



---

Universitetet  
i Stavanger

---

# Å VÆRE FORBEREDT NÅR ALARMEN GÅR – DET AKUTTE KEISERSNITTET

---

***BEING PREPARED WHEN THE ALARM SOUNDS – THE ACUTE CAESAREAN SECTION***

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialistsykepleie, spesialisering i operasjonssykepleie

Masteroppgave, 30 studiepoeng

**Forfatter: Jakob Bringsli Tysdal**

Veileder: Ingrid Tjoflåt

9.juni 2022

Antall ord: 17447

# **MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Operasjonssykepleie**

## **MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:** Vår 2022

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Jakob Bringsli Tysdal

**VEILEDER:** Ingrid Tjoflåt

---

### **TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** Å være forberedt når alarmen går – Det akutte keisersnittet

### **Engelsk tittel:**

Being prepared when the alarm sounds – The acute Caesarean section

---

### **EMNEORD/STIKKORD:**

Akutt keisersnitt, nyutdannet operasjonssykepleier, stressmestring, operasjons team, teamarbeid

---

**ANTALL ORD:** 17447

**STAVANGER 8.juni 2022**

# 1 INNHOLD

---

<b>1.1</b>	<b>Sammendrag.....</b>	<b>5</b>
1.2	Abstract .....	5
<b>2</b>	<b>Introduksjon.....</b>	<b>7</b>
2.1	Bakgrunn .....	7
2.2	Tidligere forskning på området. ....	8
2.3	Hensikt .....	10
2.4	Problemstilling .....	10
<b>3</b>	<b>Teoridel.....</b>	<b>11</b>
3.1	Operasjonssykepleierens plikt til å yte forsvarlig helsehjelp .....	11
3.2	Stress og mestring .....	12
3.3	Læringsteori.....	13
3.4	Arbeid i team .....	14
3.5	Ikke-tekniske ferdigheter.....	19
<b>4</b>	<b>Metode.....</b>	<b>20</b>
4.1	Bakgrunn for valg av metode .....	20
4.2	Design.....	21
4.3	Forforståelse.....	21
4.4	Datasamling .....	22
4.4.1	Semistrukturert intervju og intervjuguide .....	22
4.4.2	Intervjuguide .....	22
4.4.3	Strategisk-tilgjengelighetsutvalg .....	23
4.4.4	Utvalgsstørrelse.....	24
4.4.5	Gjennomføring av intervjuene .....	24
4.5	Kvalitativ innholdsanalyse .....	25
4.5.1	Analyseprosessen.....	27
4.5.2	Troverdighet.....	27
<b>5</b>	<b>Forskningsetiske vurderinger .....</b>	<b>29</b>

<b>6</b>	<b>Funn .....</b>	<b>30</b>
<b>6.1</b>	<b>Alarmen går, fra kaos til kontroll på operasjonsstuen .....</b>	<b>30</b>
6.1.1	Kategori: Kaos i starten .....	30
6.1.2	Kategori: Operasjonssykepleieren opplever kontroll inne på operasjonsstuen .....	32
6.1.3	Kategori: Teamet og samarbeidet .....	34
<b>6.2</b>	<b>Tema: Den nyutdannede tar stort ansvar for egen læring og beredskap.....</b>	<b>36</b>
6.2.1	<i>Kategori: «Å være forberedt, ditt eget ansvar» .....</i>	36
6.2.2	Kategori: Det er fra praksis vi lærer .....	39
6.2.3	Kategori: Vi lærer akutt keisersnitt ved å gjøre det .....	40
6.2.4	Kategori: Trening gjennom simulering .....	41
6.2.5	Kategori: Mestringsfølelse, det går lettere for hver gang .....	42
<b>7</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>43</b>
<b>7.1</b>	<b>Alarmen går – fra kaos til kontroll på operasjonsstuen .....</b>	<b>43</b>
7.1.1	Fra kaos til kontroll.....	43
7.1.2	Om teamarbeid, kommunikasjon inne på operasjonsstuen .....	45
<b>7.2</b>	<b>De nyutdannede tar stort ansvar for å være forberedt på å delta i akutt keisersnitt. ....</b>	<b>46</b>
7.2.1	Nyutdannede tar stort ansvar for egen beredskap .....	46
7.2.2	Studiens troverdighet og overførbarhet .....	48
<b>8</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>50</b>
<b>9</b>	<b>Refereanser:.....</b>	<b>52</b>
<b>10</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>55</b>
<b>10.1</b>	<b>Vedlegg: Tabell 3. Eksempel på tabell for koding av meningsenheter .....</b>	<b>55</b>
<b>10.2</b>	<b>Vedlegg: Intervjuguide .....</b>	<b>56</b>
<b>10.3</b>	<b>Vedlegg: Informasjonsskriv til intervjupersoner .....</b>	<b>58</b>
<b>10.4</b>	<b>Vedlegg: Godkjenning fra personvernombud .....</b>	<b>62</b>
<b>10.5</b>	<b>Vedlegg : Plan for gjennomføring.....</b>	<b>64</b>

## 1.1 SAMMENDRAG

---

En nyutdannet operasjonssykepleier som må delta på et akutt keisersnitt stilles overfor store utfordringer og må evne å handle både raskt og riktig under press.

Hensikten med studien er å beskrive hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere erfarer hvordan det er å delta i team for akutt keisersnitt. Denne kunnskapen vil være nyttig for å kunne forbedre utdanning og opplæring av operasjonssykepleiere i framtiden.

Studien er en kvalitativ studie med et eksplorativt og deskriptivt design. Det ble gjennomført seks semistrukturerte intervjuer av nyutdannede operasjonssykepleiere som hadde deltatt i akutte keisersnitt. Intervjuene ble transkribert til tekst og det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse.

Funn viste at de nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde det å delta i akutt keisersnitt som svært stressende, men ved hjelp av rutiner på avdelingen, hjelpemidler på operasjonsstuen og visualiseringsteknikker i begynnelsen av vekten var følelsen av stress på et nivå som gjorde at de var skjerpet og klarte å handle hensiktsmessig.

I studien kom det også fram at de nyutdannede operasjonssykepleierne ønsket seg å kunne øve på akutte keisersnitt gjennom simuleringer. Dette mente de ville kunne hjelpe dem med å arbeide raskere, men også å bedre kommunikasjonen mellom de ulike profesjonsgruppene ved akutte keisersnitt.

## 1.2 ABSTRACT

Acute Caesarean section requires a high standard for the freshly educated operation theatre nurse as part of the operation team, involving quick and correct action under pressure.

The purpose for this study is to describe how freshly educated nurses experience participation in the acute Caesarean operation team. This knowledge will be useful for improving the future education and training of theatre nurses.

The study is qualitative, using an explorative and descriptive design. Six freshly educated operation theatre nurses with experience from an acute Caesarean operation team were interviewed, using a

---

semi-structured form. The interviews were transcribed into text, and a qualitative content analysis performed.

Findings implicated that these nurses found participation in an acute Caesarean operation team highly stressful, but department procedures, visual aids, equipment setup and visualization techniques at the start of a shift made the stress manageable enough to enable appropriate action.

Another finding the study implicates is the perceived need for practicing acute Caesarean section through simulation exercises. Such exercises could enable higher work tempo and improve the communication between the different proficiency groups in the team during acute Caesarean section.

## 2 INTRODUKSJON

---

### 2.1 BAKGRUNN

Å gjøre et keisersnitt er å forløse et barn gjennom et åpent snitt gjennom abdomen og uterus (hysterotomi). Man velger å gjøre et keisersnitt hvis en vaginal fødsel vil kunne utgjøre en risiko for mor eller barn (Susan A. Carzo, 2019). I Norge har man de siste 20 årene hatt en stabil forekomst av andel fødsler forløst ved keisersnitt, mellom 12 og 17%. Ca 2/3 av disse igjen vil være akutte keisersnitt(Macsali et al., 2020a). De fleste keisersnitt vil ikke være planlagt, og kan måtte gjennomføres når som helst i løpet av døgnet. Frekvensen på akutte keisersnitt er dermed så høy at dette er noe de fleste operasjonssykepleiere ved et stort sykehus jevnlig vil måtte være med på.

I Norge deler man inn akutte keisersnitt i tre kategorier:

Grad 1. betyr at barnet må forløses umiddelbart og uten forsinkelse.

Grad 2 betyr at barnet må forløses innen 20 minutter.

Grad 3 betyr at barnet skal forløses innen 1-8 timer(Macsali et al., 2020b).

I denne masteroppgaven har jeg valgt å fokusere på akutte keisersnitt, grad 1 og 2.

Når alarmen for akutt keisersnitt går, vil operasjonssykepleieren ha kort tid å forberede seg på. Han skal avbryte det han holder på med og innta en nøkkelrolle i operasjonsteamet i løpet av minutter. Både mor og barn er i en kritisk situasjon og det kan stå om liv. Situasjonen er avhengig av at operasjonssykepleiere og resten av operasjonsteamet tar gode beslutninger, og evner rask og riktig handling.

Denne masteroppgaven handler om hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere ved et stort norsk sykehus opplever å delta i teamet som skal gjennomføre et akutt keisersnitt.

Sykehuset dekker en befolkning på mellom 350 000-400 000 innbyggere. Operasjonsavdelingen hvor akutte keisersnitt blir gjennomført består av 16 operasjonsstuer, og det opereres i flere ulike spesialiteter. Det er ansatt ca 80 operasjonssykepleiere ved dette sykehuset. Under operasjoner vil det alltid delta minst to operasjonssykepleiere i operasjonsteamet, en koordinerende(usteril) og en steril utøvende sykepleier (NSFLOS, 2020§4.1-g). Dette er et universitetssykehus som samarbeider med et universitet for videreutdanning av operasjonssykepleiere på masternivå. Operasjonssykepleierstudenter gjennomfører sine kliniske studier ved operasjonsavdelingen på dette

sykehuset. I operasjonsavdelingen er det gjort flere tiltak for å hjelpe teammedlemmene til å handle raskt og riktig. Det er satt av ei dedikert operasjonsstue som skal være klargjort for å ta imot keisersnittpasienten. Det er laget en plakat med sjekkliste for hvordan rommet skal settes opp, operasjonsbordet er stilt inn, dekket opp og alt nødvendig utstyr befinner seg til enhver tid inne på operasjonsstuen. På stuen finnes også en plakat med et fotografi for hvordan assistansebordet skal legges opp. Utenfor operasjonsstuen henger det en sjekkliste for hvordan rommet skal forberedes for å være i beredskap til akutt keisersnitt.

I sin utdanning skal sykepleieren under utdanning(studenten) ha praksis i operasjonsavdeling i totalt 30 uker (*Spesialsykepleie - mastergrad | Universitetet i Stavanger, 2021*). Studenten skal tildeles en erfaren operasjonssykepleier (kontaktsykepleier) som skal veilede studenten gjennom ulike operasjoner og sørge for at studenten kommer seg gjennom de læringsmålene av tekniske og ikke-tekniske ferdigheter som kreves for å kunne utøve operasjonssykepleie selvstendig.

Jeg har selv bakgrunn som sykepleier med mange års erfaring i akuttmottak, og har dermed selv erfart hvor viktig det er å være godt forberedt på akutte situasjoner i mottak av kritisk syke pasienter. Som student i operasjonssykepleie har jeg også erfart at det kan være en del tilfeldigheter til hvor mye klinisk erfaring man får i spesifikke operative prosedyrer i løpet av praksisperioden ved operasjonsavdelingen. Et akutt keisersnitt er en ikke-planlagt operasjon, det vil dermed være tilfeldigheter som avgjør hvorvidt den enkelte student får mye klinisk erfaring og trening på akutt keisersnitt eller ikke. Studentene tildeles ulike kontaktsykepleiere, og det kan også variere hva kontaktsykepleiere legger vekt på i sin veiledning.

En nyutdannet operasjonssykepleier kan bli satt til å delta i et operasjonsteam som skal utføre et akutt keisersnitt. Det vil under en slik operasjon stilles tilsvarende høye krav til den nyutdannede operasjonssykepleieren som den mer erfarne sykepleieren. Risikoen for å påføre skade på pasient grunnet feil eller for stor tidsbruk skal være så lav som mulig. Det akutte keisersnittet er en operasjon som ikke er planlagt på forhånd, og kan måtte utføres på en tid av døgnet hvor det er begrenset med erfarne operasjonssykepleiere tilgjengelig. Måten opplæringen og avdelingen er organisert gjør at det er en grad av tilfeldigheter som avgjør hvordan den nyutdannede operasjonssykepleieren har blitt forberedt på å delta i det akutte keisersnitt.

## 2.2 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET.

Det ble søkt i Cinahl med søkeord: (Major concept) Perioperative Nursing OR Caesarean Section AND emergency or acute or urgen\*. Dette søket gav 53 treff.



Et søk i Medline med søkeord: Emergency AND nurse AND cesarian, gav 140 treff. Etter gjennomgang av overskrifter etter disse to søkene ble 13 artikler valgt til gjennomlesing av abstrakts. Av disse handlet 5 om simulering som forberedelse til akutt keisersnitt (Simpson, 2007)(Fuhrmann et al., 2015; Hewitt, 2014; Mullen & Byrd, 2013; Stokes & Koslan, 2019; Weiner et al., 2016). En artikkel handlet om hvorvidt det at alle instrumenter til keisersnitt er pakket opp og lagt opp på assistansebord utgjør en smitterisiko (Campbell et al., 1993). De resterende artiklene vurderte jeg til å falle utenfor fokuset til dette studiet.

Søket viste at det finnes endel forskning om akutte keisersnitt, men det meste handlet om tverrfaglige simuleringer. Det er ellers lite forskning som setter søkelys på den enkelte operasjonssykepleier og hvordan han forbereder seg på å delta i team for akutt keisersnitt. Det kan dermed synes som at det er behov for mer forskning innen dette området.

Etter gjennomført intervjurunde og innholdsanalyse ble det gjort et nytt søk for å søke etter studier relevante i forhold til problemstilling og funn. Det ble gjennomført tre søk. Det første med vekt på operasjonssykepleiere, akutte keisersnitt og det å være nyutdannet.

Et søk ble gjennomført med følgende søkestreng:

*cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery ) AND ( scrub nurse or surgical nurse or operating nurse or theatre nurse ) AND ( novice nurse or newly graduated nurse or junior nurse or new nurse)*

Søket returnerte bare ett treff. Dette var en studie fra Singapore som undersøkte hvorvidt det var forskjell i prestasjon mellom erfarne og nyutdannede operasjonssykepleiere under akutte keisersnitt. Studien konkluderte med at det var en betydelig forskjell, hvor de erfarne operasjonssykepleierne presterte bedre i alle målte parametere (Koh et al., 2011).

Et nytt søk ble gjort hvor stressmestring og støtte fra kollegaer ble vektlagt.

Følgende søkestreng ble utført i Cinahl og Medline den 06.juni 2022:

*"operating theater nurs\*" OR "scrub nurs\*" OR "operating room nurs\*") AND (simulation OR "team work" OR "peer support" OR "stress management" OR coping OR "coping strat\*") AND (acute OR emergency). Søket ble begrenset til artikler publisert mellom 2015 og 2022, og de måtte være i full-tekst.*

Søket returnerte 37 treff. Av disse valgte jeg å se nærmere på en dansk studie som målte hvorvidt teamtrening påvirket tiden fra beslutning om at keisersnitt skulle gjennomføres til barnet var forløst.

(Fuhrmann et al., 2015). Studiet viste en betydelig andel av gjennomførte keisersnitt ble gjennomført innen 30 minutter etter at et teamtreningprogram var gjennomført.

Et tredje søk ble gjennomført. I dette søket ble teamarbeid i akutte situasjoner vektlagt.

Den 6 juni 2022 gjennomførte jeg et nytt søk i Cinahl og Medline med følgende søkestreng:

"Emergency\*" and teamwork, and training and "patient safety"

Søket ble begrenset til artikler publisert mellom 2015 og 2022, og de måtte være full-tekst. Søket gav 36 funn.

Etter gjennomgang av disse studiene valgte jeg å gå nærmere inn på en systematisk oversiktsartikkel som undersøkte hvorvidt team og kommunikasjonstrening hadde en effekt på sikkerhetskultur og pasientsikkerhet i akuttmottak. Studien konkluderte med at team og kommunikasjonstrening hadde en positiv effekt på begge disse forholdene, men at det trengtes mer forskning med tanke på teamtrening i multiprofesjonelle team. (Alsabri et al., 2022)

### 2.3 HENSIKT

Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere erfarer hvordan det er å delta i akutt keisersnitt.

### 2.4 PROBLEMSTILLING

Følgende problemstilling ble valgt:

*«Hvordan opplever den nyutdannede operasjonssykepleieren å delta i operasjonsteam for akutt keisersnitt»*

Det er avgjørende at alt personell som deltar i team for akutt keisersnitt er godt nok forberedt på å stå i denne situasjonen. Studien vil gi nyttig kunnskap som kan anvendes i forbindelse med opplæring og utdanning av operasjonssykepleiere, samt hvordan den nyutdannede operasjonssykepleieren opplever seg rustet til å tre inn i et team og innta rollen som operasjonssykepleier i en akutt og krevende situasjon

## 3 TEORIDEL

---

### 3.1 OPERASJONSSYKEPLEIERENS PLIKT TIL Å YTE FORSVARLIG HELSEHJELP

Folkehelseinstituttets definisjon på pasientsikkerhet er: «*Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme.*»(Saunes et al., 2010).

