



Foreldres opplevelse av tillit og tap når barnet er til anestesi

Hvordan opplever foreldre det å være med på barnets første generelle anestesi ved elektiv kirurgi?

HILDE E. HÆGELAND FLYDAL

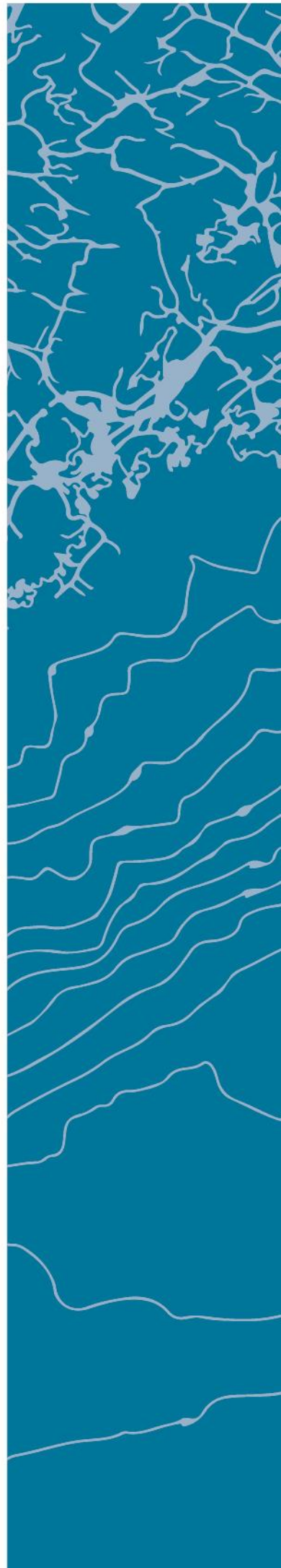
VEILEDER

Thomas Westergren

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap



Forord

Å skrive en masteroppgave var i utgangspunktet ikke helt min tanke; skal jeg kjøre en studie selv?! Dette ble likevel veien å gå for å oppnå målet om en spesialisering innen anestesisykepleie, en vei som tidvis har vært svært krevende, men heldigvis også for det meste spennende.

Ironien i det hele er ved studiestart var skråsikker på at jeg ikke skulle skrive om barn eller foreldre, og jeg skulle hvert fall ikke skrive en hermeneutisk oppgave. «Sånn kan det gikk», og her er oppgaven. Om foreldre. En hermeneutisk studie.

Jeg har lært masse om hva det innebærer å planlegge og gjennomføre en kvalitativ studie, både faglig, og praktisk, men også hva det krever av meg på det personlige plan. Det har vært krevende, frustrerende, men også spennende å jobbe med studien.

For meg har studien pekt på aspekter ved å være anestesisykepleier og hvordan foreldre og barn kan møtes på en god måte, samtidig som jeg har fått et lite innblikk i foreldrenes opplevelser.

Jeg vil først av alt rette en stor takk til veileder **Thomas Westergren**. Takk for alle gode råd og anbefalinger, for din stadig like store entusiasme, for all oppmuntring og at du ikke har mistet troen på verken meg eller studien. Takk for god veiledning gjennom dette året. Takk for at du har «been geekin' out», spesielt i analysearbeidet, det har vært veldig lærerikt!

Takk til **avdelingen ved aktuelle helseforetak** for et godt samarbeid og for å vise svært positiv interesse for studien og spesielt til avdelingslederen der for hennes samarbeid.

Takk til **Laila** og **Hanne** for tips og vink gjennom mye av skriveingen.

Min mor, **Lillian**, for å ha korrekturlest og kommet med råd om oppgaven, min far, **Sigurd** for å ha hjulpet meg å knekke «lesekode» for hermeneutikken. Stor takk til begge dere for at dere har hjulpet med å holde dagliglivet i gang og tilrettelegging for jentene og meg, for all motivasjon og for at dere ikke har mistet troen, selv når uforutsette og forsinkende hendelser har inntruffet.

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en stor takk til de **to skjønnene jentene** jeg er så heldig å få være mor til. Takk for den tålmodighet dere har utvist, spesielt når jeg har vært i min egen lille skriveboble.

Dere har holdt meg oppe og sørget for at jeg ikke har mistet motivasjonen, i tillegg til å tvinge meg til å koble ut og av, noe som har vært til alles fordel. Nå får dere meg tilbake!

Sammenfatning

Bakgrunn

Vanlig praksis er at forelder følger barnet og er til stede under innledningen av anestesien. Kvantitative studier tar for seg påvirkningen forelderen kan ha på barnet og innledningen av anestesien med tanke på mengden medikamenter, samt tilfredshet hos foreldre. Litteratur innen psykologien omtaler de emosjonelle bånd mellom forelder og barn. Derimot finner jeg lite litteratur eller forskning om foreldres opplevelser.

Hensikt

Hensikten med studien er å få en bredere forståelse av hvordan foreldre opplever å være med på innledningen av sitt barns anestesi.

Problemformulering

Hvordan opplever foreldre det å være med på barnets første anestesi ved elektiv kirurgi?

Metode

Studien har en kvalitativ metode, og baserer seg på semistrukturerte dybdeintervjuer med 3 foreldre som har fulgt barnet til generell anestesi. Analysen baserer seg på hermeneutiske prinsipper og hermeneutisk sirkel.

Resultat

Foreldrene opplever å overlate foreldreansvaret og barnets liv til helsepersonellet i tillit, tvilen på seg selv, og frykten for skade på eller tap av barnet. Graden av disse opplevelsene varierer. Foreldrene får en fysisk følelse av dette når barnet sovner, samtidig som de opplever at barnet blir sett og møtt av helsepersonellet, noe som vekker forelderens tillit. Foreldrene uttrykker også tvil om seg selv og den støttefunksjonen de har overfor barnet.

Konklusjon

Foreldrene beveger seg mellom tillit til personalet, tvil om egne foreldreevner og frykten for skade eller at barnet dør.

Nøkkelord

Foreldres opplevelse, barn til generell anestesi, kvalitativ, hermeneutisk

Abstract

Background

There is a widespread practice that one parent is present during the induction of his or her child's anesthesia. There are quantitative studies on how the parent's presence impacts the induction, the impact on the child, and satisfaction with the parents. Literature within psychology states that there are bonds between parent and child. However, I found little on what the parents' experiences are.

Aim

The intention of this study is to gain a better understanding of the parent's experiences when they are following their child to, and attending, the induction of the general anesthesia.

The research question

What is the parent's experience from being present at their child's first general anesthesia to a planned surgery?

Method

A qualitative method was chosen. The study is based on semi-structured in-depth interviews with 3 parents whose children have been to general anesthesia as part of a planned surgery. The analysis is based on hermeneutic principals and the hermeneutic circle.

Result

Parents experience trusting the health care staff with parenthood and their child's life on one hand and fearing injury or death of their child on the other. The degree of these feelings varies, e.g. the fear being either a feeling or a physical experience from when the child loses consciousness. The parents' experience that their child is met and seen by the staff helps the parents trust the staff, however, the parents experience doubting their capability as parents.

Conclusion

The parents alternate between experiencing trust, fear of loss or injury of their child, and doubting themselves.

Keywords

Parent's experience, children to general anesthesia, qualitative, hermeneutic

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	3
1.1 Hensikt	4
1.2 Forskningsspørsmål	4
2.0 Teoretisk rammeverk.....	5
2.1 Avklaring av begreper	5
2.1.1 Familiesentrert sykepleie	5
2.1.2 Kommunikasjon	6
2.1.3 Tilknytning	6
2.1.4 Toleransevindu	6
2.1.5 Regulering og andre-regulering	7
2.1.6 Barn og pårørende	7
2.1.7 Andre helserelevante begreper	8
2.2 Yrkesetikk	8
2.3 Juridiske rammer i Norge	9
3.0 Tidligere forskning	9
3.1 Søkestrategi	9
3.2 Forskning	10
4.0 Metode og design.....	12
4.1 Hermeneutisk tilnærming og kvalitativ metode.....	12
4.2 Utvalg av informanter	13
4.3 Intervjuforberedelser.....	15
4.4 Datainnsamlingen	15
4.5 Transkribering.....	16
4.6 Analyse – økt forståelse gjennom dialog med teksten	17
4.6.1 Trinn 1 – helheten	17
4.6.2 Trinn 2 – delene og tema.....	17
4.6.3 Trinn 3 – se delene opp mot helheten	20
4.6.4 Trinn 4 – gullsitater som møtepunkt.....	20
4.7 Metodedrøfting	20
4.7.1 Metode og design	20
4.7.2 Rekruttering.....	21
4.7.3 Tidspunkt for datainnsamling	21
4.7.4 Datainnsamling	22
4.7.5 Transkripsjon av intervjuene	22
4.7.6 Analyse	22
5.0 Forskningsetikk.....	23

5.1 Søknad til etiske komiteer	23
5.2 Konfidensialitet.....	24
5.3 Samtykke	24
5.4 Fordeler og ulemper for informantene.....	25
5.5 Identifisering av egen forforståelse og rolle som forsker	26
6.0 Presentasjon av funn	26
6.1 Overordnet tema	26
6.2 De tre undertemaene	27
6.2.1 Forelderen tviler på seg selv som forelder og hva de legger i det å være forelder	27
6.2.2 Frykten for at barnet skades eller følelsen av tap av barn	29
6.2.3 Forelderen overlater foreldreansvaret og barnets liv i tillit til helsepersonellet.....	30
7.0 Drøfting	32
7.1 Drøfting av funn.....	32
7.2.1 Foreldre tviler på seg selv som foreldre og det de legger i det å være foreldre	32
7.2.2 Foreldre opplever frykt for at barnet skades eller dør, eller tap av barn	34
7.2.3 Foreldre overlater foreldreansvaret og barnets liv og helse til helsepersonellet i tillit.....	35
8.0 Konklusjon.....	37
9.0 Studiens pålitelighet	37
9.1 Validitet.....	37
9.2 Reliabilitet og overførbarhet.....	38
10.0 Avslutning.....	39
10.1 Oppsummering.....	39
10.2 Implikasjon for yrkespraksis og fagfeltet	40
10.3 Forslag til videre forskning	40
10.0 Litteraturliste.....	41
Vedlegg 1 - Søkestreng	
Vedlegg 2 - FEK søknad og svar	
Vedlegg 3 - Søknad NSD	
Vedlegg 4 - Svar NSD	
Vedlegg 5 - Helseforetaket, søknad og svar	
Vedlegg 6 - Informert samtykke	
Vedlegg 7 - Intervjuguide	
Vedlegg 8 - Intervjulogg	
Vedlegg 9 - Transkripsjonsmal	
Vedlegg 10 - Analyselogg	
Vedlegg 11 - Svar fraREK	

1.0 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Å være foreldre er for de aller fleste overveldende. Det fins mange ulike beskrivelser av det, men det er en gjennomgående opplevelse av glede og engstelse. Vil en klare oppgaven, vil det gå godt for barnet? En ønsker det beste for barnet sitt, og en bekymrer seg hvis det skjer noe? Sykdom og skader kan være nærliggende grunner til bekymring. Og når det inntreffer, settes mange følelser og tanker i sving.

Arbeidet ved postoperative avdelinger kan by på flere utfordringer enn de som dreier seg direkte om pasienten. Når man har med barn å gjøre, har man også svært ofte med foreldrene å gjøre, og spørsmål rundt foreldrenes situasjon kan dukke opp. Ofte er foreldrene overlatt til seg selv i tiden fra de forlater sitt sovende barn og til de gjenforenes på postoperativ avdeling, eller dagkirurgisk avdeling. Som følge av dette kan tanker om «hva skjer med foreldrene mens barnet er til anestesi/operasjon» og igjen videre til «hvordan er det å være forelder i denne situasjonen» dukke opp og oppleves som relevant for en anestesisykepleier. For meg førte dette til tanken om den problemformuleringen jeg har kommet frem til. Det er denne korte stunden inne på operasjonsstuen jeg gjerne vil gripe fatt i og vite mer om hvordan oppleves av forelder.

Knyttet til disse spørsmålene ligger det noen juridiske føringer. Barn har lovfestet rett til å ha en eller begge sine foreldre hos seg ved innleggelse i institusjon, og da hele oppholdets varighet, så fremt dette for eksempel ikke er til barnets beste (Pasientrettighetsloven, 1999). Forskriften for samme lov, §6, sier at det ofte er en påkjenning for foreldrene å ha et barn innlagt ved en institusjon, og at barnet har rett til å ha en eller begge foreldrene til stede når anestesi innledes og ved oppvåkningen, så sant dette er mulig og forsvarlig med tanke på behandlingen (Helseinstitusjon, 2013). Sammen er disse forskriftene med på å understreke relevansen for det tema jeg har valgt. Etter det jeg har lest av skriftlig materiale og observert gjennom jobb og praksis, er arbeidet ved avdelingene i overenstemmelse med aktuelt lovverk, og dette tilstrebes også i så stor grad som mulig.

I forberedelsene og før innledning av anestesien kan det dukke opp ulike utfordringer. Barnet kan motsette seg masken eller å få lagt inn venekanyler, og foreldrene har i noen tilfeller blitt litt mer stresset av dette. Siden barna er under 16 år, er det forelderens som skal ta beslutninger på barnets vegne, men da i samråd med ansvarlig anestesilege og etter informasjon, i de tilfellene informasjon er hensiktsmessig der og da (Pasientrettighetsloven, 1999). Det å skulle være med på å ta avgjørelser kan også være med på å øke påkjenningen til forelderens (Hazinski, 2013).

Som nevnt over, følges barn som skal til elektiv kirurgi til operasjonsstuen av sine foreldre, og jeg kan finne forskning som går på spillet mellom foreldre-barn, påvirkningen av foreldrenes

tilstedeværelse på barnet, og mer. Denne forskningen av blant annet Chundamala, Wright & Kemp (2009), Kain, Caldwell-Andrews, Mayes, Wang, Krivutza & LoDolce (2003), og som alle omhandler foreldres tilstedeværelse under innledningen av barneanestesi, har nok vært medvirkende til at vi har fått så sterkt fokus på barnets rett til å ha med foreldre. Vi trenger ikke bevege oss langt ut i verden før vi ser at vi er kommet langt i utviklingen, og at det kreves at barn blir forlatt av foreldrene når de er på sykehus. Vi trenger heller ikke gå mange tiår tilbake i tid for å finne den samme praksisen i Norge. På 50-tallet ble foreldre henvist til en kort visittid. Heldigvis, mener jeg, har det skjedd store endringer på dette feltet.

Ved gjennomgang av litteraturen har jeg ikke funnet særlig forskning som tar for seg hvordan det er å være forelder og følge barnet til sin første generelle anestesi og å være med på innledningen, selv om det finnes forskning som tar for seg foreldrenes betydning for barnet og/eller mengden medikamenter barnet trenger under innledningen med/uten foreldre til stede. Dette har jeg lyst å finne ut mer om. Hva sitter forelderene igjen med kort tid etter å ha fulgt barnet sitt i denne situasjonen?

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvordan det er å være forelder og å følge barnet sitt til anestesi for første gang. Hvilke opplevelser forteller foreldrene om? Hvorfor sitter foreldrene tilbake med nettopp denne opplevelsen? Jeg ønsker at hovedfokus er på de minuttene de tilbringer inne på operasjonsstuen, og at det er første gang barnet er til anestesi, da i forbindelse med planlagt kirurgi.

1.2 Forskningsspørsmål

«Hvordan opplever foreldre det å være med på barnets første anestesi ved elektiv kirurgi?»

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Avklaring av begreper

For å belyse selve temaet, er det nødvendig å redegjøre litt om barnet og påvirkningen forelderen kan ha på barnet, det samspillet som finnes mellom barn og foreldre. Jeg finner lite litteratur og forskning som omhandler foreldres opplevelser knyttet til mitt tema.

2.1.1 Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie bygger på prinsippet om at barn og foreldre er knyttet til hverandre og at barnet er mer eller mindre avhengig av forelderen for å få dekket sine behov, for eksempel for trygghet og bekreftelse. Når da barnet befinner seg i en ukjent situasjon og med ukjente mennesker rundt seg, er det forelderen som må se barnet og hva det trenger, og komme barnet i møte. (Friis Steen, 2012) Familiesentrert sykepleie er en relasjon mellom familien og sykepleieren/sykepleierne med fokus på den sykepleie som skal gis til det syke barnet, og hver enkelt familie må møtes forskjellig ut fra hvilken betydning sykdommen har for familien. Det presiseres at det er et samspill mellom barnet og forelderen/foreldrene, og at disse partene påvirker hverandre, også gjennom den dynamikken som er i en familie. Foreldrene kan gi barnet en annen type støtte enn den en sykepleier kan, og skulle forelderen ikke kunne gi denne støtten til barnet sitt og barnet motta denne støtten, kan det føre til en negativ virkning og økt påkjenning hos både forelder og barn. (Hazinski, 2013)

Sidsel Tveiten skriver om dette i sitt kapittel i fagboken «Sykepleie til barn» (Tveiten, Wennick & Friis Steen, 2012). Siden barn er knyttet til sine foreldre, og det er foreldrene som kjenner barnet best og ser de behovene barnet har, er det også naturlig at sykepleieren møter foreldrene og er åpen for det de kommuniserer at barnet trenger. Det er da også naturlig, ifølge Tveiten, at sykepleien rettes mot foreldrene og det de trenger, nettopp for å sammen kunne gi best mulig sykepleie til barnet.

Sykepleieren kan ikke bare se barnet eller foreldrene, men må se det samspillet som er til stede, og utnytte dette på en måte som kommer barnet til gode, og da må man også ta hensyn til foreldrene. Det er når man spiller på lag med foreldrene at man sammen kan gi helhetlig sykepleie til barnet, og da i så stor grad som mulig på barnets premisser.

