESPONDENTERNAS SKATTNING OM SJUKSKÖTERS KOR GENERELLT BEHÖVER MER UTBILDNING VID VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERS KA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	0	1	9	18	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	3,6%	32,1%	64,3%	
	6-10 år	N	8	0	0	0	0	8	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	
	10+ år	N	12	0	0	0	3	9	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	0,0%	25%	75%	
Total	N		48	0	0	1	12	35	
% inom antal år på arbetsplatsen				0,0%	0,0%	2,1%	25%	72,9%	0,135

\*Independent-Samples Krsukal- Wallis Test.

Samtliga respondenter skattade att sjuksköterskor generellt är i behov av mer utbildning inom vård av akut sjuka/skadade barn. Störst spridning sågs inom den minst erfarna gruppen. Ingen av respondenterna i grupperna uppgav värdet som ”ingen” eller ”liten” vilket ger en klar indikation på respondenternas skattning av det generella behovet av mer pediatrik utbildning. Hypotesen motbevisades i detta fall då samtliga sjuksköterskor uppgav ett stort (25 %) till mycket stort (72,9%) behov av utbildning inom pediatrik vård.

**4.16 TABELL 14. RESPONDENTERNAS SJÄLVSKATTNING OM DET EGNA BEHOVET AV AKUT PEDIATRISK UTBILDNING RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERS KA.**

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	0	0	1	14	13	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	3,6%	50%	46,4%	
	6-10 år	N	8	0	0	1	3	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			0,0%	0,0%	12,5%	37,5%	50%	
	10+ år	N	12	1	1	3	3	4	
	% inom antal år på arbetsplatsen			8,3%	8,3%	25%	25%	33,3%	
Total	N		48	1	1	5	20	21	
% inom antal år på arbetsplatsen				2,1%	2,1%	10,4%	41,7%	43,8%	0,179

\*Independent-Samples Krsukal- Wallis Test.

Respondenterna som skattade sitt eget utbildningsbehov högst var de respondenter som arbetat 6-10 år. De med längst erfarenhet uppvisade den största spridningen. De med kortast erfarenhet svarade generellt att de behöver mer utbildning men skattade sitt behov av mer utbildning i större utsträckning som ”stor” snarare än ”mycket stor”. Denna fördelning kunde ses hos respondenterna i gruppen 6-10 år. Hypotesen är motbevisad i denna del av resultatet då samtliga grupper skattade ett behov av mer utbildning oavsett erfarenhet.

#### 4.17 TABELL 15. RESPONDENTERNAS SKATTNING AV ARBETSPLATSENS UTBILDNINGAR VID VÅRD AV AKUT SJUKA/ SKADADE BARN RELATERAT TILL ANTAL ÅR SOM SJUKSKÖTERSKA.

			Total	1 Ingen	2 Liten	3 Måttlig	4 Stor	5 Mycket stor	p *
Antal år på arbetsplatsen	1-5 år	N	28	7	6	12	3	0	
	% inom antal år på arbetsplatsen			25%	21,4%	42,8%	10,7%	0,0%	
	6-10 år	N	8	1	2	3	2	0	
	% inom antal år på arbetsplatsen			12,5%	25%	37,5%	25%	0,0%	
	10+ år	N	12	3	4	4	1	0	
	% inom antal år på arbetsplatsen			25%	33,3%	33,3%	8,3%	0,0%	
Total	N		48	11	12	19	6	0	0,536
	% inom antal år på arbetsplatsen			23%	25%	40%	12%	0,0%	

\*Independent-Samples Krsukal- Wallis Test.

Här framkom en stor spridning i alla grupper. De som hade längst erfarenhet skattade arbetsplatsens utbildning lägst procentuellt, respondenterna med erfarenhet mellan 6-10 år skattade arbetsplatsens utbildning högst av de tre grupperna. De flesta respondenterna skattade arbetsplatsens utbildning som ”måttlig”, av de återfanns den största gruppen med erfarenhet 1-5 år. Respondenterna med längst erfarenhet skattade arbetsplatsens utbildning lägst. Hypotesen är såldes motbevisad i detta fall.

#### 4.18 ÖVERGRIPANDE RESULTAT I GRUPPEN RESPONDENTER SOM VARIT VERKSAMMA INOM VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN 1-5 ÅR.

Resultatet visar att respondenterna i gruppen 1-5 år i större utsträckning skattade sin kompetens som ”ingen” eller ”liten” jämfört med de andra två grupperna. Den högst självskattade kompetensen sågs i områdena ”Rollen som sjuksköterska”, ”Kompetens att företräda barnets bästa”, ”Kommunicera med barnet och Vårdnadshavare” samt att ”Förbereda barnet inför medicinska procedurer”. Dessa delar av självskattningen kan anses röra bemötande, samt delaktighet i vården. Självskattningen som rörde medicinsk kompetens: medicinera barn och hantera akuta situationer skattade respondenterna i denna grupp övervägande från ”ingen” till ”måttligt”. Respondenterna skattade behovet av utbildning som ”stort” till ”mycket stort” samt arbetsplatsens utbildning inom pediatrik som ”ingen” till ”måttlig”.

#### **4.19 ÖVERGRIPANDE RESULTAT I GRUPPEN RESPONDENTER SOM VARIT VERKSAMMA INOM VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN 6-10 ÅR.**

Resultatet visar att de respondenter som arbetat 6-10 år skattade sin kompetens högst (62.5%) gällande vilken roll de hade vid vård av ett akut sjukt/skadat barn. De skattade även sin egen erfarenhet som viktig (stor/mycket stor) i situationer med barn. Respondenterna ansåg att de besatt en stor/mycket stor kompetens gällande att medicinera barn. De självskattade sin kompetens högt gällande de områden i studien som rör bemötande och delaktighet. De skattade behovet av pediatrik utbildning generellt (100 %) hos respondenterna som mycket stor, samt behovet av personlig utbildning som mycket stor/stor. Respondenterna med en klinisk erfarenhet 6-10 år skattar generellt sin barnkompetens som god.