I Norge har pasienter en lovfestet rett til å få forsvarlig helsehjelp. Denne retten ligger nedfelt i (1999)lov om pasient og brukerrettigheter (1999) §2-1b. Spesialisthelsetjenesten, eller sykehuset, har plikt til å sørge for rammer som gjør det mulig for helsepersonell å yte forsvarlig helsehjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §2-2). Sykehuset stiller organisatoriske ressurser, bygninger og utstyr til rådighet. Helsepersonellet på sin side har plikt til å yte forsvarlig helsehjelp basert på sine kvalifikasjoner. Helsepersonell plikter å innhente bistand hvis det er nødvendig. De må også kunne samarbeide med annet helsepersonell når det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999 §4).

Norsk sykepleierforbunds landsforening for sykepleiere(NSFLOS) beskriver operasjonssykepleierens plass i sykehusorganisasjonen, og lister opp hvilke arbeidsområder operasjonssykepleierne forventes å kunne ta ansvar for og hvilke ferdigheter som forventes av operasjonssykepleieren(NSFLOS, 2020). Dette handler om å kjenne til lover og regler som regulerer sykehustjenesten, kjennskap til anatomi og fysiologi, operasjonsteknikker og prosedyrer, hygieniske prinsipper, det å kunne håndtere teknisk utstyr og ha kjennskap til ikt verktøy som brukes ved det aktuelle arbeidsstedet. Dette er eksempler på tekniske ferdigheter det er forventet at en operasjonssykepleier skal beherske. I de senere har man også begynt å innse at ikke-tekniske ferdigheter er viktige egenskaper operasjonssykepleiere må beherske. Ikke tekniske ferdigheter handler om helsepersonellens kognitive og sosiale evner. Eksempler på slike ikke-tekniske egenskaper kan være evne til å håndtere stress, evne til å kommunisere effektivt, og evne til å fungere i team(Flin et al., 2013).

I rollen som operasjonssykepleier ved et akutt keisersnitt kreves det god kjennskap til de prosedyrer som gjelder ved inngrepet. Operasjonssykepleieren må kjenne til hvordan operasjonen forløper, hvilke instrumenter som skal tas i bruk, og hvordan disse skal brukes. Et spesielt forhold ved de mest akutte keisersnitt(Grad 1), er at man ikke alltid har anledning til å følge det som regnes som vanlige prosedyrer, barnet må forløses umiddelbart og uten forsinkelse(Macsali et al., 2020a), da må man kanskje senke krav til for eksempel hvilke hygieniske tiltak som skal gjennomføres.

## 3.2 STRESS OG MESTRING

Stress som uttrykk dukker først opp i fysikken, hvor stressbegrepet ble brukt til å analysere hvordan menneskebyggede strukturer som skulle bære stor vekt, måtte designes for å kunne tåle de eksterne kreftene som strukturen skulle bli utsatt for (Krohne, 2001). Begrepet har siden vært mye brukt i de psykologiske, sosiologiske og medisinske vitenskapene.

Yerke-Dodsons lov (1908) illustreres med en omvendt U formet kurve som beskriver forholdet mellom grad av stress, og hvor godt man presterer i en krevende situasjon. Prestasjonsevne vil bli bedre etter hvert som stress/aktiveringsnivået øker, man blir mer skjerpet, og får økt fokus mot oppgaven som skal løses. Denne positive effekten skjer inntil et visst nivå, toppen av den omvendte U. Hvis stressnivået øker ytterligere overstiges terskelnivået, og prestasjonsevnen blir redusert.

Lazarus og Folkman (1984, s19) beskriver stress som et dynamisk samspill mellom ytre påvirkninger og hvordan en person vurderer både hvilke konsekvenser denne påvirkningen har for personen, men også hvordan personen vurderer sine tilgjengelige ressurser og evner til å håndtere situasjonen. Lazarus og Folkman (1984) lanserer begrepet *cognitive appraisal*. I denne oppgaven er begrepet «*appraisal*» oversatt til «*vurdering*» for å beskrive denne prosessen. Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom primærvurdering og sekundærvurdering. Primærvurderingen kan deles i tre hovedformer, (1) *irrelevante*, (2) *benignt-positive* og (3) *stressfulle*. *Irrelevante* kan eksemplifiseres med en plagsom lyd som man utsettes for kontinuerlig over tid etter hvert vil bli tolket som irrelevant, og etter en stund legger man ikke merke til lyden lengre. *Benignt positive* vurderinger handler om å vurdere utfallet av en hendelse som noe positivt, eller noe som kan bringe glede. For eksempel vil det å kunne bevitne gleden av mor og far som får hilse på sitt friske nyfødte barn være en benignt positiv hendelse. Stressfulle vurderinger deles igjen inn i om hvorvidt hendelsen utgjør *tap/skade*, en *trussel*, eller en *utfordring*. En *trussel-vurdering* henger sammen med *tap/skade-vurdering* ved at det her handler om en trussel som kan føre til skade eller tap for personen, både i form av direkte skade, men også skade i form av tap av anseelse eller sosial selvtillit. I denne sammenhengen kan det være en operasjonssykepleier som ikke lykkes i å utføre sine oppgaver tilfredsstillende og derved bidra til et uønsket utfall av et keisersnitt. Dette vil utgjøre en trussel mot operasjonssykepleierens profesjonelle selvfølelse. *Utfordrings-vurdering* handler om hvordan personen tenker at dersom han håndterer trusselen bra, vil resultatet være positivt for ham, og gi en større selvtillit neste gang man er stilt overfor en liknende situasjon (Lazarus & Folkman, 1984).

Hvor god kjennskap man på forhånd har til den oppgaven som skal utføres påvirker forholdet mellom stress og prestasjon. Dersom man er trygg på hvilke oppgaver som skal gjøres vil man kunne tåle høyere stressnivå før prestasjonene begynner å bli redusert (Johnsen, 2018).

### 3.3 LÆRINGSTEORI

#### Sosial kognitiv læringsteori

Albert Bandura 1925-2021 beskriver et menneskelig «agentic» personlighetssyn. Mennesket er ikke bare organismer som reagerer på eksterne hendelser, men det har en unik evne til å påvirke og kontrollere sine egne tankeprosesser, sin motivasjon og det velger selv sine handlinger. Menneskelig aktivitet styres av tre faktorer som gjensidig påvirker hverandre. Man påvirkes av miljøet man er i, sine handlinger og sine kognitive tanker, følelser og affekter. Dette kaller Albert Bandura (1999) det triadisk resiproke årsaksforhold. Faktorenes påvirkning på hverandre vil kunne variere relativt til ulike aktiviteter, omstendigheter og over tid.

Det er i hovedsak to måter mennesker lærer på (Bandura, 1999). Den første er ved å erfare konsekvenser av sin egen atferd, positive konsekvenser forsterker atferd, mens negative konsekvenser gjør at man unngår atferden. Den andre måten å lære på er ved sosial modellering. Å observere en annen gjøre en handling, og så repetere denne selv, kalles imitasjon. Ved modellering må man også forstå betydningen av handlingen og handlingens relasjon til konteksten den blir utført i (Johnsen, 2018). Også kognitiv kunnskap, holdninger og standarder kan overføres gjennom modellering (Johnsen, 2018). I helsetjenesten er modellering en mye brukt metode for å lære opp nye ansatte. Erfarne operatører blir satt til å veilede de uerfarne. Ved å observere i starten, og etter hvert selv utføre oppgaver, vil den nyansatte lære både holdninger, ikke-tekniske ferdigheter og tekniske ferdigheter, gjennom observasjon og veiledning fra den erfarne kollegaen (Johnsen, 2018).

Et sentralt begrep er i Banduras kognitive læringsteori er begrepet «self-efficacy», eller mestringstro. Bandura definerer begrepet slik: «*Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments*» (Bandura, 1997, s. 3). Det er altså individet selv som oppfatter i hvilken grad det er i stand til å gjennomføre de nødvendige handlinger som skal til for å gjennomføre atferden. Mestringstro er subjektivt, man kan ha en mestringstro som undervurderer ens faktiske evne til å gjennomføre en atferd. Dersom man har lav mestringstro vil det være mindre sjans for at man forsøker å gjennomføre en atferd (Johnsen, 2018).

Å oppleve at man har mestret en oppgave er en av de mest effektive måtene å styrke sin egen følelse av mestringstro. Dersom man har brukt betydelig tid og innsats og man har opplevd utfordringen som

krevende, vil denne effekten være spesielt sterk. Gjentatte tilfeller av suksess vil styrke en persons mestringstro (Bandura, 1999).

Ifølge Bandura (1999) Har mennesket en helt unik egenskap ved å være i stand til å omgjøre objekter og hendelser i verden til mer mentale abstrakte og konkrete symboler. Dette gjør at mennesket er i stand til å tilegne seg kunnskaper ved å lese bøker, se filmer, høre på forelesninger eller observere andre. I tillegg kan mennesket lage mentale bilder i hodet sitt og manipulere disse kognitivt, dermed kunne visualisere hvordan man for eksempel kan løse en oppgave, eller utfordring (Bandura, 1999).

Holmes & Collins (2001) gjorde studier hvor det viste seg at hjernen i liten grad skiller mellom mental og fysisk trening. Alle sanser kan brukes når man visualiserer, for sportsutøvere har det vist seg at visualiseringen synes å ha bedre læringseffekt hvis man klarer å involvere flere sanser når man visualiserer (Holmes & Collins, 2001). Dersom det er begrenset tilgang på situasjoner hvor man kan øve på en ferdighet, vil visualisering kunne gi en slags mengdetrening (Johnsen et al., 2019). Dermed kan man se at det vil være nyttig for en operasjonssykepleier å oppsøke operasjonsstuen for å kunne være i miljøet, se og ta på instrumenter når han visualiserer sin deltagelse ved akutt keisersnitt.

I en tidlig fase av det å lære seg ferdigheter kreves det stor konsentrasjon og kognitiv innsats. Etter hvert som handlingen blir repetert vil ferdighetene bli automatisert og kreve mindre konsentrasjon og innsats, ferdighetene har blitt automatisert (Lazarus & Folkman, 1984). For å illustrere dette bruker Lazarus og Folkman (1984) det å lære å kjøre bil som eksempel. I starten kreves stor konsentrasjon og innsats bare i det å få kontroll på kløtsj, gir og gass for å få bilen til å bevege seg. Etter hvert vil eleven bli tryggere i disse handlingene og kan begynne å bevege seg ut i trafikken og konsentrere seg om et komplisert trafikkbilde. Folk som har kjørt bil i mange år tenker ikke lengre over alle disse svært avanserte handlingene, handlingene har blitt automatisert.

### 3.4 ARBEID I TEAM

Denne masteroppgaven omhandler hvordan en nyutdannet operasjonssykepleier opplever å delta i team for akutt keisersnitt. Det kan derfor være nyttig å se litt nærmere på hva som regnes som et team og hvordan et team bør arbeide sammen for å få et godt resultat.

Hva er et team

Jeg har valgt å bruke Eduardo Salas et al., 1993s definisjon på team:

*«...a team is defined as a set of two or more individuals who must interact cooperatively and adaptively in pursuit of shared, valued objectives. Further, team members have clearly defined, differentiated roles*

*and responsibilities, hold task relevant knowledge, and are interdependent (i.e., must rely to one another in order to accomplish goals)* (Salas et al., 1993, s. 82).

Et team har man altså når to eller flere individer med unik og nødvendig kompetanse kommer sammen og er gjensidig avhengige av hverandre for å kunne løse oppgaven. I en setting for akutt keisersnitt vil teamet bestå av blant annet kirurger, anestesipersonell og operasjonssykepleiere. Hver av disse gruppene innehar unik kompetanse som er nødvendig for å løse oppgaven, en enkelt av disse gruppene vil ikke kunne løse oppgaven alene, men er sterkt avhengig av de andre medlemmene i gruppen for å løse oppgaven. Når alarm for akutt keisersnitt går, vil operasjonssykepleieren ile til og delta i et operasjonsteam som er satt sammen der og da for å gjennomføre keisersnittet. Det kan være nyttig å se på team for akutt keisersnitt som et multiteam system (MTS) som beskrevet av Marks et al. (2005, s. 964):

*«Two or more teams that interface directly and interdependently in response to environmental contingencies toward the accomplishment of collective goals. MTS boundaries are defined by virtue of the fact that all teams within the system, while pursuing different proximal goals, share at least one common distal goal, and in so doing exhibit input, process, and outcome interdependence with at least one other team in the system.* Operasjonssykepleiere kan her sees på som et eget team i operasjonsteamet, som ellers består av kirurg/gynekolog-team, anestesiteam, barneteam, jordmor team, og noen ganger røntgenteam. Disse under-teamene kan kalles komponentteam (Marks et al., 2005).

Det er ikke tilstrekkelig for å oppnå et godt resultat at man har satt sammen et team som innehar de nødvendige kompetanser (Espevik, 2019). Salas et al (2005) har beskrevet fem hovedelementer (the big five) og tre koordinerende mekanismer som kjennetegner godt teamarbeid. Under vil jeg gi en kort forklaring på disse fem hovedelementene.

#### Tillit i teamarbeid

Det er viktig at teammedlemmene kan stole på hverandres intensjoner. At man kan stole på at alle arbeider mot et felles mål, og ikke for sine egne private målsetninger. Et team som bruker mye ressurser på å sjekke hverandre for feil, for å kunne skape syndebukker, eller fremme egne interesser, fungerer ikke optimalt fordi man da kan bruke unødvendig tid og ressurser på å kontrollere andre teammedlemmers intensjoner (Espevik, 2019). Når man står ovenfor en tidskritisk situasjon er det viktig at teammedlemmer er villige til å ta sjansen på å stole på de andre teammedlemmenes intensjoner. En bør tilstrebe en holdning innad i teamet hvor teammedlemmer føler seg verdsatt. Flin et al.(2013) viser til flere eksempler i blant annet flyindustrien hvor kritisk informasjon ikke har kommet fram fordi en underoffiser ikke har hatt selvtillit nok til å være tydelig overfor sin overordnede kaptein.

Et tegn på godt teamarbeid er når teammedlemmer deler informasjon, også eventuelle egne feil, og aksepterer korrigerende tilbakemeldinger (Espevik, 2019).

#### Felles mentale modeller

En mental modell er en beskrivelse av hvordan mennesker kognitivt kan beskrive et system (for eksempel prosedyre for akutt keisersnitt), hva formålet med systemet er, og hvordan systemet ser ut. En mental modell beskriver også ulike tilstander i systemet, og gjør at man kan forutse hvordan systemet utvikler seg (Rouse & Morris, 1986).

Flere mentale modeller kan være aktive under et akutt keisersnitt. Teamrelaterte mentale modeller handler om hvordan teamarbeidet foregår, hvilke oppgaver og forventinger man har til de ulike profesjonene. Oppgavefokuserede mentale modeller handler om selve prosedyren, hvilket utstyr som trengs, når det trengs og hvordan det brukes (Salas et al., 2005). Når de mentale modellene til de ulike teamdeltagerne samsvarer vil dette hjelpe teamet til å nå målet ved at teammedlemmene vet hvor i prosedyren man befinner seg, hvilke handlinger som trenger å gjennomføres og hvordan rekkefølgen skal prioriteres.

#### Closed-loop kommunikasjon

I stressede situasjoner er det fare for at den enkelte teamdeltager er svært fokusert i sine egne arbeidsoppgaver og kanskje ikke får med seg eventuelle beskjeder eller meldinger som blir gitt i teamet. Salas et al (2005) har derfor pekt på en spesiell kommunikasjonsteknikk som en viktig koordinerende teknikk i teamarbeid. Closed loop foregår ved at en avsender gir en beskjed, mottaker tolker beskjeden og gjentar det han har forstått av beskjeden til avsender. Loopen avsluttes ved at avsender bekrefter at beskjeden er forstått riktig (Espevik, 2019).

#### Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom teammedlemmer er viktig for at teamet skal kunne fungere. Når alarmen for akutt keisersnitt går, vil operasjonsteamet som møtes være et såkalt ad hoc-team, teamet arbeider ikke sammen som et fast team (Sollid, 2018). Det er viktig at all nødvendig informasjon blir tilgjengelig for teamet og at alle teammedlemmer forstår informasjonen. Teammedlemmene må kunne dele nødvendig informasjon i teamet. Teammedlemmer må ha respekt og tillit til hverandre slik at nødvendige bekymringer eller andre opplysninger ikke blir holdt tilbake.

#### Teamlederskap

Når teamet møtes på operasjonsstuen har teamleder et ansvar for å etablere en felles forståelse av teamets mentale modeller (Espevik, 2019). I praksis vil dette innebære å presentere det aktuelle case,



og hvilke utfordringer teamet står overfor. Teamleder skal fremme god atmosfære i temaet og god kommunikasjonsform for at teammedlemmer skal kunne utøve gjensidig monitorering, støtteatferd og tilpasning.

Et akutt keisersnitt krever et team satt sammen av flere personer med høyspesialisert kompetanse. For å gjennomføre et akutt keisersnitt behøves kirurger, anestesipersonell og operasjonssykepleiere, i tillegg er det flere andre fagspesialister involvert. Det kan være utfordrende for en enkelt leder å ha oversikt over alle fagområdene. Olsen og Espevik (2009) er opptatt av at man i høyspesialiserte team hvor tidspress er høyt og konsekvenser dramatiske bør se på lederskap som en gruppeprosess hvor hele teamet kan bidra.

#### Gjensidig monitorering

I et velfungerende team vil teammedlemmer kunne følge med på de andre teammedlemmer og kunne korrigere dersom noen andre i teamet er i ferd med å handle feil, eller uhensiktsmessig. Teammedlemmene skal altså kunne følge med på, ikke bare sine egne arbeidsoppgaver, men også de andre teammedlemmene, for å være med å passe på at framdriften skjer hensiktsmessig (Espevik, 2019). For å kunne gjennomføre god gjensidig monitorering er det avgjørende at teammedlemmene har felles mentale modeller, og at det er en atmosfære for åpenhet og tillit innad i teamet. Det vil si at teammedlemmene er åpne for å gi og motta korrigeringer. Dersom dette ikke er til stede vil gjensidig monitorering fort kunne oppfattes negativt, og føre til at teamet fungerer dårligere (Espevik, 2019).

