

## MASTEROPPGAVE

Barnetraume – fra erfarne anestesisykepleieres perspektiv  
- en kvalitativ studie om hvordan erfarne anestesisykepleiere opplever egen rolle ved traumemottak av barn

Veslemøy Gattermann kandidatnr: 1101  
Hanne Lien Kjøniksen kandidatnr: 1102

9. juni 2023

Masterstudium i klinisk sykepleie, Anestesisykepleie  
Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og velferd

Antall ord: 10427



## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Anestesisykepleier skal delta i akutte hendelser i sykehuset, herunder traumemottak av barn. I samsvar med Norsk Standard for Anestesi skal anestesisykepleier være en ressursperson for pasienten og samarbeide med anestesilege. Ved traumemottak av barn kan anestesisykepleierens rolle bli utfordret.

### *Hensikt*

Hensikten med studien var å belyse hvordan erfarne anestesisykepleiere opplever egen rolle ved traumemottak av barn.

### *Metode*

Masteroppgaven er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med seks erfarne anestesisykepleiere ved et sykehus med traumefunksjon i Norge. Tematisk analyse ble brukt for å analysere innsamlet data.

### *Resultater*

Våre funn viste en endring av anestesisykepleierens rolle over tid, rollen endres med tiden på døgnet, rollen endres med økt erfaring og kompetanse og rollen bestod av ivaretagelse av barnet og pårørende. Informantene opplevde at rollen også hadde endret seg på grunn av økt antall LIS-leger.

### *Konklusjon*

Resultatene indikerte at anestesisykepleierens rolle har endret seg gjennom årenes løp og at rollen nå er mindre selvstendig enn før. Økende erfaring bidro også til en endring av rollen. En del av rollen innebar ivaretagelse av barn og pårørende, men det var avhengig av traumets alvorlighetsgrad hvor mye kontakt informantene fikk med barnet og foreldrene. Økt antall LIS-leger kan tolkes til å påvirke anestesisykepleierens rolle i traumemottak av barn. Anestesisykepleiere kan stå i fare for å miste arbeidsoppgaver hvis de ikke tar eierskap i rollen og på den måten beholder kompetanse og mengdetrening. Anestesisykepleierens rolle og deres kompetanse bør belyses i videre forskning.



*Nøkkelord*

Anestesisykepleier, barn, kvalitativ metode, rolle, traumeteam

## Abstract

### *Background*

The nurse anesthetist must participate in acute events in the hospital, including trauma reception of children. In accordance with the Norwegian Standard of Anesthesia, the nurse anesthetist shall be a resource for the patient and cooperate with the anesthesiologist. In the case of trauma reception of children, the nurse anesthetist's role may be challenged.

### *Objective*

The object of the study was to enlighten how experienced nurse anesthetist's perceive their own role in receiving children in trauma.

### *Method*

The master's thesis is a qualitative study based on semi-structured interviews with six experienced nurse anesthetists at a hospital with trauma function in Norway. Thematic analysis was used to analyse the collected data.

### *Results*

Our findings revealed a change in the nurse anesthetist's role over time, the role changes during the day, the role changes with increased experience and competence and the role consisted of caring for the child and the next kin. In addition the informants experienced that their role had changed due to the increased number of Registrar anesthetist.

### *Conclusion*

The results indicate that the nurse anesthetist's role has changed over the years and that the role has become less independent than earlier. Increased level of experience also contributed to a change of role. Part of the role included caring for the children and next of kin, but how much contact the informants had with the child and the parents depended on the severity of the trauma. An increased number of Registrar anesthetic can be interpreted to influence the nurse anesthetist's role in trauma reception of children. The nurse anesthetist may be at risk of losing work tasks if they do not take ownership of the role and thus retain competence and quantity training. The role of nurse anesthetist and their competence should be subject of further research.

*Keywords*

Children, nurse anesthetist, qualitativ method, role, traumateam

## Forord

Vi vil takke hverandre for samarbeidet.

Takk også til vår veileder Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen. Takk for at du alltid har hatt svar på små og store spørsmål, du har vært en enormt god hjelp for oss. Vi vil også rette en stor takk til familiene våre. Til slutt vil vi takke våre informanter som stilte opp både i arbeidstid, etter arbeidstid og delte av sine erfaringer med oss.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract .....	4
Forord .....	6
1.0 Introduksjon .....	9
1.1 Bakgrunn .....	10
1.2 Hensikt/problemstilling/forskningsspørsmål .....	12
2.0 Metode .....	13
2.1 Utvalg .....	13
2.2 Intervjuguide .....	13
2.2.1 Pilotering .....	14
2.3 Datainnsamling .....	15
2.4 Dataanalyse .....	15
2.4.1 Trinn 1- Å gjøre seg kjent med dataene .....	15
2.4.2 Trinn 2- Koding .....	16
2.4.3 Trinn 3- Søken etter temaer .....	16
2.4.4 Trinn 4- Gjennomgang av temaer .....	16
2.4.5 Trinn 5 - Navngi temaene og definere .....	17
2.4.6 Trinn 6- Skriveprosessen .....	17
2.5 Vår forforståelse .....	17
2.6 Forskningsetiske overveielser .....	18
3.0 Presentasjon av resultater .....	20
3.1 En rolle i endring .....	20
3.2 Erfaring påvirker rollen .....	22
3.3 En sentral rolle i teamet .....	22
3.4 Ivaretagelse av barn og foreldre .....	24
4.0 Diskusjon .....	28
4.1 Rollefordeling – en utfordring? .....	28
4.2 Trening og simulering kan styrke rollen .....	30
4.3 Situasjonsbevissthet og kommunikasjon .....	31
4.4 Opplevelse av trygghet .....	33
5.0 Metodediskusjon .....	35
5.1 Design .....	35
5.2 Utvalg .....	35
5.3 Datainnsamling .....	36
5.4 Dataanalyse .....	36

6.0	Konklusjon .....	38
7.0	Referanser.....	39
	Vedlegg.....	44
	Vedlegg 1 – Intervjuguide .....	44
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv .....	46
	Vedlegg 3 – Meldeskjema sikt.....	50
	Vedlegg 4 - Mail fra forskningsavdelingen SØK .....	53
	Vedlegg 5 - Mail fra forskningsavdelingen SØK .....	54
	Vedlegg 6 – Arbeidsfordeling .....	54



## 1.0 Introduksjon

Upubliserte data innhentet fra Traumeregisteret viser at 1753 barn fra 0 til og med 18 år ble tatt imot i traumemottak over hele landet i år 2022 (Dahlhaug, 2023). Stumpe traumer ved høyenergifall og ulykker med MC eller andre motorkjøretøy er de vanligste årsakene til alvorlige skader hos barn (Dahlhaug, 2023). Traumealarm utløses ved oppfylte traumekriterier og et traumeteam samles på traumestue for mottak av pasienten. Kvalifisert og trent helsepersonell inngår i et traumeteam hvor medlemmene har klare og definerte roller ved mottak av pasienter med antatt alvorlig skade (Oslo Universitetssykehus, 2020).

Anestesisykepleiere skal kunne ivareta alle pasienter som kommer til sykehus, uansett alder. De skal inngå i traumeteamet og utgjøre en forskjell både gjennom sin generelle kompetanse, men også gjennom sin forståelse og utøvelse av ikke-tekniske ferdigheter (Anestesisykepleierne NSF, 2022). En utfordring vil være å kunne “heve blikket” og se de andre teammedlemmenes kompetanse og behov, og bidra til fellesskapet. Dette krever en klar og definert forståelse av hva egen rolle innebærer, hvilken kompetanse den bygger på og hvilke begrensninger den har (Flynn et al., 2017).

Ved traumemottak av barn er primærundersøkelse og behandling i store trekk likt som hos voksne pasienter (Oslo Universitetssykehus, 2022). Akutthjelp til pediatrike pasienter skiller seg fra voksne pasienter, og krever helsepersonell med spesiell kunnskap og ferdigheter (Janhunnen et al., 2017). Det kan det være utfordrende for teamet både på grunn av at barn har annerledes anatomi og fysiologi enn voksne, samt vanskeligere samarbeid mellom behandler og pasient (Oslo Universitetssykehus, 2022, Jagannathan & Burjek, 2023). I følge Jagannathan & Burjek (2023) har de mindre barna andre anatomiske trekk ved luftveiene enn voksne. De har blant annet en stor tunge og et fremtredende bakhode. Samtidig har de en annerledes vinkel på larynx og en stor epiglottis som krever justeringer i maskeventilasjon og intubasjonsteknikker i forhold til tenåringer og voksne. De mindre barna har et høyere oksygenforbruk og den reduserte funksjonelle reservekapasiteten under anestesi kan føre til raskere desaturasjon. Ved anestesi til barn kreves det alltid medisindosering ut fra vekt og en pålitelig administrering av legemidler (Jagannathan & Burjek, 2023).

Anestesi til barn er et samarbeid mellom anestesilege og anestesisykepleier der det er viktig med et godt samarbeid og at de supplerer hverandre på en god måte (Danielsson et al., 2018). I møte med pediatrike pasienter kan anestesisykepleieren bli utfordret på sin profesjonelle

kompetanse. Ikke bare på et teknisk nivå, men også på et emosjonelt nivå (Danielsson et al., 2018). Det er naturlig at teamet berøres mer personlig når barn og ungdom kommer inn i traumemottak og er hardt skadet. Når man arbeider med pediatriske pasienter kreves det mer av egne følelser og personlighet. Et slikt psykisk aspekt kan dermed trenge en høyere grad av profesjonalitet av helsepersonellet rundt (McGarry et al., 2013). I en masteroppgave gjennomført av Fredriksen & Cheung (2020) fortalte informantene at de følte på et ekstra stress når det var barn involvert i traume og teamet var da ekstra konsentrert og forberedt.

Vår erfaring fra klinisk praksis er at anesthesisykepleier har en sentral rolle i traumemottak av barn, men kollegaer har gitt oss ett inntrykk av at rollen har endret seg noe over tid. Samtidig er traumemottak av barn på vår arbeidsplass mer sjeldent enn på de store traumesenterne. Vårt inntrykk er at det kreves flere års erfaring for å opparbeide en trygghet i rollen ved traumemottak av barn, og ifølge Jørgensen et al. (2019) er traumetrening spesielt viktig på sykehus med færre traumer.

## 1.1 Bakgrunn

Historisk sett har sykepleiere vært involvert i anestesi siden begynnelsen av 1900-tallet. Med nasjonale og internasjonale variasjoner har rollen til anesthesisykepleieren endret seg over tid. I de nordiske landene oppleves rollen som anesthesisykepleier relativt lik, selv om lengde på utdanning og innhold i utdannelsen varierer (Vickers, 2002).

I USA oppdateres retningslinjene for ansvars- og oppgavefordeling mellom anestesilege og anesthesisykepleier hvert femte år. Det er stor uenighet mellom anestesilegene og anesthesisykepleierne om fordeling av oppgaver innen anestesi, og anesthesisykepleierne har mindre innflytelse på pasientbehandlingen. Anesthesisykepleierne hevder at de bør praktisere anestesi som samsvarer med deres utdanning og erfaring mens anestesilegene står for all anestesirelatert behandling. Dette gir anesthesisykepleierne redusert mulighet til å jobbe selvstendig og bruke sin kompetanse (Høyem et al., 2019).

