

[Automatisk tekstet av Autotekst med NB Whisper. Kan inneholde feil.]

[SPEAKER_00]

Du hører nå en podcast fra Universitetet i Stavanger.

[SPEAKER_03]

Hei og velkommen til denne episoden av Steril sone.

I dag skal vi snakke om hva som skjer når det virkelig haster, når alvorlige skader oppstår og helsepersonell må jobbe raskt, presist og under press.

Vi skal innom litt det med hvordan stresset da kan påvirke oss, hvordan traumepasienter behandles, og ikke minst rollen operasjonssykepleieren har i en sånn type beredskap og i krisesituasjoner.

I dag har jeg med meg en gjest fra SUS.

Det er Siri Hamre.

Du er utdanna operasjonssykepleier og jobber nå som både operasjonssykepleier og som traumekoordinator på SUS.

Velkommen til deg.

Takk.

Veldig kjekt at du ville bli med i dag.

Kan du begynne med å fortelle litt om din rolle som traumekoordinator, og hvilken erfaring du har som operasjonssykepleier?

[SPEAKER_02]

Jeg ble jo ferdig utdannet operasjonssykepleier i 2021.

Har jobbet på operasjonsavdelingen etter det, på SØP.

Og så åpna det seg en mulighet da i fjor.

Det var en stilling ute som traumekoordinator, som jeg søkte på, og var heldig og fikk.

Som traumekoordinator så gjør man jo litt forskjellige ting.

Selvfølgelig går man opp når alarmen går og traumepasienten kommer inn på akuttrommet.

Da er man jo gjerne der som en observatør.

Og monitorerer på en måte traumemottaket.

Eller hvis det er behov, så går man jo inn og hjelper til.

Ellers så er det jo flere arbeidsoppgaver som vi har.

Vi driver jo og går gjennom listene og selekterer pasientene som skriver inn i traumeregisteret.

For det finnes et eget register for traumepasienter?

Ja, det har vi.

Vi har både lokalt og nasjonalt register.

[SPEAKER_03]

Og det er ikke sånn at selv om du kommer inn med traumekriterier som en traumepasient, så skal du ikke nødvendigvis inn i det registeret?

[SPEAKER_02]

Blir du tatt imot med traumeteam, så skal du inn.

Men det kan være at du ikke blir tatt imot med traumeteam, men har skader som overgår en viss verdi, og da skal du òg inkluderes.

Ja.

Kan du si 'ja'?

Ja.

Da er det jo på en måte en sånn score som vi gir på skadene som pasientene har.

Så alle som har en ISS eller NIS-score over en viss verdi, skal inn.

Jeg vet ikke om jeg skal gå så veldig nøye inn på det.

Det kan de som har lyst til å kikke videre på, ta videre.

[SPEAKER_03]

Men du kan gjerne si helt kort hva er det traumeregisteret brukes til?

[SPEAKER_02]

Traumeregisteret registrerer jo når ulykken skjer, dato og tidspunkt.

Hvor det skjer, hvilken kommune eller hvilken del av landet.

Forhold rundt selve hendelsen, som var det en ulykke, eller var det noe selvforskyldt, eller den type slags ting.

Hva slags type hendelse er det?

Er det transportulykke?

Er det fallulykke?

[SPEAKER_03]

Det kan f.eks.

brukes til å si at det er en strekning som det er mye trafikkulykker på.

Så kan det kanskje gå inn i en vurdering av å utbedre den eller gjøre endringer der.

[SPEAKER_02]

Absolutt.

Forebygging er jo veldig viktig her.

Men det er jo andre myndigheter som har ansvar for det, men kartlegging kan jo være med og hjelpe.

Så traumeregistreringen går jo veldig mye på hva som har skjedd.

Er pasienten tatt imot med traumeteam?

Er det konferert?

Hvem rykka ut på hendelsen?

Var det ambulanse?

Var det luftambulanse og legevakt til stede?

Og litt hva som skjer videre.

[SPEAKER_01]

Ja.

[SPEAKER_02]

Gå pasienten på operasjon?

På intensiv?

Ja.

[SPEAKER_03]

Det er jo et veldig stort apparat dette her, hvor du har en litt nøkkelrolle da på vår lokasjon, som er i Stavanger.

Er det andre oppgaver du vil trekke fram som du har som traumekoordinator?

[SPEAKER_02]

Ja, vi driver også med simulering.
Traumesimulering hver fredag.
Så da trener vi teamene og de ulike teammedlemmene på hva slags oppgaver de har i traumeteamet ved mottak av traumepasient.
Er det satte team?
Det er de som er på vakt.

[SPEAKER_03]

Og det skal vi komme litt tilbake til når vi snakker om hva som skjer når traumealarmen går, tenker jeg.
Var det andre oppgaver du hadde lyst til å trekke fram òg?

[SPEAKER_02]

Vi har en del kurs.
Det kan vi snakke om litt til slutt.
Min kursinstruktør holder jeg jo òg på med.

[SPEAKER_03]

Det er veldig spennende.
Dere som har hørt på dette mye før, vet jo kanskje allerede at jeg er veldig glad i når det skjer ting.
Og syntes det var veldig kjekt å være med og ta imot disse traumene.
For det ga meg faglig mye.
Men hvorfor syns du at det er viktig at den operasjonssykepleierkompetansen ... Altså hvor viktig er den for deg i den rollen?

[SPEAKER_02]

I en større helhet så tror jeg at operasjonssykepleierkompetansen er som et bindeledd for traumepasienten.
Et bindeledd mellom akuttmottak og operasjonsavdelingen.
Både om pasienten skal opp til oss på operasjon, men òg hvis det er beskjeder eller ting vi ser kan gjøre annerledes eller bedre.
Så fungerer jeg òg som et bindeledd.
Ja.
Mellom avdelingene.

[SPEAKER_03]

Ja.
Hos dere er dere to traumekoordinatorer som går i delte stillinger.
Stemmer.
Som sikkert òg jobber mye sammen om dette.

[SPEAKER_02]

Men ikke bare være bindeledd.
Du har jo en kompetanse som gjør at du skjønner litt hva som skal til.
Hva slags type utstyr som må på plass, eller ...
Ja, mer spesifikt som hva slags type sutur.

[SPEAKER_03]

Ja, ikke sant.

For vi har jo en spesiell, spissa kompetanse der som du ikke nødvendigvis har, med mindre du har veldig mye erfaring tilfeldig inn i dette da, kanskje.

