

*Hvilken erfaring har anestesisykepleieren
med å oppnå tillit og gi trygghet til barn
ved forberedende prosedyrer før anestesi?*

William Bjaalid Parker, Rune Tjøland og Sjurd Einertrø

Antall ord: 19608

VEILEDER

Guðrun E Rohde og Jørn Hustad

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse og idrettsvitenskap

Institutt for Helse og sykepleievitenskap

Forord

Vår inspirasjon til dette masterprosjektet fikk vi etter vår andre praksisperiode som anestesisykepleiestudenter. Vi hadde da fått erfare at anestesisykepleiere benyttet ulik tilnærming for å oppnå tillit og trygghet hos barn som skulle gjennomføre en anestetisk prosedyre. Det å velge et tema som var knyttet til barn var ikke et åpenbart valg fra starten. Det har vært mange diskusjoner knyttet til nytteverdien, spenningen og utfordringen rundt det å skulle produsere en oppgave med barn som tema. Nysgjerrigheten og inspirasjonen kom i søken av å finne svar på hvorfor tilnærmingen var så ulik, samt all positiv tilbakemelding vi fikk fra andre faginstanser på valg av tema. Vi har gjennom dette arbeidet fått tilegnet oss ny og verdifull kunnskap. Vi står igjen med en masteroppgave vi er stolte av å kunne presentere.

Å produsere denne masteroppgaven har vært et spennende arbeid med en svært bratt læringskurve. Det har vært utfordrende å balansere masteroppgaven opp mot studier og praksis. Covid-19 pandemien og et nedstengt Norge skapte ekstra utfordringer og forlengede prosesser, men det gav også rom for nytenkning og kreativitet for å kunne gjennomføre vår innsamling av data. Vi må rette en stor takk til sykehusene for den tilretteleggingen og velviljen som er gitt oss i den utfordrende tiden med pandemien. Med god kommunikasjon og positivitet fra dere er vi kommet i mål og vi har klart å få produsert denne oppgaven.

Det å produsere en masteroppgave er nytt for oss alle, og vi vil også rette en stor takk til våre veiledere Professor Gudrun Elin Rohde og Førstelektor Jørn Hustad ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder. Tusen takk for gode diskusjoner, faglig innspill, gode råd og ikke minst positiv motivasjon og drahjelp. Uten dere hadde det ikke blitt noe masteroppgave!

Til våre 13 respondenter som stilte villig opp til intervju og delte sine erfaringer og kunnskaper med oss. Tusen takk! Uten deres bidrag hadde vi ikke hatt grunnlaget for å kunne gjennomføre denne forskningen.

Avslutningsvis vil vi takke våre nærmeste som har stilt opp med støttende motivasjon og tilrettelegging for arbeidet som er lagt ned. Vi må også rette en takk til hverandre. Takk for godt samarbeid, positivt engasjement og et varig vennskap. Det har vært en styrke å være sammen om denne masteroppgaven.

Kristiansand 26. april 2022

William Bjaalid Parker

Rune Tjoland

Sjurd Einertrø

Sammendrag

Bakgrunn: Anestesisykepleiere møter barn på sykehus som er engstelige før anestetiske prosedyrer. Samarbeid med barn kan være utfordrende, og anestesisykepleieren har et ansvar for å tilrettelegge for et trygt og tillitsskapende miljø for barnet.

Formål og problemstilling: I denne studien ønsker vi å få innsikt i anestesisykepleieres erfaringer og opplevelser av hva som skaper tillit og trygghet hos barn ved forberedende prosedyrer før anestesi ved å svare på problemstillingen:

Hvilken erfaring har anestesisykepleieren med å oppnå tillit og gi trygghet til barn ved forberedende prosedyrer før anestesi?

Metode: Kvalitativ metode er benyttet. Det er gjennomført 13 semistrukturerte individualintervju fra anestesisykepleiere med variert alder og erfaringsgrunnlag. Data er samlet fra to regionalsykehus og et universitetssykehus i Norge. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som analysemetode.

Resultater: Tre hovedtemaer beskriver anestesisykepleiernes opplevelser og erfaringer knyttet til barneanestesi.

1. Anestesisykepleierne vektla klinisk erfaring og mengdetrening som nødvendig, og de mente faglig påfyll og tilrettelegging var viktig for å styrke selvtiliten.
2. Godt samarbeid og rolleavklaringer bidrar til økt kvalitetssikring. Tidspresset påvirker arbeidssituasjonen negativt.
3. Samhandlingen med barnet og foresatte er avgjørende for en god avledning av barnet og bidrar til å skape tillit og trygghet.

Konklusjon: Mengdetrening av barneanestesi fører til økt mestringstro. Tidspres og forventninger til høy produksjon kan ha negativ påvirkning i relasjonsskapning til barnet. Gode forberedelser og godt teamarbeid betyr mye for anestesisykepleierens selvtilit, som øker pasientsikkerheten. Tilnæringsmåte og bruk av avledning til barn vil være alder og situasjonsbetinget.

Nøkkelord: Anestesisykepleier, preoperativ stress, anestesi, barn, avledning, pasientsikkerhet

Summary

Abstract: Nurse anesthetists meet children in hospitals who are worried before anesthetic procedures. Cooperation with children can be challenging, and the anesthetic nurse has a responsibility to facilitate a safe and trust-creating environment.

Purpose and research question: The purpose of the study has been to gain insight into anesthetic nurses' experiences of to gain trust and provide security in children in preparatory procedures before anesthesia by exploring the research question:

What experiences do the anesthetic nurses have in gaining trust and providing security for children in preparatory procedures before anesthesia?

Method: A qualitative method has been used, where 13 anesthetic nurses, with a broad age-range and range in experience, took part in semi-structured individual interviews. The data were obtained from two regional hospitals and one university hospital in Norway. The data were analyzed using systematic text condensation.

Results: Three main themes describes the anesthetic nurses' experiences to pediatric anesthesia.

1. The anesthetic nurses emphasized clinical experience and extensive practice as crucial, and professional input and facilitation was important to improve their self-confidence.
2. Good cooperation and straight forward roles contribute to increased patient safety. The time pressure has a negative effect on the work situation.
3. The interaction with the child and guardians is crucial for a good diversion of the child and contributes to creating trust and security.

Conclusion: Extensive practice of pediatric anesthesia leads to increased coping abilities. Time pressure and expectations of high production can have a negative impact on the relationship building. Good preparation and teamwork are of great importance for the anesthetic nurse's self-confidence, which increases patient safety. Approach and use of diversion for children have to be age and situation adjusted.

Keywords: Anesthetic nurse, preoperative stress, anesthesia, children, distraction, patient safety

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	3
1.3 AVGRENSNING	3
1.4 STUDIENS OPPBYGNING.....	3
2.0 SØKESTRATEGI OG TIDLIGERE FORSKNING.....	4
2.1 SØKESTRATEGI.....	4
2.2 INKLUSJON OG EKSKLUSJONSKRITERIER	6
3.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	6
3.1 BARNES RETTIGHETER PÅ SYKEHUS	6
3.1.1 Lovverk for barn.....	6
3.1.2 Foresattes samtykkerett.....	8
3.1.3 Bruk av tvang mot barn på sykehus.....	9
3.2 ANESTESISYKEPLEIERS ANSVAR OG FUNKSJON	10
3.2.1 Kompetanseheving.....	11
3.2.2 Ethiske retningslinjer for sykepleiere.....	12
3.3 TRYGGHET FOR BARN PÅ SYKEHUS	13
3.3.1 Tillitsskapende arbeid	13
3.4 FORBEREDELSE OG TILNÆRMING	14
3.5 AVLEDNING AV BARNET.....	15
3.5.1 Kognitiv avledning.....	15
3.5.2 Passiv avledning.....	16
3.5.3 Teknologiske verktøy	16
3.5.4 Leketøy og sykehusklavn.....	16
3.5.5 Bruk av premedikasjon.....	17
4.0 METODE.....	18
4.1 METODE OG DESIGN	18
4.2 SEMISTRUKTURERT INDIVIDUALINTERVJU	18
4.3 FORSKERROLLEN.....	19
4.4 KRYPTERING OG DATAHÅNDTERING	20
4.5 STRATEGISK UTVALG	20
4.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	21
4.7 FORSKNINGSETIKK.....	21
4.7.1 Søknader og godkjenninger.....	21
4.7.2 Innhenting av informert samtykke	21
5.0 ANALYSE.....	22
5.1 HELHETSINNTRYKK.....	22
5.2 MENINGSBÆRENDE ENHETER.....	22
5.3 KONDENSERING.....	23
5.4 SYNTSE.....	23
5.5 STUDIETS TROVERDIGHET	23
5.5.1 Intern og ekstern validitet.....	24
5.5.2 Refleksivitet.....	25
6.0 FUNN.....	26
6.1 ERFARING GIR TRYGGHET	27
6.1.1 Faglig engasjement	27