#### **4.20 ÖVERGRIPANDE RESULTAT I GRUPPEN RESPONDENTER SOM VARIT VERKSAMMA INOM VÅRD AV AKUT SJUKA/SKADADE BARN 10+ ÅR.**

Resultatet visar att respondenterna självskattade sin kompetens som stor/mycket stor gällande de områden i studien som rör bemötande och delaktighet. 100 % skattade vikten av sin erfarenhet som mycket stor i mötet med akut sjuka/skadade barn. Kompetens att medicinera barn skattades främst som stor men respondenterna anser att de besitter stor/mycket stor kännedom om sjuksköterskans roll samt att kunna hantera akuta situationer vid akut sjuka/skadade barn. Generellt självskattade respondenterna sin barnkompetens som stor/mycket stor. Denna grupp skattar användandet av evidensbaserad vård som liten.



## 5 DISKUSSION

### 5.1 RESULTATDISKUSSION

#### 5.1.1 Erfarenhet och barnkompetens

I resultatet framgår att de respondenter med erfarenhet 1-5 år skattar sin kompetens inom vård av akut sjuka/skadade barn generellt lägre än de med längre erfarenhet och de respondenter som hade längst erfarenhet skattade sin barnkompetens högst. Sju respondenter (25 %) inom denna grupp med lägst erfarenhet skattade sin generella barnkompetens som ”stor-mycket stor”. Benner (1993) påtalar att vid stadiet för ”skicklig” till ”expert” så har sjuksköterskorna även utvecklat en perception av den egna kompetensen som kan saknas hos sjuksköterskor med mindre erfarenhet. Detta kan förklara de svar inom gruppen 1-5 år som skattade sin egen kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn som ”mycket stor” trots sin relativt korta kliniska erfarenhet. Resultatet i denna studie visade att samtliga respondenterna med längst erfarenhet skattade den egna erfarenhetens påverkan av kompetensen som mycket stor. Grant & Crouch (2011) menar att även om en barnsjuksköterska rekryteras till en tjänst på en akutmottagning så kan det ta många år innan denne är kompetent nog att agera i en akutsituation då erfarenhet och kompetensen tar år att utveckla. En erfarenhetsbaserad kunskap behöver inte utvecklas endast genom antal kliniskt verksamma år då det krävs aktivt handlande i patientsituationer där sjuksköterskan utvecklar/använder kognitiv, motorisk samt emotionell förmåga vilket leder till erfarenhetsbaserad omvårdnad (Östlinder, Norberg, Pilhammar Andersson, & Öhlen, 2006). För att uppnå ”expert-stadiet” så behöver sjuksköterskan uppleva många olika kliniska situationer. Även om en sjuksköterska har flera verksamma år kan hon uppleva sin kompetens som bristfällig (Benner, 1993). Detta styrker Dickens (2009) genom att beskriva att den självupplevda kompetensen och tilliten till den egna förmågan steg med sjuksköterskans ålder och antal års erfarenhet med vården av svårt sjuka barn.

I gruppen 6-10 år ses en ökning av skattningen av ”den egna rollen som sjuksköterska” vilket tolkas som att respondenterna har ”landat i rollen som sjuksköterska” och är nu tillräckligt bekväma i sin arbetssituation att kunna reflektera. Samtidigt uppger 87,5% av respondenterna att de har stort eller mycket stort behov av vidare pediatrik utbildning.

Enligt Östhammar et. al. (2009) finns det skillnad mellan termerna ”specialist”, ”expert” och ”erfaren”. Specialisten har sin kunskap genom formell utbildning (detta innebär inte att sjuksköterskan är expert eller har lång erfarenhet). Expertis är en kombination av teoretiskt kunnande och erfarenhet. Erfaren innebär en lång klinisk verksamhet med långvarig patientkontakt. Nordén et al. (2014) lägger stor vikt vid sjuksköterskans tillit till den egna förmågan och kunskap vid vården av akut sjuka/skadade barn. I denna studies resultat kan det ses att sjuksköterskorna med längst erfarenhet (10+ år) har skattat sin kompetens övergripande högst och tilliten till den egna erfarenhetens betydelse för kompetensen skattas övervägande högst i denna grupp. Östlinder et. al. (2006) menar att erfarenhetsbaserad kompetens utvecklas genom att företeelser och händelser upprepas och inte sker som enstaka företeelser. Detta går emot den nuvarande utbildningsmodellen då sjuksköterskor under utbildningens korta praktikperioder skall uppleva så många olika situationer och diagnoser som möjligt. Däremellan finns inte möjlighet för upprepning, reflektion eller tid.