#### Støtteatferd

Dersom ett av teammedlemmene er i ferd med å handle uhensiktsmessig, eller bli overbelastet, vil andre teammedlemmer, gjennom gjensidig overvåking, kunne oppdage dette og initiere støttende tiltak (Espevik, 2019). Salas et al. (2005) viser til tre ulike måter å utøve støttende atferd på: (1) Gi tilbakemeldinger og veilede. (2) Å assistere et teammedlem i å gjennomføre en oppgave. (3) Å overta enkeltoppgaver hvis man ser at et teammedlem er i ferd med å bli overbelastet. Gjennom bruk av støtteatferd vil hele teamet bidra til at arbeidsoppgavene blir gjennomført, og at teamet har evne til å hjelpe hverandre med å hindre overbelastning (Salas et al., 2005)

#### Tilpasning

Tilpasning handler om teamets evne til å oppdage justere sine handlinger når det oppstår avvik i forventet forløp (Salas et al., 2005). Ved et akutt keisersnitt kan det oppstå endringer i situasjonen som gjør at teamet må gjøre tilpasninger i tiltak som gjennomføres, for eksempel at moren viser tegn på stort blodtap. Et velfungerende team som i stor grad deler felles mentale modeller, vil kunne oppdage

faresignaler, evne å forstå betydningen av disse faresignalene og utarbeide, formidle og gjennomføre en plan for hvordan man skal handle basert på den nye tilstanden (Salas et al., 2005).

### Teamorientering

Å være teamorientert handler om å ha en holdning hvor man ønsker å arbeide for å nå teamets mål heller enn sine individuelle mål (Espevik, 2019). Teamorientering er en holdningsegenskap. Det vil si at det handler om hvordan holdningen i arbeidslaget er til å delta i team. Å ha en god teamorientering innebærer å forberede seg selv til å yte sitt beste til fordel for teamets målsetning. Å være teamorientert kan handle om å sørge for at en selv er faglig oppdatert, at det er en kultur i avdelingen for å diskutere problemstillinger relatert til teamarbeid og passe på at lokalene (operasjonsstuen) er forberedt og klar til å brukes. (Salas et al., 2005)

### Simulering som trening

Simulering gir mulighet til, i trygge omgivelser, å trene på ferdigheter som trengs i situasjoner hvor det kanskje står om liv eller død.

Å trene teamferdigheter gjøres stadig mer i form av simuleringer i norsk helsevesen. (Ballangrud & Husebø, 2021). Ballangrud og Husebø (2021, s. 222) bruker følgende definisjon på simuleringsbasert teamtrening: *«En teknikk som skaper en situasjon eller et miljø som tillater personer å erfare en tilnærmet reell hendelse med det formål å øve, lære, evaluere, teste eller få økt forståelse av systemer eller menneskelig handlinger.»*

Simuleringen bør bygge på teori. Simuleringstreningen bør derfor ledes av fasilitator som anvender læringsteoretiske og pedagogiske metoder. Fasilitator planlegger og organiserer simuleringen tilpasset det miljøet og de læringsmålene man har for teamtreningen (Ballangrud & Husebø, 2021).

Første del av en simulering handler om å planlegge og forberede simuleringen. I forberedelsesfasen gjøres en prebrif hvor deltagerne presenteres eventuell teori, simuleringens tekniske utstyr og fysiske premisser. Teamdeltagerne presenteres for hverandre og det er viktig at det skapes et trygt læringsmiljø hvor det etableres gjensidig respekt og tillit. I forberedelsesfasen presenteres også det caset man skal simulere, og man presenterer læringsmål (Ballangrud & Husebø, 2021).

Det er viktig at deltagerne i team mestrer grunnleggende praktiske ferdigheter ved den prosedyren som skal simuleres (Ballangrud & Husebø, 2021).

Under selve gjennomføring av simuleringsscenarioet er det viktig at teammedlemmene handler som om det var en reel situasjon. Scenarioet bør være standardisert, slik at det er mulig å måle effekt av simuleringen og unngå distraksjoner som kan forstyrre måloppnåelse. Måleinstrumenter som brukes

til å måle måloppnåelsen på ulike områder skal være forskningsbasert, bruk av eksperter vil kunne bidra til bedre troverdighet når resultat etter simulering skal presenteres (Ballangrud & Husebø, 2021).

Etter gjennomføring av scenarioet er det viktig at det blir gjennomført debrifing.

Debrifingen bør bli ledet av fasilitator og har som mål at deltagerne får reflektert sine egne og teamets prestasjoner. Det er viktig at alle deltagere kommer til og får bruke egne ord til å beskrive sine opplevelser og sitt perspektiv. Fasilitator kan presentere målinger av atferd som er gjort underveis og be deltagerne reflektere rundt disse funnene. Til slutt ber fasilitator deltagerne å analysere hva som var bra og hva som kan forbedres. Videre kan deltagerne diskutere hvilken læring man kan ta med seg videre for å forbedre reelle situasjoner (Ballangrud & Husebø, 2021).

Simulering krever tid, mange fagprofesjoner skal samordnes og møtes for å kunne gjennomføre simuleringen. I tillegg kreves tilgjengelighet av fasiliteter og utstyr for at simuleringene skal være tilfredsstillende realistiske. Det er med andre ord krevende både økonomisk og organisatorisk å gjennomføre regelmessige simuleringer (Ballangrud & Husebø, 2021).

### 3.5 IKKE-TEKNISKE FERDIGHETER

Begrep om ikke-tekniske ferdigheter har tidlig blitt brukt i flyindustrien. Med tilgang på lydopptak av kommunikasjon mellom piloter og støttepersonell på bakken fant man at i nesten 80% av de alvorlige hendelsene kunne man se menneskelige faktorer som forklaring til hendelsen (Flin et al., 2013). I boken «Safety at the sharp end» (Flin et al., 2013) trekkes paralleller mellom flyindustrien og operasjonsstuen i sykehuset med at dette er omgivelser som regnes som høyrisikoomgivelser. Konsekvenser av at det blir gjort feil her, kan føre til store konsekvenser for utstyr, miljø og mennesker. Det lages en rekke systemer designet for at feil oppdages, og hindres. Man kan se at menneskelige faktorer er en viktig brikke i dette bildet. (Flin et al., 2013).

Det er utviklet et eget verktøy som skal kunne identifisere og gjøre det mulig å måle en operasjonssykepleiers ikke-tekniske ferdigheter. Verktøyet heter SPLINTS (The Scrub practitioner's list of inoperative non technical skills) (Mitchell et al., 2012).

SPLINTS deler operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter inn i tre hovedkategorier.

#### 1) Situasjonsbevissthet

Situasjonsbevissthet handler om evnen til å forstå det som skjer rundt seg (Flin et al., 2013). Dette innebærer å kunne innhente og forstå informasjon på forhånd, og kunne oppfatte endringer underveis i et forløp slik at man gjerne kan være i forkant med nødvendige tiltak. For å kunne inneha god

situasjonsbevissthet må operasjonssykepleieren ha god kunnskap om prosedyren, han må holde fokus på oppgaven som skal gjøres, og evne å holde oversikt over omgivelsene (Flin et al., 2013).

## 2) Kommunikasjon og teamarbeid

Kommunikasjon og teamarbeid handler om operasjonssykepleierens evne til å kommunisere med andre i teamet. Det er viktig at hun er i stand til å kommunisere tydelig og presist. Hun må kunne dele relevant informasjon til teammedlemmer og være i stand til å motta og forstå relevant informasjon fra andre i teamet (Mitchell et al., 2012).

## 3) Oppgaveløsning

Oppgaveløsning handler om hvordan operasjonssykepleieren planlegger og forbereder seg på oppgavene sine (Mitchell et al., 2012). I forbindelse med akutte keisersnitt vil det være viktig at operasjonssykepleieren klarer å prioritere rekkefølgen på sine oppgaver. Oppgaveløsning handler også om evnen til å iverksette og opprettholde faglige standarder. I forbindelse med akutt keisersnitt vil mangelen på tid gjøre at operasjonssykepleieren må kunne prioritere hvilke faglige standarder som kan gjennomføres, og hvilke standarder man kanskje må sette til side for ikke å tape for mye tid. Det er også viktig at operasjonssykepleieren er i stand til å håndtere stress slik at hun klarer å prioritere sin oppmerksomhet og sine arbeidsoppgaver (Mitchell et al., 2012).

# 4 METODE

---

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for studiens metodiske tilnærming. Studiets design, datainnsamling med valg av intervjupersoner, transkripsjon og analyseprosess. Til slutt vil jeg gjøre rede for etiske vurderinger.

## 4.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE

Et paradigme er det teoretiske rammeverket som blir brukt til å forstå og tolke et empirisk materiale (Kvale, 2015). Et paradigme inneholder en ontologi, ontologi handler om hva som er virkelighet og hvordan man beskriver virkeligheten, hva er det som eksisterer, og hvordan henger ting sammen. Epistemologi handler om hva kunnskap er, og hvor kunnskapen kommer fra (Lundman & Graneheim, 2012) Polit og Beck, (2020) beskriver et paradigme som en linse forskeren kan bruke til å stille inn fokus på fenomener man ønsker å studere, ikke som skyggelapper som begrenser forskerens nysgjerrighet.

Mye helsevitenskap har foregått innenfor to ulike paradigmer. Det positivistiske og det konstruktivistiske (Polit & Beck, 2020). Det positivistiske paradigmet har lenge vært dominerende i helsevitenskapelig forskning. Innen et klassisk positivistisk paradigme eksisterer det en virkelighet som er objektiv, som kan observeres, det man studerer skal være målbart, dataene skal være nøytrale og det er viktig at forskerens subjektivitet ikke påvirker studiet (Kvale, 2015). Det konstruktivistiske paradigmet har et vitenskapssyn som vektlegger menneskets iboende kompleksitet og evne til å skape sin egen virkelighet (Polit & Beck, 2020).

## 4.2 DESIGN

Denne studien har en kvalitativ metode med et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologien blir kalt en bevisstetsfilosofi, hvor man forklarer hvordan verden blir konstruert i vår bevissthet (Thornquist, 2002, s. 14). I en kvalitativ metode vil fenomenologi en som begrep peke på å forstå sosiale fenomener ut fra hvordan informantene selv opplever dem (Kvale, 2015, s. 45).

En studies problemstilling gir grunnlaget for valg av studiens design (Thagaard, 2016). For å belyse min problemstilling har jeg valgt en eksplorativ, deskriptiv og kvalitativ design (Hunter et al., 2019). Det er begrenset med forskning som belyser hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever å delta i akutt keisersnitt. En eksplorativ studie søker å utforske fenomener som er lite beskrevet fra før. I en eksplorativ studie må man være åpen og fleksibel i forhold til hvilke fenomener avdekkes, man kan måtte justere problemstilling, ettersom nye fenomener manifesterer seg (Stebbins, 2001). Å dokumentere og beskrive fenomenene utgjør den deskriptive delen av en eksplorativ, deskriptiv og kvalitativ studie (Hunter et al., 2019).

## 4.3 FORFORSTÅELSE

Forforståelse beskriver Malterud (2011) som en ryggsekk forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet. Innholdet i denne ryggsekken kan bestå av holdninger, hypoteser, forskerens faglige bakgrunn og den teoretiske rammen rundt prosjektet. Forskerens forforståelse vil ofte danne et grunnlag for nysgjerrighet, valg av tema som studeres vil dermed være avhengig av forskerens forforståelse. I dette prosjektet vil min forforståelse være preget av flere ting. Min egen bakgrunn som sykepleier i en akuttavdeling, og min nåværende rolle som operasjonssykepleierstudent gjør at jeg går inn i prosjektet med en del forventninger om hva jeg kommer til å finne. Videre vil det teoretiske perspektivet jeg har brukt i forberedelsene til intervjuet også kunne påvirke måten spørsmål blir stilt.

Forforståelsen er viktig, fordi det er den som har gjort at jeg i utgangspunktet har blitt nysgjerrig på temaet.

Jeg har forsøkt å sette min egen forforståelse i parentes ved å benytte meg av åpne spørsmål og la intervjupersonene fortelle med sine egne ord.

## 4.4 DATASAMLING

### 4.4.1 Semistrukturert intervju og intervjuguide

*«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?»* (Kvale og Brinkmann 2015, s. 18).

Et semistrukturert intervju brukes når forskeren stiller åpne spørsmål som inviterer intervjupersonene til, med egne ord, å beskrive sine opplevelser. Samtidig ønsker forskeren at intervjuet skal dekke ulike og mer spesifikke temaer. Ved å utarbeide en intervjuguide kan intervjueren oppfordre intervjupersonen til å fortelle med egne ord og samtidig styre intervjuet innom de temaene som man ønsker å dekke. Temaene er gjerne organisert i den rekkefølgen intervjueren ser det som naturlig at intervjuet skal forløpe, men siden intervjupersonene inviteres til å bruke sine egne ord, kan det skje at intervjupersonene selv initierer et skifte i temaer som kanskje kommer senere i intervjuguidens rekkefølge (Polit & Beck, 2020). I denne intervjuguiden var det under hvert hovedpunkt listet opp noen stikkord slik at det var mulig å få hver av intervjupersonene til å komme med sitt perspektiv på ting jeg ønsket å få vite flere detaljer om. For eksempel kunne intervjuer spørre om intervjupersonen kunne fortelle om hvordan hun opplevde samarbeid mellom personellet på operasjonsstuen.

Andre tema handlet om tiden etter at operasjonen var avsluttet.

Tredje tema omhandler forberedelser som er gjort for å kunne delta i akutt keisersnitt. Jeg vil her prøve å få fram hva operasjonssykepleiere gjør ved oppmøte i avdeling, men også hva som er gjort i løpet av studietiden for å bli forberedt til å delta på akutt keisersnitt. I avsluttende del av intervjuet vil jeg spørre informantene om de har egne tanker om hvordan de best kan bli forberedt til å delta i team for akutt keisersnitt.

### 4.4.2 Intervjuguide

I et semistrukturert intervju er det vanlig å bruke en intervjuguide som et manuskript til intervjuet (Kvale, 2015). Intervjuguiden inneholder spørsmål som leder mot de temaene som man ønsker å dekke. Jeg har valgt å bruke åpne spørsmål som inviterer intervjupersonen til å beskrive sine opplevelser med sine egne ord. I tillegg til de tre hovedspørsmålene valgte jeg ha med noen oppfølgingsspørsmål for å dekke enkelte underkategorier som jeg ønsket utforske nærmere.

Temaene danner utgangspunkt i samtalen mellom intervjuer og informant. Jeg som intervjuer vil oppfordre informantene til å beskrive hvordan de selv opplever situasjonen. Siden intervjuet er semistrukturert, vil det kunne være noe fleksibilitet i forhold til hvilken rekkefølge og hvilke oppfølgingsspørsmål som skal stilles. Dersom informantene kommer med relevant informasjon som ikke er dekket av intervjuguiden, vil dette også kunne bli en del av studiet. Etter intervjuene vil jeg transkribere intervjuene fra lydopptak til tekst.

Intervjuguiden er vedlagt denne prosjektbeskrivelsen.

#### 4.4.3 Strategisk-tilgjengelighetsutvalg

Hensikten med studien er å undersøke hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever å delta i team for akutt keisersnitt. For å finne svar på dette valgte jeg å strategisk velge intervjupersoner med egenskaper relevante for problemstillingen (Thagaard, 2016). Relevante egenskaper var at intervjupersonene var nyutdannede operasjonssykepleiere. I tillegg måtte de ha deltatt ved et akutt keisersnitt etter at de hadde startet å arbeide som operasjonssykepleiere. Den avdelingen som mine intervjupersoner ble rekruttert fra opererte med et nyansattprogram med en varighet på ca to år. I løpet av disse to årene skulle de nyansatte operasjonssykepleierne ha arbeidet i en gitt periode ved alle seksjoner på avdelingen. På bakgrunn av dette valgte jeg å definere operasjonssykepleiere som nyutdannede når de hadde jobbet mindre enn to år ved avdelingen etter endt videreutdanning.

For at de nyutdannede operasjonssykepleierne skulle ha relevant erfaring i forhold til problemstillingen var det også nødvendig at de hadde deltatt ved minst ett akutt keisersnitt grad 1 eller 2.

Et tilgjengelighetsutvalg innebærer å velge ut personer som er tilgjengelige for forskeren (Polit & Beck, 2020). For å få tak i nyutdannede operasjonssykepleiere som tilfredsstilte utvalgskriteriene valgte jeg å samarbeide ved operasjonsavdelingens fagutviklingsykepleier. Hun hadde kjennskap til hvilke ansatte som var nyansatt, vi avtalte at hun kunne finne personer som tilfredsstilte utvalgskriteriene, informere vedkommende om studiet, dele ut informasjonsskriv og innhente samtykke. Når intervjupersonen hadde samtykket til å delta i studiet, formidlet hun kontakt mellom meg som forsker og intervjupersonen. Ved å gjøre et tilgjengelighetsutvalg på denne måten fikk jeg relativt raskt tak i kvalifiserte intervjupersoner. En mulig svakhet ved å bruke en overordnet til å hjelpe med å finne intervjupersoner kan være at intervjupersonene kan bli påvirket til å svare mer lojalt til hva de tror arbeidsgiver ønsker at de skal svare, enn hva de selv føler (Polit & Beck, 2020).