6.1.2 Ferdighetsgrunnlag	28
6.1.3 Taus kunnskap	29
6.2 KVALITETSSIKRING FREMMER SELVTILLIT	30
6.2.1 Verdien av gode forberedelser	30
6.2.2 Kompetansens betydning	31
6.2.3 Rolleavklaring	33
6.3 SAMHANDLING ER AVGJØRENDE	34
6.3.1 Barnets alder	34
6.3.2 Avledningsteknikk	34
6.3.3 Foresattes betydning	36
6.3.4 Barn i fokus	37
6.3.5 Utfordrende relasjon	38
7.0 DISKUSJON	39
7.1 ERFARING GIR TRYGGHET	39
7.2 KVALITETSSIKRING FREMMER SELVTILLIT	42
7.3 SAMHANDLING ER AVGJØRENDE	46
8.0 KONKLUSJON	53
8.1 KLINISK IMPLIKASJON	53
REFERANSER	54
VEDLEGG 1: GODKJENNING FRA FEK	62
VEDLEGG 2: GODKJENNING FRA NSD	63
VEDLEGG 3: DATAINNSAMLING – SØKNADSKJEMA	66
VEDLEGG 4: GODKJENNING TIL DATAINNSAMLING PÅ TO SYKEHUS	68
VEDLEGG 5: GODKJENNING TIL DATAINNSAMLING VED TREDJE SYKEHUS	69
VEDLEGG 6: PERSONVERNGODKJENNING SYKEHUS	70
VEDLEGG 7: SAMTYKKE SKJEMA	71
VEDLEGG 8: INTERVJUGUIDE	74
VEDLEGG 9: OPPGAVENS FORSKNINGSARTIKLER	77
VEDLEGG 10: MASTEROPPGAVENS ARBEIDSFORDELING	88

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forskning viser at preanestetiske forberedelser knyttet til prosedyrer eller operasjoner er noe av det mest angstfremkallende og stressfylte opplevelsen et barn (Andersson et al., 2022; Arakelian et al., 2019). Anestesisykepleiere har et særegent ansvar for å redusere frykt og ivareta barna og deres foresatte, og bidra til en helhetlig positiv opplevelse (Bizzio et al., 2020; Nagelhout & Elisha, 2017, s. 1123-1129). Samtidig som de skal være barnas og de foresattes trygge havn, kommer de ikke unna samtidskonflikten med sykehusets forventninger til produksjon. Med høyt tempo skal barn gjennom ulike undersøkelser og prosedyrer. I yrkesutøvelsen av å jobbe som anestesisykepleier, er det i dagens samfunn nødvendig med effektivitet og evne til tilpasning og snarrådighet. Dette er forutsetninger for å kunne møte helsetjenestens høyteknologiske tempo og etterspørsel (Hustad, 2021, s. 35-39).

I lys av et helse-økonomisk perspektiv, er det kostbart å være innlagt på sykehus i Norge. Kostnaden per liggedøgn var i 2019 hele 18175 NOK (Helsedirektoratet, 2020). En avlyst eller utsatt operasjon medfører at operasjonsteamet, som ofte består av fem til seks personer ikke brukes effektivt, noe som vil bidra til redusert utnyttelse av drift og samtidig påføre økonomisk tap for helseinstitusjonen (Drake-Brockman et al., 2021; Lewis et al., 2007). I en helsetjeneste-sammenheng vil tillitsskapende og god pedagogisk tilnærming til barnet føre til økt trygghet, og lettere gjennomføring av forberedelser før operasjon. Økt risiko for angst og uro hos barn før kirurgi vil ofte føre til utfordrende samarbeid og kan medføre postoperative komplikasjoner. Av disse fremkommer forstyrret søvn, økt smertefølelse, behov for ytterligere smertelindring, og på lang sikt psykososiale plager (Berglund et al., 2013).

Å skape tillit og etablere kontakt med barn før anestesi er ofte mer tidkrevende enn hos voksne. Det stilles høyere krav til tålmodighet og planlegging. Ofte er barnet angstpreget og tidsvinduet anestesisykepleieren har til å opparbeide tillit er ofte svært liten (Valla et al., 2021, s. 276-287) Som et viktig ledd i å påføre mindre stress og ubehag hos barn og foresatte, er det ansett som grunnleggende at sykehuset har etablert gode innarbeidede rutiner og prosedyrer for anestesisykepleierne (Knudsen, 2015, s. 97-115; Valla et al., 2021, s. 286-288).

En naturlig del av arbeidsdagen til en anestesisykepleier innebærer anestesi for både voksne og pediatriske pasienter. Denne sjongleringen mellom variasjon i alder og ulike pasientgrupper, fordrer en anestesisykepleier som innehar god evne til tilpasningsdyktighet (ALNSF, 2016). Anestesisykepleiere har i likhet med andre sykepleiere, et moralsk og etisk ansvar. I grunnlagsdokumentet heter det seg at;

«Anestesisykepleieren skal forsikre seg om at pasientens og pårørendes rettigheter, verdier, ønsker og behov respekteres samt sikre pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger. Videre står det også; ivaretar pasientens integritet» (ALNSF, 2016).

Disse etiske retningslinjene innebærer både barn og voksne. Utførelse av barneanestesi stiller høye krav til et bredt spekter av ulik kunnskap og krever særegen forståelse av barnas kognitive utvikling. Syke barn som må inn til sykehus utsettes for ulike prosedyrer i ukjente og fremmede miljø. Med dette følger uforutsigbarhet, engstelse, frykt og ofte ubehag for barna (Bizzio et al., 2020; Grønseth et al., 2017, s. 63-93). Ved et mislykket forsøk på å nå frem og berolige barnet før ett elektivt inngrep kan det oppstå en situasjon med bruk av fysisk tvang. Selv om tvangen er en uheldig situasjon for barnet, blir denne tvangen ansett som nødvendig av helsepersonellet (Kirwan & Coyne, 2017). Barn som opplever slike fysiske traumer kan bli påført posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og det er viktig at helsepersonell kan forebygge slike opplevelser (Sommerschild et al., 2015). Bruk av tvang på barn kan påføre de psykiske lidelser, problemer med kognitiv utvikling og sosiale belastninger. Disse barna kan på sikt ville trenge ytterligere helsehjelp og behandling (Svendsen, 2018). Et annet aspekt vil være avbrutt operasjon for barnet dersom anestesisykepleieren og de rundt, ikke klarer å oppnå tilstrekkelig samarbeid. Dette kan føre til utsettelse av det kirurgiske inngrepet. Videre vil det ha konsekvens for barnets evne til mestring, forlenget pasientforløp og mulig forringe ytterligere barnets helsesituasjon og videre behandling (Drake-Brockman et al., 2021).

Vi har i løpet av praksis fått delta i flere perioperative forløp hvor barn har gjennomgått anestesi, og våre erfaringer og opplevelser er delt. Slik vi ser det, opplever mange barn forberedende prosedyrer og den preoperative fasen som skremmende og angstbetenget. Dette har blitt observert gjentatte ganger, hvor vanskelig det kan være å oppnå tillit og trygghet til barnet. Det interessante er at alle anestesisykepleierne vi har fulgt, planlegger og tilnærmer seg barnet forskjellig.

1.2 Formål og problemstilling

Hensikten med denne studien er å få innsikt i anestesisykepleieres erfaringer knyttet til deres subjektive opplevelser og oppfatninger av hva som skaper tillit og trygghet hos barn ved forberedende prosedyrer før anestesi. Vi har ønsket å se om det finnes fellesfaglige momenter ved tilnærming. Hva gjør at barn får den tryggheten og den pasientbehandlingen som de har krav på og kan funnene frembringe kunnskap som vil være nyttig for andre anestesisykepleiere.

Problemstilling;

Hvilken erfaring har anestesisykepleieren med å oppnå tillit og gi trygghet til barn ved forberedende prosedyrer før anestesi?

1.3 Avgrensning

Det å skape trygge rammer for et barn som er på sykehus er et felles ansvar for det personellet som skal jobbe med barnet. I denne studien har vi valgt å utforske anestesisykepleierens synspunkt.

Vi har avgrenset studien til barn med behov for elektiv behandling. Vi har valgt å konsentrere oss om barn preoperativt på operasjonsavdeling samt barn utenfor operasjonsavdeling.. Det er tatt utgangspunkt i et aldersspenn på barn mellom tre og ti år.

Barns omsorgsperson kan bli gitt flere begreper. Det blir brukt mamma, pappa, foreldre, foresatte og pårørende. Vi har i denne studien valgt å kalle barnets omsorgsperson for foresatte.

Vi har valgt å ikke legge for mye fokus rettet mot en spesifikk type anestesi fordi tilnærmingen av et barn i slike forberedende prosedyrer vil trolig være like.

1.4 Studiens oppbygning

Studien inneholder totalt åtte hovedkapittel. I første kapittel beskrives introduksjon av studien. Andre kapittel beskriver søkestrategi og tidligere forskning. Tredje kapittel omhandler teoretisk rammeverk, og hvilken teori som er vurdert som relevant for oppgaven.

Fjerde kapittel beskriver metode og hvilken metode som er benyttet i forskningsprosessen. Kapittel fem inneholder analyse av funn. Kapittel seks omhandler funn fra datainnsamling som drøftes opp mot forskning og teori i kapittel syv. Avslutningsvis blir studiens konklusjon og kliniske implikasjoner presentert i kapittel åtte.