Ifølge Grunnlagsdokumentet for anesthesisykepleiere (Anesthesisykepleierne NSF, 2022) skal anesthesisykepleieren prioritere og iverksette sykepleietiltak og medisinske oppgaver i samsvar med Norsk standard for anestesi (2016). Dette gjelder også i akutte hendelser i sykehuset,

herunder traumemottak av barn. Anestesisykepleier skal samarbeide med anestesilege, og være en ressursperson for pasienter med akutte omsorgsbehov i sykehuset. Anestesisykepleier skal velge utstyr tilpasset pasientens alder, størrelse og tilstand, samt klargjøre medikamenter i riktig dose. Derfor må anestesisykepleier ha kunnskap om ulike aldersgruppers fysiologi, patofysiologi, i tillegg til alderens innvirkning på farmakologiske prosesser og valg av anestesiteknikk (Anestesisykepleierne NSF, 2022). Ifølge Ringen et al. (2023) er erfaring med traumer hos pediatrike pasienter avgjørende for å optimalisere behandlingen. Erfaring med pediatrike pasienter gir mer kunnskap og økt selvtillit i yrkesrollen i møte med barn. Gjennom erfaring kan sykepleieren lettere lese barnet og dets signaler (Grahn et al., 2016).

Sykehuset Østfold Kalnes (SØK) har en egen prosedyre for hvilke arbeidsoppgaver anestesisykepleier har i traumemottak. Anestesisykepleier skal sørge for riktig id-merking på pasienten, monitorering og sørge for intravenøse tilganger. Videre skal anestesisykepleier bistå anestesilege med sikring av luftveier, administrere medikamenter, overvåkning og transport til andre avdelinger og undersøkelser. For å opprettholde nødvendig kompetanse bør anestesisykepleieren ha årlig simulering i traumeteam og skal ha gjennomført kurs i traumesykepleie (KITS) eller tilsvarende (Sykehuset Østfold, 2020).

Gjennom litteratursøk ble det identifisert to masteroppgaver som omhandlet anestesisykepleiere i traumemottak. En masteroppgave av Roland & Windingstad (2020) handlet om hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barns psykososiale behov i traumemottak. Deres funn viste at anestesisykepleier har fokus på formidling av trygghet. Med dette mente de etablering av en trygg kommunikasjon og informasjon tilpasset barnets alder. Foreldrenes tilstedeværelse ble sett på som en ressurs for teamet i de tilfellene hvor de klarte å forholde seg rolig. Informantene mente at et godt teamarbeid var avhengig av at alle kjente sin rolle i teamet. En masteroppgave av Cheung & Fredriksen (2020) handlet om nyutdannede anestesisykepleieres opplevelse av å delta i traumeteam. Deres funn viste at tidligere erfaring som sykepleiere i akuttmottak hadde betydning for hvordan de opplevde rollen som anestesisykepleier i traumeteam. Det var avgjørende med god kommunikasjon og klar rollefordeling for at de skulle oppleve trygghet og mestring i rollen. Simulering og KITS-kurs førte til at de var mer forberedt når de deltok i traumeteam. Informantene i deres masteroppgave uttrykte derfor et ønske om at KITS-kurs var obligatorisk som anestesisykepleierstudent.

Litteratursøk har ikke identifisert forskningsartikler eller annen litteratur som omhandler direkte anestesisykepleierens rolle i arbeid med barn som traumepasient. Det meste av teori og forskning inneholder voksne traumepasienter. Enkelte av artiklene handler heller ikke om anestesisykepleiere, men sykepleiere i akuttmottak og spesialiserte pediatriske akuttmottak. Vi har derfor identifisert et kunnskapshull da vi ikke finner forskning på anestesisykepleieres erfaringer i møte med traumemottak av barn og hvordan anestesisykepleier opplever egen rolle. Dette kan være av klinisk betydning for å belyse kompetansen til erfarne anestesisykepleiere. Erfaringsbasert kunnskap kan være verdifullt for anestesisykepleierens fremtidige definisjon av rolle. Erfaringene kan vi også ta lærdom av som nyutdannede anestesisykepleiere.

## 1.2 Hensikt/problemstilling/forskningsspørsmål

I lys av anestesisykepleierens sentrale posisjon i traumeteam ønsket vi å undersøke hvordan anestesisykepleieren opplever sin rolle i traumemottak av barn. I denne oppgaven defineres barn fra alder 0-18 år (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2020, § 3). Informantene ble bedt om å beskrive et traumemottak av barn under intervjuene. Vi ønsket derfor å ikke begrense informantenes mulighet til å dele sine erfaringer ved å velge en spesifikk aldersgruppe. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan opplever erfarne anestesisykepleiere sin rolle i traumemottak av barn?*



## 2.0 Metode

Denne oppgaven baseres på en kvalitativ metode for å finne svar på problemstillingen. Den kvalitative metoden gir et innblikk i de subjektive, menneskelige erfaringene til informantene ved bruk av intervjuer (Johannessen et al., 2021, s 105). Designet passet denne studien da vi ønsket å finne essensen i det erfarne anestesisykepleiere opplevde som sin rolle i traumemottak av barn. Kunnskapen søkes gjennom samling av data som i dette designet er ord. Vi har siktet mot nyanserte beskrivelser gjennom informantens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2021, s.47).

### 2.1 Utvalg

Det ble benyttet en strategisk utvalgsstrategi. Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først tenker godt gjennom hvilke informanter som vil gi mest utfyllende informasjon, og deretter velge hvilke informanter som passer best til studien (Johannessen et al., 2021, s. 58). Av den grunn ønsket vi å intervju erfarne anestesisykepleiere. Inklusjonskriteriet var anestesisykepleiere med minst 10 års erfaring som anestesisykepleiere fra sykehus med traumemottak. Vi stod til slutt igjen med seks informanter som takket ja til å bli intervjuet. Informantene bestod av tre kvinner og tre menn i alderen 39 til 67 år. De hadde mellom 10 og 31 års erfaring som anestesisykepleiere. Det var ingen eksklusjonskriterier i denne studien.

I desember 2022 sendte vi en forespørsel til avdelingsleder på vår egen avdeling om godkjenning av datasamling til vårt prosjekt. Dette ble godkjent og kort tid etter startet avdelingsleder prosessen med utvelgelsen av informanter utfra nevnte inklusjonskriterier. Avdelingsleder satte opp en alfabetisk liste over ansatte med minimum 10 års erfaring og trakk deretter ut hver syvende eller åttende på listen til ønsket antall informanter var nådd. Vi fikk så navnet på seks anestesisykepleiere fra avdelingsleder. Deretter fikk de aktuelle informantene en personlig forespørsel av oss om de ønsket å delta. Alle informantene fikk noen dagers betenkningstid før de ga et endelig svar. Fem svarte ja, og en svarte nei.

### 2.2 Intervjuguide

Vi samlet data gjennom semistrukturerte intervjuer. Et semistrukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide innenfor spesifikke emner. Intervjueren vet hva den ønsker å snakke om, men kan ikke forutse svarene før samtalen. Under intervjuet er det intervjuerens

oppgave å oppmuntre informantene til å snakke fritt under intervjuet. Intervjueren kan bevege seg fritt mellom temaer, men intervjuguiden hjelper til med å holde seg innenfor visse rammer (Polit & Beck, 2021, s. 514). Intervjuene ble utført i lukkede rom på informantenes arbeidsplass for at informantene skulle kunne snakke fritt og for at ikke samtalen skulle bli forstyrret.

Den semistrukturerte intervjuguiden (vedlegg 1) ble laget i samarbeid med veileder. Vi lagde et utkast med spørsmål for å få svar på problemstillingen. Utkastet ble sendt til veileder som gav oss gode innspill og forslag på videre utforming. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om hvordan anestesisykepleierne opplevde rollen i dag, om den har endret seg over tid og eventuelt hva som er årsaken til det. Eksempler på spørsmål var; *«hva er din rolle som anestesisykepleier ved traumemottak av barn?»* *«Varierer rollen om traumet skjer på dag, kveld eller natt?»* *«Har din rolle som anestesisykepleier ved traumemottak av barn endret seg over tid?»* Vi ba også informantene fortelle om sine opplevelser ved traumemottak, hvilke funksjoner de hadde og om de kunne beskrive traumemottak av barn hvor de hadde en aktiv rolle og en mindre aktiv rolle.

### 2.2.1 Pilotering

Da vi oppfattet intervjuguiden som ferdig formulert, gjennomførte vi et intervju med en erfaren anestesisykepleier som pilot. Informanten fikk utdelt intervjuguide i forkant av intervjuet for å kunne forberede seg. Veileder anbefalte å ikke gi ut intervjuguiden i forkant av de neste intervjuene. På den måten kunne informantene snakke fritt i stedet for å føle seg bundet av intervjuguiden. Under pilotintervjuet fikk vi mulighet til å øve på å intervjuer, da vi var uerfarne med dette. Da vi lyttet til pilotintervjuet i etterkant ble vi bevisst på småord som vi kommenterte med underveis, for eksempel «hmm», «mhm» og «ja». Dette gjorde oss mer bevisst på å være stille under samtalen med de resterende informantene. Etter pilotintervjuet spurte vi informanten om hen opplevde spørsmålene som relevante eller hadde noen tanker om endringer. Informanten hadde ingen innspill om endringer. Vi opplevde at spørsmålene var åpne nok til å gi mer enn bare et konkret svar og at informanten snakket fritt rundt valgt tema. Vi besluttet da å bruke intervjuguiden som den var og ingen spørsmål ble endret. På bakgrunn av dette ble pilotintervjuet tatt med som en del av datasamlingen i studien. Derfor har studien seks informanter.



## 2.3 Datainnsamling

Det ble utdelt et informasjonsskriv (Vedlegg 2) i forkant av intervjuene. Informasjonsskrivet ble lest og underskrevet av informantene. I tillegg fikk de muntlig informasjon om studien og muligheten til å få svar på eventuelle spørsmål. Informantene ble gjort oppmerksom på muligheten til å trekke seg fra studien i etterkant (Polit & Beck, 2021, s. 137).

Intervjuene foregikk over flere ulike dager og til ulike tidspunkt ut ifra hva som passet avdelingen, informantene og studentene. Noen av intervjuene fant sted etter arbeidstid, mens andre intervjuer ble utført under arbeidstiden. Det ble brukt Olympus lydopptager for å ta opp lyden under intervjuene. Det varierte hvem av oss som ledet intervjuene. Den som ikke ledet intervjuet, hjalp til med oppfølgingsspørsmål. Hvis samtalen sporet av under intervjuene, unnlot vi å avbryte for mye for å unngå å miste et mulig poeng. To av intervjuene ble utført av kun den ene studenten. Derfor ble alle lydopptak lyttet til av oss begge i etterkant av intervjuene. Felles for intervjuene var at de foregikk på et kontor med lukket dør uten avbrytelser. Da intervjuet var utført, ble lydmaterialiet på diktafonen lagret i henhold til Høgskolen i Østfolds retningslinjer (Høgskolen i Østfold, 2022).

## 2.4 Dataanalyse

Inspirert av Braun and Clarke (2022), ble tematisk analyse brukt for å analysere innsamlet data. Tematisk analyse egner seg til å analysere et bredt spekter av forskningsspørsmål. Metoden gir en mulighet til å lære seg grunnleggende håndtering av forskningsdata. Den gir også verktøy til uerfarne forskere når det gjelder koding av data (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Derfor egnet tematisk analyse seg godt for oss som ikke hadde noen erfaring med dataanalyse fra tidligere. Dette bidro til at vi identifiserte mønstre og temaer basert på dataene uten et teoretisk rammeverk. Den analytiske prosessen bestod av 6 trinn hvor analysen viste seg å være en rekursiv prosess. Det vil si at vi kunne bevege oss fram og tilbake mellom trinnene. Vi var ikke avhengig av å fullføre ett og ett trinn for å kunne gå videre i analysen.

