

Barnetraume: Et helhetlig team?

En kvalitativ studie om hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barns psykososiale behov i en traumesituasjon

TINA ELISABETH WINDINGSTAD
KIM ANDRÉ ROLAND

VEILEDER

Sylvi Monika Thomassen Flateland

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 21033

Forord

Vi vil gjerne takke hverandre for godt samarbeid gjennom dette prosjektet. Det har vært godt å ikke stå i denne prosessen alene. Det har vært moro og spennende, å ende opp med et produkt som vi opplever som nyttig når vi er ferdig utdannet anesthesisykepleiere. Vi vil også takke vår veileder Sylvi M. T. Flateland enormt mye, som har vært til stor hjelp for oss! Vi må også rette en stor takk til familie som har vært tålmodige og hjelpsomme med alt annet, når vi har vært opptatt med oppgaven. Videre vil vi takke traumesenteret og informantene som stilte opp på kort varsel, og delte deres erfaringer med oss. Deres kunnskaper og erfaringer vil vi ta med oss videre inn i yrkeslivet som anesthesisykepleiere.

Arendal, 2020.

Sammendrag

Bakgrunn:

I 2018 ble 1366 barn tatt i mot med traumeteam (Dahlhaug, 2020). Forskning viser at en stor andel av barn utsatt for traume utvikler posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Barn behandles etter samme retningslinjer som voksne (Rajka, Gaarder, Næss, Drage & Skaga, 2016).

Hensikt og problemstilling:

Formålet med oppgaven er å belyse hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barns psykososiale behov under et traumeteam.

Metode:

Masteroppgaven er en kvalitativ studie som bygger på semistrukturerte intervjuer fra 7 erfarne anestesisykepleiere ved ett traumesenter i Norge. Intervjuene er analysert med kvalitativ Innholdsanalyse.

Resultater:

Anestesisykepleiere ivaretar barns psykososiale behov under traumeteam, ved å ha fokus på å formidle trygghet, ha et godt samarbeid og være fleksibel i møte med barn.

Konklusjon: I en traumesituasjon ivaretar anestesisykepleieren barns psykososiale behov ved å etablere en trygg kommunikasjon med både barn og foreldre, samt ved å vise fleksibilitet i møtet med barnet. Et godt samarbeid er også en viktig faktor i dette arbeidet.

Nøkkelord: kvalitativ metode, intervju, traumeteam, sykehus, barn, mestring.

Abstract

Background: In 2018, 1366 children was admitted to hospital with trauma teams (Dahlhaug, 2020). Research shows that a large proportion of children exposed to physical trauma, develops posttraumatic stressdisorder (PTSD) in the aftermath. Children are treated after the same guidelines as adults (Rajka et al., 2016).

Aim and Objective: The aim of this thesis, is to research how experienced nurse anesthetists' safeguards children's psychosocial needs during a trauma team.

Method: A qualitative method was used, with semi-structured interviews. Seven experienced nurse anesthetists from a trauma center in Norway, was interviewed individually. The interviews were analyzed by using qualitative content analysis.

Results: Experienced nurse anesthetists safeguards children's psychosocial needs by making the children feel secure, having a well-functioning team and be flexible around children's needs and wishes.

Conclusion: Nurse anesthetists safeguards children's psychosocial needs in a traumasituation, by establishing good communication with both children and parents. They also show flexibility towards children. Good teamwork is also an important factor in safeguarding children's psychosocial needs.

Keywords: Qualitative method, interview, trauma team, hospital, children, coping.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	7
1.1 Formål og problemstilling.....	8
1.2 Avgrensning i oppgaven	8
1.3 Oppgavens oppbygning	9
2.0 Teori	10
2.1 Barn i sykehus.....	10
2.2 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	11
2.3 Barn og traume.....	11
2.4 Mestring og ivaretagelse av barns psykososiale behov.....	13
2.5 Anestesisykepleierens ansvar ved traumeteam.....	14
3.0 Metode	17
3.1 Kvalitativt design	17
3.2 Semistrukturert intervju.....	18
3.3 Vår forforståelse	19
3.4 Utvalg	20
3.5 Datainnsamling.....	21
3.6 Transkribering.....	22
3.7 Analyse	22
.....	23
3.8 Etikk	24
4.0 Presentasjon av funn	26
4.1 Formidle trygghet	26
4.1.1 Kommunikasjon med barn	26
4.1.2 Kommunikasjon med foreldre	30
4.1.3 Lek og avledning	32
4.2 Teamarbeid.....	33
4.2.1 Et velfungerende team	33
4.2.2 Et mindre godt fungerende team	36
4.3 Fleksibilitet.....	37
4.3.1 Utsette det som kan utsettes.....	38
4.3.2 Være fleksibel ved leiring av barnet	40
5.0 Diskusjon av funn	42
5.1 Formidle trygghet	42

5.2 Teamarbeid.....	51
5.3 Fleksibilitet.....	55
6.0 Diskusjon av metode.....	58
6.1 Metodiske overveielser.....	58
7.0 Oppsummering.....	63
7.1 Implikasjoner for praksis.....	64
Litteraturliste.....	65
Vedlegg 1.....	68
Vedlegg 2.....	69
Vedlegg 3.....	72
Vedlegg 4.....	74
Vedlegg 5.....	75
Vedlegg 6.....	76
Vedlegg 7.....	77
Vedlegg 8.....	80
Vedlegg 9.....	81
Vedlegg 10.....	83
Vedlegg 11.....	84
Vedlegg 12.....	85

1.0 Innledning

Barn og traume er et svært sentralt tema i dagens samfunn. Stumpe traumer i form av bilulykker og fallskader er største årsak til alvorlig skade hos personer under 18 år (Nasjonalt servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, 2015). Ut ifra upubliserte data, innhentet fra traumeregisteret så ble det i 2017 tatt imot 1374 barn med traumeteam og i 2018, tatt imot 1366 barn med traumeteam ved Norske sykehus (Dahlhaug, 2020). Etter ulykke og skade som treffer de nasjonale traumekriteriene, utløses traumeteam. Barnet kommer fra en kaotisk ulykke inn til sykehuset hvor barnet møter traumeteamet. Teamet består av mange mennesker, standardiserte undersøkelser og prosedyrer som raskt skal utføres for å redde liv. Som akuttmottakssykepleiere har vi deltatt på flere traumeteam. Barna kommer ofte inn med frykt i øynene og presses til å gjennomføre undersøkelser hvor fremmede mennesker tar og kjenner på dem. Noen klipper opp klærne deres mens andre stikker de i armen. Igjennom denne behandlingsprosessen, blir barn behandlet etter samme retningslinjer som voksne (Rajka et al., 2016). Vårt inntrykk er at barnet i stor grad er offer for en instrumentalisering (Graverholt, Nortvedt, Reiersgaard & Jamtvedt, 2011), hvor det mekaniske har stort fokus og det mellommenneskelige faller bort. Forskningsrapporter viser til psykosomatiske senskader som posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og senere frykt for sykehus, hos en stor andel av barn utsatt for fysisk traume (Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand & Winston, 2013). Spesialister innen psykiske traumer kommer først inn i bildet lenge etter hendelsen har inntruffet og skaden allerede har oppstått. Dette til tross for at forskningen viser til at tidlig hjelp til å mestre situasjonen bør startes så tidlig som mulig og helst i akuttmottaket (Ramirez et al., 2015). Anestesisykepleieren har en sentral rolle i traumeteamet og står plassert ved barnets hode. Ved noen sykehus har anestesisykepleieren tildelt ansvaret med å informere pasienten (Kemplén, 2017). Ved andre sykehus er ikke dette ansvaret fordelt slik. Anestesisykepleieren er på mange måter barnets kontinuitet gjennom denne behandlingsprosess, da anestesisykepleieren følger barnet videre fra traumemottaket til intensiv eller operasjon (Rajka et al., 2016). Anestesisykepleieren skal jobbe for å oppnå optimalt pasientomsorgsnivå (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017). Ved gjennomgang av litteraturen åpenbarer det seg store mangler rundt forskning vedrørende ivaretagelse av barns psykososiale behov under et traumeteam. Forskningen beskriver hva som skjer med barnet

under traumet og konsekvensene av traumet og behandlingen, men vi klarer ikke finne noen forskning som beskriver hva som gjøres under traumeteam for å ivareta barnet psykososialt og forebygging av psykologiske senskader. I lys av anestesisykepleierens sentrale posisjonering under traumeteam og yrkesetiske retningslinjer, ønsker vi derfor å se nærmere på hva anestesisykepleiere gjør for å ivareta barn psykososialt under et traumeteam.

1.1 Formål og problemstilling

Vi har med vår erfaringsbakgrunn og litteratursøk, identifisert et forskningsproblem; det er utfordrende å sikre en helhetlig ivaretagelse av barn under traumemottak, og flere utvikler psykologiske senskader som Posttraumatisk stressreaksjon (PTSD)¹. Vi anser det som aktuelt at anestesisykepleier er med på å ivareta barns psykososiale behov under traumeteam, da denne yrkesgruppen befinner seg i hodeenden til pasienten. Vi finner imidlertid ingen forskning som går spesifikt inn på anestesisykepleiers rolle i forbindelse med psykososial ivaretagelse av barn i denne settingen. Formålet med vår masteroppgave blir derfor å få frem erfarne anestesisykepleieres erfaringer rundt dette. Problemstillingen er som følger:

Hvordan ivaretar erfarne anestesisykepleiere barns psykososiale behov i en traumesituasjon?

1.2 Avgrensning i oppgaven

Med psykososial, mener vi både psykiske og sosiale forhold som har betydning for barnet sin helse (Svartdal, 2018). Oppgaven vil inkludere barn opp til 18 år. Grunnen til dette er at informantene blir bedt om å beskrive en situasjon de har vært i. Det vil det være vanskelig å styre de inn på en spesifikk aldersgruppe. Videre vil det å velge en aldersgruppe kunne begrense informanten sin mulighet til å dele sine erfaringer fra barn og traumeteam. Oppgaven går ikke inn på spesifikk medikamentell behandling, selv om det har en sentral plass både i anestesisykepleierens yrkesutøvelse og i behandlingen av traumepasienter. Selv om smertelindring har sammenheng med pasientens opplevelse, anser vi medikamentell

¹ Posttraumatisk stressreaksjon (PTSD): Er en psykisk helsetilstand som utløses av en traumatisk hendelse du enten har opplevd selv eller har vært vitne til. BMJ Publishing Group. (2019). Patient information from BMJ. Hentet 22/7-2019 fra <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/pdf/1537830938257.pdf>

behandling som for omfattende til å inkludere det i oppgaven. Ettersom fokuset er på barnets psykiske helse, vil den heller ikke gå i detalj på den metabolske stressreaksjonen, til tross for dens relevans til oppgavens problemstilling. Oppgaven begrenser seg til barn utsatt for fysisk traume som følge av ulykke. Med dette utelukkes barn utsatt for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Dette er situasjoner som krever annen tilnærming enn ordinære traumer, da den psykiske belastningen i utgangspunktet antas å være større. Barn med redusert bevissthet og barn med traumatiske hodeskader vil heller ikke bli tatt med, da dette vil kunne sette begrensninger for kommunikasjon med anestesisykepleieren.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven presenteres som monografi. Det vil først presenteres tidligere forskning og teori rundt anestesisykepleiers rolle, barn og traumemottak. Metodedelen inneholder forskningstradisjon, metodevalg, plan for gjennomføring og etiske- og metodiske overveielser. I funn-delen vil det presenteres resultater fra undersøkelsen tematisk ut ifra kategorier som etableres under dataanalysen. I diskusjonsdelen presenteres diskusjon av resultater i lys av tidligere forskning og teori, under samme temaoverskrifter som resultatdelen. Videre drøftes svakheter og styrker ved valgt metode og gjennomføring av forskningsprosessen. Avslutningsvis presenteres konklusjon og implikasjoner for praksis.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven, vil forskning og litteratur presenteres tematisk. Forskerne har ikke lyktes i å finne hverken forskning eller litteratur som går direkte på anestesisykepleiers rolle i arbeid med barn som traumepasient. Likevel har teoridelen overføringsverdi til oppgavens problemstilling.

2.1 Barn i sykehus

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), kapittel 6 og Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) skal sikre forsvarlige helsetjenester for pasienter under 18 år. Barn har blant annet rett til å ha en av de foresatte hos seg under hele sykehusoppholdet. Dersom barnet er kritisk syk, bør begge foreldrene få være tilstede (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §6, 2001). Der foresatte ikke har muligheten til å følge barnet som for eksempel inn på operasjonsstuen, bør det tilrettelegges for at mor eller far får være hos barnet til det sovner og når det våkner (Fanghol & Valla, 2011). Barnet skal fortrinnsvis følges opp av samme personalet igjennom sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §5, 2001).

Sykehusinnleggelse uansett årsak vil være en belastning for barn. De tas ut av sitt naturlige og vante miljø. Kjente rutinene ved dagliglivet blir byttet ut med usikkerhet og tap av kontroll. Barn har begrenset mestringsevne og er avhengig av hjelp for å mestre denne vanskelige situasjonen. Det raske miljøbytte ved en akutt innleggelse er nok til å skape angst hos barnet. Nye omgivelser, rutiner, lukter samt det å måtte samarbeide med ukjent helsepersonell er faktorer som tar fra barn tryggheten (Sjøbjerg, 2013).

Sykehusbesøk setter ofte spor hos barn. Voksne kan huske inntrykk fra sykehus langt tilbake i barndommen. Når barn mister kontrollen og taper autonomien føler det hjelpeløshet. Fremfor å uttrykke seg verbalt, får ofte følelsene styre. Dette kan vanskeliggjøre undersøkelser og utsette viktige prosedyrer dersom tillit og forventningsavklaring ikke er på plass. Når barn utsettes for stress, kan de bli passive i samtale. Følelse av frykt og mangel på innsikt er med på å øke angstnivået. Av frykter, er det ofte tap av lemmer og liv som nevnes. Barn føler ofte også skyld. Angstfulle opplevelser som sykehusopphold og medisinsk behandling kan påvirke barns psykiske vekst, personlighet og emosjonelle utvikling. Videre kan slike traumer føre til

urasjonell oppførsel, følelser og kognitive forstyrrelser (Lerwick, 2016). Barn er svært observante og kommunikasjon er mer enn bare ord. Barn kan ofte være redd for medisinsk hjelp. Dersom de får tid og hjelp til å forberede seg, samt informasjon om hva som skal skje vil dette trygge dem og redusere frykt (Grahm, Olsson & Mansson, 2016).

2.2 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Barn som eksponeres for traumatiske hendelser kan utvikle alvorlige helsemessige konsekvenser som kan følge dem gjennom barndommen og det voksne liv. PTSD som diagnose ble for første gang beskrevet for barn i 1987. I Norge har man primært to systemer for å stille diagnosen PTSD. The International classification diseases (ICD) og Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Ifølge ICD 10 kan diagnosen først bli stilt når barnets symptomer kan ses i sammenheng med en hendelse. Hendelsen barnet har vært igjennom må ha vært så truende eller katastrofal at de fleste ville opplevd sterkt ubehag om de hadde vært satt i samme situasjon (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk, 2011). DSM systemet beskriver at barnet skal ha vært i en situasjon hvor det har opplevd, vært vitne til eller blitt konfrontert med livsfare. Fysisk trussel om fysisk skade eller livstruende skade mot seg selv eller andre. Man må kunne knytte «stressorer» opp mot den konkrete hendelsen i form av: Stor frykt, overveldende hjelpeløshet, skrekk eller avsky. I tillegg til den konkrete hendelsen må barnet ha et symptom/en reaksjon innenfor hver av følgende kategorier: Gjenopplevelse i form av uønskede bilder og minner som gir fysiske eller emosjonelle reaksjoner, mareritt eller flashbacks. Unngåelse; unngår å snakke om eller tenke på opplevelsen, unngår aktiviteter eller steder som kan assosieres med opplevelsen, opplever nummenhet eller endret følelsesliv etter hendelsen. Økt fysiologisk respons knyttet til det autonome nervesystemet som vanskeligheter med å sove, følelsesmessige utbrudd, konsentrasjonsvansker osv. Dersom tilstanden varer minst en mnd. og gir funksjonsnedsettelse så kan diagnosen stilles (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk, 2011).

2.3 Barn og traume

Så mye som 1 av 6 barn og foreldre utvikler vedvarende posttraumatisk stressreaksjon (PTSD) etter at barnet utsettes for traumatisk hendelser (Kassam-Adams et al., 2013). Disse hendelsene inkluderer smerter, skade, alvorlig sykdom, invasive prosedyrer og skremmende

erfaringer fra medisinsk behandling. Det er en del faktorer som er avgjørende for om barnet utvikler PTSD eller vedvarende psykiske plager. Dersom barnet har psykiske plager fra tidligere, mangel på sosialt støttenettverk, opplever stor frykt og trussel om tap av liv, eller har dårlige mestringsstrategier; vil de være mer eksponert for vedvarende PTSD og psykiske plager. Dersom foreldrene viser tegn til symptomer på PTSD, vil barnet ha økt risiko for utvikling av PTSD (Kassam-Adams et al., 2013; Lerwick, 2016). Også i Norge vises det til en klart forhøyet risiko for utvikling av PTSD hos barn som utsettes for traumatiske hendelser (Gjems & Diseth, 2011). Konsekvensen av psykologiske sekveler etter fysiske traumer kan være redusert fysisk tilheling og vanskeligheter med å tilpasse seg livet etter sykehusinnleggelsen (Kassam-Adams et al., 2013).

I følge Koen, Maertens, Van Son og Van Loey (2013) utvikler en betydelig andel barn en stressreaksjon under sykehusinnleggelsen og innen de første månedene etter en fysisk skade, i dette tilfellet brannskader. Akutt og posttraumatisk stress forekom hos en fjerdedel til en tredjedel i ulike utvalg av studier. Nylige studier understreket at selv barn under femårsalder, som forøvrig var en viktig risikogruppe for brannskader hos barn; hadde PTSD. Noen longitudinelle studier viste et gradvis fall i stress-symptomer, men viser til at den første fasen etter en brannskade, burde anses som kritisk og en krevende fase for både barn og foreldre. Denne kritiske fasen krever innsats fra alle som er involvert i den kliniske behandlingen av barnet. Barn og foreldre trenger støtte, eksempelvis i form av informasjon (Koen et al., 2013). Aaron, Zaglul og Emery (1999) intervjuet 40 barn etter alvorlig fysisk ulykke, og fant at 22,5% av barn i alderen 8-17 år hadde fullt utviklet PTSD en måned etter sykehusinnleggelse. Rundt halvparten av barna slet med betraktelige psykiske plager. En fellesnevner for de som slet med psykiske plager etter hendelsen, var deres oppfattelse av situasjonen. Barn som føler stor risiko for store skader eller død; ender opp med større psykiske plager. Frykt og opplevelse av den peri-traumatiske perioden er derfor svært avgjørende. Videre vil alder, kjønn, etnisitet, sosial status eller antall liggedøgn kunne være variabler som knyttes til hvem som får PTSD (Aaron et al., 1999). Slike psykiske plager ser ut til å vedvare over lang tid. Fobier relatert til kjøretøy, gjenopplevelser av ulykken ved syn av ulykkesstedet og biler relatert til ulykken. Hukommelsestap, som kan forbindes til fysisk skade. Unnvikelse og frykt for å kjøre bil og gå langs gaten. Søvnproblemer og flashback ved

lyder. Sosial støtte er imidlertid en beskyttende faktor (Keppel-Benson, Ollendick & Benson, 2002).

Smerte etter ulykke har sterk assosiasjon til utvikling av PTSD. De er derfor viktig med rask og tilstrekkelig smertelindring ved fysisk skade. Jenter har større risiko for å utvikle PTSD enn gutter. Det kan skyldes forskjeller mellom gutter og jenter når det gjelder smerteopplevelse. Skadens alvorlighetsgrad og voldsomme frakturer virker til å ha påvirkning på grad av akutt smerte som oppleves. En årsak til dette kan være smertefysiologien rundt brudd, som gjør mer vondt enn andre skader. Utover skaden som i seg selv psykologisk kan forsterke smerte, kan frykt og tap av kontroll spille en medvirkende rolle på smerteopplevelsen. Akutt smerte bør også behandles, da den kan utvikle seg til kronisk smerte (van Meijel et al., 2018).