2.0 Søkestrategi og tidligere forskning

I dette kapittelet beskrives tidligere forskning og belyser hva slags søkestrategi som er benyttet i prosessen.

2.1 Søkestrategi

Søkestrategi redegjør for fremgangsmåten vi har benyttet for å tilegne oss aktuell forskning og faglitteratur som har vært relevant for vår studie. I følge Bjørk & Solhaug (2008) vil en god søkestrategi bidra til å lettere skille forskning med høy relevans og samtidig holde utenfor det som er irrelevant (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 55-57). I arbeidet med å finne ut hva som finnes av forskning på området, ønsket vi å ta utgangspunkt i avdelingens egne prosedyrer samt undersøke kliniske oppslagsverk. Vi klarte ikke å finne prosedyrer i avdeling eller tilstrekkelig relevant forskning som omhandler anestesisykepleiernes erfaringer rundt trygging og tillitsskapende arbeid med barn før anestesi.

I søkestrategien har vi tatt utgangspunkt i aktuelle begreper innenfor vår problemstilling. Vi utarbeidet et PICO-skjema (Tabell 1) som ble brukt som et skjematisk hjelpeverktøy i søk på aktuelle søkeord. PICO er en forkortelse og står for population (populasjonen), intervention (tiltak), comparison/context (sammenlikning av tiltak/situasjon) og outcome (oppnådd tiltak eller intervensjon) (Polit & Beck, 2018, s. 30-31).

Det er gjort kombinasjonssøk i databasene MEDLINE og CINAHL. Vi startet søket med å inkludere søkeord child OR pediatrics AND preoperative AND anxiety AND anesthesia. Dette ga 112 treff, hvor av syv forskningsartikler ble foretrukket. Ved bruk av snøballeffekt fant vi artikler i PubMed og SveMed som gjorde at vi totalt endte opp med 23 artikler og ligger som vedlegg 9. Annen relevant forskning er også et resultat av denne snøballeffekten. I tillegg er det gjort søk i sykepleien-forskning og vi fant der en forskningsartikkel som ble inkludert (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 55-66; Polit & Beck, 2018, s. 3-7).

Illustrert i tabellen nedenfor er det benyttet både emneord og ord av typen Medical Subject Headings (MeSH) for å inkludere flere artikler (Helsebibloteket, 2021).

Tabell 1: PICO-skjema

PICO	Norske ord	Engelske emneord og (MeSH)
Population	Barn Pasient	Child, Pediatrics, pediatry Patient
Intervention	Forberedelser Avlede Leke Anestesi Anestesisykepleier Mestring Redusere angst	Pre-operative preparations Distraction (tekstord) Play, Playthings Anesthesia Nurse anesthetist Coping Reduce anxiety/ psychological distress
Comparison/Context	Preoperativt Preanestetisk prosedyre Intrahospitalt	Preoperative Pre-anesthetic procedure In-hospital
Outcome	Tillit Positiv opplevelse Samarbeid Unngå traume Pasientsikkerhet	Trust Positive experience Co-operation Avoid trauma Patient safety

2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Søkestrategien omfatter inklusjon- og eksklusjonskriterier. Kriteriene som ble valgt bidro til en naturlig avgrensning av forskningsartiklene med tilstrekkelig høy kvalitet, og som best kunne avdekke kunnskap relatert til studiets problemstilling (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 55-81). I inklusjonskriteriene ønsket vi å ha med barn mellom tre og ti år, elektive pasienter, fagfellesvurderte artikler, utgivelse etter år 2010, og nordiske og engelskspråklige forskningsartikler. Eksklusjonskriteriene bestod av barn under tre år, og barn over ti år, øyeblikkelig hjelp pasienter, utgivelse før år 2010 og andre språk. I søknadsprosessen ble det tidlig klart at det var vanskelig å overholde alderskriteriene da mange av forskningsartiklene hadde et større aldersspenn på barna. Det ble likevel naturlig å benytte disse artiklene grunnet høy relevans for studien.

3.0 Teoretisk rammeverk

Her presenteres faglitteratur og forskning om barns rettigheter på sykehus, anestesisykepleiers ansvar og funksjon, og trygghet for barn på sykehus.

3.1 Barns rettigheter på sykehus

Lovverket stiller krav til helsepersonell om å opprettholde faglig kompetanse og utvikling, samt å holde seg juridisk oppdatert (NSF, 2019). Det er viktig å forstå hovedtrekkene i lovverket for å kunne forstå hva anestesisykepleiere må vektlegge i sitt arbeid med barn og deres pårørende ("Helsepersonelloven," 1999 § 1).

3.1.1 Lovverk for barn

I 2020 var det 180318 barn mellom 0-9 år og 150121 barn fra 10-19 år (SSB, 2021) til behandling på somatisk sykehus i Norge. Disse barna gjennomgikk ofte inngrep som krevde innleggelse og operasjon (SSB, 2021). Helsepersonelloven definerer barn som personer under 18 år ("Helsepersonelloven," 1999) og ved arbeid knyttet til denne pasientgruppen vil det stilles høye krav til anestesisykepleier og anestesilege. Det stilles krav om bred erfaring og kunnskap om barns behov, utvikling og fysiologi, samt høy aktsomhet ved anestesi (ALNSF, 2016).

Hensyn til barnets grunnleggende behov er stadfestet i Norges grunnlov der det står at;

«Dei har rett til å bli høyrde i spørsmål som gjeld dei sjølve» og at «handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn» ("Grunnlova – Grl. – §104," 1814).

Anestesisykepleiere vil ofte være barnas og foresattes første kontaktperson ved ankomst på en operasjonsavdeling og vil dermed spille en sentral rolle i det videre behandlingsforløpet. Barnet skal alltid være i hovedfokus, slik at det fra første møte kan bygges gode relasjoner og skapes trygge rammer (Sørensen, 2015, s. 107-116; Valla et al., 2021, s. 276-296). Målet for anestesisykepleieren vil være å hjelpe barnet gjennom sykehusoppholdet på en slik måte at barnet kan reise hjem uten varige men, og kan bygge videre på gode erfaringer og opplevelser (Valla et al., 2021, s. 276-296)

En viktig del av jobben som sykepleier er å holde seg oppdatert juridisk, ha en kontinuerlig kompetanseheving og faglig utvikling (Norsk sykepleierforbund, 2019). Slike retningslinjer bidrar til at anestesisykepleieren får mulighet til å styrke kvalitetsarbeidet, praktisk utvikling og opparbeide seg faglig kompetanse rettet mot barn. Kompetansehevingen vil komme avdelingene til gode, og vil kunne bidra til effektivt teamarbeid, økt pasientsikkerhet samt en bedret praksis på avdelingen (Averlid & Axelsson, 2012). Økt kompetanse vil videre kunne ha en direkte innvirkning på den mottakelsen og den helsehjelpen som blir gitt barnet (NAF, 2021; Valla et al., 2021, s. 276-296).

Barn som ankommer sykehus bør tas imot og følges av samme personell under hele oppholdet ("Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon," 2000 §-5). Barna skal få oppholde seg på rom som er tilrettelagt med farger, leker, tv og barnemøbler. Rommene skal også være adskilt fra avdelinger med voksne og skal være skjermet fra inntrykk som kan virke skremmende på barna ("Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon," 2000§-4; Sørensen, 2015). Barn som er innlagt på sykehus skal få ha med seg minst en foresatt under hele oppholdet ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999, s. § 6-2). Helsepersonell må være bevisst i rollen til de foresatte. Foresatte skal være barnets trygghetsperson og skal aldri utføre ting som kan være skremmende eller smertefullt for barnet ("Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon," 2000 Til §-6). Anestesisykepleiere kan benytte foresatte som ressurs i det trygghetsskapende arbeid med barnet. En godt forberedt og rolig foresatt er barnets trygge havn. Videre vil informerte og engasjerte foreldrene være med på å hjelpe barnet med bearbeidelse av ubehagelige opplevelser i etterkant av sykehusoppholdet

(Nagelhout & Elisha, 2017, s. 1117-1135; Sørensen, 2015, s. 107-116). Barnet skal alltid ha mulighet til å ha følge av en foresatt inn på operasjonsstuen, under innsovning til narkose og oppvåkning fra narkose. Lovverket presiserer også at de foresatte ikke tildeles oppgaver som i utgangspunktet skal eller bør utføres av helsepersonell ("Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon," 2000 Til §-6).

Sykepleiere som jobber med barn, må ha kunnskap om barns alder og modenhet.