### 2.4.1 Trinn 1- Å gjøre seg kjent med dataene

Få dager etter hvert intervju, ble det det transkribert fortløpende. Arbeidet med transkriberingen ble fordelt likt mellom studentene og det var enighet på forhånd om å benytte seg av seg av ordrett transkripsjon. Ifølge Kvale og Brinkmann (2021, s. 207), bør samme

skriveprosedyre brukes når flere personer transkriberer. Ved å benytte ordrett transkripsjon, ble oversettelsen fra talespråk til skriftspråk så detaljert og korrekt som mulig. Dataene som er tilgjengelige for analyse kan bli av dårligere kvalitet uten nøyaktige transkripsjoner (Polit & Beck, 2021, s. 535). Lydopptaket ble lyttet til av begge studentene etter at dataene bestod av ren tekst for å sikre at hele intervjuet hadde blitt transkribert. Ved å bli familiær med dataene så tidlig i prosessen, kunne vi starte analyseprosessen ved å legge merke til utsagn av interesse for mulig identifisering av temaer (Braun & Clarke, 2022, s. 43-44).

#### 2.4.2 Trinn 2- Koding

Det ble benyttet induktiv koding. Med det menes at vi hadde en åpen tilnærming til dataene uten et teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2022, s. 56). Vi kodet alt som kunne være relevant og kunne gi svar på problemstillingen. Først senere i analyseprosessen ble koder selektert ut for å besvare oppgaven. Før koding fikk vi veiledning og en innføring i en praktisk tabell som kunne være til hjelp i kodingen. Tabellen bestod av 3 kolonner. I første kolonne ble transkripsjonen kopiert over. I andre kolonne kodet vi tekstnære koder. I tredje kolonne trakk vi ut initiale temaer utfra kodene. Under denne prosessen kodet vi hver for oss. Deretter sendte vi ett og ett ferdig kodet dokument til veileder for gjennomgang og tilbakemelding for å sikre oss at ingen data var utelatt.

#### 2.4.3 Trinn 3- Søken etter temaer

Vi møttes deretter for å sammenligne alle koder. Det kom frem at det var kodet tilnærmet likt. Deretter satte vi kodene sammen til foreløpige temaer hver for oss. Så møttes vi igjen for å sammenligne hvilke temaer som var identifisert. Vi hadde plassert kodene omtrent likt under de forskjellige temaene. I de få tilfellene det var noe forskjell i identifiseringen av temaer, diskuterte vi dette og kom til enighet. Kodene som tilhørte under de foreløpige temaene, ble fargelagt med lik farge. Slik fikk vi en oversikt over omfanget av data når det gjaldt de forskjellige temaene. Ved at kodene ble fargelagt, hjalp det oss å se et mønster på tvers av intervjuene som Braun & Clarke beskrev i trinn 3 (2022, s. 79-80).

#### 2.4.4 Trinn 4- Gjennomgang av temaer

Hele datasettet ble gjennomgått og samlet under foreløpige temaer. Deretter ble temaer som hadde samme mening og innhold slått sammen. Temaene med undertemaer ble sendt til veileder som anbefalte å gjøre temaene mer abstrakt slik at de kunne omfavne flere koder.

Veileder anbefalte videre å ikke ha for mange temaer og ba oss gjøre en vurdering om det var behov for undertemaer. Ifølge Braun & Clarke (2022, s. 97) vil få temaer gi nok informasjon med dybde og detaljer, men for mange temaer eller undertemaer kan gi liten oversikt og dermed kan sammenhengen i dataene forsvinne. På bakgrunn av dette vurderte vi å bare ha hovedtemaer.

#### 2.4.5 Trinn 5 - Navngi temaene og definere

Trinn 5 og 6 var vanskelig å skille fra hverandre. Under skriveprosessen flyttet vi avsnitt som overlappet hverandre til tema som passet eller fjernet de på grunn av gjentakelse. Slik gjennomgikk vi tema for tema slik at de i best mulig grad skulle beskrive innholdet av data og gi sammenheng (Braun & Clarke, 2022, s. 108). Til slutt stod vi igjen med fire hovedtemaer.

#### 2.4.6 Trinn 6- Skriveprosessen

Det siste trinnet i tematisk analyse er å veve sammen fortellingene og datautdragene for å fortelle leseren en informativ og sammenhengene historie (Braun & Clarke, 2022, s. 118). Under skriveprosessen kunne vi se om temaene passet til innholdet i datasamlingen. Et eksempel er tema «En sentral del av teamet». Her ble vi gjort oppmerksom på av veileder at resultatet om anestesisykepleierens støttefunksjon var overlappende med «En rolle i endring». Ved hver endring ble utkastet sendt til veileder slik at vi i mest mulig grad kunne unngå data som ikke stemte med tema eller ikke ga svar på problemstilling.

### 2.5 Vår forforståelse

Vi har forskjellig bakgrunn og erfaringer som sykepleiere før møtet med anestesifaget, men felles for begge er interesse for akuttmedisin og barn og ungdom på sykehus. Vår videreutdanning og erfaring gir god forståelse for begreper og situasjon, hvilket gir en god forutsetning for å stille relevante spørsmål rundt temaet (Kvale & Brinkmann, 2021, 84). I forkant av prosjektet hadde vi med oss forforståelse i form av tidligere erfaringer, samt forberedelse og motivasjon til oppstart. I følge Polit & Beck (2021, s. 156) kan personlig bias unngås ved å forholde seg til «reflexivity». Dette innebærer å kritisk vurdere seg selv og sine personlige forutinntatte holdninger i forkant av studien. Under forberedelser til intervjuer og analyseprosessen har vi hatt samtaler om vår forforståelse oss imellom i forhold til vår kjennskap til anestesisykepleierens rolle og traumemottak av barn. Under intervjuene har vi i størst mulig grad lagt til side egne oppfatninger. I følge Polit & Beck (2021, s.478) legger



man til side egne opplevelser og oppfatninger i form av «bracketing». «Bracketing» førte til at vi stilte oss åpne og hadde en interessert holdning til informantene for å forstå essensen i anestesisykepleiernes erfaringer og opplevelser (Polit & Beck, 2021, s. 477). På den måten har vi unngått å påvirke intervjuene ved at vi ga informantene tid til å tenke før vi stilte flere spørsmål. Dessuten har vi forsøkt å unngå oppfølgingsspørsmål med ja- eller nei-svar i størst mulig grad. Under forberedelser til prosjektet har vi lest teori om barn, traume og anestesisykepleierens rolle og oppgaver. Vi har også fått inntrykk av en endring i anestesisykepleierrollen gjennom samtaler med kolleger.

## 2.6 Forskningsetiske overveielser

Arbeid med meldeskjema til SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør) ble påbegynt i oktober 2022. Meldeskjemaet ble godkjent i desember 2022. Vi fikk i tilbakemelding at vi måtte passe på taushetsplikt hvis informantene kom med eksempler fra pasienthistorier (Vedlegg 3). Videre søkte vi om godkjenning av prosjektet til sykehusets forskningsavdeling, seksjon for forskningsstøtte og administrasjon. Godkjenning derfra kom i november 2022 (Vedlegg 4 og 5). Det er også innhentet muntlig samtykke om gjennomføring av prosjektet fra avdelingsleder for anesthesiavdelingen ved sykehuset. Det ble ikke sendt søknad til REK (Regional Etisk Komité) grunnet at det ikke skulle innhentes sensitive opplysninger om pasienter.

Ifølge Førde (2014) kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå og forholde seg til Helsinkideklarasjonen. Prosjektet inneholder intervjuer med anestesisykepleiere som er våre kollegaer uavhengig om vi kjenner de personlig eller ikke. I slike situasjoner er det viktig å utvise stort skjønn. Dette for å utøve et ansvarlig forskningsetisk forhold til de som stiller til intervju og gir oss informasjon og kunnskap om egen arbeidspraksis. Informantene har gitt skriftlig samtykke. De stilte til intervju på kort varsel både i og utenfor egen arbeidstid. Svært få av informantene hadde lest og satt seg grundig inn i informasjonsskrivet som var delt ut på forhånd. Det ble derfor brukt tid i forkant av hvert intervju for å informere om prosjektets formål, avgrensninger og informantenes rettigheter. Informantene ble grundig informert om at de når som helst kan trekke seg fra prosjektet, og det ble gitt skriftlig og muntlig samtykke. Det har blitt sikret at informantene er anonyme, samt at de tilbys kontroll av de opplysningene de har gitt til oss (Polit & Beck, 2021, s. 137). Innsamlet data, lydopptak, transkriberingsmateriale og andre data er anonymisert og oppbevart etter Høgskolen i

Østfolds retningslinjer for håndtering av forskningsdata (Høgskolen i Østfold, 2022). Datamaterialet ble slettet da prosjektet var avsluttet.

Gjennom et forskningsprosjekt vil etikk og moral være sentralt gjennom alle deler av prosessen, fra tematisering til presentasjon av funn (Polit & Beck, 2021, s. 131). Et samspill mellom informantene i intervjuet vil påvirke undersøkelsen og kunnskapen som produseres i intervjuet. Det må være gjensidig tillitt og respekt mellom student og informant. Uten dette kan informanten ha frykt for å åpne seg opp og tilbakeholde informasjon. Informanten må kunne stole på at tillitten forvaltes på en god måte og blir holdt konfidensielt (Polit & Beck, 2021, s. 141). Vi ville at intervjuet skulle være så dypt som mulig. Samtidig ønsket vi å vise hensyn og være respektfulle. Vi har derfor utvist forståelse for at informantene kunne være berørt av situasjonen de blir intervjuet om, og vi har hatt fokus på å vise empati og forståelse under intervjuene.

Masteroppgaven bærer preg av ærlighet og redelighet. Våre funn har på ingen måte blitt fabrikkert eller forfalsket. Plagiering forekommer ikke. Kilder er blitt oppgitt og henvist til etter gjeldende retningslinjer ved Høgskolen i Østfold. Vi har forholdt oss til APA 7. Vi har beskrevet alle steg i forskningsprosessen og redegjort for endringer underveis i prosjektet etter beste evne. Dette for å sikre etterprøvbarehet av studien.

## 3.0 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet presenteres temaer som ble identifisert under analysen. Informantene uttrykte et høyere stressnivå når det gjaldt traumemottak av barn. Resultatene er presentert i fire temaer: «En rolle i endring», «erfaring påvirker rollen», «en sentral rolle av teamet» og «ivaretagelse av barnet og foreldre». Gjennom presentasjonen er enkelte av informantenes utsagn sitert direkte og skrevet i kursiv.