2.4 Mestring og ivaretagelse av barns psykososiale behov

Generelt trenger barn mer støtte og hjelp enn foreldrene for å mestre. Særlig igjennom informasjon tilpasset alder og utviklingsnivå (Isokääntä, Koivula, Honkalampi & Kokki, 2019). Førskolebarn forstår enkle forklaringer. Informasjonen som blir gitt må imidlertid være kort og konsis (Isokääntä et al., 2019). Skolebarn (6-12 år) gjennomgår store intellektuelle endringer og utvikling. Fantasien temmes og logisk tenkning utvikles, dette gir en mer kompleks forståelse av årsak-virkingssammenheng. Barnet begynner å kunne holde fokus, samt sortere viktig og mindre viktig informasjon. Abstrakt og reversibel tenkning utvikles, men med begrensninger. De tenker og sorterer informasjon ut ifra tidligere erfaringer. Helt frem til 12 års alderen har barnet vanskeligheter med å tenke hypotetisk (Søbjerg, 2013). Tenåringer har en mer kompleks forståelse. Informasjon kan være mer detaljert (Isokääntä et al., 2019).

Resilience er et begrep som beskriver evnen til å håndtere stress og katastrofer. En motstandsdyktighet ovenfor psykiske problemer og påkjenninger. God resilience er evnen til å håndtere og tilpasse seg kriser og psykiske påkjenninger på en god måte. Denne egenskapen baserer seg på individets psykologiske ressurser, evne til å tilpasse seg og prosessere stress. Resilience er ikke medfødt eller fastlåst, men kan læres og forbedres (Isokääntä et al., 2019). Den non-verbale kommunikasjonen mellom helsepersonell og barn viser seg i studien til Grahn et al. (2016) å ha stor betydning. Hva psykologisk førstehjelp

innebærer definerer ikke Ramirez et al. (2015) tydelig, men beskriver at dette bør startes allerede når barnet blir tatt imot i akuttmottak.

Det er utarbeidet et system kalt «Choices, Agenda, Resilience og Emosjonell støtte»: CARE-systemet (Lerwick, 2016). CARE har som mål å la barna ta tilbake kontrollen over situasjonen. En agenda etableres igjennom en forventningsavklaring mellom helsepersonell og barn. Den amerikanske Medical Trauma Working Group of the National Child Traumatic Stress Network, har utviklet en veiledning for denne måten å utføre psykisk førstehjelp ved traume. Når man har kontroll på A-B-C (airways, breathing og circulation), skal man gå videre på D-E-F (distress, emotional support og family). Her håndterer man stress og ubehag, smerte samt pasientens familie (Kassam-Adams et al., 2013).

Uansett alvorlighetsgrad, vil sykdom og sykehusinnleggelse være en belastning for barn. Den stressende situasjonen kan overstige barnets mestringssevne (Sjøberg, 2013). I en slik situasjon er kommunikasjonen med barnet avgjørende for å forebygge angstlidelser og posttraumatisk stress hos barn. Ikke minst er det en viktig faktor for å kunne yte effektiv sykepleie; slik som ved et traumeteam. I kommunikasjon med barn, er det viktig å møte dem ut ifra deres alder og utviklingsnivå. Non verbal kommunikasjon spiller en viktig rolle (Sjøberg, 2013). I den sammenheng har Barneombudet (2011) gitt råd man bør følge, dersom man skal gi informasjon til barn og ungdom på sykehus.

2.5 Anestesisykepleierens ansvar ved traumeteam

Ved traume skal anestesisykepleieren møte på traumestue. Han eller hun har ansvar for klargjøring av utstyr til ventilasjon, intubasjon, arterie-kanylering, væske og medikamenter. Ved behov skal ekstra anestesisykepleier tilkalles. Anestesisykepleieren skal hjelpe ved overflytting av pasient fra ambulansébåre til traumebåre. Videre skal anestesisykepleieren i samarbeid med anestesilegen sikre luftveier, administrere oksygen, overvåke vitale parametere og klargjøre for arteriekran. Anestesisykepleieren skal fortløpende informere pasienten om det som gjøres av undersøkelser og behandling. Når pasienten transporteres til røntgen, intensiv eller operasjon skal anestesisykepleieren overvåke pasienten under transport (Kemlén, 2017). Påførende får som hovedregel være tilstede på traumestuen.

Mens barnet undersøkes og behandles, blir pårørende ivaretatt av sykepleier fra akuttmottaket (Rajka et al., 2016).

Anestesisykepleieren skal utøve sitt virke i tråd med Anestesisykepleierenes Landsforbund (ALNSF) sine retningslinjer. Med dette menes blant annet: respektere pasientens og pårørendes rettigheter, ønsker, verdier og behov. Anestesisykepleieren skal utøve sitt virke med respekt for menneskeverd uavhengig av alder, religion, legning og etnisitet. Helsepersonelloven skal følges og pasientens autonomi skal sikres (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017; Helsepersonelloven, 2001). Som anestesisykepleier forplikter man seg til å utføre sykepleie som sikrer best mulig pasientutfall. Man skal aktivt bruke forskning for å utvikle kunnskap og vi skal sikre god kommunikasjon på en trygg måte som pasienten forstår. Dette slik at pasienten er i stand til å kunne gi sitt informerte samtykke. (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017).

Som en del av teamarbeidet under traumeteam, benytter man seg av Crew Resource Management (CRM) prinsippene. CRM er en måte å kommunisere på som stammer fra luftfartsindustrien. Under traumeteam bedrer CRM teamdynamikk, kommunikasjon og øker sannsynligheten for at helsepersonell sier i fra hvis de er bekymret for pasientsikkerheten (Huges et al., 2014). Definisjonen av hva CRM spesifikt skal inneholde varierer innenfor ulike bransjer og en felles standard er det ikke blitt enighet rundt. Det er imidlertid blitt identifisert noen kjerneelementer som: Teamkompetanse, kommunikasjonskompetanse og teoretisk bakgrunnskunnskap. Disse tre kjerneelementene har flere hoved- og underpunkter. Teamkompetanse innebærer hovedpunktene; ledelse, styring av arbeidsmengde og tilpasningsevne. Kommunikasjonskompetanse går inn på hovedpunktene profesjonalitet, effektivitet og refleksjon. Teoretisk bakgrunnskunnskap innebærer hovedpunktene; (delt) situasjonsforståelse, beslutningstaking, menneskelige feil, personlige ressurser og stress (Gross, 2014). For å forebygge uønskede hendelser i pasientbehandling, er det blitt rettet fokus på ikke-tekniske ferdigheter (ITF). ITF innebærer kognitive-, sosiale og interpersonelle ferdigheter. ITF handler om hvordan teammedlemmene kan bli gode sammen, og hvordan deres samspill fungerer. Dette blir spesielt aktuelt i situasjoner der det er liten tid, situasjonen er uoversiktlig og det er mange mennesker som er involvert. Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills (NANTS) og den norske NANTS-no, er validerte verktøy

som er utviklet for anestesisykepleiere med fokus på ITF, med hensikten å øke kompetanse, samt simulering og undervisning (Wevling et al., 2019).

Simulering er et strukturert opplegg for å trene, ved å ta i bruk teori og praksis; uten en reell pasient. Det er en læringsform man kan benytte for å øve på ferdigheter, generell kompetanse kommunikasjonstrening og teamarbeid. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet (2019) har gitt fordring om økt bruk av simulering for årene 2020-2023. Dette er med på å forbedre behandlingskvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerheten.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativt design

Som følge av et kvalitativt forskningsspørsmål, er et kvalitativt forskningsdesign benyttet. (Malterud, 2017). Et slikt design er forankret i kvalitative forskningstradisjoner. Filosofien fenomenologi ble grunnlagt av Edmund Husserl (1859-1938) og senere videreutviklet av Martin Heidegger (1889-1976) (Kvale & Brinkmann, 2015). Heidegger utviklet fortolkende hermeneutikk (fortolkende fenomenologi) og rettet fokus på betydningen av tolkning og forståelse, i motsetning til utelukkende beskrivelser av menneskelige erfaringer. Levd erfaring er en fortolkningsprosess og argumenterer for at hermeneutikk er en grunnleggende karakteristikk av den menneskelige eksistensen. Hermeneutikk handler om å tolke meningen fra et objekt, som en tekst. Målet er å gå inn i en annen persons verden og finne forståelsen der. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) på sin side, beskriver den fortolkende prosessen som en hermeneutisk sirkel. Her forstår man helheten av en tekst i form av dens enheter, og enhetene som en del av helheten. Heidegger mener det er umulig å legge ens forforståelse til side, og forekommer ikke innen fortolkende fenomenologi. Fortolkende fenomenologer utviser åpenhet under intervju; de må være lydhøre og få med seg hva som virkelig blir sagt. Individuelle dybdeintervju med individer som har erfaring med fenomenet av interesse, er som regel metoden som blir benyttet (Polit & Beck, 2018). Fenomenet i denne sammenheng er hvilke erfaringer erfarne anestesisykepleiere har, med å ivareta barns psykososiale behov, innenfor rammen av et traumeteam. Gjennom datamaterialet som blir samlet inn ved hjelp av individuelle dybdeintervju; vil variasjoner av erfaringer mellom de ulike anestesisykepleierne komme frem.

En kvalitativ metode søker etter å forstå, ikke forklare slik som ved kvantitativ forskning. Videre er målet å beskrive, ikke forutse et mulig utfall (Malterud, 2017). I dette prosjektet er vi ute etter å få innblikk i hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barn under traumeteam, og søker dermed å forstå og beskrive hvordan den enkelte anestesisykepleier opplever dette. Sluttresultatet vil forhåpentligvis inneholde relevante og rike data, som kan gi ny kunnskap (Malterud, 2017). Ved å snakke direkte med erfarne anestesisykepleiere, vil vi få direkte innblikk i deres menneskelige erfaringer. En måte å gjøre dette på, er ved å benytte semistrukturerte individualintervju som metode (Malterud, 2017). En forutsetning

for rike beskrivelser, er at informantene føler seg trygge og ivaretatt. Forskerne i prosjektet vil tilstrebe et møte preget av trygget, ro og tillit med alle informanter; samt lytte til informantenes beskrivelser med et åpent sinn, slik at man får med det spesielle og kanskje uventede (Malterud, 2017).

Innenfor kvalitativ innholdsanalyse finnes det to ulike måter å tilnærme seg materialet på: Induktiv og deduktiv. Ved en induktiv tilnærming så går man fra det konkrete og spesifikke, til det generelle; i motsetning til en deduktiv tilnærming, hvor man går fra det generelle til det konkrete og spesifikke. For å kunne lete etter likheter og forskjeller i datasettet har vi valgt en induktiv tilnærming (U. Graneheim, B. M. Lindgren & B. Lundman, 2017).

3.2 Semistrukturert intervju

Ved bruk av kvalitativt intervju som metode, er formålet å forstå sider ved intervjuobjektets daglige liv, ut i fra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Et semistrukturert intervju er en måte å gjennomføre kvalitativt intervju på. Det benyttes når forskere har en liste med emner eller brede spørsmål som må dekkes under intervjuet. Intervjuere bruker en skriftlig emne-guide for å sikre at alle spørsmålsområder blir besvart. Intervjuerens funksjon er å oppmuntre deltakeren til å snakke fritt rundt alle emnene i guiden (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2014). Det er hverken en åpen samtale eller en lukket samtale med spørreskjema. Det er altså ikke strukturert med standardspørsmål, men heller ikke «ikke-styrende» (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden som ble benyttet i dette prosjektet besto av to hovedspørsmål og fire oppfølgende spørsmål (vedlegg 10). Intervjuguiden ble utviklet med hensikt om å holde fokus i intervjuene (Malterud, 2017). Målet med intervjuet er å få en åpen og ærlig beskrivelse av erfarne anestesisykepleieres psykososiale ivaretagelse av barn under traumeteam. De to hovedspørsmålene har som hensikt å få frem levde historier med eksempler fra gode og mindre gode erfaringer anestesisykepleierne har hatt i forbindelse med problemstillingen. Oppfølgingsspørsmålene er til hjelp for å få frem klarhet i det anestesisykepleierne formidler, eksempler, komme i dybden og fenomenet. Oppfølgingsspørsmålene vil også kunne være til hjelp for å hindre at anestesisykepleierne og forskerne prater forbi hverandre.

Produksjonen av data er avhengig av intervjupersonens ferdigheter og deres personlige vurderinger med tanke på hvordan spørsmålene stilles. For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, må intervjueren ha god kunnskap om intervjutemaet. Kvaliteten på data som samles inn, er således avhengig av intervjuerens intervjuferdigheter og kunnskap om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjueren må lytte til beskrivelsene, men også det som blir sagt «mellom linjene». Intervjupersonen blir oppmuntret til å beskrive hva de opplever og hvordan de handler; på en så nøyaktig måte som mulig. Man må med andre ord spørre hvorfor intervjuobjektet opplever og handler som de gjør; og få så rike beskrivelser som mulig slik at man sitter igjen med mange nyanser i erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.3 Vår forforståelse

Forforståelse kan anses som det vi bærer med oss i møte med forskningsfeltet. Dette gjelder tidligere erfaringer, samt forberedelser til prosjektet. Forforståelsen vår er en viktig faktor for vår motivasjonen for å starte et nytt prosjekt, men vil også kunne farge vår tolkning og forståelse under hele forskningsprosjektet (Malterud, 2017).

Vår bakgrunn fra akuttmottaket er utgangspunktet for hvorfor vi ønsket å se på anestesisykepleieres erfaringer rundt psykososial ivaretagelse av barn under traumeteam. Vår bakgrunn gir oss god begreps- og situasjonsforståelse, samt en god forutsetning for å stille relevante spørsmål rundt temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre så er vi nå under utdanning, vi har lest mye teori, hatt undervisning og praksis som preger vår forforståelse for fagfeltet. I forkant av prosjektet har vi lest mye forskning om barn, traume og deres opplevelse av det å bli utsatt for skade og stress og ikke minst konsekvensene av dette. For å forberede oss mot intervjuene og analyseprosessen har vi pratet mye om vår forforståelse og vår kjennskap til barn og traumeteam (Kvale & Brinkmann, 2015). Sett i sammenheng med våre informanter og kravene vi stiller til deres erfaring, kan vi nok ikke se på oss selv som erfarne sykepleiere ved mottak av barn til traumeteam. Vi har jobbet henholdsvis fire år som del av traumeteam, men ikke på traumesenter med samme mengde barn og ikke i rollen som anestesisykepleier. Vi har en forforståelse som vi har forsøkt å kartlegge i forkant av prosjektet. Den bunner ut i at vi har inntrykk av at barn i stor grad behandles som små voksne. Dersom det er tid til det, blir barnet kort forklart hva som skal skje når de kommer inn på stua; at klær kommer til å bli klippet og at det kommer mange mennesker som skal

hjelpem dem (på lik linje med voksne). Bortsett ifra dette er de lite forberedt på hva som skal skje. Barnet mottar omsorg i form av vennlige ord, men mottar få valg og er dermed lite delaktige i det som blir utført av ulike gjøremål fra teamdeltagerne. Ofte får de ingen begrunnelse for hvorfor de må ligge stille. Vi erfarer altså at barn i stor grad fratras muligheten til kontroll og mestring, til tross for at det kan spare tid å spille på lag med barnet. Vi opplever også at det er svært personavhengig hvordan barnet ivaretas. Vi er imidlertid ydmyk til vår begrensede erfaring. Forforståelsen vår kan være med på å begrense horisonten vår og gi oss skylapper når vi går inn i analyseprosessen, og dermed la våre meninger skinne igjennom i forskningen (Malterud, 2017). Gjennom prosjektet har vi tilstrebet å være bevisst vår forforståelse i den grad det er mulig å sette den til side, og være tro til de nyanserte beskrivelsene som anestesisykepleierne formidlet.

3.4 Utvalg

Ut ifra vår erfaring som akuttmottak-sykepleiere på distriktsykehus, vet vi at det går lang tid mellom hver gang vi mottar et hardt skadet barn. Traumesentrene mottar en større andel skadde barn både fordi de er lokalisert til storbyer, men også fordi de mottar skadde barn fra hele landet etter de er stabilisert i distriktene. I Norge er det fire traumesentre, lokalisert til Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø. I dette prosjektet er vi kun to forskere, samt at vi er uerfarne; samlet sett setter dette begrensninger med tanke på gjennomføring og grundige analyser av innsamlet data (Malterud, 2017). Som følge av dette, samt vår tidligere erfaring ble det benyttet strategisk sampling. Ved å benytte oss av strategisk sampling ble det mulig å nå metning med så få intervjuobjekter som mulig (Malterud, 2017). Anestesisykepleiere som jobber på et traumesenter vil ha mer erfaring med å motta skadde barn enn anestesisykepleiere ved distriktsykehus. Etersom vi anser informasjonsstyrken ved anestesisykepleiere fra traumesentere som god, mener vi det holder med 8-10 dybdeintervjuer for å svare på problemstillingen vår (Malterud, 2017). Med erfarne anestesisykepleiere, mener vi anestesisykepleiere som har jobbet minimum 3 år som deltaker i traumeteam, eller har mottatt minimum 8-10 barn i rollen som anestesisykepleier på traumeteam. Inklusjonskriteriene for utvalget består av anestesisykepleiere i alder 25-55 år og ulike kjønn, for å sikre bredde og nyanse i studien. I denne oppgaven besto utvalget til slutt av to menn og fem kvinner i alderen 34-52 år. Utvalget ble gjort av anestesisykepleier på traumesenteret, som har ansvar for traumeteam ut ifra overnevnte inklusjonskriterier.

3.5 Datainnsamling

Oktober 2019 sendte vi søknad om intervjuundersøkelse til to traumesentre (de aktuelle sykehusene vil ikke bli oppgitt, som følge av hensyn til konfidensialitet). 5 uker senere manglet vi fortsatt svar fra traumesentrene, til tross for flere forsøk på å nå klinikksjefene via mail og telefon. Det ble derfor besluttet å sende ut søknader til distriktsykehusene, i frykt for å ikke få informanter til prosjektet. Det ble nå søkt om 2-4 informanter ved 4 ulike distriktsykehus. Rett etter søknadene var sendt, kom det svar fra ett av traumesentrene som i utgangspunktet sa seg villig til å stille med 2-3 informanter, men dersom vaktbelastningen den dagen vi skulle gjennomføre intervjuene tillot det; så kunne de stille med flere. Datainnsamlingen ble derfor gjennomført ved kun ett av Norges traumesentre. Vi besluttet å ikke supplere undersøkelsen med intervjuer på distriktsykehus, da de i utgangspunktet falt utenfor inklusjonskriteriene og vi fikk informanter fra et traumesenter likevel. Vår kontaktperson møtte oss ved hovedinngangen til sykehuset og organiserte det slik at vi fikk bruke et lite kontor på et bakrom ved anestesivdelingen. Intervjuobjektene rullerte på hverandres oppgaver, da det var flere anestesisykepleiere som skulle intervjues.

Informantene viste stor forståelse og engasjement for vår problemstilling. Flere bekreftet å oppleve barn og traume som et viktig tema og en utfordring i hverdagen. Intervjuene foregikk som en uformell samtale hvor vi fikk tilgang til ekteføyte historier fra informantenes liv og erfaringer. Vi byttet på å intervjuer: Den som ikke intervjuet hjalp til med oppfølgings spørsmål, for å få frem gode eksempler og sikre at vi oppfattet informantene riktig. Det forekom noen avsporinger fra informantene. Der vi følte avsporingene engasjerte informantene, lot vi den gå ferdig for ikke å virke uhøflige, uengasjerte og med frykt for å miste eventuelle gode poeng som kunne dukke opp; før vi hentet de tilbake til intervjuguiden. Intervjuene foregikk bak lukket dør, uten forstyrrelser fra andre som banket på døren. To ganger i løpet av intervjuet ringte vakttelefonen, og vi fikk en liten pause i intervjuet (her ble diktafonen stoppet). Vi opplevde imidlertid ikke at disse avbrytelsene påvirket datainnsamlingen negativt; når telefonsamtalen var over, fortsatte informanten der han/hun slapp historien sin. Når intervjuene var utført, ble lyd materialet fra diktafonen lagret direkte på universitetets «onedrive», før den ble slettet (Universitetet i Agder, 2019).

3.6 Transkribering

Transkribering benyttes, for å gjøre intervjuene mer egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkribering vil alltid innebefatte en form for tolkning (Malterud, 2017). For at intervjuet skulle være «friskt i minnet», ble transkriberingen påbegynt dagen etter intervjuene var utført. Transkriberingen tok omtrent en uke fra start til slutt. Begge forskere i prosjektet har delt likt på transkripsjonsarbeidet. Når flere personer deler på transkripsjonsarbeidet, er det viktig å bruke like skriveprosedyrer (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble derfor avtalt på forhånd å benytte ordrett transkripsjon. Dialekt ble skrevet i bokmålsform. Ordrett transkripsjon ble benyttet for å få en så korrekt og detaljert oversettelse fra talespråk til skriftspråk som mulig. Det er likevel viktig å nevne, at hvordan man gjør en riktig transkripsjon er umulig å si. Det finnes ingen sann og objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). Strenge ordrette transkripsjoner er imidlertid ansett som en forutsetning for å kunne gjøre en god lingvistisk analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.7 Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse er godt egnet for sykepleierforskning. Det er en fleksibel metode som egner seg godt for å få frem variasjoner, likheter og forskjeller fra informantene (Graneheim & Lundman, 2003). Kvalitativ innholdsanalyse er den mest benyttede metoden til muntlige data i dag, slik som intervjutranskripsjoner. Hvis man dokumenterer grundig gjennom alle faser av prosessen (forberedelse, organisering og rapportering); vil alle aspekter av troverdighet være økt. Man må være selvkritisk og ha gode analytiske egenskaper, når man gjør en kvalitativ innholdsanalyse (Elo et al., 2014). Ut ifra dette anser vi kvalitativ innholdsanalyse som en velegnet metode for å behandle våre data.

