

## **Anestesisykepleier i traumeteam**

En kvalitativ studie om hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier å delta i traumeteam.

BENEDICTE FREDRIKSEN  
JENNY JAN YEE CHEUNG

### VEILEDER

Berit Johannessen

Antall ord: 19005

**Universitetet i Agder, 2020**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

## **Forord**

Dette er en masteroppgave i spesialsykepleie, med fokus på anestesisykepleie. Universitetet i Agder er ansvarlig for studiet som er organisert som et fulltids studieprogram. Oppgaven vår har sin bakgrunn i hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplever det å delta i akutte situasjoner, som traumeteam. Vi har fra tidligere kun hatt en liten rolle i traumeteamet, der vi har oppholdt oss utenfor traumerommet. Vi har begge tidlig i studiet fått erfaring med traumeteam knyttet til anestesisykepleie. Dette temaet var noe som fanget begge sin interesse og det ble derfor lett for oss å velge tema til masteroppgaven. Vi skal begge jobbe på et lokalsykehus når vi er ferdigutdannet anestesisykepleiere, noe som gjør dette ekstra relevant for oss.

Vi vil takke våre informanter, anestesisykepleierne, som har vist interesse for temaet vi har valgt å belyse i denne oppgaven. Uten dere hadde vi aldri kommet i mål, og vi setter stor pris på at dere satte av tid til å dele deres opplevelser og erfaringer i intervjuene. Vi vil også takke vår veileder 1. amanuensis Berit Johannessen ved Universitetet i Agder, for raske konstruktive og motiverende tilbakemeldinger gjennom hele prosessen med denne masteroppgaven. Takk til våre moderavdelinger hvor vi jobber, for støtte og gode oppmuntrende ord. Vi vil også takke våre samboere på hjemmebanen som har vist forståelse og tålmodighet under denne prosessen.

Kristiansand, mai 2020.

Benedicte Fredriksen og Jenny Jan Yee Cheung

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Interessen rundt traumeteam startet allerede da vi startet å jobbe på sykehus. Denne interessen økte når vi startet vår utdanning som anesthesisykepleiere og fikk delta i traumeteamet med en større og viktigere rolle. Anesthesisykepleie er et praktisk yrke og krever høy faglig kunnskap og gode praktiske ferdigheter. Som anesthesisykepleier skal en kunne delta i prehospitalt arbeid. En nyutdannet anesthesisykepleier som deltar i traumeteam er veldig sårbar, da det er en akutt situasjon og det ikke blir nok mengdetrening på slike situasjoner gjennom planlagte- og øyeblikkelig-hjelp operasjoner.

### **Hensikt:**

Vi ønsker å belyse hvordan nyutdannet anesthesisykepleiere opplever det å delta i traumeteam.

### **Metode:**

Det er gjennomført kvalitative semistrukturert individuell intervju av 6 nyutdannede anesthesisykepleiere. Temaene i intervjuguiden var tidligere erfaringer i traumeteam, opplevelse av å delta i traumeteam, kommunikasjon og forberedelser.

### **Resultat:**

Analysen viste at erfaring har betydning, kommunikasjon er avgjørende, trygghet, stress og ulike grader av mestring er viktige faktorer for hvordan nyutdannede anesthesisykepleiere opplever det å delta i traumeteam. Ulike sider ved rollefordeling og ulike praktiske og ytre utfordringer var også faktorer som var med å avgjøre deres opplevelse rundt traumeteam.

### **Konklusjon:**

Nyutdannede anesthesisykepleiere opplever stress og ulike utfordringer i et traumeteam, men med tidligere erfaringer, et godt samarbeid i teamet, tydelig kommunikasjon og jevnlig simulatoretrening fører det til en bedre opplevelse å delta i traumeteamet.

## **Abstract**

### **Background:**

Our interest in the trauma team began when we started working in the hospital. This interest increased as we began our education as anesthetic nurses and were allowed to join the trauma team with a larger and more important role. Anesthetic nursing is a practical profession and requires high professional knowledge and good practical skills. An anesthetic nurse should be able to participate in pre-hospital work. A newly trained anesthetic nurse who works in trauma teams can feel very vulnerable and intimidated in an emergency situation due to the fact that they would have least amount of knowledge and experience in situations such as planned and unplanned emergency surgeries.

### **Purpose:**

We want to shed light on how newly qualified anesthetic nurses experience participating in trauma teams.

### **Method:**

Qualitative semi-structured individual interviews were conducted by 6 newly qualified anesthetic nurses. The topics for the interviews were previous experiences in trauma teams, experience of participating in trauma teams, communication and preparation.

### **Result:**

The analysis showed that experience is important, communication is crucial, safety, stress and various degrees of coping are important factors for how newly qualified anesthesia nurses experience participating in trauma teams. Different aspects of role distribution and different practical and external challenges were also factors that helped to determine their experience around trauma teams.

### **Conclusion:**

Newly trained anesthetic nurses experience stress and various challenges in a trauma team, but with past experiences, good teamwork, clear communication and regular simulator training, it would help to provide a better experience when they join the trauma team.

## INNHold:

1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR STUDIEN	1
1.1 Hensikt og problemstilling	1
2.0 TEORI	3
2.1 Traumeteam	3
2.1.1 Rollefordeling	3
2.1.2 Samarbeid mellom anestesisykepleier og anestesilege	4
2.1.3 Utstyr	5
2.2 Anestesisykepleier	5
2.3 Kommunikasjon	7
2.4 Stress og mestring	9
2.5 Simulatortrening	10
2.6 Tidligere forskning	10
3.0 METODE	12
3.1 Kvalitativ intervju	12
3.2 Forforståelse	12
3.3 Prøveintervju	13
3.4 Rekruttering og utvalg	13
3.5 Intervjuguide	14
3.6 Datainnsamling	15
3.7 Analyseprosess	16
3.8 Etikk	18
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	20
4.1 Erfaring har betydning	20
4.1.1 Tidligere erfaring	20
4.1.2 Erfaring som ferdigutdannet anestesisykepleier	21
4.2 Ulike sider ved rollefordeling	22
4.2.1 Anestesisykepleierens plass i traumeteam	23
4.2.2 Å jobbe i team	24
4.2.3 Samarbeid	25
4.2.4 Ulike vaktordninger har betydning	26
4.3 Kommunikasjon er avgjørende	27
4.3.1 Kommunikasjon med pasienten	27
4.3.2 Kommunikasjon i team	28

4.3.3	Kommunikasjonsverktøy	29
4.4	Ulike praktiske og ytre utfordringer	30
4.4.1	Utstyr	31
4.4.2	Ytre faktorer	31
4.5	Trygghet	32
4.6	Stress og ulike grader av mestring	34
5.0	DISKUSJON	37
5.1	Resultatdiskusjon	37
5.1.1	Erfaring	37
5.1.2	Rollefordeling	39
5.1.3	Kommunikasjon	40
5.1.4	Utfordringer	42
5.1.5	Trygghet	43
5.1.6	Stress og mestring	44
5.2	Metodediskusjon	45
5.2.1	Diskusjon om studiedesign	45
5.2.2	Diskusjon om forforståelse	46
5.2.3	Diskusjon om utvalg	46
5.2.4	Diskusjon om datainnsamling	47
5.2.5	Diskusjon om etiske overveielser	48
5.2.6	Diskusjon om analyseprosessen	48
6.0	KONKLUSJON	49
	REFERANSELISTE	51
	VEDLEGG	
•	Vedlegg nr.1	55
•	Vedlegg nr.2	56
•	Vedlegg nr.3	59
•	Vedlegg nr.4	60
•	Vedlegg nr.5	62
•	Vedlegg nr.6	63

## **1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR STUDIEN**

I Norge har vi et nasjonalt traumeregister (NTR), som er et kvalitetsregister og et verktøy som gir informasjon om karakteristika og omfang av alvorlige skadde pasienter og evaluerer utfall og innhold i behandlingen som gis. Det blir registrert inn til NTR fra alle sykehus med traumemottak i Norge, og det inkluderer pasienter som ved ankomst i akuttmottaket tas imot av et traumeteam, pasienter som har alvorlige skader og ikke tas imot av traumeteam og pasienter som dør på skadestedet eller under transporten (Jeppesen, Hestnes, Ringdal & Røise, 2018). Det blir omlag 2500 mennesker drept av skader hvert år og det utgjør cirka 6 prosent av alle dødsfallene i Norge (Jeppesen et. al, 2018).

I grunnlagsdokumentet utarbeidet for anestesisykepleiere er det beskrevet at en anestesisykepleier skal delta i team ved katastrofemedisinsk arbeid. Det vil si at anestesisykepleieren skal ha oppdatert kunnskap og handlingsberedskap for å iverksette akuttmedisinske tiltak prehospitalt, samt vurdere pasientens situasjon ut ifra egne observasjoner og foreliggende opplysninger. En anestesisykepleier skal ha medisinsk og anesthesiologisk kunnskap, kompetanse og erfaring om luftveishåndtering og sørge for at det blir etablert tilstrekkelige med intravenøse tilganger, samt håndtere avansert utstyr og potente medikamenter. Det er også beskrevet at anestesisykepleieren skal kunne samarbeide i tverrfaglige og flerfaglige team for å sikre gode og effektive pasientforløp (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleieforbund (ALNSF), 2016).

Anestesisykepleieren har en viktig rolle i traumeteamet, og tar del i teamet ved å observere, rapportere og iverksette mange av tiltakene som legen har forordnet. Anestesisykepleieren ivaretar traumepasienten gjennom hele forløpet i behandlingsskjeden, det vil si fra pasienten kommer til akuttmottaket, ved røntgen og ved behov for operasjon (Erdal & Gjevik, 2011).

Som anestesisykepleier er en ansvarlig for luftveier, og må derfor kunne forutse behov ved spesielle situasjoner som kan oppstå ved traumer, som for eksempel dobbellumentuber ved traume mot thorax for å kunne ventilere begge lunger separat. Anestesisykepleieren sin første bedømming kan komme ved ulike områder, enten om de blir med ut til pasienten i feltet eller etter ankomst på sykehuset.

### **1.1 Hensikt og problemstilling**

Vi har valgt å belyse hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplever det å delta i traumeteam på lokalsykehus. Vi har begge deltatt i traumeteam, men med andre roller på

lokalsykehuset vi jobber på. Det vil derfor være en utfordring for oss å få en ny rolle å forholde oss til. Med denne studien håper vi at vi kan være mer forberedt når alarmen går og vi må delta i traumeteam som nyutdannede anestesisykepleiere. Vi har gjennomført et litteratursøk og har funnet lite forskning innen dette feltet, noe som forsterket våre interesser for å gjennomføre en studie. Vi har valgt denne problemstillingen:

«Hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier å delta i traumeteam?»



## **2.0 TEORI**

I dette kapitlet vil vi belyse teori som er relevant for vår oppgave og tidligere forskning knyttet til forskningsspørsmålet. Vi har blant annet valgt å ta med definisjoner på og tilknytninger mellom begrepene traumeteam, kommunikasjon og stress og mestring

### **2.1 Traumeteam**

Begrepet traumeteam er satt sammen av to ord, og ordet traume defineres som skader hos pasienten som er forårsaket av vold eller som av andre grunner kan føre til at pasientens liv og helse umiddelbart blir truet, og som krever nøyaktig og rask behandling (Lennquist, 2007). Ordet team defineres som et lite antall mennesker som samarbeider med et felles formål og resultat, og holder seg gjensidig ansvarlig for det. I et traumeteam har helsepersonellet som deltar i teamet avanserte ferdigheter, og alle i teamet har hver sine oppgaver slik at de skal komme i mål med behandlingen raskest mulig på best mulig måte (Barach & Weinger, 2007). Tiden er en viktig faktor sammen med beredskapstroppen som deltar i traumeteamet på sykehuset. Det er viktig å varsle traumeteamet så tidlig som mulig slik at de blir tilgjengelige, helst før pasienten ankommer sykehuset. Dette krever klare rutiner som alle som deltar i traumeteamet er kjent med (Lennquist, 2007).

I Norge har vi 4 regionale traumesenter, men det finnes cirka 40 akutt sykehus som har traumefunksjon (Hanao, 2010). Når en pasient blir utsatt for en akutt kritisk situasjon, noe som påvirker at hans liv og helse blir truet, går det en alarm fra akuttmedisinsk kommunikasjonscenter (AMK) til akuttmottaket på sykehuset som igjen sender ut en traumealarm. Det er visse kriterier som skal oppfylles for at det skal gå en traumealarm, dette står beskrevet grundig i traumemanualen fra Oslo Universitetssykehus (OUS) (Gaarder, Næss, Skaga, Holtan, Kleven, Midtgaard, 2016). Noen av kriteriene for å utløse traumealarm er ulykker med stor energi, som for eksempel trafikkulykker med hastighet >50km/t, fall over 5 meter for voksne, åpenbare alvorlige skader som store massive blødninger og stikkskader og/eller at pasienten er fysiologisk påvirket med respirasjonsfrekvens <9 eller >25/min, oksygenmetning <90% eller en glasgow coma scale på <13 (Gaarder et.al, 2016).

#### **2.1.1 Rollefordeling**

Et traumeteam består som oftest av en teamleder, undersøkende kirurg, anestesilege, anestesisykepleier, operasjonssykepleier, radiolog, radiograf, bioingeniør og sykepleier fra akuttmottaket. Dette vil variere fra sykehus til sykehus etter sykehusets egne retningslinjer.

Alle som deltar i traumeteamet skal møte opp i et rom på akuttmottaket som kalles traumerom (Lennquist, 2007, Gaarder, Næss, Skaga, Holtan, Kleven, 2016).

I en artikkel fra Barach og Weinger (2007) kommer det frem at det gjøres færre feil i et traumeteam enn hvis traumearbeidet skulle blitt utført individuelt. Det er dog viktig at alle teamdeltakere er klar over deres individuelle oppgaver og ansvar, samt de andre i teamets sitt hovedansvar. Å jobbe i team overgår enkeltpersoner, særlig i situasjoner hvor det krever høy faglig kompetanse, effektivitet, god dømmekraft og praktiske ferdigheter. Når et team har klare mål og effektive kommunikasjonsstrategier, klarer de å tilpasse seg nye situasjoner raskere og mer effektivt. For å kunne øke muligheten for samarbeid mellom deltakerne i teamet kommer det frem i en studie at det kan være viktig for alle å få en delt bevissthet om hver enkeltes oppgave og rolle i traumeteamet, gjennom simuleringstrening med scenarier om kommunikasjon, lederskap, tilpasningsevne, situasjonsbevissthet og ressursbruk (Barach & Weinger, 2007). Dette blir også bekreftet i en artikkel av Mercer (2016), som forklarer at simuleringstrening enten i et treningsrom eller i en reel situasjon på selve traumerommet på sykehuset med forskjellige scenarier som kan brukes til å trene traumeteamet og øve på samarbeid rundt vanlige utfordringer. Bruk av videoopptak kan også være bra, slik at det gir mulighet for alle deltakerne å reflektere over hver enkeltes prestasjon og teamet som en helhet i debrief etter de har vært igjennom scenariet. Ved å bruke traumerommet på sykehuset, vil det være mulighet for å oppdage mangler og feil som kan føre til utfordringer i reelle traumesituasjoner som for eksempel mangel av utstyr. Traumerommet kan også brukes til å øve på spesifikke standardprosedyrer. Det er dog viktig at scenarioene er nøye planlagte av en erfaren leder slik at alle får utbytte av simuleringen (Mercer, 2016).

### **2.1.2 Samarbeid mellom anestesisykepleier og anestesilege**

Anestesisykepleieren og anestesilegen er som et miniteam, de har delvis samme oppgaver i et traumeteam der de skal ha hovedansvar for pasientens luftveier og anestesi til pasienten. De skal stå tett sammen i samarbeidet, noe som kan by på kollegiale utfordringer. Dette fordi begge yrkesgruppene bidrar med hver sine praktiske og teoretiske bakgrunner og er ulikt plassert i profesjonshierarkiet. Utviklingen av praktiske ferdigheter i å gi anestesi blir likevel utarbeidet i samme kontekst og utføres som oftest i et tverrfaglig team (Bruun, 2011).

Det har i en lang tradisjon vært slik at anestesisykepleiere lærer opp anestesileger i det praktiske arbeidet rundt anestesi, noe som kan være en utfordring i forhold til rollefordeling mellom profesjonene. Dette ble forsket på hos begge profesjonene, og begge hadde en positiv

holdning til hverandre (Bruun, 2011). Det kom frem i studien at forventningene til hverandres mandat og roller var i stor grad like. Både anestesilegene og anestesisykepleierne i studien ga uttrykk for at mange av oppgavene innen anestesi kunne ivaretas av begge profesjonene. Ut fra organiseringen som er valgt for anestesisykepleiere og anestesileger, samt utdanningsgrunnlaget, vil profesjonene ha ulik arbeidsfordeling i forhold til ulike kompetanseområder (Bruun, 2011). Tilnærmingen til pasienten vil bli bedre da anestesilegen har et mer fokus på medisinske vurderinger og risikofaktorer som kan påvirke pasienten og anestesisykepleieren har fokus på pasientens opplevelse av mestring og har et forebyggende perspektiv gjennom hele pasientforløpet (Bruun, 2011).

### **2.1.3 Utstyr**

Traumerommet skal inneholde utstyr som er nødvendig for å kunne ta imot en kritisk skadet pasient. Noe av utstyret er alltid plassert på traumerommet som anestesibord med intubasjonsutstyr, overvåkingsutstyr, ferdig sterile pakker med utstyr til diverse prosedyrer som kateterisering eller thoraxdren, mens annet utstyr som røntgenapparat og ultralyd bringes med når alarmen går. Det varierer nok litt ut ifra hvor stort sykehuset er i forhold til hvor mye utstyr som allerede oppbevares på traumerommet (Lennquist, 2007).