En betingelse for at foreldrene skal kunne ta del i omsorgen for barnet sitt, er at forelderen har dekket sitt behov for hvile og stressreduksjon. Stressreduksjon kan for eksempel være å få informasjon om hva som skjer og hva som er skjedd, og sikre at forelderen har forstått dette. Å bli møtt på sine følelser kan også bidra til at forelderen har det bedre og er mer kapabel til å aktivt se barnet og dets behov. (Grønseth & Markestad, 2017)

2.1.2 Kommunikasjon

Kommunikasjonen ved sykepleie til barn er vesentlig, og da både med barnet selv, og foreldrene. Måten man tilnærmer seg barnet på, avhenger av barnets alder og modenhet, og budskapet som formidles til barnet tilpasses ut fra dette. Kommunikasjonen skal, i tillegg til å opplyse, være med på å styrke barnets, og foreldrenes, følelse av å takle situasjonen. Ved å skape tillit hos foreldrene, vil barnet også kunne få tillit til sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2017). Ærlig og tydelig kommunikasjon som er tilpasset den alderen og mottakeligheten barnet er i, og en kommunikasjon som benytter seg av dagligdagse ord som barnet har forutsetninger for å forstå, er grunnleggende. Dette kan også være en fordel for foreldrene, som kanskje er i en stresset situasjon og tar til seg informasjon dårligere enn ellers. Enkel og tydelig kommunikasjon er god kommunikasjon til barn og voksne.

2.1.3 Tilknytning

Fra barnet er om lag et halvt år gammelt, starter den emosjonelle tilknytningen til den eller de som er omsorgspersoner, hovedsakelig foreldrene, og barnet vil da søke seg til disse for å få trygghet, nærhet, trøst, og så videre i situasjoner som kan oppleves nye og fremmede, eller utrygge (Friis Steen, 2012). Graden av tilknytning og hvor stort behovet er, varierer naturlig med alder, hvor de minste har størst grad av behov for trygghet sterkest tilknytning og de eldre barna kanskje har behov for å ha med seg en forelder for trygghet, men søker seg ikke inn til eller har nødvendigvis ikke samme reaksjonsmønster som et barn på et par år. Tryggheten og tilknytningen tåler en større distanse.

2.1.4 Toleransevindu

Begrepet «toleransevindu» brukes innen traumepsykologi, men er også relevant utenom traumepsykologien i situasjoner som oppleves som stressfylt. Dette bygger på at alle mennesker har et vindu, et intervall, hvor man helst vil befinne seg for å kunne håndtere situasjoner. Man kan befinne seg over toleransevinduet, i en tilstand hvor man er overaktivert og ikke håndterer situasjonen fordi man kommer i en slags «kampklar» situasjon; kroppen er klar til å forsvare seg fordi man opplever stressorer som føles truende. Under toleransevinduet finner man motsatt reaksjon, en underaktivering og en tilstand som forfatteren av artikkelen beskriver som «kollaps», det at man nærmest resignerer. (Eide-Midsand & Nordanger, 2017) Etter hvert som man blir eldre, og om man har god hjelp i reguleringen, dvs hjelp til å befinne seg innenfor toleransevinduet, vil dette intervallet utvides og man vil kunne klare større påkjenninger, i tillegg til at man vil lære å regulere seg selv bedre. Dette forutsetter også at man ikke stadig utsettes for traumer som fører til at man stadig oppholder seg utenfor dette intervallet, men at man kan holde seg i det

toleransevinduet man har. Når barnet har en trygg forelder med seg og som er den trygge basen barnet trenger, når barnet trenger det, kan toleransevinduet være større enn dersom barnet er uten denne tryggheten/muligheten for trygghet. (Nordanger & Braarud, 2014)

2.1.5 Regulering og andre-regulering

Barnet trenger hjelp med å «lære» følelsene, hva som er adekvat reaksjon i hvilke situasjoner. Friis Steen kaller dette affektregulering; barnet klarer selv å regulere følelsene sine og holde seg innenfor toleransevinduet, men først etter å ha lært å regulere seg selv gjennom andre-regulering. Et begrep som gjerne brukes om barns læring med å regulere følelsene sine, er «samregulering» eller «andre-regulering» (Nordanger & Braarud, 2014). Her møter forelderen barnets følelser og «viser» hvordan barnet kan lære om det er en adekvat reaksjon eller om den trygt kan reguleres ned til den er innenfor toleransevinduet. Eksempel på dette kan være at en toåring løper bortover gulvet, men blir skremt av katten som springer frem fra under en sofa. Barnet griner og forelderen kommer bort og trøster. På denne måten lærer barnet at det går bra og at det er mulig å komme inn i toleransevinduet igjen, etter å ha vært utenfor litt.

Foreldres rolle som et trygt sted for barna må nevnes. Foreldrene kan sies å fungere som et mentalt hvilested for barna, hvor barna kan komme etter å ha utforsket på egen hånd. Barna vandrer ut, og dersom de opplever nye og/eller skremmende, triste, negative opplevelser, returnerer de til dette trygge hos forelderen. (Friis Steen, 2012; Nordanger & Braarud, 2014)

I læreboken «Anestesisykepleie» skriver Fanghol og Valla (2011) blant annet at foreldres angst og tilstedeværelse kan spille inn på innledningen av anestesi til barnet. Forfatterne skriver også at «foreldrene kan være følelsesmessig involvert» (Fanghol & Valla, 2011, s. 365) og at noen i teamet bør ta seg av forelderen i tiden barnet deres er til anestesi. Forfatterne sier at der er et samspill mellom barn og forelder, og at begge partene påvirkes av den andres reaksjoner. Barnet trenger tryggheten forelderen gir ved sin tilstedeværelse, men forfatterne presiserer også at dette er så fremt tilstedeværelsen er til barnets beste. Er forelderen utrygg, vil det kunne smitte over til barnet og være mot sin hensikt.

2.1.6 Barn og pårørende

Pasienter som er under 18 år er definert som barn (Helseinstitusjon., 2000) og sykehusene følger denne lovgivningen når pasientene plasseres med en tilhørighet på en post. Pårørende blir i Pasient- og brukerrettighetsloven definert som «foreldre eller andre med foreldreansvar» (1999) eller personer som har med pasienten å gjøre på en jevnlig basis.

2.1.7 Andre helserelevante begreper

Elektiv kirurgi vil si at operasjonen er planlagt. Pasienten har da hatt tid til å gjennomgå forberedelser i forkant, for eksempel vaske seg med desinfiserende såpe, skifte til sykehustøy eller bli vurdert av kirurg. (Nylenna, 2009)

Anestesi brukes ofte for «narkose» eller «generell anestesi». Dette innebærer at man får medisiner slik at man sovner og ikke har vondt under operasjonen. Forutsetning for å kunne gjennomgå operasjoner som er mer enn å fjerne en føflekk på en arm. (Nylenna, 2009)

ASA-klassifisering er en måte å identifisere og kartlegge risikofaktorer som kan spille inn når en pasient skal under anestesi. Graderingen går fra I til V, hvor I er helt frisk og V er en pasient som uten behandling er død innen 24 timer og som i praksis ikke har noe å tape ved å legges under i anestesi. (Rasmussen & Steinmetz, 2014)

2.2 Yrkesetikk

Som anestesisykepleier har en et grunnlagsdokument en plikter å følge og som sier noe om hvordan en utøver yrket som anestesisykepleier. Her fremkommer det blant annet at en anestesisykepleier «*benytter avanserte kommunikasjonsferdigheter for å møte pasientens behov og for å hjelpe pasientene gjennom den perioperative fasen*» (Grunnlagsdokument, 2017, s. 11). «Avanserte kommunikasjonsferdigheter» er et utfordrende begrep. Det innebærer at kommunikasjonen er tilpasset hver enkelt pasient og det pasienten trenger av informasjon for at den perioperative tiden skal bli så positiv om mulig for pasienten. Det krever faglig trygghet fra anestesisykepleieren og at hun/han ikke skjuler egen usikkerhet bak vanskelige ord og uttrykk. Anestesisykepleieren plikter også å være bevisst på og eventuelt fatte tiltak i situasjoner hvor pasientens sikkerhet eller verdighet er i fare, samtidig som respekten for pasientens verdighet ivaretas.

Frem til 2017 var det «Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere» (2014) som var gjeldende, og der er noen forskjeller i formuleringene som kan være nyttige å ha med for oppgavens del og for å belyse den helhetlige sykepleien anestesisykepleieren skal gi. Funksjonsbeskrivelsen (2014) sa at anestesisykepleieren «medvirker til å redusere eller eliminere stressfaktorer som angst, usikkerhet og smerteopplevelse». Det presiseres ikke om dette gjelder fysisk og/eller psykisk smerte, men det er tydelig at anestesisykepleieren skal ha et helhetlig fokus hvor fysiske og mentale faktorer skal være en del av dette, og at angst er en av faktorene det skal vises hensyn til. Funksjonsbeskrivelsen sier ikke noe om pasientens alder, og man kan derfor gå ut fra at det gjelder alle pasienter. Hos barn vil det dermed også kunne innebære at man tar hensyn til barnets alder og tilknytningsgrad til

forelder/ledsager og hvordan disse påvirker hverandre i positiv eller negativ grad, og bygger videre på dette.

Når det gjelder sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, sier disse at vi som sykepleiere har ansvar for å ta oss av pårørende også, men i situasjoner hvor man må prioritere, skal pasientens behov og rett prioriteres foran pårørende (Yrkesetiskeretningslinjer, 2011). Dette gjelder alle sykepleiere og det er ikke presisert noe om hvilke situasjoner som er inkludert eller man ikke finner aktuelle/relevante.

2.3 Juridiske rammer i Norge

I «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon» (2000§6), fremkommer at barnet har rett til å ha en forelder hos seg, eller begge dersom barnet er kritisk eller livstruende sykt. Det står også videre at foreldrene har rett til å få avlastning og den hjelpen de måtte trenge, samt at helsepersonellet skal avklare med foreldrene hvor mye de kan og har kapasitet til å klare å gjøre selv.

I merknaden til forskriften står det også at det skal tilstrebes at barnet har foreldre hos seg når det soves ned i anestesi og våkner opp fra anestesi.

Pasient- og brukerrettighetsloven, også kjent som «pasientloven», sier at «*barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon*» (1999§6-2) med mindre dette ikke er til barnets beste, som for eksempel dersom foreldre ikke har samværsrett eller barnet kan ta skade av samværet.

3.0 Tidligere forskning

3.1 Søkestrategi

Målet med søkene var i utgangspunktet å finne kvalitative studier om foreldre på operasjonsstuen, men startet med å ikke avgrense til kvalitative studier da kvantitative studier kan være med på å påpeke relevansen for denne studien.

Søkene ble utført gjennom søkemotoren EBSCO Host i databasene CINAHL plus full text, MedLine og PubMed, samt SveMed. Da der er forskjell på stavemåter i US og UK engelsk, brukte jeg i utgangspunktet US engelsk, men satte trunkering* på søkeordene for å ikke utelukke andre endinger. I tillegg gjorde jeg testsøk med UK stavemåte. Jeg fikk da opp de samme artiklene.

Aktuelle søkeord var parent*, presence*, pediatric anesth*, experience. Ordene ble kombinert ved for eksempel føre søket opp på følgende måte: parent* presence* AND pediatric anesth* AND experience. Her fikk jeg opp 43 artikler, hvorav majoriteten av disse var artikler basert på kvantitative studier og tok for seg enten foreldenes tilfredshet med informasjonen som ble gitt i forkant, eller foreldrenes betydning for barnet preanestetisk/under innledningen av anestesien, eller gjennom hele forløpet.

Søket ble derfor ytterligere avgrenset med å bruke limitatorer, som kan være avgrensning til tidsrom for publikasjon, studier på barn, voksne, publiseringsspråk, etc. Jeg avgrenset til at artiklene ikke skulle være over 10 år gamle fra publikasjonsår, fagfellevurdert, og flere av artiklene ble funnet etter avgrensning til å ligge ute i fulltekst. Jeg brukte også N og et tall i søket mellom to ord, for eksempel «parent* N6 presence* AND pediatric anesth*» som betyr at ordene ikke skal være mer enn 6 ord fra hverandre i setningen (Vedlegg 1). Dette hjalp med å redusere artikler til et mer overkommelig antall, 4 artikler, men det innebærer også at det er mulig jeg ikke har funnet relevante artikler. Jeg gjorde flere søk og gjennomlesninger, og endte opp med de artiklene jeg har brukt i oppgaven.

3.2 Forskning

En studie gjort av forskere i Toronto, Canada, tar for seg foreldres, og barns, stress/engstelse i forbindelse med at barnet skal til anestesi (Chundamala, Wright & Kemp, 2009). Forskerne har her sett på flere studier gjort andre steder, og det fokuseres på foreldre og barn separat. Noe av det forskerne kritiserer et par av studiene for, er at det er bias hos foreldrene og det at foreldrene har gradert sitt eget stressnivå. Svarene blir dermed ikke sett på som like troverdige som de kvantitative data som ble målt i enkelte andre studier. De stiller *ikke* spørsmål ved om barna påvirkes av foreldrenes engstelse eller ei, dette er noe de finner reelt. Chundamala et al. (2009) konkluderer studien sin med at det ikke er noen forskjell for foreldrenes stress/engstelsesnivå om de er inne hos barnet under induksjon av anestesi eller ei. De mener likevel å ha funnet en liten forskjell hos barnet i et par av studiene, men barna var da premedisinert og forskerne stiller spørsmål ved hvilken hensikt det har for foreldre og barn at foreldrene er til stede. Forfatterne konkluderer også med at hva man velger å gjøre i praksis på de forskjellige stedene, bør være en vurdering ut fra hva som er barnets beste i den enkelte situasjon.

En systematisk review av Erhaze, Dowling & Devane (2016) rapporterer de at selv om det er vanskelig å forske på barn da det er store variasjoner i utviklingen fra 0-18 år, vil de anbefale at

barna har med seg en voksen de har tilknytning til når de skal til operasjon, hvilket er i tråd med prinsippene for familiesentrert sykepleie, eller «family centered care» som det refereres til i artikkelen. De fant ingen signifikant forskjell på foreldre eller barna ved foreldrenes tilstedeværelse eller fraværelse. Forfatterne sier også at det er en påkjenning for barn og foreldre, men presiserer også at videre forskning bør ta for seg stress og mestring, «coping», hos foreldrene. Man kan stille seg spørsmål om hvem sine premisser som ligger til grunn for pleien, barnet eller forelderen, og om barn og forelder speiler hverandre så mye at man må ta hensyn til den som kan ha mest nytte av stressmestringsstrategier for at begge skal ha nytte av det. I konklusjonen sier forskerne at man også bør vurdere å inkludere barn med fysiske og/eller mentale utfordringer da disse barna kan reagere annerledes på om foreldrenes tilstedeværelse, eller fravær. Videre forskning på tema bør også se mer på hvilke kartleggingsverktøy som benyttes på foreldrene og barna. (Erhaze et al., 2016)

I en artikkel skrevet av Mikkelsen og Fredriksen (2011) refereres familiesentrert sykepleie til som et konsept. Dette oppstod som følge av tanken om, eller forståelsen for, at familien som helhet skulle ivaretas, da pasienten jo var en del av denne helheten, og at man ved å yte hjelp til hele familien kunne bidra til å bedre tilstanden for pasienten. Kunne man se denne helheten og ta seg av ikke bare pasienten men familien rundt, ville alles beste være ivaretatt. Forfatterne legger ikke skjul på at familiesentrert sykepleie kan ha positive aspekter, men de gir kritikk for ukritisk bruk av begrepet. Der er noen definisjoner av begrepet, men der er ifølge forfatterne ingen utarbeidede retningslinjer for hva familiesentrert sykepleie skal være, for hvem det skal være, eller hvem som er involvert av helsepersonell. Forskjellige definisjoner har noe forskjellig oppfatning av hvem som er mottager og hvem som yter hjelp, og dette utgjør et spenn fra at familien er «hovedyter» til at familien er mottagende part. Dette selv om tanken om å skulle ivareta personene rundt pasienten, ifølge forfatterne, ikke var ukjent fra før selve begrepet dukket opp.

Videre kritiserer Mikkelsen og Fredriksen (2011) det at tendensen til å kun se mors behov i sykepleien som skal gis, og ikke øvrige familiemedlemmer, og at hennes behov er identiske med de til barnet/pasienten, uten å sette spørsmålstegn til om dette faktisk er realiteten. Risikoen ved at slutningen om at barnets behov er mors behov dras, er at det er mor og hennes behov som kommer i fokus, og at barnets behov blir oversett eller ikke tatt hensyn til i det hele tatt.

Forfatternes konklusjon er dermed at det bør arbeides for å få klarere definisjoner for hva familiesentrert sykepleie skal være, ettersom begrepet ikke brukes konsekvent. Man har dradd slutningen om at barnets behov tilsvarer morens behov og at øvrige familiemedlemmer er satt til side til fordel for barnets mor.

Så langt jeg kjenner til, er der lite forskning som går på den tematikk som er valgt, og ved databasesøk kom der opp én artikkel som omhandler tematikken. Dette er en studie gjort på foreldre til barn som skal til sin første anestesi, og hvor foreldrenes erfaringer er tolket ut fra en fenomenologisk tilnærming (Andersson, Johansson & Almerud Åsterberg, 2012). Forfatterne fant at foreldrene trenger å trygges i situasjonen, få en mestringsfølelse og trygghetsfølelse for å kunne være en støtte for barnet sitt på en så god måte som mulig, og sammenhengen mellom informasjon i forkant av innledningen kan bidra til en bedre mestringsfølelse hos foreldrene. Temaer som lettelse, maktesløshet, trygghet og støtte er noe av de temaer som ble nevnt at foreldrene beskrev. Forfatterne mener fokuset til sykepleierne, i tillegg til barnet, derfor må være på hvordan man møter foreldrenes behov og er deres støtte, for at foreldrene skal ta seg av barnet, og at det anbefales at det er en sykepleier som har dette som sin oppgave (Andersson et al., 2012). Bortsett fra denne, er det lite å finne innen fenomenologiske, eller hermeneutiske, studier. Slik jeg ser det er dette med på å bekrefte at dette temaet trenger mer fokus, og fordeler med et slikt fokus kan være at man blir mer bevisst på hvordan man kan møte foreldre/pårørende som følger barnet sitt til anestesi og operasjon på en best mulig måte, man kan få bedre forståelse av hvordan de har det og hva de eventuelt har behov for å bli møtt på.