Gjennom analyseprosessen har vi forsøkt å holde oss så tekstnære som mulig, med hjelp av feltnotater for å få frem informantenes meninger og følelser rundt de ulike temaene (Malterud, 2017). Analyseprosessen startet med gjennomlesning av alt det transkriberte materialet, av begge forskere. Målet var å få en overordnet oversikt og bli godt kjent med det innhentede materialet. De individuelle transkriberte intervjuene ble så limt inn i Graneheim og Lundman (2003) sin mal for kvalitativ innholdsanalyse med råtekst.

Intervjuene ble delt opp i mindre meningsenheter som kunne stå for seg selv og uttrykke en mening eller bety noe alene (Polit & Beck, 2018). Vi har søkt å dele opp i passe store

meningsenheter, slik at betydningen bevares men ikke rammer flere meninger eller betydninger (Elo et al., 2014). Råtekst ble kondensert, fikk deretter kode, subkategorier og kategori (Graneheim & Lundman, 2003). Vi vil i det følgende gå nærmere inn på prosessen i alle trinn av analysemetoden: Kondenseringen bestod av å forkorte meningsenheten så tekstnære som mulig, men noe mer beskrivende og uten å miste meningsinnholdet. Det muntlige språket fra transkripsjonen ble løftet og skrevet noe mer formelt (U. Graneheim, B.-M. Lindgren & B. Lundman, 2017). Etter kondenseringen, ble de ulike meningsenhetene kodet. Som koding brukte vi én til to setninger per meningsenhet som beskrev dens innhold. Videre kom vi frem til fire foreløpige hovedkategorier og 24 tentative subkategorier. Det første intervjuet analyserte vi sammen, resterende analyser ble fordelt mellom forskerne. Når analysen var ferdig så leste begge forskerne over all analyse av data på nytt. Vi ble enige om å gjøre noen endringer i kategoriene og subkategoriene, slik at vi til slutt endte opp med 3 kategorier og totalt 7 subkategorier. Kategoriene ble formulert til «Formidle trygghet» med subkategoriene: «kommunikasjon med barn», «kommunikasjon med foreldre» og «lek og avledning». Andre kategori ble formulert som «Teamarbeid», med subkategoriene «et velfungerende team» og «et mindre godt fungerende team». Siste kategori ble definert som «fleksibilitet», med subkategoriene: «Utsette det som kan utsettes» og «være fleksible ved leiring av barnet».

Formidle trygghet	Kommunikasjon med barn
	Kommunikasjon med Foreldre
	Lek og avledning
Teamarbeid	Et velfungerende team
	Et mindre godt fungerende team
Fleksibilitet	Utsette det som kan utsettes
	Være fleksible ved leiring av barnet

Eksempel på analyse av rådata ligger som vedlegg 11.

3.8 Etikk

Forberedelsene startet med søknad til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) i september 2019. Ved første innsending fikk vi tilbakemelding om å rette opp to punkter. Vi skrev at vi ønsket å inkludere kvinner, menn, et stort aldersspenn og personer av ulik etnisk bakgrunn. Det vi ikke hadde spesifisert godt nok, var at vi ikke skulle registrere etnisitet på informantene i oppgaven vår. Videre hadde vi ikke tilstrekkelig informasjon til informantene i informasjonsskrivet angående deres rettigheter. Dette ble rettet opp i og NSD søknaden godkjent (vedlegg 7). Videre fikk vi godkjenning fra Fakultetets Etske Komité (FEK) samme måned (vedlegg 8).

Etikk og moral gjennomfører et forskningsprosjekt igjennom alle deler av prosessen, fra tematisering til fremstilling av funn (Kvale & Brinkmann, 2015). Igjennom kvalitative forskningsprosesser hvor man interagerer med mennesker forutsettes tillit og respekt mellom forsker og informant. Uten tilstrekkelig tillit og respekt kan informanten ha frykt for å åpne seg opp og tilbakeholder informasjon. Denne tilliten må forvaltes på en god måte, slik at informanten kan stole på at tilliten ikke vil bli misbrukt (Malterud, 2017). Oppgaven reflekterer ærlighet og redelighet. Det er på ingen måte blitt forfalsket eller fabrikkert data. Plagiering er heller ikke forekommet; kilder er blitt henvist og oppgitt, etter gjeldende nasjonale forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Vi har etter beste evne sikret etterprøvbarehet ved å beskrive alle steg i forskningsprosessen og redegjort for endringer vi har gjort underveis i prosjektet. Vi har også sikret et godt samarbeid med gjensidig respekt mellom forskerne og sameie av endelig produkt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Vancouveranbefalingen er blitt fulgt på områder som medvirkning, forfatterskap og publisering (ICMJE, 2016). Det er innhentet godkjenning for prosjektet fra Norsk Senter for forskningsdata, Fakultetets Etikkomité, samt det aktuelle sykehuset. De involverte i studien er blitt grundig informert om formål, hvordan opplysningene blir brukt og hvem som får tilgang til materialet; samt gitt sitt skriftlige samtykke. Data har blitt samlet inn og anonymisert i henhold til retningslinjer gitt av Universitetet i Agder (Universitetets forskningsutvalg, 2018). Informantene har blitt informert om at de når som helst kan trekke seg fra prosjektet. Etter vår søknad til sykehuset ble vi kontaktet av fagsykepleier som henviste oss til anestesisykepleier med ansvar for traumeteam, som har vært vår kontakt ved sykehuset igjennom prosjektet. Intervju

innebærer interaksjon med mennesker, her står etikk og moral sentralt. Man må å utvise forståelse for at informantene kan være berørt av situasjonene de blir intervjuet om. Dette er noe vi har hatt fokus på og prøvd å vise empati og forståelse i intervjusituasjonen. Informantene stilte til intervju på kort varsel. Til tross for at infoskriv og samtykkeerklæring var sendt og mottatt av avdelingen på forhånd, var det svært få av informantene som hadde mottatt eller lest disse. Vi brukte derfor litt tid i forkant av intervjuene til å informere om prosjektets mål, avgrensninger og deres rettigheter. Det ble også innhente muntlig og skriftlig samtykke fra den enkelte informant.

4.0 Presentasjon av funn

Våre funn vil i det følgende bli presentert etter kategorier og subkategorier som kom til syne under analyse av innsamlet data. Ingen relevante data har blitt ekskludert, heller ingen irrelevante data har blitt inkludert (Elo et al., 2014).

4.1. Formidle trygghet

Samtlige av anestesisykepleierne uttrykte seg om elementer knyttet til formidling av trygghet til barn under traumemottak. Det ble ansett som viktig å formidle trygghet til barn, som en del av den psykososiale ivaretagelsen.

4.1.1 Kommunikasjon med barn

Flere faktorer spiller inn på kommunikasjonen med barnet ved ivaretagelse av deres psykososiale behov. Flere av anestesisykepleierne poengterte at ved kommunikasjon med barn, er det viktig at de får formidlet alderstilpasset informasjon underveis. Én anestesisykepleier uttrykte også at barnets evne til å motta informasjonen kan være påvirket av faktorer som deres tidligere opplevelser, smerter, angst og våkenhetsgrad. Smerter tar bort barns fokus, og man må derfor i disse tilfellene prioritere å smertelindre barnet først. Barnets alder nevner flere anestesisykepleiere som en utfordring når man kommuniserer med dem. Det oppleves nytteløst å skulle gi informasjon til barn under to år, samt at de oppleves som vanskelig å samarbeide med.

Når det gjelder informasjon, beskriver flere av anestesisykepleierne at det er viktig å informere barnet om hva man skal gjøre og hvorfor, *før* man gjør det. Om man ikke gjør dette kan barnet sannsynligvis oppleve det som et overgrep, samt ikke forstå nytteverdien av det som gjøres. Det er viktig å ha med seg at traumemottak er noe barn ikke har noe grep om og er uforståelig for dem. Uforståelige og fremmede hendelser kan virke skummelt for barn. Betryggende beskjeder underveis, slik som at foreldre eller andre omsorgspersoner skal være der hele tiden; blir ansett som betydningsfullt for barnet. I de tilfellene hvor barnet blir redd, passivt eller nekter å samarbeide, kan det komme av at noen i teamet glemmer å si ifra før de stikker barnet. Under et traumeteam kan teammedlemmene fort bli for fiksert på sine oppgaver og glemme å informere det våkne barnet, før man gjør

eksempelvis smertefulle prosedyrer som stikk. En anestesisykepleier fortalte at man i et slikt tilfelle kan oppleve at barnet blir grepet av panikk:

«..de barna som gjør mest inntrykk på meg er den tiåringen som ligger stille på båra med vidåpne øyne, med panikk.. ...vi er litt for uvørne og på. Stikker og det gis lite informasjon. Vi er litt for fiksert på det vi skal gjøre og du ser panikken i øynene deres, og en tenker hva de tar med seg videre..».

En av anestesisykepleierne poengterte også at informasjonen til barnet må være ærlig. Samtidig som man skal informere barnet før man gjør smertefulle prosedyrer, skal man også være ærlig om at det kommer til å gjøre vondt.

Å formidle informasjon er dermed en faktor rundt kommunikasjon med barn under traumemottak. Samtidig nevner samtlige av anestesisykepleierne at måten denne kommunikasjonen foregår på, både verbalt og non-verbalt er av stor betydning. Flere nevner at det ikke er fast bestemt akkurat hvem som skal ha dialogen med barnet. Dette er en naturlig oppgave for anestesisykepleieren, men en like naturlig oppgave for en anestesilege eller undersøkende kirurg. Det blir lagt trykk på av flere at det skal være færrest mulig mennesker i rommet, samt færrest mulig som snakker med og tar på barnet. Dersom en person tar initiativ og oppretter kontakt med barnet, holder de andre seg i bakgrunnen. En av anestesisykepleierne uttrykte at det sjeldent avtales på forhånd hvem som skal opprette kontakt med barnet, men at dette burde man bli bedre på å avtale før barnet kommer. Det kan virke skremmende med mange som skal snakke med, eller ta på barnet. En traumestue er ikke et hyggelig sted for et barn å være. Alle trenger ikke å forsøke å bli akseptert av barnet som er skeptisk til fremmede. En av anestesisykepleierne fortalte et minne fra hva en voksen person opplevde som verst ved å være pasient:

*«Jo, det var at alle skulle.. hilse på h*n hele tiden.. Og dette var en voksen person! ...da kan man tenke seg hvor overveldende det kan bli for en fireåring.. så står det altså seks voksne personer, ja kanskje enda flere.. ...Også er man i tillegg sårbar og skadet eller syk.. og redd atpåtill.. .. det holder at én snakker med barnet og oppretter den kontakten, så kan de andre holde seg i bakgrunnen».*

Evnen til å opprette en god kontakt med barn oppfatter flere av anestesisykepleierne som et suksesskriterium, samt en forutsetning for å være en del av teamet ved mottak av barn.

Dette er noe man må «*ha litt i seg*» eller tilegne seg som følge av erfaring. Å ha egne barn selv oppleves som en ressurs i møte med barn. Man har da kjent barn i alle aldre og det er lettere å opprette en god kontakt. Ikke alle har evnen til å snakke med barn i alle aldre og dette blir fort synlig. Samtalen bærer da preg av å være stotrende. Manglende samtalekompetanse med barn blir eksemplifisert av en av anestesisykepleierne:

«Enkelte kan være superdyktige anestesileger, men prater høyt, er rastløse og urolige. Dette er personligheter som ikke passer så veldig bra når man interagerer med barn. Andre er helt rolige, alt er topp og ingenting er noe problem».

Personlige egenskaper er derfor viktig. Barneleger og barneanestesiologer blir nevnt av flere anestesisykepleiere som en ressurs for barnet under traumemottak. De kjenner barn godt og hvordan man kommuniserer med dem.

En annen faktor som påvirker ivaretagelsen av barn, er antall mennesker på traumestua. En anestesisykepleier fortalte at barnetraumer tiltrekker seg mange hospitanter og observatører. Dette burde man unngå. Det er kun teamet som skal være tilstede under mottaket. Flere opplever at for mange mennesker i rommet påvirker barnet negativt og er forstyrrende for teamet som jobber. Samtidig som det er viktig at de riktige ressursene er til stede under teamet, må de ikke nødvendigvis oppholde seg i nærheten av barnet. Å være bevisst sin stemmebruk, nevner flere som viktig ovenfor barnet. Beskjeder om vitale parametere blir ropt høyt ut i rommet og gjentatt høyt, med closed-loop kommunikasjon. Dette er ting som ikke forteller barnet noe og det kan bli mye støy. Barn blir stresset av mange mennesker rundt seg, mange stemmer og høyt støynivå. En anestesisykepleier fortalte at det sannsynligvis må oppleves helt forferdelig for et barn, å ha en voksen person som står og brøler ordre. Ikke minst kan barnets ytringer bli oversett, dersom mange i teamet snakker i munnen på hverandre:

«De som kan prate, at vi må ha tid til å lytte. Kanskje barnet prøver å si noe, men han får ikke sjansen. Fordi at alle bare prater i munnen på hverandre».

Det er imidlertid ikke bare det verbale aspektet som blir vektlagt. Non-verbale faktorer nevnes også som betydningsfullt for barn. Ansiktsuttrykk blir nevnt av en anestesisykepleier.

Stress hos teammedlemmene kan påvirke dem til å se mer «*uvennlige ut*», enn de er. Det er ikke nødvendig å se alvorlig ut selv om det er en vanskelig situasjon. Flere nevner også at det er viktig å ikke snakke med barnet «*opp-ned*» eller bak pasientens hode. Man må snu seg og sette seg ned på kne, slik at man snakker med barnet ansikt til ansikt:

«Når man kommuniserer med barn, er det viktig at man tilpasser seg. Vi som står ved hodeenden, må gå rundt til barnet slik at de slipper å snakke med oss opp ned. Videre må en sette seg ned på huk, slik at vi kommer i samme nivå som barnet. Det er viktig å beholde rolig stemme, selv om man er stresset. Det man kan gjøre, er at den personen som har gått rundt til barnet, sittet ved barnets hode og ser barnet inn i øyene og kan fortsette å informere barnet om hva de andre gjør. Da slipper barnet å få beskjeder fra ulike kanter».

Nevnte elementer er ansett som betydningsfullt for å ivareta barnet psykososialt, men flere av anestesisykepleierne forteller at det er ikke alltid de opplever å komme i mål med dette. En av anestesisykepleierne fortalte at man har et ønske om å ikke påføre et traumatisert barn flere traumer. Anestesisykepleieren har kjennskap til at ting som har skjedd i barndommen ikke blir glemt. Teamet kan påvirke hvorvidt barnet ikke utelukkende sitter igjen med vonde minner. Det kan imidlertid være vanskelig å skape godt nok rom for det psykososiale fokuset. Da man noen ganger ikke vet hvorvidt barnet er hardt skadet eller ikke, kan det være vanskelig å gi informasjon underveis. I de tilfellene hvor barnet faktisk er hardt skadd, oppleves det også vanskelig å ivareta barnet psykososialt. Fokuset blir rettet mot det tekniske og det er lite rom for det mellommenneskelige. Likevel oppleves det som sannsynlig at det hardt skadde barnet er mindre mottakelig for ting som foregår rundt dem, og det er vanskelig å vite akkurat hvor mye de får med seg av det som skjer. Det er altså flere ting som spiller inn på den psykososiale ivaretakelsen. En av anestesisykepleierne forteller at selv om det kan være vanskelig, så forsvinner nok ikke det psykososiale fokuset fullstendig; selv om fokuset er hovedsakelig på undersøkelse og behandling. Alle har et ønske om et godt mottak av barnet:

«Det er mange faktorer som spiller inn i forhold til det psykososiale. Er pasienten veldig hardt skadet, fokuserer vi mer på undersøkelse og behandling. Men jeg tror ikke det psykososiale aspektet forsvinner helt, selv om vi nok kunne vært flinkere på det. Vi har fokus på det og prøver så sant det er mulig å få barnet med på det som skjer.. Alle er veldig interessert i å ha et godt mottak av barn, og stort sett fungerer det bra..».

Det er mange fremmede og mye ukjent som skjer for barnet når de blir tatt imot som traumepasient. Slik som en av anestesisykepleierne beskrev det, er det en surrealistisk situasjon selv for voksne; men mye verre for et barn. Det blir derfor viktig å være bevisst hvordan man viser seg for barnet:

«...på traumestua er det kanskje ti personer med grønne klær som står rundt der. Og i røntgenfrakker. Så vi ser jo kjemperare ut. Og mange har jo hette på hodet også. Det hjelper å ta av hetta. At de ser håret ditt. Men det er jo småting som vi kanskje ikke tenker over, for vi kommer rett fra operasjon».

Flere av anestesisykepleierne forteller at de ikke dekker til ansiktet. Munnbind tas ikke på, med mindre det er spesielt behov for det. Formidling av trygghet til barnet er dermed noe mer enn kommunikasjon og avledning, som anestesisykepleierne har fokus på.

4.1.2 Kommunikasjon med foreldre

Samtlige av anestesisykepleierne oppfatter som oftest foreldres tilstedeværelse, som en ressurs og at de er en viktig person for å kunne ivareta barnet på en god måte. At mor eller far er tilstede, hjelper på tryggheten til barnet og skaper ro. Noen foreldre ønsker ikke å være i veien og står derfor i bakgrunnen. Anestesisykepleier tar i disse tilfellene mor eller far frem til barnet. Fordi foreldre er en ressurs både for barnet og for teamet, får de på seg blyfrakk og får stå ved hodeenden til enhver tid. Foreldres betydning for barnet ble uttrykt slik av en av anestesisykepleierne:

«Hvis ungen ligger der med vid åpne øyne og er helt skrekkslagen.. Så er det nok pårørende som er det viktigste».

Hvorvidt foreldre klarer å trøste og være en støtte for barnet, er noe som likevel må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Flere av anestesisykepleierne opplever at svært opprørte foreldre skaper redsel hos barnet:

«..i de tilfellene hvor barna ser at mamma og pappa er redd, så overføres det til barnet. Vi har absolutt hatt situasjoner der ting har blitt verre fordi barna ser foreldrene er redde».

I noen tilfeller er begge foreldrene tilstede, men har ulik evne til å være en støtte. I de tilfellene kan kanskje en av dem trøste barnet, mens den andre blir ivaretatt av pårørendekontakt i mottaket. Noen ganger er ikke foreldre tilstede når barnet kommer. I de tilfellene følger en annen omsorgsperson, som eksempelvis lærer fra skolen med inn på akuttstua. Et annet aspekt som nevnes av en av anestesisykepleierne, er hvordan man benytter foreldre i arbeidet med barnet. Dersom barnet stiller seg på bakbena ved undersøkelse, kan man ha mye hjelp i foreldre for å få barnet til å spille på lag. Foreldre skal imidlertid få lov til å være kun foreldre. Det er bedre for barnet i ettertiden dersom foreldrene ikke har deltatt i de vonde tingene:

«Jeg har veldig tro på det at foreldre bare får være foreldre og bare være gode mot barnet sitt i en sånn situasjon».

Det er nemlig av og til situasjonen krever å måtte bruke tvang. Stikking er ofte upopulært og man må holde barnet fast for å få inn venøs tilgang; dersom det haster å gi medisiner og dersom foreldrene er med på dette. Anestesisykepleieren informerer alltid foreldrene i forkant av dette og forklarer hvorfor det er viktig å gjøre det på denne måten. De fleste foreldre godtar dette, da de ofte er sjokkerte selv. Foreldre kan ofte oppleve skyld for ulykken, da det ofte er de som enten har forårsaket ulykken eller ikke passet godt nok på barnet.

Foreldres psykososiale betydning for barnet i forbindelse med traumet, foregår også i tiden etter. En av anestesisykepleierne hadde fokus på dette mot slutten av traumemottaket og under transport til overvåkningsavdeling. Det var da en mulighet for å *«rette på inntrykket»*. Barn og foreldre er ikke forberedt på hva som møter dem når de kommer til traumestua. En begrunnende samtale med rom for å stille spørsmål og svar i etterkant; er derfor av betydning. Det er ikke nødvendigvis enkelt for barnet å forstå dette der og da, men med den oppklarende samtalen kan foreldre hjelpe barnet med å bearbeide hendelsen i etterkant. Dersom barnet skulle ha spørsmål til hvorfor ting ble gjort har dermed foreldrene svar på dette.