Helsepersonellet som deltar i traumeteam må beskytte seg selv, og må derfor ta på seg røntgenbeskyttelsesfrakk, enkle eller doble hansker, og ha tilgjengelig munnbind, vernebriller og eventuelt operasjonsfrakker ved mye blodsøl og gjennomføring av kirurgiske prosedyrer. De tar også på seg vester som markerer tydelig hvilken rolle de har (Hanao et al., 2016, Lennquist, 2007). Det er like viktig å beskytte seg selv som pasienten. Dette blir beskrevet i loven om arbeidsmiljø. *“Arbeidsmiljøloven § 4–1 pålegger arbeidsgiver (Oslo universitetssykehus) å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø slik at arbeidstakerne ikke utsettes for helsefare. § 3–2 sier bl.a. «Når det ikke på annen måte kan tas forholdsregler for å oppnå tilstrekkelig vern om liv og helse, skal arbeidsgiver sørge for at tilfredsstillende personlig verneutstyr stilles til arbeidstakers rådighet, at arbeidstaker gis opplæring i utstyret og at det tas i bruk.» Etter § 2–3 har arbeidstakerne plikt til å benytte påbudt verneutstyr”* (Hanao, Rimstad, Midtgaard & Sørensen, 2016).

## **2.2 Anestesisykepleier**

Anestesisykepleiernes funksjons- og arbeidsområder er mangfoldige, det kjennetegnes ved blant annet bruk av avansert medisinsk teknisk utstyr, systematisk kliniske observasjoner og vurderinger, handlinger og refleksjon, ha spesialiserte ferdigheter som må kunne utføres

sikkert, effektivt og raskt og opprettholde frie luftveier og gi tilstrekkelig ventilasjon og gjennomføre anestesi på en forsvarlig måte som ivaretar pasienten (Bruun, 2011). I dokumentet “Norsk standard for anestesi” står det beskrevet tydelige generelle retningslinjer for anesthesiologisk arbeid blant annet innen bemanning, organisering og kompetanse og den første versjonen ble utviklet allerede i 1991 (Norsk standard for anestesi, 2016).

I pasientsituasjoner kan det oppstå akutte situasjoner som krever at anesthesisykepleierne må ta raske beslutninger og iverksette nødvendige tiltak raskt. En slik akutsituasjon vil kreve et bredt spekter av faglig kompetanse om medisinsk behandling, tekniske ferdigheter og psykososial støtte av en anesthesisykepleier, og det forventes at det håndteres på en avbalansert og rolig måte (Bruun, 2011).

Som anesthesisykepleier jobber en både selvstendig og i samarbeid med andre faggrupper og helsepersonell. Anesthesisykepleiere har en viktig rolle i et traumeteam. De har som hovedansvar i teamet å ivareta og overvåke pasientens luftvei og ventilasjon, og har alltid det som første prioritet i pasientbehandlingen (Bruun, 2011).

Det å være anesthesisykepleier kan betraktes på mange forskjellige måter ut ifra egenskaper hos den enkelte og profesjonaliteten i et fellesskap. Anesthesisykepleiere deltar i å ivareta pasientens behov og omsorg både i planlagte omgivelser på en operasjonsstue, ved ulike undersøkelser, i akutte situasjoner på sykehus og utenfor sykehus (Bruun, 2011)

Det å jobbe som anesthesisykepleier i forskjellige omgivelser gjør at vurderingskompetansen utvikler seg over tid. Dette gjør at anesthesisykepleiere er i stand til å vurdere utvikling av akutte situasjoner og handler da ut fra teoretisk bakgrunn og praktiske erfaringer. I og med at anesthesisykepleiere har i fokus å forebygge for pasienten gjennom hele pasientforløpet vil dette være med på å forebygge mulige komplikasjoner (Bruun, 2011).

Erfaring defineres som en fellesbetegnelse på den informasjonen en person anskaffer seg gjennom sansing og handling (Erfaring, 2020). Videre kan en knytte opp erfaring til læring, da læring blir en varig endring i atferd og opplevelse når det blir knyttet opp til tidligere erfaringer. Innen anesthesisykepleie oppstår det også læring ut fra tidligere erfaringer i form av situasjoner som oppstår (Svartdal, 2020). En anesthesisykepleier som har lang erfaring med akutte situasjoner vil naturligvis mestre en slik situasjon på en annen måte enn en nyutdannet anesthesisykepleier. Ofte krever slike situasjoner klare og tydelige prioriteringer, så det å få

mulighet til å jobbe med en erfaren anestesisykepleier er en god måte å utvikle denne kompetansen (Bruun, 2011).

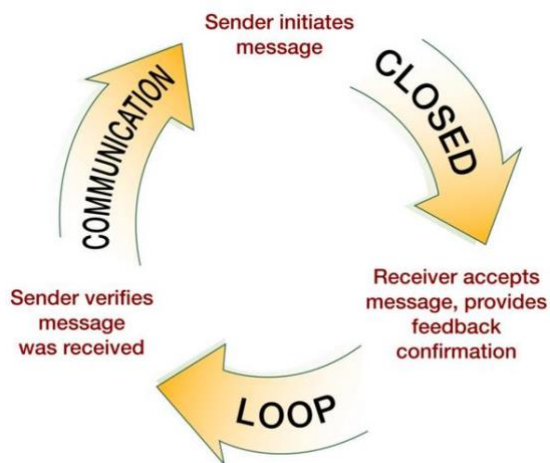
## **2.3 Kommunikasjon**

Begrepet kommunikasjon kan på en enkel måte defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere personer. Dette kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr blant annet å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2007). Tegn og signaler som utveksles mellom personene kan være både verbale og non-verbale og er ofte sammensatte. Det er det som kalles for verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon foregår når personen uttrykker seg med ord og budskapet blir klart og tydelig. Non-verbal kommunikasjon er kommunikasjon uten ord. Personen kan blant annet uttrykke seg med ansiktsuttrykk, blick, kroppsspråk, stemmens klang og berøring (Eide & Eide, 2007).

Som tidligere nevnt er teamarbeid representert av to personer eller flere jobber i lag mot felles mål og resultat. Det krever god kommunikasjon mellom teamdeltakerne og det er fundamentalt for økt effektivitet og sikkerhet i teamarbeidet. Komponenter for god kommunikasjon er ikke bare verbale, men også non-verbale. Det er for eksempel viktig å ha øye kontakt med den en kommuniserer med slik at en har innforstått at beskjeden er gitt til riktig person.

Dårlig kommunikasjon og svikt i teamarbeid bidrar til flere feil kan oppstå og kan i et større perspektiv redusere pasientsikkerheten (Diehl & Sanders, 2018).

God kommunikasjon innebærer selvsagt å gi klare og konsise beskjeder, samtidig inkludere kontekst og intensjon under informasjonsutveksling. Det er også viktig at mottaker bekrefter at informasjon er mottatt og forstått og samtidig identifiserer eventuelle barrierer som kan hindre god kommunikasjon (Diehl & Sanders, 2018).



Figur 1 «beskriver kommunikasjonsverktøyet closed loop mellom avsender og mottaker», 2014, ([https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/trained-observer/observer\\_08.html](https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/trained-observer/observer_08.html)).

«Closed loop» kommunikasjon er en metode for informasjonsutveksling mellom en avsender og en mottaker. Dette kommunikasjonsverktøyet er mye brukt mellom flere profesjoner.

«Closed loop» kommunikasjon foregår som vist på figur 1 der en avsender gir en kort og konkret beskjed som omhandler for eksempel en beordring eller viktig informasjon til en eller flere mottakere. Informasjonen blir tatt imot av mottakeren som bekrefter at informasjonen er mottatt og forstått ved å gi en konkret tilbakemelding til avsenderen. På denne måten kan en være sikker på at informasjonen er blitt gitt og mottatt (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014). Et eksempel på dette kan være mellom deltakere i et traumeteam:

Anestesilege: «Gi 10 mg Afipran som kvalmeprofylakse».

Anestesisykepleier: «10 mg Afipran gitt».

Anestesilege: «Ok».

Tidligere studier har vist at «closed loop» kommunikasjon forbedrer fullføringen av oppgaver og pasient utfall ved gjenopplivning av traumepasienter (Rosser, Sullivan, Thompson & Jung, 2019). En studie som har et fokus på «closed loop» kommunikasjon ved gjenopplivning i et traumeteam bekrefter at pedagogiske intervensjoner fokusert på «closed loop» kommunikasjon og parallell arbeidsflyt sannsynligvis vil forbedre tverrfaglig teamytelse og pasientbehandling (Rosser et.al., 2019).

Som nevnt i tidligere kapitler jobber anestesisykepleier tett sammen med anestesilegen og i et traumemottak står de sammen ved hodeenden til pasienten for å sikre luftveien. Det første en prioriterer er å sjekke om traumepasienten har fri luftvei, samtidig som en sikrer immobilisering av cervicalcolumna. Har pasienten i tillegg nedsatt bevissthet eller er ubevisst,

er det spesiell viktig å sjekke luftveiene. Det vanskeliggjør kommunikasjonen en del da en ikke får kommunisert med pasienten. Anestesisykepleier ser altså at pasienten ikke prater som tilsier at pasienten kan ha ufri luftveier. Er pasienten våken er det spesiell viktig at anestesisykepleieren kommuniserer med pasienten på en trygg og tydelig måte og forklarer hva som skal skje slik at pasienten føler seg ivaretatt i en stressende, men samtidig livreddende situasjon (Turner, 1996, s. 528).

## **2.4 Stress og mestring**

Hverdagen til en anestesisykepleier kan variere fra dag til dag. Det kan gå fra en rolig vakt der det ikke skjer noe uforventet til en blir tilkalt til en akutt situasjon som traume eller øyeblikkelig kirurgi. Selv om det er en del av anestesisykepleierens oppgave og plikt å kunne utføre anestesi til blant annet øyeblikkelig hjelp-pasienter kan anestesisykepleiere oppleve stress på flere områder i sitt arbeid. Det handler om hvordan en tolker forholdet mellom seg selv og omgivelsene. Stress kan gi både psykologiske, fysiologiske og atferdsmessige endringer. I en norsk undersøkelse som er blitt gjort tidligere om arbeidsrelatert stress til anestesisykepleiere var det tre punkter som pekte seg ut (Hustad, 2011, s.45):

- stress i pasientarbeid
- stress i forhold til medarbeidere
- stress i forhold til ledelse

Stress trenger ikke alltid å være negativt. Det kan til tider være gunstig med stress da det sette kroppen i beredskap for å kunne øke yteevnen. Stress er bare negativt i den grad det ikke er håndterbart (Næss, 2011).

Det kan utvikles mestringsstrategier for å klare å håndtere det som oppleves belastende og stressende. Disse strategiene kan være enten problemfokuserte eller emosjonelt fokuserte (Hustad, 2011). Ofte kan en velge å bruke begge strategiene. Med en problemfokuseret mestringsstrategi forsøker en å påvirke omgivelsene, men med en emosjonelt fokusert strategi forsøker en å påvirke sine egne følelsesmessige reaksjoner på hendelsen (Hustad, 2011, s.46). Antonovsky har utviklet salutogenese, en teori om mestrings betydning for helse. Den omhandler hva som gir helse, hvilke faktorer som påvirker helse og hva som gjør at en kan beholde helse tross for belastninger som en kan oppleve (Hustad, 2011). Begrepet «Sense of coherence» (SOC) er sentralt i teorien og betyr «opplevelse av sammenheng». Det inneholder tre viktige komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet er det kognitive elementet i SOC. Håndterbarhet er derimot betegnet som atferdsmessig komponent, mens meningsfullhet beskrives som motivasjonskomponent i SOC (Hustad, 2011).

## **2.5 Simulatortrening**

Simulatortrening er en øvelse som brukes for å øve på spesifikke oppgaver og teamsamarbeid i forhold til ferdigheter, kunnskap, holdning og kommunikasjon. Ved å bruke reelle scenarier under simulatortrening vil en få best utbytte av øvelsene, da dette vil kartlegge realistiske utfordringer som eventuelt må øves mer på og holdes i fokus (Barach & Weinger, 2007)

Som anestesisykepleier kan det være vanskelig å oppnå nok mengdetrening i å mestre akutt anestesi ved å gjennomføre bare reelle pasientsituasjoner. Hver pasientsituasjon øker anestesisykepleierens erfaring, både i akutte situasjoner og planlagte operasjoner (Lundby, 2011).

Det er blitt dokumentert tidligere av blant annet forsvaret hvor viktig simulatortrening er for å beherske teknisk utstyr og for å trene på ulike typer teamarbeid. Dette er nyttig og viktig informasjon for anestesisykepleiere der en kan ved hjelp av simulering øve på nødprosedyrer, feilsøking og vanlig bruk av anesthesiapparater. Gjennom systematisk simulatortrening kan anestesisykepleiere bedre sin handlingskompetanse. Anestesisykepleiere kan dermed velge å trene på situasjoner som sjeldent oppstår i klinikken. De vil på denne måten blir mer forberedt, som igjen kan øke tryggheten i sin rolle som anestesisykepleier i traumeteamet (Forsmo, 2011).

## **2.6 Tidligere forskning**

Her vil vi presentere tidligere forskning som berører vår problemstilling og kort redegjøre for fremgangsmåten på søkeprosessen for å finne denne forskningen.

Vi har brukt databaser som Medline og CINAHL Plus med fulltekst via EBSCOhost i søk etter forskningsartikler. Her finner vi enkelt studier og systematiske oversikter som er fagfellesvurderte med hensyn til vitenskapelig kvalitet og klinisk relevans.

Noen av søkeordene som ble brukt er blant annet: *Nurse anesthesia, anesthetist, anesthetic nurse, newly trained anesthetic nurse, traumateam, trauma\** og *excprience*.

Alle søk er gjort i perioden 18.07.2019 – 14.08.2019 (vedlegg nr.1).



Det viser seg å være få studier som har sett på anestesisykepleiernes erfaringer med å delta i traumeteam, men i en studie fra 2016 var formålet å kaste lys over anestesisykepleiernes erfaringer med å delta i akutt behandling av pasienter utenfor operasjonssammenheng (Hult, 2016). Resultatene fra denne studien ble presentert i to hovedtema: "Anestesisykepleier som opplevde positive følelser" og "Anestesisykepleier som opplevde negative følelser" (Hult, 2016). Informantenes erfaringer med å jobbe i akutt pleie på ulike steder på sykehuset er at de føler seg trygge i sin arbeidsrolle, forutsatt at det er en erfaren, sikker og klar anesthesiolog som bestemmer hva som skal gjøres under akutt behandling. Det er tryggere å jobbe i operasjonsavdeling enn i et annet miljø. I operasjonsavdelinger er det nok av folk til å ta hjelp hvis det trengs, og det er også trygt å vite hvor alt utstyret er plassert. Utenfor operasjonsavdelingen føler informantene seg usikre på hvor det viktige utstyr er plassert eller om de kan få samme service fra sine ansatte på den "nye" avdelingen (Hult, 2016). I en annen studie blir det nevnt at anestesisykepleieren sitt arbeid startet allerede når traumealarmen blir utløst (Tobin et al., 2018). De skal da møte opp på akuttmottaket sammen med andre deltakere i traumeteamet. Fra alarmen går må anestesisykepleieren gjøre seg tanker om hvilke utstyr og medikamenter som må gjøres klart for å spare tid. Det er også viktig at de vet hvor utstyret er slik at de er godt forberedt. Et annet hovedtema i studien er kommunikasjon. God kommunikasjon mellom aktørene i et traumeteam er avgjørende for det videre forløpet til traumepasienten (Tobin et al., 2018).

Studier har også vist at for å kunne forberede seg godt til akutte situasjoner er det en fordel at anestesisykepleiere deltar i simuleringsøvelser. Der vil blant annet gruppesamarbeid spille en stor rolle (Allen et al., 2016).

### **3.0 METODE**

Problemstillingen vår etterspør om nyutdannet anestesisykepleiers opplevelser i traumeteam. For å kunne besvare problemstilling vår var det hensiktsmessig å bruke en kvalitativ metode, da vi var ute etter individuelle opplevelser. Forskernes forforståelse har stor betydning i kvalitative studier, derfor vil vi også gjøre rede for dette.

#### **3.1 Kvalitativ intervju**

Kvalitativ metode er en forskningsmetode som brukes når forskeren ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette gjøres gjennom informasjonsutveksling og sosial samhandling, oftest i form av intervju. Formålet med kvalitativt intervju er å innhente beskrivelser ut fra intervjupersonens opplevelser med vekt på fortolkning av mening og betydning av fenomenet som beskrives (Malterud, 2011).

Vi har i vår oppgave lagt vekt på anestesisykepleierens opplevelser og erfaringer og har derfor valgt å bruke semistrukturerte intervju, der informanten kan snakke fritt. Det er viktig å skape en god intervjusituasjon der intervjupersonen føler seg trygg slik at meningsinnholdet kommer frem i samtalen (Malterud, 2011).

#### **3.2 Forforståelse**

Ifølge Malterud (2017, s 41) er kunnskap et produkt av menneskelig tolkning, persepsjon og samhandling. Forskeren som person vil kunne påvirke forskningsprosessen og resultatet, uansett hvilken forskningsmetode som gjennomføres. Dette gjelder særlig kvalitative studier, der de empiriske dataene skal reflektere informantens meninger og erfaringer best mulig, og ikke være styrt av ledende spørsmål. Hvis forskerens person er for tydelig involvert i materialet vil kunnskapens pålitelighet og gyldighet bli begrenset. (Malterud, 2017).