Informasjonen som gis skal tilpasses hvert barn individuelt og gis på en hensynsfull måte ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999 § 3-1). For å styrke at barnet forstår det som blir formidlet kan det være hensiktsmessig å bruke tegninger, bøker eller internettsider tilpasset barnets alder (Sørensen, 2015, s. 107-116). Yngre barn som er i stand til å forstå, skal ha mulighet til å uttrykke egne meninger før man avgjør spørsmålet om samtykke til helsehjelp. Videre står det i loven ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999 § 4-4) at det skal legges stor vekt på barns synspunkter om samtykket helsehjelp fra fylte 12 år. Ved å inkludere barnet i samtale og spørsmål om helsehjelpen som vedrører de, vil man kunne etablere et tillitsforhold. Med dette oppnår en at barnet blir inkludert og får en forståelse på hva sykepleieren foretar seg (Befring, 2022). *FNs barnekonvensjon artikkel 12 ("UNICEF," 1989)*, presiserer også at dersom barnet er i stand til det, skal barnet få fritt ytre egne synspunkter og at disse synspunktene skal disse lyttes til i saker som vedrører dem.

3.1.2 Foresattes samtykkerett

Helsepersonell er etter loven pålagt å gi informasjon til dem som har krav på det ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999 § 3). Informasjon må formidles på en slik måte at pasient og foresatt som mottar informasjon, vil kunne forstå og kunne gi det nødvendige samtykke til helsehjelp ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999 § 3-5). Barneloven §30 sier at avgjørelsen om samtykke må i hovedsak innhentes av begge foresatte med foreldreansvar for barnet. Dersom en foresatt nekter, vil ikke samtykket være gyldig ("Barnelova – bl," 1981 §-30). Foresatte som skal ta beslutninger på barns vegne har krav på å motta all informasjon om barnets helsetilstand, eller den helsehjelpen barnet bli gitt frem til barnet er fylt 12 år. Barnet har også rett på informasjon og skal lyttes til i saker som vedrører dem, men det er foresatte som til sist gir sine tillatelser i alle undersøkelser og behandlinger (Befring, 2022). Dersom barnet har behov for akuttmedisinsk hjelp, vil samtykket fra foresatte frafalle. Ved slike tilfeller vil helsepersonells plikt til å gi helsehjelp overgå

innhenting av foresattes samtykke ("Helsepersonelloven," 1999 § 7). Videre finnes det ingen krav til at samtykket må være skriftlig. Tillatelse til samtykke vil som oftest gis indirekte ved at foresatte oppsøker somatisk sykehus for å kunne motta helsehjelp til sine barn ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999 § 4-2).

3.1.3 Bruk av tvang mot barn på sykehus

I loven for ("Helse- og omsorgstjenesteloven – hol," 2011 § 9-2) refereres det til tvang som; «bruk av tvang eller makt regnes som tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg».

Tvang skal som hovedprinsipp ikke brukes som et middel mot barn, men dersom dette skjer vil dette være et brudd på barns rettigheter. På en operasjonsstue vil det forekomme bruk av tvang mot barn som tiltak for å få gjennomført nødvendige helserettede prosedyrer (Bray et al., 2018). Bruk av tvang vil kunne gi en svært traumatisk opplevelse for barnet.

Anestesisykepleiere må derfor ha fokus på å hjelpe og rettlede barnet gjennom denne vanskelige fasen. På en slik måte er barnet bedre rustet til å kunne bearbeide de negative opplevelsene på en best mulig måte (Sørensen, 2015, s. 107-115). Barn innlagt på somatisk sykehus vil ifølge Kangasniemi (2014) være utsatt for tre typer tvang; fysisk, som vil være fysisk holdig for å begrense barnets bevegelse. Psykisk tvang som innebærer å få barnet til å forholde seg på en bestemt måte, ved å benytte verbale tilnærminger for manipulering. Siste punkt er bruk av medikamentell tvang for å roe barnet (Kangasniemi et al., 2014).

Det finnes forskrifter som er med på sikrer barnas rettigheter på sykehus ("Convention on the Rights of the Child," 1989; "Barnelova – bl," 1981; "Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999). Det er ingen av disse lovene og forskriftene som direkte sier noe om bruk av tvang mot barn ved gjennomføring av en medisinsk prosedyre. Dersom helsepersonell må ty til tvang mot barna skal dette kun være benyttet som «siste utvei», der alle andre metoder er utprøvd (Kirwan & Coyne, 2017). Forskningen viser derimot at tvang mot barn på sykehus forekommer regelmessig i den vestlige verden, og at tvang utføres oftest i forbindelse med planlagte prosedyrer og utførelse av akutte intervensjoner (Bray et al., 2018; Bray et al., 2016). Videre viser forskningen at det er barn rundt fire år som er mest utsatt for tvang og holdig. Tvangen er mest knyttet til å begrense barnets mulighet til bevegelse, og at det utføres oftest uten barnets og foresattes samtykke (Bray et al., 2018). Forskningen viser også at når barna har sine foresatte tilstede den tiden der tvang ble benyttet, og en stor del sykepleiere beskriver at foreldrene er en ressurs i denne situasjonen og at sykepleierne oppmuntres til å

bidra i bruk av tvang (Kirwan & Coyne, 2017). Dersom inngrepet er helsemessig nødvendig og barnet motsetter seg anestesi, kan det som siste utvei, være nødvendig å holde barnet. Ved slike tilfeller må det være avklart og vurdert sammen med barnets foresatte og anestesilege, og det må gjøres opp en mening i forkant på hva som virkelig er nødvendig, og hvor store belastninger som kan påføres barnet (Lindheim, 2017). Videre må det også tas stilling til hvilket barn som er utsatt for kunne oppleve bruk av tvang som traumatisk. Eksempelvis kan dette være barn som er inn som et engangstilfelle, eller om barnet skal gjennomgå samme prosedyren gjentatte ganger (Valla et al., 2021, s. 276-296).

3.2 Anestesisykepleiers ansvar og funksjon

Anestesisykepleier utøver sykepleie på et avansert nivå. Sykepleien vil utøves selvstendig og som del av et teamarbeid (NAF, 2021). På en operasjonsstue vil pasientene overlates i andres hender, og de vil dermed være i en svært utrygg og sårbar situasjon. En av anestesisykepleieres viktigste oppgaver i yrkesutførelsen vil være å kunne gi trygghet, og oppnå tillit hos disse pasientene. En god relasjon med pasienten vil være essensielt før utførelser av prosedyrer eller innledning av anestesi (Bruun, 2021).

Grunnleggende for sykepleie består av å ha faglig kunnskapsbase, inneha klinisk kompetanse for å kunne observere pasientens tilstand, og ha evnen til å handle og reagere hensiktsmessig i sykepleiesituasjoner (NSF). Anestesisykepleierne vil videre med dette som grunnlag ha kunnskap for kontinuerlig kliniske observasjoner, årvåkenhet og teknisk kompetanse som vil øke sikkerheten til pasienten under anestesi (ALNSF, 2016). I Norge vil alle som utfører anesthesiologisk arbeid, uavhengig av geografisk plassering, forholde seg til Norsk standard for anestesi. Norsk standard for anestesi består av normer og retningslinjer som har til hensikt å sikre pasientsikkerhet og fremme den anesthesiologisk praksisen (NAF, 2021).

Anestesisykepleieren innehar kompetanse til å selvstendig kunne utføre regional anestesi, sedasjon og generell anestesi til friske voksne pasienter i ASA kategori 1 og 2, etter klarering fra anestesilege (NAF, 2021).

Pasienter og pårørende som ankommer sykehus vil ofte være i en vanskelig og sårbar periode av livet. Anestesisykepleiere vil ikke bare ha ansvar for sikkerhet og dokumentasjon under anestesi, men må også kunne vise forståelse og empati for å kunne oppnå tillit og trygghet hos pasienten. På en slik måte vil anestesisykepleiere kunne bli pasientenes «forsvarer» under inngrepet, der pasientene ofte vil fratras sin egen evne til selvbestemmelse (Bruun, 2021, s.

21-34). Videre vil anestesisykepleie kreve utvidet medisinske og sykepleiefaglig kunnskaper for å kunne identifisere om pasienter er akutt eller kritisk syke. Pasientens tilstand kan endres raskt, noe som medfører at anestesisykepleiers jobbsituasjon kan være utfordrende og kan kreve raske omstillinger og fokusskifter (Utdannings & Forskningsdepartementet, 2005).

3.2.1 Kompetanseheving

Klinisk kompetanse for sykepleiere og spesialsykepleiere kan sees på som en slags personlig kompetanse innen sitt fagfelt. Noen av de viktigste egenskapene som trekkes frem er evne til handlekraft, kunne observere og utføre tiltak samt inneha ikke-tekniske ferdigheter. Dette kan eksempelvis være samarbeidsevner på tvers av fagfelt. Pasientbehandlingen som utføres skal være hensiktsmessig og nødvendig. En sykepleier som er tilpasningsdyktig, vil lettere utvikle seg, da klinisk kompetanse vil være situasjonsavhengig (NSF, 2019).

Ved å ta utgangspunkt i at klinisk kompetanse er situasjonsavhengig, kan den teorien gjøres rede for av brødrene Hubert og Stuart Dreyfus. De utarbeidet i 1980, en ferdighetsmodell som hadde til hensikt å beskrive de ulike trinnene i utvikling av kompetanse for piloter innen luftfart (Benner & Have, 1995, s. 29-49). Gjennom forskningsarbeid så de at pilotene tilegnet seg gradvis bedre kompetanse og dyktighet gjennom hensiktsmessig eksponering og trening. Kompetanseskjemaet ble delt inn i fem nivå; novise, viderekommen, kompetent, dyktig og ekspertnivå som høyeste kompetanse. Denne modellen har sykepleier og forsker Patricia Benner videreført inn i et sykepleieperspektiv. Hun mener ferdighetsmodellen er overførbart til sykepleiere og spesialsykepleiere og kan beskrive utviklingstrinnene av klinisk kompetanse (Benner, 1984, s. 13-36).