4.1.3 Lek og avledning

For å ivareta barnet psykososialt under et traumeteam, samtidig som det skal utføres undersøkelse og behandling; blir lek og avledning sentralt. Det oppleves av flere anestesisykepleiere som svært aldersavhengig hvordan man avleder barn. Elementer som smerter og grad av redsel, påvirker også i hvilken grad barnet er mottakelig for avledning:

«Det kommer veldig an på hvor mottakelig barnet er i en sånn situasjon, men veldig ofte så er de ikke så hardt skadet at de ikke kan være mottakelig for litt avledning. Med mindre de er veldig redde..».

Barn som kan forstå og har språk, blir informert enkelt om hva som skal skje. Spedbarn får sukkervann og smokk som avledning og beroligende virkemiddel. Dersom barnet er vant til å ha smokk, må de få lov til å beholde den. Ting som generelt er kjent for barnet som leker, dukker, bamser og mobiltelefon; får de lov til å beholde. En av anestesisykepleierne fortalte at mobiltelefon er noe alle barn liker. Dersom de ikke har en med seg, får de låne anestesisykepleieren sin. Da kan de få se på det de liker og på den måten få fokuset over på noe annet. En annen anestesisykepleier fortalte at det var noen hjelpemidler på traumestua, som kunne benyttes til avledning; men hadde liten effekt. Enkel avledning fungerte bedre:

«Vi har noe veldig begrenset, men noen bamser og sånt nede. Men jeg ser at det ikke er så effektivt. Ikke akkurat i de situasjonene der.. Det kan være så enkelt som å bare ta saltvann i en sprøyte og si «se her, jeg har verdens beste vanngevær», og sprøyte ut i rommet. Og hvis man i tillegg spruter på undersøkende kirurg..».

En annen anestesisykepleier benyttet seg av det som var tilgjengelig på traumestua. Medisinsk utstyr som en hanske, kan lett forvandles til et dyr. En tavle på stua med et maleri på, kunne også brukes i lek med barnet. For eksempel be barnet om å finne musa som befant seg på maleriet. Samtale med barnet blir også benyttet av flere som en form for avledning. Flere nevner at å observere hva barnet har på seg, kan hjelpe med å få samtalen i gang. Dersom barnet eksempelvis har et fotballag på genseren sin, er det lettere å få i gang en dialog, samt enklere å få barnet til å spille på lag. Alt kan gjøres til en lek, selv det å måle saturasjon og puls. Barn er glad i skjermer og man kan be barnet om å «tegne» på skjermen med saturasjonsklypen. Andre hjelpemidler for avledning er såpebobler. Noen

anestesisykepleiere opplever dette som et godt verktøy ved avledning, andre opplever det som lite til hjelp.

Samtlige av anestesisykepleierne nevner prosedyrer som innleggelse av perifert venekateter (PVK), som utfordrende å få til. Det vurderes alltid om smertefulle prosedyrer som dette kan avventes til senere. Dersom det haster, stikker man uten bedøvelse én gang. Det er den personen i teamet som er mest erfaren med å stikke på barn, som stikker. Det er opprettet prosedyre på sykehuset dersom det er vanskelig å få inn tilgang eller ta blodprøver. Barnet skal skånes for mange stikk.

Avledning er av alle anestesisykepleierne ansett for å være sentralt når man tar imot barn som traumepasient. Det nevnes likevel av en av informantene at dette ikke nødvendigvis er enkelt å få til. Det blir ansett for å være en kunst. Å opprette en god kontakt med barnet innledningsvis blir avgjørende.

4.2 Teamarbeid

Alle anestesisykepleierne fortalte at faktorer rundt teamarbeid, var avgjørende for hvordan traumemottaket av barnet ble. De fleste anestesisykepleierne hadde erfaringer knyttet til situasjoner der teamet enten fungerte godt, eller mindre godt.

4.2.1 Et velfungerende team

I forbindelse med at barnet kommer til traumestuen, nevnte en av anestesisykepleierne at det er viktig å lytte til ambulanspersonellens rapport. De vet om det er 15 minutter, eller fem timer siden ulykken inntraff. Det vil gi teamet innblikk i hvorvidt det er sannsynlig for alvorlige tilstander, som stor pågående blødning. Videre fortalte flertallet av anestesisykepleierne at forberedelser var viktig for å sikre et godt mottak av barnet. Det er en fordel at hele teamet presenterer seg, slik at alle i teamet vet hvem som er til stede. Dette gir forutsigbarhet, men også muligheten for å «sile» ut personer som ikke trenger å være tilstede, slik som observatører og hospitanter. For mange mennesker og tilskuere skaper stress hos både teamet og barnet. Det er imidlertid viktig at de faggruppene som det er behov for, slippes til. Videre er det oppfattet som en fordel at teamleder går igjennom hva

teamet kan forvente seg å møte, før barnet kommer. Teamleder setter agendaen for teamet, med hva som skal gjøres og hvordan. Det burde også tas stilling til hvor mye monitorering det er behov for og lignende. Dette er med på å skape trygghet og ro i teamet. En forutsetning for slik gjennomgang er at alle i teamet er tilstede før barnet kommer. Forberedelser av medikamenter blir av de aller fleste nevnt som en viktig faktor for å skape indre ro hos anestesisykepleieren. Det eksisterer plansjer på akuttrommet med dosering av diverse medikamenter til barn. Sprøyter merkes og man kan raskt trekke opp medikamenter dersom det er behov:

«...fordi man er forberedt, så er ikke det et stressmoment. At man konsentrerer seg om andre ting».

Tydelige retningslinjer, prosedyrer og hjelpemidler gir trygghet for anestesisykepleieren og gjør at han eller hun kan møte barnet med ro.

At alle kjenner sin rolle i teamet nevner også de fleste anestesisykepleierne som en suksessfaktor. Det går som regel alltid to anestesisykepleiere ned på team. En anestesisykepleier er i feltet og kopler på utstyr. Den andre dokumenterer. Den som dokumenterer går ikke inn i feltet og prater. Det er mange som er ivrige og ønsker å være i feltet, men dette må man være bevisst på å unngå. Ellers skaper dette lett uro og støy; som igjen skaper stress. Anestesisykepleieren trenger heller ikke å ha full oversikt over situasjonen. En av anestesisykepleierne forteller at det er i orden at anestesisykepleieren får litt tunnelsyn på egne oppgaver. Han eller hun må kunne stole på at de andre i teamet gjør jobben sin og derfor kan ha fokus på egne oppgaver. Å være kjent sin egen rolle er derfor viktig, men også god kjennskap til ABCDE-prinsippene nevner en av anestesisykepleierne som en suksessfaktor. At teamet jobber effektivt og systematisk gir et godt team. En av anestesisykepleierne fortalte at ABCDE-prinsippene ikke har vært like kjent for alle i teamet. Spesielt undersøkende barneleger har ikke vært vant med disse prinsippene. Jevnlige simulering av barneteam har derfor vært gunstig og ble av vedkommende ansett for å være en suksessfaktor for et godt traumemottak av barn.

Samtlige av anestesisykepleierne forteller at tydelig og god ledelse av teamleder er en forutsetning for et godt mottak av barn. Teamleder må som allerede nevnt; ha en klar agenda for hva som skal gjøres og hvordan. En av anestesisykepleierne fortalte at barneteam kan skape mye stress hos teamet og det er viktig at anestesisykepleieren er med på å spille teamleder god. Anestesisykepleierne nevner ulike faktorer som kan påvirke motet til å si ifra, dersom man tenker at noe kan gjøres annerledes under traumemottaket. Det kan være vanskelig å si ifra når man er ny, men denne evnen kommer etter hvert som man får mer erfaring. At teamet kjenner hverandre godt, har også innvirkning på hvorvidt det er enkelt å si ifra til hverandre. Det er enklere å si ifra til en kollega man kjenner godt:

«Det er lettere å si ifra til en kollega du har jobbet en del med at «kanskje vi kan gjøre det sånn». Eller om det er en du ikke kjenner i det hele tatt, som ikke vet hvem du er.. du kommuniserer bedre med de du jobber ofte med, eller de du kjenner litt».

En anestesisykepleier fortalte at barn som pasient, gjør noe med teamet. Det påvirker følelsene; det føles urettferdig, man blir satt ut og man må forsøke å ikke miste hodet. En annen anestesisykepleier uttrykte også at barn som pasient skaper stress i teamet. Dersom det blir mye uro, kan en erfaren person, eksempelvis en erfaren lege; kreve ro. Dette fungerer som en slags restart av situasjonen. Dersom den erfarne anestesisykepleieren har med seg en mindre erfaren anestesisykepleier, som kan være påvirket av stress; tar han eller hun på seg en veiledende rolle. De forteller litt underveis hva som skjer og hva som kan være lurt å gjøre av praktiske oppgaver. Det blir også poengtert at dersom man velger et yrke som anestesisykepleier, må man ha evnen til å gå inn i noen ukomfortable situasjoner, slik som barnemottak. Dersom man ønsker å jobbe med det som er trygt og forutsigbart, må man jobbe et annet sted.

Gode tekniske ferdigheter må ifølge en av informantene, ligge til grunn for arbeidet i traumeteam. Men dersom man ikke har gode CRM-prinsipper (Crew Resource Management), vil det påvirke de tekniske ferdighetene:

«..dersom jeg skal programmere sprøytepumpen, noe jeg har gjort mange ganger før. Men nå står det to stykker som maser og bjeffer på meg om å bli ferdig. Det vil påvirke mine tekniske ferdigheter og føre til at jeg gjør feil.. Gode CRM-prinsipper og et godt fungerende team vil mest sannsynlig føre til et godt barnemottak».

4.2.2 Et mindre godt fungerende team

En av anestesisykepleierne fortalte at det er mange som jobber på sykehuset der. Noen er nye, noen er usikre og mange jobber ikke mye med barn. Når man kommer «*litt bakpå*», kan det bli vanskelig å ivareta barnet slik man ønsker:

«Det baller seg litt, man får ikke gjort det man ønsker og skulle ha gjort, så kommer man litt bakpå. Så glemmer man litt å ivareta.. eller gjøre det beste for barne»t.

Hovedgrunnen til at det «*rakner*», er ifølge den samme anestesisykepleieren at man er usikker på seg selv. Når man føler seg usikker blir man stresset av dette, samt at man blir stresset fordi barnet kanskje er dårlig. Man kommer dermed ikke i mål med det man ønsker å gjøre. Situasjonen kan bli kavete og dette oppleves som veldig ugunstig for barnet. En annen informant forteller at barnet blir påvirket av stresset rundt seg. Dersom teamet er stresset, blir dermed barnet påvirket negativt. Mange føler seg usikre på barn, da det ikke er ofte man har disse pasientene:

«..jeg tror at vår angst, vi som står rundt pasienten, påvirker barnet veldig.. mange er jo veldig usikre med barn.. det er ikke så ofte du står med et barn og det gjør noe med oss. Mange av oss er foreldre.. man setter seg lett inn i situasjonen som foreldre».

En anestesisykepleier fortalte at for dem, var en dårlig situasjon kjennetegnet av at barn og foreldre ikke blir ivaretatt; der hvor foreldre føler seg hjelpeløse når barnet skriker og blir holdt fast. Noen mener det haster, mens anestesisykepleieren kan være i uenig i dette. Han eller hun tenker at det kan vente. Anestesisykepleieren fortalte at i disse tilfellene handler det om å kommunisere med hverandre. Å holde barnet fast opplever vedkommende som farlig for barnet; det er nemlig traumatiserende i seg selv å bare komme inn dørene på sykehuset. Teamet kan gjøre situasjonen til det bedre eller verre for barnet. Det er ofte en tanke i teamet om at det haster, men det er ikke alltid tilfellet. Denne tanken skaper stress hos teamet og påvirker barnet negativt. En annen anestesisykepleier forteller at dersom man kommer bakpå og ikke er godt nok forberedt når barnet kommer, gjør det noe med teamet. Et trygt og rolig team gir et roligere og tryggere barn. Stress i teamet fører til at de tekniske ferdighetene kommer til syne:

«..kommer det et barn på ett år, så blir folk stresset, og da kommer de tekniske ferdighetene inn. For vi er teknisk gode, men de mellommenneskelige ferdighetene er ikke tekniske ferdigheter».

Mange mennesker tilstede blir av flere nevnt som en negativ faktor for traumemottaket av barn. Det er ofte mange mennesker tilstede på barnemottak. En anestesisykepleier forteller at alle har gode intensjoner, men ulike meninger bryter teamdynamikken opp. En assistentlege vil for eksempel legge en PVK, men klarer det kanskje ikke. De andre i teamet tror det er gjort, men barnet ender opp uten PVK. Det kan bli så mange tilstede at man mister oversikten og det kan bli litt kaotisk. Videre forteller anestesisykepleieren at mange mennesker på traumestua kan føre til at meldinger blir gitt, men aldri mottatt av dem som trenger det. Prosedyrer og undersøkelser blir heller ikke gjort effektivt. Jobben blir gjort, men lite effektivt som følge av at teamdynamikken brytes opp. En annen anestesisykepleier forteller at anestesipersonellet kan bli så mange at de utgjør et team i selve traumeteamet. Det kan være en forvakt og bakvakt i anestesi, og i noen tilfeller barneanestesilege. Anestesisykepleiere kan i noen tilfeller være så mange som tre stykker. Dersom det er mange anestesisykepleiere, opplever en av anestesisykepleierne at det kun blir prating i munnen på hverandre. Bakvakt i anestesi og barneanestesilege har ofte relativt lang erfaring. Dette kan fort føre til en kaptein-styrmann-problematikk, dersom de er uenige. Dette kan skape friksjon i teamet. Anestesisykepleieren forteller at alle funksjoner som det er behov for, skal være tilstede; men så få folk som mulig. Man skal også kjenne sin besøkstid, men også sin besøksrett. Mange vil være der for å se, oppleve og få erfaringen. I slike tilfeller må noen be dem gå ut. Å bli observert, selv av pårørende er en stressfaktor:

«Det gjør noe med teamet når man blir observert når man jobber. Det gjør man ofte når det er barn. Det er pårørende tilstede som står og ser på alt vi gjør. Observatører er en stressfaktor».

4.3 Flexibilitet

Alle de intervjuede anestesisykepleiere beskriver viktigheten av å vise fleksibilitet i møte med barn som kommer inn til traumeteam. Selv om de behandles etter samme retningslinjer som voksne:

«...behandle barnetraumer på samme måter som voksne, men det er bare det tekniske. Det er ingen fasitsvar på unger i traumeteam, men man skal være litt fleksibel og rund i kantene. Det er som å møte ungene i barnehagen, de er forskjellige og man må møte dem på forskjellige måter».

4.3.1 Utsette det som kan utsettes

For å kunne utvise fleksibilitet så er alle anestesisykepleierne enige i at barnet må være fysiologisk stabilt. Denne vurderingen starter allerede ved innmelding fra ambulansen og fortsetter i det barnet kommer inn døren. Når barnet kommer inn døra, vil man raskt kunne gjøre seg opp et bilde om hvor mye det haster. Er det en skrikende unge, eller et barn som kikker rundt seg eller ligger og skriker, så vet man at A (luftveier) er ok, sannsynligvis også B (respirasjon). Man kan ta ett skritt tilbake og roe ned situasjonen. Hvis det er indikasjoner på at barnet er hardt skadet, så må teamet gå rett på barnet å undersøke. Skrik kan også komme av smerte, eller redsel. Slike ting man må vurdere og det er viktig med erfaring og god klinisk kompetanse.

«Man kan jo med én gang det kommer inn døra.. om det er en unge som er stille, skriker, blek, altså.. man gjør seg veldig fort opp et bilde av hvordan dette er. Og hvis det er en skrikende unge eller en unge som kikker rundt seg. Da senker alle garden og da kan man trekke seg tilbake. Også kan noen få liksom bare rolig tilnærme seg barnet».

Flere anestesisykepleiere forklarer at det ikke er anestesisykepleieren som vurderer hva som må gjøres og hva som kan utsettes, men at det er teamleder som må ta den vurderingen. Som teammedlem er det viktig å støtte opp om disse avgjørelsene. Det er likevel viktig å være med på å spille teamleder god ved å komme med forslag som kan være med på å gjøre traumebehandlingen bedre og som innebærer at en enkelte ganger kan vente med noen gjøremål.

«..nå har vi sticket barnet 6 ganger, kanskje vi kan finne en bedre løsning», eller: «Kan vi ikke vente med de blodprøvene? Må vi ha de nå?»

Det er bred enighet om at man fort kan henge seg litt opp i de tekniske prosedyrene og dermed glemme litt bort den psykososiale ivaretagelsen av barnet. En av

anestesisykepleierne forteller at det nå er lettere å avklare med teamet på forhånd hva som må gjøres og hva som kan utsettes av undersøkelser og prosedyrer enn tidligere.

En anestesisykepleier forklarer at barn kan komme fra en kaotisk ulykke og har blitt tatt bort fra mor og far. Teamet kan ofte ønske å gjennomføre hele traumesløyfen med alle undersøkelser i frykt for at barnet kan være hardt skadet og at noen skader skal overses, men i noen settinger kan det være bra å ta ett skritt tilbake og roe litt ned.

«Vi vil jo gjerne ha igjennom alle undersøkelsene våre, for man er jo redd de skal være hardt skadet og at vi skal overse ting. Men i noen settinger kan det være bra å ta ett skritt tilbake og roe litt ned».

En anestesisykepleier påpeker at hvis ikke situasjonen fremtrer akutt, så avventer undersøkende kirurg ofte litt og lar anestesipersonellet gjøre sine ting først. Koble på overvåkningsutstyr, anlegge PVK (perifert venekateter) og ta blodprøver. Kirurgen er i umiddelbar nærhet hele tiden. Når anestesian er ferdig, så undersøker han barnet:

«Det er sånn, mange ganger at hvis det ikke er akutt, så trekker undersøkende seg tilbake og lar oss gjøre det vi skal gjøre. Lar oss koble opp, ta blodprøver osv., mens de står og ser på».

En del av barna som kommer til traumesentere fra andre sykehus har også allerede vært igjennom en primærundersøkelse av et lokalt traumeteam. Når disse barna ankommer traumesenteret blir de møtt av traumeteamet og undersøkes på nytt. En av anestesisykepleierne påpeker at her har man ofte muligheten til å stoppe opp og senke tempoet, i motsetning til å haste seg igjennom som det ofte gjøres.

Det brukes mer klinisk skjønn på barn med tanke på hva som må gjøres og hva en ikke gjør på traumeteam. Teamleder avgjør ut ifra skademekanikk og barnets tilstand hvilke undersøkelser og prosedyrer som må gjennomføres. Dette kan være en krevende jobb som krever mye erfaring. Alle anestesisykepleierne påpeker at det kan være traumatisk for barn å gjennomgå vonde prosedyrer, når barnet kanskje allerede har smerter og det kan være vanskelig for barn å forstå nytteverdien av alle prosedyrene. Man må derfor vurdere

situasjonen og vente med alt som kan utsettes. Man gjør kun det som er absolutt nødvendig i en traumemottak-situasjon:

«Utsetter de der vonde prosedyrene da. Fordi at situasjonen er så skremmende i seg selv for ungen».

En anestesisykepleier påpeker at det å måle blodtrykk på et barn som ikke vil ligge i ro, kan gi feilaktig måling. Dersom man må holde armen til barnet, vil det være stor sannsynlighet for at blodtrykket som måles ikke stemmer, men er en feilmåling. Alle får satt på metningsmåler og ut ifra den får man både spo2 og puls.

Traumesituasjonen er skremmende for barn. Det er mange mennesker og mye som skal gjøres. Det er mer skånsomt for barna dersom man kan utsette prosedyrer som anleggelse av PVK til de kommer opp på barneintensiv eller overvåkning. Da kan en legge på bedøvelseskrem nede på traumestuen, men vente med stikkingen til senere:

«Når vi har et barn som ikke vil samarbeide, som ikke vil noen ting. At vi selvfølgelig.. at vi kjenner på puls, på huden, alt det vi kan gjøre da. Få tatt et BT, puls, ja så.. så finner vi ut at ok, vi stopper opp. Kanskje vi kan utsette undersøkelsen til senere».

Videre så er barneintensiv et roligere sted, hvor man kan ha både far og mor inntil sengen; som er med på å roe alt ned. CT og røntgen vurderes ut ifra de enkelte tilfellene. Ofte så avventes det og man ser barnet an.

4.3.2 Være fleksibel ved leiring av barnet

Majoriteten av anestesisykepleiere tar opp leiring på traumbåren som en problemstilling for barn og mener det er viktig å utvise fleksibilitet her:

«..bare det at barnet blir lagt ned på den harde benken..... kan være skremmende».