### 3.1 En rolle i endring

Alle informantene beskrev rollen sin som aktiv på et traumemottak av barn enten det innebar å være håndlanger eller å bidra med kompetanse rundt utstyr, medisiner og invasive prosedyrer. De opplevde rollen som like viktig om de var håndlanger eller utførte det tekniske. I forhold til teamarbeidet, opplevde en informant at jo mindre barnet var, jo mindre var anestesipersonell involvert. Det var ulik oppfatning blant de forskjellige informantene om hvordan rollen hadde forandret seg over tid, men flertallet opplevde at de slapp til og gjorde mer pasientnære oppgaver tidligere enn de gjør nå. En informant fortalte at anestesisykepleieren var mer aktiv deltagende for bare 10 år siden. I tillegg til praktiske funksjoner, var de også mer aktive i behandlingen. Informanten synes rollen i forhold til traumemottak av barn hadde forandret seg betraktelig:

*«Du hører jo om folk her som har jobbet i lang tid som sier det var min første intubasjon, liksom sånn hæ...?» (Informant A).*

Informanten fortalte at var det færre anestesileger før. Videre fortalte informantene at antallet LIS-leger har økt betraktelig. En informant hadde en opplevelse av at anestesisykepleierne nå i mindre grad var nær barnet enn før på grunn av nye prosedyrer. Noen informanter nevnte også at når det gjaldt luftveier stod det tidligere i prosedyren at det var den mest erfarne intubatøren som skulle ta luftveier. Dette var nå endret til den mest erfarne anestesilege. Informantene påpekte at det nødvendigvis ikke alltid var anestesilegen som var den mest erfarne intubatøren. Det kunne derimot være anestesisykepleieren som var på traumeteamet. Alle informantene var enige i at rollen forandret seg når barnetraume skjedde på dagen sammenlignet med kveld og natt. De beskrev det slik at de praktiske oppgavene ble færre på dagen på grunn av at flere anestesileger møtte opp på dagtid.



En annen informant beskrev den samme situasjonen med høy andel anestesileger som at anestesisykepleieren «ble skjøvet til side». Videre beskrev informanten at siden rollen ble mindre aktiv på dagtid, ble det naturlig å trekke seg mer tilbake:

*«På dag er vi mange flere, er det barn så kommer det jo gjerne ofte en eller to anesthesioverleger med, så da blir nok vi skjøvet litt vekk og blir mer håndlangere enn på vaktteam der det er mer sårbart og færre folk» (Informant A).*

Alle informantene var enige i at det var personavhengig hvor mye plass en tok i sin rolle. Opplevelsen av å ha rollen som medhjelper for anestesilege var større på dagtid enn den var på kveld og natt. Som en informant beskrev det:

*«Du kan være litt mer hjemme alene på nattetid» (Informant D).*

Noen av informantene fortalte at det var glidende overganger mellom anestesilege og anestesisykepleier når det gjaldt oppgaver som skulle utføres. Ved luftveishåndtering kunne det hende at anestesisykepleieren måtte ta over «bagging» for anestesilege. Alle informantene opplevde likevel at rollen i hovedsak innebar å være en håndlanger ved traumemottak av barn. De fleste informantene så på sin rolle som en som fungerer i team og som en støttefunksjon for anestesilegen. Med dette mente de å ha kontroll på medisiner som skal gis og utstyr som skal brukes. Videre fortalte informantene at en annen del av rollen også besto i å støtte sine anestesisykepleierkollegaer og hente utstyr man ikke har tilgang til. Når det var veldig små barn, ble rollen da å være en håndlanger for anestesisykepleierkollegaen. En informant beskrev det slik:

*«For når det er skikkelige små unger, altså under ett år, er det jo virkelig viktig å holde tunga rett i munnen i forhold til medikamentregning og i det kaoset ha orden i sakene dine da. Hvis du ikke har en sykepleierkollega å spille på for å få hjelp til å hente ting så kan det gå litt fort» (Informant B).*

Alle informantene påpekte også at kunnskap om utstyr er noe anestesisykepleieren bidrar til i sin rolle i et traumemottak av barn. De var enige om at deres rolle var å sørge for monitorering, sikre identitet og sikre intravenøse innganger. Informantene fortalte at intervallene mellom traumemottak av barn er lange, og dette førte til at anestesilegene også

var mer sjeldent borti barnetraumer. Ved mangel på utstyr vet anestesisykepleieren hvor det er og hvordan det skal brukes. Alle informantene var også enige om at håndtering av luftveier har anestesisykepleiere gode kunnskaper om. Informantene så på sitt ansvar og påse at barnetralle, egen bag for barn under fire kilo er med, det vil si spesialutstyret for små barn ved mottak av de minste barna. De fleste av informantene påpekte hvor viktig det er å ta med riktig utstyr og vite hva som finnes. Alle informantene kjente på ansvaret når det gjaldt å både gi riktige medisiner og riktig doser.

### 3.2 Erfaring påvirker rollen

En informant opplevde at rollen som anestesisykepleier endret seg med at hen fikk økt erfaring og dermed økt kompetanse. Det vil si at hen opplevde en større trygghet i forhold til bruk av utstyr og prioritering av oppgaver. Flere informanter mente det var viktig at anestesisykepleieren tok sin rolle ved traumemottak. Med det mente de å ha tillit til sin kompetanse, men også for å sikre seg mengdetrening og mer erfaring når det gjaldt traumemottak av barn. Flere av informantene opplevde at en viktig del av rollen var å opparbeide seg kompetanse ved å gjøre seg trygg på utstyret og være aktive i traumeteamet for å tilegne seg mer erfaring. En informant fortalte:

*«Du merker når ting er mer kritisk på veldig små barn hvor viktig det er å være klar over hva man kommer til med et team og hva man kan da» (Informant B).*

Informantene opplevde seg selv som gode til å vurdere luftveier og smerter. Alle informantene mente at de hadde et godt klinisk blikk når det gjaldt å vurdere barns ABC (Airway, Breathing, Circulation). Dette på grunn av erfaringen de opparbeidet seg med barn fra elektive operasjoner. Som en informant beskrev:

*«Jeg synes liksom vi brukes som en potet jeg, det er det, vi brukes til alt mulig rart, og ikke rart, men altså alle mulige funksjoner» (Informant D).*

### 3.3 En sentral rolle i teamet

Alle informantene mente at man må ha en god forståelse for situasjonen og se an hva som skjer i traumemottaket. Samtlige opplevde at de hadde en viktig rolle når det gjaldt å se an situasjonen i forhold til arbeidsoppgaver som skal gjøres, kommunikasjon og observasjoner

av barnet. Informantene sa at anestesisykepleier har god oversikt og kontroll over de oppgavene en anestesisykepleier skal ivareta. Videre sa en informant at man må for hver gang man er med i et traumemottak, se hvem man kan spille på og se hvem som er ledig i teamet. Informanten beskrev sin rolle i teamet på denne måten:

*«Du vet jo rollen din; Du skal sørge for at ting blir gjort i relativt raskt tempo. Du skal vite hvor ting er, forutse situasjonen, ikke stå der som en luring og lure» (Informant B).*

Samtlige av informantene var enig i at et godt samarbeid er viktig for et best mulig traumemottak. Flere informanter sa at anestesisykepleier og anestesilege kan gi hverandre råd og utfylle hverandre i et traumemottak. En informant så det som viktig for teamet at det foregikk en respektfull tone mellom anestesilege og anestesisykepleier, men hadde en oppfatning av at dette var anestesisykepleieren mer opptatt av enn anestesilegen. Alle informantene mente det var personavhengig hvor mye plass en tok i temaet, men flere informanter sa at man må vise at man er interessert og ha selvtillit på sin rolle og kompetanse. En informant uttrykte:

*«Vi må jobbe som et team og bli bedre sammen» (Informant A).*

En informant mente at enkelte anestesileger kunne hatt utbytte av å sette seg inn i faktiske og praktiske oppgaver til en anestesisykepleier og hva en anestesisykepleier innehar av kompetanse. Dette ville gjøre det bedre for anestesilegen å få til en bedre oppgaveglidning. Informanten beskrev det slik:

*«Det blir stadig flere leger, det er vel kanskje et inntrykk, en kan jo lure på om det er av det gode da, det kan jo bli mange sjefer kan du si, en får veldig mange beskjeder, noen ganger er det flere leger enn sykepleiere og du får ordre fra tre overleger liksom, og det kanskje er én anestesisykepleier, da kan du få det litt travelt» (Informant E).*

I de tilfellene det var mange leger til stede, opplevde noen informanter at de måtte være enda mer «alert» for det kunne komme mange forskjellige beskjeder og det gjaldt å holde» tungen rett i munn». En informant fortalte videre at de gangene det var høy andel av leger til stede, ble oversikten over hvem som er leder i teamet redusert:

---«for da er det ikke alltid de klarer å bestemme seg for hvem som kjører hva» (Informant B).

Informanten beskrev da at anestesisykepleierens rolle blir å ha et overblikk over hva anestesilegene bestemmer, for å komme med forslag til hvordan ulike oppgaver i traumeteamet skal løses og prioriteres. En informant husket et traumemottak hvor det var relativt ferske LIS-leger til stede og en overlege som ikke tok særlig ansvar. Vedkommende opplevde da at anestesisykepleierens rolle ble å tilrettelegge for LIS-legen og fortelle hva som skal skje videre:

*«Du bidrar jo med å legge ord i munnen til legen innimellom tenker jeg, i forhold til skal vi gå videre på det, skal vi gi mer av det og så videre. Det skjer jo»* (Informant B).

Samtlige informanter opplevde at mange av oppgavene var på delegasjon fra anestesilege og at oppgavene skulle utføres på kort tid. Som en informant uttrykte:

*«...men jeg synes også vi har et ansvar på å observere barnet på egenhånd da og si ifra hvis det er noe der vi mener blir oversett eller som vi synes... vi skal jo være selvstendige anestesisykepleiere også da, ikke bare stå der som nikkedukker»* (Informant F).

Hvor fremtredende rolle anestesisykepleierne hadde i teamet, var avhengig av om det var en erfaren eller uerfaren LIS-lege med i teamet, fortalte informantene. En informant sa at det krever mot når man ser at temaet ikke fungerer og velger å kontakte bakvakt selv om LIS-legen er uenig i dette:

*«Det er klart, det er jo så personavhengig veldig mye av dette her. Står du med en LIS-lege så er det jo en helt annen oppgave enn om du står med en overlege. Og det er klart, da må du som anestesisykepleier ta en mye mer ledene rolle da, for det er mange unge, uerfarne anestesipirer, holdt jeg på å si, så da blir jo det en helt annen rolle»* (Informant F).

### 3.4 Ivaretagelse av barn og foreldre

Alle informantene ga uttrykk for viktigheten av å ta vare på både barnet og foreldrene ved et traumemottak av barn og samtlige så på dette som en viktig rolle. Informantene sa at på grunn

av anestesisykepleierens fysiske plassering ved hodeenden i traumeteamet, falt det seg naturlig at anestesisykepleieren kommuniserte med barnet og fikk oppgaven med å berolige barnet. En av informantene beskrev rollen slik:

*«Ja, det er en vesentlig rolle, og så kan det jo også være å roe foreldrene, de kan være en støtte for barnet, men de kan også være, hvis de er veldig engstelige, så blir barnet også veldig engstelig»* (Informant F).

Videre sa alle informantene at man må se an situasjonen for hver gang i et traumemottak og se hvem som er ledig i teamet til å ta seg av pårørende. De gangene barnet var hardt skadd, opplevde informantene at de hadde mer enn nok med å ta seg av det skadde barnet. Informantene hadde da inntrykk av at foreldrene kunne oppleve at de var i veien. I forhold til denne utfordringen poengterte en informant at det er pasienten, da barnet, som er hovedprioriteten til teamet. Alle informantene sa at andre medlemmer i teamet må ta seg av mor eller far hvis en tenker at ivaretagelse av foreldrene går utover mottaket av selve pasienten. Flere informanter fortalte at ved alvorlige traumer, var det sykepleier fra akuttmottaket som ivaretok foreldrene. En informant forklarte det slik:

*«Nei, altså alt har jo med hvor alvorlig det er. Er det alvorlig så er det jo andre som får ta foreldrene og da får vi bistå med medikament, utstyr, behandling og sånn. Er det mindre alvorlig der foreldrene er mer fremme og tettere inntil barnet, så blir det jo å bistå med råd og trøst ja»* (Informant A).