### 5.1.2 Kompetens i bemötande

I resultatet kring bemötande skattade respondenterna sig generellt högt, även inom den grupp av respondenter som hade minst erfarenhet. I komplexa situationer inom akutvård kan det vara svårt för en avancerad nybörjare att prioritera korrekt och se patienten som en egen individ. Benner (1993) menar att sjuksköterskan med kort erfarenhet har en tendens att fokusera på enskilda handlingar och inte situationen i sin helhet (Benner, 1993). Resultatet kan därför visa på en övertro till sin kompetens inom detta område. Edwardsson Månsson & Enskär (2008) menar att sjuksköterskor och läkare har en stor uppgift i att vid föräldrar/vårdnadshavares oförmåga, fatta beslut för barnets vård. Detta kräver en förståelse för sjukdomen, behandlingen och patientens helhetsbild. Inom vården finns det en drivkraft för barnens delaktighet och medbestämmande, inom akutsjukvård finns det inte alltid utrymme för detta. Socialstyrelsen skriver i sin rapport angående barns delaktighet i vården att språket och vårdpersonalens bruk av ett åldersanpassat/ mognadsanpassat språk är en väsentlig del av att göra barnet så delaktigt som möjligt i sin vård. (2015). Vårdpersonal som arbetar med barn bör ha kompetens i att kommunicera med barn och föräldrar (Ariz, Chandna, Hamid, Scolnik, & Siddiqui, 2016). I största möjliga mån görs barn delaktiga genom kommunikation och ”lirkande/kompromisser”. Det innebär exempelvis att undvika rutinmässiga prover samt att ge barn medbestämmande i möjligaste mån om administrationssätt av läkemedel (tablett, suppositorier, mixtur) (Edwardsson Månsson & Enskär, 2008). Den information som är kognitivt förståelig för barnet kan fortfarande vara emotionellt upprörande för barnet och detta bör sjukvårdspersonal vara beredda för och hantera enligt Socialstyrelsen (2015). Delaktiga barn i vården kan leda till en mer positiv upplevelse för barnet, beroende på att delaktighet skapar en viss kontroll över situationen. Delaktighet ökar barnets samarbetsförmåga i vårdsituationen (Edwinson Månsson, Grahn, & Emmy, 2016).

I resultatet, att förbereda barn, ses en större spridning hos de minst erfarna respondenterna men lika medianvärde i självskattningen i de två minst erfarna grupperna. Detta medianvärde stiger sedan i gruppen för sjuksköterskorna med mest erfarenhet. För att bemöta barn på den nivå de befinner sig och kunna ge adekvat behandling krävs att sjuksköterskan utvecklar en ”fingertoppskänsla”, denna utvecklas genom erfarenhet. Sjuksköterskan måste kunna skapa en trygg relation, det finns ett samband mellan denna relation och den kliniska erfarenheten. Det ses även en ökning av denna förmåga om sjuksköterskan har egna barn (Engström & Eriksson, 2014). I resultatet för denna studie ses en hög självskattad kompetens i att kommunicera med barn och föräldrar/vårdnadshavare men denna skattning stiger även med antal år som kliniskt verksam. Den höga nivån av självskattningen kan förklaras av att sjuksköterskans grundutbildning innehåller en stor del av bemötande och kommunikation (Svensk Sjuksköterskeförening, 2005)

### 5.1.3 Medicinsk kompetens

I denna studies resultat skattade 36 % av respondenterna 1-5 år sin kompetens att medicinera barn som ”stor” till ”mycket stor”. 100 % av respondenterna inom gruppen 6-10 år skattade sin kompetens inom samma område som ”stor” till ”mycket stor”. Den grupp respondenter med längst erfarenhet skattade dock sin kompetens i ”stor” till ”mycket stor” i endast 75 %. Detta kan bero på att de respondenter i gruppen med erfarenhet 6-10 år arbetade på barnavdelningen som hanterar många olika läkemedel och har större klinisk erfarenhet.

I resultatet framgår det att den självskattade kompetensen att medicinera barn ökar i relation till den ökade erfarenheten. Dock är den självskattade kompetensen endast ”mycket hög” i

sammanlagt 19% (n=48). Lika stor del av respondenterna 19% (n= 48) skattade sin kompetens som ”ingen” eller ”liten”. Socialstyrelsen (2013) beskriver att läkemedelsordination till barn ofta sker *off-label*, vilket ställer stora krav på sjuksköterskan vid administration av läkemedel till barn. Detta kan vara orsak till respondenternas låga självskattning i att medicinera barn. Detta styrks av Engström & Eriksson (2014) som i sin studie beskrev att sjuksköterskor upplevde administreringen av läkemedel till små barn som problematisk då doserna skiljer sig markant från de vuxnas ordinationer. Även i Lundqvist & Nordlöf (2015) studie där sjuksköterskor arbetades i den prehospitala vården, självskattade sin kompetens i att medicinera barn, framträder medicineringen som ett av de områden som sjuksköterskorna skattar sig lägst inom (Lundqvist & Nordlöf, 2015)

I denna studie uppgav respondenterna endast i 14,6% (n=48) att de skattade sin kompetens att hantera akuta situationer som ”mycket stor”. Det fanns ett tydligt samband mellan längre erfarenhet och en högre självskattad kompetens vid akuta situationer. 61 % (n=17) av respondenterna som varit kliniskt verksamma 1-5 år skattade sin kompetens att hantera akuta situationer som ”ingen” till ”måttlig” vilket stämmer väl överens med Benners teori för kompetensutveckling då sjuksköterskan går från avancerad nybörjare till det skickliga stadiet. En stor del av utvecklingen av sjuksköterskans kompetens är att lära sig ”kontext”- det är inte nog att veta *vad* och *hur* något skall göras med patienten men utan även *när* (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2010). Denna insikt och kunskap kan läras genom teoretisk kunskap men bekräfts, menar författarna, i den kliniska erfarenheten genom att prioritera omvårdnadsåtgärder samt vara flexibel i denna prioritering för att hantera patientens varierande tillstånd (Benner, et al, 2010). I akuta situationer kan barnets behandling fördröjas beroende på att vårdpersonalen ej är förtrogna med den medicintekniska utrustningen, eller att rätt utrustning saknas vilket kan leda till vårdrelaterade skador samt ökad mortalitet (Ariz, Chandna, Hamid, Scolnik, & Siddiqui, 2016). Sjuksköterskans erfarenhet och kunskap skapar kompetens i akuta situationer. I akuta situationer förlitar sig den mer oerfarna sjuksköterskan på mer erfarna kollegor. Erfarenhet samt sakkunskap skapar kompetens att förstå situationer och agera, vilket leder till ökad handlingskraft i liknande situationer. Praktisk kunskap leder till praktisk kompetens (Jonassen & Slettebø, 2013)

Sjuksköterskor måste kunna kommunicera med alla de som rör sig runt barnet. Inte endast med läkaren och sina kollegor men även med barnet själv och även kunna förmedla sin kompetens och kunskap till föräldrarna och den personal hon/han samverkar med. I en akut situation måste sjuksköterskan kunna resonera kliniskt, kritiskt och samverka med läkare, familj och kollegor för att snabbt hantera patientens förändrade status. Detta innebär att sjuksköterskan först måste vara kompetent nog att ha den kliniska bilden ”klar i huvudet” utan att först behöva resonera med sig själv innan han/hon agerar (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2010).