4.0 Metode og design

4.1 Hermeneutisk tilnærming og kvalitativ metode

Innen forskning er der flere måter å forske på og tilnæringsmåten varierer avhengig av hva man ønsker få mer kunnskap om. Den ene metoden kalles kvantitativ og hensikten her er å øke kunnskapen om fenomener man kan tallfeste, kvantifisere, og bruken av statistikk, sannsynlighet og tabelloppsett er en del av denne prosessen (Polit & Beck, 2014).

Den andre metoden er kvalitativ, det vil si at hensikten er å få kunnskap om noe som ikke så lett lar seg, eller skal kunne, tallfestes (De Carpona, 2013). Dette være seg opplevelser, følelser, hvordan en hendelse har blitt erfart. Kvalitativ metode kan igjen deles inn i det som er rent beskrivende, kjent som deskriptiv eller fenomenologisk tilnærming, eller fortolkende, kjent som hermeneutisk tilnærming. Ved en deskriptiv tilnærming skal forskeren forsøke å legge bort sine forforståelser og se på hva som faktisk sies, uten å finne noe underliggende budskap (Kvale & Brinkman, 2009). Hvilke spørreord som er brukt i problemformuleringen er oftest en god pekepinn på hvilken metode og tilnærming som er brukt i studien (Polit & Beck, 2014).

En hermeneutisk tilnærming er valgt til studien. Ordet «hermeneutikk» kommer fra gresk og betyr «fortolke» eller «forklare» (De Carpona, 2013), og termen «hermeneutikk» brukes om det som er fortolkningslære (Kvale & Brinkman, 2009), hvilket er passende for hva som er hensikten med studien; jeg fortolker det informantene sier om sine opplevelser, samt utleder meninger i det de sier. Innen hermeneutikken forutsettes det at jeg nettopp ikke legger bort min forkunnskap og fordommer, men er dem bevisst i arbeidet med fortolkningen og bearbeidingen av teksten (Kvale & Brinkman, 2009). Det vil si at jeg skal fortolke tekstene/intervjuene, men da også bruker det jeg har lært som sykepleier og nå også i undervisning og praksis(perioder) på veien til å bli spesialsykepleier. I intervjusituasjonene vil jeg være egne fordommer og forkunnskaper bevisst på den måten at fagterminologi i størst mulig grad unngås, jeg kan forklare/oppklare ting som informanten kanskje lurer på i etterkant, men det skal ikke være undervisning og jeg skal ikke ha rollen som terapeut. Dette i tråd med H. G. Gadammers lære om at man ikke kan legge fra seg sine erfaringer eller forkunnskaper og fordommer, men at de er en del av oss og den måten vi ser verden på, samt det at man alltid vil ha en viss følelse på hva man ser etter, man vil alltid se etter «noe» (Gilje & Grimen, 1993).

Det er først når ens egen forståelseshorisont, møter en annens forståelseshorisont at man kan oppnå økt forståelse av et fenomen. (Fleming, Gaidys & Robb, 2003)

Begrepene «dekontekstualisering» og «rekontekstualisering» er sentrale innen hermeneutikken, og bygger på prinsippet til den hermeneutiske sirkelen. Dekontekstualisering er den hoveddelen av en fortolkende analyse, hvor man ser på helheten opp mot delene denne består av: Man kan se på delene som man mener har noe med samme tema å gjøre, og se disse opp mot hverandre. Man tar delen ut av helheten for å se denne delen opp mot en annen, liknende del. Rekontekstualiseringen tar på en måte for seg det motsatte; man ser på delene for å se om disse kan passe inn i den helheten man fant i starten (Kvale & Brinkman, 2009). Malterud skriver at rekontekstualiseringen kan hjelpe oss med å være tro mot det opprinnelige budskapet til informanten (Malterud, 2011), slik at forskeren ikke fjerner seg fra den verden som forskes på; informantens livsverden.

4.2 Utvalg av informanter

Studien er basert på et strategisk utvalg. Det vil si at informantene ikke velges ut tilfeldig, men at man siler ut mulige informanter ut fra gitte kriterier og hva som er hensiktsmessig for å kunne finne svar på problemformuleringen (Malterud, 2011).

Informantene skal ha fulgt barnet sitt til barnets første generelle anestesi, og operasjonen skal være elektiv. Da det kan være en påkjenning å være med barnet på sykehus eller å ha et barn innlagt på sykehus (Hazinski, 2013), hvilket også bekreftes av blant annet «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner» (2000), er det et ønske om at barnet er klassifisert til å være ASA 1 eller ASA 2. Det vil si at barnet skal være i utgangspunktet funksjonsfriskt uten andre (alvorlige/begrensende) tilleggsdiagnoser/risikofaktorer. Dette være seg alvorlig astma, epilepsi, fysiske og/eller psykiske utfordringer (Rasmussen & Steinmetz, 2014). Tanken bak dette er at det skal være så liten belastning som mulig for foreldrene å følge barnet til anestesi og at såkalte komorbide faktorer kan bidra til økt belastning på grunn av økt fare for komplikasjoner.

For å kunne rekruttere informanter, samarbeidet jeg med en avdeling som har pasienter og foreldre som fylte de kriteriene jeg hadde satt som inklusjon/eksklusjon. Det vil si at etter at godkjenning fra Fakultetets etiske komite (FEK) (vedl. 2) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedl. 4) hadde gitt sine godkjenninger, i tillegg til aktuelt sykehus og avdeling (vedl. 5), ble det avtalt tid for å kunne informere sykepleierne om studien, samt hva deres rolle i rekrutteringen ville bli. Da det er sykepleierne som tar imot pasienten og forelderen, samt overvåker etter operasjon, var det naturlig at det også var disse som informerte aktuelle foreldre om studien og innhentet skriftlig samtykke fra aktuelle informanter. For at ikke foreldrene skulle måtte forlate sitt nyopererte barn i en fase hvor barnet er våkent og trenger mor eller far hos seg, var det aktuelt at datainnsamlingen fant sted etter at barnet var skrevet ut fra sykehuset, altså hjemme hos familien, eller eventuelt et annet egnet sted hvor vi kunne snakke uforstyrret. Dette fremkom også i den skriftlige informasjonen som ble gitt aktuelle informanter (vedl. 6). Det var sykepleierne som informerte og spurte, men kontaktinformasjonen ble oppbevart av avdelingsleder og videreformidlet av denne. Skriftlig samtykke måtte foreligge før intervjuet kunne finne sted, men (muntlig) samtykke til at kontaktinformasjon ble videreformidlet måtte gis før barn og forelder forlot sykehuset.

Aktuelle informanter ble informert og forespurt sammen med barnet sitt, da ved ankomst/mottak i avdelingen. Dette var i tråd med anbefalingen fra NSD og sykehusets etiske komite, samt Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Informasjonen ble gitt var tilpasset slik at barnet også kunne forstå hva det ble informert om, og hvem det omfattet. Eksempel på dette er at det ikke er barnet som snakker, men mor/far, og det skulle også presiseres at det ikke innebærer at mor/far forsvinner fra barnet, med mindre barnet og situasjonen tillot dette. Det var sykepleiere ved aktuelle avdeling som avgjorde om foreldrene fylte inklusjonskriteriene eller ei.

Ved at foreldre og barn ble spurt i forkant på denne måten, var hensikten at det å delta i studien ikke ble noe som tok opp energi i en allerede potensielt stressende situasjon; det å skulle sitte ned og snakke om opplevelsene og å måtte bidra med noe.

4.3 Intervjuforberedelser

Intervju som vitenskapelig fremgangsmåte har tidligere ikke vært anerkjent i forskningsmiljøer, men har etter hvert blitt en mer og mer vanlig måte å produsere ny kunnskap på innen forskning (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuene kan ha forskjellig oppbygning alt etter hva den som intervjuer søker å finne mer ut om, og Kvale og Brinkman (2009) beskriver intervjuet som «inter»+ «view»; synspunkter/synsvinkler mellom mennesker, og hvor man kan søke å vise den andre parten sin synsvinkel.

Det er utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedl. 7) med overordnet tematikk og hjelpespørsmål, men den skal kun være veiledende og ment som hjelpemiddel, og ikke ha noe fast oppsett eller rekkefølge av spørsmålene da det legges opp til en mest mulig naturlig flyt i intervjuet (Kvale & Brinkman, 2009), og at informanten skal kunne fortelle mest mulig fritt om de aktuelle temaene i intervjuguiden/hensiktsmessig for studiens mål, selv om informanten ikke gjøres kjent med intervjuguiden (Polit & Beck, 2014). Semistrukturert intervju med en intervjuguide er valgt også ut fra prinsippet om at hensikten er å få ny kunnskap om foreldrenes opplevelser, og at man derfor kan «låse seg fast» ved å følge guiden slavisk, i stedet for å ha den som en huskeliste og være åpen for at man kan stille oppfølgingsspørsmål for å komme dypere i materien. (Malterud, 2011)

Intervjuene er tenkt narrative, det vil si at informanten skal kunne fortelle så fritt som mulig, uten at det blir stilt for mange (ledende) spørsmål. Oppklarende spørsmål og åpne spørsmål må muligens til for å hjelpe i gang, men ikke nødvendigvis. Aktuelle oppfølgingsspørsmål kan være av typen «du sier at dette skjedde, hva gjorde det med deg?», «hva tenker du om det?», «du sier at..., kan du utdype dette litt mer?» og på denne måten oppfordre informanten til å gi ytterligere informasjon. (Kvale & Brinkman, 2009) Intervjuene er ideelt sett så nært en monolog som mulig hvor informanten forteller fritt, og ikke at det blir som et intervju slik mange kanskje tenker på det hvor en spør og graver for å finne informasjonen man er ute etter.

4.4 Datainnsamlingen

Selve intervjuene fant sted utenfor sykehuset, etter at barnet var skrevet ut derfra. Det kunne være hjemme hos informanten, eller et annet sted hvor man kunne være uforstyrret, enten av andre eller

til sjenanse for/av andre, og det kunne skje telefonisk. Intervjuene foregikk ansikt til ansikt, og pr telefon.

Innledningsvis i intervjuet gjentok jeg informasjonen om frivillig deltagelse, anonymisering, studiens hensikt og informantens rolle i studien, at jeg ikke samler informasjon om informantens, eller andres, alder eller årsaken til at barnet var til anestesi/operasjon. Det var likevel ikke usannsynlig at informanten selv nevnte dette under intervjuet, men jeg regnet det likevel ikke som relevant i forhold til det jeg ønsket i finne ut mer om. Deretter startet selve intervjuet/samtalen.

Intervjuene ble tatt opp på diktafon, for så å bli transkribert fortløpende etter hvert som de ble gjennomført. Fordelen med å benytte lydopptaker var at jeg kunne fokusere på informanten og ikke på å ta notater, hvilket kunne være distraherende for både informanten og meg selv (Malterud, 2011). Umiddelbart etter avsluttet intervju, noterte jeg ned det jeg satt tilbake med av inntrykk, hva jeg mente var hovedbudskapet fra informanten i en intervjulogg (vedl 8). Notatene var mest for egen hjelp i arbeidet videre.

4.5 Transkribering

Å transkribere fortløpende var en fordel da jeg fremdeles hadde intervjuet friskt i minne, sammenlignet med å transkribere alle intervjuene i samtidig og det ikke nødvendigvis er like lett å huske for eksempel stemninger og små detaljer jeg kanskje la merke til der og da.

Da det var ønskelig at oversettelsen fra muntlig til skriftlig skulle være så lik som mulig, utformet jeg en transkripsjonsmal (vedl 9). Dette for at transkripsjonene skulle være likt utført selv om det kunne være litt tid mellom hvert intervju og påfølgende transkripsjon, og for egen nytte.

Typiske dialekt/sosiolektord, slang, uttrykk som ikke lar seg skrive, men som likevel er av vesentlig betydning for budskapet, ble oversatt til bokmål så godt det lot seg gjøre. Halve setninger hvor informanten avbryter seg selv, eller lar setningen henge i luften, avsluttes med «...» og typiske muntlige fyllord som «ehh» eller «mmmja» og så videre, er utelatt, mens tenkepauser, nøling, bruk av ironi eller sarkasme, latter, og så videre, blir skrevet som *latter* eller *pause*. Hensikten var å gjøre det så «synlig» som mulig hvordan det som ble sagt, ble sagt, men skriftlig (Kvale & Brinkman, 2009).

Dersom jeg hadde fått informanter som snakket svensk, dansk eller engelsk, hadde det informanten så blitt oversatt til norsk bokmål på samme måte som ved intervju på norsk, og ord og uttrykk, slang og idiomer ville blitt oversatt til den norske ekvivalenten. Dette for at ikke informantens, eller den

meningsbærende enhetens budskap, skulle forsvinne i oversettingen pga manglende ordforråd i oversettelsesspråket.

Sitater fra intervjuene er i utgangspunktet slik de ble transkribert. Unntakene er der jeg har replikk eller spørsmål, dette er satt i [klamme]. Det samme er det som alt i transkripsjonen er anonymisert, for eksempel [type skade] eller [annen identifiserende opplysning]. To // indikerer at for eksempel «hm...» eller «å ja?» eller lignende er tatt bort, mens «...» i starten av et sitat indikerer at den naturlige meningsenheten fortsetter i en setning fra forrige enhet. Barnet er gjort kjønnsnøytralt og refereres til som barnet, det, eller h*n.

4.6 Analyse – økt forståelse gjennom dialog med teksten

Analysen baserte jeg på Fleming, Gaidys & Robbs (2003) fire trinn for analyse, som igjen er tuftet på hermeneutiske prinsipper. En del av arbeidet med analysen innebærer at jeg bruker den hermeneutiske sirkelen, det vil si at det ikke bare er å følge en oppskrift fra A til Å, men en kontinuerlig prosess frem og tilbake mellom helhet og del, og del og helhet, og denne prosessen kan foregå i mange runder til man oppnår en «indre enhet» hvor man får en forståelse av teksten og at denne ikke bryter med den logiske tråden man skal kunne følge (Kvale & Brinkman, 2009).

For egen del førte jeg en svært enkel «logg» hvor jeg skrev ned hva jeg hadde gjort og med hvilket intervju jeg hadde jobbet med, ref. vedlegg 11.

4.6.1 Trinn 1 – helheten

Jeg leste gjennom det transkriberte intervjuet for å få en helhetlig oppfatning om hva informantens hovedbudskap er. Dette danner en del av grunnlaget for forståelsen av teksten i det videre arbeidet med analyseringen [FGR 2003]. Min forforståelse vil også være med på å påvirke hvordan jeg forstår teksten og budskapet, i tillegg til det Fleming, Gaidys & Robb (2003) kaller en forventning til hva jeg kan finne og forstå.

4.6.2 Trinn 2 – delene og tema

Jeg leste gjennom intervjuet igjen, for nå å finne naturlige meningsbærende enheter, det vil si deler av teksten som kan stå for seg selv men likevel gi mening. Dette kan være deler av en setning, hele setningen, eller flere setninger, men de skal gi mening uten at jeg må lese teksten før eller etter for å forstå hva meningsenheten sier. Deretter ble meningsenhetene forkortet, eller kondensert. Det betyr at jeg måtte finne budskapet i enheten, og skrive denne kortere men med nøkkelord fra selve meningsenheten, men uten å fortolke den eller la egen forforståelse virke inn (Kvale & Brinkman, 2009).

Fra kondensert meningsenhet til kode fortolker jeg. Det vil si at jeg leter etter et underliggende budskap, en latent mening, men som likevel samsvarer med kondensatet og meningsenheten. I denne overgangen kan jeg tillate meg å «leke» med tanker og forforståelse, og jeg kan tillate å være kritisk til det underliggende budskapet (Kvale & Brinkman, 2009). Eksempel på dette kan være følgende:

Naturlig meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode/ latent budskap
Så, nei, ja, det kan være det at de var veldig flinke med det med informasjon, og da blir jeg rolig, og da smitter det nok sannsynligvis over på henne også, så det er nok rett, det.	Jeg blir rolig av informasjon, kanskje smitter det over på henne	Forutsigbarhet og kunnskap kan gi begge trygghet

Etter dette steget, så jeg kodene opp mot meningsenheten for å se om det fremdeles var samsvar mellom budskapet i meningsenheten og det jeg hadde fortolket. I denne prosessen ble flere mulige fortolkninger skrevet ned, men kun de jeg faktisk brukte, det vil si de som var (mest) tro mot innholdet, fikk bli stående. Det var heller ikke alle kondenserte meningsenheter som lot seg kode. I de tilfellene ble de forsøkt sett opp mot enheten før og/eller etter for å se om de kunne understøtte en, eller begge, av disse, og meningsenhetene før/etter ble da utvidet.

Neste steg var å finne undertema og tema som både kunne svare på problemformuleringen og beskrive kodene og meningsenhetene på en lettfattelig og kort måte. Undertema og tema skal kunne gi en bredere forståelse av innholdet, og de skal også kunne utfordre og bli utfordret av min egen forforståelse om problemformuleringen/det jeg ønsker å finne ut noe om (Fleming et al., 2003). Det vil si at jeg måtte være bevisst på hva jeg «forventet», hvilken oppfatning jeg hadde om denne problemstillingen, og på hvilken måte dette kunne bli utfordret av det jeg nå hadde funnet, samt på hvilken måte det jeg hadde funnet kunne bli utfordret. Var det noe som samsvarte, eller hadde jeg kanskje tenke at noe var sånn, men forelderens opplevelse var slik, og hvordan kunne jeg da oppnå en bredere forståelse av hvordan det opplevdes?