Men du har jo òg erfaring fra mottak før du ble operasjonssykepleier, som sikkert òg veier tungt inn i din erfaringskompetanse.

[SPEAKER_02]

Ja, det har jeg jo.

Jeg begynte i akuttmottaket i 2011, der jeg rullerte til AMK.

Så den erfaringen jeg har med meg, tror jeg er gull verdt.

[SPEAKER_03]

Ja, du har jo sett dette systemet gjennom flere ledd og stått på gulvet da ...

Og nå både som sykepleier, som AMK-sykepleier og som operasjonssykepleier.

[SPEAKER_02]

Så får du jo egentlig ta traumpasienten isolert.

Så får du følge traumpasienten fra innringer, ringe det inn, til mottakelse av traumpasienten på akuttrommet, til eventuelt operasjon, da.

[SPEAKER_03]

Og derifra som du sa, går de jo videre eventuelt til post eller til intensiv.

Alt ettersom hvor alvorlig dette er, og hvilken hjelp de trenger da videre.

Som dere kanskje allerede hører, så rommer jo traume og traumbegrepet ganske mye.

Og det er vel gjerne ikke helt definert, men skal vi prøve å definere det for lytterne?

Hva et traume er, og hva type hendelser som kanskje kan utløse en traumealarm?

[SPEAKER_02]

Det er jo en gitt type energi som fører til enten anatomisk skade eller påvirkning fysisk hos en pasient som gjør at pasienten trenger behandling.

For ikke da å miste livet eller miste funksjonen.

Har du eksempler på hendelser det kan være?

Ja, vi har jo disse traumekriteriene.

Det kan vi gjerne komme litt inn på.

Hva som gjør at en pasient skal få et traumeteam, eller blir definert som en traumepasient.

Det går jo litt på disse vitale funksjonene.

Anatomisk skadeomfang eller spesielle hendelser som gjør at ...

At en situasjon kan utvikle seg da.

Hva er det f.eks.

har en ...

Og man får en indre blødning, så må jo det gjøres noe med.

Eller man kan få en lungeskade, en pneumotoraks.
Det er gjerne den lufta eller det blodet som samler seg.
Som gjør at lungefunksjonen ikke fungerer optimalt, må vi gjøre tiltak for å hjelpe til.

[SPEAKER_03]

Og det kan jo være ... Det som jeg først tenker på når jeg tenker traume, er jo den klassiske trafikkulykken.
Men du har jo òg folk som faller fra hest.
Klemskader.
Vi har jo disse traumatiske skadene med skudd og stikk. penetrerende traumer.
Ja, men det kan òg være ei sykkelulykke hvor du kan få styret i magen.
Ja, det fins jo mange varianter av skader her.
Og det er beinbrudd og hodeskader.
Og traume med sykkelstyre i magen kan jo gi indre skader.
Og alle disse her ville ha utløst traumeteam.
Kanskje.
Stort sett.
Kan vi si noe om hvem som møter oss i mottaket?

[SPEAKER_02]

Det er et traumeteam som består av ulike medlemmer.
Vi har jo fra ulike fag, som anestesi og mottak.
Det er kirurger som er teamleder og undersøkende.
Og ortopeder vi er i teamet.
Portør og bioingeniører.
Så vi er jo en stor gruppe fag.
Røntgen kommer?
Røntgen er vi med, ja.
Og operasjonssykepleier.

[SPEAKER_03]

Og ofte er det gjerne flere andre som kommer fra de samme faggruppene, som det er veldig mange mennesker som møter.
Som kommer inn som traume.

[SPEAKER_02]

Det er et stort team.
Og det kan jo være ytterligere behov.
Så tilkaller vi f.eks.
barnelege eller plastkirurger.
Eller vi må ha medisin til stede, så blir de òg tilkalt.
Hva skjer da når traumealarmen går?
Ja, da får man jo en traume-calling, der det står litt informasjon der.
Kanskje ikke så mye informasjon, men kanskje nok til at man kan gjøre seg opp noen tanker, vurderinger og forventninger på hva som kan møte en.

[SPEAKER_03]

Hva ville typisk stått i en fallulykke, da?
Hva står i den traume-calling-meldingen?

[SPEAKER_02]

Det står gjerne kjønn, hva som har skjedd, hva slags type skader.
Om det er gjort noe ute i forhold til behandling.
Og når pasienten kommer inn.

[SPEAKER_03]

Så du vet hvilket vindu du har.
Kommer de fort?
Er det luftambulansen som kommer?
Eller er de langt ute på gjerdet og skal kjøre inn med bil?

[SPEAKER_02]

Aspektet med tid er jo veldig avgjørende for ...
For både de forberedelsene man gjør, men òg for pasienten.
Står det i callingen at pasienten har en metning på 87 og rask
respirasjonsfrekvens, så kan jo det tyde på at de kan være ganske
skada.
Til innleggelse av toraksdren, f.eks.
Da hadde jeg tenkt det.
Eller hvis pasienten er bevisstløs, kanskje jeg tenker hodeskade.

[SPEAKER_03]

Så finner man fram utstyr ut ifra det.

[SPEAKER_02]

Ja.

[SPEAKER_03]

Eller hva folk klargjør og begynner å tenke mentalt.
At her kanskje jeg skal ... Er det hodeskade, er nevrostuen klar.
Ja.
Og da går det jo videre på disse vurderingene og klargjøringen av
utstyr.
Snakke med avdelingen.
Ok, nå er det noen på den stua, hva gjør vi da?
Og så varsler man innad i operasjonsteamene da hva er neste steg
hvis de kommer opp.

[SPEAKER_02]

Ja, det er viktig med informasjonsflyt her.
Og at de går de rette kanalene.
Sånn at de rette type forberedelsene skjer.

[SPEAKER_03]

Og da er det den operasjonssykepleieren som går ned, som melder
videre til ...?
Sin ansvarshavende, som er på avdelingen.
Ja, så da er det jo viktig at man snakker sammen.
Ja, det er det.
Hvordan forbereder du deg mentalt når du skal gå ned i dette
mottaket?

[SPEAKER_02]

Jeg tenker på tid, selvfølgelig.
Og jeg tenker – har jeg god tid, har jeg dårlig tid?
Har jeg ti minutter?
Det står jo gjerne i callingen.
Hva slags skader pasienten kan ha.
Jeg tenker over hvor utstyret er i akuttrommet.
For jeg finner det kjappest.
Tilstanden til pasienten kan jo endre seg ganske fort.
Og da må jeg vite hva jeg trenger for å ha det ... Ha det klart.