#### 4.4.4 Utvalgsstørrelse

I en kvalitativ studie vil man gjerne undersøke kompliserte sosiale prosesser. Det er ikke et mål at studiet skal kunne være representativt, men man vil utforske kompliserte fenomener gjennom en omfattende og dyptgående analyse. Det er derfor et viktig prinsipp at utvalget ikke må bli større enn at forskeren kan gjennomføre dyptgående analyser av materialet. Utvalget må likevel være stort nok til at man med rimelighet kan tenkes at man oppnår et slags metningspunkt. Et slikt metningspunkt finner man når det å tilføye antallet informanter ikke synes å tilføre vesentlig ny forståelse av de fenomener som blir utforsket (Thagaard, 2016). Jeg valgte å gjennomføre seks intervjuer. Dette utvalget var stort nok til å få en oversikt over de fenomener som jeg ønsket å undersøke samtidig som at datamaterialets omfang var mulig å håndtere innenfor studiets rammer.

#### 4.4.5 Gjennomføring av intervjuene

Når fagutviklingspsykeleieren hadde valgt kandidater og innhentet samtykke, ble det avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuene. Intervjupersonene ble fritatt sine vanlige arbeidsoppgaver i inntil en time. Intervjuene ble gjennomført på intervjupersonenes eget arbeidssted, innenfor deres vanlige arbeidstid og inne på en operasjonsstue. De var på jobb, og var dermed kledd i uniform. Grunnet strenge hygieniske krav på avdelingen måtte også jeg, som intervjuer, bære uniform. Et godt intervju kjennetegnes av at det er et tillitsforhold mellom intervjuer og intervjuperson. Dette vil kunne gjøre det lettere for intervjupersonen å åpne opp og fortelle fritt omkring temaene jeg ønsker å undersøke (Thagaard, 2016). At intervjuene ble gjennomført inne på en operasjonsstue kan ha vært fordelaktig på den måten at intervjusettingen var ganske nær den settingen som akutte keisersnitt blir gjennomført i, og på den måten kan hjelpe med å hjelpe intervjupersonene til å hente fram tanker og følelser i forbindelse med akutte keisersnitt. Intervjupersonene ble intervjuet på sin hjemmebane, vi var inne på deres vante arbeidsplass. Det kan tenkes at dette kan ha bidratt til at intervjupersonene slappet mer av, enn de ville gjort på et fremmed kontor utenfor avdelingen. At vi var kledd i samme uniform kan ha bidratt til at intervjuer og intervjuperson kunne oppleves som mer likeverdige i intervjusituasjonen (Kvale, 2015). Dette kan ha gjort at det var lettere for intervjupersonene å snakke åpent. En mulig fare ved å gjøre intervjuet på intervjupersonenes eget arbeidssted kan ha vært at de da kan innta en arbeidsgiverlojal holdning, og at svarene de gav kunne være farget av dette (Polit & Beck, 2020).

Selve intervjuet ble gjennomført inne på operasjonsstuen. Vi satt på hver vår side av et operasjonsbord med båndopptageren mellom oss.

En klar ulempe ved å gjennomføre intervjuet inne på ei operasjonsstue viste seg å være at støy fra teknisk utstyr og et støyende ventilasjonssystem bidro til at kvaliteten på opptakene ble noe redusert.



Dette førte i sin tid til litt utfordringer i transkripsjonsprosessen, da det av og til kunne være krevende å høre alle ord helt klart. En annen ulempe med å bruke ei operasjonsstue var at dette er et rom med flere innganger det er også et rom med kontinuerlig behov for tilsyn av teknisk utstyr. To av intervjuene ble avbrutt av at teknisk personell kom for å utføre arbeid inne på operasjonsstuen. Ved hjelp av en god intervjuguide var min opplevelse at vi klarte å komme tilbake til temaet, og fortsette den gode samtalen.

Da jeg gjennomførte intervjuene alene, valgte jeg å ikke gjøre skriftlige notater underveis. Ved å skrive notater kunne jeg ha notert litt i forhold til ansiktsuttrykk, smil, blick i bakken, gester eller andre nonverbale tegn. Den nonverbale kommunikasjonen kan også gi verdifull innsikt. Ved kun å kunne forholde meg til lydopptaket, ville dessverre mye av denne informasjonen gå tapt. Jeg var bekymret for at tid og oppmerksomhet på å skrive notater kunne gjøre at jeg kunne gå glipp av viktig informasjon eller miste fokus fra intervjupersonen. Ved å bruke lydopptak kunne jeg konsentrere meg fullt og helt om intervjupersonen, og å kunne følge opp de svarene som jeg fikk.

#### 4.5 KVALITATIV INNHOLDSANALYSE

Jeg har i denne studien gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse. Innholdsanalyse ble i utgangspunktet utviklet som en metode for å kunne håndtere store datamengder i tekster. De tidligste innholdsanalysene hadde gjerne en kvantitativ natur, hvor man for eksempel kunne telle antallet ganger spesifikke ord ble brukt i en samling avisartikler (Polit & Beck, 2020). Ved en slik kvantitativ innholdsanalyse vil forskeren ha en distanse til teksten og søke å være en objektiv observatør av dens innhold (Lundman & Graneheim, 2012). I en kvalitativ tradisjon ønsker forskeren å komme nære sannheten slik den framstår hos de menneskene man studerer. Den teksten som skal analyseres bør derfor betraktes i lys av den konteksten den har blitt til i. Derfor er det viktig å gi en fylldig beskrivelse av den konteksten som intervjuene har blitt gjort i (Lundman & Graneheim, 2012).

Måten intervjuer velger å stille spørsmål, hvilke oppfølgingsspørsmål og hvordan han responderer gjennom samtalen er med på å påvirke hva intervjupersonen velger å fortelle. Dermed får forskeren en nærhet til materiale ved også selv være en deltager i intervjuet (Lundman & Graneheim, 2012).

En første abstraksjon av intervjuet foregår allerede ved at intervjuet blir tatt opp på lydbånd, dette skjer ved at mye av konteksten intervjuet foregår i forsvinner i lydopptaket. Når intervjuet skal transkriberes er ikke lengre forskeren inne på operasjonsstuen, han er ikke ikledd uniform og intervjupersonens ansiktsuttrykk og nonverbale kommunikasjon vil i stor grad være borte (Kvale, 2015).

Å transkribere teksten fra lydopptak til tekst innebærer neste ledd av analyseprosessen. Det muntlige språket er annerledes enn skriftlig språk, intervjupersonene har ulike dialekter, det muntlige språket er mer fragmentert og uformelt enn skriftlig språk, ord kan for eksempel bli erstattet av en håndbevegelse, eller et ansiktsuttrykk som ikke fanges opp av lydopptageren (Malterud, 2011). Ved at jeg selv har gjennomført både intervju og transkripsjon vil jeg likevel kunne huske tilbake til den aktuelle konteksten og på den måten ha større grad av nærhet til intervjuets kontekst enn hvis jeg hadde brukt en utenforstående til å gjøre transkripsjonen (Malterud, 2011).

De transkriberte intervjuene utgjør samlingen av alle intervjuene studiets analyseenhet. I følge Lundman og Graneheim (2012, s. 190) bør en analyseenhet være tilstrekkelig stor til å utgjøre en helhet, men liten nok til at det er mulig å håndtere i en analyseprosess.

En kvalitativ analyse av en transkribert tekst foregår i flere trinn. Første trinn jeg gjorde var å lese gjennom hele materialet for å danne meg et inntrykk av hva teksten handlet om. Neste trinn i prosessen var å dele teksten opp i meningsenheter. En meningsenhet er biter eller utdrag av teksten som består av ord eller setninger som danner en mening (Lundman & Graneheim, 2012). Meningsenhetene skrives inn i en tabell mest mulig ordrett og kan i noen tilfeller bli ganske lange. Jeg gikk gjennom hele materialet, og endte opp med godt over 200 ulike meningsenheter.

Når meningsenhetene var identifisert og satt inn i en arbeidstabell, utførte jeg en tekstkondensering av meningsenhetene. Å kondensere meningsenhetene betyr at man forsøker å forkorte teksten uten at dette går på bekostning av vesentlig meningsinnhold. Målet med dette er å gjøre materialet lettere å lese og mer håndterlig for videre analyser (Lundman & Graneheim, 2012). Neste trinn i analyseprosessen er å gi de kondenserte meningsenhetene en kode. En kode kan sammenlignes med en etikett som gir en kort beskrivelse av innholdet i den kondenserte meningsenheten (Lundman & Graneheim, 2012).

Neste ledd i min analyseprosess gikk ut på å sortere kodene slik at koder med beslektet innhold ble plassert sammen. Rent praktisk foregikk dette ved at jeg klippet ut hele rader i tabellen, hvor en rad består av meningsenhet – kondensert meningsenhet og kode, og limte inn raden sammen med andre koder som hadde lignende innhold. En slik samling av koder utgjorde en underkategori. En kategori skal ifølge Lundman & Graneheim (2012) si noe om hva disse delene av teksten handler om. Kategorien skal beskrive innholdet på et manifest nivå, det vil si at det skal være lav grad av fortolkning fra den opprinnelige teksten. Det vil likevel foregå det en viss grad av fortolkning i denne prosessen (Lindgren et al., 2020) Jeg endte jeg opp med 38 slike underkategorier.

Neste trinn i analysen gikk ut på å samle underkategoriene slik at underkategorier med beslektet meningsinnhold ble satt i nærheten av hverandre i tabellen. En samling av underkategorier med

beslektet innhold fikk en egen overskrift og ble sortert som egne kategorier. Samlinger av kategorier med liknende meningsinnhold utgjorde til slutt to ulike temaer. Et tema er handler om den underliggende meningen i teksten, eller tekstens latente meningsinnhold. Dette latente meningsinnholdet ligger som en rød tråd mellom flere av kategoriene, noen ganger lett å finne, andre ganger mer skjult i teksten (Ulla H. Granheim et al., 2017). I denne undersøkelsen kom jeg fram til to temaer, hvor det ene handlet om hvordan operasjonssykepleierne hadde en opplevelse av kaos når alarmen ble utløst i de første sekundene og minuttene av prosedyren, og hvordan operasjonssykepleierne etter hvert raskt fikk en følelse av kontroll, temaet ble kalt «fra kaos til kontroll». Det andre temaet handlet om hvordan de nyutdannede operasjonssykepleierne følte på og tok et stort personlig ansvar for å skaffe seg nødvendige ferdigheter til å kunne delta ved akutt keisersnitt. Men også hvordan de gikk fram for å ivareta disse ferdighetene slik at de alltid var i beredskap hvis alarmen skulle bli utløst. Temaet har jeg valgt å kalle «De nyutdannede tar stort ansvar for sin egen læring og beredskap». Vedlagt i oppgaven er en tabell som illustrerer hvordan analyseprosessen fra meningsenhet til tema har foregått (Vedlegg 1).

#### 4.5.1 Analyseprosessen

Lydopptakene ble transkribert fortløpende. Transkripsjon ble utført ved å skrive ned mest mulig ordrett det jeg hørte på opptakene. Intervjupersonene har flere ulike dialekter, men jeg har valgt bruke normativt bokmål i transkripsjonsteksten. Å omdanne et muntlig språk fra lydopptak til skriftlig tekst innebærer en abstraksjon av den samtalen som er gjort. I en samtale vil ikke bare ordene, men også nonverbale uttrykksformer være meningsbærende (Malterud, 2011). Siden jeg ikke hadde tatt notater underveis vil mye av denne nonverbale kommunikasjonen gå tapt, men måten intervjupersonene snakket på, latter og lyder som klapping i hendene ville kunne bli fanget opp av lydopptakeren, noen av disse lydene har kommet med i transkripsjonen. Tegnsetting ble gjort fortløpende og skjønnsmessig.

Intervjuene ble transkribert til tekst i løpet av et par uker etter at intervjuene var gjennomført.

#### 4.5.2 Troverdighet

En kvalitativ studie bør søke å være så troverdig som mulig. Troverdighet må vurderes i lys av de metoder som er brukt for å komme fram til studiets funn (Ulla H. Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) trekker fram tre forskjellige begrep som sammen utgjør studiets troverdighet. Kredibilitet handler om studiets fokus, hvilken kontekst studiet blir gjort, hvordan man har gjort utvalget og metoden for innsamling av data. Hvilke meningsenheter man kommer fram til i innholdsanalysen har også betydning for studiets kredibilitet. Meningsenhetene bør ikke bli for lange og dermed tvetydige og med mange mulige fortolkninger, men heller ikke for korte og kompakte, slik at man risikerer å gå glipp av relevant informasjon (Ulla H. Graneheim & Lundman, 2004). Pålitelighet

handler om hvorvidt funnene i studiet står seg over tid, og om man kan finne liknende fenomener hos flere respondenter. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide søker jeg å kunne beholde en konsistens i forhold til temaer jeg tar opp, men har også mulighet for at respondentene kan innføre nye elementer. I Graneheim og Lundmans (2004) begrep om troverdighet kommer også overførbarhet. Hvorvidt studiets funn er overførbare til andre situasjoner vil i en kvalitativ studie være opp til leseren av studiet. Hvis han kjenner seg igjen i de funn som er gjort kan man ha en grad av overførbarhet. For at leseren skal kunne vurdere studiets overførbarhet har jeg forsøkt å gi en fyldig beskrivelse av kontekst som studiet er gjort i.

## 5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER

---

Undersøkelsen involverte ikke pasienter direkte. Studiet omhandlet ansatte ved et stort sykehus i Norge. Undersøkelsen ble gjennomført i form av individuelle intervjuer, hvor jeg brukte lydopptager. Opptakene måtte behandles som sensitiv informasjon siden det ikke var mulig å sikre seg mot at informanter underveis i intervjuet kunne si noe som kunne være sensitivt.

Intervjuene ble tatt opp på en båndopptager lånt av Universitetet i Stavanger. Opptakene ble fortløpende overført til kryptert minnepinne og slettet fra båndopptagerens internminne. Ved prosjektets slutt vil alle data på minnepinnen bli slettet. Under transkripsjon ble det gjort tiltak for å sikre anonymisering av informanter, dette skjedde for eksempel ved å oversette spesielle dialektord til bokmål i transkripsjonen.

Det var frivillig å delta som informant i studiet. Alle informanter fikk utdelt informasjonsskriv hvor det informert om at de til enhver tid, og uten å oppgi begrunnelse kunne trekke seg fra studiet (Helseforskningsloven, 2008; §16).

Siden jeg selv er under utdanning til operasjonssykepleier har jeg måtte reflektere over det å studere andre nyutdannede operasjonssykepleiere. Når jeg gjennomførte intervjuene møtte jeg åpne og ærlige operasjonssykepleiere, det framkom beskrivelser av situasjoner hvor de innrømmet å kanskje ikke handlet helt optimalt. Jeg inkluderte disse beskrivelsene i materialet siden de ble beskrevet som episoder som bidro positivt i forhold til egen læring og hvordan de håndterte framtidige tilfeller.

Siden jeg selv var ansatt ved sykehuset kunne jeg selv stå som søker for godkjenning av prosjektet hos Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Kopi av godkjenning fra personvernombudet er vedlagt.

## 6 FUNN

I dette kapittelet presenteres funn fra dataanalysen fra intervjuene. Funnene presenteres tema for tema med underoverskrifter som samsvarer kategoriene fra innholdsanalysen. Funnene blir illustrert med sitater fra intervjuene. Sitatene er nummerert for å lettere å kunne refereres til.

### 6.1 ALARMEN GÅR, FRA KAOS TIL KONTROLL PÅ OPERASJONSSTUEN

De nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde kaos både på personlig og på teamnivå når alarm for akutt keisersnitt ble utløst. Det var mye som skjedde, det handlet om liv eller død, de nyutdannede

Tema	Kategori
Fra kaos til kontroll på operasjonsstuen	Kaos i starten
	Operasjonssykepleieren opplever kontroll inne på operasjonsstuen
	Teamet og samarbeidet

Tabell 1. Tabellen viser hvilke kategorier som ble satt i sammenheng med temaet «Alarmen går, fra kaos til kontroll på operasjonsstua».

beskrev at adrenalin kom, de måtte løpe til operasjonsstuen. Inne på operasjonsstuen var det mange mennesker som samles, alarmer som pep, det var mye som skulle skje på en gang, og det var mye støy på stua. Likevel opplevde de at situasjonen raskt kom under kontroll. De beskrev en stemning i operasjonsstuen hvor de profesjonelle aktørene visste hva de skulle gjøre, de var drillert. I løpet av kort tid kunne situasjonen være mer eller mindre avklart, og ting roet seg. Mye personell som initialt var med for å hjelpe til i situasjonen kunne trekke seg ut, og avslutningen av prosedyren lignet mer på en vanlig planlagt operasjon. Graden av hast ved et grad1 keisersnitt var så stor at det ikke var tid til å kjenne på følelser, tenke over arbeidsoppgaver eller hva de andre i teamet holdt på med. De måtte være i stand til å handle nærmest automatisk, tenke kunne de gjøre etterpå.

#### 6.1.1 Kategori: Kaos i starten

Operasjonssykepleierne beskrev en opplevelse av kaos umiddelbart når alarmen ble utløst og i de første minuttene, når de beveget seg mot operasjonsstuen og hvordan de opplevde stemningen inne på operasjonsstuen når de kom inn. En operasjonssykepleier beskrev:

*(S1): «Når alarmen går, spesielt på grad en, så går adrenalin til topps med en gang. Det svartner litt og man får litt jernteppe, det går noen sekunder før du klarer å omstille deg og løpe til stuen.»*

Operasjonssykepleierne erfarte en kraftig stressaktivering, med adrenalin som kom og puls som steg. De opplevde noen sekunder med «jernteppe» akkurat idet alarmer startet, samtidig som de understreket at de ikke nødvendigvis følte frykt, snarere at de ble veldig skjerpet, nå måtte det gjøres en jobb.