Jeg forsøkte å finne undertema først, men var ikke helt fornøyd med hvordan disse ble. Der var flere koder som ikke følte naturlig å plassere i noen av undertemaene, og det var heller ikke lett å finne et undertema for denne koden.

Sammen med veileder identifiserte vi ett hovedtema og tre undertema som representerte foreldrenes opplevelser. Utgangspunktet var den opprinnelige inndelingen frem til og med kodene, og jeg måtte på ny se på hver enkelt naturlige meningsenhet for å se om de kunne stå alene eller om de egentlig støttet opp under tilstøtende kode, og flere av enhetene ble dermed funnet å være

støttende og ble slått sammen med tilstøtende kode/naturlige meningsenhet. Ved å gjøre det på denne måten, fulgte jeg «oppskriften» til Fleming, Gaidys & Robb (2003) som sier at jeg skal identifisere temaer ut fra helhetsinntrykket jeg fikk innledningsvis. Tema ble da «mellom tillit og tap» og de tre undertemaene ble «foreldre tviler på seg selv som forelder og hva de legger i det å være forelder», «foreldre har en frykt for at barnet skal ta skade eller død, eller tap av barn» og «foreldre overlater foreldreansvaret og barnets liv til helsepersonell i tillit». Undertemaene ble funnet ut fra de kodene jeg hadde funnet.

Tabellen ble da seende ut slik:

Naturlig meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode/latent budskap	Undertema	Tema
Så, nei, ja, det kan være det at de var veldig flinke med det med informasjon, og da blir jeg rolig, og da smitter det nok sannsynligvis over på henne også, så det er nok rett, det.	Jeg blir rolig av informasjon, kanskje smitter det over på henne	Forutsigbarhet og kunnskap kan gi begge trygghet	Overlate foreldreansvar og barnets liv i tillit	Mellom tillit og tap

I alt jeg gjorde, var jeg bevisst på å kontrollere om det jeg fant fremdeles stemte med den naturlige meningsenheten, altså det informanten sa, slik at der ikke var noen logiske brister.

Etter å ha identifisert tema og undertema, kontrollerte jeg disse opp mot meningsenhetene men også opp mot min egen forforståelse og om det var samsvar mellom disse tre undertemaene (Fleming, Gaidys & Robb, 2003). Dersom det ikke var, gikk jeg tilbake til meningsenheten og gjentok prosessen. Kodene kunne gjerne bytte undertema et par ganger før jeg fant en logikk og det føltes naturlig å plassere koden i akkurat dette undertemaet. Det ble ført notater underveis (i parentes) direkte i tabellen, mest for egen del slik at det skulle være lett å se hvordan jeg hadde tenkt og hvorfor koden var plassert i det undertemaet den var.

Arbeidet i trinn 2 skjedde en god del i samarbeid med veileder. Det var en fordel å kunne være to som tenkte og så på tekstene sammen, og det gav et mer kreativt bilde og det var lettere å være kritisk i arbeidet med å finne det latente budskapet. Fokuset ble holdt på teksten opp mot problemformuleringen, det Kvale & Brinkman kaller «spørsmålets forrang» (2009, s.219), hvor poenget er at man har forskningsspørsmålet i mente i det man analyserer og fortolker.

4.6.3 Trinn 3 – se delene opp mot helheten

Det tredje trinnet var å se delene opp mot helheten, slik at jeg kunne få en økt forståelse av teksten (Fleming et al., 2003). Det kan ligne litt på det som tidligere er gjort, hvor jeg «kontrollerte» kodene opp mot de naturlige meningsenhetene, men nå er det meningsenhetene og kodene opp mot helhetsinntrykket. Hensikten med å kunne se om enhetene og kodene gir mening i helhetsinntrykket, er å se om min forståelse av helheten økes og gir en bredere mening utover kun det som står der eller den forståelsen jeg hadde før jeg så delene opp mot helheten. (Fleming, Gaidys & Robb, 2003)

4.6.4 Trinn 4 – gullsitater som møtepunkt

Siste trinnet var å finne sitater som kunne være «møtepunkt» mellom informantens forståelse og min egen forståelse av hvordan foreldre opplevde det å være med på barnets anestesi. Sitatene skulle også være med på å vise til en økt forståelse av dette, og vise en bredere forståelse enn den var ved studiens start. I tillegg presenterer jeg temaet og de tre undertemaene, altså hva de innebærer og som ligger i disse. (Fleming, Gaidys & Robb, 2003)

4.7 Metodedrøfting

4.7.1 Metode og design

Jeg har bevisst valgt å bruke flere forskjellige teoretikere i min metode-, design- og analysedel. Artikkelen «Hermeneutic research in nursing; developing a Gadamerian-based research method» (Fleming et al., 2003) er grunnmalen, mens «Det kvalitative forskningsintervju» (Kvale & Brinkman, 2009) er brukt som utfyllende/supplerende litteratur. I tillegg har jeg brukt Graneheim & Lundmans «Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness» (2004) som hjelp innledningsvis, selv om denne er fenomenologisk.

Hermeneutikken har som mål å fortolke, ikke bare rent beskrive de fenomener det forskes på. (Fleming et al., 2003) Innen hermeneutikken skal man heller ikke legge bort sin egen forforståelse, hvilket heller ikke menes å være mulig, men være den bevisst. Jeg som sykepleier er preget av det og vil ha en annen innstilling til det å ha med sykehus og spesielt da en operasjonsstue å gjøre enn dersom jeg ikke hadde vært sykepleier (eller helsepersonell). For å kunne ha noe å fortolke, har jeg funnet det naturlig å innhente data fra informanter. I mitt møte med informanter tror jeg ikke jeg kan sette parentes rundt mine forforståelser, slik deskriptiv fenomenologi mener man skal tilstrebe, såkalt «bracketing». (Polit & Beck, 2014) Hensikten med studien er dessuten å få innblikk i hvordan informanten opplever et fenomen, informantens «livsverden», og dette taler også for at en

hermeneutisk, fortolkende, tilnærming er rett. Litteraturen jeg har brukt, har jeg sett brukt i mye av tidligere forskning.

4.7.2 Rekruttering

Rekrutteringen foregikk, som beskrevet i metoddelen, operasjonsdagen, av sykepleierne på aktuelle avdeling. Det var ikke alle sykepleierne som fikk informasjon av meg, og det var visstnok ikke alle som hadde med barna og foreldrene deres å gjøre heller. Etter å ha vært i dialog med avdelingslederen, ble vi enige om at hun skulle følge med på operasjonsplanen og bidra i rekrutteringen. På denne måten sikret vi at det ble stilt de samme «kriteriene» for utvalget. Det er uvisst hvor mange som faktisk ble vurdert som aktuelle, men jeg fikk 9 signerte samtykkeerklæringer over en periode på om lag 6 uker. Av disse klarte jeg oppnå kontakt med 6, mens 3 ikke svarte på oppring eller melding. Av de 6 jeg fikk kontakt med, var 3 heller tilbakeholdne og vanskeliggjorde det å skulle finne tid og sted til å delta. 3 var svært positive og det er disse som ble mine informanter; en far og to mødre. På grunn av tiden jeg brukte til å forsøke å oppnå kontakt, tiden det tok å få godkjenning, og tiden som gikk med til oppgaven, ble det ikke tid til å rekruttere flere, hvilket er uheldig for studien.

Rekrutteringen kunne med stor fordel vært større. Jeg kunne også søkt andre sykehus om jeg kunne gjøre rekruttering og datainnsamling der, så lenge sykehuset/avdelingen behandler barn og rutinene tilsier at foreldrene er med under innledningen av anestesien. Polit & Beck (2014) sier at man kan finne likheter på tvers av demografi, det vil si at personer fra ulike aldersgrupper, tradisjoner, kjønn, sosial status (De Carpona, 2013), kan ha en felles opplevelse av et fenomen. Det kan også være med på å skape et mangfold i informantgruppen, og styrke de funnene nettopp på bakgrunn av disse forskjellene i en befolkning. For studiens del, kan det bety at det er en fordel at det ikke bare var informanter av samme kjønn, men at begge kjønn er representert.

4.7.3 Tidspunkt for datainnsamling

Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) skrev i sin godkjenning til studien (vedl 5) at de mente datainnsamlingen burde finne sted etter at barnet var ferdig operert da det forelderen var i en for sårbar fase den tiden de var adskilt fra barnet sitt. De anbefalte også at barnet fikk informasjon sammen med forelderen, siden det indirekte omhandler barnet, hvilket ble etterfulgt ut fra etikk og juridiske krav om informasjon og samtykkerett hos barn og forelder (Brukerrettighetsloven, 1999). Den etiske komiteen på sykehuset var enig med NSD i denne vurderingen. Noe av den opprinnelige hensikten med oppgaven var å få de spontane reaksjonene fra foreldrene, og tanken om at det kunne være godt å ha noe å gjøre mens de ventet og ikke «bare sitte der alene og vente», var bakgrunnen for at jeg ønsket å gjennomføre intervjuene mens barn og forelder var adskilt. I tillegg

kom hensynet til barnet og dets behov for å ha forelderen sin hos seg før og etter anestesien/operasjonen og at ved å ha intervjuet da, ikke ville føre til noen «belastning» for barnet. Ved å ha intervjuene i etterkant, fikk informantene tid til å fordøye en del av inntrykkene og jeg er av den oppfatning at en del av de spontane reaksjonene jeg var ute etter, forsvant. Foreldrene fokuserte ikke så mye på minuttene inne på operasjonsstuen, men mer på hele sykehusoppholdet, og gjerne tiden i etterkant også. Hvor mye spontane reaksjonene var 1-2 uker etterpå kan diskuteres.

4.7.4 Datainnsamling

3 intervjuer ble gjennomført og de data som kom frem her har vært gode bidrag til studien. Intervjuguiden fungerte som den skulle; hjelp med tema som kunne være aktuelle og hjelp med eventuelle oppfølgings spørsmål dersom jeg satte meg fast. Jeg baserte intervjuguiden på Kvale & Brinkmans (2009) kapittel som omhandler utforming av intervju spørsmål, og konfererte med veileder for å sikre at guiden ble utformet etter kvalitative «normer».

Det ble ikke gjennomført noe pilotintervju. Dette hadde vært en fordel da jeg ikke har erfaring med denne typen intervjuer, og at jeg dermed ikke fikk muligheten til å korrigere måten jeg intervjuer på før selve datainnsamlingen startet, og muligheten til å korrigere intervjuguiden ut fra hva som eventuelt kunne vært mer naturlig å ha som tema eller hjelpes spørsmål, falt dermed også bort.

4.7.5 Transkripsjon av intervjuene

Hva transkripsjonen gjelder, mener jeg at den har reliabilitet, pålitelighet: Transkripsjonen er utført etter det jeg mener er i tråd med den stemning og det verbale og non-verbale budskapet som ble formidlet. Anonymisering og det å være tro mot budskapet slik det fremkommer muntlig over til skriftlig er en del av den etiske siden ved transkripsjonen, og jeg mener denne ble ivaretatt.

4.7.6 Analyse

Analysen ble basert på Fleming, Gaidys & Robbs artikkel om hermeneutiske prinsipper innen tekstanalyse og de fire trinnene for analyse ble fulgt som en «overordnet» mal. Kvale & Brinkman (2009) ble brukt som hjelp for å sikre at prinsipper innen hermeneutikken ble fulgt da de har en mer detaljert fremstilling av å skulle analysere. Artikkelen skiller seg fra læreboken i det at den er lettere å ha en oversikt i, jeg mener det var lettere å se de store linjene for hvordan jeg kunne gå frem hermeneutisk. Kvale & Brinkmans (2009) lærebok tar det for seg mer steg for steg og beskriver mer av hva disse fire trinnene faktisk vil si.

Jeg har også valgt å bruke et oppsett som ikke er hermeneutisk i innledende del av analysen, nemlig den delen hvor jeg skal finne meningsenheter og ende opp med å ha funnet latent innhold og flere

kategorier. Man vil derfor kunne se at benevnelsene i tabellene ikke nødvendigvis stemmer med de benevnelser eller begreper man kan finne i Kvale & Brinkmans (2009) bok. Artikkelen bruker ikke disse begrepene da de ikke tar for seg prosessen så detaljert. Ved å bruke modellen til Graneheim & Lundman (2004), fant jeg det lettere å holde oversikt over hva jeg faktisk hadde tenkt og hvordan jeg gikk fra å ha delt inn i meningsenheter, til å finne kategorier via å abstrahere allerede i kodingen og siden nok en gang i det jeg finner kategorier og underkategorier.

Det at jeg selv kan sees på som et forskningsinstrument, innebærer også at jeg er med på å påvirke det som sies ved at jeg tar med meg min forforståelse inn i møtet med informanten og siden også teksten, og jeg har vært bevisst egen forforståelse. Dette ser jeg på som en styrke for studien.

Underveis i analysen har jeg jobbet med veileder, dette ut fra prinsippet om at man dermed tillater seg å være mer kreativ og kritisk til hvordan og hva man fortolker. Det har også vært med på å øke studiens validitet. (Kvale & Brinkman, 2009)

En svakhet ved analysen er at jeg ikke har erfaring med analysering av intervjuer, og at jeg har lagt begrensninger på meg selv i hva jeg tror jeg «lov» å tenke og fortolke, men som siden viser seg å være «innafor» når veileder og jeg har sett på arbeidet.

5.0 Forskningsetikk

5.1 Søknad til etiske komiteer

Før selve datainnsamlingen kunne finne sted, måtte det søkes om godkjenning til etiske komiteer, og følgende ble søkt til:

Søknad til Universitetet i Agders etiske komite, Fakultetets etiske komite (FEK), ble søkt til etter gjeldende prosedyre, med svar om godkjent prosjekt. Godkjenningen forelå medio september 2017, ref. vedlegg 2.

Fremleggsvurdering til Regional Etisk Komite (REK) ble sendt, med svar om at det ikke var nødvendig å søke REK for godkjenning. REK begrunnet dette med at det ikke er fokus på diagnoser eller direkte pasientrelaterte opplysninger, men om pårørende, og at pasienten selv ikke nødvendigvis vil bli affisert av studien. Svaret fra REK kom ultimo september 2017 med saksnummer 2017/1716 D, ref. vedlegg 3.

Nasjonalt Senter for Forskningsdata (NSD) ble søkt (vedl 4) til da studiens hensikt ikke falt inn under det mandat REK har for å avgjøre. Svaret fra NSD var positivt, men at enkelte endringer ble anbefalt.

Endringene gikk ut på tidspunkt for informasjon og innhenting av samtykke, samt at tidspunkt for selve intervjuene ikke burde være mens barnet var til operasjon, men heller etterpå, eventuelt etter utskrivning fra sykehuset. Svaret fra NSD kom om lag medio november 2017 med referansenummer 56049/3/LH, ref. vedlegg 5.

Helseforetakets etiske komite ble også søkt til (vedl 5), og svaret fra denne komiteen var også positivt, men med samme anbefalinger som fra NSD. Svaret fra helseforetaket kom om lag medio desember 2017, ref. e-mail i vedlegg 5.

5.2 Konfidensialitet

Under studien ville jeg få kjennskap til sensitive personopplysninger, og jeg som forsker har taushetsplikt etter Helsepersonelloven (1999) §21 og plikt til å hindre andre i å få kjennskap til denne typen opplysninger. Det vil også si at lydopptakene skulle sikres og oppbevares slik at ikke andre fikk tilgang til dem. Hver informant ble koblet opp til et nummer for intervjuet, men nummer-navn er ikke blitt tatt vare på skriftlig. Lydopptakene ble lagret utilgjengelig med kodet tilgang, og skriftlige dokumenter ble lagret på data med kodet tilgang til selve datamaskinen, samt at hvert dokument har sin tilgangskode, og kun forskningsteamet hadde kjennskap til passkoder til aktuelle filer. Samtykkeskjemaene oppbevares i låst skap hvor kun deltagerne i forskningsteamet har tilgang. Ved studiens slutt vil samtlige lydopptak, samt dokumenter som kan inneholde sensitive personopplysninger, slettes/destrueres, dette for å sikre at taushetsplikten ivaretas også etter at informasjonen ikke lenger har noen hensikt i å bli oppbevart, samtykkeerklæringene inkludert (Helseforskningsloven, 2008).

Taushetsplikten ble også ivaretatt ved at samtlige navn ble byttet ut med fiktive navn i det lydopptakene ble transkribert, i tillegg til at opplysninger som kunne identifisere informanten eller barnet ble anonymisert eller [sensurert i klammetegn]. Dersom der var måter å ordlegge seg på, eller typiske dialekt/sosiolekt-ord som ble brukt, ville disse byttes ut med tilsvarende uttrykk som er mer allment brukt. Taushetsplikten ble ytterligere ivaretatt ved at intervjuene transkribertes over til samme skriftspråk, norsk bokmål, slik at man ikke kunne spore dialekt og slang, eventuelt fra annet språk dersom informanten ikke snakker norsk.