#### **5.1.4 Sjuksköterskornas kompetensutveckling och behovet av utbildning**

Studiens resultat visade att samtliga respondenter i grupperna 1-5 och 6-10 år skattade det generella och personliga behovet av pediatrik utbildning som ”stor” till ”mycket stor”. Detta återfanns även hos respondenterna med mest klinisk erfarenhet, men de ansåg till 41 % av skattningen ”ingen” till ”måttlig” när det rörde deras egna behov av pediatrik utbildning. Behovet av utbildning styrks av Engström & Eriksson (2014) då akutsjuksköterskorna i den studien ansåg att mer pediatrik utbildning samt regelbunden praktisk/teoretisk utbildning via arbetsplatsen skulle bidra till ökad kompetens i vården av akut sjuka/skadade barn. Detta tyder på att sjuksköterskor som arbetar med barn inte upplever att arbetsgivaren uppfyller kravet på

upprätthållande av barnkompetens. Detta behov finns beskrivet hos en undersökning av Modh Hinnerson & Wijk (2008) som beskrev utvecklingen av pediatrika sjuksköterskor innan och efter införandet av ett trainee-program och som efter programmet såg en väsentlig ökning av sjuksköterskornas kompetensutveckling.

Enligt Andersson & Nilsson (2009) är det arbetsgivarens ansvar att sjuksköterskan har den kompetens som krävs för att vårda akut sjuka/skadade barn. Denna organisatoriska uppgift ses som bristfälligt uppfyllt i resultatet till denna studie då så gott som samtliga respondenter skattade det generella och personliga behovet av utbildning högt och gav sämre betyg av arbetsplatsens utbildningar. Modh Hinnerson & Wijk, (2008) skriver att det finns ett antal områden av vikt för sjuksköterskans lärande och utveckling av kompetensen nämligen; kommunikation, erkännande, tillgänglighet till stöd och lärandemöjligheter eller vårdenhetschefens roll att skapa ett gott lärandeklimat, om det finns ett klimat för att ta ansvar och tydliga roller, att använda sin egen kreativitet och att känna sig accepterad i arbetsgruppen. Bell, Schroder, & Morris, (2012) beskrev att sjuksköterskor som fick möjlighet att träna scenarier och dela med sig av erfarenheterna av övningsuppgifter gav en kompetensutveckling.

Vidare skriver Andersson & Nilsson (2009) att även om sjuksköterskor sätts i situationer där de måste bedöma akut sjuka patienters tillstånd och åtgärda omvårdnadsbehov, är grundutbildningen otillräcklig inom dessa delar. Enligt (Hallin, 2009) så behöver sjuksköterskan kontinuerlig professionell utveckling. De sjuksköterskor som enbart har en grundutbildning upplever ofta att framtiden känns oviss/villrådig. Om det enbart finns ett fåtal specialistutbildade sjuksköterskor på en enhet bör arbetsgivaren skapa utvecklingsmöjligheter till specialistutbildning då det kan bidra till att sjuksköterskor med specialistutbildning blir kvar på arbetsplatsen och utvecklar vården. Andersson & Nilsson (2009) beskriver i en studie att mer än hälften cheferna på akutmottagningarna som undersöktes upplevde inte att de har ett ansvar att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. En anledning skulle kunna relateras till att cheferna inte hade mandat att genomföra dessa förändringar från högre ledning på sjukhuset och även att resurserna på sjukhusen minskat.

Andersson, Klang och Petersson (2012) visade att sjuksköterskors utbildning hade stor del i hur de resonerade och handlade kring barn med allvarliga tillstånd. Författarna menade att sjuksköterskor med specialistutbildning inom pediatrik hade det mest klara och realistiska resonemanget kring behandling och bemötandet av barn och föräldrar, detta skilde sig från grupperna som var ”noviser” och även de som hade längre klinisk erfarenhet. Traineeprogram för sjuksköterskor att bygga upp sin kliniska kompetens under och efter utbildning är av betydande vikt, menar Benner, Sutphen, Leonard, & Day (2010). Dessa traineeprogram skall dock undvika att sjuksköterskorna ”skuggas” eller observeras utan måste in i ”skarpsituationer” med patienter och ges tillfälle till reflektion, stöd och kritiskt tänkande, annars blir handledningen och undervisningen ”ofullständig och underutvecklad”. Implementeringen av olika program för vidareutbildning och sjuksköterskor som uppmanades att vidareutveckla vården inom olika resurser har givit signifikanta höjningar i kompetensutvecklingsåtgärder (Bell, Schroder, & Morris, 2012).

Östlinder et. al. (2006) hänvisar till en studie där läkares erfarenhet i kliniskt verksamma år gav en sämre kvalitet i vården då dessa mer erfarna läkare var mindre benägna att följa nya rön och riktlinjer. Samma tendens kan ses i resultatet i denna studie som visade på att de respondenter med längst erfarenhet i mindre grad skattade sin kompetens att bedriva evidensbaserad omvårdnad.