*(S2): «Du kjenner sug i magen, adrenalin, og hjertet som pumper, nå skjer det noe! Jeg skvetter hver gang når alarmer går. Jeg blir veldig fokusert på det jeg skal gjøre.»*

*(S3): «Det er ikke sånn at man blir redd, det er mer at jeg blir fokusert på at nå skal jeg prestere, nå må jeg gjøre jobben min.»*

Når de ankom operasjonsstuen viser funn at på teamnivå opplevde operasjonssykepleierne mye støy og alarmer som pep fordi ingen hadde hatt tid til å skru dem av. Mange mennesker fra ulike fagfelt skulle utføre mange oppgaver samtidig, ting fløy, det skulle gå fort. På grad 1 keisersnitt var det kanskje ikke tid til å presentere seg selv og sin rolle ved ankomst. Dette kunne forsterke en følelse av kaos. Ordet kaos ble mye brukt om hvordan de opplevde å komme inn til operasjonsstuen når det ble gjort forberedelser til akutt keisersnitt

Noen ganger kunne man være nødt til å rykke ut til en alternativ operasjonsstue fordi den stuen man vanligvis ville rykket ut til ble brukt til en annen operasjon. De gangene dette skjedde opplevde operasjonssykepleierne at følelsen av kaos var forsterket.

*(S4a) «Vi sprang inn på den stuen som vi skulle. Men den var ikke klar, de stod på en annen stue. Det var en dårlig start for min del. Jeg ble stresset for jeg hadde løpt inn på feil stue. Det var dårlig kommunikasjon, for vi hadde ikke fått beskjed om det. Det går veldig fort med grad en så du får ikke forberedt deg mentalt da.»*

*(S4b): «Det er masse leger og anestesi inne på stua, det er trangt, ting flyr over alt og det går fort.»*

*(S5): «Operasjonsstuen er liten, man krasjer inn i hverandre og taper kanskje litt tid, jeg vet ikke. Men det er sånn man gjør det, og det fungerer.»*

Som en kontrast til hvordan de nyutdannede operasjonssykepleierne har en opplevelse av kaos når alarm for grad1 utløses, opplevde de at de ved grad 2 keisersnitt hadde tilstrekkelig med tid til å utføre sine arbeidsoppgaver selv om de skulle jobbe raskt. De hadde en opplevelse av at et grad 2 på mange måter ligner mer på et planlagt keisersnitt. Ved et grad 2 skal man følge alle vanlige prosedyrer.

*(S6): «Du må jobbe fort, men jeg føler jeg har tid til å gjøre det jeg skal, på en grad to.»*

*(S7): «Jeg står med utstyret og føler jeg har tid til å legge det opp som jeg skal. Jeg føler ikke at jeg er stresset. Når du har tjue minutter, så har du god tid.»*

### 6.1.2 Kategori: Operasjonssykepleieren opplever kontroll inne på operasjonsstuen

Funn viser hvordan de nyutdannede operasjonssykepleierne gjennom å benytte seg av sin egen kompetanse, bruk av tilgjengelige hjelpemidler på stua og god veiledning fra kollegaer klarte å håndtere den krevende situasjonen. De klarte å prioritere og gjennomføre sine arbeidsoppgaver hensiktsmessig til tross for det høye tidspresset.

Operasjonssykepleierne fortalte hvordan de ikke hadde tid til å tenke når alarmen gikk. De måtte bare løpe til stuen, og gjøre arbeidsoppgavene sine. Ferdighetene måtte nærmest sitte i ryggmargen.

*(S8): «Når alarmen går er du ekstra på hogget, ting må sitte i ryggmargen, du har ikke tid til å tenke.»*

*(S9): «Når det er grad en, så bare gjør du, da tenker du etterpå.»*

For de nyutdannede operasjonssykepleierne kunne det være en utfordring at rutiner som følges ved planlagte keisersnitt ikke skal gjennomføres ved en grad 1 keisersnitt. Spesifikt ble oppgaver som det å desinfisere operasjonsfeltet, gjøre kirurgisk håndvask og det å legge kateter ting som ble nevnt. De var bekymret for at de kanskje kom til å begynne å tenke på dette, og dermed bruke unødvendig tid.

*(S10) «Det er stor forskjell på en elektiv sectio og en grad 1. Jeg husker jeg stresset en del med at jeg skulle bruke for lang tid på å tenke, hva ledd er det greit å hoppe over og ikke.»*

De nyutdannede operasjonssykepleierne beskrev hvordan de gjorde prioriteringer umiddelbart når de ankom operasjonsstuen.

Det første som måtte gjøres var å sørge for at den sterilt utøvende operasjonssykepleieren å komme i gang med sine arbeidsoppgaver. En av intervjupersonene brukte en forenklet huskeregel som sa at det i prinsippet bare er tre ting som trengs for å få ute en baby.

*(S11) «Det er tre ting du skal huske, du trenger tre ting for å få ut en baby. Du trenger kniv, saks og kompresser.»*



For den sterilt utøvende operasjonssykepleier var det viktig å kunne være klar med kniven før kirurgen ba om å få den.

*(S12) «Når jeg kommer inn på stuen åpner jeg prosedyrepakken, får på frakken og hanskene. Så får jeg hjelp til å åpne brikken og tar hele brikken opp på bordet. Så leter jeg etter kniven, teller kompresser og finner saks.»*

Når den sterilt utøvende operasjonssykepleieren hadde blitt kledd i sterilt, og hadde fått sitt grunnleggende utstyr, kunne den koordinerende operasjonssykepleieren gå videre med å skaffe seg oversikt over hvilke arbeidsoppgaver som skulle prioriteres videre.

*(S13) «Det å ha et oversiktsbilde over hvem som trenger hva, når. Det skal du legge inn som en ting du skal gjøre.»*

Mens den sterilt utøvende operasjonssykepleieren hadde ganske faste regler for hva som skulle prioriteres først, kunne det være litt mer å vurdere for den koordinerende. Noen av oppgavene var kanskje ivaretatt av annet personell, så hun kunne gå videre til neste oppgave.

*(S14) «Hvis jeg kommer først inn så tenker jeg å begynne med å åpne utstyret til hun som er steril. Det er jo ellers så mange folk til å hjelpe med å få pasienten over på bordet, så jeg trenger ikke nødvendigvis være med på det.»*

For begge operasjonssykepleierne var det noen grunnleggende oppgaver som måtte gjøres umiddelbart, når disse oppgavene var ivaretatt kunne de prioritere andre ting. Det å begynne å finne fram og klargjøre utstyr til å håndtere mulige komplikasjoner var arbeidsoppgaver som kunne bli gjort etter hvert.

*(S15): «Jeg føler at når man har gjort det viktigste, så kommer det andre etterpå.»*

*(S16): «Hvis de kan blø en del er det greit å ha nåleholder klar med nål på. Så slipper jeg å bruke tid på det.»*

De nyutdannede operasjonssykepleierne snakket om en plansje som var hengt opp inne på operasjonsstuen. Denne plansjen viste et bilde av et assistansebord med et standardisert eksempel på hvordan utstyret skulle legges opp. For de nyutdannede operasjonssykepleierne var dette et nyttig hjelpemiddel som de benyttet seg av når de kom inn og skulle prestere på et akutt keisersnitt.

*(S16): «I begynnelsen brukte jeg veldig mye den plansjen som viser rekkefølgen på utstyret og hvordan jeg skal legge opp utstyret. Så vet jeg at jeg har alt jeg skal ha.»*

### 6.1.3 Kategori: Teamet og samarbeidet

Operasjonssykepleierne beskrev at å gjennomføre et akutt keisersnitt krever at flere grupper høyspesialisert helsepersonell må samarbeide for å få et godt resultat.

Vanligvis er det slik at operasjonssykepleiere arbeider sammen i et team bestående av en steril og en koordinerende rolle, men ved akutt keisersnitt var det også vanlig at flere operasjonssykepleiere deltok. På nattevakt var det kultur for at alle som var tilgjengelig rykket ut og bidro inntil situasjonen var under kontroll. Spesielt i oppstartsfasen opplevdes dette som nyttig. For eksempel kunne en ekstra operasjonssykepleier være med å leire pasienten samtidig som en annen hjalp til med å telle kompresser.

*(S18) «Det er veldig hensiktsmessig å være tre i en situasjon som grad 1. En står sterilt og to hjelper til.»*

En av de nyutdannede syntes også det var gunstig at mange erfarne kom til, slik at hun på sin første grad 1 kunne være i en slags aktivt observerende rolle og se hvordan de erfarne løste oppgavene. Dermed hadde hun et bedre bilde av hvordan ting fungerte ved akutt grad 1 keisersnitt i framtiden.

*(S19) «Det var kveldsvakt på min første grad en. Mange drevne gikk rett på oppgavene så jeg kunne observere mer. Når alt var i orden, trakk de drevne seg ut. Neste grad 1 var lettere siden jeg hadde sett hvordan de andre hadde gjort det.»*

Selv om situasjonen for operasjonssykepleieren i begynnelsen opplevdes kaotisk, viste det seg likevel å komme raskt under kontroll. Mye av grunnen var at de opplevde at både de selv visste hva som skulle gjøres, men også alle andre inne på stuen arbeidet målrettet og virket drillet i sine oppgaver.

*(S20) «Teamet er jo veldig drillet, alle vet hva en skal gjøre.»*

*(S21): «selv om det virker kaotisk, så vet du hva du skal gjøre».*

Gjennom å være godt forberedt vet operasjonssykepleieren hvilke oppgaver det er viktig å få gjort, og i hvilken rekkefølge de må gjøres.

Et viktig aspekt ved teamarbeidet var tydelig kommunikasjon. Stort sett opplevde de nyutdannede operasjonssykepleierne at kommunikasjonen i teamet ved akutt keisersnitt var god. Kommunikasjonen var klar og tydelig. Det ble hevdet at det er en egen stemning på akutte keisersnitt hvor alle er drillet og opptatt av at man må arbeide sammen for å oppnå et bra resultat.

*(S22): «Alle keisersnittene jeg har vært med på har det vært god kommunikasjon i hele teamet. Det er en egen atmosfære på sectio, en er veldig opptatt av at her må man jobbe sammen for å få et godt resultat.»*

Det ble også trukket fram at kirurgene var veldig tydelige, når de kom med pasienten var de klare på hva som trengtes, og de kommuniserte tydelig uten at de ble oppfattet som ufin.

*(S23a): «Aldri opplevd dem[gynekologene] ufine, selv om det er akutt og det snakk om to liv.»*

Operasjonssykepleierne i denne undersøkelsen opplevde for det meste at kommunikasjonen inne på operasjonsstuen var god. Enkelte ganger kunne det likevel være utfordringer. Hvis det var komplikasjoner, kunne det bli mye anestesipersonell og påfølgende støy fra anestesipersonellet.

Opplevelsen av at kommunikasjonen var god var dog ikke uten unntak. En av operasjonssykepleierne beskrev en episode hvor hun følte at hennes arbeidsoppgaver ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor. Dette var et grad 2 keisersnitt hvor man normalt ikke skal kompromisse med faglige standarder. Hun måtte vente på at anestesipersonell ble ferdig med sine arbeidsoppgaver før hun fikk slippe til. Når hun endelig fikk slippe til opplevde hun at hun ble skyndet på, noe hun opplevde som ubehagelig.

*(S23b) «Jeg skjønner at de må få gjort sine ting, men det må jo vi også. Jeg syntes det var litt sånn «dritt» at det var vi som skulle føle skyld for at operasjonen kom seint i gang når det var alt rundt som gjorde det.»*

Det virket som at det av og til kunne være litt manglende kommunikasjon mellom operasjonssykepleierpersonell og anestesipersonell. Dette var kanskje spesielt tilfelle når anestesipersonellet måtte håndtere komplikasjoner.

*(S23c) «[om kommunikasjon mellom teammedlemmer] Jeg synes at akkurat i sectio, så er den bra. Jeg føler alle er så drillet. Det eneste er at hvis det kommer en blødning de ikke får kontroll på, så kan støynivået bli litt høyt i hodeenden, og da er ikke kommunikasjonen tipp topp. Men det er bra mellom oss operasjonssykepleiere og gynekologer.»*

## 6.2 TEMA: DEN NYUTDANNEDE TAR STORT ANSVAR FOR EGEN LÆRING OG BEREDSKAP

Det andre temaet fra analysen handler om hvordan de nyutdannede føler på et stort ansvar når de skal delta i akutte keisersnitt. Temaet beskriver hvilke strategier de nyutdannede operasjonssykepleierne benyttet seg av for å forberede seg til å kunne handle raskt og riktig når alarmen går. Akutte keisersnitt var noe som ble viet mye

Tema	Kategori
De nyutdannede tar stort ansvar for egen læring, og beredskap.	Å være forberedt, ditt eget ansvar
	Vi lærer akutt keisersnitt ved å gjøre det
	Trening gjennom simulering
	Mestringsfølelse, det går lettere for hver gang

Tabell 2. Tabellen viser hvilke kategorier som ble satt i sammenheng med temaet «De nyutdannede tar stort ansvar for egen læring og beredskap»

oppmerksomhet mellom kollegaer på operasjonsavdelingen. Det forekommer jevnlig, og det er noe alle som arbeider ved avdelingen må regne med å måtte delta på. En av operasjonssykepleierne fortalte at hun selv hadde vært gjennom liknende situasjoner og følte på hvor sårbar situasjon pasienten befant seg i. Det var en felles forståelse i operasjonsteamet om at alle gjør sitt aller beste for at resultatet skal bli bra. Når sykepleierne kommer på vakt (kveld eller natt) er de veldig bevisst at de plutselig kan måtte rykke ut til et akutt keisersnitt. Det har dermed etablert seg noen rutiner i avdelingen som er med på hjelpe sykepleierne til å kunne bidra på kort varsel.

(S24): «Du blir forberedt på det[keisersnitt], fordi det skjer her, og alle vil at det skal gå bra.»

(S25): «Jeg er mor selv og har vært gjennom lignende, jeg kjenner på hvor sårbart ting er når jeg er inne på stuen.»

### 6.2.1 Kategori: «Å være forberedt, ditt eget ansvar»

Analysen viser at nyutdannede operasjonssykepleiere brukte ulike strategier for å kunne tilegne seg ferdigheter og nærmest drille seg selv i prosedyren.

(S26): «Det er ens eget ansvar å sette seg inn i og forberede seg til keisersnitt. Det er jo alltid bra med veiledning og praksis, men det er litt opp til en selv også, å være i forkant.»

Noen hadde laget en liten notatblokk hvor de hadde skrevet ned ting som er viktige å huske på. Denne boken kunne de se på for å forberede seg på forhånd. En fortalte at hun gikk gjennom arbeidsoppgavene sine i hodet mens hun satt i bilen på vei til nattevakt. Å gjøre en romsjekk ved første anledning etter at de hadde kommet på kveld eller nattevakt var også noe som ble gjort. Ved romsjekk

kontrollerer de at alt inne på rommet er i orden. I tillegg sjekker de at utstyr som trengs ved eventuelle komplikasjoner er tilgjengelige inne på operasjonsstuen.

Når vaktlagene skal fordeles i begynnelsen av ei vakt er det viktig å avklare hvilken rolle den enkelte operasjonssykepleier skal innta dersom alarmen går. En av intervjupersonene trakk fram hvor forstyrrende det var ved et tilfelle hvor denne avklaringen ikke var gjort.

*(S27): «Når vi går netter pleier vi å avklare hvem som skal stå sterilt og hvem som skal gå løst på forhånd, det hadde vi ikke gjort så det ble litt armer og bein husker jeg.»*

En annen fordel ved å avklare roller på forhånd er at den nyutdannede da kan begynne å forberede seg på sine arbeidsoppgaver ved å se for seg sine rollespesifikke arbeidsoppgaver.

*(S29): «Da ligger en og tenker, hvis det kommer en grad en, så skal jeg jeg stå steril, og da gjør jeg det sånn og sånn, forbereder deg litt.»*

Avdelingen har rutine for at på at nyutdannede operasjonssykepleiere skal bli satt sammen i team med en erfaren operasjonssykepleier. De to operasjonssykepleierne kan også avtale hvilken rolle de skal ha basert på hvor den nyutdannede kan innta den rollen hun føler seg mest trygg i. Hvis alarmen går fant de nyutdannede også trygghet i at de gikk sammen med en erfaren som kunne veilede og hjelpe til dersom de så at den nyutdannede hadde behov for det.

*(S30a) «Som ny har du alltid med deg noen som kan ting litt mer enn deg. Og det er jo trygt.»*

*(S30b): «Av og til, hvis jeg er sammen med ei som er mer erfaren, som ikke har gått med meg før kan vi snakke om hva som er viktig å gjøre, eller hvor trygg jeg er i min rolle. Så snakker vi litt sammen og forbereder oss på den måten.»*

*(S30c) «Du er avhengig av prosedyren. I en situasjon hvor du ikke har tid til å lese er du avhengig av en makker med erfaring som kan veilede deg fortløpende.»*

Holdningen om å alltid være så godt forberedt som mulig gjenspeilte seg også i hvordan de tenkte etter at operasjonen var gjennomført. For eksempel på nattevakt var de fortsatt adrenalin i kroppen, og det var ikke lett å legge seg til for å hvile igjen. Da tenkte de gjerne gjennom hvordan de gjennomførte prosedyren, og forsøkte å ta lærdom til neste gang.