Vi har begge deltatt i traumeteam selv på lokalsykehus der vi tilhører, men ikke i roller som oppgaven vår bygger på. Dermed har vi litt innsikt i hvordan et traumeteam fungerer, hvordan de jobber og hvem som deltar. Vi har begge roller der vi ikke har vært inkludert i selve teamet, men roller utenfor der vi blant annet har tatt vare på pårørende og klargjort sengeplass til traumepasienten når han er klarert og klar for å flyttes til avdeling for videre overvåking. Under studiet har vi fått deltatt på flere traumeteam i praksisperiodene våre som

anestesisykepleiere der vi har fått et tettere innblikk på hvordan det er å jobbe i team og sett både fordeler og ulemper med å jobbe så mange om en pasient samtidig. Vi har avklart våre egne forforståelser i forkant, da dette kan være en fordel men også et hinder i oppgaven. Vi kunne stille spørsmål fra et «innsideperspektiv» der vi var kjent med kulturen de jobber i og den spesielle språkbruken våre informanter brukte, noe som ikke utenforstående har særlig forståelse for. Ulempen var at vi kunne unngå å få en dypere avklaring på spørsmålene under intervjuet, og påvirke måten vi la fram spørsmålene på.

### **3.3 Prøveintervju**

Vi gjennomførte et prøveintervju med en erfaren anestesisykepleier for å få prøvd ut opptaksutstyret og intervjuguiden vår. Det vi erfarte var at vi fikk ikke særlig gode og utfyllende svar på spørsmålene vi stilte først fordi den erfarne anestesisykepleieren synes det var vanskelig å sette seg inn i situasjonen som nyutdannet igjen. I tillegg fikk vi tilbakemelding på at hadde hun lest intervjuguiden i forkant hadde hun kunnet forberede seg å tenke mer i dybden. Dataene som kom frem i prøveintervjuet ble slettet og brukes ikke i oppgaven vår.

### **3.4 Rekruttering og utvalg**

Alle typer forskning krever en utvalgsstrategi som fører til at dataene som materialet inneholder handler om fenomenet som skal utforskes (Malterud 2017). I kvalitativ forskning brukes det informanter som kan bidra med informasjon for å svare på forskningsspørsmålet. Formålet med denne studien er å belyse meninger og avdekke flere realiteter. Den vitenskapelige kvaliteten vil bli påvirket av antall informanter, derfor er det ønskelig å få mest mulig informasjon av et lavt antall informanter (Pilot & Beck, 2018).

Vi ønsket et strategisk utvalg på 9 informanter fra 3 forskjellige lokalsykehus i Norge som hadde akutfunksjon/traumefunksjon for at materialet skulle kunne på best mulig måte belyse vår problemstilling. Vi valgte å ta et strategisk utvalg for å sikre oss at vi fikk informanter som kunne svare godt på vårt forskningsspørsmål. Et strategisk utvalg er basert på noen kjennetegn som forskeren har satt som kriterier, og utvalget må da omfatte disse kriteriene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Våre inklusjonskriterier var at anestesisykepleierne var nyutdannet innen 2 år og hadde deltatt på minst tre traumeteam.

For å kunne kartlegge hvilke lokalsykehus vi kunne ta kontakt med i forhold til kravene vi hadde satt i forskningsprosjektet, måtte vi ut fra Norges sykehuskart forhøre oss om de hadde traumefunksjon. Vi hadde tre spørsmål for å kunne kartlegge om de hadde aktuelle informanter. Spørsmålene vi brukte var «Er dette et sykehus som har traumefunksjon», hvis ja ba vi dem om å sette oss over til anesthesiavdelingen. Det neste spørsmålet var «Har dere anestesisykepleiere som er nyutdannet innen 2 år?» hvis ja, spurte vi hvordan opplegget var i forhold til å være nyutdannet å delta i traumeteam.

Under den første ringerunden vi hadde til sykehusene fikk vi informasjon om de hadde informanter som møtte våre kriterier til studiet og anestesisykepleiere som hadde vært ferdigutdannet i inntil 5 år. Slik at vi hadde litt å gå på hvis vi skulle få lite respons.

Videre så la vi frem vår oppgave for lederne på anesthesiavdelingen, og ble tatt godt imot med hjelp fram dem. Vi fikk mailadressen deres og sendte en mail kort tid etterpå med informasjon om forskningsprosjektet vårt og et vedlegg med samtykke (vedlegg nr.2). Anestesilederne på sykehusene skulle så videresende mailen til de aktuelle informantene. Vi satte først en tidsfrist på en måned fra vi sendte mailen. Vi ble da kontaktet av 3 informanter som ønsket å bidra i vårt forskningsprosjekt. Siden vi ikke fikk tilstrekkelig med informanter på første forsøk, sendte vi en purremail til anestesilederen og ba de hjelpe oss, samtidig som vi utvidet kriteriene for informantenes utdanningsperiode til 3 år. Vi fikk på dette forsøket inn relevante 2 informanter til i prosjektet. Vi hadde en veiledning med veilederen vår etter dette og kom frem til at dette var fremdeles litt tynt grunnlag å bygge vårt forskningsprosjekt. Vi ble enige om å sende ut en siste mail til anestesilederne å be dem hjelpe oss å motivere anestesisykepleierne til å hjelpe oss med prosjektet. Vi utvidet informantenes utdanningsperiode også til 5 år og sendte mail på nytt. Vi fikk til slutt 6 informanter på 4 forskjellige sykehus.

### **3.5 Intervjuguide**

En intervjuguide skal inneholde informasjon om temaer som skal drøftes i intervjuet, og det skal være til hjelp for forskeren gjennom i gjennomføringen av intervjuet. Intervjuguide utarbeides forskjellig ut ifra om en skal ha et strukturert eller ustrukturert intervju (Malterud, 2011). Vi valgte å gjennomføre et semi-strukturert intervju med våre informanter. Med semi-strukturert intervju opparbeides en intervjuguide med hovedtemaer, men forskeren står da fritt til å komme med oppfølgingsspørsmål (Malterud,2011).

Vi brukte våre egne erfaringer med å delta i traumeteam til å finne tema som vi trodde kunne være relevante til vårt forskningsspørsmål. Vi utarbeidet en intervjuguide tidlig i forskningsprosjektet (vedlegg nr.3). Guiden besto av 11 hovedspørsmål. Hovedtemaene var tidligere erfaring i traumeteam, problemstillinger, kommunikasjon og forberedelse/ strategi. Vi skrev også opp noen stikkord på sidelinjen som kunne hjelpe oss med oppfølgingsspørsmål. Informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant slik at de kunne lese igjennom å forberede seg til intervjuet. Vi sendte da intervjuguiden uten stikkordene, slik at de fikk bare et overblikk over hva vi var ute etter i intervjuet. Vi hadde som tidligere nevnt gjennomført et prøveintervju slik at vi visste at spørsmålene var forståelige og åpnet for mer enn et konkret svar. Intervjuguiden var til god hjelp for oss for å sikre at vi kom igjennom alle temaene vi ønsket informasjon om.

### **3.6 Datainnsamling**

Det var planlagt før vi fikk informanter at vi skulle reise til de aktuelle sykehusene for å gjennomføre intervjuene, men på grunn av avstanden til de sykehusene som til slutt ble inkludert, ble vi enige med alle informantene om å gjennomføre telefonintervju. Deltakerne kunne velge selv om de ville bruke Skype, telefon eller videooverføring, men det var kun lydopptak som ble brukt for å lagre data.

Informantene hadde samme utdanning, og var relativt nyutdannet. Noen hadde mer erfaring enn andre, men ingen var kjent med rollen som anestesisykepleier før utdannelsen.

Informantene besto av fire kvinner og to menn.

Vi startet intervjuet med å presentere oss og oppgaven vår, før vi satte fokuset over på informanten. Vi ga dem god tid til å tenke, snakke og stille oss spørsmål om noe var uklart. Vi prøvde å si minst mulig, men bekreftet det informanten forklarte med «mm» eller «ja».

Informantene mente det var et viktig tema og derfor gikk praten veldig lett når vi var inne på de forskjellige temaene vi ønsket å undersøke. Dermed følte vi at det ble noen gode intervju situasjoner der vi fikk frem deres opplevelse av det å delta i traumeteam som nyutdannet anestesisykepleier. Noen hadde erfaringer med traumeteam tidligere og andre hadde aldri vært borte i traumeteam.

Vi avsluttet hvert intervju med å spørre om det var noe informantene mente var viktig under dette temaet som vi ikke hadde vært inne på eller om de hadde noe å formidle som de ikke

hadde fått anledning til. Dette opplevdes ikke som nødvendig, da dette var et individuelt intervju og vi hadde ingen andre å ta hensyn til enn informanten.

Vi brukte en godkjent lydopptaker fra Universitetet i Agder og transkriberte selv deretter ordrett av opptaket. Vi transkriberte noen intervju hver for å fordele arbeidet, men vi ble enige i forkant hvordan det skulle gjennomføres. For å bevare informantenes anonymitet, valgte vi å transkribere intervjuet på bokmål. Vi valgte å ta med våre «mm» og «ja», da dette kunne ha innvirkning på forståelsen. Intervjuene varte i 20-25 minutter hver.

### **3.7 Analyseprosess**

Analyse er en målrettet reise fra problemstillingen til resultatet, som gjøres på en strukturert måte. Analysen krever både distanse og nærhet, og gir tolkninger og resultater som bidrar til ny kunnskap, dette for å unngå undervurdering av forståelsen og tolkningen. Analysen skal være tydelig slik at lesere kan gjenkjenne og følge prosedyren en har valgt, samt forstå tolkningene og konklusjonene. Kort sagt skal analysen ikke bare gjennomføres men videreformidles også (Malterud, 2011).

Vi valgte Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering som analysemetode, som er en tverrgående kvalitativ analyse, som oftest brukes i medisin og helsefag. Med tverrgående kvalitativ analyse skal forskjeller, likhetstrekk, følelser, holdninger og variasjoner i erfaring sammenfattes og fortolkes. Denne analysemetoden krever flere deltakere enn ved en langsgående analyse, for å skaffe forsvarlig informasjonsstyrke. Denne systematiske tekstkondenseringen består av fire trinn, helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese (Malterud, 2011).

Analysearbeidet startet ved å bli kjent med materialet vi hadde samlet inn, og det ble gjort ved at vi leste gjennom de transkriberte individuellintervjuene. Dette for å få et helhetsbilde slik at vi kunne vurdere mulige temaer som representerte de nyutdannede anestesisykepleiernes opplevelse av å delta i traumeteam. Det er viktig at teoretiske rammeverk og forforståelser blir satt til side under denne prosessen for å se helheten. Når vi hadde lest igjennom materialet oppsummerte vi inntrykkene for å finne ut hvilke foreløpige 4-8 temaer som var dominerende. Videre ga vi hvert av disse temaene et navn, for så å gå igjennom temaene å se om det er noen fellestrekk eller hovedgrupper. Det var viktig å huske på at temaene kun var et førsteinntrykk

av det transkriberte materialet på dette punktet i analysedelen (Malterud, 2011). Her var de dominerende temaene så langt: kommunikasjon, utfordring, trygghet og rollefordeling.

Videre ble det materialet som vi skulle studere videre organisert, og resten ble lagt til sides. Når vi var ferdige med første del av analysen, hadde vi notert ned de foreløpige temaene som er nevnt over, for så å gå igjennom materialet igjen å se hva som spriket og hva som var sammenfallende. Vi ble så enige om 7 temaet som var dominerende og som kunne danne grunnlag til kodegruppene. Vi skrev ut de transkriberte intervjuene og markerte kodegruppene med hver sin farge. Vi analyserte intervjuene hver for seg, men satt oss sammen når vi var ferdige for å sammenligne våre oppfatninger av intervjuene og se hva vi kunne bruke av materialet for å kunne svare på vår problemstilling. Vi gikk da igjennom materialet linje for linje, for å kunne skille relevant informasjon fra irrelevant informasjon.

Videre i analyseprosessen satte vi sammen det sorterte materialet fra tidligere i prosessen, ved å identifisere og kose meningsdannede enheter i intervjuene. Den irrelevante teksten ble lagt bort, og det relevante materialet ble plottet inn i et dokument i Word under de kodene de tilhørte. Vi gikk så igjennom kodegruppene og vurderte innholdet i hver kodegruppe for om vi skulle slå sammen noen kodegrupper (Malterud, 2011).

I det siste trinnet av analysen, syntese, skulle alle bitene settes sammen igjen. Først måtte vi gå igjennom hver kodegruppe å sjekke oppbyggingen for så å lage en analytisk tekst som skulle formidles på en lojal måte slik at informantenes stemmer ble tatt hensyn til. Det var også viktig for oss at leserne opplever god innsikt og tillit, samt at vi som forskere tok ansvar for våre roller (Malterud, 2011).

De temaene som vi kom fram til i analyseprosessen var de temaene som dominerte i intervjuene og det var erfaring, rollefordeling, kommunikasjon, utfordring, trygghet, stress og mestring. Disse temaene vil vi presentere som resultat i oppgaven vår.

Tabell: Utdrag av en skjematisk oversikt av noen kategorier og subkategorier.

	Hvordan opplever nyutdannede anestesisykepleiere å delta i traumeteam.					
Kategori	Erfaring har betydning	Ulike sider ved rollefordeling	Kommunikasjon er avgjørende	Ulike praktiske og ytre utfordringer	Trygghet	Stress og ulike grader av mestring
Subkategori	Tidligere erfaring	Anestesisykepleiers plass i traumeteam	Kommunikasjon med pasienten	Utstyr		
	Erfaring som ferdigutdannet anestesisykepleier	Å jobbe i team	Kommunikasjon i team	Ytre faktorer		
		Samarbeid	Kommunikasjon i team			
		Ulike vaktordninger har betydning	Kommunikasjonsverktøy			

### 3.8 Etikk

All forskning som brukes skal være etisk forsvarlig. Vi må følge etiske prinsipper i sykepleieforskning som er beskrevet i Helsinkideklarasjonen som omfatter å beskytte deltakerne som vi skal forske på. Det er også bestemmelser innen personopplysningsloven, forskningsetikkloven og helseforskningsloven vi må forholde oss til for å sikre deltakernes sikkerhet og trygghet (Malterud, 2017).

Vår studie omfatter ikke pasientopplysninger og helseopplysninger om verken pasienter eller informanter. I situasjoner hvor informantene fortalte om pasienthistorier har dette blitt anonymisert og ikke vært relevante for forskningsprosjektet og derfor heller ikke blitt inkludert i oppgaven vår.

Før vi kunne starte med våre undersøkelser ble det skrevet en prosjektplan som ble godkjent av vår veileder. Deretter ble denne brukt som en prosjektsøknad og ble sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som ble godkjent 07.10.2019 (vedlegg nr.4). Vi sendte også inn informasjonsskriv og samtykkeerklæring som ble godkjent (vedlegg nr.2). Det var viktig at informantene opplevde det som frivillig å delta, derfor måtte vi henvise oss til anestesilederen på de aktuelle sykehusene som videre kunne formidle informasjonene vår. Grunnen til at vi i vårt forskningsprosjekt måtte søke til NSD er fordi vi valgte lydopptak som betyr at vi har personidentifiserende data.



Våre informanter fikk i forkant av intervjuet god informasjon om hva vårt forskningsprosjekt skulle bygge på, hvordan våre roller ville være i prosjektet angående taushetsplikt, anonymisering og at alt materiell ville bli behandlet på en forsvarlig måte. I informasjonsskrivet (vedlegg nr.2) var det også lagt tydelig vekt på at det var frivillig og at de kunne til enhver tid i forskningsprosjektet trekke seg.

Videre måtte vi sende en søknad til Fakultetets Etiske Komité (FEK) som godkjente studien (vedlegg nr.5).

Før vi kunne gjennomføre intervjuet måtte vi ha alle søknader godkjente og vi måtte ha mottatt samtykkeerklæring fra informantene. Lydfilene ble slettet etter at de var transkribert. Transkripsjonene ble lagret i en passordsikret data, slik at ingen andre hadde tilgang til dem.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil det bli presentert hovedfunnene med detaljert innhold som dominerte i oppgaven vår. Hovedtemaene som vi presenterer som funn er: erfaring, rollefordeling, kommunikasjon, utfordring, mestring, stress og trygghet. Mange av teamene går litt inn i hverandre. Temaene går litt over i hverandre, derfor kommer det til å bli trukket inn andre tema enn hovedtemaene nedenfor. Det vil bli trukket inn direkte sitater, som blir markert i kursiv.

### 4.1 Erfaring har betydning

Erfaring var noe informantene mente var viktig. Både de som hadde erfaring i forkant av videreutdanningen, men også de som ikke hadde erfaring med traumeteam før de var ferdigutdannet. Informantene hadde jobbet mellom ett til fem år som anestesisykepleiere, og på denne tiden mente de at de hadde opparbeidet seg god erfaring som anestesisykepleier. Og dermed følte de seg mer trygge og erfarne til å motta traumepasienter.

#### 4.1.1 Tidligere erfaring

Det var tydelig forskjell hos informantene om de hadde erfaring med traumeteam fra tidligere. Tre av informantene hadde deltatt i traumeteam før de startet videreutdanningen, men med ulike roller. En informant hadde erfaring med teamarbeid, men ikke traumeteam. Og to av informantene hadde ingen erfaring med traumeteam fra tidligere.

De informantene som hadde deltatt i traumeteam tidligere i andre roller, syntes det var utfordrende å delta med nye roller. En informant forklarte det slik *“Egentlig har det vært en stor skiftning av rolle. Men har jo kanskje.. Man er i større grad selvstendig. Man går en del alene og man har andre oppgaver som man må bli ikke akkurat kjent med, men bli vant med”*. En annen informant mente det var utfordrende å holde fokuset til kun anestesirelaterte oppgaver *“I starten så var det faktisk litt vanskelig, men det kommer av grunnen at jeg hadde vært i akuttmottaket og jobbet der som sykepleier. Så jeg slet litt med roller. Det var det å holde seg til anesthesioppgaver, men så begynte jeg plutselig å tenke på temperaturmål og sånne type ting som ikke egentlig var min oppgave. Men det tok kanskje 6-7 måneder, så ble jeg kvitt de uvanene, og holdt meg til det jeg skulle”*. En informant mente at det å bytte rolle fra sykepleier til anestesisykepleier var et mye større ansvar. Miljøet var ikke ukjent for de med tidligere erfaring, de var kjent med utstyr og plassering og oppbygging av traumeteam.