En av informantene opplevde forholdet til foreldrene mer perifert nettopp på grunn av anestesisykepleierens plass i rommet og at det er sykepleieren fra akuttmottaket som står der foreldrene kommer inn på traumestua. En annen grunn til at noen informanter opplevde rollen i forhold til foreldrene mer perifer, var hvis foreldrene av ulike årsaker ikke kunne stå «bedside» ved barnet i hodeenden. Uavhengig av hvem som tok seg av foreldrene var det bred enighet blant informantene om viktigheten av at pårørende skal føle seg godt ivaretatt og få god nok informasjon om det som foregår.

Videre mente alle informantene at det å opprette kontakt med barnet var situasjonsbetinget i forhold til skadeomfang og alderen på barnet. Det måtte ikke ta bort fokus fra å gi riktig medisinsk behandling. Informantene var enige i at når det gjaldt et hardt skadet barn, ble det

nødvendig med en mer teknisk framtreten og gikk da mer over i en dialog mellom anestesisykepleier og anestesilege. Som en informant sa:

*«Så klart er det et skadet barn, et traumatisk, da går det jo fort, da blir det mer sånn smækk smækk, så må anestesilege og anestesisykepleier snakke sammen, ja, gjøre ting fort, da blir det heller ikke sånn kontakt med barnet» (Informant A).*

De fleste informantene opplevde at i enkelte tilfeller ble anestesisykepleierens rolle i forhold til barnet perifer. Kontakten med barnet uteble for det ble for lite plass rundt barnet og anestesisykepleieren var opptatt med oppgaver som skulle utføres.

En informant la vekt på hvor viktig det var at noen fokuserte på barnet eller ungdommen som kom inn og opplevde at hun fikk en slags reservemamma-rolle og forsøkte skape en relasjon siden det er mange til stede ved et traumemottak:

*«Det er kanskje det som er litt viktig med unger og traumer.. at noen har litt fokus, for det er voldsomt å komme inn på traumestua med hele det traumeteamet, og det å få mor, passe på mamma eller babyen eller barnet eller ungdommen som da kommer inn, ja, det er kjempeviktig» (Informant D).*

En annen informant hadde erfaring fra tilfeller der alle ønsket å ha rollen som den som tok seg av barnet og opplevde selv at dette ble galt. Informanten opplevde at anestesisykepleiere var den i teamet som var god på å oppdage tilfeller der det blir for mange mennesker til stede. Informanten beskrev dette slik:

*«Det har blitt mye bedre med traumemottak generelt da. Men, det er klart med barn så har det jo lett for og, ja, det er liksom så vanskelig med, for alle vil så gjerne og alle kommer og skal gjøre noe og alle skal ha en mening og så kan det bli veldig sånn, eeh... så kanskje vi som anestesisykepleier kan bli flinkere til å se den der og kanskje si ifra, skal vi virkelig være så mange, er det nødvendig, at vi kan ha en sånn oppgave» (Informant F).*

Flere av informantene la vekt på at anestesisykepleieren skal kunne se an situasjonen når det gjaldt å skape en relasjon til barnet. Med det mente de å kunne se at noen andre i teamet var i ferd med å opprette kontakt og ha evnen til å trekke seg tilbake å gi rom for andre i teamet.



Informantenes syn på om det var anestesisykepleieren som fikk den rollen eller noen andre var mindre viktig. En informant mente:

*«Hvis du har et barn som er ABC intakt hvor du ikke trenger å gjøre noe på de tre punktene, så er det den som har kontakt med barnet, la den få ha kontakt med barnet» (Informant A).*

En informant sa at ved 90 % av barnetraumene, var pasienten våken og teamet var opptatt av det tekniske og algoritmer. Informantens erfaring var at det ofte ble kommunisert over hodet til pasienten uten at noen i teamet hilste på pasienten. Informanten så på dette som noe som burde forbedres og at anestesisykepleieren kunne bidra til at dette ble gjort. Informanten opplevde at denne mangelen på kommunikasjon kunne man de fleste ganger se hos legene fordi de står nærmest pasienten hvor det da ville vært naturlig å kommunisere. Informanten sammenlignet med en planlagt operasjon av barn:

*«Vi er jo veldig opptatt av det med barn når det ikke er traume med barn som skal operere seg. Da er det jo om å gjøre å vise hvem som har mest barnetekke. Folk står jo i kø for å dikke og dikke med barn omtrent. Men, når det er sånne traumer, da skjer det et eller annet så folk tenker bare teknisk, og det er jo ikke bra synes jeg» (Informant E).*

## 4.0 Diskusjon

I følgende del av oppgaven er diskusjonen delt inn etter hovedtemaene som er gjort rede for i resultatkapittelet. Våre funn viste at erfarne anesthesisykepleiere opplever i traumemottak av barn at det har vært en endring av rollen over tid, og at rollen endres avhengig av når på døgnet barnetraume skjer. Videre diskuteres informantenes opplevelse av egen rolle angående kompetanse og samarbeid. Til slutt diskuteres deres rolle i forhold til barnet og deres pårørende.

### 4.1 Rollefordeling – en utfordring?

Våre funn viste at informantene opplevde en mer deltagende rolle i traumemottak av barn for 10 år siden og at rollen endret seg gjennom tiden på døgnet. Dette handlet i hovedsak om antall anestesileger til stede. Konsekvensen var at anesthesisykepleieren opplevde å bli tilsidesatt i teamet. I en systematisk kunnskapsoppdatering av Lekens et al. (2023) ble det beskrevet at når tverrfaglig dialog mislyktes kunne det oppstå følelsesmessige barrierer mellom de ansatte. Barrieren kunne føre til at anesthesisykepleieren mistet sin rolle og forårsake en følelse av utilstrekkelighet og ensomhet (Lekens et al. 2023). Til sammenligning viste en studie av Vitale & Lyons (2021) at det ikke var flere tilfeller av pasientkomplikasjoner og høyere dødelighetsrate når pasienten primært ble behandlet av en anesthesisykepleier sammenlignet med en anestesilege. Dette støttes også i en systematisk oversikt av Høyem et al. (2019) som ikke kunne identifisere noen forskjeller i pasientsikkerhet og pasientbehandling mellom anestesilege og anesthesisykepleier. Grunnlagsdokumentet for anesthesisykepleiere (Anesthesisykepleierne NSF, 2022) hevder at anesthesisykepleieren skal sette fokus på fagspesifikke og overlappende funksjoner, samt potensielle spenninger mellom profesjonene. Allerede i etterkrigstiden oppsto en profesjonskamp mellom anestesileger og anesthesisykepleiere i USA (Høyem et al. 2019). Profesjonskampen førte til et skille mellom anestesilege og anesthesisykepleier, og anestesilegen ble satt i en lederrolle. Imidlertid hevdet Høyem et al. (2019) i sin systematiske oversikt at dette fortsatt var aktuelt i dag. Vårt inntrykk fra egen praksis er at rollefordelingen ofte er et tema i det daglige.

Våre informanter anså alle sine oppgaver i traumeteam som like viktige, både når det gjaldt praktiske oppgaver og observasjoner av pasienten. Nasjonale retningslinjer sier at anesthesisykepleieren har en selvstendig rolle bestående av mange oppgaver

(Anestesisykepleierne NSF, 2022). Ifølge tiltakskort for anestesisykepleier ved traume (Sykehuset Østfold, 2020) består rollen av blant annet å sikre rett identitet, koble opp standard monitoreringsutstyr og bistå anestesilege. Derimot hevdet Lekens et al. (2023) at anestesisykepleie ikke kun handlet om å gjennomføre spesifikke oppgaver, men at det også handlet om kunnskap om hvordan og hvorfor oppgavene ble gjennomført i behandlingen av pasienten. Hensikten var å gjøre minst mulig skade for pasienten og øke pasientsikkerheten. Det vil si at anestesisykepleieren skal ha inngående kunnskap om valg av utstyr tilpasset pasientens alder, størrelse og tilstand (Anestesisykepleierne NSF, 2022).

En informant fortalte at det tidligere stod i prosedyrene at den mest erfarne intubatør skulle intubere i et traumemottak, men dette var nå endret til den mest erfarne anestesilege. Derimot er det ikke nevnt om det er anestesilege eller anestesisykepleier som skal håndtere luftveier i den nyeste versjonen av Norsk standard for anestesi (2016). Imidlertid påpekes det i nasjonale retningslinjer (forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning, 2022, §7h og §8h) og i Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne NSF, 2022) at anestesisykepleier skal ha inngående kunnskap om luftveishåndtering og intubasjon. I tillegg hevdet Sorbello et al. (2018) at anestesisykepleier uavhengig av situasjon skulle beherske både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter, være situasjonsbevisst, kjenne sin rolle i teamet og være drillet i forberedelser knyttet til luftveishåndtering. Videre viste Jagannathan & Burjek (2023) at anatomiske og fysiologiske forskjeller mellom voksne og barn krevde forskjellig luftveishåndtering, sammen med praktiske hensyn. Derfor skal anestesisykepleier ha kunnskap om barns anatomi, respirasjon, sirkulasjon og farmakokinetikk (Clarke, 2010).

Våre funn viste at alle informantene var enig i at anestesisykepleieren bidro med kunnskap om luftveier, bruk av utstyr og riktige medikamentdoser i teamet. Dette bekreftes i Norsk standard for anestesi (2016) der det hevdes at anestesipersonell som utfører anestesi til barn, må ha særskilt kjennskap til aldersvariabel fysiologi og farmakologi. Utstyr tilpasset barnets alder må være tilgjengelig (Norsk standard for anestesi, 2016). Samtidig hevdet Lekens et al. (2023) at anestesisykepleieren hadde et årvåkent klinisk blikk og kunne observere pasientens vitale parametere. Gjennom teoretisk kunnskap og tidligere erfaringer tolket anestesisykepleieren teknisk informasjon fra avansert overvåkningsutstyr.

Vi har tolket ut fra egne funn at på grunn av økt antall LIS-leger opplever anestesisykepleierne at rollen endret seg gjennom døgnet og at rollen hadde endret seg over tid. Informantene følte også på et ansvar for å holde seg oppdatert både praktisk og teoretisk på bakgrunn av lengre intervaller mellom traumemottak av barn. Som litteraturen har vist innehar anestesisykepleieren rikelig med kompetanse som bør få komme til nytte i et traumemottak av barn. Vår oppfatning ut fra våre funn er at erfarne anestesisykepleiere bør anerkjennes for den kunnskapen de kan bidra med og bli benyttet som en ressurs i et traumemottak av barn.