Barn med fallskader er en pasientgruppe som en ofte ønsker skal ligge på ryggen, helst med nakkekrage. Dette er en håndtering barn ikke kjenner til fra dagliglivet og kan virke skremmende i seg selv:

«..bare det å bli lagt ned på en hard benk er ganske brutalt. De blir håndtert på en annen måte enn de gjør ellers..».

Barn tvinges ikke på nakkekrage, men det hender noen må stå å holde hodet deres. Dersom dette ikke går, sederes barnet.

«..med de vi er redd for nakkeskade så er vi raskere på å gi noe som gjør at de dissosierer».

Om barn må ligge på traumbåren vil være avhengig av alder og skader, men de tvinges sjeldent til å ligge hvis de ikke vil eller motsetter seg. Kommer det inn et hysterisk barn som ikke vil ligge, så ses det på som et godt tegn i seg selv. Barnet blir ikke holdt nede hvis det vil sitte, dersom det gjør undersøkelsen lettere. Barn som er kritisk syke eller alvorlig skadet ligger ofte stille:

«..hvis ungen er kritisk syk så legger han rett ut uansett. Men er han våken og urolig så, så vet man sann fysiologisk ikke er så hardt skadet».

En av anestesisykepleierne delte en historie om et barn som kommer inn etter en ulykke. Barnet som kom inn var tørt og varm i huden og pustet rolig. Barnet gav utrykk av å være trygg på fanget til ambulansarbeideren. H*n klemte seg fast i jakken til ambulansarbeideren og holdt seg fast. Anestesisykepleieren foreslo derfor at barnet kunne sitte hos ambulansarbeideren mens det ble undersøkt. Teamet var enig og de fikk sitte på en stol sammen. På den måten ble det unngått skriking og man fikk undersøkt barnet godt; uten å legge det ned på traumbåren. Det ble ikke funnet noen skader på barnet mens de var på stuen, og heller ikke i etterkant.

Ved mindre ulykker som fall fra stellebord, hvor det er snakk om små barn; får barnet ofte sitte litt hos far eller mor når de kommer inn. I noen situasjoner får far eller mor nærmest ligge ved siden av barnet på traumbåren. Det krever litt tilrettelegging men på denne måten får en gjennomført undersøkelser som ikke hadde latt seg gjøre ellers:

«Det er jo selvfølgelig helt avhengig av skaden og hvor gammel du er og sånn. Men, nei.. noen får lov til å sitte litt på armen».

5.0 Diskusjon av funn

Vi har i det følgende valgt å inndele diskusjonen i tråd med de tre kategoriene. Det vil si at subkategoriene blir diskutert under sine respektive kategorier.

5.1 Formidle trygghet

Barn med trussel om alvorlig skade eller sykdom, eksempelvis ulykker og brannskader; er i risikozonen for å utvikle posttraumatiske stresssymptomer (PTS) (Gjems & Diseth, 2011). Skade, men også behandling kan føre til slike stresssymptomer (Kassam-Adams et al., 2013). Dette vil si at skaden i seg selv, men også *behandlingen* vil kunne gi barn psykisk ubehag. Likeså kan dette ikke bare gi frykt i selve akutfasen, men også i ettertiden. Å ha fokus på å ivareta barn psykososialt under traumeteam, blir derfor viktig. Samtlige av anestesisykepleierne nevner ulike faktorer knyttet til formidling av trygghet, som et ledd i denne ivaretagelsen.

Ved anestesisykepleieres psykososiale ivaretagelse av barn under traumeteam, blir det helt sentralt å diskutere betydningen av kommunikasjon. Slik anestesisykepleierne beskrev i vår undersøkelse, er kommunikasjon med barn både verbal og non-verbal. Videre forteller anestesisykepleierne at kommunikasjon med barn må tilpasses deres alder og utviklingsnivå, noe litteraturen støtter (Sjøberg, 2013). Flere anestesisykepleiere beskrev formidling av informasjon, som ett aspekt av kommunikasjon med barn. Dette ble ansett som viktig for den psykososiale ivaretagelsen av barn under traumeteam. Dette er i tråd med Barneombudet (2011) sine anbefalinger. Barn ønsker nemlig informasjon fra fagpersoner som anestesisykepleiere, og ikke bare av sine foreldre (Barneombudet, 2011). Videre skal barn ha all informasjon på en måte de kan forstå, samtidig som den ikke skal være skremmende (Barneombudet, 2011). Når man snakker om alderstilpasset informasjon, blir det aktuelt å forklare hvilke forutsetninger barn har for å forstå, i ulike aldre. Førskolebarn forstår veldig grunnleggende forklaringer. Informasjonen må være kort og enkel. Disse barna trenger å få bekreftelse på at de vil bli tatt vare på og at det ikke er de selv som er årsaken til deres tilstand. Alle spørsmål de har, må besvares ærlig (Isokääntä et al., 2019). I følge Sjøberg (2013) vil skolebarn (6-12) gjennomgå store intellektuelle endringer og utvikling. Fantasien deres temmes og logisk tenkning utvikles. Dette gir en mer kompleks forståelse av

årsak-virkningssammenheng. Barnet begynner å kunne holde fokus, samt sortere viktig og mindre viktig informasjon. Abstrakt og reversibel tekning utvikles, men med begrensninger. De tenker og sorterer informasjon ut ifra tidligere erfaringer. Helt frem til tolvårsalderen har barnet vanskeligheter med å tenke hypotetisk. Vi må derfor spørre barnet hva han eller hun lurer på og finne ut hva hver enkelt trenger informasjon om. Til tross for dette, kan informasjonen være noe mer detaljert, enn hos yngre barn (Sjøberg, 2013). Tenåringene har en mer kompleks forståelse. Informasjonen til dem kan være mer detaljert. De ønsker ofte å være aktive i beslutninger vedrørende egen helse. Noen ønsker mye informasjon om sin tilstand, mens andre kan være redde og ønsker ikke å vite for mye (Isokääntä et al., 2019).

Slik anestesisykepleierne i vår undersøkelse fortalte, er det viktig at barn forberedes på hva som skal skje, før det gjennomføres en undersøkelse eller prosedyre. Informasjon til barn må generelt være ærlig, enkel og beroligende. Det vil gjøre det ukjente mindre farlig, og på den måten redusere angst og uro hos barn. Undersøkelser og behandling blir også lettere å gjennomføre, dersom barnet er forberedt på hva som skal skje (Sjøberg, 2013). Dersom man ikke gjør dette, vil det slik en anestesisykepleier oppfattet det; sannsynligvis oppleves som vanskelig for barnet å forstå nytteverdien av det som gjøres. Samt at det i verste fall kan oppleves som et overgrep. Dette virker ikke usannsynlig, da uforståelige og fremmede hendelser kan virke skremmende for barn; det ukjente er deres største frykt Lerwick (2016). Dersom man ikke lykkes i å få barnet til å forstå hva som skjer, vil det kunne oppleves angst og frykt (Grahm et al., 2016). Av den grunn blir det av stor betydning at anestesisykepleieren tar seg tiden til å informere barnet årsaken til behandling (Lerwick, 2016). Slik det kommer frem i vår undersøkelse, er dette noe anestesisykepleierne har fokus på. De opplever det imidlertid som en stor utfordring å kommunisere med og forberede barn under to år på undersøkelser og prosedyrer. Dette virker ikke usannsynlig, da de har lite språk og er lite utviklet sammenlignet med eldre barn. Det blir dermed vanskelig å forberede dem og få disse barna til å forstå årsaken bak hva som skal skje; slik litteraturen anbefaler. Når det gjelder kommunikasjon med barn, er det andre utfordringer å ta hensyn til. En av anestesisykepleierne opplever at *smarter* påvirker barnets evne til å ta imot informasjon. Dette tar bort alt fokuset til barn. Samtidig som dette er en utfordring med tanke på at barn mottar den informasjonen de har behov for, er manglende smertelindring en disponerende faktor for å utvikle PTSD og PTSS (van Meijel et al., 2018). Ut ifra dette kan man derfor anse

adekvat smertelindring av barnet som en forutsetning for å kunne kommunisere med barn og at de skal kunne være mottakelig for informasjon.

Samtlige anestesisykepleiere oppgir at selve måten kommunikasjonen med barn foregår på, både verbalt og non-verbalt er av stor betydning i den psykososiale ivaretagelsen av barn. Slik en av anestesisykepleierne fortalte, kan det være uklart akkurat hvem som skal ha ansvaret for dialogen med barnet. Denne usikkerheten knyttet til ansvarsfordeling i relasjon til kommunikasjon med barn i en traumesituasjon, tror vi er gjeldene ved flere sykehus. Det som imidlertid blir viktig, slik flere anestesisykepleiere forteller; er at dersom anestesisykepleieren initierer kontakt med barnet, bør de andre i teamet holde seg i bakgrunnen. Dette fordi det kan oppleves som skremmende for barn at mange mennesker snakker til dem og tar på dem. Dette kan anses som i overensstemmelse med litteraturen, da det tar fra barn tryggheten, dersom de må samarbeide med ukjent helsepersonell (Søbjerg, 2013). Det er viktig at man er barnets advokat. Man må snakke direkte til barnet som pasient, være respektfull, pedagogisk og empatisk; samt gir dem mulighet til å ta del i sin behandling (Grahm et al., 2016). Språket bør også tilpasses barnet, for å sikre at barnets behov og verdier ivaretas. Barneombudet (2011) har kommet med ti bud som bør følges i samtale med barn. Blant annet skal man spørre barnet, vise interesse og snakke på en hyggelig måte. Man skal ikke stresse og snakke hurtig, men være positiv, rolig og vennlig. Det er også viktig å ikke bruke forkortelser i samtale med barn. Man kan snakke kort og greit, men ikke bruke fremmedord som latin. Det er også viktig å ikke bruke 100% garanti, da man aldri kan love noe i så høy grad (Barneombudet, 2011). Evnen til å opprette en slik god kontakt og samtale med barn, oppleves av anestesisykepleierne i undersøkelsen; som et suksesskriterium for god kommunikasjon og ivaretagelse av deres psykososiale behov. Det kan imidlertid være vanskelig å få til og er noe man enten må øve seg til, eller «ha i seg» fra før. De som har egne barn kan ifølge flere anestesisykepleiere, muligens ha et fortrinn når det gjelder å kommunisere med barn. Man er da vant med å snakke med barn og vet hva de kan interessere seg for. Å ivareta barns psykososiale behov på traumestuen, er imidlertid ikke anestesisykepleiere alene om. Enkelte anestesisykepleiere forteller at barneleger og barneanestesiologer også tar del i kommunikasjon med barn i denne settingen. Disse yrkesgruppene kjenner barn godt og vet hvordan man kommuniserer med barn på en god måte. Det er nok ikke usannsynlig å anta, at anestesisykepleiere kunne være en tilsvarende

ressurs i kommunikasjon med barn og den psykososiale ivaretagelsen; dersom han eller hun fikk muligheten til å tilegne seg lik mengde erfaring med barn.

Videre oppgir flere anestesisykepleiere at for mange mennesker på traumestuen kan påvirke den psykososiale ivaretagelsen av barnet negativt, i form av mye støy. Dette kan tolkes som i tråd med Barneombudet (2011) sine råd, da stress og fremmedord bør unngås. Vitale parametre og andre funn blir ropt høyt ut og gjentatt. Slik en av anestesisykepleierne fortalte, kan mange stemmer og høye røster føre til at barnets eventuelle ytringer forsvinner. Det er essensielt at barnet får delta i sin behandling, samt føle seg viktig og ikke ubetydelig (Grahn et al., 2016). Ut ifra barnets ytringer, vil man gi dem emosjonell støtte. Man kan spørre dem og snakke om deres bekymringer og frykter (Isokääntä et al., 2019). Anestesisykepleier og de andre i teamet bør med dette, derfor være seg bevisst sitt språk og stemmebruk for å ivareta barnet psykososialt på en god måte. Det blir derfor viktig at det er nok ro på traumestuen, slik at anestesisykepleier kan få med seg barnets stemme og ut ifra dette kunne gi dem emosjonell støtte. Å gi barnet emosjonell støtte, vil være med på å styrke hans eller hennes resilience (Isokääntä et al., 2019). Denne evnen er ikke medfødt eller fastlåst, men kan læres og forbedres. Det må være et mål å styrke barnets resilience (Isokääntä et al., 2019). Flere anestesisykepleiere forteller at kun teamet bør være til stede under et traumeteam. Alle andre som ikke har en funksjon, slik som hospitanter og observatører; skal ut av traumestuen. Dette vil redusere støy. Det bør også avtales innad i teamet på forhånd, hvem som skal opprette kontakt med barnet. På den måten unngår man mange mennesker som tilnærmer seg barnet. Dette kan anses som hensiktsmessig for å skape ro, slik at man kan ivareta barnets psykososiale behov i form av emosjonell støtte og styrking av resilience.

Anestesisykepleierne er bevisste på betydningen av non-verbal kommunikasjon. Barn er nemlig svært observante og kommunikasjon er mer enn bare ord (Grahn et al., 2016). Slik en av anestesisykepleierne fortalte, er det viktig å være bevisst sitt eget ansiktsuttrykk. Når teamet er stresset, kan det ifølge anestesisykepleieren føre til alvorlige ansikter. Det er ikke usannsynlig å tenke at slike ansiktsuttrykk vil påvirke barnet negativt. Å være bevisst non-verbal kommunikasjon blir derfor av betydning i arbeidet med å ivareta barns psykososiale behov. Det blir i relasjon til dette, viktig at det er en sammenheng mellom hva man sier og

hva man uttrykker av ikke-verbale signaler som ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Grahn et al., 2016; Sjøberg, 2013). Man kan sette dette i sammenheng med anestesisykepleierens eksemplifisering med alvorlige ansikter. Dersom det oppstår en dobbeltkommunikasjon, der det verbale og det non-verbale ikke stemmer overens; vil ikke anestesisykepleieren formidle trygghet og derav ikke ivareta deres psykososiale behov på en god måte. Da vil sannsynligvis barnet kunne føle seg utrygg. Samtidig som det er viktig for anestesisykepleiere å være bevisst sitt ansiktsuttrykk, er det flere anestesisykepleiere som også oppgir at man ikke skal snakke bak hodet til barnet, eller med ansiktet «*opp-ned*». Man skal gå rundt og stå ansikt til ansikt, ned i barnets høyde når man snakker med dem. Elementer som kan fremmedgjøre anestesisykepleiere ytterligere for barn, som munnbind og hette; tar de av. Dette er alle gode innspill, som man med stor sannsynlighet kan tenke seg at vil virke positivt inn på den psykososiale ivaretagelsen av barn.

Samtidig som anestesisykepleierne var bevisst på og gjorde tiltak for å ivareta barn psykososialt under traumeteam; var det også enkelte ganger utfordrende å skape rom for dette. Noen anestesisykepleiere fortalte at dette var vanskelig, når tilstanden var alvorlig eller uavklart. Dette er sannsynligvis noe mange anestesisykepleiere opplever utfordrende i lignende situasjoner. En traumesituasjon i et akuttmottak kan være en kaotisk situasjon, og det kan være utfordrende å oppnå god kommunikasjon med barn under slike forhold (Grahn et al., 2016). Når det er sagt, fortalte en anestesisykepleier at fokuset på å ivareta barns psykososiale behov aldri helt ble glemt bort. En annen anestesisykepleier fortalte at alle i teamet har et ønske om å skape en god opplevelse for barnet og ikke påføre dem ytterligere psykologiske traumer. For å skape rom for slik psykososial ivaretagelse i et somatisk dominerende miljø, er det utarbeidet ulike modeller. Den amerikanske Medical Trauma Working Group of the National Child Traumatic Stress Network, har utviklet en veiledning for utførelse av psykologisk førstehjelp ved traumemottak av barn. Når man har kontroll på A-B-C (arways, breathing og circulation), skal man gå videre til D-E-F (distress, emotional support og family). Å håndtere «distress» kan innebære smertelindring og minimere potensielt traumatiserende aspekter rundt behandlingen av barnet, ved å spørre dem om deres bekymringer og frykter. Ut ifra dette kan man gi dem realistisk håp og betryggelse. «Emotional support» kan innebære å spørre barnet hva eller hvem de trenger nå. «Family» vil si slik ordet impliserer: Å ta seg av familien også (Kassam-Adams et al., 2013). Det finnes

også andre system for å ivareta barn på en god måte under traumemottak. Systemet «CARE» har som mål å la barn få ta tilbake kontroll over situasjonen og hindre at man påfører barnet emosjonelle traumer (Lerwick, 2016). «Choices» innebærer å gi barnet valgmuligheter. Barn har behov for så mye kontroll og så mange valg som mulig. Dersom dette ikke sikres, vil angstnivået til barn øke. Når angstnivået øker, vil dette kunne resultere i følelse av hjelpeløshet. Hjelpeløshet vil til slutt resultere i mangel på samarbeid. Videre vil økning av angstnivå hos barn, kunne føre til tillitsbrudd. Ved å presentere alderstilpassede valg, vil dette styrke barnets makt, redusere angst og bedre samarbeidet (Lerwick, 2016). Et eksempel på slike valgmuligheter, vil være om anestesisykepleier spør barnet hvilken hånd de vil ha PVK, blodtrykksmansjett, saturasjonsmåler og lignende. Dette er ting som er ubetydelig for behandlingen av barnet, men som vil gi barnet en opplevelse av kontroll (Lerwick, 2016). «Agenda» handler om å forberede barnet på hva som skal skje under traumemottaket. Slik en av anestesisykepleierne i undersøkelsen fortalte, er dette noe barn ikke har muligheten til å ha grep om på forhånd. Under slik forberedelse vil anestesisykepleier kunne fortelle barnet hva som skal skje og hva som vil være forventet av dem. Dette vil kunne gjøre det uforutsigbare, forutsigbart for barnet. Barnet kan da oppleve mer kontroll over situasjonen, og frykt reduseres (Gjems & Diseth, 2011; Lerwick, 2016). Begrepet «Resilience» som nevnt tidligere, er også en del av CARE-systemet. Resilience innebærer å identifisere barnets motstandsdyktighet, eller styrker. Dette er viktig for å etablere et tillitsforhold. Ved å starte med å spørre barnet hvordan de har håndtert tidligere situasjoner i livet, vil man få grep om deres styrker; men også kommunisere ovenfor barnet at selv om det haster, ønsker man å høre om hva som er positivt. Man kan eksempelvis spørre barnet «hva var det som hjalp når du trengte hjelp før?» eller «det høres ut som det var viktig for deg, fortell meg mer om det». Det er også viktig å unngå prat om barnet som kan være negativt eller skamfullt (Lerwick, 2016). Det er mange følelser som kan melde seg hos barnet i møte med et traumeteam. Under «emotions» er det fokus på nettopp følelser. Helsepersonell, som anestesisykepleier, bør tilstrebe å normalisere vanlige følelser som frykt. Ved å gjøre dette, vil man kommunisere ovenfor barnet at deres følelser er verdifulle; verdt å lytte til. Dette gir mulighet for en dypere kontakt og vil få barnet til å føle seg trygg. Barn vil vite at alle blir redde av og til. Responder på barnets følelser og spør dersom noe er uklart. Eksempler på slik bekreftelse eller spørsmål kan være «jeg blir også nervøs når jeg møter nye mennesker» eller «det ser ut som du er bekymret, så jeg lurer på om du er

redd?». Dersom man etterstreber å få med seg barnets følelser, vil barnet få tillit og føle seg trygg. Det er ikke nødvendigvis en medfødt egenskap å kunne ta hensyn til barnets følelser, slik også anestesisykepleierne i undersøkelsen beskriver. Dette er en egenskap anestesisykepleiere kan trene på og etter hvert tilegne seg gjennom erfaring (Lerwick, 2016).

Når det gjelder trygghet hos barn i en traumesituasjon, formidler anestesisykepleierne ulike erfaringer knyttet til betydningen av foreldres tilstedeværelse. Ved traumebehandling får foreldre være sammen med barnet sitt. Dette er i tråd med forskriftene, som sier at barn i helseinstitusjon har rett til å ha minst en av foreldrene sine tilstede ved innleggelse i sykehus. Dersom barnet er alvorlig skadet skal begge foreldre få være tilstede (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §6, 2001). Flere av anestesisykepleierne forklarte at foreldre ofte har problemer med å finne plassen sin under traumeteam og at anestesisykepleieren må være behjelpelig med å ta dem bort til barnet. Foreldre vil ofte ha behov for veiledning angående deres rolle i undersøkelses situasjonen (Gjems & Diseth, 2011). De stiller mentalt uforberedt på hendelsen og opplever høyt emosjonelt stress i forbindelse med situasjonen (Lerwick, 2016). Traumestuen er et høyteknologisk miljø og det kan være vanskelig å finne sin plass for pårørende. En sykepleier fra akuttmottaket har hovedansvar for å ta vare på pårørende (Rajka et al., 2016). Dersom pårørende overlates til seg selv kan anestesisykepleieren være en god ressurs som kan hjelpe pårørende å finne sin plass (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017).