[SPEAKER_03]

Det husker jeg sjøl fra da jeg jobbet som operasjonssykepleier, at
hvis jeg hadde god tid, så kan du jo gå ned, holdt jeg på å si, og
begynne å kikke litt i skapene.
Se at jeg faktisk har alt det jeg forventer å ha.
Noen ganger la du jo fram noe.
Andre ganger visste du bare at OK, jeg har det i den skuffa der.
Trenger jeg det, så kan jeg fort finne det fram.

[SPEAKER_02]

Man tar jo på seg beskyttelsesutstyr.
Blyfrakk og vest med rollebeskrivelse.
Doble hansker.
For det er viktig å beskytte seg sjøl òg.

[SPEAKER_03]

Ja, og doble hansker er jo òg noe jeg lærte da jeg tok et kurs en
gang i verden.
Så er det greit at hvis du blir veldig tilgrisa, så kan du bare
flekke av deg et par hansker, og så kan du fortsette å jobbe uten at
du må fram og finne nye hansker og du er gjerne litt svett på
hendene.
Ja.
Så det er et lite triks i ermet som dere kan ta med dere allerede
nå.
Ja, så du får en melding.
La oss si mann 48, fall fra 4 meter.
Kommer om 20.
Det kan være så enkelt.
Og da er jo alt åpent.
Og av og til kan du få saturasjonsinfo eller andre ting i tillegg.

[SPEAKER_02]

Vitale parametere som kan gi indikasjon på hva slags type utstyr jeg
skal klargjøre.

[SPEAKER_03]

Og da kommer teamet ned, vente, og så kommer pasienten inn.

[SPEAKER_02]

Ja.
Og i den tida teamet er samla, så kan vi gjerne ha en felles
informasjonsgjennomgang.
Der man får litt oppdatert info, gjerne via vaktleder.

Vi har et felles navneopprop, der alle på en måte får høre hva vi heter og hvilken rolle man har.

Om alle har kommet?

Ja, er det noen vi skal tilkalle.

Man kan òg skrive på mist-tavlen.

Hva som har skjedd, hva type skader og symptomer pasienten har.

Og hva slags behandling som er gjort ute.

Er det teammedlemmer som kommer litt seinere til, så kan de ta en kjapp titt på den tavla.

[SPEAKER_03]

Det er altså en whiteboard-tavle som henger på hodeenden, hvor du har bokser.

Bare for å gi dere et bilde.

Hvor den informasjonen vi har, står skrevet.

Og der er det en mottakssykepleier som fyller inn etter hvert òg.

[SPEAKER_02]

Det blir delegert av teamleder.

[SPEAKER_03]

Så det vil komme oppdatert informasjon på den underveis.

Hvis det lar seg gjøre.

[SPEAKER_02]

Hvis det er tid til det.

Og dette er jo viktig for den situasjonsforståelsen.

Som man trenger som operasjonssykepleier i forhold til forberedelser og tid til forberedelser.

Står det ingenting på den tavla, så hadde jeg tatt kontakt med teamleder og hørt hva som blir sagt der.

Eller spurt noen spørsmål.

Gjerne ja-nei-spørsmål, for da har du en liten retning i terrenget, holdt jeg på å si.

[SPEAKER_03]

Det hender jo ofte at det kommer inn traumer, og så er det lite som egentlig er å gjøre.

Det er gjerne ikke så alvorlig som vi trodde.

Men så kan det òg gå andre veien.

[SPEAKER_02]

I de aller fleste tilfellene av de traumepasientene som mottar, Så er jo de gjerne ikke så hardt skada at vi må gjøre tiltak der og da.

Så da er det gjerne sånn at operasjonssykepleiere bidrar med å klippe klær og legge på teppet og holde pasienten varm.

Og hjelpe de andre teammedlemmene hvis det er noe som skal bli gjort.

Eventuelt legge inn urinkateter.

[SPEAKER_03]

Ja, for det kommer jo òg litt ut i undersøkelsen.

Stemmer det.

Og så går pasienten enten videre til CT.

[SPEAKER_02]

Ja, er pasienten stabil nok så kan han gå på CT, eventuelt videre til intensiv eller sengepost.

Eller er pasienten ustabil og trenger kirurgisk behandling, så er det opp til oss på operasjonsavdelingen.

Ja.

Stemmer.

[SPEAKER_03]

Vi kan gå litt inn i selve traumebehandlingen og hva som skjer når de kommer inn på sykehuset.

I traumemottaket så jobber man jo veldig strukturert.

Altså når det er ti pluss mennesker som skal ta seg av ett menneske, så er vi nødt til å ha vår rolle og vite hva vi skal gjøre.

Og så har vi òg denne her ABCDE-prinsippet som vi begynner på og helt fast jobber etter.

Kan du si litt om hvordan vi bruker det i praksis?

[SPEAKER_02]

Ja, vi tar jo imot traumepasientene etter ATLS-prinsippene.

Som da gjør at vi foretar en systematisk primærundersøkelse av pasienten.

Da starter vi jo på X. Dette med excentrating bleeding, altså stor pågående ytre blødning.

Det ser man jo veldig sjelden på sykehus i dag.

Som regel, hvis det er tilfellet, så blir det stoppa ute.

Ja.

Men man skal ha det med.

Det hører med til primærundersøkelsen.

Så går man jo systematisk gjennom A, B, C, D og E. Så da står jo A for Airways.

At pasienten har frie luftveier.

Påser det.

At det ikke er noe fremmedlegemer i munnen, eller blod eller slim, som gjerne må suges opp.

Så på A så klarer vi jo åpen eller fri luftvei, da.

Eventuelt gjøre tiltak hvis det ikke er det.

[SPEAKER_03]

Og mange vil jo gjerne tenke hvorfor det er det viktigste.

Jeg husker selv da jeg tok kurset, at det er jo så mange ting ...

Hvis de ligger med et brudd, så må vi jo hjelpe.

Og jeg ser at det er et brudd.

Så må jeg jo gjøre noe med det bruddet.

Hvorfor skal jeg begynne på A?

[SPEAKER_02]

Nei, altså i forhold til det bruddet, da.

Hvis det er i et bein, så vil man jo gjerne bevare funksjonen, at pasienten skal gå.