## 5.2 METODDISKUSSION

Valet av metod relaterat till syftet baserades på att studien skulle vara en kvantitativ enkätstudie men ändå hantera kvalitativ data då självskattningsskalor faller inom ramen för kvalitativ data enligt (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2003). Enligt Djurfeldt et.al.(2003) och Wahlgren (2012) lämpade det sig bäst att använda Spearmans Rho som ett icke-parametriskt korrelationstest.

Studiens styrkor låg i att enkäterna besvarades och hanterades anonymt och utan att undersökarna kunde påverka respondenternas svar (Ludvidsson, 2002). Enkäten baserades på en tidigare studie där distriktssjuksköterskors självskattade kompetens undersöktes med en liknande skala i relation till deras kliniska erfarenhet och utbildning. Ännu en styrka i denna studie är den höga svarsfrekvens som uppnåddes- 75 %. Antalet svarsalternativ gav respondenterna möjlighet att uttrycka sin självskattade kompetens utan att ge allt för stor spridning i resultatet som då skulle ge möjlighet till ett otydligt resultat (Djurfeldt et. al., 2003). Validiteten i studien syftar till *hur* frågorna ställdes till respondenterna och ger svar på det som är undersökningens syfte (Djurfeldt et. al., 2003). I och med att respondenterna själva skattade sin kompetens och det var relationen mellan deras kliniska erfarenhet och självskattade kompetens som undersöktes upplever undersökarna att denna studie uppvisar en hög validitet. Reliabiliteten (utformningen av instrumenten) kan ifrågasättas då respondenterna svarade på enkäten utan stöd från undersökarna och hade då inte möjlighet att fråga angående eventuella funderingar de hade angående enkätens utformning under den tid studien bedrevs. Samtidigt hade undersökarna ej heller möjlighet att påverka respondenterna med ledande svar eller stöd som höjer reliabiliteten (Djurfeldt et. al., 2003).

Studiens svagheter fanns i undersökarnas oerfarenhet i kvantitativ forskning och statistik, detta utgjorde ett hinder för snabb analys av data för att utforma resultatet. Antalet utlämnade enkäter kan ses som en svaghet för en kvantitativ studie då endast 64 stycken enkäter lämnades ut. Ingen pilotstudie av enkäten utfördes innan studiens början- både på grund av tidsbrist men även för att detta skulle innebära ett bortfall från respondenter som annars skulle kunna ingå i studien. Under analysprocessen bedömde författarna att vissa frågor i enkäten inte uppfyllde syftet varpå dessa togs bort ur den statistiska analysen. Svaren angående sjuksköterskornas specialistutbildning togs bort ur den statistiska analysen då den data ej kunde relaterades till Benners teori som menade att det var sjuksköterskornas kliniska erfarenhet som styrde kompetensutvecklingen. Även frågorna om stress togs ur beräkningen då den självskattade kompetensen och relationen till stress utgjorde en till variabel som blev för stor för denna undersökning att fastställa inom ramen för studien. Undersökningen tar inte med sjuksköterskornas ålder eller om de hade egna barn- något som kanske kunde ha inverkat på svarens spridning i relation till dessa variabler.

## 5.3 GENERALISERBARHET OCH TROVÄRDIGHET

Generaliserbarheten av studien kan ses som hög då studien gav en hög svarsfrekvens trots att antalet utlämnade enkäter inte var så stor som andra kvantitativa undersökningar. Vidare utdelades enkäterna till samtliga sjuksköterskor som var kliniskt verksamma inom en verksamhet där akuta sjuka/skadade barn vårdades på ett sjukhus i Mälardalen.

## 5.4 SAMHÄLLELIG NYTTA

Den samhällsnytta som studien utgör finns i sambandet mellan sjuksköterskors kliniska erfarenhet och den självskattade kompetensen vid vård av akut sjuka/skadade barn. Detta samband utgör ett starkt skäl att främja sjuksköterskors utveckling och kliniska verksamhet inom specialistområdet barn och ungdomsvård för att stärka patientsäkerheten för denna utsatt och resurskrävande patientgrupp. Samtliga respondentgrupper upplevde att de var i behov av mer utbildning för att kunna bedriva vård av barn med akut sjukdom och skada på ett vetenskapligt och kompetent sätt samtidigt som det visade sig att tillämpningen av evidensbaserad vård var generellt låg. Detta upplever undersökarna skickar en tydlig signal till de som leder Landstinget och sjukhuset att mer behöver göras för att styrka och främja den kliniska kompetensen och utvecklingen hos de sjuksköterskor som idag är verksamma inom vården av akut sjuka/skadade barn.

## 5.5 KLINISK NYTTA

Studiens kliniska värde var att belysa hur sjuksköterskor på ett sjukhus i Mälardalen självskattat sin förmåga och kompetens vid vården av det akut sjuka/skadade barnet. Detta är av stor relevans för patientsäkerheten och sjuksköterskornas fortsatta utveckling på detta sjukhus. Även om liknande studier har genomförts i Sverige och internationellt finns det relevans för barnen i länet att den genomfördes även där. Studiens resultat belyser huruvida sjuksköterskorna uppfattar att de är kompetenta vid vården av akuta barn och läggs då som underlag för behovet av mer utbildning och fördelning av resurser för att stärka patientsäkerheten. Tidigare studier har visat sambandet mellan sjuksköterskors kompetens och en minskning av vårdrelaterade skador/mortalitet. Barn har rätt till god omvårdnad och rätt specialistutbildad personal och löper större risk för komplikationer och felbehandlingar då de ofta själva inte kan förmedla sina behov.