Det er tre grunnleggende aspekter ved klinisk ferdighet som tilhører de fem kompetansenivåene. Den ene er utviklingen fra å stå i observatørrollen og være en tilskuer, til å bli mer involvert og aktiv i rollen. Det andre aspektet omhandler det å inneha kun ren teoretisk bakgrunn, versus å benytte seg av tidligere erfaring som et virkemiddel i gitt situasjon. Tredje aspekt omhandler sykepleierens evne til bevisstgjøring rundt en gitt situasjon og hva situasjonen krever. Det innebærer små detaljer til å kunne se det store bildet i situasjonen og handle ut fra intuisjon (Benner, 1984, s. 13-36; Benner & Have, 1995, s. 29-49).

Ved å sette en rangering på de ulike kompetansenivåene, identifiseres forventninger en har til grad av faglig dyktighet hos sykepleieren. Teoretisk kunnskap har sine begrensninger og kun gjennom flere år med jobberfaring, vil en sykepleier kunne utvikle et «klinisk blikk». En novis sykepleier med ren teoretisk bakgrunnskunnskap vil ifølge Benner (1984), ikke inneha forutsetninger for å tilpasse behandling optimalt til en pasient i motsetning til ekspertsykepleieren. For eksempel kan dette være et urolig barn som trenger støtte, og en må utføre nødvendig tiltak eller prosedyre som oppleves trygt for barnet og foresatte (Benner, 1984, s. 13-36; Benner & Have, 1995, s. 29-49).

3.2.2 Etske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer beskriver at grunnlaget for all sykepleie omhandler respekten for menneskers liv og verdighet, og at sykepleien skal være bygget på respekten, omsorgen og barmhjertigheten over pasientene (NSF, 2019). Videre er det beskrevet at sykepleieren skal sikre at barnets verdighet, retten til ikke å bli krenket og at retten til medbestemmelse skal ivaretas (NSF, 2019). I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene vil velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsipp stå sentralt i sykepleierprofesjonen (Nortvedt, 2012, s. 96-99).

Nortvedt (2012) beskriver at velgjørhetsprinsippet er helsearbeiders vilje og evne til å gjøre det aller beste for pasienten (Nortvedt, 2012, s. 96-99). Velgjørhetsprinsippet er også hjemlet i Helsepersonelloven §- 4 som sier at pasienten har krav på faglig, forsvarlig og omsorgsfull behandling ("Helsepersonelloven," 1999 § 4). Ikke skade-prinsippet handler om hvordan helsearbeideren møter pasient med empati og omtanke i pleie og å ikke påføre pasient lidelser eller skader knyttet til behandlingen (Nortvedt, 2012, s. 96-99).

Autonomiprinsippet sier at dersom pasienten er i stand til det, skal pasienten kunne ta egne valg og bestemme over egen behandling. Videre sier autonomiprinsippet at man skal lytte til pasienten og at pasienten kan nekte behandling (Nortvedt, 2012, s. 96-99).

Rettferdighetsprinsippet sier at helsearbeideren skal gi lik behandling til hver pasient avhengig av deres pleie og medisinske behov, men uavhengig av kjønn, rase, sosial status, alder og legning (Nortvedt, 2012, s. 96-99).

3.3 Trygghet for barn på sykehus

Det å skape trygghet for barn på sykehus er essensielt for å gi barnet en god opplevelse. Mennesker og da spesielt barn har et behov for trygghet i en sårbar situasjon. Barn har gjennom et kort liv ikke opparbeidet seg de samme erfaringer og har ikke like mye kunnskap om livet som en voksen. Det at en voksen er med på sykehuset vil gjøre at det oppleves mindre skremmende og vil kunne gi de en bedre opplevelse av sykehusoppholdet (Eijlers et al., 2021; Valla et al., 2021, s. 276-294).

3.3.1 Tillitsskapende arbeid

Tillitens betydning handler om å opparbeide en god relasjon til barnet og på denne måten redusere usikkerhet for barnet og den foresatte (Grimen, 2009, s. 11-25). Det er flere forutsetninger som må være til stede for å skape det trygt og forutsigbart. Viktigheten av at barnet møtes med respekt og oppmerksomhet har stor betydning. Det første møtet er avhengig av tillitten de oppnår der og da, men samtidig også i fremtiden. Når barnet møter anestesisykepleieren, vil det som nevnt ofte være et lite tidsvindu for å oppnå tillit og kontakt. Det blir her veldig viktig å bruke denne tiden riktig ved god kommunikasjon og et godt samarbeid med alle involverte parter. Det er viktig å opprettholde et godt tillitsskapende arbeid for å unngå utfordrende etterreaksjoner etter opphold i sykehus (Nagelhout & Elisha, 2017, s. 1117-1135; Valla et al., 2021, s. 276-294).

For at et barn skal kunne opparbeide seg denne tilliten til helsepersonell så er det viktig at barnet føler seg trygt. Den østerrikske nevrolog og psykiater Sigmund Freud (1880) beskrev trygghet som; «en nytelse og noe som bidrar til vårt velbefinnende og gjør at vi har det godt» (Segesten, 2010, s. 125-136). Videre beskrives trygghet som noe som en erfarer gjennom livet og at vi ikke kan kommandere noen til å føle seg trygg (Segesten, 2010, s. 125-136). For mange barn kan det oppleves skremmende å forholde seg til ukjente voksne i uniform som de aldri har møtt før. Spesielt for de barna som har hatt lite sosiale opplevelser i oppveksten vil dette første møtet kunne gjøre det betydelige mer utfordrende. Kunnskap om barnets utvikling og grunnleggende kunnskaper er en viktig faktor i arbeid med barn. Dette vil være med på å trygge det anestetiske arbeidet for anestesisykepleieren (Knudsen, 2015, s. 97-115; Valla et al., 2021, s. 276-294).

Gjennom barndommen så utvikler barn seg i forskjellige stadier både fysisk og mentalt. Disse stadiene spiller en viktig rolle for hvordan barnet utvikler seg, og er med på å danne et godt grunnlag til voksenlivet. Stadiene kan forstyrres av flere forskjellige uønskede hendelser som misbruk og omsorgssvikt. Barn må derfor vurderes hver for seg selv, ettersom den mentale modning og utviklingen kan være forskjellige, selv om alderen er den samme.

Sykehusinnleggelse kan trigge disse minnene, og da føre til angst og frykt (Al-Yateem et al., 2016). Gjennom barnets modning går barnet gjennom en prosess der barnet lærer seg nye ferdigheter som å gå, lese og skrive. Det er deretter det miljøet som barnet er en del som avgjør muligheten for å lære disse tingene, og som avgjør om barnet skal få utnyttet disse mulighetene som denne modningsprosessen by på (Bunkholdt, 2000, s. 64-65).

3.4 Forberedelser og tilnærming

Forberedelser før møtet med barnet omhandler faktorer som å tilpasse det møtet ut ifra barnets alder og modenhet. Det viktige er å forberede barnet godt på forhånd av sykehusoppholdet. Det blir da foreldrene sin oppgave å gjøre dette, så god informasjon til de er viktig. Som en huskehjelp kan en starte forberedelsen av barnet like mange dager på forhånd som alderen til barnet. Det blir her viktig å forberede barnet på hva de kan forvente på sykehuset slik at de kan få mer tid til å bearbeide denne informasjonen, bli mer delaktig og få en mestringfølelse når de kommer på sykehuset (Knudsen, 2015, s. 97-115; Valla et al., 2021, s. 276-294).

Før mottak av barnet er det viktig at anestesisykepleieren har gjort grundige forberedelser. Om barnet har vært på sykehuset tidligere kan en gå gjennom tidligere journaler for å se om det finnes relevant informasjon i forhold til prosedyren eller inngrepet. Grundig planlegging av hvordan tilnærming ut fra alder og modenhet vil være en essensiell faktor for en god relasjonsbygging (Valla et al., 2021, s. 276-294). I møte med barnet og foresatte innhentes den nødvendige informasjonen før den planlagte prosedyren. Som ved mottak av en voksen pasient er viktigheten av de grunnleggende preanestetiske spørsmålene. Eksempelvis er barnet fastende, kjente allergier, eller om barnet har løse tenner. Kommunikasjonen rettes mot barnet, slik at de føler seg sett og delaktig i situasjonen. Ved utfordrende kommunikasjon bør spørsmål rettes mot foresatte (Nagelhout & Elisha, 2017, s. 1117-1135; Valla et al., 2021, s. 276-294). I tilnærmingen og kommunikasjonen med barnet så er ærlighet viktig. Dette skaper trygghet for barnet og skaper ingen unødvendige bekymringer. Ved for eksempel innleggelse av en venekanyler der barnet ikke er informert på forhånd at det kan kjennes litt

ubehagelig, så vil dette kunne komme som en overraskelse for barnet. Dette kan igjen skape mistillit og påføre barnet unødvendig angst (Berglund et al., 2013; Knudsen, 2015, s. 97-115).