Men om pasienten ikke puster, så har han ikke bruk for gangfunksjonen da senere.

[SPEAKER_03]

Nettopp, så vi må sørge for at de får luft i seg aller først.
Og så er det B?

[SPEAKER_02]

Ja, det er jo breathing.
Hvordan pasienten gjør respirasjonsarbeidet sitt.
At vi observerer disse respirasjonsbevegelsene.
Teller respirasjonsfrekvens.
Er det adekvat metning, f.eks.?
Over 95 %.
Har pasienten syanose eller er urolig, agitert?
Det sier jo noe om pasienten får nok oksygen
Både til hjernen, og at perfusjonen i lungene fungerer optimalt.

[SPEAKER_03]

Og når er det de eventuelt får tube?
Er det på A eller B?

[SPEAKER_02]

GCS8, you intubate.
Som en slags sånn overordna regel.
Men det er viktig med bevissthetsvurdering i forhold til intubasjon
og det å sikre fri luft og at pasienten får luft.
Det er mer et område for anestien, så jeg skal ikke ... Rote deg for
mye inn i det?

[SPEAKER_03]

Nei.
Men det er greit å ha med seg og ha en liten forståelse av det òg.
Hvilke ting som går inn i det.
Nå er jo ikke det noe vi egentlig roter oss bort i, men å forstå det
og gi de rom til å jobbe med det for at pasienten skal få den luften
han trenger, rett og slett.
For å sjekke det tar man også et røntgen thoraks.

[SPEAKER_02]

Hva kan man typisk se da?
Da sjekker man jo flere ting.
Man ser jo gjerne på lungene om det er
Eller om det kan være luft som fanger inne der.
At pasienten har pneumotoraks.
Eventuelt blod.
De kan jo ha både òg.
Det er noe som ikke skal være der og kan forverre situasjonen for
pasienten.
Så da må man gjerne legge inn et dren for å evakuere den luften som
er sperra inne der.

[SPEAKER_03]

Og det er det jo de som kommer fra røntgen som vurderer, sammen med
legene.
Men det blir man jo òg som operasjonssykepleier ganske god på å se

etter hvert.

Og det er egentlig ganske lett å se når du lærer deg å kjenne det.

I hvert fall mange av de skadene.

Ja, er det noe mer vi skal si på B, før vi går videre til C?

[SPEAKER_02]

Nei, vi kan gå over på C. Det står jo for 'circulation', altså sirkulasjonsstatus hos pasienten.

Der sjekker man jo både for ytre og indre blødninger.

Man tar jo gjerne blodtrykk.

Ser litt hvordan det skal være, er det adekvat blodtrykk eller ei.

Vi tilstreber jo å ha et systolisk blodtrykk på 90, i hvert fall.

Hos traumepasienten litt høyere, hvis det er snakk om hodeskader.

Vi sjekker jo kapilærfyllning sentralt.

Det sier litt om hvordan pasienten er sirkulert, og vi sjekker pulser perifert og sentralt.

Det sier også litt om sirkulatorisk status hos pasienten.

Videre tar vi flere røntgenundersøkelser.

Vi ser på bekken.

Ser at bekkenringen er intakt eller uskada eller ...

Det kan jo blø ganske mye.

Ved skader i bekkenet, så det er litt greit å få en oversikt over.

Vi tar òg en ultralyd, altså en FAST.

Der vi ser på både hjerte og organer.

[SPEAKER_03]

Og det man kan se da, er om det er blødning.

Fri væske, ja.

[SPEAKER_02]

Man kan ikke se at det er blod, men man kan se at det er noe som er rundt som ikke skal være der.

Som regel er blod.

[SPEAKER_03]

I så fall.

Ja.

Noe mer på c-éen vi skal ta for oss?

[SPEAKER_02]

... Nei, nå går jeg litt sånn generelt igjennom det, så ... Men det er for å ... Man stiller seg jo alltid spørsmål ved å se pasienten i sjokk, og da snakker vi om hypopolemisk sjokk.

Ikke egentlig hvor det blør, men en slags sånn ...

Ja ... nei.

For hvis det blør, så må man jo fylle på.

[SPEAKER_03]

Ja.

Det skal vi komme litt tilbake til òg.

For det er jo et av de viktige prinsippene vi jobber etter.

Men la oss gjøre oss ferdig med ABCDE først, da.

Så hvis vi går videre til d, hva hender det?

[SPEAKER_02]

Det er en sånn bevissthetsvurdering, da.

Er pasienten våken?

Vi tar en bevissthetsvurdering, en GCS, der vi ser litt om pasienten har øynene åpne eller ligger med øynene igjen.

Snakker de vanlig, eller virker de forvirra, eller mumler de bare?

Og kan de bevege alle ekstremiteter, armer og bein, som normalt?

Eller beveger de lite ved smertestimulering?

Ut ifra en sånn vurdering så kan man jo si noe om bevissthetsnivået og gi en score.

En score er jo et verktøy på å si noe om mistenker man hodeskader.

Man ser jo òg på pupiller.

Om pupillene er like i størrelse, eller om de reagerer på lys.

Det kan jo òg si noe om pasienten har hodeskade.

Ja, ikke sant.

Og så til slutt så er det E.

Ja, exposure.

Environment.

Da skal man jo på en måte ... Dette skjer nok litt parallelt, men man eksponerer jo pasienten.

Man klipper jo av klær.

Spesielt hvis det er våte klær.

Så må det av.

Man ser på pasienten.

Er det ingen skader, ser man blåmerker og kontusjoner.

Er det hudlaserasjoner?

Noe som vi må gjøre noe med.

Alle hodeskadepasienter skal jo f.eks.

ha urinkateter, som er en av oppgavene til operasjonssykepleier.

Det gjør man jo på E såfremt ikke forhindrer noen videre prosess for behandlingen, da.

Man stopper ikke å legge urinkateter hvis CT er klart, f.eks.

Det er en avveining man må ta.

[SPEAKER_03]

Hvem bestemmer det?

[SPEAKER_02]

Gjerne teamleder.

Man kan avklare det med teamleder hvis man er i tvil.

[SPEAKER_03]

Underveis blir det gjort en såkalt logroll.

[SPEAKER_02]

Når kommer den?

Den kommer gjerne på E. Hvis det ikke er penetrerende skader, vil du gjøre det på C. Men ved stumpe traumer så gjør man det på E. Da sjekker vi pasientens bakside.