Noen av intervjupersonene hadde ennå ikke vært med på et grad 1 keisersnitt. De beskrev en følelse av spenning før de måtte rykke ut på sitt første akutt 1 keisersnitt. De var usikre på hvordan de kom til å reagere når de stod i situasjonen. De hadde gått gjennom rekkefølgen mange ganger, men visste ikke hvordan de ville håndtere situasjonen når de faktisk stod i den.

*(S31): «Ja, jeg føler det. Jeg har i alle fall teorien, og jeg har gått gjennom rekkefølgen mange ganger. Men så blir en jo litt stresset, jeg er jo spent og har lyst til å bare «bli ferdig med det», få en opplevelse av det, hvor dårlig tid har du egentlig? Nå har jeg jo bare grad 2 og 3 å sammenligne med.»*

De som hadde vært igjennom akutt1 keisersnitt beskrev at de hadde tilsvarende tanker og følelser før sitt første grad 1. De beskrev det nærmest som et skille. Etter å ha deltatt på bare ett akutt keisersnitt følte de mye større trygghet før framtidige keisersnitt.

*(S32): «Før du har vært med på grad 1 følte jeg meg ikke trygg, jeg følte jeg aldri hadde vært med, så jeg vet ikke hvordan det foregår. Og om man greier det. Og etter at jeg har vært med, så føler jeg meg helt trygg på det. For nå har jeg sett og opplevd det. For meg var det et skille der på hvor trygg jeg føler meg når alarmen går.»*

Alle intervjupersonene hadde vært gjennom keisersnitt grad 2, og opptil flere vanlige elektive keisersnitt. Disse prosedyrene med lavere hastegrad har operasjonssykepleierne benyttet til å øve seg på mer akutte keisersnitt. Dette gjorde de ved å se for seg hvordan de ville ha utført prosedyren dersom den var en grad 1 situasjon.

*(S33): «På et vanlig sectio er det vanlig at jeg tenker at hvis dette hadde vært en grad 2 så ville jeg gjort sånn og sånn. At jeg legger opp de samme tingene som en rutine.»*

Hvor mye praktisk erfaring den enkelte nyutdannede operasjonssykepleier hadde med både keisersnitt og akutte keisersnitt varierte en del. Når de hadde sin praksisperiode var det en del tilfeldigheter som spilte inn. Noen opplevd at de kanskje fikk delta på flere keisersnitt i løpet av et par dager, mens andre kunne gå i ukesvis uten å få være med på noen alarmer. De mindre akutte keisersnittene, grad 2-3 og elektivt var det i større grad mulig å planlegge team til, så alle hadde fått være med på vanlige keisersnitt i løpet av sin periode som student i praksis.

*(S34): «Jeg hadde ikke så mange sectio i praksis. All erfaring med grad en og to har jeg fått når jeg har jobbet, etter utdanning.»*

Som en oppsummering på dette temaet ble intervjupersonene spurt om de følte seg trygg på å delta i akutt keisersnitt. Til dette svarte de som hadde erfaring med det at de faktisk gjorde det.

*(S35): «På akutt sectio, så er jeg trygg»*

De som ennå ikke hadde fått erfaring med akutt keisersnitt grad 1 kjente på en del usikkerhet. Men gjennom gode forberedelser og at de visste at de har godt erfarne kollegaer med seg, følte de seg trygg på at de skulle kunne håndtere situasjonen.

*(S36): «Etter hvert har det blitt sånn at, hvis det skjer, så skjer det. Jeg vet at jeg kan det. Du kan jo ett eller annet»*

## 6.2.2 Kategori: Det er fra praksis vi lærer

Det er viktig at operasjonssykepleiere som skal delta i team for akutte keisersnitt må tilegne seg den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig. Operasjonssykepleiestudentene fikk en egen erfaren operasjonssykepleier som sin veileder. I praksisperioden var det fokus på det som intervjupersonene kalte for «vaktarbeid». Med vaktarbeid mener de operasjoner som ikke kan planlegges til neste dagvakt, men må gjøres selv om det er kveld eller natt. Akutte keisersnitt regnes som vaktarbeid.

*(S37): «[i praksis] Der er det fokus på alt som vaktarbeid. Der fikk jeg vært med, det var der jeg lærte det[keisersnitt].»*

I avdelingen er det viktig at alle som arbeider kveld, eller nattevakt må kunne bidra dersom alarmen går. Grad 1 forekom ikke så hyppig at studentene med sikkerhet kunne regne med å få delta på et akutt 1 i løpet av studietiden. Men ved å oppsøke planlagte, eller keisersnitt grad 2-3, kunne de likevel få verdifull og veiledet erfaring med selve prosedyren når forholdene rundt var roligere og tryggere. Ved å få trening og veiledning under reelle keisersnitt ble de utfordret til å tenke, og beskrive, hvordan de ville ha handlet dersom dette var et akutt 1 keisersnitt. Dermed ville studentene få gode mentale referanser de kunne bruke når de skulle gå gjennom prosedyren i hodet når de er på vei til jobb.

De nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde at akutt 1 var en «big deal», og noe som det var stort fokus på i avdelingen.

*(S38): «Akutt 1 er en big deal, så vi har snakket om det i praksis, med veileder.»*

Når de nyutdannede snakket om hvor de hadde lært å gjøre akutt keisersnitt, var det få som snakket om teoretisk undervisning på skolen, de sa at det var i praksis de lærte det. Alle har vært med på en dag hvor det ble gjort simulering av akutt keisersnitt. Det var noe sprikende svar på i hvor stor grad de følte de hadde nytte av å gjøre simuleringer. Men det virket som at det var viktig at de hadde en god grunnleggende kunnskap om prosedyren for at utbyttet av simuleringer skulle bli best mulig.

### 6.2.3 Kategori: Vi lærer akutt keisersnitt ved å gjøre det

Alle intervjupersonene var tydelige på at ferdighetene for selve prosedyren hadde de lært gjennom å delta på reelle keisersnitt i sin praksisperiode. De nevnte at de hadde hatt noe teori på forhånd, men at denne gjerne ble gjort uten å vise utstyr som blir brukt. flere hadde problemer med å beskrive denne teoretiske undervisningen, de kunne knapt huske det.

*(S39): «Jeg kan nesten ikke huske det, men vi hadde en forelesning, men det var vanskelig å forstå, vi hadde ikke utstyret tilgjengelig. Jeg savnet å ha undervisning med brikken. Siden grad en skal gå så fort, skulle jeg ønske vi hadde hatt litt mer praktisk undervisning om det på skolen.»*

Også annen type læring ble gjort mens de var i praksis: Det å kunne håndtere å delta på akutt keisersnitt hadde betydelig oppmerksomhet i avdelingen. Kollegaer pratet seg imellom om erfaringer de hadde gjort, hvordan de løste ulike problemstillinger og de diskuterte hvorvidt ting kunne vært gjort annerledes.

*(S40): «Du snakker med kollegaer, og hører om episoder som gjerne ikke gikk som planlagt. Ved komplikasjoner som ukontrollert blødning, hva skjedde da, hvor finner du utstyret og hvem skal du ringe til.»*

Et konkret undervisningsopplegg ble trukket fram av nesten alle intervjupersonene. Mot slutten av siste praksis ble det gjennomført et eget undervisningsopplegg som avdelingens fagansvarlige for gynekologi selv hadde utformet. Undervisningen var praktisk rettet, den foregikk inne på den aktuelle operasjonsstuen, det utstyret som faktisk blir brukt ble gjennomgått, og det ble undervist i hvordan man burde prioritere på akutte keisersnitt. En vesentlig del av undervisningen foregikk ved at fagsykepleieren hadde laget en slag quiz med lapper hvor det stod skrevet konkrete arbeidsoppgaver i akutt keisersnitt. Studentene skulle så plassere disse lappene i rett rekkefølge på en plakat. Etterpå ble det gjort gjennomgang hvor man diskuterte hvordan studenten hadde tenkt når hun prioriterte. Dette opplegget har fått mye positiv omtale av alle som har vært med på opplegget. En av intervjupersonene mener at plakaten burde vært tilgjengelig inne på stua.

*(S41): «Vi har hatt en forelesning med fagsykepleier som var veldig god. Det var en plansje, med små borrelåser, og vi skulle henge borrelåsene i rett rekkefølge. Både i steril og i koordinerende rolle. Den plansjen var veldig god, og skulle nesten hengt på stua.»*



En annen viktig læringsarena for studentene var når de reflekterte over den prosedyren de nettopp hadde vært med å gjennomføre. Vanligvis ble det ikke gjennomført formell debrief etter keisersnitt. Men dersom en av deltagerne ytret et ønske om det, så tilrettela avdelingen for det. Det var imidlertid vanlig at operasjonssykepleierne gjorde en mer uformell debrief seg imellom. Da kunne de diskutere hva som hadde skjedd, hvordan de følte de hadde håndtert situasjonen og drøftet om noe kunne vært gjort bedre?

*(S42): «Vi begge satt igjen med følelsen av at dette ble for kaotisk for begge. Da var det helt naturlig å snakke om det etterpå.»*

Noen skulle gjerne sett at debrief med hele operasjonsteamet hadde vært gjennomført da dette kunne gitt teammedlemmene rom for å lære fra hverandre.

*(S43): «Ikke for min egen psyke sin del, men det kunne være lærerikt for alle å kunne snakke om hva som fungerte bra, og hva som kunne blitt gjort bedre. Og for å få forståelse av hva hver enkelt sin arbeidsoppgave er.»*

#### 6.2.4 Kategori: Trening gjennom simulering

I avdelingen var det ikke vanlig at det blir gjort simulering av akutte keisersnitt. En av intervjupersonene forklarte dette med at man kanskje ikke anså dette som veldig nødvendig da akutte keisersnitt var så hyppig forekommende ferdighetene ikke ville gå tapt.

*(S44): «Frekvensen av sectio er så hyppig at jeg ikke føler jeg glemmer, eller ikke har det i fingrene. Kanskje andre akuttsituasjoner hadde vært nyttig å simulere»*

Men her var det noe sprikende blant intervjupersonene. Noen kjente på at det hadde vært lenge siden sist gang de hadde vært med på akutt keisersnitt, og at det hadde vært fint å kunne friske opp ferdighetene sine. Som helt ny operasjonssykepleier skulle de gjerne ha kunnet simulert på et akutt keisersnitt for å øve på hastighet, og få litt trygghet i hvem som gjør hva i teamet.

*(S45): «Når jeg var ny, så skulle jeg ønske at vi hadde simuleringer på dette [akutt sectio]. Siden det er akutt og skal gå så fort. Det hadde vært greit å øve når jeg var ny. Og nå er det lenge siden sist.»*

Det ble som del av utdanningen arrangert en dag hvor det ble simulert i akutt keisersnitt. Denne simuleringen foregikk på et simuleringsrom utenfor sykehuset. Intervjupersonene ble bedt om å reflektere litt rundt sine opplevelser av dette opplegget. Erfaringene var noe delte, de som hadde fått gjennomført keisersnitt gjennom praksis opplevde godt utbytte av denne simuleringen.

*(S46): «Simuleringen var vel i siste praksisen, rett før vi var ferdig. Da hadde jeg jo hatt mine sectioer, og følte at det var en veldig fin dag.»*

De som derimot ikke hadde vært med på keisersnitt, eller ikke hadde hatt tilstrekkelig opplæring, følte de hadde mindre utbytte av simuleringen.

*(S48): «Vi kom dit og skulle gjøre noe som vi ikke kunne. Jeg følte at simuleringen hadde vært bedre om vi hadde hørt litt, «sånn og sånn gjør man», før. Men det hadde vi ikke gjort, og det syntes jeg var dumt.»*

#### 6.2.5 Kategori: Mestringsfølelse, det går lettere for hver gang.

Denne kategorien handler om hvordan operasjonssykepleierne opplevde mestring når utfallet av operasjonen ble bra. Når alarmen ble utløst og operasjonssykepleierne opplevde at de til tross for, støy og uro i starten, klarte å gjennomføre og få et godt resultat, gav det en god mestringsfølelse. De fortalte også at de tok med seg den gode følelsen videre, slik at de ble mer selvsikre til neste gang de skulle delta. De følte at det ble lettere å delta for hver gang.

Det var mye følelser i sving i forbindelse med akutte keisersnitt. Når alt gikk bra kjente de nyutdannede operasjonssykepleierne på en god mestringsfølelse. De hadde opplevde at teamet hadde fungert bra, rutiner ble fulgt og de følte de hadde kontroll i situasjonen.

*(S49): «Det var bra at det endte bra, at barnet overlevde. Det er en god følelse. Det som er med sectio er at det er veldig mye følelser og adrenalin. Det er jo to liv som det i verste fall kan gå dårlig med.»*

*(S50): «Jeg følte jeg hadde kontroll i situasjonen. Jeg satt igjen med en mestringsfølelse»*

## 7 DISKUSJON

---

I dette kapitlet diskuteres funn fra denne studien sett opp mot de teoretiske perspektiver oppgaven bygger på. Dermed kan man oppnå en dypere forståelse av problemstillingen i denne oppgaven: «*Hvordan opplever den nyutdannede operasjonssykepleieren å delta i operasjonsteam for akutt keisersnitt*». Kapitlet er strukturert i forhold til de temaene som kom fram av funnene i analysen.

### 7.1 ALARMEN GÅR – FRA KAOS TIL KONTROLL PÅ OPERASJONSSTUEN

#### 7.1.1 Fra kaos til kontroll

Funn fra denne studien viser at de nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde en kraftig stressaktivering når alarm for akutt keisersnitt ble utløst. De beskrev hvordan de måtte løpe til operasjonsstuen, de visste at det hastet og at det var mye som stod på spill. Når de ankom operasjonsstuen var det mange mennesker der, det var mye støy, og de opplevde at situasjonen kunne virke kaotisk i starten (S1, S2.) Likevel beskrev de at de raskt fikk en opplevelse av at de som var inne på stuen arbeidet målrettet og hensiktsmessig. Samtidig gikk de også selv løs på arbeidsoppgavene sine, og gjorde prioriteringer av hvilken rekkefølge oppgavene burde løses.

Lazarus og Folkman (1984) beskriver hvordan man kan oppleve en umiddelbar stressreaksjon i kroppen når man hører en alarm, med mindre man blir grepet av panikk, så vil man begynne å evaluere betydningen av alarmen, og kunne handle basert på disse evalueringene. Dette ser ut til å passe med funn i denne studien. En av sykepleierne beskriver at hun i noen sekunder nærmest får jernteppe, hun trenger noen sekunder på å omstille seg før hun begynner å løpe på stuen(S1). Lyden av alarmen, beskjed om at det er akutt keisersnitt grad 1 betyr at mye står på spill, tiden er knapp og det stilles krav til prestasjon. Dette vil bidra til å øke stressbelastningen på operasjonssykepleierne. Ytterligere stressende forhold møtte operasjonssykepleierne når de kom inn på operasjonsstuen. Der var mye folk, støy og mange ting som skulle skje, og det måtte skje raskt (S4b, S5). Alt dette gjorde at man kan argumentere for at sykepleierne raskt ville kunne komme nært terskelnivået i Yerke og Dodsons omvendte U, hvor evne til å prestere begynner å falle ved økende stressnivå(Robert M. Yerkes & Dodson, 1908). Operasjonssykepleierne fortalte imidlertid at selv om de fikk en reaksjon, så var det ikke frykt, eller redsel, de kjente på. Det de kjente på var at de ble skjerpet, nå måtte det presteres(S3). Dette kan tyde på at operasjonssykepleierne må ha vært ganske godt forberedt når alarmen ble utløst. Dersom en blir utsatt for stressende stimuli, vil responsen og evnen til å prestere avhenge av i hvor stor grad en opplever å ha ressurser til å håndtere situasjonen man står overfor (Lazarus & Folkman,

1984). At de nyutdannede operasjonssykepleierne syntes godt forberedt understrekes også av beskrivelser av hvordan reaksjonen var når de fikk vite at det var et grad 2 keisersnitt. En av sykepleierne fortalte at hun da ble betydelig mindre stresset. Riktignok måtte hun arbeide raskt og effektivt, men hun opplevde å ha god tid til å gjennomføre arbeidsoppgavene sine (S6, S7). Dette kan tyde på at den nyutdannede operasjonssykepleieren hadde en ganske sterk følelse av mestringstro (Bandura, 1997), med tanke på å prestere ved akutt keisersnitt. Når hun fikk beskjed om at hastegraden ikke var på aller høyeste nivå opplevde hun en betydelig redusert stressbelastning.

En annen av sykepleierne beskrev hvordan stressnivå og følelsen av forvirring økte når hun og makkeren løp til feil operasjonsstue. I tillegg hadde de ikke avklart rollefordelingen seg imellom på forhånd(S4a). Denne situasjonen løste seg ved at andre erfarne operasjonssykepleier hadde startet på arbeidsoppgavene. Dermed kunne de som hadde havnet litt bakpå gjeninnhente følelsen av kontroll på situasjonen.

Når operasjonssykepleierne kom inn på operasjonsstuen var det mye folk og mye støy der, de fikk en opplevelse av kaos på stuen. Det viste seg imidlertid raskt for dem at det var en form for kontroll i kaoset. I denne studien kom det fram at ressurser som operasjonssykepleierne dro nytte av både handlet om sine egne ferdigheter, forhold ved organiseringen av operasjonsstuen og, ikke minst, ferdighetene og samarbeidet med de andre medlemmene i operasjonsteamet på stua.