Akutt sykehusinnleggelse innebærer stor belastning for både foreldre og barn (Søjberg, 2013).

Foreldre er ifølge anestesisykepleierne i de aller fleste tilfeller en ressurs for anestesisykepleieren og resten av teamet. Foreldre har god innsikt i sine barns tidligere sykdomshistorikk og kan tilby verdifull informasjon om barnets helse (Grahm et al., 2016). Videre har de viktig betydning for barns møte med akuttmottaket. Foreldre kan hjelpe til med å skape trygghet for barnet i det kaotiske og ukjente miljøet. (Grahm et al., 2016). Seperasjon fra foreldre i et slikt miljø vil kunne gi økt risiko for engstelse hos barn (Søjberg, 2013). På den andre siden forteller også noen anestesisykepleiere at foreldre kan påvirke barn negativt. For på samme måte som trygge foreldre gir trygge barn, vil foreldres stress og usikkerhet overføres til barna (Isokääntä et al., 2019). Det er derfor viktig å ivareta

foreldrene, slik at de er så trygge som det lar seg gjøre i situasjonen (Isokääntä et al., 2019). Foreldre trenger informasjon, de ønsker å forstå hva som skjer. Forståelse for det som skjer kan linkes direkte til foreldrenes velvære og håndtering av situasjonen. God informasjon øker ro og trygghet. (Engström, Dicksson & Contreras, 2015). Til tross for foreldres informasjonsbehov, så finnes det eksempler i litteraturen på at foreldre også kan være fornøyde og tilfreds med behandling, hvor de ikke er tilstede under smertefulle prosedyrer. En fellesnevner her er at foreldrene selv ønsker å kunne bestemme om de skal være tilstede eller ikke (Zhang, Yocum, Replinger, Broman & Kim, 2018). Dette kan være noe kulturbetinget, samtidig som denne forskningen er gjort på langt mindre komplekse situasjoner, hvor det ikke er fare for barnets liv. Videre kan god foreldrestøtte under traumatiske situasjoner virke forebyggende for senere utvikling av PTSD (Gjems & Diseth, 2011). Trygge foreldre vil dermed kunne antas å gi tryggere barn og viktig for den psykososiale ivaretagelsen.

Foreldre ønsker å være forberedt på det som skjer med barnet deres og kunne forklare barnet hva de har vært igjennom og hva som har skjedd (Engström et al., 2015). En av anestesisykepleierne i undersøkelsen adresserte nettopp dette. Vedkommende brukte ofte å ha en oppklarende samtale med barn og foreldre mot slutten av traumemottaket, eller under transport til overvåkningsavdeling. Under slik samtale fikk foreldrene muligheten til å stille spørsmål og få informasjon om hva som ble gjort under traumemottaket. Foreldrene fikk da utgangspunkt for å kunne hjelpe barn med å bearbeide hendelsen i etterkant av traumemottaket. Man kan derfor anta at anestesisykepleiere er med på å ivareta barns psykososiale behov i en traumesituasjon, men også i etterkant av mottaket; ved å samarbeide med foreldre.

En av Anestesisykepleierne beskriver foreldre som en ressurs når barnet ikke ønsker å samarbeide. Ved å samarbeide med foreldre, blir det enklere for anestesisykepleiere å etablere et tillitsforhold med barnet. Foreldre kan således være en ressurs (Grahm et al., 2016). Man må imidlertid være bevisst på at foreldre noen ganger påtar seg for stort ansvar for å få gjennomført undersøkelser og behandling, noe som kan føre til økt stress hos foreldre. Det økte stresset kan komme til uttrykk gjennom negative følelser mot barnet, isteden for å opptre støttende; dette kan forsterke angst hos barnet (Gjems & Diseth, 2011).

Dette er i tråd med hva en av anestesisykepleierne opplevde som betydningsfullt. Det var for anestesisykepleieren viktig å la foreldre bare være foreldre. Barnet skal ikke oppleve at mor eller far er med på noe som kan oppfattes som en traumatisk hendelse. Foreldre kan dermed anses for å være en ressurs for anestesisykepleieren i den psykososiale ivaretagelsen av barnet. Samtidig som det er viktig å ha med seg at stress hos foreldre kan påvirke barnet negativt og at foreldre ikke bør være deltakende i hendelser som kan oppleves som traumatisk for barnet.

For å ivareta barnet psykososialt under et traumeteam, samtidig som det skal utføres undersøkelse og behandling; blir lek og avledning sentralt. Under et traumeteam er det en del prosedyrer og undersøkelser som må gjennomføres, som er ubehagelig for barnet. Slik en av informantene fortalte, er ikke en traumestue et hyggelig sted å være for barn. Samtlige anestesisykepleiere anså derfor avledning som sentralt i arbeidet med å ivareta barn psykososialt. Ulike former for avledning før undersøkelser og behandling, kan redusere smerter og ubehag for barn (Grahn et al., 2016). Avledning vil kunne gi barn en opplevelse av å ha kontroll over sin angst, autonom aktivering og traumatiske påminnelser (Gjems & Diseth, 2011). Dette er ikke alltid like enkelt å få til, og blir ansett som en kunst av våre informanter. En forutsetning for å oppnå avledning, er at man innledningsvis har opprettet en god kontakt med barnet. Under stressende prosedyrer er det enkelte ting man bør ha med seg. Man bør blant annet unngå å benytte seg av ordet «smerte» i alle setninger, la omsorgspersoner være tilstede for å trøste, la barnet ligge behagelig og ha et rolig miljø (Grahn et al., 2016). Anestesisykepleierne forteller at faktorer som smerter og grad av redsel påvirker i hvilken grad barnet er mottakelig for avledning, på lik linje som informasjon; slik som nevnt tidligere. Man kan derfor tenke seg at det vil bli vanskelig å avlede smertepåvirkede barn, da en forutsetning for smertelindring er nettopp smertefulle prosedyrer som PVK. Flere anestesisykepleiere fortalte at man ikke ønsket å belaste barnet med mange vonde stikk. Det var derfor utarbeidet en ny prosedyre, hvor man tok i bruk medikamentelle hjelpemidler. Rapidan bedøvelsesplaster og Ketamin ved nasal administrasjon, opplevde flere anestesisykepleiere å skåne barn betraktelig. Når det gjelder leker, har anestesisykepleierne ulik erfaring med bruk av leker som befinner seg på traumestuen. Noen opplever såpebobler som et godt verktøy, mens andre opplever det som lite effektivt. Mange av anestesisykepleierne nevner sukkervann og smokk, som et godt

alternativ for å avlede og berolige de aller minste barna. Mange har god erfaring med medisinsk utstyr som utgangspunkt for lek med barna, på ulike måter, mens andre ofte bruker ting barnet allerede har med seg. Et par anestesisykepleiere fortalte også at ved å observere hva barnet har på seg, er det enklere å få i gang en samtale. Man får da et hint om hva barnet interesserer seg for. Samtale blir dermed et annet virkemiddel for avledning.

5.2 Teamarbeid

Teamarbeidet og teamet ble beskrevet som en vesentlig faktor for å kunne ivareta barnet psykososialt under traumeteam. Flere anestesisykepleiere forteller at kjennskap til teamet og hvem som er tilstede gir trygghet for deltagerne. Traumemanualen ligger til grunn for alle forberedelser og behandling som skjer under traumeteamet. Traumemanualen gir beskrivelser av samtlige involverte fagpersoners funksjon i en traumesituasjon. Når traumealarmen går og teamet møter på traumestuen, er første punkt på sjekklisten som teamleder skal gå igjennom: Presentere teamet og oppsummering. Under presentasjon av teamet får man avklart at teamet er på plass, alle teammedlemmene får sett hverandre samt avklart hvem som har hvilken funksjon, det er mange spesialister på teamet (Rajka et al., 2016). Flere anestesisykepleiere forteller at av og til blir det dårlig tid, for barnet er fysiologisk ustabil, eller kommer inn før teamet er på plass. Forskning påpeker at et viktig prinsipp ved teamarbeid, er å kjenne teamets rammer og ressurser slik at teammedlemmene blant annet vet hvem de kan støtte seg til, dersom det blir behov for å fordele arbeidsbelastningen. Ved å bruke CRM prinsippene, er det å fordele arbeidsmengde en viktig faktor når arbeidsmengden blir for stor, eller det oppstår samtidighetskonflikter. Det kan for eksempel være mulig å få hjelp fra mottakssykepleier til å gjøre klar til PVK, dersom anestesisykepleieren har flere oppgaver som kolliderer med hverandre (Gross, 2014). Videre er man avhengig av at teammedlemmene klarer å oppfatte hverandres innsats og utførelse, for å kunne oppfatte at andre teammedlemmer har behov for hjelp (Gross, 2014). Man må jevnlig evaluere eget arbeid og ta opp oppgaverrelaterte problemer, for å finne løsninger og få bedre kvalitet over arbeidet (Gross, 2014). Slik evaluering og oppgaveløsning, kan kreve mye trening og mentalt overskudd. Simulering er en metode man kan benytte seg av, for å øve på samarbeid i teamet, innøving av prosedyrer, ikke-praktiske og praktiske ferdigheter (Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019; Wevling et al., 2019). Dette understøttes av våre funn. En anestesisykepleier forteller at gode CRM-prinsipper og ikke-

tekniske ferdigheter er svært viktig, for å skape et godt teamarbeid. Dette er barnet tjent med, da et godt teamarbeid er en forutsetning for å kunne ivareta barns psykososiale behov. En annen anestesisykepleier forteller at god kjennskap til ABDDE-prinsippene er viktig for å få et velfungerende team. Simulering er ifølge anestesisykepleieren en god metode for å øve sammen, slik at alle medlemmene i teamet jobber etter samme prinsipper og oppnår god flyt i teamet.

Det å presentere teammedlemmene for hverandre vil også kunne avklare hvem som ikke er en essensiell del av teamet, men er der som observatører for å lære (Huges et al., 2014). Noen anestesisykepleiere forklarer at det er viktig å kunne observere traumer får å anskaffe seg kjennskap og traumerelaterte kunnskaper. Andre anestesisykepleiere forteller også dette, men at et barnetraume likevel ikke er en situasjon hvor det er rom for slike observatører. Det er utelukkende barnet, foreldre og teamet som skal være til stede. Det er stressende å bli observert, og mange mennesker fører med seg økt støynivå. Et stresset team, er et mindre velfungerende team. Det blir dermed mer utfordrende å ivareta barns psykososiale behov. Slik praksis kan tolkes som i tråd med traumemanualen.

Traumemanualen beskriver blant annet at anestesisykepleieren skal gjennomfører opplæring, som en del av utsjekksprosedyrene til deltagelse på traumeteam (Rajka et al., 2016). Ut i fra traumemanualen skal det ved traumemottak av små barn ikke være observatører tilstede på stuen, ellers skal observatører innrette seg etter teamets anvisninger (Rajka et al., 2016). Det å bortvise personell for å kunne bedre ivareta barns psykososiale behov, er noe flere anestesisykepleiere forteller at det er stor aksept for; ved et barnetraume.

Under oppsummering går teamleder igjennom hva teamet kan forvente seg og hva som skal klargjøres. Dette er i følge CRM prinsippene, en måte å skape en omforent situasjonsforståelse for teamet (Gross, 2014). Som en av anestesisykepleierne beskriver, er også ambulanserapporten en del av denne prosessen. Alle i teamet skal lytte til prehospital rapport (Rajka et al., 2016). Forskning viser til at en god situasjonsforståelse er en forutsetning for å forutse og være i forkant. Tilgjengelig informasjon som foreligger på forhånd gjør det lettere å klargjøre for de beste handlingsalternativene (Wevling et al., 2019). For anestesisykepleieren innebærer det å klargjøre de nødvendige medikamentene

og riktig utstyr (Rajka et al., 2016). Flertallet av anestesisykepleierne beskriver at det å kunne være i forkant med praktiske prosedyrer som klargjøring av medikamenter og lignende; gir intern trygghet og overskudd, som igjen fører til bedre evne til å ivareta barns psykososiale behov.

En anestesisykepleier beskriver at hovedårsaken til at teamdynamikken brytes opp, ofte kan komme av stress og bekymringer over et dårlig barn eller prosedyrer en ikke får gjennomført. Slike faktorer kan ifølge anestesisykepleieren føre til utvikling av tunnelsyn. Dette er i overensstemmelse med Gross (2014), som beskriver at høyt stressnivå i teamet, kan føre til tunnelsyn. Ifølge anestesisykepleieren kan tunnelsyn gi seg utslag i at enkelte henger seg opp i tekniske prosedyrer som PVK og ikke ser sine egne begrensninger, men stikker i overkant mange ganger; uten å se andre løsninger. Dette vil føre til mindre god ivaretagelse av barns psykososiale behov under traumeteamet. Ifølge Gross (2014), vil høy intensitet og høyt stressnivå svekke den kognitive kapasiteten og fokus blir redusert. Det blir dermed lettere å gjøre feil; enten fordi en glemmer godt innøvde tekniske ferdigheter, eller man gjør dårlige vurderinger i situasjonen (Gross, 2014). En av anestesisykepleierne forteller at det likevel i noen tilfeller er greit å ha fokus på sine oppgaver og ikke få med seg alt som skjer rundt. Det kan være bra å ha fokus på egne oppgaver og det er teamleder sin jobb å sitte med den overordnede oversikten. Barn beskrives av flere anestesisykepleiere som en krevende pasientgruppe som skiller seg fra arbeidet med voksne pasienter, og det er fort å bli utrygg dersom man ikke jobber med barn til daglig. En anestesisykepleier forteller at barn kan også fremkalle følelser og berøre teammedlemmene emosjonelt. Dette kan føre til stress hos den enkelte. Kognitive hjelpemidler i form av prosedyrer som henger på veggen og kan leses under traumet blir beskrevet som noe som er med på å øke trygghet hos enkelte anestesisykepleiere. Det oppleves som enklere å kontrollere internt stress, dersom man er trygg på egne praktiske ansvarsoppgaver. Det kan dermed tolkes som at barn i traumesammenheng er en krevende gruppe pasienter, som kan påvirke selv erfarne anestesisykepleiere og berøre dem emosjonelt. Dette kan føre til indre stress, som igjen kan vanskeliggjøre ivaretagelse av barns psykososiale behov under traumeteam. Å kunne redusere indre stress, blir derfor av betydning når man skal ivareta barns psykososiale behov. Å være trygg på egne praktiske ansvarsoppgaver kan være en måte å redusere indre stress på. Gross (2014) beskriver lignende tiltak for å redusere indre stress. For å bedre

evnen til å gjennomføre prosedyrer under stress og samtidig minimere feil, er det viktig å benytte seg av kognitive hjelpemidler, sammen med sikkerhetskontroller (Gross, 2014). Å ha verktøy som prosedyrer som henger på veggen, er et eksempel på kognitive hjelpemidler. Et eksempel på sikkerhetskontroll, kan være dobbelkontroll av medikamenter. Videre vil det også være positivt med en mestringsstrategi når man jobber i høyintensitetsmiljøer for å kunne hjelpe å regulere eget stressnivå (Gross, 2014). Mange traumesituasjoner påvirker også dem som jobber i teamet, og denne mentale påvirkningen vil kunne føre til at det oppstår uro i teamet. For å kunne ivareta barnets psykososiale behov i en slik situasjon, forteller en anestesisykepleier at det av og til kan være nødvendig at leder i teamet «restarter teamet». Det kan gjøres ved at leder krever ro i teamet, eller tar en oppsummering som gir ny situasjonsforståelse for teamdeltagerne.

En klar og tydelig teamleder med en god plan beskrives som viktig for anestesisykepleierne i undersøkelsen. I følge Gross (2014) er det i akutte situasjoner viktig å raskt kunne identifisere handlingsalternativer og snu seg rundt, når ny informasjon rundt pasienten kommer frem. En positiv lederstil, sammen med gode kommunikasjonsevner og god formidling av plan; gir forutsigbarhet og effektiviserer teamarbeid i krevende situasjoner (Huges et al., 2014). Ifølge CRM prinsippene vil det i akutte situasjoner være viktig å raskt utføre tiltak, ved å først orientere teamet, beslutte tiltak, så delegere utførelse. På denne måten vil hele teamet henge med på teamleders intensjoner og beholde situasjonsforståelse (Gross, 2014). Dette gir også teamet mulighet til å dobbeltsjekke avgjørelsene som tas. I komplekse situasjoner med høyt stressnivå er det menneskelig å ikke følge rasjonaliserte tankemønstre og feil kan oppstå, ved at man følger en magesfølelse som ikke stemmer (Gross, 2014). God kommunikasjon med enkle ord og setninger, sammen med closed-loop er en forutsetning for god formidling (Gross, 2014). Det blir nevnt av flere anestesisykepleiere at det å tørre å si i fra når man var uenig eller følte at en annen tilnærming var nødvendig i ulike situasjoner kunne være vanskelig. Forskning viser at ved bruk av CRM prinsippene og en relativt flat hierarkisk struktur, hvor man etablerer en kultur for å si i fra og oppfordrer teammedlemmene til å dele sine bekymringer underveis; vil det å melde sine bekymringer bli lettere (Huges et al., 2014). Videre forteller flere av anestesisykepleierne at det å si i fra blir lettere med økende erfaring og faglig styrke. Det påpekes også at det er lettere å si i fra til teammedlemmer man kjenner fra tidligere. Dette kan være vanskelig å belage seg på, da

man på store sykehus ofte kan ende opp på team med et flertall av personer man ikke kjenner fra tidligere. Teammedlemmene kommer fra ulike avdelinger og ikke alle samarbeider på tvers av avdelingene til daglig (Gross, 2014). Tydelig ledelse, god kommunikasjonsflyt og evnen til å våge å si ifra; kan derfor tolkes som forutsetninger for å ivareta barns psykososiale behov på en god måte under traumeteam.

Roller og ansvarsfordeling er tydelig fordelt i Traumemanualen (Rajka et al., 2016). Til tross for dette, trekkes usikkerhet rundt roller frem av flere anestesisykepleiere som noe som kan være en utfordring. Det kan forekomme at personell trer ut av sin rolle i teamet for å hjelpe andre, selv når det ikke er behov for slik hjelp. Ifølge traumemanualen er det viktig for samarbeidet at alle kjenner sine egne roller, samt rollene til de andre i teamet (Rajka et al., 2016). En anestesisykepleier beskriver at når noen kommer inn fra siden og tar på seg en oppgave som for eksempel det å legge en PVK, er kommunikasjon en viktig faktor. CRM beskriver at Closed loop kommunikasjon vil kunne fungere som en sikkerhet, for å skape en felles forståelse (Gross, 2014). En anestesisykepleier forteller at når et teammedlem påtar seg andre oppgaver enn dem han eller hun har ansvar for, må dette kommuniseres. Om man ikke kommuniserer dette til resten av teamet, kan man risikere at flere personer forsøker å løse samme problem eller oppgave, når det kanskje ikke er nødvendig. Det vil sløse med teamets ressurser. Når et teammedlem ikke klarer å løse en arbeidsoppgave, må også dette meldes til teamet; for å sikre at barnet får nødvendig behandling. Dersom anestesisykepleier eller andre i teamet går utenfor sine arbeidsoppgaver, er det ikke usannsynlig å tenke at dette vil gi et mindre godt team. Et mindre godt team vil i andre rekke sannsynligvis ha et dårligere utgangspunkt for å ivareta barnets psykososiale behov.

5.3 Flexibilitet

Det var bred enighet mellom anestesisykepleierne om at det er nødvendig å vise fleksibilitet i møte med barn, da barn på ingen måte er små voksne (Fanghol & Valla, 2011). Barn er kognitivt og emosjonelt umodne (Sjøberg, 2017). De er i konstant psykologisk, sosialt og fysisk utvikling. De har en annen virkelighetsoppfatning som tolkes igjennom egne opplevelser (Fanghol & Valla, 2011). Flere anestesisykepleiere beskriver at teammottagelse kan oppfattes som en kaotisk og voldsom situasjon for barnet, hvor de møter mange fremmede ansikter, høye stemmer, ord og begreper de ikke er vant med fra dagliglivet.