Ja.

[SPEAKER_03]

Så er det å sjekke ryggen og ryggtavla.

[SPEAKER_02]

Man går jo suksessivt ned kolumnena og kjenner.
Er det noen abnormaliteter eller steps?
Har du den våkne pasienten, så kan jo de si noe om det er vondt i
nakken eller i korsryggen.
Du sjekker jo perineum.
Er det blod der?
Er sfinktertonus intakt?
Altså denne fingeren i rumpa?
lukkemuskelen skal være der?
Det sier jo noe om det er intakt hele veien.
Dette er med ryggmargen.
Nei, at vi får en status på pasientens bakside.

[SPEAKER_03]

Det kan eventuelt være noe som er gjemt, hvis vi ikke sjekker?

[SPEAKER_02]

Ja, og det er viktig å presisere dette om penetrerende skader.
At det da er viktig å sjekke aksiller og perineum.
Hvorfor er aksiller viktig?
Det er jo stort blødningspotensial ved penetrerende traumer.
Og med inngang under armen, holdt jeg på å si.
Ja, ikke sant.

[SPEAKER_03]

Det kan være noe som er gjemt under der som vi ikke ser fordi armene
ligger ned.
Ja.

[SPEAKER_02]

Hvis pasienten er bevisstløs, så må du hjelpe og se etter.
De løfter jo nødvendigvis sjarmen sin sjøl.

[SPEAKER_03]

Så her snakker vi altså om den første behandlingen, såkalt
primærundersøkelse.
Hvor man håndterer katastrofal blødning, luftveier, respirasjon,
sirkulasjon, nevrologisk status og eventuell annen eksponering, da.
Tar dette lang tid?

[SPEAKER_02]

Primærundersøkelsen skal gå på ca.
15 minutter.
Men du skal gjøre en del tiltak som intubering, du legger
toraksdren.
Ulike ting tar tid.
Men som hovedregel skal det ta 15 minutter.
Og mye skjer jo litt parallelt

[SPEAKER_03]

Ting kan jo bli avklart.
Egentlig bare svarer pasienten, så har vi jo allerede avklart A. Da
passerer det luft via forbi stemmespalten, så da er det jo fri

luftvei.

Ja.

Så det er jo mange ting som kanskje kan gå ganske fort og sjekke av underveis.

Og som du sier, så er det noen behandlinger som starter umiddelbart.

As we go.

Og vi har allerede snakket litt om noen av de kritiske funnene vi reagerer på.

Er det noen andre du vil dra fram som vi ikke har nevnt?

Eller har vi dekket det meste?

Før vi går inn på dette med blødning.

[SPEAKER_02]

Det er jo dette med trua luftvei.

Sjekke at lungene fungerer som de skal.

I forhold til perfusjon.

Der var du jo òg inne på ... blødning.

Er det noe man kan stoppe der og da?

Eller skal man ha blod klart, starte blodtransfusjon?

For det kan man òg starte i mottak.

Er det kramper, f.eks.?

Er det ting man må gjøre der?

I forhold til å gi væsker, medikamenter, heve hodet ... Eller viser det seg at bekkenringene er skada?

Legge på Samsling.

Stabilisere bekkenet.

Nakkekrage.

Nakkekrage er jo ...

[SPEAKER_03]

Kommer de gjerne inn med det allerede fra ambulansen?

[SPEAKER_02]

Ja, men ikke alltid.

Men den bevisstløse pasienten kan ikke si ifra om at de har vondt i nakken.

Hvis de har falt.

Så da legger man på nakkekrage iallfall inn hospitalt.

[SPEAKER_03]

Og det jeg skulle si i stad, var at du nevnte pupiller i forhold til sidelikkhet.

Men det ser man jo òg på lungene.

I forhold til om brystkassen hever seg likt eller ulikt, eller om du hører ulike lyd på ulike sider.

Som en del av den vurderingen.

Så er det jo selvfølgelig sånn at hvis vi som operasjonssykepleiere ser noe mens vi klipper klær, så må vi jo melde ifra.

Det er viktig.

Meld ifra til teamleder.

Og resten av teamet, selvfølgelig.

Ja.

Og vi skal komme litt tilbake til hvordan vi kommuniserer i et mottak om en liten stund.

Men jeg tenkte vi kunne gå litt inn på dette med blødning.
Og en massiv blødning er jo en av de truende sakene hos disse pasientene som potensielt kan ta livet av en pasient.
Så det at vi forebygger ...
Masse ... Stort blødningstap er jo viktig i et traumemottak.
Og da snakker vi gjerne om det de kaller 'damage control resuscitation'.
Eller væskeresuscitering på norsk, da.

[SPEAKER_02]

Kan du forklare litt hva det innebærer?
Enkelt forklart er det å erstatte blodtap med fullblod eller blodprodukter.
På SUS har vi blodprodukter, og vi resulterer én til én til én.
Både med sag, plasma og trombocytter.
Ja.
Pasienten som blør, taper jo dette her.
Sånn som eretrocytter.
At vi erstatter det med sag og volumet.
Vi erstatter med plasma.
Og blodplatene kommer jo med trombocytter.

[SPEAKER_03]

Så hjelper det ikke heller å bare fylle på så lenge proppen i badekaret er åpen.

[SPEAKER_02]

Du kan kjøpe deg litt tid.
Og det er jo fint.
Og når man transfunderer pasienten, så kan man jo òg se om pasienten responderer.
Du har jo disse som ikke responderer.
Da har du veldig dårlig tid.
De skal jo gjerne til operasjon.
Så har du de som responderer, eller i beste fall stabiliserer seg.
Da har du bedre tid.
Da kan du gjerne gå til CT.
Og så er det jo de som stabiliserer seg helt, da.

[SPEAKER_03]

Og da er det gjerne proppen i, da?

[SPEAKER_02]

Ja, og da har vel kroppen klart å stanse det sjøl, da, med å lage en propp.
Eventuelt fått medikamenter, traneksamsyre, som gjør at de lettere lager den proppen i det hullet.

[SPEAKER_03]

Som ikke skal stå åpent og blø.
For å være på metaforsiden.
Ja.
Så målet er jo å stoppe blødning.
Forhindre komplikasjoner for pasienten.

Hvis dette handler om at han har blødd i en fot.
Hvis han da ikke får sirkulasjon til den foten, så vil han jo heller gjerne ikke ha en fot.