For det første visste de at alt nødvendig utstyr stod klart inne på operasjonsstuen. De visste også at det første de måtte gjøre var å åpne opp dette utstyret og starte å gjøre det mulig for den sterilt utøvende operasjonssykepleieren å organisere sine arbeidsoppgaver(S12). De nyutdannede operasjonssykepleierne beskrev hvordan de kom inn på operasjonsstuen og begynte å handle, nærmest på automatikk, de tenkte ikke, de bare handlet (S8, S9). En automatisert handling er en handling hvor utøveren ikke lengre trenger bruke mye kognitiv innsats på å tenke over hvordan handlingene skal gjøres (Lazarus & Folkman, 1984). Til tross for at de kanskje ikke hadde vært med på et akutt keisersnitt før, fortalte de at de handlet på automatikk. Det å åpne brikker med operasjonsutstyr samt å ta på steril frakk og hansker er noe som blir gjort ved alle typer operasjoner. Dette er noe de nyutdannede operasjonssykepleierne har blitt drillet på gjennom mange typer operasjoner i løpet av utdanningen. Man kan dermed se at ved å ha utstyret klart på stuen kan dette ha hjulpet de nyutdannede operasjonssykepleierne å gjøre viktige prioriteringer tidlig i forløpet, de kunne handle på automatikk. En annen tilgjengelig ressurs var en plakat inne på stuen, denne var til god hjelp for sterilt utøvende operasjonssykepleier og ble brukt som en huskeliste og hjelp til å prioritere hvilket utstyr som skulle legges opp først, Spesielt de første gangene de skulle delta ble denne plakaten brukt(S16).

### 7.1.2 Om teamarbeid, kommunikasjon inne på operasjonsstuen

Funn viste også en annen viktig ressurs de nyutdannede operasjonssykepleierne hadde nytte av, de opplevde et teamarbeid som fungerte. Når de kom inn til operasjonsstuen var det mye støy, bevegelse og følelse av kaos der, men raskt fikk de en opplevelse av at alle inne på stuen visste hva de gjorde. De opplevde at det var tydelig kommunikasjon der inne og at arbeidet gikk raskt og effektivt(S20).

Teamet som møtes inne på operasjonsstuen består gjerne av flere mindre team, såkalte komponentteam (Marks et al., 2005). I denne undersøkelsen kom det fram at operasjonssykepleierteamet alltid bestod av to operasjonssykepleierne satt sammen som makker ved vaktstart. En skulle innta rollen som sterilt utøvende operasjonssykepleier, og en skulle være koordinerende operasjonssykepleier. Men det kom også fram at avdelingen sørget for at de nyutdannede operasjonssykepleierne alltid skulle gå sammen med en mer erfaren makker, spesielt på kveld og nattevakter var dette viktig. Den erfarne operasjonssykepleieren kunne dermed veilede og støtte den uerfarne operasjonssykepleieren ved behov. Koh et al. (2011) viser at erfarne operasjonssykepleiere klarer å holde oppmerksomhet mot kritiske gjøremål i større grad enn uerfarne. De erfarne vil dermed kunne ha en bedre situasjonsforståelse (Mitchell et al., 2012) enn den nyutdannede og dermed kunne gjennomføre støttende atferd til de nyutdannede. Denne støtten kunne skje i form av veiledning, eller ved å hjelpe til med gjøremål der det er mulig og hensiktsmessig. De kunne også overta arbeidsoppgaver dersom den nyutdannede begynner å handle uhensiktsmessig (Salas et al., 2005). Dermed er det større sjans for at feil blir oppdaget og adressert i tide. Denne støtten bidrar til å trygge den nyutdannede. Det styrker også pasientsikkerhet ved at fare for feil blir mindre.

Når det var snakk om keisersnitt grad 1, viser funn i denne studien at det var vanlig at alle tilgjengelige operasjonssykepleiere rykket inn på operasjonsstuen for å hjelpe til. Denne utvidelsen av teamet opplevdes som viktig, spesielt i oppstartsfasen når veldig mange ting skulle klargjøres samtidig(S18). Når ting hadde roet seg, kunne de ekstra operasjonssykepleierne trekke seg tilbake.

De nyutdannede opplevde at deltagerne i operasjonsteamet for det meste kommuniserte tydelig, og ikke på en ufin måte. De følte at alle arbeidet mot et best mulig utfall for pasientene(S22). De hadde en opplevelse av tillit i teamarbeidet (Espevik, 2019).

Kommunikasjon og teamledelse er viktig i teamarbeid (Salas et al., 2005). Nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde at kirurgene var tydelige, kommuniserte tydelig og sørget dermed for at teamet kunne arbeide med en god felles forståelse av hvilke utfordringer teamet var stilt overfor. Det er imidlertid funn i studien som kan tyde på at kommunikasjonen av og til kunne vært noe bedre kanskje spesielt mellom operasjonssykepleierne og anestesipersonellet. Det kom fram enkeltepisoder hvor den nyutdannede operasjonssykepleieren ikke følte at hennes arbeidsområde fullt ut ble

respektert(S23b). Tiltak for å forbedre de felles mentale modellene mellom operasjonssykepleiere og anestesipersonell kunne kanskje være nyttig. Dette kan man tenke seg kunne skjedd i form av felles debrief etter operasjonen. Da kunne hver teamdeltager hatt mulighet til å formidle sine opplevelser fra sitt perspektiv og derved øke framtidig forståelse av felles mentale modeller (Espevik, 2019) Alternativt kunne det blitt gjennomført simulering av keisersnitt med fokus på kommunikasjon og felles situasjonsforståelse.

## 7.2 DE NYUTDANNEDE TAR STORT ANSVAR FOR Å VÆRE FORBEREDT PÅ Å DELTA I AKUTT KEISERSNITT.

### 7.2.1 Nyutdannede tar stort ansvar for egen beredskap

En nyutdannet operasjonssykepleier har et selvstendig ansvar for å sørge for at hun bidrar til at pasienter mottar forsvarlig helsehjelp. Dette er en lovfestet plikt den nyutdannede operasjonssykepleieren har (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I Norsk sykepleierforbunds landsforening for sykepleiere blir det også slått fast at operasjonssykepleieren skal arbeide med høye faglige standarder og beherske krevende tekniske og ikke tekniske ferdigheter (NSFLOS, 2020). Når alarm for akutt keisersnitt blir utløst betyr det at både en mor og hennes barn befinner seg i en kritisk situasjon. Det står om liv og død, og pasientene er avhengig av at helsepersonellet evner å arbeide raskt samtidig som man ivaretar pasientsikkerheten (Saunes et al., 2010). En nyutdannet operasjonssykepleier forventes å kunne delta i operasjonsteamet. Det forventes at hun gjør sine arbeidsoppgaver uten unødvendig opphold eller forsinkelse, dette til tross for at hun kanskje har begrenset med erfaring i å gjennomføre akutte keisersnitt. Når man har lite erfaring med en ferdighet kreves mer kognitiv innsats og konsentrasjon (Lazarus & Folkman, 1984). Det er derfor viktig at de nyutdannede operasjonssykepleierne forbereder seg på andre måter for å kunne være så godt forberedt som mulig.

I denne studien viser funn at de nyutdannede operasjonssykepleierne var bevisst dette forholdet og faktisk gjorde flere tiltak for å være så godt forberedt som de kunne. I dette kapittelet vil jeg diskutere hvordan de nyutdannede operasjonssykepleierne tilegnet seg ferdigheter, forberedte seg og vedlikeholdt disse for å kunne være best mulig forberedt når alarmer går.

En vanlig måte å lære opp nye operasjonssykepleiere på er ved at operasjonssykepleierstudenter går sammen med en erfaren operasjonssykepleier og blir veiledet gjennom sin praksisperiode. Det forventes økende grad av selvstendighet av studenten. Ifølge Albert Banduras læringsteori (Bandura, 1999), er dette en form for modellering. De nyutdannede operasjonssykepleierne fortalte at det var nyttig med veiledning og teori i praksisperioden, men de var tydelige på at de først følte at de virkelig lærte prosedyren når de selv fikk gjennomføre den(S37). Dette støttes av Banduras læringsteori ved at

en av de sterkeste måtene å styrke sin egen mestringstro ved en oppgave er når man opplever at man faktisk mestrer den (Bandura, 1999).

Funn i denne studien viser imidlertid at det varierer en del hvor mye erfaring den enkelte nyutdannede operasjonssykepleier har fått med tanke på akutt keisersnitt. Noen hadde ikke vært med på grad en ennå, og kjente på en del uro rundt hvordan de ville håndtere å være med på sin første. (S31, S34).

De nyutdannede operasjonssykepleierne gav inntrykk av at de tok stort personlig ansvar for å være så godt forberedt som mulig på å være med på akutt keisersnitt(S26). En strategi de brukte var å benytte seg av sine kognitive evner til å kunne omdanne objekter og, i denne sammenheng, gjøremål til symboler (Bandura, 1999). Dermed kunne de visualisere prosedyren og se for seg hvordan de ville agere dersom alarmen skulle bli utløst. For eksempel kunne de ved et planlagt keisersnitt visualisere hvordan de ville gjort den samme prosedyren dersom den hadde vært akutt(S33). Funn i Holmes & Collins (2001) studie viste at det å involvere flere sanser kunne styrke effekten av læring ved visualisering. Ved å gå inn på operasjonsstuen og kontrollere at utstyret var på plass, og gjøre visualisering av akutt keisersnitt der inne ville også dette bidra til at de var litt mer forberedt.

Også på andre måter kunne en i dette studiet se at operasjonssykepleierne gjorde tiltak for å være best mulig forberedt. Ved vaktstart sørget de alltid for å avtale hvilken rolle de skulle ta ved akutt keisersnitt på forhånd(S27). Dermed kunne de ikke bare unngå å bruke unødig tid på å diskutere rollefordeling hvis alarmen skulle bli utløst. Det gjorde også at de kunne forberede seg ved å visualisere den konkrete rollen som var avtalt(S29).

Operasjonsavdelingen plikter å legge til rette for at operasjonssykepleierne er i stand til å gi forsvarlig hjelp til sine pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §2-2).

Funn viste at operasjonsavdelingen hadde gjort tiltak for å forberede dem på å delta i akutt keisersnitt. Som nevnt var det etablert rutine for at nyutdannede alltid gikk sammen med en mer erfaren operasjonssykepleier (S30).

Det var også etablert rutiner for at operasjonsstuen alltid skulle være klargjort med standardisert organisering (plassering av seng, sug, diatermi osv), og utstyr stående klar inne på operasjonsstuen. Flere av de nyutdannede operasjonssykepleierne fortalte at de hadde hatt god læringseffekt av et undervisningsopplegg som ble gjennomført i den siste praksisperioden. Dette opplegget var laget av avdelingens egen operasjonssykepleier og ble gjennomført inne på operasjonsstuen(S41). Dette undervisningsopplegget skjedde inne på operasjonsstuen, med det samme utstyret som faktisk blir brukt ved akutte keisersnitt.

Et funn i denne studien viste at det var et tydelig skille på hvor trygge de nyutdannede operasjonssykepleierne var på at de kom til å mestre oppgavene dersom alarm for akutt keisersnitt skulle bli utløst. De som hadde vært med på et eller flere keisersnitt fortalte at de følte seg rimelig trygge(S32,35), De som ikke hadde vært med på akutt keisersnitt kjente på en uro for hvordan de kom til å håndtere å delta på sitt første (S31, S32). De nyutdannede ble derfor spurt om de trodde de ville ha nytte av å gjennomføre simulering av akutt keisersnitt. Også her varierte det litt hva de svarte basert på hvor mye erfaring med akutt keisersnitt de hadde fått(S44). De som ønsket at det skulle vært gjennomført simuleringer pekte på to ting de ønsket å øve på. For det første ønsket de å øve seg på å kunne gjennomføre prosedyren raskt(S45). For det andre mente de at det kunne være nyttig å simulere for å kunne øke sin kunnskap om de andre teammedlemmenes roller(S43). Å oppleve mestring styrker mestringstroen (Bandura, 1999). Dersom det hadde vært gjennomført gode simuleringer med prebrif, gjennomføring og felles debrief i etterkant (Ballangrud & Husebø, 2021), kan det tenkes at de nyutdannede med lite erfaring kunne opplevd mestring, samtidig som hele operasjonsteamet kunne ha styrket sine felles mentale modeller (Salas et al., 2005). Studier har også vist at teambasert simulering kan gjøre teamarbeidet mer effektivt( Fuhrmann et al., 2015) og også føre til bedre pasientsikkerhet, slik man har sett i andre akuttavdelinger (Alsabri et al., 2022).

### 7.2.2 Studiens troverdighet og overførbarhet

En studies troverdighet må vurderes i lys av de metodene som er brukt til å komme fram til studiens funn (Ulla H. Graneheim & Lundman, 2004). Det er leseren av studiet som må vurdere i hvilken grad han opplever studiens troverdighet. For at leseren skal gjøre en best mulig vurdering er det viktig at forfatteren gir en grundig beskrivelse og begrunnelse av metode, valg og vurderinger som er gjort i de ulike fasene av studiet (Ulla H. Graneheim et al., 2017).

Utvalg av intervjupersoner ble gjort i samarbeid med operasjonsavdelingens fagutviklingssykepleier. Hun var på forhånd informert om studiens utvalgskriterier og valgte ut operasjonssykepleiere som tilfredsstilte disse. Det var altså ikke et tilfeldig utvalg. Man kan likevel argumentere for at det var en form for tilfeldighet i utvalget ved at deltagerne ble plukket ut basert på hvem som tilfeldigvis var på jobb når intervjuene skulle finne sted. Alle intervjupersonene hadde lest gjennom informasjonsskrivet og samtykket til å delta. Ingen av de seks intervjupersonen har trukket sin deltagelse i etterkant. Alle intervjupersonene var kvinner, dette gjenspeilet ganske bra kjønnsfordelingen blant de nyutdannede operasjonssykepleierne når intervjuene ble gjennomført. Ved å gjennomføre 6 individuelle intervjuer ble datamengden ikke større enn at det var mulig å håndtere innenfor studiets rammer, samtidig som man kunne oppnå tilstrekkelig dybde i datamaterialet (Thagaard, 2016).



En utfordring i kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive metoden på en måte som gjør at leseren kan vurdere om det er forskerens fortolkninger som kommer fram, eller om det er intervjupersonenes stemme som trer fram (Ulla H. Graneheim et al., 2017). For å hjelpe leseren til å vurdere troverdigheten er det derfor gjort en grundig beskrivelse av intervjuenes kontekst. Intervjupersonene ble oppfordret til å bruke sine egne ord i størst mulig grad. Ved å ha en utstrakt bruk av sitater fra intervjuene vil leseren selv kunne vurdere studiens troverdighet.

Studien er gjort ved en enkelt operasjonsavdeling og med et lite utvalg operasjonssykepleiere. Vil det ikke være mulig å gjøre noen generaliseringer ut fra denne studiens funn. Studien kan likevel ha en overførbarhetsverdi. Vurdering av studiens overførbarhet er noe som må gjøres av leseren. Ved å ha en grundig beskrivelse av studiens metodologi og kontekst, vil leseren lettere kunne vurdere om studien er overførbar til andre situasjoner (Ulla H. Graneheim & Lundman, 2004).

## 8 KONKLUSJON

---

Problemstillingen i studien tok sikte på å undersøke hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplevde å delta i operasjonsteam for akutt keisersnitt. Et akutt keisersnitt er en situasjon som innebærer stor risiko for liv og helse hos mor og barn og konsekvensen av at deltagere i operasjonsteamet ikke evner å gjennomføre sine arbeidsoppgaver på en faglig forsvarlig måte, vil kunne true pasientsikkerheten.

Funn i studien viste at de nyutdannede operasjonssykepleierne opplevde en betydelig grad av stress første gang de rykket ut på akutt keisersnitt. De følte at situasjonen bar preg av at mye personell var samlet og hadde det travelt. Det var støy, bevegelse og en følelse av kaos inne på operasjonsstuen. De opplevde likevel at det raskt ble opprettet kontroll inne på operasjonsstuen og med støtte fra et velfungerende team og støttende kollegaer var dette med på å holde stressnivået nede.

Videre viser studien at de nyutdannede operasjonssykepleierne er bevisst det store ansvaret de har som deltagere i team for akutt keisersnitt. Av mangel på praktisk erfaring gjorde de flere avbøtende tiltak for å kunne være best mulig forberedt når alarmen gikk. De opprettholdt oppmerksomhet omkring akutte keisersnitt ved å visualisere og gå gjennom utstyr og gjøremål i hodet sitt.

Det kom også fram at operasjonsavdelingen hadde gjort en del tiltak for at de nyutdannede skulle bli ivaretatt. Operasjonsstuer var satt i beredskap og en plansje med bilde av nødvendig utstyr hang på veggen. Det var rutine for at nyutdannede alltid skulle gå sammen med en mer erfaren operasjonssykepleier og de avtalte i begynnelsen av vekten hvem som skulle stå sterilt og hvem som skulle være koordinerende.

Disse tiltakene, arbeidskulturen på operasjonsavdelingen og de nyutdannedes ansvarsbevisste holdning medfører at de i stor grad vet hva de skal gjøre når de deltar i team for akutt keisersnitt.

Vanligvis opplevde de nyutdannede operasjonssykepleierne kommunikasjonen og teamarbeidet i operasjonsteamet som god. Men det var enkelte tilfeller hvor kommunikasjonen mellom de ulike faggruppene kunne bære preg av manglende situasjonsforståelse.

Tverrfaglige simuleringer hvor alle teammedlemmer kan få presentere sitt perspektiv ble sett på som et mulig tiltak som ville gi styrket trygghet som teamarbeider for de nyutdannede operasjonssykepleierne.

---

De som hadde deltatt på en godt gjennomført simulering i studietiden dro dette frem som en nyttig erfaring å ha med seg. Derimot var det noen som hadde erfaring med simulering hvor de ikke fikk forberedt seg tilstrekkelig og da var læringsutbyttet betraktelig dårligere.