5.3 Samtykke

Da informasjon og samtykke ble innhentet av sykepleierne ved aktuelle avdeling, ble taushetsplikten overfor pasient/pårørende ivaretatt. Studien fokuserer ikke på diagnoser, men på opplevelser

utenom dette, og det er derfor ikke relevant informasjon å innhente/få kjennskap til årsaken til at barnet har vært til generell anestesi. Det at samtykket ikke innhentes av den som gjennomfører studien, kan være med på at aktuelle informanter svarer mer oppriktig, uten å føle noe «press» på å skulle takke ja siden det jo er spørsmål direkte, men via en annen. For at sykepleierne kunne innhente samtykke, måtte samtykket være skriftlig, og etter å ha fått informasjon om studien, hvordan opplysningene blir oppbevart/sikret, samt om muligheten til innsyn og å til enhver tid trekke samtykket og kreve data slettet. (Helseforskningsloven, 2008)

Samtykket ble innhentet etter at forelder og barn hadde fått informasjon om hva studien fokuserer på, hva hensikten er, hvem som blir involvert og annen nødvendig informasjon om studien, forstått denne informasjonen og eventuelt da samtykket skriftlig. Lovverket sier at informasjonen skal tilpasses pasient og gis slik at det er forståelig, jf Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999). Samme lov sier også at foreldre til barn under 16 år skal kunne samtykke på barnets vegne. Her er det dog snakk om å samtykke til at mor eller far er med på studien, og stiller seg disponibel for intervju. Det ble forsikret om at informanten var gjort kjent med studien og hva den går ut på, det vil si den informasjonen som er gitt ut skriftlig (og muntlig av sykepleierne ved aktuell avdeling), i forkant av at intervjuene startet, samt at informanten hadde signert samtykkeerklæringen (vedl 7).

5.4 Fordeler og ulemper for informantene

Fordeler for informanten kan være at han/henne får satt i gang tankeprosesser som kanskje ikke var helt forventet hos ham/henne, men som likevel kan kjennes som positivt. Det kan være fint å snakke om opplevelsene sine mens de ennå er friskt i minne. En annen fordel er at informanten gjennom sin deltakelse kan bidra til ny og økt kunnskap om hvordan foreldre opplever det å følge barnet sitt til anestesi og operasjon.

Ulemper kan være at der settes i gang tankeprosesser som han/hun ikke helt var forberedt på, og som kan oppleves som belastende. Det kan være stressende å delta mens barnet eventuelt er til stede, eller når forelderen kanskje føler at han/henne burde vært med barnet, selv om de er i vante omgivelser hjemme. Andre ulemper kan være at informanten kjenner på at barnet er til stede og at dette legger en «naturlig» sensur på hva informanten kjenner er greit å snakke om og ikke i barnets påhør.

5.5 Identifisering av egen forforståelse og rolle som forsker

Egen forforståelse er opparbeidet ved å ha arbeidet på postoperative avdelinger hvor vi også overvåket barn, gjennom arbeid ved intensivavdeling som behandler barn, og gjennom praksis hvor barn kom for både elektiv og øyeblikkelig hjelp-type anestasier. I tillegg har jeg jobbet i akuttmottak og overvåkningsavdeling som hadde barn og unge/ungdom, og fikk her møte barn og deres foreldre og bli mer bevisst på det samspillet som finner sted mellom barn og foreldre.

I tillegg har jeg fulgt eget barn til anestesi, og har fått kjenne på hvordan dette kan være, så helt «fordomsfri» har jeg ikke kunnet stille, selv om jeg på en måte ønsket jeg kunne det.

Både egen erfaring og den forforståelsen jeg har fått gjennom jobben som sykepleier er noe jeg må være veldig bevisst på som forsker og under intervjuene, kanskje spesielt bevisst den forforståelsen som er av personlig karakter. I møtet med informantene har jeg forsøkt å gå inn med et åpent sinn og la informantene tale, uten at jeg farger deres budskap, verken da eller i den første bearbeidningen av innsamlet data. (Kvale & Brinkman, 2009) Det er også viktig at jeg har i mente at jeg møter informanter, foreldre, i egenskap av å være helsepersonell, og at det kan forekomme en uheldig vektbalanse som kan begrense informantens frihet til å snakke, eller intervjuet kan ta en vending mot å være en terapeutisk eller oppklarende samtale, hvilket ikke er hensikten (Kvale & Brinkman, 2009).

6.0 Presentasjon av funn

6.1 Overordnet tema

Gjennom den kvalitative analysen av de tre intervjuene (hhv en far og to mødre), kom jeg frem til følgende overordnede tema: Foreldrene vandrer mellom opplevelsen av tillit og tap. Der er en vandring, eller pendling, mellom disse ytterpunktene og der er mange og ofte sterke følelser i sving. Opplevelsene henger gjerne sammen med hverandre, de kan føles motstridende, eller de kan være to forskjellige men som likevel tar plass hos forelderens.

Opplevelsen av tillit kan være til seg selv og hva forelderens selv kan oppfatte de kan klare, men gjerne mye til de som skal ta vare på barnet deres mens barnet er i anestesi og tiden etter dette. Opplevelsen av tillit kan være noe grunnleggende, det kan etableres, eller forelderens kan føle de «må» gi tillit ut fra hvilke valg de føler de har i situasjonen.

På den andre siden av «skalaen» er opplevelsen av tap. Dette være seg tap av kontroll over egne følelser og reaksjoner, tap av barnet i den forstand at det i en periode er utenfor deres kontroll eller

følelsen av tap av barnet sitt, at barnet dør fra dem. Opplevelsen beskrives som om barnet faktisk dør i det anestesien og livløsheten trer inn, men kan i intervjuene også forstås som frykten for at barnet skal dø i forbindelse med anestesien.

Noen av de naturlige meningsenhetene hører hjemme i to av disse temaene, for eksempel det at forelderen føler frykt for at barnet kommer til skade eller dør OG det at de samtidig kan føle at de har tillit til helsepersonellet og overlater foreldreansvaret og barnets liv i tillit. At foreldrene kan si to ting i samme naturlige meningsenhet, tyder også på at foreldrene følelsesmessig befinner seg på vandring mellom ytterpunkter.

6.2 De tre undertemaene

Forelderen tviler på seg selv som forelder og hva de legger i det å være forelder. Her settes forelderens tanker om foreldreskap i lyset og forelderen «utfordres» av seg selv om å være forelder slik de har en oppfatning av at de burde være forelder. Dette være seg å ta vare på barnet sitt og klare å stå inne for de valgene en gjør som forelder, selv når en et det kan føre til at ting kan oppfattes som negativt for en stund, beskytte barnet, og det å trøste og støtte.

Forelderen har en frykt for at barnet kan komme til skade, eller en frykt for tap av barn. Tapet kan være noe de fysisk føler, det kan være en frykt forelderen bærer på, og tap kan være «tapet av barnet slik vi kjenner barnet fra før operasjonen».

Forelderen overlater foreldreansvaret og barnets liv og helse til helsepersonellet i tillit. Tilliten kan være noe grunnleggende forelderen har til helsepersonell, den kan være noe helsepersonellet kan få gjennom måten de møter barnet og forelderen, eller forelderen kan ha følelsen av at de nesten ikke har noe valg og at de føler de «må» overlate foreldreansvaret og barnets liv til helsepersonellet. Med andre ord; graden av tillit kan variere og være basert på forskjellig grunn. Undertemaet omhandler også det å gi fra seg foreldreansvaret og barnets liv og helse i varierende grad, for noen av meningsenhetene er det foreldreansvaret som er fokus, mens det i andre er det å overlate barnet som er fokuset.

6.2.1 Forelderen tviler på seg selv som forelder og hva de legger i det å være forelder

Oppsummert kan det sies at analysen har avdekket noen funn om det å være forelder: Å ta vare på barnet, beskytte barnet og være trøstende og støttende når barnet trenger dette. Som del av foreldreansvaret ligger det at barnet trenger å vernes mot skremmende hendelser, det trenger å ha en sikker, kjent og trygg base spesielt når barnet er i ukjente situasjoner og med ukjente mennesker rundt seg.

Forelderen tviler på de valgene som er gjort. Forelderen er i tvil om det virkelig var det beste for barnet å velge operasjon, eller om det beste hadde vært å ikke la barnet opereres. Flere faktorer får forelderen til å tvile, og det som var sterkest her, var det å se, eller tanken på å se barnet ha det vondt. En av informantene beskriver det å vurdere om de skal la barnet opereres eller ei som egentlig ikke noe valg i det hele tatt.

«...nå har barnet [forteller om type skade og at denne har skjedd mange ganger på kort tid] så da er det på tide å gjøre noe med det hvis barnet skal [unngå senskader] når barnet blir eldre. Jeg ser jo hvor vondt det er når skaden skjer.» (Informant B)

En annen av foreldrene forteller om egne følelser og at negative følelser og egen tvil ble forsterket etter å ha snakket med lege og fått informasjon i forkant av selve operasjonsdagen. Nyttan av informasjon var ikke til fordel for foreldrene i det valget de skulle ta, selv om valget likevel falt på at de ville la barnet bli operert. De vet at barnet skal utsettes for påkjenninger og at det er sannsynlig at barnet vil komme til å ha vondt etter operasjonen, og dette er noe foreldrene faktisk må velge å la barnet gjennomgå.

*«...vi hadde jo en legetime i forkant av operasjonen, og han var mer sånn, eh, han dro frem mye av det negative. 'H*n vil ha mye vondt, selv med smertestillende, bla bla bla' og svartmalte tingene litt, så vi satt der med dårlig samvittighet for at vi faktisk skulle gjennomføre denne operasjonen på barnet...»* (informant A)

Forelderen tviler på at de kan være den støtten barnet trenger på grunn av egne reaksjoner og følelser. Alle foreldrene gav uttrykk for at de mente der var et samspill mellom foreldre og barn og at foreldrenes følelser kunne spille inn på hvordan barnet oppfattet situasjonen, og motsatt; barn til foreldre. Forelderen mente at dersom forelderen klarte å holde seg rolig og ikke vise at han/hun var utrygg eller usikker, men viste seg som en trygg forelder, kunne det hjelpe barnet, eller i motsatt fall, gjøre barnet opprørt. Følelsen av å tape kontroll over egne følelser og reaksjoner er underliggende her, og frykten for hvordan dette vil virke inn hos barnet.

*«: som forelder er jo det også veldig greit...//At det ikke er så sånn mye styr. Altså da er h*n jo veldig rolig, og når jeg var rolig, så er jo ungen også rolig.»* (informant A)

En av foreldrene gav uttrykk for at «fasaden» var intakt frem til barnet sov og forelderen var på vei ut av operasjonsstuen, først da var det greit eller «trygt» å vise følelsene sine:

*«det falt noen tårer, kanskje store som krokodilletårer kom ut da, jeg var helt fortvilet. [hvor?] I: Nei, etterpå h*n hadde sovnet, mens de geleidet meg ut på gangen igjen.»*
(Informant B)

Foreldrene tviler på at de er gode nok foreldre som ikke klarer skjerme barnet sitt mot skremmende, vonde, eller negative hendelser. Dette kan være alt fra å forhindre at foreldrene kanskje må krysse grenser for hva barnet synes er greit eller ikke, som for eksempel det å gi premedikasjon som suppositorier til et barn som vet godt hva dette er og i utgangspunktet samarbeider og vil forsøke å ta del selv.

*«Vi ble spurt om vi kunne sette inn stikkpiller, og det vet jeg jo h*n ikke liker, så fikk vi da de store tabletter og bittelitt vann, og det gikk jo ikke, så da måtte det bli stikkpille likevel.»*

(Informant C)

Opplevelsen av å ha sviktet barnet og den tilliten barnet har til forelderen. En av informantene fortalte at vedkommende følte seg råtten som brukte makt og fysisk overlegenhet mot barnet i en situasjon hvor barnet åpenbart protesterte og satte seg til motverge. Følelsen av å egentlig skulle være den som trøstet og beskyttet barnet sitt, var ikke sterkt inne i bildet i forhold til følelsen av å ha sviktet barnet når barnet trengte forelderen sin «på sitt lag»:

«Men når jeg må holde barnet fast for at de skal få, ja. Det var ikke noe grei følelse. Jeg tok jo fra barnet all makt. Så det var ikke noe greit, egentlig. Følte meg litt råtten da, for å si det sånn.» (Informant B)

6.2.2 Frykten for at barnet skades eller følelsen av tap av barn

Følelsen av tap av barn kan ha flere forskjellige betydninger. Det er enten at forelderen er redd for at de «mister barnet slik de kjenner det» og at barnet er forandret etter operasjonen, og det er redselen for at barnet faktisk dør mens de er under anestesi eller i etterkant av operasjonen.

En av informantene fortalte at der var en frykt for både det at barnet dør under innledningen av anestesen, men også at der var en redsel for at barnet skulle dø på grunn av komplikasjoner knyttet til det å skulle opereres, for eksempel blødninger som ikke lot seg stoppe.

*«Så jeg satt hele tiden og tenkte på om de fikk stoppet blødningene og sånt etter operasjonen og hvordan DET kom til å gå, så jeg var livredd for det. [Hvor sterk var frykten for at h*n ikke skulle våkne eller at h*n skulle forblø?] Det var jo egentlig bare det jeg satt og tenkte på etterpå.»* (Informant B)

To av informantene fortalte om en fysisk følelse av at barnet døde, ikke bare at informanten fryktet at barnet skulle dø.

*«... egentlig, det føltes som å ha et dødt barn. H*n var jo helt i koma, borte.»* (informant C)

En av foreldrene hadde et barn som protesterte og ikke hadde noe ønsker om å bli lagt i narkose, og det at barnet sovner, beskriver forelderen som en kontrast til det å skulle «kjempe» med barnet for at anestesipersonellet kunne gjøre jobben sin:

*«...det føltes ut som h*n... døde, holdt jeg på å si, for h*n bare... det er jo et sterkt barn, og når h*n da plutselig bare mister alt av muskelkraft, så... Nei, jeg følte bare h*n forsvant.»*

(informant B)

Opplevelsen av tap av barn. Denne opplevelsen er både opplevelsen av eller frykten for at barnet dør, men den er også opplevelsen av at det barnet slik foreldrene kjente det, nå er borte og at barnet er nærmest som en skygge av seg selv. Forelderen gir uttrykk for en frykt for at barnet har tatt skade av hendelsen og at forelderen ikke kjenner igjen barnet som «sitt gamle jeg». Denne opplevelsen har foreldrene både mens de er på sykehuset og i tiden etter de kom hjem igjen, slik informant B forteller:

*«men uken etterpå, h*n var helt forandret. H*n ble ganske medtatt av det legebesøket, h*n har ikke vært samme barnet og i barnehagen så...h*n leker ikke, h*n bare sitter i et hjørne og ser på.»*

To av informantene forteller om opplevelsen av at «nå er det ikke mer lek, nå er det på ekte», og alvoret går opp for forelderen i det de kommer inn på operasjonsstuen og ser alle som er der.

*«...men selvfølgelig, det er jo noe helt annet når h*n kommer på sykehuset og det står plutselig mange fremmede rundt med masker på og ser rare ut og, ja...»* (Informant A)

6.2.3 Forelderen overlater foreldreansvaret og barnets liv i tillit til helsepersonellet

Dette temaet er ikke nødvendigvis motstridende til det å miste et barn, det er et viktig poeng som er viktig å få frem her, før resten av presentasjonen av dette temaet.

Foreldrene beskriver en grunnleggende tillit til helsepersonellet. Denne grunnleggende tilliten er det at det er helsepersonell og de forventningene som kan ligge i det å være helsepersonell og ha dette som en jobb. Tilliten kan være basert på erfaring forelderen har fra tidligere møte med helsevesenet, og som har vært av positiv karakter, vel å merke, eller det kan være noe forelderen velger å gi helsepersonellet ut fra disse erfaringene. Tilliten kan også være noe forelderen føler de «må» gi fordi de føler de selv ikke kan klare å være forelder i situasjonen, eller at de vet de må skilles fra barnet sitt midlertidig.

Forelderen overlater foreldreansvaret i tillit til helsepersonellet. Her gir forelderen slipp på sin rolle som forelder og ansvaret for å ta vare på og beskytte barnet, og gir dette til helsepersonellet, som

heretter midlertidig har ansvar for at barnet blir tatt hånd om på en god og trygg måte.

«Midlertidig» fordi forelderene gir fra seg ansvaret med en forventning, en selvsagt forutsetning, om å få tilbake ansvaret så snart dette lar seg gjøre uten å gå på bekostning av barnets ve og vel. At forelderene overlater barnets liv til helsepersonellet i tillit, kan være fordi de som møtte barnet og forelderene har klart å skape en relasjon, et tillitsforhold til barnet i løpet av de minuttene de har hatt med hverandre å gjøre. Alle foreldrene sier noe om at de har merket hvordan personalet har møtt og sett deres barn, og at foreldrene har inntrykk av at personalet er kompetent til å kunne ivareta deres barn den tiden forelderene er adskilt fra barnet.

*«for jeg visste jo at h*n var i gode hender holdt jeg på å si, for de visste jo hva de gjorde»*
(informant B)

Opplevelsen av trygghet i situasjonen og tillit til helsepersonellet var noe alle tre gav uttrykk for.

«Men jeg følte liksom hele tiden at vi var i trygge hender, og eh, ja, der igjen så pratet de til barnet og ikke bare til oss, så den oppfølgingen var også... nei, det var veldig positivt»
(Informant A)

«Det var ikke noe vanskelig for meg å la mitt barn være der» (Informant C)

En av informantene har sagt at barnet var urolig og kavete, ville ut av sengen, og at der var flere sykepleiere rundt for å hindre barnet i å falle ut, men at så snart forelderene kom inn til barnet og barnet fikk være hos forelderene igjen, roet barnet seg. Forelderene fikk tilbake ansvaret for barnet og fikk være en trygg og kjent base for barnet sitt.

«Barnet var jo veldig sånn grinete i etterkant, og der var de inne og beroliget oss og gjorde det de kunne i sin makt for at jeg skulle ha det greit oppi der. Jeg ble jo sittende sånn der på en stol med barnet på armen i mange timer, det var sånn, nei en følte en ble veldig godt tatt vare på.» (Informant A)

Forelderene overlater barnets liv i tillit til helsepersonellet. Her gir forelderene slipp på sin oppgave som beskytter og overlater ansvaret for barnets liv, og helse, til helsepersonellet. I hvor stor grad forelderene opplever at de kan overlate barnet til helsepersonellet, varierer, og forelderene har én oppfatning før anestesi og en annen i etterkant når de ser hvordan det har gått med barnet.