En av informantene forklarte det slik *“Fordelen for min del er kanskje, i forhold til mange andre, er vel det at, i og med at jeg har jobba som sykepleier i akuttmottaket der vi tar imot traumepasienter og på den skadestua, jeg har jo jobba på den stua i mange, mange år. Så jeg kjenner jo alt ting som er inne på den stua og sånt. Det kan være trygghet i seg selv da”*.

#### **4.1.2 Erfaring som ferdigutdannet anestesisykepleier**

Informantene beskrev at jo lengre de jobbet som anestesisykepleiere jo mer erfaring fikk de, selv om de ikke fikk deltatt på traumeteam hele tiden. Men de opparbeidet seg erfaring med å jobbe i anesthesiavdelingen med planlagte operasjoner. Forskjellen på en operasjonsstue og i et traumemottak er som en informant beskriver det *“Det er noe ting på operasjonen der vi gjør at pasienten slutter å puste, men i øyeblikkelig-hjelp fasen så kan det være litt mer vanskeligere, fordi det kan være på grunn av store skader som kan være så vanskelig å håndtere. Så det er gjerne når pasienten er kritisk dårlig, da kan det være vanskelig å håndtere, absolutt”*.

Fire av informantene har tatt kurs i traumesykepleie (KITS), som er et kurs som veileder en gjennom A- luftveier, B- respirasjon, C- sirkulasjon, D- bevissthet, nevrologi og E- oversikt, omgivelser. En av informantene mente dette kurset bør være obligatorisk allerede under utdanningen *“Det som jeg har merket er jo at jeg har tatt KITS- kurs i traumesykepleie etter jeg var utdannet og det var jo veldig, veldig bra utdanning. Det tenker jeg burde være en integrert del av sykepleie eller anestesisykepleierutdanningen da. For da fikk du virkelig øvd og gått igjennom ABCDE og virkelig få det i fingrene. Men det har gitt meg en trygghet, pluss at vi øver jo jevnt og trutt på traumemottak”*. Alle informantene mente at simulering var bra, og økte deres trygghet samtidig som de ble godt kjent med rollen deres og forløpet i traumearbeid. Det var stor forskjell hos informantene om hvor mye tid de fikk satt av til simulering eller *“teambuilding”* som en informant kalte det. Noen var med på simulering i traume en gang i året, mens andre hadde ulike simuleringer en til to ganger i måneden. Selv de som hadde simulering med traume som senario ofte kunne tenke seg og hatt det enda oftere, da de mente simulering er nøkkelen til et godt samarbeid og traumemottak. En av informantene sier *“Simulering synes jeg er veldig bra. Kunne gjerne hatt mer av det, men vi har det ganske ofte, men hadde ikke gjort noe om vi hadde hatt det enda oftere. Det tror jeg er gull verdt. Og det KITS-kurset, jeg fikk en sånn aha-opplevelse av, og hvorfor vi ikke hadde det under utdanningen våres”*. En annen informant forklarer utbytte av simuleringen slik

*“Simulering i hovedsak synes jeg er det jeg lærer mest av. For da kan man stoppe å gjøre det på nytt igjen”.*

Et annet kurs som ble nevnt utenom kurset i traumesykepleie var Trauma Nursing Core Course (TNCC) som var veldig lærerikt. Det ble beskrevet slik *“For det er en ukers kurs som er både teoretisk og praktiske øvelser der man jobber med ulike typer kritisk dårlige pasienter. Og som anestesi så tror jeg det en veldig viktig del i det med å kunne være mest mulig forberedt. Også er det veldig mye man kan gjøre selv. Utøver deg etter kurset da. Det gjelder å holde seg oppdatert innen faget da og kanskje at du går gjennom utstyr på jobben eller på det sykehuset, på den skadestua for eksempel. At du går gjennom utstyr, du ser hvordan saker og ting fungerer, du får lese på prosedyrer. Så det er mye eget ansvar som du får gjøre selv, for den enkelte da. Det er ingen andre som kan lære deg det liksom”.* Det ble også forklart at noen plasser er det fagsykepleier i deres avdeling som purrer på dem for at de skal holde seg oppdatert med e-læringskurs og lese prosedyrer.

Som nyutdannet anestesisykepleier fikk alle informantene vært med en annen anestesisykepleier på traumeteam i begynnelsen. *“Du er ganske sårbar når du er ganske ny, men klart at når man får lov å gå sammen med noen i begynnelsen. De første 3 månedene så har vi jo bare erfaring på øyeblikkelig hjelp og sammen med noen andre, men klart når du da blir slept alene så er du alltid nervøs og stresset. Samtidig så merker du at du er et team. Da blir det litt lettere å tenke at en trenger ikke ha alt mottaket alene. Og du har faktisk en liten rolle i det teamet.”*

Alle informantene er enige om at erfaring hjelper godt på, og jo mer erfaring man har jo mer rusta blir man på å møte traumepasienter i ulike settinger. Alt fra alvorlig skadet til mindre skader. De fleste av informantene følte også at de traumene de hadde deltatt på til nå ikke hadde vært særlig alvorlige, da de jobber på et mindre sykehus og må ta vurderinger om traumet kan tas på det sykehuset eller om de må stabilisere pasienten og videresende ham til et større sykehus.

## **4.2 Ulike sider ved rollefordeling**

Rollefordeling var også et av temaene som var veldig dominerende under intervjuet. Det handlet om hvilke rolle de hadde som anestesisykepleiere, hvem de hadde å forholde seg til og hvilke forventninger de hadde til hverandre under teamarbeidet.

#### 4.2.1 Anestesisykepleierens plass i traumeteam

Alle informantene beskrev sine roller noenlunde likt, der de hadde fast plass i traumerommet. *“Ofte så oppfatter jeg vel kanskje at jeg står på pasientens venstre side da. Også har anestesilegen stått med hode.”* En annen informant forklarer det slik *“Men min rolle er jo da ... vi har jo ulike roller. Jeg står ved siden av pasienten da og bistår da med eventuelt ... Vi begynner jo da på A også videre. Og hvis det skulle være noe problem da så, hvis vi må intubere og noe sånn, så er det jo vår tur, meg og anestesilegen da som tar den biten”,* en annen informant som ikke hadde mye erfaring fra tidligere forklarte det slik *“Nei, jeg synes jo det er veldig, eller man har klare retningslinjer på hva man egentlig skal gjøre som anestesisykepleier”.* Videre forklarer alle informantene at de bistår med enten å legge venekanyler eller hjelper til hvis de skulle trenge hjelp de som utfører det. En av informantene forklarer oppgaven litt mer i detaljer *“Å mitt fokus er jo stort sett venekanyler og venøs tilgang, og samarbeider med laboratoriet for de tar ofte blodprøver sammen med venekanylen og selvfølgelig hvis jeg kommer før anestesilegen, hvis den er opptatt, så er det luftveiene og stå og stabilisere og snakke med pasienten”.* En av informantene som hadde erfaring fra tidligere forklarer sin forandring i rolle slik *“Ja, det er jo veldig stor forskjell fordi som sykepleier i mottak så gjør du kanskje ikke så mye mer enn at du setter på blodtrykksmansjetten, pulsoksymeter, ta temperatur. Men som anestesisykepleier så kan det faktisk være du selv som må intubere eller om det skjer veldig sjelden. Men bare det hele å forberede til intubasjon, medisiner til intubasjoner og ja, sånne saker i seg er store forskjeller til anestesisykepleier i et traumeteam”.*

Alle anestesisykepleierne forklarer at de har et anestesibord som er så å si identisk med anestesibordet de har oppe på operasjonsavdelingen. Medikamentene de bruker ligger ikke på traumemottaket og de har derfor litt ulike måter å gjøre det på. *“Jeg har en, som jeg kaller «beautybaggen min», koffert der det er et lass med medisiner. Så er det å møte i traumemottak og der får vi som team beskjed om hva meldinga fra AMK er eller akuttmottaket. Og da må man på en måte forberede seg ut i fra meldingen. Men er det traume, så betyr det på en måte at høyenergi involvert. Man gjør klar intravenøse tilganger, væskevarmer. Alle gjør klare sine ting for å være så beredt som mulig”* forteller en informant.

Når vi spurte de nyutdannede anestesisykepleierne om de klarte å holde oversikt i en hektisk situasjon når de får inn traumepasienter var det stor forskjell i forventingene til dem selv og hva de fokuserte på. Det gikk mye på at en følte ikke en klarte holde fokus på hele

gjennomgangen av A, B, C, D og E, mens noen slo seg til ro med bare å ha fokus på A og B. En informant sier *“Ja, det jeg bruker å gjøre er vel at jeg fokuserer på, mitt fokus område er jo på A og B. Resten bryr jeg ikke så mye om. Iallfall ikke til å begynne med. Så A er jo mitt fremste fokus område først. Og resten får man bare ta det videre derifra da”* og en annen informant forklarer hvordan de håndterer det slik *“Men mitt fremste fokus som anestesisykepleier er alltid A og B da. Andre i teamet tar resten, sånn er det jo bare. Når det er en slags, hva skal man si da, det er noen ting du må lære deg å håndtere, og forstår at man kan liksom ikke gjøre alt ting, det går ikke. Man får begynne på A og B også går man videre etter det da, når man har fått avklart det da”*. De prøver så godt de kan å få med seg hva som blir sagt, men dette har med kommunikasjon å gjøre *“Jeg pleier egentlig bare å tenke på hva som er min oppgave og prøve å få med meg hva som blir sagt og hva som blir relevant for min del og i hovedsak om det er noe jeg ser så må jeg jo tenke på om det er nødvendig for de andre i teamet og at jeg skal dele informasjonen jeg har med meg da”*, sier en informant.

#### **4.2.2 Å jobbe i team**

Det å jobbe i team kan være utfordrende men også betryggende. Alle anestesisykepleierne mente at et traumeteam fungerer stort sett bra når de har en teamleder som er sikker og klar i sin tale *“Og så er det jo også traumeleders rolle om hvor godt drilla de er da. Det er stor forskjell på traumeleder som er klar i sin tale og har en klar plan på det hele”*. En av informantene beskrev sin oppfatning av hvordan et traumeteam burde være slik *“god ledelse og at alle i teamet vet sine oppgaver. Man kan ikke gå rundt å «kakle som et høns», da har du ingenting der å gjøre. Så hvis alle gjør det de skal og hvis folk beholder roen og bruker «closed loop» så får man unna A, B og C ganske kjapt. Og man kan få gjort noe med A, B og C ganske kjapt hvis det lar seg gjøre”*. En annen informant beskrev det slik *“Så vil jeg si at du har behov for en tydelig traumeleder som er klar på hva han eller hun vil og så må det også være en ro i traumemottaket. Men hvis det er traumeleder som er usikker, så har man en utfordring for da må noen andre ta ledelse”*. Traumelederen skal ha den fulle kontrollen ved et traumemottak. En av informantene forklarer sin opplevelse av det slik *“Vi går veldig systematisk og skjematisk i fra vi begynner på A og så er det traumeleder som har den fulle kontrollen. Så man gjør ikke noe utenat at man får beskjed om det egentlig. Så all kommunikasjon går gjennom traumeleder”*.

Anestesisykepleierne og anestesilegene er som et miniteam. De jobber sammen og står plassert på samme plass, ved hodeenden til pasienten. En informant beskrev samarbeidet

deres slik *“Jeg og anestesilegen er jo et miniteam i traumeteamet, så vi kan jo da umulig få med oss alt for vi har våre oppgaver”*. Videre kommer det frem i intervjuet at det er viktig med god kommunikasjon og planlegging av oppgaver mellom anestesisykepleieren og anestesilegen før traumepasienten kommer. Dette for å unngå usikkerhet og klargjøre rollefordeling. En informant sier *“I et skikkelig traumemottak så er det jo anestesilegen som forholder seg til pasienten i utgangspunktet og traumeundersøker. Jeg utfører, legger inn kanyler og gjør klar intuberingsutstyr. Så det er egentlig ikke før alt har roet seg ned, hvis pasienten er våken. siden alle holder på å styre og planlegger CT og intensivavdelingen, da ender jeg opp med å stå pasienten og prate med han. Som anestesisykepleier så forholder du deg ikke så veldig til traumepasienten i begynnelsen. Men på et medmenneskelig plan opplever jeg”*. En annen informant forklarer at hun forbereder sin rolle slik *“Så prøve å tenke fremover hele tiden. Og klargjøre roller mellom meg og anestesilegen. «Hva gjør jeg hvis det og det skjer, og hva gjør du?»»*.

Selv om det er klare og definerte roller for hver av de som deltar i traumeteam, kan det by på utfordringer. En av informantene beskriver det slik *“Det er vel kanskje hvis jeg blir hukka tak i. Og det går litt på rollefordeling. At de ikke kanskje tenker over hva slags rolle og hva slags funksjoner jeg har sånn at de vil ha meg til å gjøre andre ting. At jeg på en måte kommer bort litt fra min oppgave da”*. En annen informant beskriver det slik *“Også det med å ha avtale, gjerne da med anestesilegen at man fordeler oppgavene. At man ikke føler at man må gå over på andres oppgaver å ha kontroll på det, men at man fordeler, det er liksom ryddig og greit på forkant. Og det medfører at jeg har litt oversikt”*.

### **4.2.3 Samarbeid**

Det å jobbe i et traumeteam kan by på flere utfordringer da en er flere personer i et team. Flere av informantene forklarer at det kan være utfordrende å jobbe i team da de ofte har med seg vikarer eller at de må forholde seg til personell med forskjellige kulturelle bakgrunner. En av informantene beskriver utfordringen med vikarer slik *«Vi har jo litt utfordring med at vi har egentlig ingen faste anestesileger da. Men når det kommer en ny anestesilege så vet ikke jeg hva han står for og hva han eller hun har som svakheter»* og dette bekrefter to andre informanter også *«Ja vi har hatt litt vikarer som jeg ikke har fått møtt før. Så det har gjerne vært litt, eller det har jo bestandig gått bra. Men det har vært mye vanskeligere å gjøre den jobben man skal»* *«Ja, og så hvis de ikke har vært, eller alle har vært i et traumeteam stort sett, når de kommer og er vikarer og sånn. Men hvis man ikke har fått jobbet med dem før, så*

*er det gjerne det at man, for eksempel at de ikke er vandt til å legge en plan i forkant og hvis man har en liten pause før traumepasienten kommer inn så legger en gjerne en liten slagplan. Og hvis det på en måte ikke blir gjort før for man over hodet ikke er kjent eller man har rutiner på det, så kan det fort bli litt slik at man kommer bakpå synes jeg».*

En annen utfordring kan være den sammensatte gruppen i traumeteamet. En av informantene beskriver dette som vanskelig «*Men så har du andre personer som kan være veldig stressa og høylytte og kanskje ikke klarere å håndtere det hele å jobbe i team. Man kan jobbe umatchende og at man skal gjøre alle tingene selv. Det er vel det som kanskje kan være det vanskeligste*». En annen informant beskriver samme situasjon bare i forhold til erfaring «*Det har også noe med hvem som er med, hvem som jobber da som man kan si da. Om det er personell som er mer erfaren og kan jobbe i team og alle ting gjøres på en systematisk måte eller om du har en personell som er veldig ung og usikker på seg selv da*».

Det å ha et samarbeid å få ting til å fungere er veldig viktig i traumeteam. Det kan fort oppstå ventetid som igjen fører til frustrasjon. I et team skal de samarbeide, og en av informantene forklarer om en situasjon som fort kan bli en utfordring slik «*Hvis noen begynner å skal stikke på et eller annet da og ikke får det til, og plutselig blir hele teamet stoppet opp fordi de ikke får det til og ikke ber om hjelp*». En annen informant beskriver en annen utfordring i forhold til samarbeid slik «*Det jeg ofte opplever nede i mottaket er at hvis det er ordentlig behov for utstyr og hvis jeg er alene anestesisykepleier og er håndlanger og makker til anestesilegen, det er at for eksempel akuttsykepleieren ikke egner seg til å fylle arteriekransett. Det er faktisk litt katastrofe. At de ikke er helt trygge på å henge opp transfusjoner, bruke væskevarmer, for slike ting ender jeg ofte opp med å bruke tiden min på for at noen ikke kan det. Så jeg tror det hadde vært en bra ting hvis de var kompetente til å fylle raskt et arteriekransett for der det tar litt tid, men det må fortsatt gjøres rett. Så ender jeg ofte opp med å stå med slike oppgaver istedenfor å bruke tiden der jeg burde, og det er litt trassig*».

#### **4.2.4 Ulike vaktordninger har betydning**

På sykehusene til informantene vi intervjuet var det stor forskjell i hvordan deres vaktordning fungerte, og om de hadde anestesileger tilgjengelig på sykehuset til enhver tid på døgnet. En informant forklarte at de hadde en ordning der alle på operasjonsavdelingen, operasjonssykepleiere og anestesipersonell gikk hjem når dagskiftet var ferdig og hadde hjemmevakt til neste morgen. En annen informant sier «*Ja jeg jobber jo på et sykehus hvor vi*



*har en litt spesiell vaktordning. Da vi på natt og helg er alene anestesisykepleier på vakt og anestesilegen drar også hjem hvis det er rolig. Så da er vi helt alene som anestesikyndig, frem til anestesilegen kommer, og det kan være 20 minutter unna. Så den første tiden hadde jeg ganske mye puls”. Men det er også noen av informantene som har hatt en slik ordning som over tidligere med har nå gått over til en annerledes ordning som informanten forklarer her “Nei, han er tilstede 24/7, men har vært endret noe i fjor tror jeg det var. Så det er faktisk ikke så lenge siden. Så han er tilstede vakt og det kjenner jeg og setter veldig pris på den endringen der”.*

### **4.3 Kommunikasjon er avgjørende**

Hos alle informantene var det tydelig at kommunikasjon er noe som jevnlig må øves på. Det er blant annet avgjørende for hvor godt teamarbeidet blir. Det har vært ulike opplevelser knyttet til kommunikasjon, noe som vil bli presentert under.