Videre blir klær klippet og fremmede mennesker skal ta på og undersøke dem. For mange barn kan dette være deres første sykehusinnleggelse og de har ingen forståelse for det å være på sykehus (Sjøberg, 2013). Anestesisykepleieren skal respektere pasientens ønsker og ivareta pasientens behov (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017). Å være fleksibel i møte med barn som traumepasienter, blir dermed aktuelt når man skal ivareta deres psykososiale behov. Traumeteam utløses fra kriterier om høy energi (Rajka et al., 2016). Den høye energien i skadeøyeblikket gir utgangspunkt for å mistenke alvorlig traumatisk skade som potensielt kan være livstruende og kreve rask intervensjon for å berge liv (Rajka et al., 2016). Flere anestesisykepleiere beskriver at for å kunne utvise fleksibilitet i møte med barn som traumepasient, må man først avkrefte mistanke om skadeomfang som krever øyeblikkelig hjelp. Til tross for at det noen ganger haster å få utført medisinske intervensjoner vil det å kunne ta seg noen ekstra sekunder til å gi barn små valg, kunne være med på å styrke barnet og hjelpe det å mestre situasjonen (Lerwick, 2016). Barn som mister kontrollen på miljøet rundt seg kan gi uttrykk for dette igjennom aggresjon og sinne (Lerwick, 2016). Angst og frykt i møte med det ukjente kan føre til at de motsetter seg behandling, noe som kan skape forsinkelser i traumeforløpet (Sjøberg, 2013).

Skadeomfang er ifølge anestesisykepleierne en vesentlig faktor når det gjelder hvor mye tid det er til å være fleksibel under traumeteam. Ifølge traumemanualen, har teamleder fullmakt til å la være å utføre, eller utsette prosedyrer til et senere tidspunkt, dersom det viser seg at man har et ABC stabilt barn (Rajka et al., 2016). Flere anestesisykepleiere påpeker at det ikke er deres ansvar å vurdere dette. Ifølge anestesisykepleiernes verdigrunnlag, skal anestesisykepleieren som del av teamet være med å støtte de prosessene som foregår samt understøtte og jobbe for å oppnå optimal pasientomsorg (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017). Anestesisykepleieren har erfaring i å håndtere og vurdere ABC og kan i så måte være en god støttespiller for teamet og traumeleder. Innleggelse i sykehus kan i seg selv innebære traumatisk belastning for barn (Gjems & Diseth, 2011). Fleksibilitet vil kunne føre til valg i tråd med CARE-systemet (Lerwick, 2016). Barnet får mulighet til å ta kontroll over situasjonen ved å gjøre enkle valg. Enkle valg kan være å selv bestemme leiring på båren eller bestemme hvilket øre undersøkende kirurg skal kikke i først. Dette er valg som gir barnet mulighet til å ta tilbake kontroll i en vanskelig situasjon og gir følelse av mestring (Lerwick, 2016). Tiltak som dette

beskrives videre som positivt på barns utvikling og velvære (Søjberg, 2013). Videre kan D-E-F veiledningen også være belegg for å være fleksibel i møte med barn. Å være fleksibel, ved å ta stilling til «distress», «emotional support» og «family» under et traumeteam, vil kunne være av betydning for å kunne ivareta barns psykososiale behov (Kassam-Adams et al., 2013).

Flere anestesisykepleiere forteller at det å utsette behandling og smertefulle prosedyrer kan ha gunstige psykososiale effekter for barnet, da det kan være vanskelig å forberede barnet på de nært forestående undersøkelsene og prosedyrene som skal utføres. Smerte og invasive prosedyrer er ofte opphav til barns største bekymring i sykehus. (Grahm et al., 2016). Videre kan barn ha større smerteopplevelse og kraftigere respons på smerte enn voksne. Hos barn vil nervesystemet sensitiveres ved gjentakende smerteopplevelse, slik at neste gang smerten inntreffer vil det samme inngrepet øke i smerteintensitet (Gjems & Diseth, 2011). Anestesisykepleierne forteller at det innimellom blir nødvendig å gjennomføre smertefulle prosedyrer flere ganger. Ved tilfeller hvor man må gjøre flere forsøk på smertefulle prosedyrer som PVK-innleggelse, kan dette føre til et tillitsbrudd mellom barnet og anestesisykepleieren (Lerwick, 2016). Når tillitsbruddet oppstår vil barnet bli sårbart, føle seg hjelpeløs og taper kontroll. Det fører til at frykt og angst manifesterer seg (Lerwick, 2016). Slike hendelser kan føre til redusert kognitiv utvikling og personlighetsforstyrrelser (Lerwick, 2016). Videre er akutt smerte en av de viktigste faktorene assosiert med PTSD (van Meijel et al., 2018). Dersom barnet forberedes, slik at det opplever kontroll og forutsigbarhet, i trygge rammer som på barneintensivavdelingen, er det større sjans for at barnet vil mestre situasjonen (Gjems & Diseth, 2011). Man kan samlet sett derfor anse å avvende med smertefulle prosedyrer som kan gjøres på et senere tidspunkt, som av betydning når anestesisykepleier skal ivareta barns psykososiale behov. Dette vil redusere sannsynligheten for at barnet opplever mistillit til anestesisykepleier og resten av teamet, samt mindre risiko for opplevelse av håpløshet og tap av kontroll.

6.0 Diskusjon av metode

6.1 Metodiske overveielser

Når man utfører en studie er begrepene validitet og reliabilitet svært sentrale, og noe vi har forsøkt å forholde oss til igjennom hele studien. Med validitet menes kunnskapens gyldighet. Gjennom kvalitativ forskning så søker vi å forstå og beskrive fenomener gjennom tolkning. For å oppnå god validitet i en studie, må vi igjennom alle deler av studien stille oss selv kritiske spørsmål. Ved å stille kritiske spørsmål underveis vil vi kunne lære og forbedre det vi gjør underveis (Malterud, 2017). Reliabilitet henger tett sammen med validitet og forskningen kan ikke være valid dersom den ikke er reliabel. Med reliabilitet så menes hvorvidt resultatene kan reproduseres. For å sikre god reliabilitet må ærlighet og åpenhet gjennomsyre alle deler av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det første en må ta stilling til når en skal svare på en problemstilling er riktig valg av metode. (Elo et al., 2014). Når temaet for masteroppgaven var klarlagt, gjennomførte vi flere prøvesøk. PIO-skjema med mesh-terms ble benyttet for å lage en strategi for søkene (vedlegg 1). I samarbeid med bibliotekar, ble det gjennomført systematiske søk i Cinahl (vedlegg 2), EbscoHost Cinahl/Medline, Psychinfo og Svemed+ (vedlegg 3-5). Det ble også utført flere selvstendige usystematiske søk i Google Scholar, Medline, Oria, Svemed+ og Cochrane Library (vedlegg 6). Søkeresultatet fra systematisk søk med bibliotekar resulterte i 106 artikler, hvor hver enkelt ble vurdert ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Etter gjennomlesning av funn og drøfting med veileder, fant vi at det ikke fantes tilstrekkelig grunnlag for å skrive en systematisk litteraturoversikt innenfor temaet. Det åpenbarte seg videre store mangler hva gjelder forskning på psykososial ivaretagelse av barn i rammen av traumeteam. Det har ikke blitt funnet forskning som baserer seg på hverken anestesisykepleier eller andre yrkesgruppers rolle med tanke på traumemottak spesielt. Dermed identifiserte vi et «hull» i forskningsfeltet (Polit & Beck, 2018). Vi så oss dermed nødt til å bytte valg av metode. Individuelle intervju egner seg godt når informantene skal hente frem og dele erfaringer fra sin livsverden (Malterud, 2017). Vi valgte derfor å benytte oss av semistrukturerte intervjuer (Polit & Beck, 2014). Videre vil det være en svakhet ved oppgaven vår, at vi ikke har lyktes i å finne norsk forskning i det teoretiske rammeverket. Vi har imidlertid funnet en del nordiske artikler og overførbarheten bør dermed være god. Den utenlandske forskningen vi har

benyttet i oppgaven opplever vi er overførbar, da vi anser eksempelvis CARE-modellen som like aktuell å benytte for norske barn, som amerikanske barn.

I søknadsprosessen til traumemottakene, som beskrevet i kap 3.5; ble det svært kort tidsfrist fra svar ved traumesenteret til datainnsamling. Dette har påvirket mulighetene våre til å kunne foreta pilotintervju. Gjennomføring av pilotintervju kan være en hjelp i utforming av intervjuguide samt avdekke uforutsette ting, som ledende spørsmål (Elo et al., 2014). Vi fikk imidlertid drøftet intervjuguiden med veileder samt betydningen av gode oppfølgingsspørsmål i kvalitative studier. Man må være fleksibel og dynamisk, slik at man klarer å følge informantens svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi kom frem til en rekke gode oppfølgingsspørsmål (vedlegg 10), slik at til tross for å ikke ha gjennomført pilotintervju stilte vi godt forberedt. Informantene fikk også utdelt intervjuguiden i starten av intervjuet og tid til å sette seg inn i den, før intervjuet startet. Informantene møtte i de fleste av tilfellene, dårlig forberedt. I vår intervjusituasjon opplevde vi ikke dette som en svakhet, da det førte det til spontane, rike og ektelevde historier.

Under selve intervjuene så fulgte vi intervjuguidens hovedspørsmål, men brukte ulike oppfølgings spørsmål til den enkelte. Noe som har gitt oss rike beskrivelser fra alle informantene (Malterud, 2017). Den største begrensningen under datainnsamlingen har vært oss, som uerfarne forskere. Til tross for at vi er erfarne sykepleiere og er vant til å prate med mennesker, så har vi lite erfaring med intervjusituasjonen. Vi hadde en god tone med alle informantene som bidro til at informantene åpnet seg opp for oss og gav oss utdypende beskrivelser. Vi opplever ikke å ha brukt ledende spørsmål i intervjusituasjonen som kan ha påvirket informantens svar, når det gjelder intervjuguide og oppfølgingsspørsmål. Vi har imidlertid stilt ledende spørsmål til informantene, i den forstand at vi har oppsummert og spurt informantene om vi har forstått dem korrekt. Slike ledende spørsmål vil sjekke intervjusvarenes reliabilitet og verifisere intervjuerens fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi dro stor fordel av å være to forskere, slik at én gjennomførte intervjuene og den andre kunne skrive feltnotater og være behjelpelig med utdypende spørsmål. På denne måten fikk vi ut mye informasjon vi kunne gått glipp av dersom det kun hadde vært én uerfaren forsker som intervjuet. Her dro vi også god synergi av våre tidligere erfaringer og kunnskaper med jobb på traumeteam (Kvale & Brinkmann, 2015). For å unngå å virke

krenkende, samt med fare for å miste dynamikken i intervjuene; har vi tillatt en del avsporinger fra informantene under intervjuene.

Utvalget vårt var som tidligere beskrevet, et strategisk utvalg (Polit & Beck, 2018). Utvalget ble utført av en lokal anestesisykepleier med god kjennskap til avdelingen og personellet. Anestesisykepleieren plukket et utvalg, ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt for studien. Utvalget av anestesisykepleiere vi endte opp med, viste stor variasjon i alder og erfaring fra to vaktshift ved det aktuelle sykehuset. Dette gir et sterkt utvalg med god informasjonsstyrke og gode muligheter for mange nyanser i beskrivelsene (Malterud, 2017). Det å velge deltagere til studien som kan belyse problemstillingen fra ulike vinklinger og dermed tilføre flere nyanser i studien vil øke troverdigheten på studien (Graneheim & Lundman, 2003). Vi ønsket i utgangspunktet 8-10 informanter og erkjenner at flere informanter kunne vært en styrke for studien. Til tross for at vi kun klarte å få tak i 7 informanter så opplevde vi å nå metning i intervjuene. Informantene hadde belyst flere sider av lignende situasjoner, belyst de samme problemstillingene flere ganger og det kom ikke opp ny informasjon under intervjuene (Elo et al., 2014; Malterud, 2017). På dette tidspunktet opplevde vi også å være en belastning for avdelingen med tanke på drift. Vi rådførte oss med veileder per telefon og på bakgrunn av datamaterialet vi til da hadde innhentet, som vi opplevde var rikt og nyansert; besluttet vi å avslutte datainnsamlingen. Dersom man ser på hvilken sammenheng resultatene våre er troverdige (Graneheim & Lundman, 2003), finner man begrensninger ved utvalget. Datainnsamling er kun utført ved ett traumemottak. I Norge finnes det fire traumemottak. Disse ligger i ulike deler av landet og en kan forvente at det eksisterer en del ulike kulturer og praksiser mellom de ulike traumesentrene. Hvorvidt studien er overførbar og kan generaliseres til andre setninger og grupper blir allikevel opp til leseren å bedømme (Graneheim & Lundman, 2003).

Diktafon ble benyttet. Ved bruk av diktafon var vi bedre i stand til å være tilstede i intervjusituasjonen, ved at vi unngikk distraksjonen av å skrive alt informanten sa. Videre kunne vi igjennom transkripsjonene spole tilbake for å få med alt informanten fortalte (Kvale & Brinkmann, 2015). All form for transkribering og tekstanalyse innebærer tolkning (Graneheim & Lundman, 2003). Vi har ikke analysert elementer som latter, pauser osv. Dersom en gjør dette kan det lett lede til over-tolkning (Elo et al., 2014). Det er anbefalt at

mer enn én forsker utfører analyseprosessen for å heve validiteten, og sikre at tolkningen er mest mulig «sann» (Elo et al., 2014). Vi fordelte råmaterialet likt og analyserte hver for oss, men begge forskere har gått igjennom hverandres arbeid. På den måten har vi redusert muligheten for feiltolkning, samt drøftet usikkerheter og uenigheter underveis. Et stort utvalg kan føre til overveldende mengder med data som kan gi en overfladisk analyse (Malterud, 2017). Vi satt igjen med en passe mengde data å analysere. Skjematiske fremstillinger av hele forskningsprosessen gir gjennomsiktighet i studien og mulighet for å gjenta den, noe som gir studien troverdighet (Graneheim & Lundman, 2003), og ligger derfor vedlagt (vedlegg 11). Vår oppfatning er at oppgaven reflekterer informantenes stemmer og ikke forskers bias. Dette er gjort ved å inkludere alle relevante data og ekskludert irrelevante data, noe som vises igjennom bekreftende sitater fra det transkriberte materialet, jevnt fordelt fra de ulike informantene. Dette er med på å øke studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2003). Dialog mellom flere forskere gjennom forskningsprosessen, som er enige og anerkjenner prosessen øker validiteten. Deltagersjekk ved å sende resultatet tilbake til informantene for bekreftelse er omdiskutert, og ofte omtalt som et grep som oftere reduserer validiteten på studien (Elo et al., 2014). Deltagersjekk er ikke utført i denne studien. Men for å unngå misforståelser mellom forskerne og informantene, har vi underveis som sagt stilt åpne og validerende spørsmål underveis i intervjuene som: «har jeg forstått deg riktig når du sier at...?» (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

I denne undersøkelsen har vi inkludert barn i aldergruppen 0-18 år. Dette kan kanskje anses som en svakhet ved oppgaven, da barn har ulike psykososiale behov ved ulik alder. Vi anså det likevel som viktig å inkludere alle barn i alderen 0-18 år i undersøkelsen, da det kan virke begrensende å be anesthesisykepleiere uttale seg fritt rundt ivaretagelse av barns psykososiale behov, dersom det er et begrenset alderstrinn. For å få rike og gode beskrivelser, er en avhengig av at anesthesisykepleierne beskriver et mottak de husker godt; og som kanskje har gjort inntrykk på dem. Noen anesthesisykepleiere husker godt et mottak på en seksåring, mens andre husker kanskje godt et mottak på en tiåring. For å få rike beskrivelser, har vi vurdert det slik at anesthesisykepleierne må få prate om de hendelsene de husker best, knyttet til traumemottak av barn. Med bakgrunn i dette har vi derfor inkludert barn i alder 0-18 år.

Anestesisykepleierne hadde svært rikholdige og nyanserte beskrivelser i relasjon til kategorien som gikk på å formidle trygghet til barnet. De var ikke like nyanserte når det gjaldt teamarbeid og det å vise fleksibilitet. Denne forskjellen speiler også omfanget av funn og diskusjon knyttet til de kategoriene. Om dette kan anses som en styrke eller en svakhet ved studien, er vi usikre på.

7.0 Oppsummering

Erfarne anestesisykepleiere er delaktige i ivaretagelse av barns psykososiale behov under traumeteam. Dette er de imidlertid ikke alene om. Slik det kommer frem i datainnsamlingen, vil flere aspekter påvirke barnet psykososialt positivt eller negativt som følge av hele teamet. Slik det kommer frem i våre funn, formidler anestesisykepleierne de fleste elementene rundt psykososial ivaretagelse av barn i relasjon til å «formidle trygghet» til barn. Dette er noe anestesisykepleiere tar en stor del i, men også andre yrkesgrupper som anestesilege og undersøkende kirurg. Anestesisykepleierne handler ut ifra varierende grad av bevissthet med tanke på ivaretagelse av barns psykososiale behov under traumeteam. Enten bevisst eller ubevisst. Flere anestesisykepleiere er veldig bevisst barns utfordringer, hvordan barnet reagerer på behandling og mulige konsekvenser for barn i ettertid. Anestesisykepleierne anser barn som en egen pasientgruppe med egne behov, og behandler dem ikke som «små voksne». Samtlige anestesisykepleiere gir tydelig uttrykk for at de ønsker barnets beste og jobber målrettet etter dette under traumeteamet. Anestesisykepleiere formidler trygghet til barn ved å formidle alderstilpasset informasjon slik at barnet har best mulige forutsetninger for å forstå hva som skjer. Barn som er for små til å forstå verbal informasjon slik som spedbarn, må tilnærmes på en annen måte enn eldre barn. Sukkervann og smokk kan her være nyttige hjelpemidler. Videre benyttes generell samtale for å skape trygghet, ut ifra barnets alder og interesser. Anestesisykepleiere tilstreber også å ufarliggjøre seg selv for barnet visuelt. Mange mennesker som vil initiere kontakt, øker stressnivået til barn. Dersom en annen i teamet tilnærmer seg barnet, trekker anestesisykepleier seg bort. Dette anses som mest hensiktsmessig for barnet, da det reduserer stress. Til tross for at traumesituasjonen er en situasjon hvor tiden er knapp og det somatiske fokuset dominerer, skapes det rom for enkel lek som avledning. Anestesisykepleierne anser foreldre som en ressurs i arbeidet med å skape trygghet for barnet og ivareta deres psykososiale behov. Det er imidlertid avhengig av foreldres evne til å utvise omsorg og trygghet. God kommunikasjon anser anestesisykepleieren som både verbal og nonverbal og skal være samsvarende.

Videre blir faktorer knyttet til teamdynamikk og fleksibilitet i møte med barn, ansett som nøkkelfaktorer ved ivaretagelse av barns psykososiale behov under traumeteam. Mange mennesker byr på utfordringer i form av støy som påvirker barn negativt, men skaper også

et ineffektivt team med mindre evne til å ivareta deres psykososiale behov.

Anestesisykepleierne anser det derfor som viktig at kun teamet og foreldre skal være tilstede. Gode CRM-prinsipper og god kjennskap til ABCDE-prinsippene er viktig. Man tillater å gjøre tilpasninger som leiring og utsettelse av undersøkelser og prosedyrer, der hvor det er forsvarlig.

I forlengelsen av dette, tror vi det ville vært nyttig om det ble utført en større studie rundt psykososial ivaretagelse av barn ved traumeteam, slik at erfaringer som vi har funnet kanskje kunne blitt satt i system.

7.1 Implikasjoner for praksis

I Norge så har vi kun 4 traumesentere, men det er mange mindre distriktsykehus med traumefunksjon. Til tross for at studien har sine begrensninger, er det mye lærdom å hente fra hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barn psykososialt under traumeteam. Studien åpner opp for psykososial ivaretagelse av barn under traumeteam, til tross for en hektisk og krevende situasjon. Resultater fra kvalitative studier kan ikke generaliseres, men studien vil nok kunne ha overføringsverdi til flere sykehus ettersom traumemottak er standardisert i Norge. Studien kan være med på å gi gode innspill til anestesisykepleiere i relasjon til å ivareta barns psykososiale behov i traumesituasjonen. Dette gjør seg spesielt gjeldende hos anestesisykepleiere med lite erfaring rundt barn som traumepasient.