*«På operasjonsstuen fikk barnet jo på pulsmåleren på fingeren, eller hva det er, og det syntes barnet var kult. Barnet fikk beskjed om at h*n kunne tegne med den hvis h*n vrikket på fingeren. Og kunne se på skjermen at det kom kurve der. Det likte h*n svært godt. Delaktig i det hele.»* (Informant C)

7.0 Drøfting

7.1 Drøfting av funn

Alle informantene gav uttrykk for at de opplevde både tillit og tap, men i varierende grad. En av informantene beskrev en frykt for at barnet skulle dø av komplikasjoner, eller ikke våkne opp igjen etter anestesen. En annen informant fortalte om en tillit til at helsepersonellet visste hva de gjorde og at barnet ble møtt på barnets nivå og premisser, og at dette vekket tillit hos forelderen. Alle informantene opplevde også det å tvile på seg selv som foreldre, om de faktisk klarte å være foreldre og det ansvaret som ligger i det å være forelder. Klarte de å være støttende for barnet? Var valget om å la barnet bli operert, virkelig barnets beste?

De tre formulerte undertemaene har alle med hverandre å gjøre. De er utdypinger og presiseringer av hovedtemaet. I mine funn mener jeg å se en slags gradering av tillit til helsepersonellet eller å ikke tro på seg selv som forelder, og at frykten for at barnet dør, kan sees på som en «ekstremvariant» av opplevelsen av å tvile på seg selv som beskyttende forelder. Frykten for at barnet kommer til skade eller tap av barn, kan være begrunnet ut fra tilgjengelig, tilegnet informasjon, og forelderen har enten ikke vært i en tilstand hvor han eller hun har vært mottagelig for korrigerende informasjon, eller ikke klart å se realitetene og den minimale sannsynligheten for at noe faktisk kan gå galt og barnet tar skade.

Selv om mye av den litteraturen jeg har hatt tilgjengelig, er skrevet om barn på intensivavdelinger og/eller barneposter, finner jeg denne relevant for oppgaven da der er mange likheter mellom en intensivhet og anestesiavdeling. Hazinski (2013) skriver om påkjenninger ved å være forelder til barn på sykehus, hvilke stressfaktorer som finnes og hvilke reaksjoner foreldrene kan ha. Grønseth & Markestad (2017) skriver om hvordan sykepleien kan rettes mot foreldrene og deres behov, men også det at familiesentrert sykepleie involverer tre parter; barnet, foreldrene og helsepersonellet. Tveiten skriver om familiesentrert sykepleie, mens Friis Steen (2012) skriver om barnets emosjonelle utvikling. Barnet er på sykehus, enten akutt eller planlagt, og barnet utsettes for påkjenninger av både fysisk og mental karakter, dette være seg fremmede omgivelser eller ubehag/smerter i forbindelse med prosedyrer. Resultatene i analysen ligger nær dette. I den kommer det frem at forelderen har en opplevelse av at barnets liv trues, enten det er på grunn av akutt sykdom eller skade, eller planlagte operasjoner.

7.2.1 Foreldre tviler på seg selv som foreldre og det de legger i det å være foreldre

Tvilen på seg selv kommer til uttrykk ved at en av informantene forteller om at legetimen i forkant var med på å skape en tvil på at de som foreldre faktisk gjorde rett valg for barnet.

*«vi hadde jo en legetime i forkant av operasjonen, og han var mer sånn, eh, han dro frem mye av det negative. «H*n vil ha mye vondt, selv med smertestillende, bla bla bla» og svartmalte tingene litt, så vi satt der med dårlig samvittighet for at vi faktisk skulle gjennomføre denne operasjonen på barnet» (informant A)*

Foreldre kan få redusert sin evne til å ta avgjørelser som har med barnet å gjøre når de opplever store påkjenninger. (Hazinski, 2013) Her finner jeg at forelderen likevel, på tross av dårlig samvittighet overfor barnet og ideen om at barnet skal utsettes for smerter og ubehag, tenker på hva foreldrene tror er best for barnet på litt lengre sikt. Senere i intervjuet forteller informanten at *«Men da vi da kom til sykehuset på operasjonsdagen og fikk pratet med legen, eller kirurgen, sånn i forkant, så ble det egentlig noe helt annet»* (informant A) og at vedkommende forelder slappet mye mer av, selv om det var vanskeligere å ta avgjørelsen om at barnet skulle opereres.

En av informantene forteller at følelser ble holdt inne frem til barnet sov og ikke lenger kunne oppfatte alle følelsene til forelderen.

«det falt noen tårer, kanskje store som krokodilletårer kom ut da, jeg var helt fortvilet»
(informant C)

Studien til Chundamala et al (2009), sier at det ikke er noen signifikant forskjell på engstelsen hos foreldrene om forelderen er tilstede under innledningen av anestesien eller ei, men at det er en forskjell på engstelsesnivået hos noen av barna om forelderen er til stede eller ikke. Dette samsvarer ikke med denne studiens informanter og deres oppfatning av deres nærværs betydning for barnet, skjønt, dette er foreldrenes subjektive oppfatninger. Selv om foreldrene gir uttrykk for en tvil i om de klarer å være den støtten barnet trenger at de er, gir spesielt en av informantene uttrykk for at barnet er prisgitt at forelderen er der siden det er forelderen som kjenner barnet, og barnet er for ungt til å kunne gi uttrykk for sine behov. Erhaze et al (2016) sier i sin artikkel at familiesentrert sykepleie bør rette fokus mot den som kan bidra mest ved å få hjelp til å mestre sitt stress, og på denne måten hjelpe den andre også. Forfatterne lar det ikke være noen tvil i at barn og foreldre er knyttet emosjonelt til hverandre, og dette bekrefter informantene i denne studien også.

For barn i småbarnsalderen betyr foreldrene trygghet, og alt fra spedbarnsalderen av danner foreldre og barn emosjonelle bånd til hverandre (Friis Steen, 2012). Barnet kan kjenne igjen følelser og stemninger hos foreldrene, men har ikke forutsetninger for å forstå hva som sies med ord (Hazinski, 2013). Det at bånd er knyttet, betyr at forelderen også er var på barnets følelser (Grønseth & Markestad, 2017). Viktigheten av at forelder er med barnet sitt, mener jeg derfor kan sies å være vesentlig.

En av informantene tviler på egen evne til å være den støtten vedkommende mener en forelder skal være for barnet sitt. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) sier at barna har rett til å ha en forelder hos seg når de er innlagt på en helseinstitusjon. Ved at denne forskriften er utarbeidet, bekreftes det også fra myndighetenes side at forelderen har betydning for barnet og den tilknytning som finnes. Kan ikke dette også innebære at selv om forelderen tviler på at han/hun er til støtte for barnet sitt, er det viktig og riktig for barnet at forelderen der?

7.2.2 Foreldre opplever frykt for at barnet skades eller dør, eller tap av barn

Alle informantene sa de hadde opplevelsen av frykt for barnets liv og/eller helse. De fryktet at barnet ville bli utsatt for vonde hendelser eller påført smerte, og de fryktet at barnet skulle dø. To av informantene sa direkte at det føltes som om barnet døde der og da.

Er frykten for å miste barnet en del av det å ikke kunne beskytte barnet? En irrasjonell variant av å skulle overlate barnets liv til andre og gi slipp på sin beskyttende rolle overfor eget barn?

En av foreldrene beskriver frykten for at barnet dør som noe som ikke går an å bli kvitt, den er alttoppslukende mens forelderen venter på gjenforeningen med barnet.

«Det var jo egentlig bare det jeg satt og tenkte på etterpå.» (Informant B)

Hazinski (2013) skriver at foreldre kan oppleve irrasjonelle reaksjoner på som en naturlig reaksjon på påkjenninger. Er det mulig at denne informanten opplever nettopp dette? At vedkommende ikke er i stand til å tenke «rasjonelt» og se hvilken risiko barnet faktisk utsettes for og den statistiske muligheten for at noe kan gå galt?

Denne frykten begrunner forelderen med at samboeren og vedkommende har lest informasjon om komplikasjoner i forkant.

*«For samboeren sa at etterpå er det en del som blør en del og greier, og det stresset meg litt//Og det at etterpå h*n hadde sovnet, om h*n da kom til å våkne opp igjen. Jeg var veldig skeptisk til det. Så jeg satt hele tiden og tenkte på om de fikk stoppet blødningene og sånt etter operasjonen og hvordan DET kom til å gå, så jeg var livredd for det.»* Informant B

Er det mulig at forelderen allerede har vært under påkjenning og ikke klart å ta til seg informasjonen, eller ikke tatt til seg rett informasjon? Hazinski (2013) skriver at foreldres stress og påkjenning kan gjøre at de ikke er mottagelige for informasjon som blir gitt, og at foreldrene kanskje bare husker bruddstykker av den informasjon som er gitt. Ovennevnte informant fortalte om informasjon som de hadde funnet selv, og at denne informasjonen bidro til at frykten ble forsterket i påvente av gjenforeningen med barnet sitt. Jeg bærer med meg tanken her om forelderens stressnivå var veldig

forhøyet alt før de ankom sykehuset, og om vedkommende ikke var i stand til å tenke rasjonelt og være kritisk til informasjonen. Dette vil i så fall bygge opp om det Tveiten (2012) skriver om å tilegne seg informasjon ukritisk og «følgene» av dette, samt Anderson et al (2012) om at *rett* type informasjon kan trygge foreldrene, slik informant A forteller om:

*«Vi hadde fått litt informasjon på forhånd hva som skjer, og så hadde vi fått det lille grønne heftet fra anestesivdeling, og den elsket h*n jo. Det har h*n jo lest gjennom hvert fall fire ganger, så det var en god forberedelse.»*

7.2.3 Foreldre overlater foreldreansvaret og barnets liv og helse til helsepersonellet i tillit Informantene beskriver at tilliten til helsepersonellet mye skyldes måten barnet deres ble møtt og sett på, og at dette igjen gav foreldrene opplevelsen av at det var trygt og forsvarlig å overlate foreldreansvaret til helsepersonellet. Dette finner jeg interessant når jeg ser dette opp mot prinsippet om familiesentrert sykepleie og den kritikken prinsippet har mottatt. Informantene var tydelige på at de ble trygge av at fokuset var på barnet og ikke på dem.

Ser man på prinsippet om at familiesentrert sykepleie skal være et samspill en balanse, mellom barn, foreldre og sykepleier, eller øvrig helsepersonell, ser man at denne balansen opprettholdes i disse situasjonene. (Grønseth & Markestad, 2017) En av foreldrene sier at sykepleierne var gode støttespillere da barnet var ferdig operert og forelderen ble sittende hos barnet på oppvåkningen. Sykepleieren har identifisert hvem som trenger støtte og hjelp, og av hvem, og retter fokus ut fra dette, slik at balansen i «gruppen» opprettholdes.

Kontrasten blir når jeg ser disse beskrivelsene opp mot konklusjonen til Mikkelsen & Fredriksen (2011) hvor de sier at det er fare for at familiesentrert sykepleie dreier seg til å være omsorg for mor på bekostning av barnet. Dette later til å være forskjellig fra de opplevelsene foreldrene beskriver, både fra tiden på avdelingen, men ikke minst også de minuttene de var inne på operasjonsstuen, forutsatt at man kan si at dette er familiesentrert sykepleie.

Informant A sier følgende om betryggende informasjon og smitteeffekt/andre-regulering:

“det kan være det at de var veldig flinke med det med informasjon, og da blir jeg rolig, og da smitter det nok sannsynligvis over på henne også».

Dette bekrefter det Hazinski skriver om hvordan helsepersonellet kan gi sykepleie innenfor prinsippet om familiesentrert sykepleie:

«it is more effective to include the family in planning care. Provide consistent and frequent information sharing, and acknowledge the value of the parent-child relationship” (2013, s.43).

Nok en gang drar jeg frem Erhazes artikkel (Erhaze et al., 2016) og det poeng de gjør der om familiesentrert sykepleie, men med fokus på den som kan bidra på best måte ved å få hjelp med sin stressmestring. Det alle tre informantene i denne studien sier, er jo nettopp at helsepersonellet rettet fokus mot den som kanskje lettest kunne få hjelp med å håndtere situasjonen, her barnet, og at dette også hjalp forelderen. Informantene bekrefter med dette poengene i artikkelen om at prinsipper innen familiesentrert sykepleie kan fungere godt i noen situasjoner.

Prinsippet om andre-regulering kan også gjelde mellom forelder og helsepersonell, selv om andre-regulering oftest brukes om voksen-barn-relasjonen. Informantene forteller at de merker at personalet er trygge i situasjonen og at de har kontroll, hvilket kommer til uttrykk gjennom trygghet og tillit hos informanten selv og som igjen virker positivt (eller negativt) på barnet. Dette er prinsippet bak andre-regulering. Her kan man da spørre seg om den kritikk Mikkelsen & Fredriksen (2011) kommer med om familiesentrert sykepleie er berettiget, eller om det å fokusere på mor kan være lurt ut fra tanken om at mor påvirker barnets følelser, og at andre-regulering finner sted.

8.0 Konklusjon

Foreldre opplever både tillit og tap når de følger barnet sitt til anestesi. De kan vandre mellom disse opplevelsene, og de har opplevelsen av begge delene samtidig, da i varierende grad. Sterke følelser er i sving.

Foreldrene opplever det å bli utfordret i egne oppfatninger om det å være forelder og hva dette innebærer. Det å skulle gi fra seg det ansvaret de har som foreldre, og i en situasjon hvor barnet nettopp har sovnet, kan oppleves som utfordrende. Foreldrene har opplevelsen av å tvile på valget de har tatt om å la barnet bli operert og tanker om det at de kan påføre barnet smerter, og at valget bekreftes som rett eller galt.

Opplevelsen av tap er det å kjenne at barnet sovner og blir slapt, og forelderen får en fysisk opplevelse av at barnet dør fra dem. Tapet kan også være «tapet av barnet slik forelderen kjenner barnet fra før operasjonen», og at barnet ikke er helt seg selv i tiden etterpå. Foreldrene opplever frykten for at barnet kan komme til skade eller dø, og denne frykten er tilstede i større eller mindre grad.

Foreldrene opplever at helsepersonellet vekker både egen tillit og tillit hos barnet, i det som blir sagt og gjort. Tilnæringsmåten til barnet har mye å si for hvilken grad tilliten vekkes. Tilliten er også noe som er grunnleggende hos foreldrene. Foreldrenes opplevelse er delt mellom å gi fra seg foreldreansvaret og det å overlate barnets liv i hendene til andre.

9.0 Studiens pålitelighet

Med dette menes validitet, gyldigheten til studien, reliabilitet, troverdigheten, og hvor vidt studien er generaliserbar. Validitet betyr å se om metoden jeg har brukt, er hensiktsmessig ut fra hva jeg ønsket å få økt kunnskap om. Reliabilitet vil si om andre kan gjenta studien *ut fra mine beskrivelser* for denne studien og oppnå et resultat som er likt eller ligner dette, mens generaliserbarheten innebærer at studien kan gjentas med samme resultat.

9.1 Validitet

Ved å bruke direkte sitater fra teksten, kan jeg få hjelp til å vite om jeg er innen det budskapet som fremkommer i teksten. Bruk av direkte sitater er med på å styrke denne troverdigheten og viser at jeg har klart å være tro mot innholdet. (Fleming et al., 2003)

For å sikre validitet i studien, må jeg se om den metode og det design jeg har valgt, er hensiktsmessig ut fra det jeg ønsket å få økt kunnskap om.

«The goals of interpretive phenomenological research are to enter another's world and to discover the wisdom and understandings found here.» (Polit & Beck, 2014, s. 271)

Hensikten med studien min er nettopp å få innpass i informantens "verden" og å få kjennskap til hvordan denne oppleves for informanten. For å gjøre det, er kvalitativ metode og hermeneutisk tilnærming brukt. Gjennom å fortolke det budskap informanten har og bruke egen forforståelse til å forstå dette, har jeg kunnet øke min forståelse av foreldrenes opplevelser. Jeg har ikke kunnet legge bort min egen forforståelse, ettersom den alltid vil prege måten jeg ser på verden rundt meg, men jeg kan være den bevisst.

Ved å se på hva jeg ønsket å få økt kunnskap om, formulert gjennom problemformuleringen, opp mot den metode og tilnærming jeg har valgt og hva hensikten med metoden og tilnærmingen er, mener jeg studien er troverdig. Jeg har fått økt innsikt i den livsverdenen foreldrene er i når de følger barna sine til anestesi, og jeg mener at andre kan forstå de funn som er gjort, også gjennom sine forforståelser. (Sletnes, 2017, okt) Jeg finner et samsvar mellom delene i teksten og den helheten jeg fant innledningsvis, og dette er med på å øke gyldigheten til studien. (Fleming et al., 2003)

9.2 Reliabilitet og overførbarhet

En studie har reliabilitet dersom den kan overføres til andre steder, med andre personer, men med samme metoder, og at resultatene ikke avviker fra de som er funnet i aktuelle studie (Kvale & Brinkman, 2009). Hadde informantene svart annerledes dersom en annen hadde intervjuet dem på samme tidspunkt etter å ha fulgt barnet sitt til anestesi, eller ville resultatene blitt de samme? Er det mulig for andre å gjenta studien med andre aktører og komme frem til et lignende resultat? Jeg er av den oppfatning at tidspunktet for datainnsamlingen var avgjørende for det svaret informantene kom med. Som tidligere nevnt, var ønsket i utgangspunktet å intervju foreldrene umiddelbart etter at de hadde forlatt barnet sitt, hvilket av etiske grunner ikke var tilrådelig, ref vedlegg 4. Hadde datainnsamlingen funnet sted tettere opp mot situasjonen, mener jeg foreldrene ikke hadde kunnet sammenligne med egne forventninger til forløpet, ei heller kunne de si noe om tiden i etterkant av hjemreisen, enkelt og greit fordi den tiden lå foran dem.