## 5.6 SLUTSATS

Det finns ett starkt samband mellan antal år som kliniskt verksam sjuksköterska och den självskattade kompetensen inom vård av akut sjuka/skadade barn. Mer utbildning behövdes inom områdena medicinering och hantering av akuta situationer medan den självskattade kompetensen kring bemötande var generellt högre hos alla sjuksköterskor. För att stärka patientsäkerheten och främja vården för dessa barn behövs denna kompetens ständigt utvecklas. Med dagens vårdssituation med hög belastning och personalomsättning ser författarna en risk att sjuksköterskornas kompetens inte utvecklas så att de kan bli ”skickliga” och därmed vårda barnen på bästa sätt. De mest erfarna sjuksköterskorna har sin arbetsplats på barnakuten som inte tar emot barn nattetid/helger, inte heller de barn som bedöms av ambulansen som ”larmpatienter”. Detta kan ses som en risk för patientsäkerheten. Den omvårdnadsmissiga kompetensutvecklingen behöver bedrivas med tid för reflektion samt genom utbildning i form av teoretisk/praktisk kunskap.

## **5.7 FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING**

Ett förslag till fortsatt forskning skulle kunna vara en jämförelse mellan de olika arbetsplatsernas sjuksköterskekompetens och erfarenhet samt en vidare analys av vad denna kompetensutveckling leder till i relation till patientsäkerheten. En undersökning gällande barnets perspektiv och den omvårdnad som bedrivs på sjukhuset relaterat till deras behov. Samtidiga undersökningar för att se hur man på bästa sätt kan befrämja samverkan mellan de olika personalgrupperna inom vård av akut sjuka/skadade barn (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, mellan avdelningarna) skulle kunna vara av värde för att stärka samarbetet och patientsäkerheten.

## 6 SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors självskattade kompetens i relation till klinisk erfarenhet vid vård av akut sjuka/skadade barn. De sjuksköterskor som medverkade var samtliga verksamma inom den allmänna akutmottagningen, barnavdelningen och barnakuten på ett sjukhus i Mälardalen.

Det fanns en stark och tydlig koppling mellan sjuksköterskors kliniska erfarenhet och deras självskattade kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn. Mer klinisk erfarenhet inom området gav en ökad självskattning av kompetensen vid vård av akuta sjuka/skadade barn. Det framkom även ett stort behov av vidare utveckling och utbildning oavsett klinisk erfarenhet inom området. Framförallt visade resultatet att vid akuta situationer samt vid medicinering av barn skattade respondenterna sin kompetens lägre vilket tyder på ett behov av ökad kompetens.



## REFERENSER

Andersson, H., & Nilsson, K. (2009). Questioning Nursing Competences in Emergency Health Care. *Journal och Emergency Nursing* , 35 (4), ss. 305-311.

Andersson, N., Klang, B., & Petersson, G. (2012). Differences in clinical reasoning among nurses working in highly specialised paediatric care. . *Journal of clinical nursing* , 21 (5/6), ss. 870-879.

Ariz, A., Chandna, A., Hamid, A. M., Scolnik, D., & Siddiqui, S. (2016). Children are not young adults: a call for standardized guidelines for dealing with pediatric patients in the emergency department of Canadian community hospitals. *Canadian journal of emergency medicine* , 18 (1), 48-51.

Beck, C., & Polit, D. (2009). *Nursing Research: generating and assesing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins .

Bell, J., Schroder, T., & Morris, C. (2012). A Pediatric Resource Nurse Program for Nonpediatric Nurses . *Journal for Nurses in Staff Development* , 28 (6), ss. 288-291.  
Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating Nurses. A call for radical transformation*. San Fransisco, USA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Benner, P., Tanner, C., & C, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement and Ethics*. New York, USA: Springer Publishing Company.

Darbyshire, P. (2008). Children's nurse's research involvement: making practice-focused research happen. *Journal och Clinical Nursing* , 12 (7), ss. 3238-3244.

Dickens, S. D. (2009). Building competence in pediatric end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine* , 12 (7), ss. 617-622.

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2003). *Statistisk verktygslåda-samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Edwardsson Månsson, M., & Enskär, K. (2008). *Pediatrik våd och specifik omvårdnad*. (M. Edwardsson Månsson, & K. Enskär, Red.) Lund: Studentlitteratur.

Edwinson Månsson, M., Grahn, M., & Emmy, O. (2016). Interaction between children and pediatric nurses at the emergency department: A Swedish interview study. *Journal of Pediatric Nursing* , 31, 284-292.

Ekström, L., & Gustavsson, S. (2009). Distriktssjuksköterskors upplevelse av den egna yrkeskompetensen. Luleå: Luleå Tekniska Universitet Avdelningen för Omvårdnad.