Litteraturliste

- Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF. (2017, Vedtatt på ALNSFs GF 2017). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet fra <https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument>
- Barneombudet. (2011). Sykehusekspertenes 10 bud. Hentet fra <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/sykehusekspertenes10bud.pdf>
- BMJ Publishing Group. (2019). Patient information from BMJ. Hentet 22/7-2019 fra <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/pdf/1537830938257.pdf>
- Dahlhaug, M. (2020). Nasjonalt Traumeregister. I: Upublisert.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikk.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*, (Meld. St. nr. 7,). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness, 4(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F2158244014522633>
- Engström, Å., Dicksson, E. & Contreras, P. (2015). The desire of parents to be involved and present. *Nursing in Critical Care*, 20(6), 322-330. <https://doi.org/10.1111/nicc.12103>
- Fanghol, R. & Valla, A. (2011). Barn. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 353-373). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*, (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §5. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217/§5>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §6. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217/§6>
- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 857-862. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/09/forebygging-og-behandling-av-psykologiske-traumer-hos-somatisk-syke-barn>
- Grahn, M., Olsson, E. & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Graneheim, U., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29.
- Graneheim, U., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *24*(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graverholt, B., Nortvedt, M. W., Reiersgaard, A. & Jamtvedt, G. (2011). Kunnskapsbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket. *Sykepleien*, *6*(3), 246-252. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0166>
- Gross, B. (2014, Februar). *Crew Resource Management - A Concept for Teams in Critical Situations*. Innlegg presentert ved International Conference of Integrated Natural Disaster Management, Teheran. Abstract hentet fra https://www.researchgate.net/publication/297709574_Crew_Resource_Management_-_A_Concept_for_Teams_in_Critical_Situations
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (4-47). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Huges, M. K., Benson, R. S., Krichten, A. E., Clancy, K. D., Ryan, J. P. & Hammond, C. (2014). *A Crew Resource Management Program Tailored to Trauma Resuscitation Improves Team Behavior and Communication*, *219*(3), 545-551. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.049>
- ICMJE. (2016). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals. Hentet fra <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
- Isokääntä, S., Koivula, K., Honkalampi, K. & Kokki, H. (2019). Resilience in children and their parents enduring pediatric medical traumatic stress. *Pediatric Anesthesia*, *29*(3), 218-225. <https://doi.org/10.1111/pan.13573>
- Kassam-Adams, N., Marsac, M. L., Hildenbrand, A. & Winston, F. (2013). Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: Update on Diagnosis, Risk Factors, and Intervention. *JAMA Pediatrics*, *167*(12), 1158-1165. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2741>
- Kemlén, P. E. (2017). *Funksjonsbeskrivelse Traumeteam: Anestesisykepleier SSA (4.01)*. SSA: SSA.
- Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H. & Benson, M. J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* *43*(2), 203-212. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00013>
- Koen, A. B., Maertens, K. J. P., Van Son, M. J. M. & Van Loey, N. E. E. (2013). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *33*(3), 361-371. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.006>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World journal of Clinical Pediatrics*, *5*(2), 143-150. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre. (2015). Nasjonalt traumeregister. Hentet 22/7-2019 fra www.kvalitetsregistre.no/registers/555/resultater/809
- Norsk barne- og ungdomspsykiatri, f. (2011). *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri* Den norske legeforening.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (4. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rajka, T., Gaarder, C., Næss, P. A., Drage, I. M. & Skaga, N. O. (2016). *Traumemanualen(OUS)*. Oslo. Hentet fra <https://www.traumemanualen.no>
- Ramirez, M., Toussaint, M., Woods, B., Harland, K., Wetjen, K., Wilgenbusch, T., ... Jennissen, C. (2015). Link for Injured Kids: A Patient-Centered Program of Psychological First Aid After Trauma. *Pediatric emergency care*, 33(8), 532-537. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000535>
- Roland, K. A. (2019). *Barn og traume* (Eksamensoppgave).
- Svartdal, F. (2018). Store Norske Leksikon. Hentet fra <https://snl.no/psykososial>
- Sjøberg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 114-151). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøberg, I. L. (2017). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøberg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 114-151). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Universitetet i Agder. (2019). *Masterhåndbok: Veiledende retningslinjer for mastergrad i spesialsykepleie*. Fakultet for helse- og idrettsvitenskap: Universitetet i Agder,.
- Universitetets forskningsutvalg. (2018). Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgåver. Hentet fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaaver>
- van Meijel, E. P. M., Gigengack, M. R., Verlinden, E., van Der Steeg, A. F. W., Goslings, C. J., Bloemers, F. W., ... Lindauer, R. J. L. (2018). The Association Between Acute Pain and Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents 3 Months After Accidental Injury, 26(1), 88-96. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9567-6>
- Wevling, A., Åsleve, C., Nygaard, A. M., Gunheim-Hatland, L., Høyum, G. M. & Heiberg, T. (2019). Forståelse av ikke-tekniske ferdigheter (ITF) i spesialsykepleie; akutt-, intensiv og operasjonssykepleie (AIO). *Nordisk sygeplejeforskning: Universitetsforlaget*, 9(3), 201-212. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/67147205/forstaaelse_av_ikke-tekniske_ferdigheter_itf_ipesialsyke.pdf
- Zhang, A., Yocum, R. M., Replinger, M. D., Broman, A. T. & Kim, M. K. (2018). Factors Affecting Family Presence During Fracture Reduction in the Pediatric Emergency Department. *The western journal of emergency medicine*, 19(6), 970. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.9.38379>
- Aaron, J., Zaglul, H. & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following Acute Physical Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 335-343. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.4.335>

Vedlegg 1

PI(C)O:

p	I	C	O
Pasient/problem	intervensjon/eksposisjon	evt.sammenheng	utfall
Child Juvenile Preschool Adolescent Pediatric Nurse Nursing interventions	Trauma Injury Emergency nurcing Wound Care Hospital Emergency department Intensive care Acute Traumacenter		Psychological Coping Support Fear Anxiety Stress Communication

Vedlegg 2

Søk i EbscoHost Cinahl med bibliotekar

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S40	(adolescent) AND (S38 AND S39)	Search modes - Boolean/Phrase	106
S39	adolescents	Search modes - Boolean/Phrase	232,576
S38	S23 AND S30 AND S36	Limiters - Published Date: 20090101-20191231; Age Groups: Child, Preschool: 2-5 years; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	830
S37	S23 AND S30 AND S36	Search modes - Boolean/Phrase	6,507
S36	S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35	Search modes - Boolean/Phrase	183,654
S35	((trauma* or wound* or injur* or acute) N2 (center* or centre* or unit* or department* or nurs* or service*))	Search modes - Boolean/Phrase	59,180
S34	(MH "Emergency Nursing+")	Search modes - Boolean/Phrase	27,373
S33	(MH "Intensive Care Units, Pediatric")	Search modes - Boolean/Phrase	10,036
S32	(MH "Intensive Care Units+")	Search modes - Boolean/Phrase	102,576
S31	(MH "Trauma Centers")	Search modes - Boolean/Phrase	11,101
S30	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29	Search modes - Boolean/Phrase	1,253,544
S29	((psycho* or personal or patient* or care* or nurs* or family or parent*) N2 ((support or factor* or safety or self-confidence or coping or fear or anxiety* or stess*)))	Search modes - Boolean/Phrase	1,098,179
S28	(MH "Nursing Role")	Search modes - Boolean/Phrase	99,503

S27	(MH "Nursing Interventions")	Search modes - Boolean/Phrase	14,647
S26	(MH "Support, Psychosocial+")	Search modes - Boolean/Phrase	136,080
S25	(MH "Nurse Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	53,322
S24	(MH "Nurse-Patient Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	49,205
S23	S21 OR S22	Search modes - Boolean/Phrase	1,441,990
S22	(child* or pediatric or pre-school or preschool or juvenile)	Search modes - Boolean/Phrase	1,441,990
S21	(MH "Child") OR (MH "Child, Preschool") OR (MH "Child, Hospitalized")	Search modes - Boolean/Phrase	894,005
S20	(adolescent) AND (S18 AND S19)	Search modes - Boolean/Phrase	106
S19	adolescents	Search modes - Boolean/Phrase	232,576
S18	S3 AND S10 AND S16	Limiters - Published Date: 20090101-20191231; Age Groups: Child, Preschool: 2-5 years; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	830
S17	S3 AND S10 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	6,507
S16	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	183,654
S15	((trauma* or wound* or injur* or acute) N2 (center* or centre* or unit* or department* or nurs* or service*))	Search modes - Boolean/Phrase	59,180
S14	(MH "Emergency Nursing+")	Search modes - Boolean/Phrase	27,373
S13	(MH "Intensive Care Units, Pediatric")	Search modes - Boolean/Phrase	10,036
S12	(MH "Intensive Care Units+")	Search modes - Boolean/Phrase	102,576

S11	(MH "Trauma Centers")	Search modes - Boolean/Phrase	11,101
S10	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	1,253,544
S9	((psycho* or personal or patient* or care* or nurs* or family or parent*) N2 ((support or factor* or safety or self-confidence or coping or fear or anxiety* or stess*))	Search modes - Boolean/Phrase	1,098,179
S8	(MH "Nursing Role")	Search modes - Boolean/Phrase	99,503
S7	(MH "Nursing Interventions")	Search modes - Boolean/Phrase	14,647
S6	(MH "Support, Psychosocial+")	Search modes - Boolean/Phrase	136,080
S5	(MH "Nurse Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	53,322
S4	(MH "Nurse-Patient Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	49,205
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	1,441,990
S2	(child* or pediatric or pre- school or preschool or juvenile)	Search modes - Boolean/Phrase	1,441,990
S1	(MH "Child") OR (MH "Child, Preschool") OR (MH "Child, Hospitalized")	Search modes - Boolean/Phrase	894,005

Vedlegg 3

Andre søk med bibliotekar i EbscoHost Medline/Cinahl 10/6-2019

#	Query	Limiters/expanders	Last run via	Results
S8	(adapt* OR cope OR coping OR stress OR anxiet* OR psychosocial* OR recover* OR resilience OR trust) AND (S4 AND S5) Limiters - Published Date: 20090101-20191231	Narrow by Language: - danish Narrow by Language: - english	Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE120	CINAHL;MEDLINE 120
S7	(adapt* OR cope OR coping OR stress OR anxiet* OR psychosocial* OR recover* OR resilience OR trust) AND (S4 AND S5)	Limiters - Published Date: 20090101-20191231	Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE133	CINAHL;MEDLINE 133
S6	(adapt* OR cope OR coping OR stress OR anxiet* OR psychosocial* OR recover* OR resilience OR trust) AND (S4 AND S5)		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE240	CINAHL;MEDLINE 240
S5	adapt* OR cope OR coping OR stress OR anxiet* OR psychosocial* OR recover* OR resilience OR trust		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE3,250,393	CINAHL;MEDLINE 3,250,393
S4	(injur* OR traum* OR accident* OR wound*) AND (S1 AND S2 AND S3)		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search	CINAHL;MEDLINE 1,984

			Database - CINAHL;MEDLINE1,984	
S3	injur* OR traum* OR accident* OR wound*		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE2,072,503	CINAHL;MEDLINE 2,072,503
S2	emergenc* OR emergency room		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE32,230	CINAHL;MEDLINE 32,230
S1	child OR children OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR Kid		Search modes - Find all my search termsInterface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL;MEDLINE3,443,478	CINAHL;MEDLINE 3,443,478

Vedlegg 4

Søk i Psychinfo 10/6-2019

# ▲	Searches	Results	Type
3	(injur* or traum* or accident* or wound*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh]	219181	
4	1 and 2 and 3		152
5	(adapt* or cope or coping or stress or anxiet* or psychosocial* or recover* or resilience or trust).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh]	823955	
6	4 and 5		61

Vedlegg 5

Søk i Svemed+ 10/6-2019

Nr	Søksträng	Antal treffar	Tid
1	Child OR children OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric*	13460	2019-06-10 11:41:44
2	Emergenc*	2999	2019-06-10 11:42:10
3	injur* OR traum* OR accident* OR wound*	7170	2019-06-10 11:42:39
4	%231 AND %232 AND %233	104	2019-06-10 11:42:51
5	adapt OR cope OR coping OR stress OR anxiet* OR psychosocial* OR recover* OR resilience OR trust	6773	2019-06-10 11:43:51
6	%234 AND %235	1	2019-06-10 11:44:07
7	%231 AND %232 AND %233	104	2019-06-10 11:44:17
8	%231 AND %232 AND %233 Limits: mesh_en:"accidents traffic"	10	2019-06-10 11:45:07
9	%231 AND %232 AND %233 Limits: mesh_en:"multiple trauma"	10	2019-06-10 11:52:27
10	%231 AND %232 AND %233 Limits: tag_en:"child"	94	2019-06-10 11:53:19

Vedlegg 6

Mesh Terms brukt i ustrukturerte søk:

traumateam, traumaroom, emergencyroom, emergencydepartment, hospital, anesthesia, anestesi, psychological first aid, pediatric, children, schoolchildren, adolescent, coping, mestrning, sence of coherrence, trauma, physical injury, wound, coping instruments, fear, anxiety, family, parents, nurse, nurse anesthesia, acute.

Vedlegg 7

Innvilget søknad fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

16.09.2019, 14:55



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Barn og traume

Referansenummer

440159

Registrert

28.08.2019 av Kim Andre Roland - karola03@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sylvi Flateland, sylvi.flateland@uia.no, tlf: 95140571

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kim Roland, sanjeger@yahoo.no, tlf: 91836954

Prosjektperiode

30.09.2019 - 31.07.2020

Status

30.08.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

30.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.08.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan

starte.

Utvalget har taushetsplikt. NSD bemerker at det under intervjuet dermed ikke skal stilles spørsmål relatert til taushetsbelagte opplysninger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1

d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 8

Innvilget søknad fra FEK



Kim Andre Roland

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: 19/07056

Tidspunkt for godkjenning: : 26/09/2019

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Barn og Traume

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner prosjektet under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Informasjonsskriv

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barn under traumeteam. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to studenter ved Universitetet i Agder (UIA), som tar en mastergrad i Anestesi. I forbindelse med dette skal vi nå skrive masteroppgave. Vi har valgt å skrive masteroppgave om barn og traumeteam. Problemstillingen er: Hvordan ivaretar erfarne anestesisykepleiere barn psykososialt i rammen av traumeteam. Tidligere forskning viser at en stor andel barn, utsatt for fysisk traume sliter med post traumatisk stress syndrom (PTSD). Vi finner lite forskning om hvordan man på en god måte kan ivareta og hjelpe barn til mestring i rammen av traumeteam og ønsker derfor å snakke direkte med de sitter på denne erfaringen. Vi vil utføre en kvalitativ studie ved å intervjuere erfarne anestesisykepleiere, for å se på hvordan barn ivaretas i denne krevende situasjonen. Ved å bruke deres kunnskap ønsker vi å danne grunnlaget for vår master oppgave samt samle inn kunnskap og erfaringer som sykepleiere ved mindre sykehus kan nytte seg av.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervjuere erfarne anestesisykepleiere ved traumesentere. For å kunne høste ett bredt spekter av erfaringer så ønsker vi variasjon i utvalget. Med dette mener vi variasjon i alder, kjønn og etnisitet. For å oppnå dette har vi bedt deres fagsykepleier om hjelp til valg av anestesisykepleiere. Det vil bli plukket ut 8-10 anestesisykepleiere i studien. Tillatelse er innhentet fra NDS (Norsk Senter for forskningsdata), Sykehuset og FEK (Fakultetets Etske komite).

Hva innebærer det for deg å delta i studien?

Vi vil gjennomføre individuelle intervjuer, med fokus på dine erfaringer. Vi har noen temaer vi ønsker å snakke om og noen oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene vil dreie seg om dine erfaringer og hvordan du jobber med barn under traumeteam. Intervjuene vil vare 45 til 60 minutter. Ut ifra praktiske årsaker rundt studieplanen vår, vil vi prøve å få gjennomført intervjuene i november/desember 2019. Ved behov for oppklarende spørsmål rundt intervjuet kan du bli rekontaktet på SMS eller mail i perioden november til februar. Det vil bli brukt diktafon under intervjuet som hjelpemiddel. Du vil mota det transkriberte intervjuet for gjennomlesning i etterkant

Det er helt frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å måtte begrunne din avgjørelse på noen som helst måte. Skulle du velge å trekke deg fra

studien, vil det ikke ha noen konsekvenser for deg. All informasjon vedrørende deg vil bli slettet umiddelbart.

Personvern

Opplysningene vedrørende deg vil bli behandlet etter personvern-regelverket. Informasjon vi innhenter vil bli anonymisert og ikke kunne tilbakeføres til deg. Ditt navn vil adskilles og lagres separat fra informasjonen du gir. Informasjonen vil kun bli benyttet til det formålet som er beskrevet. Lydopptak vil bli slettet rett etter transkribering. Transkribert rådata vil kun være tilgjengelig for personene som er ansvarlig for prosjektet (undertegnede og veileder) frem til prosjektet avsluttes juni 2020, og vil deretter slettes. Om du har flere spørsmål rundt dette, kan du ta kontakt med undertegnede. Kontaktopplysning kan du finne nederst i informasjonsskrivet. Du kan også ta kontakt med NSD: Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet om barn og traumeteam. Jeg har hatt anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- Å delta i intervjuet.
- At masteroppgaven kan omskrives til artikkel og publiseres i nasjonale/ internasjonale tidsskrifter og databaser.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles og lagres frem til prosjektet avsluttes juni 2020.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Ansvarlige for prosjektet

Masterstudent: Tina Elisabeth Windingstad. Tlf: 940 35 952

Masterstudent: Kim André Roland. Tlf: 918 36 954

Veileder for prosjektet: Førstelektor Sylvi Monika Thomassen Flateland. Tlf: 38 14 18 89

Vedlegg 10

Anestesisykepleieres ivaretagelse av barns psykososiale behov i rammen av traumeteam.

Intervjuguide

Innledning:

1. Informasjon om studien.
 - Introduksjon av forskerene
 - Introduksjon av prosjektet
 - Bekreftelse på at informasjonsskriv skriv har blitt mottatt
 - Hvordan intervjuet vil foregå (bla m diktafon)
2. Bakgrunnsinformasjon og faktaopplysninger om informanten.
 - Kjønn
 - Alder
 - Erfaring
3. Intervju:
 - Kan du fortelle om et traumeteam der du følte at barnets psykososiale behov ble ivaretatt på en god måte?
 - Har du noen mindre gode/ mindre positive situasjoner der du opplevde at dere ikke lyktes i å ivareta barnet psykosialt?
4. Oppfølgingsspørsmål:
 - Kan du utdype dette?
 - Kan du gi noen eksempler på dette?
 - Forstår jeg deg riktig når jeg....?
 - Er det noe du ønsker å fortelle som faller innenfor dette temaet, som du føler vi ikke har vært inne på?

Vedlegg 11

Eksempel på analyse av rådata

MENINGSENHETER	KONDENSERTE MENINGSENHETER	KODER	SUBKATEGORIER	Kategori
Men for meg er det viktig at hvis jeg skal snakke med barnet, så går jeg rundt. Så barnet ser ansiktet mitt riktig vei og helt rolig i situasjonen.	Når man snakker til barnet, så bør man gå rundt, så barnet ser ansiktet til anestesisykepleieren riktig vei og opptre rolig.	Rolig tilnærming.	Kommunikasjon med barn.	Formidling av trygghet
Og ja, det kan jo hende at selvfølgelig at ikke beskjeder som blir gitt, blir fanget opp av riktig person og ikke ting blir kanskje gjort i like effektiv grad.. som det kunne blitt da. Det er jo liksom.. det er ikke et konkret eksempel da. Det er jo mange eksempler der det liksom har vært syke og dårlige barn som kommer inn, der liksom.. der selvfølgelig vi gjør jobben vår. Men samtidig, så kanskje vi kunne gjort det enda bedre da, fordi at den teamdynamikken kanskje brytes litt opp da. Av ulike årsaker da.	Når det blir veldig mange mennesker er det ikke alltid at meldinger som blir gitt fanges opp av riktig person. Prosedyrer og undersøkelser blir dermed ikke alltid utført i like effektiv grad. Det har hendt flere ganger at teamet gjør jobben sin, men kunne vært mer effektive fordi teamdynamikken brytes opp av ulike årsaker.	Teamet fungerer ikke optimalt.	Et mindre godt fungerende team.	Teamarbeid
At vi er litt flinke på det spesielt på barn da og prøve å avgrense det som er aller viktigst der og da, og kan vi vente med noen vonde prosedyrer så prøver vi det. Men så langt det lar seg gå da.	Teamet er flinke til å avgrense behandlingen til det viktigste ved mottak av barn. Man kan godt vente med noen vonde prosedyrer dersom det lar seg gjøre.	Utsette behandling, dersom det lar seg gjøre.	Utsette det som kan utsettes	Fleksibilitet

Vedlegg 12

Fordeling av arbeid igjennom masteroppgaven:

Begge studenter har deltatt i alle deler og prosesser av masteroppgaven. Arbeidsoppgaver har igjennom oppgaven blitt jevnt fordelt. Begge har sammen med bibliotekar vært med i søkeprosessene og ut ifra dette utformet teorikapitlet. Metodekapitlet er skrevet sammen av begge studentene. Transkriberingen og analysen ble fordelt likt mellom studentene. Etter gjennomføring av transkripsjon og analyse, gjennomgikk vi hverandres arbeid. Presentasjon av funn og drøfting av funn ble delt likt mellom studentene, også her gjennomgikk vi hverandres arbeid i etterkant. Drøfting av metode ble skrevet sammen av begge studentene.