## 9 REFERANSER:

---

- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S. & Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e351–e361. CINAHL with Full Text. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021). Kapittel 14, Simuleringsbasert teamtrening. I R. Ballangrud & S. E. Husebø (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten : fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. Freeman.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. I R. W. Robins & L. A. Pervin (Red.), *Handbook of personality: Theory and research* (2. utg., s. 154–196). Guilford Publications.
- Campbell, B. A., Manos, J., Stubbs, T. M. & Flynt, N. C. (1993). Pre-preparation of the sterile instrument table for emergency cesarean section. *Surgery, gynecology & obstetrics*, 176(1), 30–32. MEDLINE.
- Espevik, R. (2019). Kapittel 6 - Godt teamarbeid! I B. H. Johnsen & J. Eid (Red.), *Operativ Psykologi 2, Anvendte aspekter* (1. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2013). *Safety at the sharp end: training non-technical skills*. Ashgate.
- Fuhrmann, L., Pedersen, T. H., Atke, A., Møller, A. M. & Østergaard, D. (2015). Multidisciplinary team training reduces the decision-to-delivery interval for emergency Caesarean section. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1287–1295. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/aas.12572>
- Graneheim, Ulla H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, Ulla H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helseforskningsloven. (2008, juni 20). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning LOV-2008-06-20-44*. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1)
- Helsepersonelloven. (1999, juli 2). *Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hewitt, T. (2014). Training for an emergency Caesar. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 20(2), 13–15. CINAHL with Full Text.
- Holmes, P. S. & Collins, D. J. (2001). The PETTLEP Approach to Motor Imagery: A Functional Equivalence Model for Sport Psychologists. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(1), 60–83. <https://doi.org/10.1080/10413200109339004>
- Hunter, D., McCallum, J. & Howes, D. (2019). Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1), Article 1. <http://dl6.globalstf.org/index.php/jnhc/article/view/1975>

- Johnsen, B. H. (2018). Læringspsykologi. I J. Eid & B. H. Johnsen (Red.), *Operativ Psykologi* (3. utg., s. 56–75). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Johnsen, B. H., Harris, A. & Eid, J. (2019). Kapittel 19 - Mestring av stress. I B. H. Johnsen & J. Eid (Red.), *Operativ Psykologi 2, Anvendte aspekter* (1. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Koh, R. Y. I., Park, T., Wickens, C. D., Ong, L. T. & Chia, S. N. (2011). Differences in attentional strategies by novice and experienced operating theatre scrub nurses. *Journal of experimental psychology. Applied*, 17(3), 233–246. MEDLINE. <https://doi.org/10.1037/a0025171>
- Krohne, H. W. (2001). Stress and Coping Theories. I N. J. Smelser & P. B. Baltes (Red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 15163–15170). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03817-1>
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer publishing company.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, N.PAG-N.PAG. CINAHL with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innholdsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. opplag, s. 187–201).
- Macsalı, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. (2020a). Keisersnitt. I *Veileder i fødselshjelp(2020)* (2020. utg.). Norsk Gynekologisk Forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/keisersnitt/>
- Macsalı, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. (2020b). Keisersnitt. I *Veileder i fødselshjelp(2020)* (2020. utg.). Norsk Gynekologisk Forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/keisersnitt/>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforl.
- Marks, M. A., DeChurch, L. A., Mathieu, J. E., Panzer, F. J. & Alonso, A. (2005). Teamwork in Multiteam Systems. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 964–971. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.5.964>
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G. (2012). Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS) system. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 201–211. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.012>
- Mullen, L. & Byrd, D. (2013). Using Simulation Training to Improve Perioperative Patient Safety. *AORN Journal*, 97(4), 419–427. CINAHL with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.02.001>
- NSFLOS, Nsf. L. av operasjonssykepleiere-. (2020). *Operasjonssykepleierens ansvars-og funksjonsbeskrivelse*. <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Olsen, O. & Espevik, R. (2009). *Alle Mann til Brasene! Sjømilitært operativt lederskap og lederutvikling. Sjøkrigsskolens lederutviklingsfilosofi*. Sjøkrigsskolen.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Robert M. Yerkes & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459–482.
- Rouse, W. B. & Morris, N. M. (1986). On looking into the black box: Prospects and limits in the search for mental models. *Psychological Bulletin*, 100(3), 349–363. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.100.3.349>

- Salas, E., Cannon-Bowers, J. A. & Blickensderfer, E. L. (1993). Team Performance and Training Research: Emerging Principles. *Journal of the Washington Academy of Sciences*, 83(2), 81–106. JSTOR.
- Salas, E., Sims, D. E. & Burke, C. S. (2005). Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/2010/kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet-----/>
- Simpson, K. R. (2007). Emergent cesarean birth preparedness. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 32(4), 264. MEDLINE. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000281976.84023.9b>
- Sollid, S. J. M. (2018). Simulering og akuttmedisin. I *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforl.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Spesialsykepleie - mastergrad | Universitetet i Stavanger*. (2021). <https://www.uis.no/nb/studieprogram-og-emner/spesialsykepleie-mastergrad>
- Stebbins, R. (2001). Exploratory research in the social sciences: what is exploration? *Exploratory Research in the Social Sciences*, 2–18.
- Stokes, T. L. & Koslan, G. (2019). Preparing Perinatal Nurses for Obstetric OR Emergencies by Using Simulations. *AORN journal*, 110(2), 162–168. MEDLINE. <https://doi.org/10.1002/aorn.12754>
- Susan A. Carzo. (2019). Gynecologic and Obstetric Surgery. I *Alexander's Care of the patient in surgery* (16. utg.). Elsevier.
- Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (4. utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2002). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Weiner, C. P., Collins, L., Bentley, S., Dong, Y. & Satterwhite, C. L. (2016). Multi-professional training for obstetric emergencies in a U.S. hospital over a 7-year interval: an observational study. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 36(1), 19–24. MEDLINE. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.136>

# 10 VEDLEGG

## 10.1 VEDLEGG: TABELL 3. EKSEMPEL PÅ TABELL FOR KODING AV MENINGSENHETER

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Under-kategori	Kategori	Tema
ja, altså det som er når alarmeren går, spesielt på grad ein, så er det jo at adrenalinet går til topps med en gang. Og det blir litt sånn at du får nesten litt sånn jernteppe. At det svartner litt, og så bare... du vet liksom oppgavene dine, men det tar to tre sekunder før du liksom klarer å omstille deg, så bare, åja, ja nå må jeg springe til stuen.	Når alarmeren går, spesielt på grad en, så går adrenalinet til topps med en gang. Det svartner litt og man får litt jernteppe, det går noen sekunder før du klarer å omstille deg og løpe til stuen.	Adrenalin til topps når alarmeren går, jernteppe i noen sekunder.	<b>Adrenalin når alarmeren går</b>	<b>Kaos i starten</b>	<b>Fra kaos til kontroll</b>
Først når den alarmeren ringer, så vet du ikke helt hva det er, om det er traume eller om det er sectio. Og så leser noen at det er sectio, og da kjenner du jo, du får jo adrenalin med en gang.	Når alarmeren går og noen leser at det er sectio, da kjenner du adrenalin med en gang	Alarmeren går, adrenalin kommer			
Ja, for da blir flyten også mye bedre, når ikke alle anestesi og, altså, de er jo også så mange, det det blir jo så mange personer inne, så det er jo lett for at støynivået kan gå litt opp.	Det blir så mange personer inne, da er det lett for at støynivået kan gå litt opp.	Mange på stua, mye støy	<b>Mye folk og støy på stua, trangt</b>		
Men så er det jo, masse leger, masse anestesi, det er jo veldig trangt inne på den stua. Og ting flyr jo overalt, og ja, det går fort.	Det er masse leger og anestesi inne på stua, det er trangt, ting flyr over alt og det går fort.	Ting flyr Mange folk,			
, men så er det jo, masse leger, masse anestesi, det er jo veldig trangt inne på den stua. Og ting flyr jo over alt, og ja, det går fort.	Det er jo masse leger og anestesi, det er trangt og ting flyr over alt, og det går fort.	Mye folk, mye kaos			
Når det er grad en, så, så bare gjør du. Da tenker du etterpå.	Når det er grad en, så bare gjør du, da tenker du etterpå.	Bare gjøre, tenke etterpå	<b>Ikke tid til å tenke, det må sitte i margin</b>		
For den, da har du jo nesten ikke tid til å tenke, så det er jo greit å ha tenkt på forhånd.	Da har du ikke tid til å tenke, det er jo greit å ha tenkt på forhånd.	Tenke på forhånd			
jeg tenkte ikke så mye, jeg bare handlet, tror jeg.	Jeg tenkte ikke så mye, jeg bare handlet	Ikke tenke, bare handle			
Sånn at utenom det, så føler jeg at, når en er kommet så langt. Føler i alle fall jeg at da har jeg gjort det viktigste for akkurat den biten, og så kommer det andre etterpå.	Jeg føler at når man har gjort det viktigste, så kommer det andre etterpå.	Det viktigste først, det andre etterpå	<b>Prioritere riktig</b>	<b>Operasjons-sykepleieren opplever kontroll på operasjonsstua</b>	
, asså det var jo det å koble til suget, det husker jeg jeg tenkte var veldig viktig å bare få gjort med en gang. Det var jo selvfølgelig etter at hun var kommet på bordet. Det er jo, det første man gjør er jo å få henne på bordet. Og så, tror, jeg husker ikke om en av oss tok på hansker for å hjelpe til med å telle kompresser. Men det er jo også en sånn ting som vi prioriterer i starten. Etter at hun har fått åpnet alt, og liksom kommet i gang, så er det jo.. tror kanskje vi gjorde det da, telte kompressene. Og så åpnet vi sutrurere og sånne ting da.	Det å koble til suget husker jeg var viktig å få gjort med en gang. Men det første du gjør er å få henne over på bordet, og så hjelper vi til å telle kompresser. Det er noe vi prioriterer i starten, etter at vi har fått åpnet alt og kommet litt i gang.	Prioritere rekkefølgen på arbeidsoppgavene			

Tabell 1. Tabellen er et eksempel på hvordan meningsenheter, kondenserte meningsenheter, underkategorier, kategorier og tema ble gruppert i analyseprosessen.

## 10.2 VEDLEGG: INTERVJUGUIDE

### INTERVJUGUIDE

#### Introduksjon

Takk for at du stiller opp!

Dette er et semistrukturert intervju. Det vil si at jeg har satt opp tre hovedtemaer som jeg vil at vi skal gå gjennom. Det er viktig å svare på spørsmålene ut fra ditt eget perspektiv som nyutdannet operasjonssykepleier. Jeg ønsker at du bruker dine egne ord, men jeg kan stille noen relevante oppfølgingsspørsmål. Intervjuet er delt inn i tre temaer

#### Tema 1 – Selve keisersnittet

Kan du fortelle om et keisersnitt som du har deltatt på. Hvordan opplevde du dette.

- Når alarmer går
  - o Reaksjon -
  - o Antall personer, lydnivå, samarbeid, kommunikasjon mellom ulike profesjoner

Hvordan tenkte du når du skulle forberede pasienten og legge opp assistansebordet?

Hvordan opplevde du å måtte gjøre prioriteringer.

Brukte du hjelpemidler som er i operasjonsstuen?

Hvordan opplevde du kommunikasjonen mellom teammedlemmer

*Hvordan ble eventuelle komplikasjoner håndtert?*

#### Tema 2: Operasjonen er avsluttet - debrif

Kan du fortelle om hva som skjedde etter at operasjonen var avsluttet?

Hvordan opplevde du at gjennomføringen av det akutte keisersnittet hadde vært?

Ble det gjort noen form for debrif? Hvordan opplevde du å gjøre debrif.

Hva synes du fungerte bra? Er det forbedringsområder?

#### Tema 3. Forberedelser før alarmer blir utløst

Se for deg at du kommer på en kveld, eller nattevakt. Hva gjør du for å forberede deg til å delta på akutt keisersnitt grad 1 eller 2?

- Avklaring av rollefordeling?
- Andre forberedelser? –
  - o oppsøke beredskapsstuen, sjekke prosedyre i EQS? Mentalisering / prate gjennom prosedyren, for deg selv eller sammen med kollega)
- Andre ting før alarmer har blitt utløst?
- Opplevde du at du følte deg trygg hvis alarmer skulle bli utløst?

Kan du fortelle noe om hvordan opplæringen i akutt keisersnitt har vært i løpet av utdanningen?

-Teoretisk



-Praktisk

-Veiledning under praksis

Avslutning / Oppsummering

Er det noen ting du ønsker å avklare eller utdype i forhold til det som har blitt snakket om i intervjuet?

Har du egne forslag til hvordan du synes ting kunne ha vært?

-Takk for at du ville delta som informant i denne studien.

## 10.3 VEDLEGG: INFORMASJONSSKRIV TIL INTERVJUPERSONER

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***”Å være forberedt når alarmen går – Det akutte keisersnittet”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta som informant i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan den nyutdannede operasjonssykepleieren opplever å delta i operasjonsteamet når alarm for akutt keisersnitt utløses. 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 nyutdannede operasjonssykepleiere opplever å delta i akutte keisersnitt. Det finnes lite forskning som setter søkelys på hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever å måtte ta dette ansvaret. Studien vil kunne gi nyttig kunnskap som kan anvendes ved opplæring og utdanning av operasjonssykepleiere.

Prosjektets problemstilling er; *Hvordan opplever den nyutdannede operasjonssykepleieren å delta i operasjonsteam for akutt keisersnitt?*

Jeg er masterstudent i operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. Prosjektet gjennomføres som del av gjennomføring av min masteroppgave.

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

Universitetet i Stavanger, ved Det helsevitenskaplige fakultet, er ansvarlig for prosjektet.

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

Du er nyutdannet operasjonssykepleier med maksimalt 2 års erfaring operasjonsavdelingen. Du må ha deltatt som sterilt utøvende, eller koordinerende operasjonssykepleier, i minst ett tilfelle av akutt keisersnitt grad 1 eller 2.

Jeg har fått din kontaktinformasjon av din leder etter å ha sendt forespørsel om informanter som tilfredsstillende utvalgsriteriene, og som ønsker å delta i forskningsprosjektet. Det er planlagt å innhente data fra 6 informanter i forbindelse med dette prosjektet.

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

Dette er en kvalitativ studie, hvor det vil bli benyttet individuelle intervju for å innhente datamateriell. Intervjuet vil gjennomføres på et kontor nær informantens arbeidssted, eller annet avtalt sted. Intervjuet vil ta omtrent 45 minutt og jeg ønsker å benytte lydopptaker

under intervjuet. Lyddopptaket vil bli nedskrevet og anonymisert, før det blir analysert og benyttet videre i arbeidet med studien.

## **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Utskriftene fra lydopptakene lagres på kryptert minnepinne og bare student og veileder ha tilgang til denne. Lyddopptak vil oppbevares i låsbart skap. Navn og andre kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes når oppgaven er godkjent, innen 5. august 2022. Alle lydopptak og alle data fra kryptert minnepinne slettes, alle utskrifter og navnelister makuleres ved prosjektslutt.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Universitetssykehuset i Stavanger.

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

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

- *Universitetet i Stavanger ved Masterstudent Jakob Bringsli Tysdal, på epost: [jb.tysdal@stud.uis.no](mailto:jb.tysdal@stud.uis.no), eller mobil 47400959*
- *Veileder, Ingrid Tjoflat, på epost [ingrid.tjoflat@uis.no](mailto:ingrid.tjoflat@uis.no), eller telefon 51834171*
- *Personvernombud SUS: Rafal Yeisen: telefon: 51518060 | epost: [personvernombudet@sus.no](mailto:personvernombudet@sus.no)*

Med vennlig hilsen

---

Jakob Bringsli Tysdal  
*Masterstudent i operasjonssykepleie*

## Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

### ***” Å være forberedt når alarmen går – Det akutte keisersnittet”***

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet, 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, ca. 01.08.2022

-----  
(Prosjektdeltakers navn med blokkbokstaver)

-----/-----/  
-----  
(Sted /dato /prosjektdeltakers signatur)

## 10.4 VEDLEGG: GODKJENNING FRA PERSONVERNOMBUD

Helse Stavanger HF - Behandlet

×

Hei,

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

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 art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a) Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkjef/ene før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.

6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 24.06.2022 og sluttmelding skal sendes til PVO.
9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..
10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 24.06.22.
11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: personvernombudet@sus.no
12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS og UiS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med hilsen

Ina Trane

for personvernombudet

## 10.5 VEDLEGG : PLAN FOR GJENNOMFØRING

Jeg har satt opp følgende gjennomføringsplan

Vår 2021	Valg av tema	Mai 2021
Vår 2021	Skrive prosjektskisse	Uke 18-19 (2 uker)
Høst 2021	Skrive prosjektplan Utarbeide intervjuguide Søke om tillatelser hos personvernombudet	Uke 35-40 ( 5 uker) Uke 38-39 (2 uker) Uke 40-41 (2 uker)
Høst 2021	Pilotintervju Analyse av pilotintervju	Uke 42-44 (3 uker)
Høst 2021	Gjennomføring av intervjuer	Uke 44-51 (8 uker)
Høst 2021	Starte transkripsjon av intervjuer	Uke 44-51 (8 uker)
Vår 2022	Fullføre transkripsjon av intervjuer	Uke 52-2 (3 uker, inkl juleferie)
Vår 2022	Analysering av intervjuer	Uke 2-8 (6 uker)
Vår 2022	Skriving av masteroppgave	Uke 8-18 (10 uker)
Vår 2022	Inneivering av masteroppgave	Uke 18, 5.mai.