- Engström, L., & Eriksson, M. (2014). *Akutsjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på akutmottagning - en utmaning*. Örebro : Institutionen för hälsovetenskap och medicin .
- Fernanda, V., & Shayarina, S. (2011). *Sjuksköterskors strategier i bedömningen och omvårdnaden av pediatrika patienter*. Stockholm: Röda korsets Högskola.
- Friberg, S., Jansson, J., Westergren, E., & Lindberg, M. (2016). Grundutbildade sjuksköterskors upplevelse att börja arbeta på en barnavdelning. *Nordisk Sygeplejeforskning* , 6, 20-33.
- Grant, K., & Crouch, R. (2011). Who should nurse children requiring emergency care? *International Emergency Nursing* , 19, ss. 209-211.
- Greenhlagh, T. (2012). *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter- grunden för en evidensbaserad vård*. Spanien: Studentlitteratur.
- Hallin, K. (2009). *Att vara sjuksköterska. En studie av sjuksköterskeprofessionen avseende omvårdnad, handledning och utveckling*. Sundsvall: Mittuniversitetet.
- Hemingway, P., & Redsell, S. (2011). Children and young people's participation in healthcare consultations in the emergency department. *International Emergency Nursing* , 19, ss. 192-198.
- Hughes, J., & Lyte, G. (2009). *Developing nursing practice with children and young people*. Utiopia press Pte Ltd: Singapore.
- Jonassen, K., & Slettebø, Å. (2013). Hvordan videreutvikler barnesykepleiere praktisk kompetanse i klinisk praksis? *Vård i Norden* , 33 (107), 14-19.
- Karlsson, C., Mörelius, E., Radeskog, M., Runesson, I., & Rydberg, B. (2008). *Kompetensbeskrivning. För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Sjuksköterskor med inriktning mot barn och ungdom & svensk sjuksköterskeförening.
- Kerstis, B., Larsson, R., Lindberg, M., Sjöberg, M., & Söderbäck, M. (2010). *Barn och ungas rätt i vården*. Stiftelsen allmänna barnhuset.
- Leino-Kilp, H., & Pelander, T. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 24, ss. 726-733.
- Lindmalm, S., & Lidert, P. (den 27 08 2015). Hämtat från Läkemedelsboken: [http://lakemedelsboken.se/kapitel/pediatrik/lakemedelsbehandling\\_till\\_barn.html](http://lakemedelsboken.se/kapitel/pediatrik/lakemedelsbehandling_till_barn.html) den 12 05 2016
- Ludvidsson, J. F. (2002). *Att börja forska- inom medicin och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundqvist, J.-O., & Nordlöf, S. (2015). *Självskattad kompetens inom omvårdnad och medicin vid prehospitalt omhändertagande av barn hos sjuksköterskor inom ambulansjukvård*. Institutionen för hälsovetenskap, Avdelningen för omvårdnad. Luleå: Luleå tekniska universitet

Modh Hinnerson, K., & Wijk, H. (2008). Betydelser av ett 1-årigt traineeprogram för praktisk färdighetsutveckling av nyut- examinerade sjuksköterskor inom barn- och ungdomssjukvård . *Vård i Norden* , 28 (1), ss. 41-44.

Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care . *International Emergency Nursing* , 22, ss. 75-80.

NOrdiskt nätverk för BARN och ungas rätt och Behov inom hälso- och sjukvård. (2015). *www.nobab.se*. Hämtat från [http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation\\_Nobabs\\_standard.pdf](http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_Nobabs_standard.pdf) den 10 05 2015

Söderbäck, M. (2010). *Barn och ungas rätt i vården*. Edita Västra Aros: Stiftelsen Allmänna barnhuset.

Sandberg Rydelius, A. (den 22 11 2010). Distriktssköterskors och distriktsläkares erfarenhet av barns delaktighet inom primärvård. Eskilstuna, Sverige: Mälardalens Högskola Eskilstuna Västerås.

SFS. (2014). *Patientlag 2014:821*. Stockholm: Riksdagen.

SFS. (2010). *Patientsäkerhetslag 2010:659*. Stockholm: Riksdagen.

Sjuksköterskeförening, S. (2008). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Socialstyrelsen. (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagnigar. Rapport December 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Vård av extremt för tidigt födda barn- En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor*. Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2005). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad Sjuksköterska*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom barn och ungdom*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Utrikersdepartementet. (den 20 11 1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter* . Hämtat från <https://www.raddabarnen.se/om-oss/barnkonventionen/barnkonventionen-lang-version/> den 12 05 2016

Wahlgren, & L. (2012). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlittertur.

Wikström, J. (2008). *Akutsjukvård- Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlen, J. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap- vad är det och hur utvärderar vi den?* Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

## 7 BILAGOR

### **BILAGA 1.            Informationsbrev.**

#### **Bakgrund och Syfte**

Att möta akut sjuka/skadade barn inom vården är något av det svåraste och mest stressande som sjukvårdspersonal råkar ut för. Just därför vill denna studie undersöka om man som sjuksköterska inom ett yrke som regelbundet vårdar dessa barn upplever att man har den kunskap och kompetens som krävs i dessa situationer. Syftet med studien är att förbättra förståelsen kring sjuksköterskors kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn och förbättra omhändertagandet av dessa barn.

#### **Urval**

Vi tillfrågar just dig eftersom du är sjuksköterska och arbetar vid Mälarsjukhuset Eskilstuna inom en klinik där det förmodas att du träffar och vårdar akut sjuka/ skadade barn regelbundet som del av dina ordinarie arbetsuppgifter.

#### **Tillvägagångssätt**

Du förbinder dig inte till att delta genom att ta del av denna information eller när du tar del av frågorna som finns i enkäten som medföljer detta brev. Det som krävs av dig som medverkande i studien är att du svarar så ärligt som du kan på de frågor som ställs i enkäten och att du sedan lämnar in den i den låsta brevlådan som står i akutens och barnavdelningens medicinrum. Efter att svaren lämnats in kommer undersökaren att samla in enkäterna och analyseras statistiskt för att få svar på studiens syfte. Denna studie kommer att ingå i en magisteruppsats som ni kommer att få tillgång till men kommer inte att publiceras i någon tidskrift.

#### **Risker**

Det finns inga fysiska eller monetära risker/ vinster i medverkandet i denna studie eftersom denna studie ej kommer att delges med personlig information till vare sig chefer på arbetsplats eller till undersökaren själv. Denna undersökning kommer inte att påverka din lön eller arbetssituation på något sätt. Namn kommer inte att stå med i enkäten utan bara arbetsplats, ålder och antal år som verksam sjuksköterska för att sedan ingå i den statistiska analysen.