#### 4.2 Trening og simulering kan styrke rollen

Våre funn viste at anestesisykepleierne opplevde at deres rolle ved traumemottak av barn endret seg i samsvar med at de selv fikk mer erfaring med dette. Informantene sikret seg mengdetrening ved å ha tillitt til egen erfaring, ta plass i teamet og eie rollen sin. Dette samsvarer med en studie av Jørgensen et al. (2021) hvor det ble påpekt at traumetrening var spesielt viktig på sykehus med mindre volum av traumepasienter. Det vil si at erfaring med traume hos pediatriske pasienter var avgjørende for å optimalisere behandlingen (Ringén et al. 2023). Studien til Ringén et al. (2023) viste også at et dedikert tverrfaglig traumeteam som hele tiden jobbet for å øke kvalitet på behandling førte til færre dødsfall hos pediatriske traumepasienter. Trening og simulering på barnetraumer var ikke bare noe som vil trygge anestesisykepleieren i sin rolle, men også de andre medlemmene av teamet. Dette bekreftes av studien til Danielsson et al. (2018) hvor funnene viste at anestesisykepleierne ønsket mer utdanning og trening rundt pediatriske pasienter, spesielt med tanke på å øke sin egen kompetanse. Samtidig sier Norsk standard for anestesi (2016) at anestesikompetanse krever regelmessig praktisering, faglig oppdatering og årlig ferdighetstrening på akutte hendelser, herunder traumer, inkludert kommunikasjon og samhandling i team. Til sammenligning ble det undersøkt i en masteroppgave, skrevet av Fredriksen og Cheung (2020), hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplevde å delta i traumeteam. Deres funn viste at flere av deltakerne mente det var nyttig med mer trening, for eksempel KITS-kurs under videreutdannelsen. Alle deltakerne i deres masteroppgave var også enig i at jo mer erfaring en hadde, jo bedre rustet var en til å møte traumepasienter i ulike settinger. Alle deltakerne hadde lik opplevelse av rollen sin, og alle følte de hadde en fast plass i traumeteamet (Fredriksen og Cheung 2020). Samtidig viste en prevalensstudie utført av Janhunén et al. (2017) at sykepleiere i mer spesialiserte akuttmottak for barn opplevde at det



var høyere kvalitet i et definert pediatrik akuttmottak enn i generelle akuttmottak. Dette tolket forskerne til at helsepersonell som arbeidet mer spesifikt med barn hadde høyere kompetanse og mer trening i å jobbe med pediatriske pasienter og følte seg dermed tryggere i rollen. Av den grunn klarte de å levere et høyere nivå av omsorg og kvalitet enn helsepersonell som hadde mindre trening og erfaring med pediatriske pasienter. Studien viste også at ved å ha fokus på trening, simulering og bygge erfaring, ville sykepleiere få økt selvtillit i rollen (Janhunen et al., 2017). Dette bekreftes i Norsk standard for anestesi (2016) der det hevdes at skal det utvises høy aktsomhet med hensyn til anestesipersonellets kompetanse og erfaring ved anestesi til barn.

Dette kan indikere at anestesisykepleiere har behov for trening og simulering for å opprettholde og øke kompetanse med pediatriske pasienter som kan føre til økt trygghet i rollen.

#### 4.3 Situasjonsbevissthet og kommunikasjon

Våre informanter hadde alle en oppfatning av at de hadde en aktiv rolle i traumemottak av barn og mente at et godt samarbeid var viktig for et optimalt traumemottak. De var enig i at man må ha god forståelse for situasjonen. Dette ble beskrevet av Flynn et al. (2017) der forståelse for situasjonen og beslutningstaking var kognitive ferdigheter som anestesisykepleieren kunne tilegne seg gjennom erfaring. Situasjonsbevissthet kunne deles inn etter tre nivåer. Det første nivået omhandlet hvorvidt anestesisykepleieren oppfattet endringer i pasientens tilstand. Det andre nivået omhandlet forståelsen av endringer i pasientens tilstand ved å sammenligne ny og gammel informasjon. Det tredje nivået av situasjonsbevissthet omhandlet hvorvidt anestesisykepleieren evnet å forutse hvilke konsekvenser ny informasjon vil ha. På den måten kunne uønskede hendelser forebygges og krav til høy kvalitet i behandlingen imøtekommes (Schulz et al. 2016, Schulz et al. 2013). Dette bekreftes også av Lekens et al. (2023) som viste at situasjonsforståelsen anestesisykepleieren har tilegnet seg gjennom erfaring, ga en kompetanse til å forutse hva som kommer til å skje gjennom å samle og tolke informasjon.

Våre informanter opplevde at rollen ble mer krevende i team der de hadde en uerfaren LIS-lege å forholde seg til. En informant beskrev det som å ha mot til å si ifra hvis teamet ikke fungerte. Dette bekreftes i en studie av Bruun et al. (2022) hvor det ble hevdet at mot er viktig



for å sikre god pasientsikkerhet og et godt arbeidsmiljø, og anestesisykepleieren burde oppmuntres til å si ifra i krevende situasjoner. Samtidig viste Lekens et al. (2023) i deres systematiske kunnskapsoppdatering at anestesisykepleiere tok på seg et stort moralsk ansvar for å gi det de mente var god sykepleie av høy standard til pasienten. I studien var dette identifisert som mot til å handle og si ifra. Lekens et al. (2023) påpekte videre at anestesisykepleie var avansert kunnskap, teknisk kompetanse og etablering av en terapeutisk relasjon i korte møter med pasientene. Sykepleie og omsorg for pasientene kom til uttrykk i form av faglig pågangsmot og teamsamarbeid (Lekens et al., 2023).

Våre funn synliggjorde at anestesilegene ville hatt utbytte av å vite hva slags kompetanse anestesisykepleieren innehar og hvilke oppgaver de kan bidra med. Imidlertid anerkjente Lekens et al. (2023) at anestesisykepleierne og de forskjellige medlemmene av teamet og ulike profesjoner forstod pasientens situasjon forskjellig. Dette kunne føre til motstridende interesser rundt pasienten. Dette bekreftes også i Grunnlagsdokumentet som hevder at anestesisykepleier er et viktig teammedlem og samarbeidspartner i traumeteamet. Anestesisykepleier skal blant annet sørge for å etablere gode samarbeidsrelasjoner som gir optimal oppgaveløsning, samarbeid, lytte til andre teammedlemmer og utvise beslutningsferdigheter. Dette for å tilstrebe best mulig utfall for pasienten (Anestesisykepleierne NSF, 2022).

Våre informanter opplevde at mange oppgaver og beskjeder ble gitt av flere i teamet og skulle utføres på kort tid. Konsekvensen av dette var at det ble mindre synlig hvem som ledet teamet. Dette støttes i en studie av Gjøvikli og Valeberg (2023) at anestesileger og anestesisykepleier kunne bli bedre på å bruke closed-loop kommunikasjon i traumesammenheng. Studien viste at de var bedre til å bruke closed-loop når de deltok i hjertestans. Svikt i kommunikasjon var en av de største truslene mot pasientsikkerheten og studien påpekte at bruken av closed-loop kommunikasjon var sterkt anbefalt for å øke pasientsikkerheten i et traumeteam (Gjøvikli og Valeberg, 2023). Studien konkluderte derimot med at det var behov for mer forskning på bruk av closed-loop kommunikasjon i traumeteam. Dette ble også bekreftet i studien til Danielsson et al. (2018) som påpekte betydningen av et godt teamarbeid i uventede situasjoner. Usikkerhet i kommunikasjon mellom anestesileger og anestesisykepleier kunne påvirke teamet negativt. Når teamarbeidet var velfungerende og alle medlemmene hadde klare roller, kommuniserte de ofte bare ved øyekontakt (Danielsson et al.,

2018).

Dette kan indikere at anestesisykepleierens rolle i teamet er avansert og krever tekniske og ikke-tekniske ferdigheter, samt god kommunikasjon for å løse oppgaver på best mulig måte for pasienten.

#### 4.4 Opplevelse av trygghet

Våre funn viste at informantene opplevde det som sin rolle å ivareta barnet og foreldrene, men at dette var situasjonsbetinget. Det ble en mer teknisk framturen og en dialog mellom anestesilege og anestesisykepleier de gangene barnet var hardt skadet. Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne NSF, 2022) sier at anestesisykepleier skal kommunisere med pasient og pårørende på en forståelig, rolig og trygg måte. I en masteroppgave fra 2020 av Windingstad og Roland undersøkte de hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretok barns psykososiale behov i en traumesituasjon. Masteroppgaven konkluderte med at anestesisykepleier må etablere en trygg kommunikasjon med barnet og foreldrene. Ifølge Traumemanualen (Oslo Universitetssykehus, 2022), kan manglende samarbeid mellom barnet og teammedlemmene gjøre vurderingene vanskeligere. Ved å snakke med barnet tilpasset alderen og gi en forklaring på hva som skal skje, kan dette bedre samarbeidet. Derimot viste en studie fra Grahn et al. (2016) at sykepleierne beskrev utfordringer der det var vanskelig å skulle snakke med barnet i en nødsituasjon og at det måtte være en begrensning der barna ikke ble altfor mye involvert i en akutsituasjon. I en annen studie av Alisic et al. (2014) viste funn at medisinsk personell burde ta ansvar for det psykologiske behovet for barna på grunn av det korte tidsaspektet. Det ble også vist til personalets motstridende rolle der de skal berolige barna, for så i neste øyeblikk gjennomføre smertefulle prosedyrer som nålestikk og lignende.

Barns rettigheter til tilpasset helsehjelp er forankret i lovverket. I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001, §6) står det at barn har rett til å ha minst en av foreldrene til stede under oppholdet. Barnet kan ha foreldrene til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det, og dette ikke vanskeliggjør behandlingen. Ifølge Traumemanualen (Oslo Universitetssykehus, 2022) får pårørende være sammen med barnet så lenge barnet er våkent. Dette ble bekreftet i en studie av Danielsson et al. (2018) som viste at foreldrenes rolle rundt barnet var avgjørende for hvordan mottaket av barnet ble. Hvis foreldrene var rolige og trygge, var det større sjans for at barnet også oppførte seg rolig og var trygg. Sammen med foreldrene kunne

anestesisykepleieren skape en rolig og trygg atmosfære rundt barnet. Dette bekreftes i en studie av Alisic et al. (2014) hvor de undersøkte hvordan ansatte i akuttmottak ivaretok barn med alvorlig skade. Studien påpekte at det kunne være en fordel å ha foreldrene nærme barnet med forbehold om at foreldrene klarte å forholde seg rolig. I studien av Grahn et al. (2016) bekreftet funnene hvor sentral foreldrene var i sin rolle. Ved at sykepleierne involverte og trygget foreldrene, kunne dette bidra til bedre kontakt med barna. Årsaken var at barna ble påvirket av om foreldrene var trygge eller redde.

Våre funn viste at ivaretagelse av barnet og foreldrene kunne være en vanskelig oppgave. Flere av våre informanter la vekt på at den som får kontakt med barnet må få opprettholde kontakten, uavhengig av hvem i teamet det var. Dette bekreftes i studien av Danielsson et al. (2018) som viste at anestesisykepleierne mente at den som får kontakt med barnet burde stå for samværet under hele møtet. Det ble lagt vekt på å holde antall personer som var involvert i pleie så lavt som mulig, for å unngå og bekymre barnet. I samme studie viste funnene at anestesisykepleierne anså det som viktig å etablere en god kontakt med barnet. De forsøkte å henvende seg direkte til barnet og få det til å føle seg som den viktigste personen i rommet. De ga barnet ros og forsøkte å styrke og vekke barnets nysgjerrighet. Studien til Danielsson et al. (2018) ble gjort i forhold til barn som skulle til planlagt kirurgi, men kan ha overførbarhet til traume, da den bekrefter at anestesisykepleieren har kort tid på seg for å forsøke å oppnå en kontakt med barnet. Følelse av trygghet og ivaretagelse for barnet kan roe ned situasjonen (Danielsson et al. 2018). Derimot viste en studie fra Alisic et al. (2014) der ansatte i akuttmottak fortalte hvordan de ivaretok barn med alvorlig skade, kom mer fra egne instinkter og personlighet, enn trening og erfaring. De mest erfarne ansatte ble minst berørt når det gjaldt å håndtere barnetraume. De med egne barn kunne være mer sårbare for stress i forhold til barnetraume.