3.5 Avledning av barnet

Avledning handler om at barnet retter oppmerksomheten sin på noe annet enn den smertefulle og skremmende situasjonen. For å få til en god avledning av barnet kreves det tålmodighet og at anestesisykepleieren tar seg tid. Det er også viktig at barnet forholder seg til færrest mulig personer for å få til en hensiktsmessig avledning. Muligheten barnet har til å ta egne valg og beslutninger gjør at de samarbeider bedre og hjelper de til å føle at de har mer kontroll i situasjonen (Knudsen, 2015, s. 97-115; Valla et al., 2021, s. 276-294). Valla et al., (2021) beskriver barnets behov som en utvikling, hvor førskolebarnet har en livlig fantasi som igjen kan føre til mye engstelse og videre til tenåringer som kan oppleves store utenpå, men små på innsiden (Valla et al., 2021, s. 276-294).

Administrering av premedikasjon er også en faktor som kan påvirke utgangspunktet ved avledning av barnet. Midazolam er et preparat som har vist seg å være mye brukt per dags dato som premedikasjon på Norske sykehus. Et annet effektivt alternativ til Midazolam er bruken av lokalbedøvelse i form av EMLA-plaster. Dette legges på før anleggelse av venekanyler ettersom dette er noe av det som kan oppleves mest skremmende for barnet (Valla et al., 2021, s. 276-294).

3.5.1 Kognitiv avledning

Kognitiv avledning handler om bevisst å ta kontroll over tankene slik at en kan få oppmerksomheten bort fra det vonde. Ved å ta med barnet på en fantasireise, kan dette være til hjelp for å få barnet til å slappe mer av og tenke på andre ting. Her kan en hjelpe barnet med å skape positive bilder i hodet der de ser for seg ting som ikke eksisterer, eller at de lager seg en fantasireise hvor de bruker bilder og erfaringer. I disse fantasireisene kan en fortelle ting som forsterker opplevelsen og som kan gjøre historien mer virkelig. Dette kan være ved å beskrive for eksempel hvordan ting smaker, lukter og høres. Ved å bruke kjente ord for barnet vil dette kunne gjøre det enklere for barnet å forstå. For at dette skal være virkningsfullt, er en avhengig av et tillitsforhold (Robstad & Kaspersen, 2020; Valla et al., 2021, s. 276-294).

3.5.2 Passiv avledning

Musikkterapi fungerer som et hjelpemiddel til passiv avledning hos barn. Dette handler om å flytte fokuset bort fra smerter og redsel og skape en positiv opplevelse. Det kan utføres før, under eller etter en anestesi (Bradt et al., 2013; Robstad & Kaspersen, 2020).

Bradt et al., (2013) har i sin forskning belyst dette med musikkterapi før operasjon og sett at musikk har hatt en gunstig effekt på barnets angst og redsel (Bradt et al., 2013). Annen forskning har vist at musikk kan ha en dempende effekt på det autonome nervesystemet som gjør at man blant annet får reduksjon i hjerte- og respirasjonsfrekvens, metabolisme og oksygenforbruk. Ved redusert angst og redsel vil dette kunne føre til lavere hjerte- og respirasjonsfrekvens (Austin, 2010).

3.5.3 Teknologiske verktøy

Teknologien har vært i stor utvikling siste årene og dette gjør også at barn har endret hva de synes er gøy å leke med. Mange barn har et nettbrett hjemme eller de låner foreldrene sine mobil. Dette gjør at anestesisykepleiere også må tenke litt annerledes når det kommer til bruken av slikt hjelpemiddel. Med teknologiske verktøy menes nettbrett og Virtuell Reality (VR) (Robstad & Kaspersen, 2020). En studie sammenlignet bruken av nettbrett og bruken av Midazolam for å redusere stress. De konkluderte med at nettbrett hadde flere gode effekter og det kunne føre til redusert angst og mindre delirium. Foreldrene følte også en større sikkerhet ved bruk av nettbrett i forhold til Midazolam (Stewart et al., 2019).

VR-briller viser en virtuell virkelighet og kan gjøre at barnet lever seg helt inn i dette og en kan få utført forskjellige anestetiske prosedyrer lettere (Ryu et al., 2018). I en nylig publisert artikkel fra sykepleien beskrives VR-briller som et godt verktøy for avledning i sammenheng med smertefulle og ubehagelige prosedyrer på sykehus (Leonardsen & Shateri, 2022).

3.5.4 Leketøy og sykehusklavn

Det at barnet kan få leke i rolige og trygge omgivelser på sykehuset vil gjøre at barnet kan koble av og glemme det som de gruer seg til eller er redd for. Dette gjør at sykehuset blir en tryggere plattform for barnet. Lek kan også brukes til å teste barnet om de har fått med seg den informasjonen som er gitt. Avledning av barn ved å spille på deres nysgjerrighet kan være en effektiv fremgangsmåte for å oppnå tillit og trygghet. Dette kan for eksempel være at barnet får velge seg ut en premie (Robstad & Kaspersen, 2020; Valla et al., 2021, s. 276-

294). I følge FNs konvensjon om barnets rettigheter så beskrives lek som en rettighet barnet har; «...barnet har rett til hvile, fritid og lek, og til å delta i kunst og kulturliv» (Regjeringen, 2000).

På flere norske sykehus i dag kan barn møte en sykehusklovn. I 2019 hadde sykehusklovnene nærmere 30 000 møter med barn som var til behandling sykehus (Sykehusklovnene, 2019). I boka til Frøytlog & Larsen (2016) så blir det beskrevet at sykehusklovnene ofte erfarer at de kan være med på å snu en vond og vanskelig situasjon til noe positivt. De barna som gruer seg veldig til en operasjon eller prosedyre kan da få følge av sykehusklovnene inn på operasjonsstua og dette kan redusere denne redselen (Frøytlog & Larsen, 2016, s. 63). Sykehusklovnene bruker mye improvisasjon i møte med pasienter og foresatte. Dette gjør at barn og foresatte kan få et positivt avbrekk i en krevende sykehushverdag. Ved at klovnene kan gi barnet en følelse av å være i eventyrverden, kan en gjøre at de kan fokusere på andre ting en for eksempel prosedyren som skal utføres (Linge, 2011; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 276-294).

3.5.5 Bruk av premedikasjon

Barn er gjennom hele oppveksten under utvikling og gjennomgår mange fysiologiske prosesser. Om det benyttes beroligende premedikasjon som Midazolam, krever dette særegen kompetanse og forståelse av barnas fysiologi og metabolisme (NAF, 2021; Valla et al., 2021, s. 276-294). Bruken av beroligende premedikasjon er varierende i de forskjellige sykehusene, og valg av beroligende premedikasjon er ofte Midazolam gitt oralt eller rektalt (Valla et al., 2021, s. 276-294). Tidligere ble barna gitt premedikasjon bestående av smertestillende og beroligende medikamenter som en rutine. I dag er synspunktet til bruk av beroligende premedikasjon endret, og det er nå flere avdelinger som kun velger å benytte beroligende premedikasjon unntaksvis. Årsaken er at beroligende premedikasjon vil gi barnet amnesi, barnet vil dermed ikke huske de vonde følelsene, men heller ikke de gode følelsene av å mestre en vanskelig situasjon på sykehus (Kain et al., 2000; Long et al., 2021; Valla et al., 2021, s. 276-294). Det er også vist fra forskning at ved å benytte seg av foresatte, opparbeide seg tillit, oppnå trygging, og gi en god avledning til barnet kan man til de fleste barna unngå farmakologisk beroligende (Dave, 2019).

4.0 Metode

Vi vil i dette kapittelet utdype metoden vi har benyttet for å belyse vår problemstilling. Kapittelet vil også omhandle datainnsamlingen, analysen av data, etiske overveielser, metodebruk og studiens troverdighet.

4.1 Metode og design

Kvalitativ metode har til hensikt å belyse menneskelige opplevelser og erfaringer basert på analyse og fortolkninger (Malterud, 2017, s. 30-38). I følge Malterud (2017) velges metode på bakgrunn av hva som vil kunne gi best svar på problemstillingen. Bruk av kvalitativ metode kan det utforskes nye aspekter som kan kaste nytt lys over et spesifikt tema (Malterud, 2017, s. 30-38). Ved å bruke en kvalitativ metode i en studie kan nye problemstillinger blomstre, som på senere tidspunkt kan benyttes i større kvantitative analyser og forskning (Malterud, 2017, s. 30-38).