Nei.

For foten klarer seg heller ikke uten blod.

Og så er det det å gjenopprette normalfysiologi dette handler om i grovere trekk.

Inn i den traumebehandlingen snakker vi av og til om den dødelige triaden.

Vi skal ikke gå veldig i dybden, for de som vil lære mer om dette, kan finne det i lærebøkene.

Men det innebærer hypotermi, acidose og kuagulop... Nå har vi snakket om dette så mye at det var vanskelig å si, så nå klarte ikke jeg det heller.

Men bare prøv igjen, du klarer det.

Og det heter kuagulopati.

Veldig bra.

Takk.

Hvorfor er det så kritisk?

[SPEAKER_02]

Det er en sånn skummel situasjon for pasienten å være i. Kalde pasienter blør jo mer.

Er de sure, så er jo det heller ikke bra.

Og det at en blødning på en måte ikke ...

Fordi kroppen har ikke mer ressurser igjen til å lage en propp.

Det er jo òg farlig.

Så her snakker vi jo om forebygging.

Og operasjonssykepleiers oppgave her er jo på en måte å holde pasienten varm med tepper, der vi legger tre tepper på langs.

Over pasienten.

Da kan de undersøke ... På tvers?

Ja, på tvers.

[SPEAKER_03]

Da kommer én over toraks, én over midten og én over beina.

[SPEAKER_02]

Veldig fint.

Da kan du løfte litt på teppet og undersøke hvis du skal kjenne på magen.

Uten å blottlegge hele pasienten.

Selvfølgelig er traumerommet varmt.

Det skal holde en temperatur på 28 grader, og det er jo varmt å jobbe der.

Og det er veldig bra for pasienten.

[SPEAKER_03]

For å forhindre varmetap.

Og så er det jo sånn som du sier, at blir han kald, så får han metabolsk asidose.

Og han mister evnen til å koagulere.

Og så baller jo det på seg igjen.

Når han blør mer, så blir han enda kaldere.

Og så er det en sånn negativ spiral som bare påvirker seg sjøl.
Forsterker seg sjøl.
Det er derfor vi jobber hardt for at vi ikke skal havne der.
In the first place.

[SPEAKER_02]

Ja.
Så da fyller vi jo på blod, holder pasienten varm og gir
medikamenter.
Ikke sant.
For å korrigere syrebase.

[SPEAKER_03]

Stemmer.
Men si at da pasienten trenger kirurgisk behandling som en del av
akuttbehandlingen, og vi kaller gjerne det for nødkirurgi.

[SPEAKER_02]

Kan du si noe om det?
Det kan jeg.
Vi har utstyr til nødkirurgi i akuttrommet.
Både prosedyrepakke og instrumentbrikke.
Prøvde å gjøre det så enkelt som mulig.
Sånn at Operasjonssykebladet kan finne fram det kjapt.
Og det handler jo litt om å basically sikre sirkulasjonen mellom
lunge, hjerte, hjerne.
For har du en pasient som blør mye, eller – hva skal jeg si – mister
puls og metning, der og da krever det at man gjør en del tiltak.
Da må man inn og komprimere aorta for å sikre dette lille kretsløpet
mellom hjerte, hjerne og lunger.

[SPEAKER_03]

Og det gjør man i mottaket?
Det gjør man i mottaket.
For en operasjonssykepleier, helt kort, hva er det som ligger i den
brikka?

[SPEAKER_02]

Det er faktisk ganske mange instrumenter.
Men det man trenger først og fremst er kniv.
Den er jo tapet oppå brikken, så den er jo klar.
Så man trenger ikke å tenke på det.

[SPEAKER_03]

Det er nytt fra da jeg var der.
For da lå kniven og bladet nedi.
Men vi hadde lagt et blad nedi etter hvert.
Ja, og så ruste det, og så ... Ja.

[SPEAKER_02]

Så vi har en engangskniv teipa oppå.
Det skal det være.
Så da er det å finne fram ... Den har én prosedyrepakke, det er den
prosedyrepakken.

Rive den opp, finne fram brikken.
Og ta ut risten.
Så er det jo kniv, saks og klipp over muskulatur.
Gjerne en peang hvis de skulle trenge det.
Sprike litt.
Og så denne finochetto-ribbesperren.
Og påse at den er montert riktig med splinten mot deg.
Ellers er det veldig vanskelig å få laga rom til å stappe hånda inni.

[SPEAKER_03]

Ja, ikke sant.
Så det er jo greit å gjøre seg litt kjent med dette utstyret her.
Når du skal begynne å gå ned i mottak.
Og så ... Hva var det jeg tenkte på?
Jo, det er jo noe med når du står der, inni den prosedyrepakken, så har du jo alt det vanlige du pleier å ha.
Kompresser.

[SPEAKER_02]

Der er det òg kniv, faktisk.
Trenger jeg en til?
Ja, eller noen har glemt å teipe på kniven oppå, så er det jo to kniver.
Så ikke få panikk.
Ikke få panikk, det ordner seg.
Nei da.
Og der har du jo 20 kompresser med en gang.
De er jo fine å fluffe.
Og det er boller, til koagler og sug eventuelt, hvis de ønsker det.
Det er jo ikke normalt å bruke
Sug eller diaptermi i traumesammenheng, men nå er det nå der.
Du har det hvis du trenger det?

[SPEAKER_03]

Hvis det er tid og rom for det?
Ja.
Teller du disse kompromissene?

[SPEAKER_02]

Jeg gjør ikke det.
Jeg fraviker telleprinsippene.
Jeg gjør det når jeg står der og da.
Og da er det viktig å redde liv.
Ja.
Det handler jo om at ... Og du har heller ikke kapasitet til å telle og holde tellinga.
Normalt på operasjon er vi to stykker som teller.
I traumemottak går du ned gjerne én operasjonssykepleier.
Og det å huske å telle, det er det ikke kapasitet til.

[SPEAKER_03]

Nei, for her handler det jo om å redde liv.
Her er det en pasient som hvis vi ikke jobber fort og gjør oppgavene

våre raskt, kommer dårligere ut, havner gjerne i den dødelige triade.

Men utenom det blør de mye.

Kommer vi ikke i gang med behandling, så vil de jo potensielt dø.

Å komme i gang med behandling og gjøre det vi skal, glemme en kompress, hva gjør vi da?

[SPEAKER_02]

Vi får ta røntgen, da.