Dette kan indikere at foreldrene kan være avgjørende for hvordan barnet opplever traumemottak. Anestesisykepleierne kan enkelte ganger måtte trygge foreldrene da flere studier viser at foreldrene har stor påvirkning på barnet. Anestesisykepleierne opplevde at kommunikasjon med barnet var utfordrende når barnet hadde alvorlig skade.



## 5.0 Metodediskusjon

Trustworthiness, credibility, dependability og transferability er sentrale temaer ved kvalitativ forskning for å vurdere om resultatene er troverdige, pålitelige og overførbare (Polit & Beck, 2021, s.154). I dette kapittelet drøftes studiens styrker og svakheter når det gjelder design, utvalg, datainnsamling og dataanalyse i forhold til Polit & Beck (2021, s. 569) sine kriterier for å en best mulig kvalitetsmåling av studien.

### 5.1 Design

En kvalitativ metode egner seg godt til vår problemstilling fordi en slik metode utforsker meninger og erfaringer fra informantene (Polit & Beck, 2021, s. 66). Kvalitativ metode er en fleksibel metode, det vil si at den kan justeres etter hvert som man mottar informasjon. Metoden rettes mot å forstå helheten og er derfor ikke spesifisert på forhånd (Polit & Beck, 2021, s.471). Derimot finnes det ingen fasitsvar ved kvalitativ metode og den vil i mindre grad ha overføringsverdi. Kvaliteten av studien vil også være avhengig av vår evne til «reflexivity». Det vil si at våre egne tolkninger og forforståelse legges til side. Evner ikke studentene objektivitet i størst mulig grad, svekker dette den kvalitative metoden (Polit & Beck, 2021, s. 156). Ved en kvantitativ metode ville vi eventuelt identifisert forholdet mellom de ulike informantenes erfaringer og intervjuet en større informantgruppe. Da kunne vi risikert å miste informasjon som ikke kan tallfestes. Det vil si informantenes egne opplevelser da det ikke går i dybden ved bruk av et spørreskjema (Polit & Beck, 2021, s. 310-316).

### 5.2 Utvalg

Som beskrevet tidligere i oppgaven ble informantene tilfeldig valgt av leder på avdelingen. Dette medførte at vi ikke hadde mulighet til å påvirke utvalget. Det var også frivillig å delta og informantene kunne trekke seg om de ønsket det.

Vi valgte å bruke anestesisykepleiere med mer enn 10 års erfaring for å få mest mulig data og vurderte at det ville gi økt troverdighet (credibility). Vår oppfatning var at erfarne anestesisykepleiere ville ha en erfaringskompetanse som har ført til at de har gjort seg opp en mening om sin rolle i traumemottak av barn.

I forhold til pålitelighet (dependability) har studien begrensninger fordi vi kunne ha intervjuet informanter fra andre traumesykehus og ville da kanskje fått andre resultater. Vi kunne også inkludert flere informanter.

Vi er klar over at resultatene mulig kunne vært annerledes hvis anestesileger også hadde blitt intervjuet.

Vi vet på forhånd at mengden barnetraumer som kommer inn til sykehuset vi utfører intervjuene ved er begrenset. Det vil si at det går lang tid mellom hver gang de ulike anestesisykepleierne mottar et skadet barn. Likevel anser vi informasjonsstyrken til informantene som god siden et av inklusjonskriteriene er minimum 10 års erfaring ved sykehus med traumefunksjon.

### 5.3 Datainnsamling

Vi beveget oss frem og tilbake mellom varierende temaer, spørsmål og rekkefølge i form av semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i en intervjuguide. Et såkalt åpent intervju (Polit & Beck, 2021, s. 514). Ved en slik tilnærming opplevde vi at informantene fikk tid og rom til å innhente historier fra egne erfaringer. Intervjuene var innholdsrike og informantene uttrykte både negative og positive erfaringer. Likevel er vi klar over at bias kan true studiens troverdighet (trustworthiness) ved at informantene fremstiller seg selv i best mulig lys, bevisst eller ubevisst, under intervjuet (Polit & Beck, 2021, s. 154).

Ved at intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, sikret det at all data ble samlet samtidig som vi kunne fokusere på å lytte og holde en god flyt i samtalen. Notater for hånd ville ha distraherert oss og begrenset muligheten til konsentrasjon rundt intervjuet og å stille oppfølgingsspørsmål (Polit & Beck, 2021, s. 512). Dette førte til at dataene kunne gjennomgås flere ganger i etterkant. Imidlertid kunne vi ha sendt de ferdig transkriberte intervjuene til informantene for å dobbeltsjekke (member check) om vi hadde oppfattet informantenes meninger riktig. Slik kunne vi økt troverdigheten (trustworthiness) (Polit & Beck, 2021, s. 573). Vi valgte, som beskrevet tidligere, og bruke samme type transkripsjon, for å sikre påliteligheten (dependability). Derimot er vi klar over at ved transkripsjoner kan det være forskjellige ut fra hvordan forskjellige personer transkriberer. Det kan være forskjellige oppfatninger av hvor komma og punktum skal settes (Kvale & Brinkmann, 2021, s 211-212).

### 5.4 Datanalyse

Tematisk analyse ble brukt som verktøy for å kode dataene og identifisere temaer. Denne analysemetoden egner seg for studenter som ikke har erfaring med kvalitativ metode (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Vi opplevde å bruke tematisk analyse som en trygg fremgangsmåte for



å kode og analysere de innsamlede dataene. Som nevnt i kapittel om analyse, kodet og analyserte vi hver for oss før vi møttes og sammenlignet. Dette var for å sikre validiteten av dataene og for å se at de ikke ble tolket på forskjellige måter. Ifølge Polit & Beck (2021, s. 535) kan dette øke troverdigheten (trustworthiness). Likevel er det flere begrensinger når det gjelder analysen. Vi er kolleger og har samme arbeidsplass som informantene. Det kan derfor ikke hevdes at vi er upåvirket eller fullstendige objektive under analysen. Likeledes er vi uerfarne når det gjelder kvalitativ metode. Av den grunn er vi selv den største begrensningen når det gjelder innsamling av data og analyse.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å få et innblikk i hvordan erfarne anestesisykepleiere opplevde egen rolle ved traumemottak av barn.

Alle informantene opplevde at de hadde en betydningsfull rolle. Resultatene viste at rollen hadde endret seg gjennom årenes løp og at de nå hadde en mindre selvstendig rolle enn tidligere. Informantene opplevde at rolleendringen var en konsekvens av økt antall LIS-leger. Rollen hadde også endret seg gjennom yrkeskarrieren med økende erfaring. Informantene opplevde at deres ansvar var å ha overblikk i teamet og bidra der det var behov. En del av rollen innebar å ivareta barnet og foreldrene. Det var derimot traumets skadeomfang som avgjorde hvor mye kontakt informantene fikk med barnet og foreldrene.

Funnene belyser betydningen av anestesisykepleierens rolle og hva de bidrar med i et traumeteam. Økt antall LIS-leger kan tolkes til å påvirke anestesisykepleierens rolle. Deres rolle og kompetanse bør belyses i videre forskning. Anestesisykepleierne kan stå i fare for å miste arbeidsoppgaver hvis ikke de tar eierskap i rollen, og på den måten opprettholder kompetanse og mengdetrening. Videre forskning på samme tema kan avgjøre om våre funn er overførbare til for eksempel voksne traumepasienter, operasjonsstua og stansteam.

## 7.0 Referanser

Alisic, E., Conroy, R., Magyar, J., Babl, F. E., & O'Donnell, M. L. (2014). Psychosocial care for seriously injured children and their families: a qualitative study among emergency department nurses and physicians. *Injury*, *45*(9), 1452–1458.

<https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.02.015>

Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund (NSF))(2022). *Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere*. Retrived 25.04.23 from [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf)

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis. A practical guide*. SAGE Publications

Bruun, A. M. G., Valeberg, B. T., & Leonardsen, A. L. (2022). Moral Courage: Student Registered Nurse Anesthetist Experiences on the Operating Team. *AANA J*, *90*(2), 121–126.

Clarke S. (2010). The differences of anaesthetic care in paediatrics compared to adults. *Journal of perioperative practice*, *20*(9), 334–338.

<https://doi.org/10.1177/175045891002000904>

Dahlhaug, M. (2023). Nasjonalt Traumeregister. I: Upublisert.

Danielsson, L., Lundström, M. L., Holmström, I. K., & Kerstis, B. (2018). Anaesthetizing children-From a nurse anaesthetist's perspective-A qualitative study. *Nursing Open*, *5*(3), 393–399. <https://doi.org/10.1002/nop2.147>

Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Ped Nurs*, *31*(3), 284–292.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*, (FOR-2000-12-01-1217). Retrived 02.05.22 from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning. (2022). *Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning*, (FOR-2021-10-26-3091). Retrived 03.05.23 from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3091>

Fredriksen, B. & Cheung, J. J. Y. (2020). *Anestesisykepleier i traumeteam : En kvalitativ studie om hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier å delta i traumeteam (Master's thesis)*. University of Agder, Kristiansand. Retrived 04.05.22 from <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2682044>

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Retrived 26.04.2022 from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gjøvikli, K., & Valeberg, B. T. (2023). Closed-Loop Communication in Interprofessional Emergency Teams: A Cross-Sectional Observation Study on the Use of Closed-Loop Communication Among Anesthesia Personnel. *Journal of patient safety*, 19(2), 93–98. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001098>

Høgskolen i Østfold (2022, 30. April). *Lagre (ikke sensitiv) forskningsdata*. Retrived 05.05.22 from <https://www.hiof.no/for-ansatte/arbeidsstotte/forskningsstotte/informasjonsikkerhet-og-forskningsdata/behandle-og-lagre-forskningsdata/lagring-og-delning-av-forskningsdata/index.html>

Høyem, R. L., Quraishi, J. A., Jordan, L., & Wiltse Nicely, K. L. (2019). *Advocacy, Research, and Anesthesia Practice Models: Key Studies of Safety and Cost-Effectiveness*. *Policy, politics & nursing practice*, 20(4), 193–204. <https://doi.org/10.1177/1527154419874410>

Jagannathan, N. & Burjek, N. (2023). Airway management for pediatric anesthesia. I: Crowley, M. (red.). *UpToDate*. Retrived 05.05.23 from <https://www.uptodate.com/contents/airway-management-for-pediatric-anesthesia/print>

Janhunen, K., Kankkunen, P., & Kvist, T. (2017). Nursing Staff's Perceptions of Quality of Care for Children in Emergency Departments-High Respect, Low Resources. *Journal of Ped Nurs*, 37, e10–e15.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.029>

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. Utgave). Abstrakt forlag

Jørgensen, J. J., Monrad-Hansen, P. W., Gaarder, C., & Næss, P. A. (2021). Disaster preparedness should represent an augmentation of the everyday trauma system, but are we prepared?. *Trauma surgery & acute care open*, 6(1), e000760. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000760>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. Utgave). Gyldendal

Lekens, A. L. B., Drageset, S., & Hansen, B. S. (2023). How nursing care is expressed among nurse anaesthetists in the perioperative context: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.16700. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16700>

McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, S. L., Blair, E., Wood, F., & Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *Journal of paediatrics and child health*, 49(9), 725–732.

<https://doi.org/10.1111/jpc.12260>

Norsk Anestesiologisk Forening (NAF) og ALNSF (2016). *Norsk standard for anestesi*.

Retrieved 25.04.23 from <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYgJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf>

Oslo Universitetssykehus. (2020). Kvalifikasjonskrav. I *Traumemanualen*.

<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=wB6uEuEN>



Oslo Universitetssykehus. (2022). Skader hos barn. I *Traumemanualen*.