På spørsmålet om informantene ville svart annerledes dersom en annen gjentok studien, tror jeg kanskje svaret er «tror jeg kanskje ikke». Jeg har ikke klart å unngå å stille ledende spørsmål i den grad jeg selv ønsker det, og intervjuet er mer en dialog enn en forelder som forteller om sine

opplevelser uten å få spørsmål eller «hjelp» med hva de kan fortelle om. Målet mitt var å stille færrest mulig spørsmål, og at disse ikke var ledende, men noen av de ledende spørsmål fant jeg naturlig å stille i situasjonen ut fra hva jeg oppfattet at informantene gav uttrykk for.

Studien er beskrevet på en måte som skal gjøre at det er mulig å gjenta den av andre, og jeg mener den har reliabilitet og er overførbar.

10.0 Avslutning

10.1 Oppsummering

Studiens hensikt var å få økt kunnskap om foreldres opplevelser når de følger barnet sitt til generell anestesi, å få et innblikk i deres livsverden. En kvalitativ metode og en hermeneutisk tilnærming ble derfor funnet passende, da hensikten ikke er å tallfeste, men sette ord på og beskrive. For å selv kunne oppnå forståelse for de opplevelsene foreldrene har, valgte jeg en hermeneutisk tilnærming hvor jeg kan tillate meg å fortolke og bruke mine egne forforståelser i møtet med både informantene under datainnsamlingen og i arbeidet med analysen.

Jeg har ikke klart å finne mye forskning av kvalitativ art, og én artikkel ble funnet av hermeneutisk type. Faglitteraturen tar for seg psykologiske aspekter ved å være forelder til barn på sykehus, men i hovedsak ikke relatert til anestesi/operasjonsavdelingen. Jeg fant litteratur om noen av påkjenningene foreldre kan oppleve og om foreldres rolle overfor barnet.

Gjennom arbeidet med studien har jeg funnet ut at de tre informantene jeg fikk, deler mye av opplevelsene med hverandre, uavhengig av hverandre. De sa de opplevde at tilliten deres ble vekket eller forsterket gjennom måten personalet på post og operasjonsstuen var på overfor barnet, de følte seg trygge som foreldre på at barnet ville bli tatt godt hånd om når de selv skulle gi foreldreansvaret og legge barnets liv i hendene på helsepersonellet. Jeg har i dette funnet at noe av kritikken familiesentrert sykepleie har fått for å fokusere på en på bekostning av den andre, ikke helt viser seg å stemme, men at der er en god balanse mellom barn-forelder-helsepersonell.

Videre bekrefter informantene mange av stressfaktorene og effekten disse har på dem, men også at de får emosjonell hjelp fra personalet i form av andre-regulering for å holde seg innenfor toleransevinduet, selv om det ikke nødvendigvis er intensjonen til helsepersonellet men å ha fokus på pasienten. Poenget med inkludering og informasjon til forelderen blir også bekreftet av informantene.

Foreldrene beskriver opplevelsen av frykt for at barnet kommer til skade eller død, og for en av informantene blir denne følelsen ikke regulert inn i toleransevinduet til forelderen, men får være en kanskje irrasjonell opplevelse i en naturlig reaksjon på påkjenningen slik Hazinski skriver.

10.2 Implikasjon for yrkespraksis og fagfeltet

Studien har påpekt foreldrenes påkjenninger og viktigheten av at personalet møter barnets og forelderens behov, og det er høyst relevant å ta med seg i utøvelsen av sykepleie til denne gruppen. Gjennom at informantene har bekreftet mye av den litteratur og noe av forskningen som foreligger, bekreftes også det at yrkesutøvelsen pr d.d. tar hensyn til mer enn pasienten.

10.3 Forslag til videre forskning

Det hadde vært interessant å se om man kunne nå metningspunktet ved å kontinuere studien, og da eventuelt hvor mye ny kunnskap som kommer frem på veien til metningspunktet og selvsagt da *hvilken* kunnskap som genereres.

Jeg synes også det hadde vært interessant å se om det er forskjell i om fedre og mødre har forskjellige oppfatninger og opplevelser og hvordan disse kommer til uttrykk. Dette har ikke vært fokus i min studie, både det at det ikke har vært tenkt på som aktuelt fokus, men også på grunn av antallet informanter som ikke var representativt til å kunne dra denne typen slutninger.

En studie hvor datainnsamlingen skjer tettere opp til innleggelsen er også av interesse. Vil man kunne få samme typen beskrivelser eller blir fokus mer på narkosen og mindre på tiden etterpå og mindre «reflektert» hos informantene?

10.0 Litteraturliste

- Andersson, L., Johansson, I. & Almerud Åsterberg, S. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204-1210.
- Brukerrettighetsloven, P.-O. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av LOV-999-07-02-63*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.
- Chundamala, J., Wright, J. G. & Kemp, S. M. (2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 56(1), 57-70 14p. doi: 10.1007/s12630-008-9008-3
- De Carpona, Y. (2013). *Norsk Etymologisk Ordbok*. Oslo: Kagge Forlag.
- Eide-Midtsand, N. & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. [peer reviewed]. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 54 (10), 919-926.
- Erhaze, E. K., Dowling, M. & Devane, D. (2016). Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 397-407. doi: 10.1111/ijn.12449
- Fanghol, R. & Valla, A. (2011). Barn. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (2 utg.). Oslo: Akribes.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120. doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.0016.3.x
- Friis Steen, H. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten (red.), *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (1 utg., vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Funksjonsbeskrivelsen. (2014). Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere Hentet fra <https://www.alnsf.no/alnsf/funksjonsbeskrivelsen.html>
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grunnlagsdokument. (2017). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere Hentet fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatric and pediatric sykepleie* (4 utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Hazinski, M. F. (2013). *Nursing care of the critically ill child* (3 utg.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av LOV-2008-06-20-44*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.

- Helseinstitusjon, F. O. B. O. I. (2013). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. www.lovdatab.no: Lovdata Lastet ned fra <https://lovdatab.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>.
- Helseinstitusjon., F. O. B. O. I. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av FOR-2000-12-01-1217*. lovdatab.no: Lovdata Lastet ned fra https://lovdatab.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_6.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 1999-07-02-64*. Lovdata Lastet ned fra https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5.
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Wang, S., Krivutza, D. M. & Lodolce, M. E. (2003). Parental presence during induction of anesthesia: physiological effects on parents. *Anesthesiology*, 98(1), 58-64.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2011). Family-centered care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevidu som modell i en ny traumesykologi. [Vitenskapelig artikkel]. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51 (7), 530-536.
- Nylenna, M. (2009). *Medisinsk ordbok* (7 utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget Aschehoug og Gyldendal.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av LOV-1999-07-02-63*. Lovdata Lastet ned fra <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research - appraising evidence for nursing practice* (8 utg.). PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rasmussen, L. S. & Steinmetz, J. (2014). *Anæstesi* (4 utg.). København: FADL's forlag.
- Sletnes, K. B. (2017, okt). Forståelse Hentet fra <https://snl.no/forst%C3%A5else>
- Tveiten, S., Wennick, A. & Friis Steen, H. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yrkesetiskeretningslinjer. (2011). Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Søkestreng

Search History/Alerts

[Print Search History](#) [Retrieve Searches](#) [Retrieve Alerts](#) [Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh Search Results			
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S9 S4 AND S6 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S8 induction of anesth*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20080101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,049) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S7 S4 AND S6	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20080101-20181231; Full Text; English Language Search modes - Boolean/Phrase	View Results (43) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S6 (parent* or mother or father) AND child* AND anesth*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S5 parent* N5 presence* AND pediatric anesth*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S4 experienc*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S3 pediatric anesth*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S2 parent* AND presence*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S1 parent* AND pediatric anesth* AND experience*	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit

<input checked="" type="checkbox"/> Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh Search Results			
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input checked="" type="checkbox"/>	S8 S1 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10) View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S7 concept analysis	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20080101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,567) View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S6 family centered care AND concept	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20080101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (152) View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S5 S1 AND S2 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S4 hospital care	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S3 S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S2 parent*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20080101-20181231; Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit
<input checked="" type="checkbox"/>	S1 family centered care	Limiters - Published Date: 20080101-20181231; Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Rerun View Details Edit

[Refine Results](#)

Search Results: 1 - 10 of 10

Relevance ▾

Page Options ▾

[Share](#) ▾

[BIBSYS Ask](#) ▾

Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:
Masterstudie i spesialsykepleie i anesthesisykepleie

Navn på masterstudent:
Hilde Hægeland Flydal

Navn på veileder:
Thomas Westergren

Tittel på prosjektet:
Pårørendes opplevelse av å være med på barnets narkose før operasjon

Prosjektets problemstilling/forskningsspørsmål:
Hva er foreldres opplevelse med å være med på barnets første anestesi før elektiv kirurgi?

Utvalg:
Foreldre til barn som gjennomgår elektiv kirurgi ved [REDACTED], barna er ASA 1 eller 2 og har ikke vært til anestesi tidligere.

Metode for datainnsamling/analyse:
Semistrukturerte intervjuer som tas opp på lydopptak, transkriberes og analyseres.
Analysemetode er hermeneutisk tilnærming etter prinsipper for hermeneutisk sirkel.

Er det tidligere søkt FEK, med tilbakemelding om forbedringer (kryss)?

Ja: evt dato: Nei: X

Er undersøkelsen meldt NSD (kryss)?

Ja: Nei: X Evt. godkjenningsdato:
Søknad sendes 15.09.17

Ved tvil om prosjektet bør søkes til REK, er det sendt spørsmål om fremleggsvurdering(kryss)?

Ja: X Nei:
Sendes 15.09.17

Er skjemaet utarbeidet i samråd med veileder (kryss)?

Ja: X Nei:

Etisk vurdering hvor studenten svarer på følgende spørsmål. Max 2 sider, linjeavstand 1,5:

- 1) Evt. risikofaktorer ved gjennomføring av prosjektet spesielt med tanke på forsøkspersonene
- 2) Informasjon om hvordan data lagres / oppbevares og eventuelt brukes / slettes etter at masterprosjektet er ferdig
- 3) Nytte av prosjektet: nytte for forsøkspersonen(e), nytte for vitenskapen, nytte for samfunnet
- 4) Andre etiske problemstillinger i tilknytning til gjennomføring av masterprosjektet.

1.

Fordeler for informanten kan være at han/henne får satt i gang tankeprosesser som kanskje ikke var forventet av ham, men som kan kjennes positivt. Det kan være fint å ha noe å ta seg til i ventetiden, og fint å få snakke om opplevelsene mens de er så friskt i minne.

Ulemper for informanten kan være at det settes i gang tankeprosesser som han/hun ikke var helt forberedt på, og om kan oppleve som belastende, der og i etterkant.

2.

Under studien vil forsker få kjennskap til personsensitiv informasjon, og forsker har taushetsplikt etter Helsepersonelloven (1999) §21 og plikt til å hindre andre i å få kjennskap til denne typen informasjon. Det vil også si at lydopptakene skal sikres og oppbevares slik at ikke andre har tilgang til dem. Hver informant kobles opp til et nummer for intervjuet.

Lydopptakene vil lagres utilgjengelig med kodet tilgang, og skriftlige dokumenter blir lagret på data med kodet tilgang til selve datamaskinen, samt at hvert dokument har sin tilgangskode. Samtykkeskjemaene oppbevares i låst skap hvor kun deltagerne i forskningsteamet har tilgang. Ved studiens slutt vil samtlige lydopptak, samt dokumenter som kan inneholde personsensitive opplysninger, slettes/destrueres, dette for å sikre at taushetsplikten ivaretas også etter at informasjonen ikke lenger har noen hensikt i å bli oppbevart, samtykkeerklæringene inkludert (Helseforskningsloven). Lydopptakene vil bli brukt i analysen sammen med at de blir transkribert.

3.

Temaet er relevant for informantgruppen, foreldrene, og for anestesisykepleieres yrkespraksis og rutiner i fremtiden. Studien søker å øke forståelsen av hvordan det er å være forelder i denne situasjonen, og man kan finne ut hva foreldrene trenger for å kunne være mer til stede og støttende for barnet sitt, samtidig som studien kan gi en pekepinn på hvordan man som

anestesisykepleier, eller annet personell i operasjonsteamet, kan møte foreldre på best mulig måte. Det å være bevisst på hvilke opplevelser foreldre kan sitte tilbake med etter å ha vært med på innledning av anestesi til barnet sitt, kan bidra til forbedring av den pleie og måten man tilnærmer seg foreldrene på.

4.

Det planlegges at datainnsamlingen skjer ved [REDACTED], eventuelt også [REDACTED] dersom dette blir aktuelt. En mulig risikofaktor kan være at ansatte føler en skal studere de og at studien, som utføres av en sannsynlig fremtidig kollega, tar for seg hvordan de jobber og deres rutiner fremfor å ha fokus på foreldrene. Bortsett fra dette, kan studenten ikke se noen særlige etiske problemstillinger.

Informasjonsskriv med utkast til frivillighet, samtykkeerklæring: Skjema fra REK.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
(Vedlegg 6)

Intervjuguide
(Vedl. 7)

1 of 2

Move to inbox More


to Jens

Sent from my iPhone

Jens Kristian Nærbøe <jens.narboe@uia.no>
to me

Fint og takk. Da markerer vi prosjektet som godkjent også fra FEK.

Mvh
Jens Kristian Nærbøe
Førstelektor og programansvarlig
Bachelor i vernepleie
Institutt for psykososial helse
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder
jens.narboe@uia.no

 UNIVERSITETET I AGDER

Fra: Hilde E Flydal <hilde.e.h.flydal@gmail.com>
Dato: tirsdag 19. september 2017 11.10
Til: Jens Kristian Nærbøe <jens.narboe@uia.no>
Emne: Fwd: Ikke fremleggingsplikt for prosjektet "Opplevelsen av å være forelder på operasjonsstuen"

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ● Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler.
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Stemme og ev bruk av navn på lydopptak som anonymiseres ved transkribering av lydopptak	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema.
Bli det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Hva er foreldres opplevelse med å være med på innledningen av barnets første anestesi?	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Agder	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helse- og idrettsvitenskap	
Institutt	Institutt for helse- og sykepleievitenskap	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Thomas	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig. Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Westergren	
Stilling	Førsteamanuensis	
Telefon	37233142	
Mobil	40879560	
E-post	thomas.westergren@uia.no	
Alternativ e-post	thomas.westergren@gmail.com	
Arbeidssted	Universitetet i Agder	
Adresse (arb.)	Postboks 422	
Postnr./sted (arb.sted)	4604 Kristiansand S	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Hilde Eun	
Etternavn	Hægeland Flydal	
Telefon	[REDACTED]	
Mobil		
E-post	hilde.e.h.flydal@gmail.com	
Alternativ e-post	hifly84@gmail.com	
Privatadresse	[REDACTED]	
Postnr./sted (privatadr.)	[REDACTED]	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	Øke forståelsen av foreldres opplevelse av å være med på innledning av førstegangs-narkose til eget barn. Fokus på foreldrene, barnets diagnose ikke relevant.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input checked="" type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg.
Beskriv utvalg/deltakere	Foreldre til barn som skal til førstegangs elektiv/planlagt anestesi.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Sykepleierne ved [REDACTED] avdeling finner aktuelle informanter, gir informasjon om studien og innhenter skriftlig samtykke fra aktuelle deltagere. Sykepleierne har fått informasjon om inklusjon/eksklusjonskriterier. Inklusjon; foreldre til i utgangspunktet funksjonsfriske barn (ASA 1 eller 2), planlagt kirurgi.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Førstegangskontakten vil være sykepleiere ved [REDACTED] avdeling, og som setter informanten i kontakt med intervjuer.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider.

Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	10	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer.
Hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	Barnets navn og helseopplysninger vil kunne bli nevnt, men dette er ikke fokus for studien, og både barnets og informantens navn vil byttes ut med fiktivt navn ved transkripsjon.	
Registreres det sensitive opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>

Blir tredjepersoner informert?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	Merk at identifiserende opplysninger om tredjeperson er personopplysninger og skal behandles som dette på lik linje med andre personopplysninger. Dette innebærer blant annet at både informasjon og samtykke skal vurderes konkret i hvert tilfelle.
Informeres ikke, begrunn	Studiens fokus er foreldres opplevelse, og informasjon om deres barn vil derfor være sekundært og ikke formål for studien.	
10. Informasjonssikkerhet		
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	Koblingsnøkkel og lydopptak oppbevares adskilt, og det er kun daglig leder og student som har tilgang til dette.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		NBI Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel.
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, eksternt harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NBI Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskin med bruker/passord-lås. Filene låses med passord/passkode og lagres på flash-memory med passkode-låst tilgang. Samtykkeskjemaer vil oppbevares innelåst i arkivskap på kontor til daglig ansvarlig ved Universitetet i Agder.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		

Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger.
Hvis ja, hvilken	Forskningsetisk Komite ved UiA (FEK), samt ██████████. Det er sendt fremleggsvurdering til REK som har vurdert prosjektet som utenfor virkeområdet til helseforskningsloven (2017/1716 D).	
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	16.10.2017	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	31.12.2020	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NBI Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NBI Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data.
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. ● intervjuguide_2_hehf_fi.pdf ● infosamtykke_2_hehf_fi.pdf	

Thomas Westergren
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 02.11.2017

Vår ref: 56049 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 19.09.2017 for prosjektet:

56049	<i>Hva er foreldres opplevelse med å være med på innledningen av barnets første anestesi?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Thomas Westergren</i>
Student	<i>Hilde Eun Hægeland Flydal</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2020 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lise Aasen Haveraaen

Kontaktperson: Lise Aasen Haveraaen tlf: 55 58 21 19 / Lise.Haveraaen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Eun Hægeland Flydal, hilde.e.h.flydal@gmail.com



FORMÅL

Formålet med prosjektet er å øke forståelsen av foreldres opplevelse av å være med på innledning av førstegangs-narkose til eget barn.