[SPEAKER_03]

Da har vi iallfall stoppet den blødningen.

Eller gjort vårt beste for å stoppe blødningen, redda pasienten.

Så kan vi hente ut den kompressen seinere.

Vi kan gi dem antibiotika.

Fordi vi heller kan ikke opprettholde sterile prosedyrer her.

[UNKNOWN_SPEAKER]

Nei.

[SPEAKER_03]

Vi tar oss ikke tid til å vaske og sier til kirurgen 'vent litt', vent litt'.

Du kan ikke stoppe ... Du må ikke holde på denne aortaen helt ennå.

[SPEAKER_02]

Nei, og der på akuttrommet er det jo heller ikke ventilasjon.

Sånn som vi har på operasjonsstuene.

Ingen står med munnbind.

Jeg har stått der med blå hansker og ikke sterile hansker.

Så det handler litt om å frigjøre seg fra det vi normalt gjør, og jobbe og gjøre det man kan for å redde liv.

[SPEAKER_03]

Og selvfølgelig, har du rom for det, så kan vi gjøre det så godt vi kan, men du vil ikke få det sterilt, som du sier.

Det er ikke det rette miljøet for det, og det er ikke den rette situasjonen for det.

Bruker jo ikke dekning, eller.

Nei.

Det handler om å redde liv, og det som blir følgene av det, kan vi gjøre noe med seinere.

[SPEAKER_02]

Infeksjon er sekundært, og det får man prøve å ta med antibiotika etterpå.

[SPEAKER_03]

Har ikke pasienten et liv, så kan han verken få infeksjon eller ... Men det er noe vi kan hjelpe han med siden, hvis det blir et problem.

Og disse pasientene får vel òg antibiotika profylaktisk som en del av pakken, hvis vi har gjort noe sånt?

[SPEAKER_02]

Ja, de skal ha antibiotika, regner jeg med.

Ja.

Det er jo òg anestesien som administrerer det.

Men det blir jo forordna.

[SPEAKER_03]

Ja.

Så det er til syvende og sist legene som sier noe om det.

Hva slags type og hva slags dose.

Ja.

Så det var litt kort om nødkirurgi, som skjer nede i akuttrommet.

Men så har du òg damage control-kirurgi.

[SPEAKER_02]

Hva er forskjellen på de to?

Nei, det kan jo gjerne da forklares med hvis du har en knivstikk i magen.

Altså en pentrearmskade i magen der det er gått hull på tarm.

Tarminnhold har lekt ut i abdomen og skaper en del krøll der.

Så må man jo gjerne inn og ordne om det er tarm, eller om diafragma har rupturert, om den må sys, eller om det er parakymaskader som leverskade eller miltskade.

Så må man gå inn og stoppe opp blødning.

Ta og fjerne den delen av tarmen som er skada.

Sette de bare av tarm.

Med en sånn stapler.

Syr en ikke sammen igjen?

Gjør ikke det.

Ikke i denne omgang?

Nei.

For selve operasjonen skal jo ta en time.

Og ikke mye lenger enn det.

Nei.

Så skylder de å eventuelt pakke da ... Med kompresser.

Stappe buken full.

Ja.

Og ... Altså, ja, men uten at det skal bli trykkskader inni magen.

Og så blir de jo da lagt med en sånn vak-pack.

[SPEAKER_03]

De blir ikke lukka, men de får en teltduk, hvis vi skal si det litt folkelig.

[SPEAKER_02]

Ja, vi dekker med ioban.

[SPEAKER_03]

For å komme tilbake igjen senere, når pasientene har blitt stabile.

For her handler det jo om at pasienten er i krise.

Han er gjerne ikke sirkulatorisk stabile.

Kanskje ikke respiratorisk stabile.

[SPEAKER_02]

Flere typer skader og skader i flere kroppsavsnitt?

[SPEAKER_03]

Ja, som gjør at vi må på en måte kontrollere damage.

Damage control.

Og så må vi ta den såkalte definitive surgery-en seinere.

[SPEAKER_02]

Når pasienten er stabil nok.

[SPEAKER_03]

Ja, og da tar de det gjerne litt trinn for trinn, alt etter sånn.

Hva som haster mest.

[SPEAKER_02]

Og det blir jo gjort på operasjonsstua.

Så da er det viktig med kommunikasjon oppe.

Klargjøring, bestilling av utstyr og at vi har det klart.

Ja.

[SPEAKER_03]

Vi har ikke vært inne på dette med stress og stressmestring underveis her nå.

Hvordan er opplevelsen som operasjonssykepleier eller andre teammedlemmer kanskje og føler på av å stå i sånn type nødkirurgi og hvor det haster så masse?

[SPEAKER_02]

Da er jo hele teamet under press.

Og det er et nivå av stress, type høyt.

Det er jo det.

Men det handler om å ... Dette med situasjonsforståelse, skal jeg finne fram og fokusere på de arbeidsoppgavene.

Gjør det enkelt og greit.

Vit hvor det er, er du kjent, hvor utstyret er.

Få det opp og vær klar.

Kniv i pussbekken.

[SPEAKER_03]

Og så er det jo, som du sier, fokusere på dine oppgaver.

Og gjør så godt du kan.

Snakk høyt og tydelig.

Hør hva de andre sier.

Prøv å bare følge med.

Så kan man ikke gjøre mer enn man kan.

[SPEAKER_02]

Nei, og det er mye godt nok, det.

Man skal ivareta sitt ansvarsområde og sine arbeidsoppgaver.

Så uavhengig av hvordan det går med pasienten, så skal man være ...

Ikke fornøyd, det er feil ord.

Men man skal være ... Ja, fornøyd med det man presterer.

For det er jo snakk om en prestasjon her.

At alle har prestasjoner inn i teamet og rundt pasienten.

Og er man på tiden og har kniven klar, så skal man være fornøyd med det.

[SPEAKER_03]

Ja.

Så er det jo også ofte en såkalt debrif etterpå.

Hvor man kan snakke om hvordan det gikk, hva vi kan gjøre annerledes en annen gang.

Er det noen som har noe de trenger å lette på.

Eller alt etter som.

[SPEAKER_02]

Som ofte så blir det jo tatt en defusing rett umiddelbart, hvis det er tid og rom.

En defusing på akuttrommet, der man gjerne får klarlagt ting som har vært kanskje utydelige, eller som man stusser eller lurere på.