#### **Anonymitet**

Inga personuppgifter kommer att ingå i studien förutom år som verksam sjuksköterska, ålder och nuvarande arbetsplats. Ingen annan än undersökaren kommer att ha tillgång till denna information och den information som framkommer i enkätsvaren. Enkäterna lämnas i stängda kuvert utan identifiering en låst brevlåda som finns i ett låst rum på undersökarens arbetsplats. Efter inlämningsperioden förvaras enkäterna i ett låst skåp i undersökarens arbetsplats. Ansvarig för handlingarna är undersökaren själv och därigenom Karolinska Universitetet som är undersökarens huvudman. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Studiens resultat kommer att ges ut i form av en uppsats som efter godkännande kommer att finnas tillgänglig på samtliga berörda arbetsplatser.

***Ansvarig för Studien: Helena Kings & Irene Larsson via Medicinska Fakulteten Karolinska Institutet Stockholm.***  
[irene.larsson@stud.ki.se](mailto:irene.larsson@stud.ki.se) / [helena.kings@stud.ki.se](mailto:helena.kings@stud.ki.se)

## Bilaga 2

## Enkät

Vid frågor med skattningsskala betyder en 1:a minst/lite eller ingen betydelse, och 5:a högst/mycket eller mest betydande. Kryssa i eller ringa in det svar som passar dig bäst. Skriv svar där det inte finns några alternativ att kryssa/ringa in.

1. Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?

1-5      6-10      11-15      16-20      21-30+

2. Din ålder och var arbetar du?

3. Har du någon vidareutbildning, i så fall vilken?

4. Hur länge (antal år) har du jobbat som sjuksköterska i en befattning som gör att du träffar barn som kan vara akut sjuka eller skadade?

1-5      6-10      11-15      16-20      21-30+

5. Känner du att du har förtroende till din egen utbildning och kompetens när det gäller att vårda akut sjuka eller skadade barn?

1                      2                      3                      4                      5

6. Vet du vad din roll är i vården av ett akut sjukt/skadat barn?

1                      2                      3                      4                      5

7. Hur stressad blir du i mötet med ett akut sjukt/skadat barn?

1                      2                      3                      4                      5

8. I vilken utsträckning känner du att din grundutbildning ger dig kompetens att vårda akut sjuka/skadade barn?

1                      2                      3                      4                      5

9. I vilken utsträckning känner du att din vidareutbildning eller utbildning du fått via arbetet ger dig kompetens att vårda akut sjuka/skadade barn?

1                      2                      3                      4                      5

10. I vilken utsträckning känner du att din erfarenhet som sjuksköterska ger dig kompetens att vårda akut sjuka/skadade barn?

1                      2                      3                      4                      5

11. Upplever du att du som sjuksköterska kan företräda barnets bästa vid vård av akut sjuka/skadade barn?

1                      2                      3                      4                      5

12. Upplever du att du kan kommunicera med barnet och ge information på ett åldersrelevant sätt?

1                      2                      3                      4                      5

13. Upplever du att du kan kommunicera och informera föräldrar/vårdnadshavare på ett bra sätt?

1            2            3            4            5

14. Känner du dig kompetent i att medicinera akut sjuka/skadade barn (exempelvis rimliga doser och rutiner på sjukhuset)?

1            2            3            4            5

15. Känner du att du kan förbereda barn inför och utföra olika procedurer och vårdhandlingar (exempelvis röntgen, pvk-sättning, provtagning)?

1            2            3            4            5

16. Känner du att du kan hantera oförutsedda situationer och stabilisera akut sjuka/skadade barn tills läkare anländer?

1            2            3            4            5

17. Tillämpar du ny forskning/evidensbaserad omvårdnad kring vården av akut sjuka/skadade barn i ditt arbete?

1            2            3            4            5

18. Tycker du att sjuksköterskor generellt behöver mer utbildning innan de vårdar akut sjuka/skadade barn?

1            2            3            4            5

19. Tycker du att DU behöver mer utbildning i vården av akut sjuka/skadade barn?

1            2            3            4            5



20. Upplever du att din arbetsplats ger dig utbildning i omhändertagandet/vården av det akut sjuka/skadade barnet?

1

2

3

4

5

Tack för Din medverkan!

## Bilaga 3

### Till verksamhetschefer och vårdenhetschefer

Barnkliniken: Diana Bornstein Welff  
Akutkliniken: Birgitta Barkne Nilsson  
Barnavdelningen: Ulla-Britt Andersson  
Akutmottagningen: Karin Gustafsson  
Barnakuten: Marie Junger Uhlin

Hej!

Vi heter Helena Kings och Irene Larsson och läser barnspecialistutbildningen för sjuksköterskor vid Karolinska Institutet som vill genomföra ett examensarbete för vår magister examen. Området som skall studeras berör sjuksköterskors självupplevda kompetens vid vård av akut sjuka/skadade barn (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg samt den bifogade enkäten). Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra studien vid Barnavdelningen, Akutmottagningen och Barnmottagningen vid Mälarsjukhuset Eskilstuna.

Studien planeras till vårterminen 2016. Information om studiens syfte och utformning skulle lämpligen ges av undersökarna vid klinikernas arbetsplatsträffar så snart som möjligt. Samtliga sjuksköterskor vid de berörda klinikerna tillfrågas om de vill medverka i studien.

Om Du godkänner att studien genomförs vid Din klinik, är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner Dig tveksam till att studien genomförs vid kliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Helena Kings och Irene Larsson  
helena.kings@dll.se, irelarh14@stud.ki.se

Handledare: Nina Andersson. nina.andersson@ki.se

Underskrift för godkännande och datum:

---

Verksamhetschef Barnkliniken: Diana Bornstein Welff

---

Versksamhetschef Akutkliniken: Birgitta Barkne Nilsson

---

Vårdenhetschef Barnavdelningen: Ulla-Britt Andersson

---

Vårdenhetschef Akutmottagningen: Karin Gustafsson

---

Vårdenhetschef Barnakuten: Marie Junger Uhlén