I denne studien har det vært ønskelig å utforske personlige erfaringer, opplevelser og følelser hos anestesisykepleiere som jobber med barn. Det har derfor vært naturlig å benytte en kvalitativ metode for å utforske dette fenomenet (Malterud, 2017, s. 30-38). Vi har søkt etter tidligere forskning, og ikke funnet noe som kunne gi oss et konkret svar på problemstillingen, og det kom tidlig frem at temaet vårt var mangfoldig. Ved å benytte en hermeneutisk tilnæringsmåte har vi klart å trekke frem anestesisykepleiernes opplevelser, i et skifte mellom deler og helhet. Ved å gjennomføre intervju og trekke ut meningsbærende enheter har vi kunne plassere anestesisykepleiernes personlige refleksjoner og erfaringer i en større og meningsgivende helhet (Malterud, 2017, s. 91-115; Polit & Beck, 2018, s. 198-209).

4.2 Semistrukturert individualintervju

Med utgangspunkt i vår problemstilling har vi valgt å benytte en semistrukturert tilnærming for intervju. Dette innebærer en form for intervju hvor utarbeidelsen av intervjuguide er laget på forhånd. Denne intervjuguiden skal virke som et rammeverk, skape en avgrensing og samtidig ha mulighet for relevante oppfølgingsspørsmål (Kvale et al., 2015, s. 172-187; Malterud, 2017, s. 69-76). Intervjuguiden kom til som et resultat både av våre egne erfaringer fra praksis, teori og forskning på området. Selve spørsmålsoppbyggingen var satt opp etter det vi mente skulle best mulig kunne besvare vår problemstilling.

Som et viktig ledd i å kunne strukturere intervjuene ble intervjuguiden brukt som et verktøy til å styre momentet og retningen, og samtidig legge til rette for nye oppfølgingsspørsmål eller innspill (Kvale et al., 2015, s. 172-187). Spørsmålene omhandlet konkret hvordan det opplevdes å jobbe med barn, hvordan de opplevde hva som ga trygghet og tillitt, og personlige erfaringer og følelser knyttet til møte med barn. Videre deres opplevelse av angst og stressmestring hos barn, og hvordan denne relasjonen de imellom utspilte seg. Det har også vært interessant å utforske deres bruk av prosedyreverk og erfaringer knyttet opp mot det psykososiale aspektet ved barneanestesi. Intervjuguide er vedlagt som vedlegg 8.

For å stille best mulig forberedt til våre intervju, ønsket vi å teste intervjuet på en annen utenforstående anestesisykepleier for å få konkrete tilbakemeldinger og undersøke forbedringsområder (Kvale et al., 2015, s. 172-187). Dette testintervjuet gjennomførte vi to uker før oppstart av intervju, og gav oss verdifull og rettleidende tilbakemelding. Vi fikk gode innspill og forslag til endring ved valg av setningsoppbygging og dens innhold, ordlyd, samt struktur og sammenheng gjennom intervjuet. Samtidig fikk vi også verifisert at spørsmålene som ble stilt, med stor sannsynlighet ville gi svar på problemstilling, riktig disponering av tid, og at atmosfæren under intervjuet var behagelig. Ved å få en slik helhetlig tilbakemelding fikk vi mulighet til å revidere intervjuguiden og finjustere innholdet. Ifølge Kvale et al., (2015) vil et slikt testintervju bidra til å øke selvtilliten hos den som skal avholde intervjuet. Testintervju åpner opp for en god situasjon der en kan teste lydbåndopptager og se at alt virker som det skal. Dette samsvarer med våre erfaringer hvor plassering og retningen av lydbåndopptageren utgjorde en forskjell på lyd kvaliteten (Kvale et al., 2015, s. 191-213)

4.3 Forskerrollen

Å stå i forskerrollen har for oss alle vært en ny erfaring. Fra tidligere har vi alle jobberfaring og jobbet som sykepleiere, men siden anestesifaget er såpass spesifisert er dette en arena og problemstilling som har vært ny for oss. Gjennom praksis, egeninteresse og undervisning har vi fått knagger og kunnskap til å forstå hva denne forskerrollen innebærer. I følge Malterud (2017) vil det være hensiktsmessig å ha gjort gode forberedelser som et grunnlag for å skape en gunstig og produktiv intervju setting (Malterud, 2017, s. 69-76). Som forsker har det ikke vært fokus på å skille rett fra galt, men innhente hva som er respondentenes opplevelser og erfaringer rundt temaet sett med nytt blikk. Som nevnt tidligere har forutinntattheten blitt lagt

til side i søken etter urørt kunnskap, og det har vi kontinuerlig strevd etter i denne studien (Malterud, 2017, s. 97-116).

4.4 Kryptering og datahåndtering

All datainformasjon som innhentes fra intervju skal forsvarlig lagres (Malterud, 2017, s. 211-218). Sensitive opplysninger vil ikke komme til syne i intervjuene og viktigheten av å holde respondentene anonymisert har vært høyt prioritert. Det kommer ikke frem hvilke sykehus respondentene er fra, og gjengitte sitat kan ikke kobles til en enkelt person.

Intervjuet ble registrert med en lydbåndopptaker godkjent fra universitet i Agder (UIA), hvor intervjuobjektene fikk tildelt nummer og deretter knyttet til en adskilt navneliste. For å opprettholde sikkerhet og taushetsplikt er det kun forfatterne som har hatt mulighet til å vite hvem respondentene er og kun vi som har kjent til passordet som vil åpne dokumentet. Lydfiler, samt respondentenes koder og navneliste vil slettes når prosjektet er avsluttet.

For å gjøre det innsamlede datamaterialet tilgjengelig og klargjort for analyse, har vi transkribert all rådata selv (Kvale et al., 2015, s. 204-214). Transkriberingsprosessen har vært svært tidkrevende da vi valgte å sitte sammen for at alle skulle ha samme utgangspunkt. Ved å sitte sammen ble alle godt kjent med materialet og alle fikk en god oversikt over innhold og substans av intervjuene som senere ga et bedre utgangspunkt for forståelsen av analysering (Malterud, 2017, s. 97-116).

4.5 Strategisk utvalg

Ifølge Kvale (2015) vil et strategisk utvalg innebære et variert og innholdsrikt datamateriell basert på tilstrekkelig variasjonsbredde, metning og god informasjonsstyrke. Forskning på mennesker stiller høye krav til det datamaterialet som skal belyse det fenomenet som ønskes å utforske (Kvale et al., 2015, s. 172-190; Malterud, 2017, s. 57-68).

Vi har besøkt tre sykehus i Norge. Et universitetssykehus og to regionalsykehus. Vi har intervjuet totalt 13 anestesisykepleiere med bred erfaring fordelt fra disse sykehusene. Fordelingen mellom sykehus og antall anestesisykepleiere har vært tilnærmet lik fra hvert sykehus. Det har vært vesentlig at sykepleierne jobber med barn i sitt daglige virke og at de

minimum har hatt en 80% stilling for å sikre høy kompetanse og erfaringsbase. Det har vært ulike grad av erfaring, aldersspenn og ansiennitet.

4.6 Gjennomføring av intervju

Før vi gjennomførte intervjuene sendte vi et informasjonsskriv til avdelingssykepleier i forkant slik at respondentene kunne forberede seg. Denne inneholdt generell informasjon rundt formålet med intervjuet. Vi valgte å fordele oss slik at vi var to studenter som intervjuet, hvor den ene hadde ansvar for å stille spørsmål, mens den andre kunne sitte i bakgrunn å notere og eventuelt foreslå oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2017, s. 69-76). Fordelingen ble slik da vi ikke ønsket at intervjuet skulle bli for overveldende for respondenten og heller forholde seg til to personer. Dette fikk vi tilbakemelding på at var positivt i etterkant av intervjuene. Intervjuenes varighet varierte mellom 35- 50 minutter, og samtlige respondenter opplevdes som positive og det var en munter tone.

4.7 Forskningsetikk

Forskningsetikk har til hensikt å sikre at den forskningen som blir gjort gjennomføres med respekt, redelighet og skal samtidig ivareta rettighetene til individene som er involvert. Forskning er regulert av lover og forskrifter og er nedfelt i norsk lov (Malterud, 2017, s. 211-218).

4.7.1 Søknader og godkjenninger

Forskning på mennesker er søknadspliktig. Før igangsettelse av studiets datainnsamling måtte alle godkjenninger fra aktuelle instanser være godkjent. Forskningsmaterialet i denne studien vil blant annet inneholde personopplysninger fra lydbandopptaker og sitat. Vi søkte først godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). NSD har som hovedoppgave å sørge for rettmessig tilgang til nødvendig persondata (NSD, 2021). Etter godkjent søknad fra NSD, søkte vi videre godkjenning fra Fakultets Ethiske Komité (FEK). Vi måtte også sende søknad til personvernombudet ved de tre sykehusene vi ønsket å gjennomføre intervjuene på (Malterud, 2017, s. 211-218).

4.7.2 Innhenting av informert samtykke

Det er innhentet samtykke fra voksne, autonome anestesisykepleiere før vi startet intervjuene. De som deltok, ble både informert skriftelig og muntlig. De fikk informasjon om hensikten

med studien, hvordan data skulle innhentes og lagres, og generell informasjon rundt overholdelse av personvern. Det ble også informert om at deltakelse er frivillig og at et godkjent signert samtykke kunne trekkes tilbake når som helst i løpet av studiets varighet uten noe form for konsekvens (Ruyter, 2003). Samtykkeskjema er vedlagt, se vedlegg 7.