#### **4.3.1 Kommunikasjon med pasienten**

Som anestesisykepleier står du sammen med anestesilegen ved hodeenden til pasienten. Da forklarte en av informantene at det er en viktig oppgave til anestesisykepleier å kommunisere med pasienten: *«Å informerer hva som skal skje og at vi er i nærheten og skal hjelpe. I og med dem ligger på rygg og ikke ser alt som skjer, så ja, gir informasjon om at systematisk undersøkelse og litt blodprøver taking og sånt og flere stikk som vil komme på og informere pasienten. Det synes jeg er en veldig fin oppgave i denne rollen da. Jeg syns og det er helt greit og egentlig litt godt å ha blick kontakten med pasienten, i og med at du må stå å jobbe med hode der».* En annen informant forklarte at det ofte er kun anestesilegen som står ved hodeenden og vedkommende heller fokuserte blant annet på å sette inn venekanyler og forklarte det slik: *«Det pleier å være anestesilegen som står med hodet og informerer om det. Det meste jeg sier er «nå kommer det et stikk» og så stikker jeg».*

Når en pasient blir tatt imot av et traumeteam kan pasienten være alvorlig skadet og er i en akutfase, dermed kan bevisstheten være redusert og gjøre det vanskelig å kommunisere med pasienten. Da er ofte ikke akkurat kommunikasjon til pasienten som ligger i fokus. En av informantene forklarte det slik: *«I hvert fall sånn som jeg har opplevd det så har det fungert ganske bra at han sier hvem man er og hva man er. Men trenger ikke å snakke så veldig mye utdypende i en slik akutfase. Men hvis det blir slik at man må hjelpe til med ventilering og*

*slike ting så er det jo gjerne bevisstløse pasienter så har ikke så mye erfaring på det området». En annen informant mener at kommunikasjon til pasienten skal ikke glemmes uansett og forklarte det slik: «Så man prøver og si i hvert fall hallo og velkommen hit og ikke bare gå rett på å fyre inn kanyler og sånne ting. Jeg tenker at det er vel bra for pasienten å få vite hva som skjer». Overnevnte informant legger til at en kan fort kun fokusere på problemet og utfører tiltak og prosedyrer med en gang og noen ganger overser pasienten som et menneske. Vedkommende forklarte det slik: «Så kanskje vi ikke har øvet nok på det, det tror jeg faktisk ikke. Det er jo veldig standardisert på ABCD og så videre, men jeg tror av og til at vi glemme at det faktisk er et menneske der. Det er mitt inntrykk i hvert fall».*

Flere av informantene opplever visse utfordringer knyttet til kommunikasjon til pasienten. Det som går igjen er ofte at det er mye støy inne på rommet og en av informantene forklarte det slik: «Men det er mye støy ja, det er jo en «bearhugger» som står og går og det er mange folk inne på det rommet. Og så er det jo noen ganger at pasienter roper og skriker og har vondt og da er det jo i hvert fall vanskelig, ja».

Kun en av informantene nevner i forhold til traumemottak av barn og nevner kort om det med tanke på kommunikasjon: «Og ikke minst å i forhold til å ta imot 3-4 åringer som har hatt sykader og foreldre kommer inn. Da har du jo flere å kommunisere med».

#### **4.3.2 Kommunikasjon i team**

Når spørsmålet om hvordan kommunikasjonen har vært mellom informantene og andre i traumeteamet, har det vært noe ulike opplevelser. Halv parten har nevnt at kommunikasjonen har stort sett gått greit og en av informantene forklarte det slik: «Generelt så har kommunikasjonen vært veldig bra. Klare, korte beskjeder og man vet alle hva man jobber mot. Så da har det egentlig gått ganske bra. Igjen så er det et lite sykehus, så man kjenner jo stort sett veldig godt de man jobber med». En annen informant forklarte det kort slik: «Men stort sett så syns jeg kommunikasjonen går bra. Og når kommunikasjonen går bra så får man litt lavere skuldre».

Andre informanter har til tider opplevd ulike utfordringer som vil bli nevnt i senere kapitler. Det som er knyttet til kommunikasjon blir nevnt her. Dersom kommunikasjonen ikke er optimal mellom kollegaene kan det føre til utrygghet som en av informantene forklarte det slik: «Har kanskje opplevd at det ikke alltid har vært god kommunikasjon med en

*anestesilege, det er jo ikke alle du går like godt med. Hvor du kanskje føler deg litt etterlatt eller at de kanskje bare går uten å si noe. Så står du der alene med pasienten, uten at du kanskje føler deg helt trygg på det. Det har jeg opplevd. Det synes jeg har vært ubehagelig». Sist nevnt informant legger også til: «Jeg synes kanskje at av og til traumeleder kan være litt flinkere til å oppsummere på hvert punkt da, under A, B og sånn».*

Kommunikasjonen kan også vanskeliggjøre når det er mye støy inne på rommet, samtidig viktige beskjed må gis raskt til teamleder. En av informantene forklarte hvordan vedkommende løser det: *«Det som er kanskje jeg synes er litt sånn, det som jeg kan være tilbakeholden på er når jeg på en måte kommunisere med andre som ikke for å forstyrre for eksempel den systematiske gjennomgangen da. For du skal jo på en måte liksom ta litt hensyn til teamlederen som driver på med denne gjennomgangen da. Når man skal på en måte skyte inn, det kan være kjempe akutte ting som plutselig endrer seg da. Så jeg har ikke noen problemer med å si i fra eller ikke noen problemer med å ta ordet og synes at det er på sin plass».*

Et annet problem er språkbarriere som en av informantene forklarte kort om: *«Det kan være kommunikasjon, det kan være at de ikke snakker godt norsk for eksempel og det kan være at de er usikre selv».*

I tillegg til å ha god kommunikasjon og relasjon med anestesilegen er det også viktig å ha en god og tydelig teamleder som en av informantene forklarte: *«Hos oss er det jo traumeleder som har i hovedsak den kommunikasjonen med pasienten og da blir det, eller man følger på en måte det den overlegen sier. Det er ikke nødvendigvis anestesilegen eller i hvert fall hos oss er det ikke anestesilegen som er leder i teamet».*

For å optimalisere kommunikasjonen i teamarbeidet brukes det kommunikasjonsverktøyet «closed loop» som vil bli nevnt under.

### **4.3.3 Kommunikasjonsverktøy**

Det er tydelig at alle informantene har hørt om kommunikasjonsmetoden «closed loop» da dette er blitt nevnt hos alle informantene. En informant begynte med og forklarte det slik: *«Alle kommuniserer på sin måte, og noen litt aksent, og klart noen er mer tydelige i kommunikasjon. Men det er jo noe vi øver veldig mye på, med «closed loop» kommunikasjon*

*og prøver å gjenta «ok, du skal gi det og det», så kvitterer du på det. Så jeg opplever i hvert fall når det gjelder anestesileger at det er god kommunikasjon».*

«Closed loop» kommunikasjon må øves jevnlig på når avdelingen har simulering. Det er viss ikke alltid like lett å huske å bruke «closed loop» kommunikasjon når en er opp i en stresset situasjon som i et traumemottak. En av informantene forklarte det slik: *«Det blir mest at man roper ut det man finner på pasienten. Det blir for dumt. Også blir det litt sånn usikkerhet omkring. Så det med close loop er, det er veldig fint, men det fungerer litt dårlig til tider mellom oss. Det gjør det. Vi jobber for at det skal være close loop kommunikasjon».*

Av og til krever det mer enn bare øving for å få best mulig «closed loop» og samarbeid med andre i traumeteamet. En informant mener at noen har bedre kommunikasjonsevne enn andre og forklarte det slik: *«Traumeleder da eller traumeansvarlig i teamet som mottar beskjeden i fra for eksempel anestesilegen og bekrefter den beskjeden han har fått i fra anestesilegen, altså at man bekrefter hele tiden det teamet gjør. Men det her, dette er veldig vanskelig fordi, å trene det sammen med hvem som er i traumeteamet, det er visse som ikke klarer, og kanskje ikke har den typen kommunikasjon».*

Som anestesisykepleier er en i tett samarbeid med anestesilegen, dermed er det viktig å ha godt samarbeid og tydelig kommunikasjon. Det var tydelig fortalt av en av informantene: *«Så tydelig kommunikasjon og spesielt mellom meg og anestesilegen. Det er jo han eller hun jeg forholder meg til, eventuelt traumeleder. Så «closed loop» er nøkkelen i et vellykket traumemottak».* En annen informant bekrefter hvor viktig «closed loop» kommunikasjon er med å forklare det slik: *«Igjen er det «closed loop» og er gullverdt i slike situasjoner».*

#### **4.4 Ulike praktiske og ytre utfordringer**

I intervjuet kom det frem ulike problemstillinger som bød på utfordringer ved å delta i traumeteam. Mange av disse utfordringene gikk inn under de andre temaene i dette kapittelet, men her vil utfordringene knyttet til utstyr og ytre faktorer bli presentert.

#### 4.4.1 Utstyr

Noen av utfordringene som dominerte var at anestesisykepleierne måtte jobbe i delvis ukjent miljø, og en av informantene beskriver situasjonen slik *“Altså, ofte så rekker man ikke så mye forberedelse da når du vet du skal ned på et traumeteam og det er alltid litt skremmende, spesielt når du er helt ny anestesisykepleier og usikker på din bakgrunn, så kan det være litt skremmende og du blir litt sånn kaste ut i kanskje saker og ting som du ikke er kjent med. Og det kan kanskje være veldig stort å håndtere”*. De hadde tilgang til sine medisiner som er *“anestesirelaterte”*, men utenom dette har de måttet stå og lete etter *“Medisinboks som er liksom utformet samme sånn som det og det er på en måte greit, men det er liksom noe annet utstyr som jeg har faktisk opplevd og stått og leita litt etter og det kjennes ikke noe godt ut”*. En annen informant har samme opplevelse av å være i en *“ukjent”* miljø og opplevd utfordringer i forhold til utstyr *“Og nå er jeg anestesisykepleier. Det verste er oftest for anestesisykepleier når du kommer til nytt miljø der du ikke vet hvor saker og ting er, så er det ofte ting som haster, da er det liksom greit å vite hvor du har ting da for å si det sånn”*. En informant beskriver at det likt som informantene over, at det er vanskelig å komme ned i et ukjent miljø, men beskriver hvordan håndtere denne situasjonen på en best mulig måte slik *“Det er kjempe vanskelig. Hvis du har mulighet, det er ikke alltid pasienten kommer det samme minuttet du kommer ned, at du lager deg din egen plass. Med dine medisiner og ditt utstyr, og da går ikke andre og tar i det heller, spesielt hvis medisinerne er våre for de vet ikke hva de er engang. Så ha sin egen plass. Men å miste oversikten det gjør jeg støtt og stadig altså”*.

#### 4.4.2 Ytre faktorer

Ytre faktorer er noe som kan påvirke arbeidet en skal utføre, i form av å glemme oppgaver, ikke bli hørt eller overse noe *“Man er jo vant til å jobbe litt da i miljø der det er mye støy og høye lyder. Men om det er om en pasient som er veldig dårlig da vil man helst ha minst mulig støy ellers kan være sårt å fokusere kanskje på de tiltakene man skal gjøre med pasienten og det kan bli litt sånn, veldig mye miskommunikasjon, det kan bli, saker og ting kan kanskje ta lengre tid enn det skulle egentlig ha gjort om det hadde vært mye mer stille da. Så det er bestandig et problem da som går igjen”*. I form av ytre faktorer ble det beskrevet at støy og tunell-syn var det som var mest utfordrende. En av informantene beskrev at traumemottakets virkelighet opp mot teori slik *“Liksom i teorien så vet jeg godt hva jeg skal gjøre, men det er når man kommer altså i praksis og skal gjøre sine oppgaver i en gjeng som har masse*

*forskjellige roller, så skal det ikke mye til før man, hva skal jeg si da. Det er litt avstand mellom teori og praksis da, syns jeg”.*

*“Klart at støyet aldri er bra, og da kan en ofte miste, eller en glemmer det litt ut når du er der og da” slik beskrive en informant hvordan støy og ytre faktorer kan påvirke. En annen informant beskriver hvordan det oppleves med tunell-syn slik “100%, og i tillegg får du tunell-syn i et traumemottak. Og i tillegg hvis det er støy så påvirker det hele situasjonen for alle sammen. For tunell-synet, det har i hvert fall ikke forsvunnet hos meg enda. Jeg har mine oppgaver og det er det jeg får med meg, resten forsvinner”.*

#### **4.5 Trygghet**

Trygghet var også et av temaene som ble tatt opp i intervjuet. Det var mye fellestrekk mellom alle informantene om hva som skapte trygghet i traumeteamet. Det gikk også noe på hvor trygge informantene er på sin rolle som anestesisykepleier.

Å ha vært mye med på simulering og kurs tidligere var tydelig et av hovedpunktene som skilte seg mest ut. En av informantene forklarte det slik: *«Simulering synes jeg er veldig bra. Kunne gjerne hatt mer av det, men vi har det ganske ofte, men hadde ikke gjort noe om vi hadde hatt det enda oftere. Det tror jeg er gull verdt. Og det KITS-kurset, jeg fikk en sånn aha-opplevelse av, og hvorfor vi ikke hadde det under utdanningen våres».* Samme informant forteller videre andre metoder vedkommende bruker for å øke tryggheten: *«Også har vi et traumbord med funksjoner som jeg går ned og øver på, så jeg er stadig vekk nede og holder det vedlike det som er viktig i en akuttsituasjon. Det gjør meg jo mer trygg».*

Det er ikke til å unngå å si at erfaring har mye å si hvor trygg en er i sin rolle. En informant har tidligere jobbet i akuttmottaket og forklarte det slik: *«Fordelen for min del er kanskje, i forhold til mange andre, er vel det at, i og med at jeg har jobba som sykepleier i akuttmottaket der vi tar imot traumepasienter og på den skadestua, jeg har jo jobba på den stua i mange mange år. Så jeg kjenner jo alt ting som er inne på den stua og sånt. Det kan være trygghet i seg selv da».* En annen informant mener at simulering var den beste øvelses metoden og uttrykte det slik: *«Simulering i hovedsak synes jeg er det jeg lærer mest av. For da kan man stoppe å gjøre det på nytt igjen. Så da er det bare gullverdt å ha fått simulering og latet som, for da blir man bedre rustet til det virkelig skjer noe».* Sist nevnt informant opplyser at de har en stor øvelse minst en gang i året, mens en annen informant opplyser at deres sykehus har

oftere øvelser og forklarte det slik: «Ja, vi har jo fagsykepleier som ser til at vi gjør e-læringskurs og at vi er oppdaterte på det vi må ha gjennomgått. Så har vi traumeøvelser som vi har et par ganger i måneden. Vi utgjør også andre typer øvelser, men traumeøvelse har vi iallfall minst 2 ganger hver måned». En av informantene mener i tillegg at et av kursene som heter KITS kurs bør være integrert som en del av utdanningen: «Det tenker jeg burde være en integrert del av sykepleie eller anesthesisykepleierutdanningen da. For da fikk du virkelig øvd og gått igjennom ABCDE og virkelig få det i fingrene. Men det har gitt meg en trygghet, pluss at vi øver jo jevnt og trutt på traumemottak. Vi har sånne BEST-øvelser».

Både simulering og kurs er med på å gjøre en mer forberedt. En av informantene forklarer også det at tryggheten kommer også med mengdetrening samtidig god forberedelse og forklarer det slik: «Så jeg har på en måte brukt litt ekstra tid på å bli kjent med traumestua da. Ellers jeg er veldig sånn at, litt sånn mentalt i forkant, vi blir ofte ringt av mottak før traumealarmen går om at det kommer inn traume om 5-10-20 minutter. Og da begynner jeg gjerne å repetere den systematiske ABCD, ja, gjennomgangen, men gjerne med helst fokus på luftveiene da. Litt sånn at jeg repetere litt hva jeg skal på en måte ha fokus på. Sånn prøver jeg å forberede meg best mulig». En annen informant har fokuset på at traumeteam er et team arbeid slik at det er viktig å øve sammen i team og sier «Å jo mer man har øvd på «teambuilding» jo bedre har det egentlig vært».