<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=hBVx49La>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer

Ringen, A. H., Baksaas-Aasen, K., Skaga, N. O., Wisborg, T., Gaarder, C., & Naess, P. A. (2023). Close to zero preventable in-hospital deaths in pediatric trauma patients - An observational study from a major Scandinavian trauma center. *Injury*, 54(1), 183–188.

<https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.07.043>

Schulz, C. M., Endsley, M. R., Kochs, E. F., Gelb, A. W., & Wagner, K. J. (2013). Situation awareness in anesthesia: concept and research. *Anesthesiology*, 118(3), 729–742.

<https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318280a40f>

Schulz, C. M., Krautheim, V., Hackemann, A., Kreuzer, M., Kochs, E. F., & Wagner, K. J. (2016). Situation awareness errors in anesthesia and critical care in 200 cases of a critical incident reporting system. *BMC anesthesiology*, 16, 4. <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0172-7>

Sorbello, M., Afshari, A., & De Hert, S. (2018). Device or target? A paradigm shift in airway management: Implications for guidelines, clinical practice and teaching. *European journal of anaesthesiology*, 35(11), 811–814. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000893>

Sykehuset Østfold (2020). *Sjekkliste Felles SØ. Traume – anestesisykepleier, tiltakskort*. Sykehuset Østfold

Vickers M. D. (2002). Anaesthetic team and the role of nurses--European perspective. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 16(3), 409–421.

<https://doi.org/10.1053/bean.2001.0223>

Vitale, C. M., & Lyons, K. S. (2021). The State of Nurse Anesthetist Practice and Policy: An Integrative Review. *AANA J*, 89(5), 403–412.

Windingstad, T. E. & Roland, K.A. (2020). *Barnetraume: Et helthetlig team? En kvalitativ studie om hvordan erfarne anestesisykepleiere ivaretar barns psykososiale behov i en traumesituasjon*. Masteroppgave, Universitetet i Agder. Retrived 22.04.22 from <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2682196/Kim%20Andr%C3%A9%20Roland.pdf?sequence=1>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – Intervjuguide

Hvordan opplever anestesisykepleieren sin rolle i mottak av barn i traume?

### Intervjuguide

#### 1. Innledning

- Informasjon om studien
- Introduksjon av forskerne
- Bekreftelse på at informasjonsskriv har blitt mottatt
- Hvordan intervjuet vil foregå (bl.a. med diktafon)
- Deltagelse er frivillig, og de kan når som helst velge å trekke seg fra studien

#### 2. Bakgrunnsinformasjon

- Kjønn
- Alder
- Erfaring (antall års erfaring som sykepleier, antall års erfaring som anestesisykepleier, jobbet andre steder som anestesisykepleier?)

#### 3. Intervju:

Hva er din rolle som anestesisykepleier ved traumemottak av barn? (Oppfølgere: hva er din rolle versus anestesilegens rolle? Hvilke oppgaver opplever du at du har?)

Varierer denne rollen om traumet skjer på dag, kveld eller natt?

Kan du beskrive et konkret traumemottak av barn, hvor du opplevde å ha en aktiv rolle?

Kan du beskrive et konkret traumemottak av barn, hvor du opplevde å ha en mindre aktiv rolle?

Er det noe anestesisykepleier kan bidra med ved traumemottak av barn, som ikke andre bidrar med? (jfr anestesilege, operasjonssykepleier, akuttsykepleier, kirurg)

Er det andre funksjoner i et traumemottak av barn du tenker anestesisykepleiere kan/bør bidra med som de ikke gjør per i dag ved ditt sykehus?

Hvis du har jobbet ved andre sykehus: var din rolle som anestesisykepleier ved traumemottak av barn annerledes enn ved det sykehuset du jobber nå? Evt hvordan?

Har din rolle som anestesisykepleier ved traumemottak av barn endret seg over tid?

(Oppfølgere: Evt hvordan? Kan du evt tenke deg årsaker til at denne rollen har endret seg?)

Er det noe du ønsker å fortelle som faller innenfor dette temaet, som du føler vi ikke har vært inne på?

#### **4. Oppfølgingsspørsmål**

- Kan du utdype dette?
- Kan du gi noen eksempler på dette?
- Forstår jeg deg riktig når jeg...?
- Er det noe du ønsker å fortelle som faller innenfor dette temaet, som du føler vi ikke har vært inne på?

## Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan ser erfarne anestesisykepleiere på sin rolle i traumemottak av barn?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan anestesisykepleier opplever sin rolle i mottak av barn ved traume. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med studien er å undersøke hvordan anestesisykepleieren opplever sin rolle i mottak av barn i traume. Vi ønsker å intervjuer erfarne anestesisykepleiere for å identifisere hvilke oppgaver de har i traumemottak av barn, og om rollen endrer seg ved mottak av barnetraumer kontra ved voksentraumer? Problemstillingen for prosjektet lyder som følger; Hvordan ser erfarne anestesisykepleiere på sin rolle i traumemottak av barn?

Studien inngår i en masteroppgave ved Høgskolen i Østfold. Resultatene vil kunne benyttes i artikler og presentasjon i relevante fora.

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

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får denne forespørselen om å delta på bakgrunn av at du er anestesisykepleier med minst 10 års erfaring fra sykehus med traumemottak. Det tilstrebes variasjon på alder og kjønn på deltakerne. Utvalget av deltakere til studien blir gjort i samarbeid med fagsykepleier ved anesthesiavdelingen ved Sykehuset Østfold Kalnes, Malin Mikaela Myhren.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer dette å delta i et individuelt intervju på ca. 45 minutter. Opplysningene som samles inn, vil bli registrert med lydopptaker, samt at det gjøres notater fra intervjuet. Innholdet er konfidensielt og vil bli oppbevart innlåst på Høgskolen i



Østfold.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 studenter ved prosjektet og veileder, Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen, som har tilgang til datamaterialet.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil være innlåst, og lydopptak slettes etter transkribering.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 30. juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Anonymiserte opplysninger vil ikke slettes, men vil kunne gjenbrukes i fremtidig forskning.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

å få slettet personopplysninger om deg

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Veileder ved Høgskolen i Østfold ved Ann-Chatrin Linqvist Linqvist Leonardsen:

ann.c.leonardsen(at)hiof.no

Masterstudent: Veslemøy Gattermann: [veslemg@hiof.no](mailto:veslemg@hiof.no)

Masterstudent: Hanne Lien Kjøniksen : [hanneli@hiof.no](mailto:hanneli@hiof.no)

Vårt personvernombud: Julie Dessen: [personvern@hiof.no](mailto:personvern@hiof.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen  
(Forsker/veileder)

Veslemøy Gattermann  
Hanne Lien Kjøniksen  
(Studenter)

---

-----

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, juni 2023

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 – Meldeskjema sikt

Vurdering av behandling av personopplysninger 17.11.2022

### **Referansenummer**

911434

### **Vurderingstype**

Standard

### **Dato**

17.11.2022

### **Prosjektittel**

Anestesisykepleierens rolle ved mottak av barn i traume

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag

### **Prosjektansvarlig**

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

### **Student**

Veslemøy Gattermann og Hanne Lien Kjøniksen

### **Prosjektperiode**

15.08.2022 - 30.06.2023

### **Kategorier personopplysninger**

- Almennelige

### **Lovlig grunnlag**

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

### [Meldeskjema](#)

### **Kommentar**

OM VURDERINGEN Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. VIKTIG INFORMASJON TIL DEG Du må lagre, sende og sikre dataene i

tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 30.06.2023. 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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlige grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf.

PERSONVERNFORORDNINGEN art. 6 nr. 1 a. PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester 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 viderebehandles 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 Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). 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

Personverntjenester 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). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) 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. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig



å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

Kontaktperson hos oss: Silje Fjelberg Opsvik

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 4 - Mail fra forskningsavdelingen SØK

Hei,

Vi har diskutert prosjektet ditt ved Forskningsavdelingen og kommet frem til følgende konklusjon:

**Masterprosjekt:** Anestesisykepleierens rolle ved traumemottak av barn.

**Student:** Veslemøy Gattermann

**Utdanningsinstitusjon og dataansvarlig:** Høgskolen i Østfold

**Public360:** 22/08525

Det vises til forespørsel om å gjennomføre masterprosjekt. Det skal gjennomføres intervjuer av ansatte ved operasjonsavdelingen, ved Sykehuset Østfold, Kalnes. Intervjuene skal tas opp som lydfil.

Slik prosjektet er beskrevet forutsettes det at Høgskolen i Østfold er dataansvarlig og at data ikke lagres eller oppbevares ved SØ. Det eneste som skal skje ved SØ er intervju av ansatte, og før prosjektet kan gjennomføres forutsettes det at aktuell avdelingssjef samtykker til denne aktiviteten. Utover dette har personvernombudet ved SØ ingen innvendinger til gjennomføringen av prosjektet.

Lykke til med studien!

Vennlig hilsen

May-Kristin Torp, PhD

### **Forskningsrådgiver**

Seksjon for forskningsstøtte og administrasjon  
Forskningsavdelingen  
Sykehuset Østfold  
Postboks 300  
1714 Grålum

Epost: [tormay@so-hf.no](mailto:tormay@so-hf.no)

Telefon: 91126116



## Vedlegg 5 - Mail fra forskningsavdelingen SØK

Hei,

Vi har diskutert prosjektet ditt ved Forskningsavdelingen og kommet frem til følgende konklusjon:

**Masterprosjekt:** Anestesisykepleierens rolle ved traumemottak av barn.

**Student:** Hanne Lien Kjøniksen

**Utdanningsinstitusjon og dataansvarlig:** Høgskolen i Østfold

**Public360:** 22/08525

Det vises til forespørsel om å gjennomføre masterprosjekt. Det skal gjennomføres intervjuer av ansatte ved operasjonsavdelingen, ved Sykehuset Østfold, Kalnes. Intervjuene skal tas opp som lydfil.

Slik prosjektet er beskrevet forutsettes det at Høgskolen i Østfold er dataansvarlig og at data ikke lagres eller oppbevares ved SØ. Det eneste som skal skje ved SØ er intervju av ansatte, og før prosjektet kan gjennomføres forutsettes det at aktuell avdelingssjef samtykker til denne aktiviteten. Utover dette har personvernombudet ved SØ ingen innvendinger til gjennomføringen av prosjektet.

Lykke til med studien!

Vennlig hilsen

May-Kristin Torp, PhD

**Forskningsrådgiver**

Seksjon for forskningsstøtte og administrasjon

Forskningsavdelingen

Sykehuset Østfold

Postboks 300

1714 Grålum

Epost: [tormay@so-hf.no](mailto:tormay@so-hf.no)

Telefon: 91126116

## Vedlegg 6 - Arbeidsfordeling

Arbeidet med denne masteroppgaven har blitt fordelt på følgende måte:

Arbeid med søknad til SIKT og Sykehuset Østfold ble gjort sammen.

Studentene har utarbeidet informasjonsskriv og intervjuguide sammen. Intervjuene ble gjennomført sammen, men to av intervjuene ble utført alene av Hanne da dette passet best praktisk.

Transkripsjonene av analyse materialet er fordelt likt mellom studentene.

Veslemøy har skrevet kapittel 2.0 Metode, 3.0 Presentasjon av resultater og kapittel 5.0 Metodediskusjon.

Studentene har jobbet sammen om kapitlene 1.0 Introduksjon, 4.0 Diskusjon av resultater og 6.0 Konklusjon.

Veslemøy Gattermann



Hanne Lien Kjøniksen