REK har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens bestemmelser (2017/1716 D)

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av foreldre til barn som skal til førstegangs elektiv/planlagt anestesi. Sykepleiere ved [redacted] avdeling vil finne aktuelle informanter, gi informasjon om studien og innhente samtykke fra informanter som ønsker å delta. Det vil ikke opprettes kontakt mellom informanter og student før de har ytret ønske om å delta i prosjektet. Personvernombudet mener rekrutteringsformen er tilstrekkelig for konfidensialitet og at frivilligheten ved deltagelse ivaretas gjennom prosessen.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi anbefaler at foreldre som intervjues informerer sine barn om prosjektet i forkant av intervjuene.

Barna/ungdommene bør opplyses om at de har rett til å reservere seg. Dersom personen som omtales er over 18 år, må det innhentes samtykke fra denne i forkant av datainnsamlingen.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Grunnet prosjektets tematikk vurderer vi at det kan fremkomme sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven §2 nr. 8c. Vi tar derfor høyde for at slike opplysninger kan registreres.

ETISKE VURDERINGER

Det opplyses om at foreldre vil intervjues mens barna er i narkose. Vi ber om at student og veileder diskuterer om dette er et hensiktsmessig tidspunkt å gjennomføre intervjuene, da foreldrene kan være i en sårbar situasjon.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres

ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Foretaksnivå		Skjema	
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet		Side 1 av 3	
Dokument ID:	Godkjent dato: 03.12.2015	Gyldig til: 03.12.2017	Revisjon: 4.05

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved [redacted]. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til [redacted].
---	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING, MASTEROPPGAVER ELLER ANNET.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving eller artikkelskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende. I den anledning søker undertegnede om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling.

FYLLES UT AV SØKER

Navn på student/søker	Flydal, Hilde E. Hægeland
Arbeidssted/studie	Masterstudie i spesialsykepleie i anestesisykepleie
Datainnsamling i forbindelse med:	Etterutdanning Videreutdanning Master x Annet (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Foreldres opplevelser ved anestesi
Problemformulering	Hva er foreldres opplevelse med å være med på innledningen av anestesi til barnet i forkant av elektiv kirurgi
Veileder ved universitetet	Westergren, Thomas
E-post	thomas.westergren@uia.no
Telefon	40879560

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Hva er foreldres opplevelse med å være med på innledningen av barnets første anestesi i forkant av elektiv kirurgi?
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Semistrukturert, individuelle intervjuer
Populasjon/utvalg	<input type="checkbox"/> [redacted] <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Hvor og hvordan skal data lagres?	Lyddoptak krypteres og lagres i kodet/låst fil på data som er låst med kode/passord. Øvrige dokumenter lagres på data med kodet tilgang, samt at hvert dokument har sin kode kun studenten/veileder har kjennskap til.
Hvordan skal koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	Adskilt fra hverandre, papirer innelåst og utilgjengelig for andre enn studenten, lyd krypteres, lyd og tekst lagres på data med kodet tilgang i filer som er låst med kode/passord.
Ønsket antall respondenter ved	10

Utarbeidet av: [redacted]	Fagansvarlig: [redacted]	Godkjent av: [redacted]	
------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet					Side: 2 Av: 3
Dokument-id: [REDACTED]	Utarbeidet av: [REDACTED]	Fagansvarlig: [REDACTED]	Godkjent dato: 03.12.2015	Godkjent av: [REDACTED]	Revisjon: 4.05

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Tidspunkt/varighet ved [REDACTED]	okt-17 - jan-18
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	[REDACTED]

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av søknad til REK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring [REDACTED]
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt [REDACTED]

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Hilde H Flydal	E-post hifly84@gmail.com	Telefon [REDACTED]
--	------------------------	-----------------------------	-----------------------

Med hilsen

Dato 15.sep.-17

Signatur

Navn student Hægeland Flydal, Hilde

E-post hifly84@gmail.com

Telefon [REDACTED]

FYLLES UT AV [REDACTED]

Tillatelse gitt av: [REDACTED]

Klinikk: [REDACTED]		
Dato:	Enhetsleder/Avdelingsleder:	
Telefon:	E-post:	Enhet:

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data [REDACTED]

Dato:	Forskningssjef:
-------	-----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningssjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet på e-post til [REDACTED]

Kryssreferanser



12/21/17



 **Frode Gallerfoss** <frode.gallefoss@sshi.no>
to Sandrine, Vivi, me, thomas.westerg. ▾

Jeg har sett på alle vedlegg i 360, men klarer ikke etter til sammen 3 timer fram og tilbake, masse frustrasjon og flere veiledninger som ikke stemmer med min nettside, å få ekspedert saken ut av 360. Men den er nå med dette godkjent fra meg.

Jeg har en bemerkning og den kommer også fra NSD. Jeg vil ikke anbefale å intervju foreldre på det tidspunktet hvor barna er i narkose og blir operert. Dette er en vulnerabel fase for foreldre som ofte har mer enn nok med å tenke på hva som foregår med barnet og hvilket resultat kirurgen vil få.

Ville også be om at dere har nødvendig fokus på metode for anonymisering av data/intervjuene og kryptering av lydfiler

Jeg må be deg, Vivi, om å få anledning i 360 til å sende sakene på vanlig måte slik at de dukker opp på min nettside som «Ubesvarte dokumenter». Da har jeg ingen problemer med å ekspedere dem. Men når de dukker opp som «Dokumenter mottatt på arbeidsflyt og mottatte oppgaver» (i seg selv en merkelig overskrift), så har jeg til nå ikke fått noen instruksjon som gjør det mulig for meg å få dem ekspedert ut av 360

Mvh

Frode
Frode Gallerfoss
Forskningsjef, Sørlandet Sykehus
Professor, dr. med., K2, Universitetet i Bergen
+47 90665717 (mobil)
+47 38073319 (arbeid)



SØRLANDET SYKEHUS Universitetet i Bergen

Fra: Vivi Haavik Tønnessen
Sendt: 20. desember 2017 10:28
Til: Frode Gallerfoss
Emne: Fwd: SV: godkjenning datainnsamling?

Hei
Har du bry til å svare student og veileder direkte, med kopi til meg?
Jeg har ferie til 3. Januar.

Mvh Vivi Haavik Tønnessen
Videresendt meldning

Pårørendes opplevelse av å være med på barnets narkose før operasjon

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å finne ut mer om foreldres opplevelser ved å være med på innledning av barnets første narkose og hvordan tiden inne på operasjonsstuen var. Du er forespurt om å delta fordi du er forelder som skal være med på nettopp dette. Hensikten med studien er å øke forståelsen av hvordan det er å være forelder i denne situasjonen, og om mulig, i fremtiden bidra til å forbedre rutiner og behandling på bakgrunn av dette. Studien er en del av en mastergrad i spesialsykepleie innen anestesisykepleie ved Universitetet i Agder, og intervjuene vil foregå ved [REDACTED].

Hva innebærer PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer intervjuer med foreldre som har vært med på innledningen av barnets første narkose, og det er første gang forelderen er med på innledning av narkose til eget barn. Dersom du kan tenke deg å delta i studien, vil du settes i kontakt med den som gjennomfører studien, via [REDACTED] avdelingen. Det innebærer ikke endring i behandlingen barnet mottar, men vil innebære at du som forelder kan la deg intervju om dine opplevelser fra tiden på operasjonsstuen. Intervjuet vil ta opptil en time, men avsluttes før dersom man finner dette naturlig og du føler du har fått sagt det du ønsker. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, som vil bli slettet når studien avsluttes.

Intervjuet kan finne sted hjemme hos dere, på Universitetet i Agder, eller annet egnet sted, og tiden avtales ved kontakt.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Disse opplysningene er ditt navn og stemme, samt det du forteller under intervjuet. Ved utskrift til navnet være byttet ut med fiktivt navn. Det skal ikke registreres journalopplysninger knyttet til årsaken til operasjonen eller annet som har med barnets tilstand eller behandling å gjøre.

Mulige fordeler og ulemper

Fordeler for deg som deltager er at du kan bidra med opplevelser/erfaringer som forelder i denne situasjonen, både gode og dårlige opplevelser, og på denne måten være med og belyse et felt som pr i dag er lite forsket på, men ikke mindre viktig av den grunn. Mer kunnskap om foreldres opplevelser vil kunne bidra til bedre rutiner og behandling i fremtiden.

Intervjuet kan sette i gang tankeprosesser i deg som du kanskje ikke var forberedt på, men som du kan finne positivt å snakke om. Samtidig kan det aktualisere tankeprosesser du kanskje ikke var helt forberedt på rundt det å skulle følge barnet ditt til operasjon.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Hilde H. Flydal, mob (priv): [REDACTED] email:

hifly84@gmail.com

Du kan også kontakte veileder ved Universitetet i Agder, Thomas Westergren, på email: thomas.westergren@uia.no eller mobil: 40879560

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysninger vi bli behandlet uten navn og fødselsnummer til deg eller barnet, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Din stemme vil være mulig å kjenne igjen på lydopptaket, men opptaket vil bli slettet/destruert ved studiens slutt. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og lydopptakene vil bli slettet ved prosjektslutt eller senest 31.12.2020.

Forsikring

Universitetet i Agder er en statlig institusjon og er således en selv-assurandør etter norsk lov.

Økonomi

Du som deltager vil ikke ha noen utgifter da datainnsamlingen vil foregå enten hjemme hos deg eller annet sted i nærheten av deg.

Studien er en del av en mastergrad i spesialsykepleie i anestesisykepleie, ved Universitetet i Agder (UiA), og den som gjennomfører studien har en utdanningsstilling ved [REDACTED], men det er ingen økonomisk støtte til forskningsprosjektet fra sykehuset eller UiA.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Fakultetets Etiske Komite ved Universitetet i Agder.

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) med referansenr 56049

Det er også godkjent av Etisk komite ved [REDACTED].

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Intervjuguide

Kort om studien

Dette er en studie i forbindelse med en mastergrad i anestesisykepleie ved Universitetet i Agder. Studiens hensikt er å få bedre forståelse av foreldres opplevelser med å være med på barnets første narkose i forkant av planlagt operasjon. Der finnes en del litteratur som omhandler samspillet mellom barn og foreldre, men lite som omhandler foreldres opplevelser, og derfor ønsker jeg med denne studien å belyse foreldrenes opplevelse.

Studien utføres ved [REDACTED], og informantene er foreldre som har fått informasjon om studien, hva det vil si å delta, og som skriftlig har samtykket på deltagelse. Som deltaker har du rett til å få informasjon om studien i forkant av et eventuelt frivillig men skriftlig samtykke. Du har også rett til å til enhver tid å trekke deg fra studien og få lydopptakene slettet, dette uten å måtte oppgi noen grunn.

Problemformuleringen er

Hva er foreldres opplevelse av å være med på innledningen av sitt barns første narkose i forbindelse med planlagt operasjon?

Innledende spørsmål

Kan du gjentelle om tiden inne på operasjonsstuen og til du gikk fra ditt sovende barn?

Temaer

Trygghet	Tillit
Sikkerhet	Redsel/frykt
Kommunikasjon	Samarbeid
Å være forelder	

Spørsmål som

Var det noen gang du var redd/usikker/etc og hva gjorde at du følte det sånn?

Kan du beskrive

Fortell om

Du sier at ... kan du utdype dette litt mer?

Jeg har lest at... hva tenker/oplever du selv?

Er det noe mer du ønsker å tilføye utover det som allerede er sagt?

Oppsummering på slutten av intervjuet, hvor vi oppsummerer, men ikke konkluderer.

Avslutningsvis vil informasjon om studien gjenntas, om oppbevaring og sletting av lydopptakene, hva som skjer med lydopptakene. Opplysningene vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn forsker, og navn byttes ut med fiktive navn.

Vedlegg 8

Logg for intervjuene og analyser

Inneholder følgende for hvert intervju: helhetsinntrykk, overordnet tema/temaer

Intervju 1

Informanten var spent, men satt igjen med positiv opplevelse av tiden på operasjonsstuen.

Informanten har forkunnskap om mulige «bivirkninger» av narkose/operasjon, men også egen erfaring, som i all hovedsak er positiv. Determined with the intention of helping and not hurting.

Følelse av tap av barn, døden var i tankene, kontroll over følelser, god nok forelder, valget om å la barnet bli operert, følelsen av å svikte barnet, tillit til helsepersonellet

Intervju 2

Informanten sitter tilbake med en veldig positiv opplevelse» og er positivt overrasket over hvordan det gikk. Overgikk hennes «forventninger»/ideer/tanker.

Hvordan forelderen er, vil smitte over på barnet. Nytt å skulle være forelder på sykehus? Tillit til helsepersonellet, gode foreldre som handler etter beste på sikt-prinsippet? Kontroll over følelser, tap av barn, valget om å la barnet bli operert, bli påvirket av personalet og hvordan barnet blir møtt,

Intervju 3

Informanten er positiv, har tillit til helsepersonellet. Rolig forelder kan gi rolig barn. Kommunikasjon mellom forelder og barn, barn og helsepersonell, og helsepersonell og forelder, men helsepersonellens fokus var tydelig på barnet, trygghetsopplevelse.

Kontroll over følelser, observant overfor andre i rommet, bli ivaretatt som forelder, valget om å la barnet utsettes for operasjon, bli påvirket av hverandre (i all hovedsak positivt), tillit til helsepersonellet

(Se ellers eget dokument med oversikt over kategoriene.)

Transkripsjonsmanual

Høre gjennom hele intervjuet

Gå gjennom hver enkelt "replikk" og transkribere

Dialekt oversettes til bokmål

Dersom annet enn norsk skal uttrykk oversettes til den norske ekvivalenten (ideomer)

Bevisst bruk av pauser i samtalen skal markeres i teksten

Latter, ironi, uttrykk av betydning markeres *mellom stjerner*

Muntlige «fyllord» som «eh...» og «jaha...» tas ikke med med mindre av vesentlig betydning

Samtlige navn erstattes med fiktive navn pga anonymisering

Barnets kjønn refereres til som faktisk kjønn

Opplysninger om alder settes som x eller byttes ut med «lite barn»

Analyselogg

Transkribere intervjuene fortløpende. Følger transkripsjonsmalen for konsekvent utføring og siden første gang i forbindelse med studie.

Hvert intervju sees på for seg i starten.

Opprettet tabell med følgende kolonnetitler:

Naturlig meningsenhet

Kondensert meningsenhet

Kode, latent budskap

Undertema

Tema

Deler inn i naturlige meningsenheter og kondenserer disse, uten fortolkninger. Hvert transkriberte intervju for seg.

Konfererer med veileder underveis, samt starthjelp.

Gjør det samme med de andre intervjuene, konfererer med veileder noen ganger; to hjerner tenker bedre...

Finne det **latente budskapet** i hver kondenserte meningsenhet, flere forslag skrives ned i denne ruten.

Går gjennom hvert intervju og ser etter logikk og hvorvidt koden er **tro mot** tilhørende **naturlige meningsenhet**.

Forsøker å finne undertema for hvert av intervjuene men med problemformuleringen i mente. Vanskelig å plassere alle undertemaene i kategorier. Tips fra veileder; (overordnet) tema først, så underkategorier. Utvide de naturlige meningsenhetene, se om de støtter opp om enheten før eller etter.

Gjennomgang av alle intervjuene og finner at dette stemmer.

Alle koder plassert i ett eller to av undertemaene, notater gjort i parentes for å lettere følge tankegangen og logikken.

Vedlegg 10

For egen del oppretter jeg tre dokumenter og sorterer alle som har samme undertema i samme dokument. Jeg skriver notater for hva som ligger til hvert undertema. Ser etter at det er enheter fra alle intervjuene i alle tre undertema-dokumentene. Lettere å holde oversikt på denne måten.

Da jeg har ett tema som er overordnet, ble de tre andre undertemaer til temaet, og alle skulle svare på problemformuleringen, hvilket jeg synes de gjør.

Eksempel på trinnene i analysens første del

Naturlig meningsenhet	Meningskondensat	Kode, latent budskap	Undertema	Tema
Det gjorde det jo litt lettere for meg også, det at h*n ikke var redd. Det var kjempespennende å komme inn der.	Lettere for meg at h*n ikke var redd, det var spennende der.	Mindre påkjenning for forelder når barnet viser trygghet (Lettere å være meg)	Overlate foreldreansvaret og barnets liv i tillit	Mellom tillit og tap
Og vi var jo kanskje, h*n brukte veldig lang tid i etterkant av operasjonen på å egentlig komme seg. Få gått på do og få spist og dette her.	Brukte lang tid på å komme seg	Har noe skjedd som ikke vi vet om, eller er det vanlig at de ikke er helt seg selv etterpå?	Frykt for at barnet skades (normalt at det tar tid?)	Mellom tillit og tap

Fra: <post@helseforskning.etikkom.no>
Dato: 18. september 2017 kl. 13.54.53 GMT+2
Til: <thomas.westergren@uia.no>
Emne: Ikke fremleggingsplikt for prosjektet "Opplevelsen av å være forelder på operasjonsstuen"

Vår ref. nr.: 2017/1716 D
Til Thomas Westergren.

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 15.09.2017 angående prosjektet «Opplevelsen av å være forelder på operasjonsstuen». Fremleggingsvurderingen er vurdert av sekretariatet. Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av fremleggingsvurderingen, er å undersøke hvordan det er å være forelder og følge barnet sitt til sin første anestesi, samt undersøke hvilke opplevelser foreldre sitter igjen med etter å ha vært tilstede under barnets innledende anestesi.

Efter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humanit biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Camilla Bø Standal
Seniorrådgiver
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845821

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>