I tillegg til å ha øvd mye på simulering, sier en av informantene at det også er betryggende å ha en anestesilege i nærheten: «Men jeg synes det er godt å ha anestesilegen i nærheten, det gjør jeg». Fordi det viser seg at det er på noen lokalsykehus at anestesilege ikke er på sykehuset døgnet rundt, som igjen kan skape utrygghet. En av informantene opplyser at deres sykehus har gjort endring på det og sa: «Ja, det er veldig nytt at anestesilege er tilgjengelige, eller er på huset døgnet rundt. Sånn var det ikke før eller et år tilbake. Men nå er vi en anesthesisykepleier og en anestesilege som er på sykehuset døgnet rundt». Det vil skape bedre relasjon med anestesilegen samtidig skape tryggheten hos anesthesisykepleieren. En informant forklarte det slik: «Men hvis man har en god relasjon til anestesilegen og vi møte opp på traumerommet og man tar en liten snakk jeg og han eller hun så er det med til å få ned stresset litt i grann. Så jeg vet hva vi skal gjør, og hvis vi skal intubere «hva skal vi gi, hva tenk du?». Så har man en plan, ja man blir mindre stresset da altså». En annen informant mener i tillegg at det er noe personavhengig og sa: «Ja, først og fremst, det er vel avhengig av hvem som er anestesilege, den som jeg har med som anestesilege. Har jeg en anestesilege

*som er veldig lugn som person, da opplever jeg selv mye tryggere». Det samme mener en annen informant, men i tillegg var det også viktig å ha en god leder under traumeteamet og forklarte det slik: «Også er det litt avhengig av hvis du har en god leder da som leder deg gjennom og som oppsummerer på A og B, så vil jo det gi en trygghet på en måte for å komme inn igjen hvis du har hoppet av. Det har gitt meg en trygghet at jeg skjønner at «ok, jeg trenger ikke å ha hele oversikten, så lenge jeg har min bit».*

Det er ofte behov for vikarer som kommer fra andre sykehus for å dekke vaktene. Hvis dem ikke er inne ofte og er ukjent med plassen og andre som jobber der kan det det også være med på å skape utrygghet, men en av informantene forklarte hvordan vedkommende opplever det slik: *«Vi har egentlig litt faste vikarer som er kanskje ti uker i året. Når de kommer så kjenner man de og vet hva man kan gjøre og man har kanskje en bedre samhandling så relasjonen med anestesilegen er ganske viktig da».*

I et traumemottak skal det skje mye samtidig, er en usikker vil det skape utrygghet og stress, men en av informantene forklarte at det er viktig å holde fokuset og sa: *«Så vi kan jo bli litt avleda, men jeg føler meg trygg på det jeg skal gjøre, det gjør jeg altså. Jeg har jo veldig fokus på det jeg skal gjøre og jeg føler meg veldig trygg på hva jeg skal gjøre. Sånn i hverdagen så har jeg sånn en del oppgaver som å sjekke disse utpostene, blant annet akuttmottaket. Og da er det ofte at jeg går gjennom litt sånn utstyr og bare sjekke hvor ting er hende og gjøre meg litt kjent der sånn at jeg er litt trygg på hvor ting er hende når jeg blir utkalt til traume».*

#### **4.6 Stress og ulike grander av mestring**

Det var ulike årsaker for opplevelse av stress blant informantene. En av informantene forteller at traumemottak kan være skremmende og oppleves kaotisk når det kan være mye folk i rommet. Samtidig kan en bli usikker hvis en blir tatt ut fra trygge og rolige omgivelser. En annen informant sier også *“blir det kaos så er det lettere for mange å gjøre feil og glemme oppgaver”*. Informanten legger også til og mener at det å ha en tydelig traumeleder er viktig for å unngå kaos og forklarte det slik: *“Hvis traumeledere er usikre, så blir det kaos der nede. Og det samme er hvis du har mennesker som ikke er lært opp til å være i traumeteam, det kan også utløse stress. Men da vil traumeleder kunne se det og gi beskjed”*. To andre informanter forteller at de opplever stress når det er barn involvert. Den ene informanten forklarte det slik: *“hvis det er barn involvert, så kjenner alle på det, og er 3-4 hakk ekstra skjerpet. Spesielt før vi får barnet. Meldingen er jo ofte den vi har å forholde oss til, og de kan stemme eller ikke*



*stemme*”. Den andre informanten mener i tillegg at erfaring vil hjelpe på, men når det kommer til barn som pasient så vil alle sammen bli stresset og forklarte det slik: *“Vi har ikke så masse barn her, så hvis det er et barn så tror jeg man er alle sammen stresset uansett altså. Men har jo fått litt erfaring av å jobbe som anestesisykepleier i to år og jeg merker at erfaring gjør at man ikke er heilt nyutdanna for å si det sånn. Og det hjelper på”*.

Informantene beskriver også at ting går ikke alltid som planlagt og den ene informanten forklarte det slik: *“Klart en blir stresset hvis en ikke får tilgang, venøse tilganger, det kan være et stressmoment samtidig som anestesilegen skal holde luftveiene. Så er du veldig avhengig av at du får venøse tilganger. Det opplever jeg som stressende”*. Det er i slike situasjoner en må holde hode kaldt for å kunne holde fokuset på det en gjør. En informant beskriver det slik: *“Jeg blir jo stressa dom, si at det er en veldig kritisk dårlig pasient der vi mister luftveier eller ja, pasienten slutter å puste av ulike anledninger på grunn av trøbbel eller hva det kan være. Det er jo stressmoment i seg, men det er jo nesten indre stress kanskje da. I sånne situasjoner så bør man jo kanskje holde seg lugn så lenge det går fordi at man ser jo at jo mer stressa man blir jo senere arbeid gjør man egentlig”*.

Kun en informant nevnte at stress kan føre til at vedkommende ikke føler gjør en god nok jobb: *«Jeg kjenner det blir mer stress hvis det er noen man ikke kjenner, og igjen hvis det ikke er klart hva man egentlig får inn eller vet hvordan man skal håndtere det som skjer. Så blir det med en gang mer stressende. Så i hvert fall føler man at man ikke gjør en god nok jobb da eller tar lengre tid å komme til mål»*.

Mestring var ett av temaene som ble tatt opp i intervjuet. Her var det mange fellestrekk, samtidig som det individuelt var stor forskjell i hva som skulle til for at den enkeltes nyutdannede anestesisykepleieren opplevde mestringsfølelse.

Hva som skulle til for at de nyutdannede anestesisykepleierne følte på en mestringsfølelse var noe varierende. En informant forklarte hva som skulle til for at hun opplevde mestringsfølelse slik *“Altså i første omgang er det jo det når man klarer å sikre pasienten da, tenker jeg. Det er nå man klarer å ivareta den som kommer inn. Også syns jeg jo og at det er mestringsfølelse når hele teamet er på en måte fornøyd da, at vi har gjort en god jobb”*.

Informanten legger også til *“Også syns jeg og på en måte jeg føler litt mestring når jeg klarer å reflektere omkring ting kanskje ikke jeg har vært bort i så mye før eller nye ting jeg*

*opplever”*. En annen informant har samme opplevelse av hva som skal til for å oppleve mestringsfølelse men forklarer det på en annen måte *“Hvis det, hvis alt, ikke alt men hvis det meste går bra eller alt går bra så.. og teamet fungerer. Det er kanskje det som mestre hvis man vet at man fikk gått igjennom ABC og alle bokstavene og at det gikk ganske feilfritt, og det var rett etter protokoll der. Og pasienten fikk den behandlingen han skulle ha, så er det en god følelse. Da er det en god mestringsfølelse, og selvfølgelig hvis man får til det man skal gjøre personlig og, som kanyler og at en ikke begynner å plages med det, for det er ikke noe artig. Men hvis de to tingene der da, hvis man får til dem så gir det en god følelse”*.

En informant forklarer sin mestringsfølelse slik *“Nei det er jo det at du har jevnlige øvelser og gått ned å sett på utstyret og tenker igjennom sånn «hva gjør jeg» når jeg er på vei til eller har blitt innkalt, så er det at du går i bakhodet og tenker igjennom «sånn og sånn må du huske på», spørre anestesilegen om hvilke medikamenter jeg skal finne frem. For vi har et eget skap med ampuller med egne medikamenter og så må jeg få akuttsykepleierne til å låse opp for smertestillende, finne frem ringer og ha alt klart på en måte. Så går de jo igjennom det senarioet med den pasienten. Så det gir litt mer mestringsfølelse”* og en annen informant forklarer at det oppleves som mestringsfølelse de gangene informanten mister oversikten minst, der en har kontroll på oppgavene og klarer å gjennomføre dem. En informant mener å aldri ha opplevd helt fullt ut mestringsfølelse i traumemottak *“Ja, mestringsfølelse vet jeg vel, det tror jeg har nok aldri opplevd sånn sett egentlig. Men man strever jo alltid for å bli, å gjøre alt ting 100% riktig. Men det tror jeg man aldri lykkes nei. Det er så mange faktorer og det er så mange som er involvert i denne pasienten. For det blir litt sånn.. det kan være veldig vanskelig om du må ha kontroll og styre og kjenne at liksom nå skal jeg klare alt det jeg skal gjøre, det tror jeg det kan bli veldig vanskelig om man tenker så langt at man mestre hele situasjonen. Fordi det tror jeg du aldri klarer å gjøre. Jeg tror du må prøve å få en oversikt og bare ta den biten som du skal jobbe med liksom og la andre som sagt gjøre resten”*.

## **5.0 DISKUSJON**

I dette kapitlet vil vi i første del diskutere funnene fra studien opp mot teori og tidligere forskning. Videre vil vi diskutere styrker og svakheter ved metoden og gjennomføringen av studien.

### **5.1 Resultatdiskusjon**

I dette underkapitlet vil vi diskutere de temaene som vi kom fram til etter analysen av de individuelle intervjuene. Temaene vil diskuteres i lys av teoretisk referanseramme og tidligere forskning.

#### **5.1.1 Erfaring**

Informantene som ble intervjuet hadde forskjellige erfaringer fra tidligere fra forskjellige arbeidsplasser, men alle hadde god erfaring med pasientkontakt. Som nyutdannet anestesisykepleier har en allerede god erfaring med pasientkontakt fra sykepleiestudiet og etter å ha jobbet minst 2 år før en kan videreutdanne seg til anestesisykepleier. Erfaring skapes over tid, det handler om at en utvikler seg slik at en håndterer situasjoner som en tidligere har møtt på en bedre måte. Med erfaring klarer en å knytte situasjoner opp mot andre situasjoner, noe som kan hjelpe en å håndtere situasjonen bedre å klarer å handle raskere (Svartdal, 2020).

Det å ha måttet jobbe 2 år før en kan begynne på videreutdanning tror vi er en bra ting, da en opparbeider seg erfaring i forhold til pasienter i forskjellige situasjoner. Vi begge har jobbet på sykehus i minimum 2 år før vi begynte å videreutdanne oss, noe som gjorde at vi har oppbygget oss et godt grunnlag til for eksempel opptrekking av medikamenter, blanding av antibiotika, observering og dokumentering av kliniske endringer hos pasienter. Det varierte også hos de nyutdannede anestesisykepleierne hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere før de begynte på videreutdanningen.

Når en er ferdigutdannet anestesisykepleier har en kun erfaring fra praksisen som er gjennomført under studiet. Under studiet i praksis får en tildelt veiledere som veileder og hjelper en til å utvikle seg som anestesisykepleier og skal hjelpe studenten til å mestre mer og mer å bli selvstendig. Anestesisykepleierstudentene skal til slutt klare å ha en helhetlig oversikt over pasientforløpet. Som student får en mest erfaring og læring fra planlagte

operasjoner der pasientene allerede har hatt en samtale med anestesilegen på forhånd for å kartlegge planlagt anestesi. En får også erfaring med øyeblikkelig-hjelp pasienter og alvorlig syke pasienter, men det er ikke nok til å være selvstendig som ferdigutdannet.

Informantene forklarte i intervjuene at de fikk følge erfarne anestesisykepleiere i begynnelsen etter de var ferdigutdannet. Bruun (2011) bekrefter dette med å følge en erfarende anestesisykepleier innen akutte situasjoner er en god måte å utvikle kompetanse på. Akutte situasjoner krever ofte klare og tydelige prioriteringer, noe som en anestesisykepleier med lang erfaring vil mestre på en annerledes og bedre måte enn en nyutdannet anestesisykepleier.

Å delta i traumeteam er en del av anestesisykepleiernes oppgaver. Det er klare og definerte oppgaver som anestesisykepleieren skal ha ansvar for og utføre sammen med en anestesilege og andre deltakere i traumeteamet. Tre informanter hadde deltatt i traumeteam før de var utdannet anestesisykepleiere visste hvordan et traumemottak av en pasient fungerte og kjente til de ulike rollene og hadde god kjennskap til samarbeid i team. En informant hadde kjennskap til teamarbeid og to av informantene hadde ikke noe erfaring med verken teamarbeid eller traume før de begynte på videreutdannelsen. Alle informantene hadde opparbeidet seg god erfaring med traumeteam når vi intervjuet dem. En av informantene mente det hadde hjulpet godt med den erfaringen som var opparbeidet i forhold til traumearbeid i forkant av utdanningen sin. Bruun (2011) beskriver det å skape erfaring handler om å utvikle vurderingskompetansen over tid slik at anestesisykepleierne handler ut ifra praktiske erfaringer og teoretisk bakgrunn i tillegg til at de er i stand til å vurdere og håndtere akutte situasjoner bedre.

Alle informantene bekrefter altså at erfaring kommer godt med, og jo mer erfaring en har oppbygget seg, jo mer rustet blir man på å møte traumepasienter. Selv om de fleste av informantene følte at de traumene de hadde vært med på til nå ikke hadde vært særlig alvorlige da de jobber på et mindre sykehus.

Fire av informantene som har deltatt i traumekurs (KITS) tidligere hadde sterke meninger om at dette kurset burde vært obligatorisk under utdannelsen slik at nyutdannede anestesisykepleiere kan få et innblikk i hvordan det foregår i et traumeteam i en tryggere omgivelse.

### 5.1.2 Rollefordeling

Ifølge de nyutdannede anestesisykepleierne var det betryggende å jobbe i team, samtidig som det var utfordrende på grunn av små faktorer som kunne påvirke utfallet. Det å jobbe i et traumeteam handler om samarbeid mellom flere profesjoner, og da er det viktig med klare og definerte roller i forkant for å sikre at pasienter som er utsatt for skader får rask og nøyaktig behandling. Noen av utfordringene informantene mente kunne ha betydning for hvordan de opplevde det å jobbe i team, var blant annet om teamlederen var klar og tydelig i sin tale, alle visste hvilke oppgaver de hadde i forkant av traumet og kjennskap til anestesilegen.

I og med at tiden er en viktig faktor ved traume for å komme i gang med behandling raskest mulig er det viktig med en klar og tydelig teamleder som informerer og leder deltakerne i teamet gjennom undersøkelsene som skal gjøres og hvilke funn som eventuelt oppstår (Lennquist, 2007). Informantene beskrev dette som veldig varierende. Noen beskrev teamlederne som teamets holdepunkt, mens andre beskrev at de opplevde å miste oversikten på grunn av at det ikke ble gitt tydelig beskjed om hvor de var i primærundersøkelsen. Hvis traumeleder er uklar og det er dårlig samarbeid mellom deltakerne i teamet, opplever mange av informantene en økende frustrasjon og stress. Vi kan med dette se hvor viktig det er med en klar og definert rolle i et traumeteam og et godt samarbeid i teamet.

Ifølge Barach og Weinger (2007) gjøres det færre feil i teamarbeid enn om oppgaver skulle være utført individuelt, men det er da viktig at alle har kjennskap til alle roller som deltar i teamet og er godt kjent med sin egen rolle og oppgave. Dette ble bekreftet av informantene, de mente også at det fungerte veldig bra med traumeteam når alle forholdt seg til sine oppgaver og hadde kjennskap til andres roller og oppgaver. De informantene som hadde erfaring fra tidligere kunne oppleve det utfordrende å bytte rolle i traumeteamet, samtidig som det var utfordrende når andre teamdeltakere forventet at de skulle utføre oppgaver som ikke lengre var i deres hovedfokus. I og med at et traumeteam består av ulike profesjoner vil det variere fra gang til gang hvem som deltar i traumeteamet. Som nyutdannet anestesisykepleier må du derfor forholde deg til ulike personligheter og holdninger for hver gang du deltar i et traumeteam.

En av faktorene som kunne ha påvirkning hos de nyutdannede anestesisykepleierne var hvordan arbeidsforholdet mellom dem og anestesilegen var. Ifølge Bruun (2011) har det lett for å bli en kollegial utfordring mellom de to profesjonene, da de begge har hovedansvar for

pasientens luftveier. Samtidig blir pasienten i fokus med et større perspektiv da begge profesjonene bidrar med forskjellige praktiske og teoretiske kunnskaper fra studiene. I traumeteamet er anestesisykepleieren sammen med anestesilegen plassert ved pasientens hode for å ha kontroll over luftveiene, slik at de er fri og eventuelt må iverksette tiltak for å sikre frie luftveier med for eksempel svelgtube, kjevetak eller intubasjon. Det er da viktig at anestesilegen og anestesisykepleieren har avtalt i forkant hvem som skal ha hovedansvaret for luftveiene og hvem som skal assistere og klargjør utstyr og eventuelt gi medisiner. De nyutdannede anestesisykepleierne forklarte at det var betryggende å ha med seg en anestesilege i akutte situasjoner som traumeteam, så lenge de kjente til hverandre og kunne «spille» hverandre gode. Hvis de ikke fikk tid til å ha en samtale før pasienten kom til traumemottaket, opplevde flere av informantene at det kunne bli ubehagelig da de ikke visste hvordan anestesilegen ville organisere forløpet. Det var dog kommentert i sammenheng med at de fleste av informantene jobbet på et sykehus som var preget av vikarer. De fleste hadde faste vikarer som hadde rullerende turnus, slik at de ble godt kjent med dem både på operasjonsstuen og i traumesituasjoner. Noen ganger opplevde de at de måtte delta i traumeteam med vikarer de aldri hadde samarbeidet med, og var derfor ekstra viktig med den samtalen før traumepasienten kom på traumestuen. Dette så vi i sammenheng med hvilke vaktordninger anestesilegen og anestesisykepleieren har. Noen av anestesilegene har hjemmevakt og er ikke alltid til stedet på sykehuset. Det medførte at utrykningstiden varierte mellom 10 til 20 minutter. Lennquist (2007) beskriver viktigheten med å varsle traumeteamet så tidlig som mulig slik at de blir tilgjengelige og er på plass i traumemottaket helst før pasienten kommer. En av informantene nevner at deres vaktordning til anestesilegen ble endret til at anestesilegen har fast vakt på selve sykehuset slik at de blir lett tilgjengelige. Dette er noe den nyutdannede anestesisykepleieren ser positivt på.

### **5.1.3 Kommunikasjon**

Alle informantene mener sterkt at kommunikasjon er en viktig faktor som har en stor betydning på hvor godt samarbeidet blir. For å få best mulig pasientutfall krever det et godt samarbeid mellom teamdeltakerne i et traumeteam. Det kommer tydelig frem av informantene at dette er noe som må jevnlig øves på. Diehl og Sanders (2018) bekrefter at dårlig kommunikasjon og svikt i teamarbeid bidrar til at flere feil kan oppstå og kan medføre dårligere pasientutfall.