Eller så har vi kollegastøtte i operasjonsavdelingen på begge gangene.

Og det er nok litt lurt hvis man sitter igjen med emosjonelle reaksjoner.

Som man kan ta opp med en kollega.

En kollega forstår jo hva man har stått i.

[SPEAKER_03]

Ja.

Jeg har gjerne sett lignende før, eller ... Ja.

[SPEAKER_02]

Så ikke gå hjem med noe alene.

Snakk om det.

Det har iallfall jeg gjort.

Jeg har gjort det, og ikke gjort det.

Og det å brenne inne med ting, det er ikke godt.

Nei, jeg kjenner òg til det.

Så vi bruker kollegastøtte.

Sånn at man kan lufte ting som man tenker på.

Eller så blir det arrangert tekniske debrifer.

Som regel innenfor en uke.

Der man går gjennom hendelsesforløpet og det tekniske rundt.

[SPEAKER_03]

Det kan være greit å få snakket igjennom for å se hva vi kan gjøre annerledes neste gang.

Hva kan vi lære?

Er det noe å lære her?

Ikke sant.

Da tenker jeg vi kan snakke litt om dette med teamarbeid, litt kort.

Vi har vært inne på ganske mye av dette.

Hva som kjennetegner et velfungerende team.

Men helt praktisk holder jeg på å si.

Hva er det det handler om?

[SPEAKER_02]

Det handler jo om at teamet fungerer.

At alle gjør sine oppgaver til sin tid.
At alle forstår hva de skal gjøre til riktig tid.
At det blir kommunisert hensiktsmessig.
Både at det blir gitt beskjeder.
Den som har ansvaret, tar imot beskjeden, bekrefter at han har fått beskjeden, utfører arbeidsoppgaven.
Hvis det ligger implisitt for operasjonssykepleien at her skal jeg finne fram, gjøre klarere til toraksdren, så må du gjerne sjøl være trygge nok og ha evne til å ta den beslutningen og finne fram.

[SPEAKER_03]

Det er ikke noen som kommer til å si til deg når må du gå og pakke opp utstyret?

[SPEAKER_02]

Er det en litt sånn karotisk situasjon der man gjerne ikke får tydelig beskjed, men forstår likevel at her skal vi gjerne gjøre noe.
Jeg finner iallfall fram torakstrallen.

[SPEAKER_03]

Det er bedre å åpne enn å la være?

[SPEAKER_02]

Bedre å åpne en gang for mye enn en gang for lite.
Eller havne bakpå.

[SPEAKER_03]

Ja, ikke sant.
Så for den skarpe lytter her, så handler jo dette altså om ikke-tekniske ferdigheter.
Det handler om at du, som vi har vært inne på, har for deg situasjonsforståelse hvis du ikke har det.
Men at du snakker med teammedlemmene dine.
At du tar beslutninger i forhold til beslutningstaking og ledelse.
Og at du forstår rollene til de andre i teamet og din egen rolle.
Og ikke minst så skal vi jo ta vare på pasienten oppi her.
Noen ganger er det jo en våken pasient.

[SPEAKER_02]

Og det kan være barn som er engstelige.
At man på en måte tilpasser på den måten man er på og snakker til de andre i teamet, men òg til pasienten hvis det er et barn.
Som er tilpassa pasienten.
At man leser situasjonen.

[SPEAKER_03]

Ja, og da kan det jo òg potensielt være en pårørende med, som gjerne mottakssykepleier tar seg av.

[SPEAKER_02]

Ja, eller jeg.
Som operasjonssykepleier er det lite å gjøre, så kan jeg godt bidra.
Hvis mottakssykepleiere har mye å gjøre, så kan jeg hjelpe til.

[SPEAKER_03]

Men da avklarer man det.

Si at nå gjør jeg dette.

For at ikke man skal gå i beina på hverandre og lage kluss i oppgavene.

Men vi skal gå inn for landing, og vi kan oppsummere litt kort.

Vi har vært innom både stressreaksjoner, strukturert arbeid gjennom ABCDE med en X foran.

Og så denne helhetlige tilnærmingen som damage control er.

Resuscitation.

Som man gjør i mottak og eventuelt òg videre med at vi ...

Hva tenker du det er viktig at studentene sitter igjen med etter dette?

[SPEAKER_02]

Det at de blir kjent med hva som ligger mekanismene bak skade hos traumepasienten.

At de vet litt ... God kjennskap til sine arbeidsoppgaver.

Både nede på akuttrommet, men òg på operasjon.

Hvis pasienten skal der, gjøre seg kjent på akuttrommet.

Hvor er utstyret.

[SPEAKER_03]

Være nysgjerrige og få deg den tryggheten du trenger for å kunne gå ned der.

Det vil nok være litt skummelt uansett for mange første gang.

Noen syns kanskje det bare er spennende.

Kan de ringe deg hvis de er her og trenger det?

Ja da.

[SPEAKER_02]

Det når meg både på telefon og mail.

[SPEAKER_03]

Og det å få den tryggheten, for nå har vi jo bare snakket om én pasient i dag, men det kan jo òg være en større hendelse hvor det kommer flere pasienter.

Og det er det jo òg systemer for.

Så vi ikke har tid til å gå innpå i dag?

[SPEAKER_02]

Vi har beredskapsplaner for masseskade, massetilstrømning til sykehuset.

Hvis det kommer et større antall pasienter til sykehuset, vil ikke teamene være like store.

Sykepleiere som møter disse pasientene, har kjennskap til primærundersøkelsen, kan basal luftveishåndtering og blødningskontroll.

[SPEAKER_03]

Og det får du hvis du tar deg et kurs.

[SPEAKER_02]

Ja, da kan man melde seg på kurs i traumesykepleie.
Som arrangerer tre-fire ganger i året på SUS.
Og det står du bak.
Ja, jeg og mine kolleger er med på å arrangere det.
Så jeg er kits-instruktør.

[SPEAKER_03]

Nei, men vi må rett og slett avslutte.
Det har vært veldig kjekt å ha deg med, Siri.
Jeg og du kunne jo snakket om dette i timer og dager.
Veldig spennende jobb du har.
Masse god kompetanse.
Takk for at du ville være med oss og spille inn en episode i dag.
Veldig kjekt å få være med.
Tusen takk for meg.
Takk for i dag.
Og vi lyttes igjen ved en annen anledning.

[SPEAKER_00]

Du har hørt en podkast fra Universitetet i Stavanger.