Det er noe ulikt hvordan de nyutdannede anestesisykepleierne praktiserer kommunikasjon med pasienter som kommer til traumemottaket. Selv om de nyutdannede anestesisykepleierne står ved hodeenden til pasienten, kan det ofte være at det er anestesilegen som har fokuset på å kommunisere med pasienten, mens anestesisykepleieren kun informerer pasienten at nå legges det inn venekanyler for eksempel. Det som kunne være utfordrende med kommunikasjon er blant annet pasientens nedsatt bevissthet når pasienten ankommer traumemottaket med store skader. Å kunne kommunisere med pasienten gir anestesisykepleieren mange viktige data. Det kan fortelle anestesisykepleieren om pasienten husker hendelsen av selve traumet og ikke minst om pasienten har fri luftvei. Turner (1996) bekreftet dette med å skrive at det første en skal prioritere er å sjekke om traumepasienten har fri luftvei, og når pasient har nedsatt bevissthet fører det til utfordringer knyttet til kommunikasjon med pasienten. Felles for alle informantene var at det er mye støy inne på traumerommet. Det kan være høyt lydnivå som kommer av at alle som prater samtidig og av lyder som kommer fra teknisk utstyr. Ikke vil det bare gjøre det vanskelig å kommunisere med pasienten, men også resten av deltakerne i traumeteamet.

Halvparten av informantene mener at kommunikasjon med andre deltakere i teamet har stort sett gått greit. Det har tydeligvis vært ulike opplevelser knyttet til kommunikasjon i teamarbeid. Når alle vet hva man jobber mot og den nyutdannede anestesisykepleieren får klare og korte beskjeder, opplever den nyutdannede anestesisykepleieren at kommunikasjonen i teamet har gått ganske bra. Fordi den nyutdannede anestesisykepleieren kan føle seg utrygg hvis kommunikasjonen i teamet ikke er optimal. Det krever først og fremst en teamleder som er klar og tydelig i sin tale og går systematisk gjennom primærundersøkelsen. Samtidig må kommunikasjonen mellom anestesilegen og anestesisykepleieren være like god når disse to profesjonene har et så tett samarbeid. Det som har vært utfordrende for de nyutdannede anestesisykepleierne var blant annet språkbarriere. De møter for eksempel utenlandske vikarer som ikke snakker godt norsk. Også som nevnt i tidligere avsnitt er høyt støynivå en gjentakende utfordring som flere av informantene opplever. Dette gjør at det blir vanskelig å kunne gi viktige beskjeder som må gis raskt til teamlederen.

Alle informantene hadde hørt om «closed loop» kommunikasjon som en metode som blir mye brukt i teamarbeid. Likevel mener flere av de nyutdannede anestesisykepleierne at dette er noe som må øves jevnlig på via simulering for eksempel. Forsmo (2011) sin studie bekrefter viktigheten med simulert trening for å kunne opparbeide praktiske ferdigheter og ikke minst

for å trene på ulike typer teamarbeid. Det er blitt fortalt av de nyutdannede anestesisykepleierne at det ikke er alltid like lett å huske å bruke «closed loop» kommunikasjon når en er i en stresset situasjon. Det kan bli en del roping når flere ønsker å opplyse viktige informasjon angående den skadde pasienten samtidig, og dermed øker støynivået. For å unngå at beskjeden blir gitt til feil person og en bør unngå å rope for å gi beskjeden, så kan øyekontakt og/ eller en klapp på skulder hjelpe. Ikke er det bare viktig med verbal kommunikasjon, men en må altså ikke glemme viktigheten med non-verbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). I tillegg til øvelse mener en av de nyutdannede anestesisykepleierne at en må også ha en viss kommunikasjonsevne for å kunne være en tydelig teamleder for eksempel. Den nyutdannede anestesisykepleieren mener altså at noen kan ha bedre kommunikasjonsevne enn andre. Det er spesielt viktig at anestesisykepleieren og anestesilegen har god og tydelig kommunikasjon imellom seg når anestesisykepleieren forholder seg mest til anestesilegen. Samme informant ville bekrefte hvor viktig «closed loop» kommunikasjon er og forklarte det slik: «*Så «closed loop» er nøkkelen i et vellykket traumemottak*». Det som kan optimalisere kommunikasjon i et teamarbeid er altså ved bruk av kommunikasjonsverktøyet «closed loop». Rosser et al. (2019) viser viktigheten med «closed-loop» kommunikasjon med at det vil forbedre fullføringen av oppgaver og bedre pasient utfall.

#### **5.1.4 Utfordringer**

Under intervjuene vi gjorde oppdaget vi at det var både likheter og ulikheter i hvordan de nyutdannede anestesisykepleierne opplevde situasjoner som kunne by på utfordringer. Noen av utfordringene var blant annet at anestesisykepleierne måtte ut av komfortsonen å jobbe i et ukjent miljø. Det var varierende fra informant til informant hvor mye tid de hadde satt av til å prioritere å bli kjent med det miljøet nede i akuttmottaket. De av informantene som hadde hatt en annen rolle i traumeteamet tidligere visste godt hvor utstyr utenom det anestesirelaterte utstyret var plassert. De som ikke hadde kjennskap til traumeroommet fra tidligere, tok seg ofte en runde ned på traumeroommet og gikk igjennom alt utstyret når de hadde vakt. I følge Lennquist (2007) skal traumeroommet inneholde alt nødvendig utstyr som trengs for å kunne ta imot en traumepasient. Det vil variere fra sykehus til sykehus hvor mye utstyr som har faste plasser i traumemottaket og hvor mye som må bringes med når alarmen går.

De nyutdannede anestesisykepleierne var alle enige om at det var en trygghet i at det anestesirelaterte utstyret var plassert i en kommode som hadde fast plass på traumemottaket



og var organisert slik som anestesibordet oppe på operasjonsstuene. Det varierte likevel litt fra informant til informant om de måtte ta med seg medikamenter selv eller om dette befant seg i traumemottaket. Dette var med på å minske utfordringene med å jobbe i et ukjent miljø.

Noen av informantene som hadde kjennskap til traumeteam fra tidligere syntes det kunne være vanskelig å bytte oppgaver i traumeteamet. De begynte å tenke på andre oppgaver som de hadde hatt ansvar for tidligere, som nå skulle bli håndtert av andre deltakere i teamet. Det gjorde at de ikke klarte å ha fullt fokus på deres egne oppgaver. I tillegg var det andre deltakere i teamet som hadde forventninger til de deltakerne som hadde deltatt tidligere i traumeteam, at de skulle bistå med flere andre oppgaver. Dette var noen av utfordringene som de informantene med tidligere erfaring fra traumeteam nevnte.

En av de største utfordringene for alle de nyutdannede anestesisykepleierne var at de visste hvordan et traumeteam skulle foregå fra start til slutt med primærundersøkelsen, men likevel var det vanskelig å få med seg resultatene og hvor i forløpet de var under primærundersøkelsen. En av informantene forklarte situasjonen slik

*«Det er litt avstand mellom teori og praksis da, synes jeg».*

Noen av informantene hadde slått seg til ro med at de ikke kom til å klare å holde total oversikt over dette da det ikke var dem som var teamleder. Dette ble også bekreftet av anestesisykepleiere som hadde lang erfaring.

### **5.1.5 Trygghet**

Simulatortrening var noe alle informantene mente var med på å skape trygghet hos dem i forhold til å delta i traumeteam. Barach og Weinger (2007) beskriver simulatortrening som en øvelse som brukes til å øve på spesifikke oppgaver og samkjøre et team for å oppnå best mulig resultat i forhold til kunnskap, ferdigheter og kommunikasjon. Informantene mente simulatortrening var den beste måten å forberede seg på til traumemottak, da en fikk mulighet til å samarbeide med forskjellige profesjoner samtidig. Det gikk mye på at alle fikk da øve på sine roller og oppgaver, samtidig som de fikk ett innblikk i de andres hovedområder i forhold til oppgaver. Det var også betryggende at det var reelle situasjoner de fikk øve på, samtidig som det ikke var ekte pasienter. I tillegg fikk de tid i etterkant til å snakke sammen å reflektere over prestasjonene til dem selv og de andre teamdeltakerne. Dette syntes alle informantene var svært nyttig for å lære av situasjonene og var med på å gi alle en innsikt i hverandres opplevelse av det.

De nyutdannede informantene beskrev at alle hadde vært med på simulatortrening etter de var ferdigutdannet, men at det varierte veldig fra sykehus til sykehus hvor ofte det ble gjennomført. Det kunne variere fra en gang i måneden til en gang i halvåret. Som anestesisykepleier kreves det mengdetrening, da det er et praktisk yrke. Ved å gjennomføre simulatortrening er det med på å øke mengdetreningene i å mestre akutte situasjoner knyttet til anestesi (Lundby, 2011).

Alle informantene følte de hadde vært heldig til nå når de hadde deltatt i traumeteam, ingen av dem hadde opplevd store traumer som de ikke klarte å håndtere eller som ikke fikk et godt utfall. Og derfor var det ekstra viktig å ha jevnlig simulatortreninger for å opprettholde kompetansen på nødprosedyrer og prosedyrer som de kunne få bruk for en sjelden gang, eller at det var lenge mellom hver gang de fikk delta i traumeteam. Da var det godt å ha simulatortrening i mellomtiden for å opprettholde gangen i traumeteamets fremgangsmåte og forberede dem til neste gang de skulle delta i teamet i reelle situasjoner.

En av informantene mente at kurset i traumesykepleie, KITS, var til god hjelp for å forberede seg til traumemottak og mente dette burde vært tatt inn i videreutdanningen. Dette var flere av informantene enige i, samtidig som det var to stykk som ikke hadde gjennomført det selv etter å ha jobbet en stund som anestesisykepleiere.

### **5.1.6 Stress og mestring**

Stress oppleves forskjellig hos hver enkelt, noe informantene bekreftet under intervjuene. En av informantene forteller at traumemottaket kan virke skremmende og opplever ofte kaos når det er for mange personer som er i rommet samtidig. Informanten kan også føle seg usikker hvis en blir tatt ut fra trygge og rolige omgivelser. Det ble også lagt til av informanten at hvis teamlederen er tydelig og alle som deltar i teamet er klar over sine roller, oppleves det mindre kaotisk i situasjonen. To av de nyutdannede anestesisykepleierne forteller at de opplever stress når det er barn som er involvert i traumetemaet. Den ene nyutdannede anestesisykepleieren mener i tillegg at erfaring vil være med å hjelpe på, men når det kommer til barn som pasient så vil alle sammen være stresset uansett. De nyutdannede anestesisykepleierne opplever også at ting ikke alltid går som planlagt eller en møter på utfordringer, som å ha problemer med å legge inn venekanyler når det haster for å kunne gi livreddende medikamenter som den ene informanten forklarte. Men det er i slike situasjoner

en må klare å holde hode kaldt for å kunne fokusere på det en holder på med. Det var kun en av informantene som nevnte at stress kan føre til at vedkommende ikke føler gjør en god nok jobb. Det stemmer at alle opplever og tolker stress ulikt (Hustad, 2011).

Når det er et godt samarbeid i teamet og ting går som planlagt, opplever flere av de nyutdannede anestesisykepleiere en mestringsfølelse. En av informantene utdyper med at det viktigste er at teamet klarer å sikre den skadde pasienten. En vil dermed føle at en har gjort en god jobb. En informant mener i tillegg at vedkommende mestringsfølelse når anestesisykepleieren selv og teamet sammen har gjort en god forberedelse. Den nyutdannede anestesisykepleiere pleier som regel å gå gjennom skuffende og skaper som er i traumerommet med jevne mellomrom for å huske hvor utstyr ligger. En annen informant forklarer at vedkommende opplever mestringsfølelse de gangene informanten mister oversikten minst, der en greier å håndtere de ulike oppgavene som blir tildelt og ikke minst klare å gjennomføre dem. Hustad (2011) nevner også at en utvikler mestringsstrategier for å kunne håndtere det som oppleves belastende og stressende.

Kun en av informantene forteller at vedkommende aldri ha opplevd helt fullt ut mestringsfølelse i traumemottak.

## **5.2 Metodediskusjon**

Diskusjon om metode handler om å stille kritiske spørsmål til fremgangsmåten vi har valgt i oppgaven. Her vil vi kritisk vurdere studiedesign, forforståelse, utvalg, datainnsamling, de etiske overveielsene og analyseprosessen.

### **5.2.1 Diskusjon om studiedesign**

Et kvalitativt studiedesign egner seg godt når en ønsker å få vite mer om menneskelige opplevelser, erfaringer og holdninger (Malterud, 2011). Med vårt forskningsspørsmål ønsket vi å belyse opplevelsen hos nyutdannede anestesisykepleier. Ved å velge et kvalitativt studiedesign styrket vi vår oppgave slik at vi kunne få svar på forskningsspørsmålet. Vi brukte kvalitative forskningsintervju, der individuelle semi-strukturerte intervju ble utført. Denne formen for forskningsintervju ble brukt, da dette gir rom og skape en god ramme for ro og fortrolighet hos informantene. Det var viktig at informantene følte seg godt ivaretatt og få den tiden de trengte til å svare på spørsmål og ikke fikk spørsmål der de følte intervjuerne hadde svaret i forkant (Malterud, 2011). Fokusgruppe intervju kunne vært relevant i vår

oppgave, men var umulig å gjennomføre med vårt utvalg, da vi hadde informanter fra hele landet.

### **5.2.2 Diskusjon om forforståelse**

Gjennom vår forforståelse var det lettere å forstå det informantene opplevde. Samtidig forsøkte vi å sette forforståelse til side gjennom hele prosessen av oppgaven for å ikke påvirke resultatene fra analysen. Fordi forforståelse kan også bidra til at vi begrenser oppgaven ved at vi går inn i forskningsprosjektet med skylapper. Faren med det er at forforståelser kan overdøve det budskapet informantene kommer med (Malterud, 2011). Vi har altså under hele prosessen reflektert og vurdert kritisk våre forskerroller. Det er viktig å nevne refleksivitet når vi setter forforståelse til side. Med refleksivitet menes det at forskerne skal vise evne og vilje til å sette spørsmålsteget på sin egen framgangsmåte og konklusjon. Som forsker skal en være innstilt på at en må forkaste resultater og konklusjoner som en trodde en hadde og ikke bli overrasket (Malterud, 2011).

### **5.2.3 Diskusjon om rekruttering og utvalg**

I denne studien ble totalt seks informanter intervjuet, fire kvinner og to menn. Informantene jobbet på ulike lokalsykehus i Norge. Ingen av informantene som deltok i forskningsprosjektet trakk seg underveis. Utvalget for deltakelse var et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg gir grunnlag for å skaffe data med best mulig informasjonsstyrke for å belyse forskningsspørsmålet (Malterud, 2011).

Vi hadde et mål om å skaffe 9 informanter fra kun tre forskjellige sykehus, men rekrutteringen ble utfordrende. I tillegg måtte vi endre inklusjonskriteriene underveis for å skaffe nok informanter. Inklusjonskriteriene var i utgangspunktet nyutdannede anestesisykepleiere innen 2 år som jobbet på lokalsykehus og hadde deltatt i traumeteam minst tre ganger. Vi måtte endre på hvor lenge de hadde vært ferdigutdannet anestesisykepleiere til 5 år. Vi stilte noen kritiske spørsmål til oss selv om informantene: «regnes de som nyutdannet etter 5 år?», «har de glemt hvordan det var å være helt nyutdannet å delta i traumeteam?» og «oppleveres det annerledes hos de som har lengre erfaring enn de som er nyutdannet innen 2 år?». Vi valgte å inkludere de anestesisykepleierne som hadde jobbet i inntil 5 år, da vi med vår intervjuguide ikke var ute etter veldig avanserte svar, men kun opplevelsen av det å delta i et traumeteam.

Vi hadde ingen kriterier i forhold til språk, og hadde fem norsktalende informanter og en svensktalende informant. Det var til tider utfordrende å transkribere den svensktalende informanten, men like vanskelig var det med de norsktalende informantene som snakket veldig fort. Alt ble skrevet på bokmål for at ikke informantene skal kunne gjenkjenne hvem som har sagt hva i oppgaven.

Vi kan med dette lille utvalget ikke nødvendigvis vurdere eller overføre disse opplevelsene til alle andre nyutdannede anestesisykepleierne i Norge.

#### **5.2.4 Diskusjon om datainnsamling**

Datainnsamlingen bød på noen utfordringer, som vi ikke hadde forutsett oss. Vi hadde et ønske om å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, slik at det ble en mer personlig opplevelse for informantene og at de fikk se hvem som var intervjuerne. I og med at vi fikk informanter fra sykehus som la langt vekk geografisk, så vi oss nødt til å endre til å gjennomføre intervjuene per telefon. Informantene fikk mulighet til å velge hvordan de ville gjennomføre intervjuene, enten per telefon der med kun lydoverføring eller med videooverføring da det kun var lydopptak som ble brukt for å samle data.

En av oss hadde litt erfaring med gjennomføring av forskningsintervju fra tidligere, noe som vi så på som en styrke hos oss. I tillegg til at vi var to som gjennomførte intervjuene. Vi hadde i forkant fordelt arbeidsoppgaver under intervjuene der en stilte spørsmålene fra intervjuguiden og en stilte oppfølgingsspørsmål og tilleggsspørsmål. Begge tok notater underveis slik at vi sikret oss at den viktige informasjonen underveis ble notert. En annen styrke var at vi ikke hadde mye erfaring med forskningsspørsmålet fra før av, slik at vi ikke kunne stille spørsmål som vi allerede visste svaret på.

Ved å gjennomføre et prøveintervju i forkant av intervjuene, fikk vi et innblikk i hvordan vi opplevde oss selv som intervjuere, da vi hørte igjennom dette før intervjuprosessen startet.

Det at intervjuene kun varte i 20-25 minutter kan vi se på det som en svakhet. Grunnen til de korte intervjuene er uklart, men det kan handle om at det ble gjennomført på telefon. Det kan også handle om at vi hadde for få spørsmål eller ikke klarte å følge opp svarene tilstrekkelig med oppfølgingsspørsmål og oppfordringer om å utdype de svarene de gav.

### **5.2.5 Diskusjon om etiske overveielser**

For at informantene skulle føle seg trygge og for å kunne åpne opp for samtale, var det viktig å sikre anonymitet. Alle informantene som har deltatt i studien mottok skriftlig informasjon om forskningsprosjektet og en samtykkeerklæring. Det gikk tydelig fram i informasjonsskrivet at deltagelsen var anonym, frivillig og hva det ville innebære å delta i studien. Informantene kunne til enhver tid trekke seg i forskningsprosjektet vårt. Vi forsikret oss om at anonymitet ble nevnt på nytt før intervjuet startet for å sikre at informantene kunne føle seg trygge under intervjuet. Intervjuguiden ble sendt ut til alle informantene på forhånd slik at informantene kunne forberede seg på hvilke spørsmål som ville bli stilt. Selv om vi valgte å fokusere på deltakere som jobber på et lokalt sykehus, valgte vi å ikke navngi hvilke sykehus informantene kom fra i oppgaven, for å sikre anonymitet.

Det ble brukt en lydopptaker fra Universitet i Agder for å sikre at lydopptakene ikke kom på avveie og at data ble lagret på en passordbeskyttet PC. Lydopptakene ble umiddelbart slettet etter at transkriberingen var gjennomført.

Risiko med intervju som innsamlingsmetode kan være at informantene er utrygge og føler seg skeptisk for deltagelse og kan holde tilbake informasjon (Malterud, 2011).

### **5.2.6 Diskusjon om analyseprosessen**

Analyseprosessen var en svært stor og krevende arbeidsprosess og det kan sees som en svakhet at vi var noviser, selv om en av oss hadde kun litt erfaring med gjennomføring av forskningsintervju fra tidligere. Vi har begge deltatt i å transkriberingen og delt opp arbeidet oss imellom. Dette ga oss en unik mulighet til å bli godt kjent med dataene. Transkriberingen var en tidkrevende prosess. Det at vi gjennomførte transkriberingen selv begge to var at vi fikk intervjuene i friskt minne og kunne oppklare uklarheter underveis. Denne delen av prosessen ble gjort kort tid etter intervjuene ble gjennomført, noe som vi ser på som en styrke.

Etter transkriberingen startet analysen av intervjuene, dette ble også gjort sammen. Vi leste intervjuene hver for seg og tok notater. Etter dette sammenlignet vi våre notater, og kategoriserte dem. Når vi hadde gjennomført analyse av et intervju, hadde vi en veiledningstime med vår veileder, for å få et innsyn fra en utenforstående som ikke hadde vært med på datainnsamlingen, før vi fortsatte resten av analyseprosessen. Det anbefales å utføre analysedelen sammen med andre (Malterud, 2011). Vi utførte analysedelen alene etter

første analyse, da vi fikk godkjenning fra vår veileder. Analysen er utført strukturert og så nøyaktig som mulig ut fra Malterud sin systematiske tekstkondensering.

## **6.0 KONKLUSJON**

Hensikten med å utføre denne studien har vært å få en innsikt i hvordan nyutdannede anestesisykepleiere har opplevd det å delta i traumeteam.

Funnene våre støtter seg til tidligere forskning som blant annet viser at anestesisykepleiere følte seg mer trygge å delta i traumeteam når de hadde en erfaren anestesilege med seg i teamet. Samtidig krever det god kommunikasjon mellom deltakerne for å ha best mulig samarbeid i teamet.

Tidligere erfaring har en positiv innvirkning hos nyutdannede anestesisykepleiere sammen med klare og definerte roller og et godt samarbeid mellom anestesisykepleiere og anestesilege. I tillegg hadde det stor betydning for de nyutdannede anestesisykepleierne å ha en trygg og tydelig teamleder som førte teamet gjennom primærundersøkelsen slik at pasienten blir best mulig tatt imot.

En av de viktigste faktorene for at teamet skal fungere var kommunikasjon, men det var også den faktoren som bød på mest utfordringer ifølge de nyutdannede anestesisykepleiere. Et av punktene som gikk igjen var kommunikasjonsverktøyet «closed lopp». Når alle hadde kjennskap og anvendte «closed loop» kommunikasjon opplevde de nyutdannede anestesisykepleiere et mye bedre samarbeid med de andre deltakere i teamet.

Simulatortrening var også en av faktorene som kunne øke de nyutdannede anestesisykepleierne sin trygghet med å delta i traumeteam. Dette var noe de mente det burde blitt satt av mer tid til på sykehusene da dette gjør at alle får en økt forståelse for andres rolle i teamet og en fin måte å øve på kommunikasjon mellom de ulike prosessjonene som deltar i traumeteam.

Studien forteller oss at det har en stor betydning for praksis for en nyutdannet anestesisykepleier. Med tidligere innblikk i hva det innebærer å delta i et traumeteam for å

oppbygge erfaring vil gi en bedre opplevelse til en nyutdannet anestesisykepleier. Gjennom studien håper vi at KITS kurs blir obligatorisk for anestesisykepleierstudenter.



## REFERANSELISTE

Agency for Healthcare Research and Quality (2014). Pocket Guide: TeamSTEPPS.

Hentet fra:

<https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html#communication>

ALNSF, N. a. f. o. Norsk Standard for anestesi. Retrieved from

<https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi>

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleieforbund (ALNSF). (2016).

Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet fra

<https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument>

Allen, C. J., Straker, R. J., Murray, C. R., Hanna, M. M., Meizoso, J. P., Manning, R. J., . . . Hannay, W. M. (2016). Recent Advances in Forward Surgical Team Training at the U.S. Army Trauma Training Department. *Military Medicine*, 181(6), 553-559.

Hentet fra:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=115937832&site=ehost-live>. doi:10.7205/MILMED-D-15-00084

Barach, P. & Weinger, M. B. (2007) Trauma Team Performance. Wilson, W. C., Grande, C. M. & Hoyt, D. B. (Red.), *Trauma: Emergency Resuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management, Volume I* ( 1. utgave, bind 1, s 101-113). Boca Raton: CRC Press.

Bruun, A. M. G. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. Hovind, I. L. (Red.) *Anestesisykepleie* (2. utgave, s 19-39) Oslo: Akribes

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2014). Saving Lives. Protecting People. Hentet fra: [https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/trained-observer/observer\\_08.html](https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/trained-observer/observer_08.html)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

Diehl, M.R. & Sanders, K.K. (2018). Anesthesia Complications. J.J., Nagelhout & S., Elisha (Red.), Nurse Anesthesia (6.utgave, s. 1216-1234). Missouri: Elsevier.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Erdal, R. & Gjevik, L. (2011) Nevrokirurgi. Hovind, I. L. (red) *Anestesisykepleie* (2. utgave, s. 542-561) Oslo: Akribe.

Erfaring. (2020, 6. april). I Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/erfaring>

Forsmo, A. (2011). Anestesiapparat og ventileringsmetoder. Hovind, I.L (Red.), *Anestesisykepleie* (2.utgave, s.246-259). Oslo: Akribe.

Gaarder, C., Næss, P.A., Skaga, N.O., Holtan, A. & Kleven, J. (2016). Kvalifikasjonskrav. *Traumemanualen* (7.utgave). Oslo Universitetssykehus: Ullevål. Hentet fra: <https://www.traumemanualen.no/index.php?action=showtopic&topic=wB6uEuEN&fbclid=IwAR37j4RBsRsH2TsT3kszhvNInEK-urfzI7svzdR-J9fkofI5X9cmReqe08U>

Gaarder, C., Næss, P.A., Skaga, N.O., Holtan, A., Kleven, J. & Midtgaard, H. (2016). Varslingsrutiner. *Traumemanualen* (7.utgave). Oslo Universitetssykehus: Ullevål. Hentet fra: <https://www.traumemanualen.no/index.php?action=showtopic&topic=qspnCHs6&fbclid=IwAR0AyyOGsWEp9Sqc7VWx86Os4OLGg9T7EEved-dtTQj8CV3N31XFtaG38tg>

Hanoa, R. (2010). Multitraumer og traumesentre. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 130(1446). doi: 10.4045/tidskr.10.0641

- Hanao, R., Midtgaard, H., Rimstad, R. & Sørensen, D.W. (2016, 15. November). Juridiske forhold, pasientrettigheter og personellsikkerhet. Hentet fra: <https://www.traumemanualen.no/index.php?action=showtopic&topic=mvvgBg5K>
- Hult, U. (2016). Anestesisjukskøterskans opplevelser av att delta vid akut omhändertagande av patient utanför operationssalens kontext. In.
- Hustad, J. (2011). Stress og mestring i rollen som anestesisykepleier. Hovind, I.L (Red.), *Anestesisykepleie* (2.utgave, s.45-49). Oslo: Akribe.
- Jeppesen, E., Hestnes, M., Ringdal, K. & Røise, O. (2018) *Nasjonalt traumeregister: Årsrapport 2017, med plan om forbedringstiltak*. Hentet fra: [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/40\\_ny\\_arsrapport\\_2017\\_nasjonalt\\_traumeregister.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/40_ny_arsrapport_2017_nasjonalt_traumeregister.pdf)
- Lenquist, S. (2007). Effekter av ulike typer av våld: Stort trauma. Lenquist, S. (Red.) *Traumatologi* (2. utgave, s. 27-34). Sverige: Liber AB.
- Lundby, T. (2011). Øyeblikkelig hjelp-pasienter i sykehus. Hovind, I.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (2.utgave, s.414-419). Oslo: Akribe.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mercer, S. J. (2017). Using full immersive simulation to prepare trauma teams to work in a major trauma centre. *Sage journals*, 19(4), 277-285. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/1460408616680384>
- Næss, T. (2011). Læring i et stressfylt arbeidsmiljø. Hovind, I.L (Red.), *Anestesisykepleie* (2.utgave, s.40-44). Oslo: Akribe.
- Pilot, D. F. & Beck, C. T (2018) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9. utgave). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Rosser, A., Sullivan, S., Thompson, R. & Jung, H. S. (2019). Automated natural language processing of closed-loop communication in trauma resuscitations. *Critical Care Medicine*, 47(1), 860. doi: 10.1097/01.ccm.0000552512.39547.fa.

Svartdal, Frode: *læring* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 23. april 2020 fra: <https://snl.no/l%C3%A6ring>

Turner, D. A. B. (1996). Emergency anaesthesia. Aitkenhead, A. R & Smith, G. (Red.), *Textbook of Anaesthesia* (3.utgave, s. 519-532). New York: Churchill Livingstone Inc.

## VEDLEGG

### Vedlegg nr.1) Søkehistorikk

#	Query	Result
S5	“Anesthetic nurse” AND ( traumateam* OR trauma* ) AND experience*	1
S4	“Anesthesia” AND ( traumateam* OR traume* ) AND experience*	2
S3	“Nurse anesthesia” AND ( traumateam OR trauma* ) AND “experience”	13
S2	“Nurse anesthesia*” AND ( traumateam* OR trauma* ) AND “experience*”	14
S1	“Anesthetist*” AND ( traumateam* OR trauma* ) AND experience*	64

## Vedlegg nr.2) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

|

### **Vil du delta i forskningsprosjektet ”[Anestesisykepleie og traumatologi]”?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kaste lys over anestesisykepleiernes erfaringer med å delta i traumeteam. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en masteroppgave å gjennomføres som et ledd i utdanningen ved Universitet i Agder, spesialsykepleier - anestesisykepleie.

Vi har valgt å belyse hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplever det å delta i traumeteam på lokalsykehus. Vi har begge deltatt i traumeteam, men med andre roller på lokalsykehuset vi jobber på. Det vil derfor være en utfordring for oss å få en ny rolle å forholde oss til. Med dette studie håper vi at vi kan være mer forberedt mentalt når alarmen går å vi må delta i traumeteam som nyutdannede anestesisykepleiere. Vi har gjennomført et litteratursøk og har funnet lite forskning innen dette feltet, som forsterker våre interesser for å gjennomføre studie.

Problemstillingen er: «Hvordan opplever nyutdannede anestesisykepleiere å delta i traumeteam?»

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Jenny Jan Yee Cheung og Benedicte Fredriksen er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å kunne kartlegge hvilke lokalsykehus vi kan bruke i forhold til kravene vi har satt i forskningsprosjektet, må vi ta kontakt med de enkelte anesthesiavdelingene for å se om de har et utvalg som møter inklusjons- og eksklusjonskriteriene til studie.

Vi har fått godkjenning fra sykehuset og fått kontaktopplysninger gjennom dem. Vi har søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD), Fakultetets Etske Komité (FEK) og sykehusene

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet. Det vil ta deg ca. 30-40 minutt. Intervjuet vil inneholde spørsmål om traume, traumeteam, dine opplevelser og følelse av mestring. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun de ansvarlige for forskningsprosjektet som er nevnt tidligere som vil ha tilgang.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data

Det vil ikke kunne gjenkjennes deltakere i publikasjon, da dette er en kvalitativ studie og vi vil analysere svarene og kategorisere dem.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2020. Personopplysninger og opptak vil bli makulert og slettet. *Beskriv hva som skjer med personopplysninger og eventuelle opptak ved prosjektslutt.*

*Hvis datamaterialet ikke skal anonymiseres ved prosjektslutt: oppgi formål med videre oppbevaring/bruk av personopplysninger (f.eks. etterprøvnbarhet, oppfølgingsstudie, arkivering for senere forskning), hvor opplysningene skal lagres, hvem som vil ha tilgang, samt endelig tidspunkt for anonymisering (eller, hvis aktuelt, presiser at personopplysningene skal lagres på ubestemt tid).*

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved Jenny Jan Yee Cheung, på epost ([jjcheu10@uia.no](mailto:jjcheu10@uia.no)) eller telefon: 93 24 94 85 og Benedicte Fredriksen, på epost ([benef18@student.uia.no](mailto:benef18@student.uia.no)) eller telefon: 41 52 60 69
- Vårt personvernombud: Berit Johannessen, på epost ([berit.johannessen@uia.no](mailto:berit.johannessen@uia.no)) eller telefon: 38 14 18 69
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jenny Jan Yee Cheung  
Prosjektansvarlig

Benedicte Fredriksen  
Prosjektansvarlig

Berit Johannessen  
Prosjektansvarlig

(Forsker)

(Forsker)

(Veileder)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet anesthesisykepleie og traumatologi, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i forskningsprosjektet, med intervju som metode.
- at arbeidsgiver kan gi opplysninger om meg til prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Juni 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



### Vedlegg nr.3) Intervjuguide

## Intervjuguide av Benedicte Fredriksen og Jenny Jan Yee Cheung

Problemstilling:

«Hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier å delta i traumeteam?»

<b>Tema</b>	<b>Tematiske spørsmål</b>	<b>Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål</b>
Tidligere erfaring i traumeteam.	Har du noen erfaring med traumeteam før du ble anestesisykepleier?  Beskriv hvordan du har opplevd å delta i traumeteam som anestesisykepleier.	Trygghetsfølelse. Stressende situasjoner. Relasjoner til traume. Største utfordring?
Problemstillinger.	Har du opplevd etiske dilemma – i tilfelle hva?  Hvordan opplever du å møte pasientgrupper med forskjellige bakgrunner som for eksempel kultur?	Etiske dilemmaer. Tiltak til problemløsning.
Kommunikasjon.	Vil du fortelle hvordan kommunikasjonen har vært mellom deg og dine kolleger i traumeteamet?  Vil du fortelle hvordan kommunikasjonen mellom deg og pasienten har vært?	Close loop. Debriefing. Dialog om vanskelige hendelser.  Støynivå. Trygghet/berolige.  Utfordringer? Hva fungerte bra?
Forberedelse/ strategi.	Hvordan forbereder du deg til å delta i traumeteamet?  Vil du fortelle hvordan du klarer å holde oversikt/roen i en stresset situasjon?  Hva skal til for at du opplever mestringsfølelse når du deltar i traumeteam?  Har du noen tanker om hva som skal til for å bidra til økt forberedthet? Læring?	Simulering. E-læringskurs

## Vedlegg nr.4) Godkjenning fra NSD

**NSD** MELDESKJEMA FOR BEHANDLING  
AV PERSONOPPLYSNINGER

### NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Hvordan opplever nyutdannede anestesisykepleiere å delta i traumeteam?

**Referansenummer**

853244

**Registrert**

11.09.2019 av Benedicte Fredriksen - benef18@student.uia.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Berit Johannessen, berit.johannessen@uia.no, tlf: 38141869

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Jenny Jan Yee Cheung, jennyc01791@gmail.com, tlf: 93249485

**Prosjektperiode**

23.08.2019 - 31.05.2020

**Status**

07.10.2019 - Vurdert

**Vurdering (1)****07.10.2019 - 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 07.10.2019. Behandlingen kan starte.

**HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på å ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

**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](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 31.05.2020.

**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

Chat med oss på  
hverdager fra 12-14

#### 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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 nr.5) Godkjenning fra Forskningsetisk komite (FEK)



Jenny Jan Yee  
Cheung

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: 19/07036

Tidspunkt for godkjenning: : 26/09/2019

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier**

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

Kommentar fra godkjenner:

Godkjent under forutsetning av godkjenning fra NSD, og at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden. FEK ber om at det gjøres en gjennomgang av infoskrivet ift hvem som er forskningsansvarlig.

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](mailto:post@uia.no) -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

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

### **Vedlegg nr.6) Arbeidsprosess**

Igjennom hele arbeidsprosessen til denne oppgaven har vi begge fordelt oppgaven så godt vi kunne slik at arbeidsmengden har vært lik. Vi utførte intervjuene sammen, men har fordelt hver sine transkriberinger. Ellers har vi fordelt teori- og metodedelen likt og møttes så ofte vi har kunnet. Diskusjonsdelen har vi skrevet sammen. Vi har brukt verktøyet Dropbox til å utveksle stoff til oppgaven.