5.0 Analyse

Analysering av kvalitative data er en tidkrevende prosess og kan gjøres på flere måter. I arbeid med analyse er det stort rom for ulik tolkning, og som en forutsetning for at andre skal forstå vår tolkning må det gjøres rede for valgt metode (Malterud, 2017, s. 91-96). Et av hovedmålene ved en analyse er å utforske og sammenlikne likheter blant opplevelser og erfaringer fra de deltagende respondentene (Polit & Beck, 2018, s. 278-293). I arbeidet med analysen har vi hatt en systematisk tilnærming hvor vi har jobbet oss gjennom stoffet iterativt for å ikke komme i skade for å glemme eller hoppe over viktige data. For å best mulig belyse problemstillingen har vi valgt en induktiv fremgangsmåte og abstrahert funnene våre gjennom fortolkning (Malterud, 2017, s. 97-116).

I denne studien har det blitt benyttet systematisk tekstkondensering (STC) da dette var en hensiktsmessig metode for tverrgående analyse. Selve analysen er delt inn i fire faser (Malterud, 2017, s. 97-116).

5.1 Helhetsinntrykk

Helhetsinntrykk omhandler en helhetlig oversikt over det transkriberte datamaterialet. Vi måtte legge til side vår forforståelse for å best mulig tilnærme oss datamaterialet med åpent sinn (Malterud, 2017, s. 97-116). Da alt materialet var behandlet, skulle stoffet oppsummeres og vi skulle finne tematikken i den teksten som da måtte sorteres videre til foreløpige tema. I starten var det fire hovedtema som vi anså som relevante for vår studie (Malterud, 2017, s. 97-116).

5.2 Meningsbærende enheter

I det andre analysetrinnet beskriver Malterud (2017) en organiseringsprosess av det materialet vi vil se nærmere på. Denne organiseringen gjorde gruppen samlet for å skape et mer nyansert bilde. Vi hadde dannet oss foreløpige hovedtema, og på bakgrunn av disse startet vi prosessen med systematisk dekontekstualisering. Vi lagde kodegrupper hvor vi

sammenfattet tilsvarende tekstbestanddelere for at disse kunne forstås i forhold til hverandre (Malterud, 2017, s. 97-116). Veien dit var gjennom å lese linje for linje, og plasserte de meningsbærende enhetene der vi ble enige om hvor de best passet inn. Vi benyttet oss av analyseprogram, NVivo 12 Pro til hjelp for analysearbeidet. Vi så innledningsvis at flere av de meningsbærende enhetene passet under flere kodegrupper. Etter hvert som vi jobbet med materialet og hadde gått noen runder frem og tilbake, kunne vi slå sammen disse kodegruppene, og det ble lettere å omorganisere. Totalt fire hovedtema og hvor hvert av hovedtemaene hadde fem til syv kodegrupper hver.

5.3 Kondensering

I denne delen av analysen skulle datamaterialet bli til abstrahert meningsinnhold. Dette er også en ren systematisk prosess hvor vi hentet ut det som ga mening gjennom kondensering av de meningsbærende enhetene fra de ulike kodegruppene (Malterud, 2017, s. 97-116). Sammen gikk vi gjennom og vurderte de ulike kodegruppene vi hadde. Vi fant ut at vi kunne slå sammen hovedtemaene og subtemaene. På den måten endte vi opp med tre hovedtema som inneholdt tre til fem subtema som egnet seg best for å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 97-116).

5.4 Syntese

Det fjerde trinnet i analysen besto av å sette sammen alle delene og rekontekstualisere resultatet opp mot empirisk data. På bakgrunn av de foregående trinn ble «Gull-sitat» trukket frem for å poengtere hovedfunnene. På nytt ble hovedtema og subtema gjennomgått for å finne passende beskrivelser av punktene (Malterud, 2017, s. 97-116).

5.5 Studiets troverdighet

Som tidligere beskrevet har valget av kvalitativ metode blitt strategien for å utforske vår problemstilling. Vi så det at denne metoden er best egnet for vår oppgave da vi ønsker å se på anestesisykepleierens egne erfaringer og opplevelser med å oppnå tillit og trygghet til barn før anestesi. Vi ønsket ikke å se på det som lar seg tallfeste eller måle. Valg som har blitt gjort underveis har hatt noe å si for troverdigheten til vårt studie (Malterud, 2017, s. 30-38).

I litteraturen til Lincoln og Guba (1985) blir det belyst en prosess for å kunne finne troverdigheten i en studie. Det blir beskrevet fire punkter som de ser på som essensielle for

dette; troverdighet, sikkerhet, tilforlidelighet og bekreftbarhet. De forteller videre at disse stadiene viser paralleller til kriterier for intern validitet, ekstern validitet, reliabilitet og objektivitet (Kvale et al., 2015, s. 275; Polit & Beck, 2018, s. 296). Gjennomgående i oppgaven har det vært relevant å se på studiets intern og eksterne validitet samt refleksivitet for å oppnå god troverdighet (Malterud, 2017, s. 24-28).

5.5.1 Intern og ekstern validitet

Validitet blir beskrevet som sannhet, om noe som er riktig og hvilke styrker studiet har.

Validitet handler om å stille seg spørsmålet; måler du det som du tror du måler? Validitet handler i hovedsak om å se på hvordan en metode faktisk undersøker det som den skal undersøke. Altså om våre respondenter faktisk har svart på de fenomenene vi ser etter. Ord som «gyldighet» og «relevans» er ord som beskriver validitet (Kvale et al., 2015, s. 272-278).

Validering av et studie er et hjelpemiddel som brukes for å skape kritisk refleksjon gjennom forskerprosessen og gjør at vi stiller oss spørsmål om sannhet og virkelighet (Malterud, 2017, s. 192-199).

Validering tar for seg hele prosessen fra tematisering, planlegging og intervjuer til transkriberingen og analysen (Kvale et al., 2015, s. 192-199). Validitet deles dette opp i intern- og ekstern validitet. Intern validitet tar for seg studiet relevans og omhandler tillit til dataene. Vi stilte her spørsmål som viser om våre valg har hatt noe å si for den kunnskapen vi har funnet. Dette kan i vår oppgave være om vi har benyttet riktig metode for å undersøke anestesisykepleieres erfaring til å oppnå tillit og trygghet til barn. Vi så også på om intervjuguiden inneholdt spørsmål som var formulert til å best mulig svare på vår problemstilling. Intervjuguiden vår ble justert etter vi hadde utført prøveintervju og fått konstruktive tilbakemeldinger. Spørsmålene var litt for styrende ut fra hva vi på forhånd hadde ønsket. Derfor gikk vi tilbake til intervjuguiden og gjorde justering som vi følte var mer riktig for å styrke studiens validitet (Malterud, 2017, s. 178-186).

Transkriberingen av intervjuene delte vi opp mellom oss og vi ble enige på forhånd hvordan vi skulle gjøre det, slik at alle hadde en felles forståelse. Ordrett transkripsjoner var nødvendig for å kunne få frem respondentene sine følelser som engstelse og benektelse. Vi tok med pauser, gjentakelser og tonefall i transkripsjonene for å gjøre den mer troverdig (Kvale et al., 2015, s. 212-278). Etter fullført transkripsjon av intervjuene så satt vi gang med analysen. Vi så da om de spørsmålene som vi stilte hadde relevans for tekstene som var

transkribert. Dette gjorde vi sammen for å gjøre de mer troverdige. Vi så også på om fortolkningen var logiske (Kvale et al., 2015, s. 212-278).

Gjennom analyseprosessen jobbet vi tett sammen for å få en riktig og gyldig sammenfatning av funn og tolkninger. Ettersom vi brukte systematisk tekstkondensering, så var det med fordel å kunne sitte sammen når vi skulle kode og kategorisere funnene. Dette gjorde vi for å belyse de funnene som svarte best på vår problemstilling (Kvale et al., 2015, s. 221-230; Malterud, 2017, s. 192-199). Et annen steg i prosessen for å gjøre studiet troverdig var å se på den eksterne validiteten. Dette omhandler i følge Polit & Beck (2018) som «transferability», altså hvor overførbart resultatene våre er. Dette handler om hvordan vi kan forventa at andre kan ta nytte av våre resultater. Når denne kunnskapen deles, kan da andre komme med kritisk refleksjon. For å kunne gjøre dette så må forskeren beskrive deltakerne og innholdet tilstrekkelig og nok detaljert (Polit & Beck, 2018, s. 304). Vi diskuterte dette oss imellom og mener at temaet som vi har belyst kan være nyttig for andre og kan brukes i andre sammenhenger, som for eksempel ved kunnskapsdeling ved forskjellige anestesivdelinger.

5.5.2 Refleksivitet

Refleksivitet handler om at forskeren i en prosess må kunne vise evne til å sette spørsmålsteget ved egen fremgangsmåte og konklusjon. Dette handler om at hvordan den forforståelse vi bringer med oss vil kunne påvirke studiet (Kvale et al., 2015, s. 273; Malterud, 2017, s. 15-25).

Vi har gjennom vår arbeidserfaring, egeninteresse og praksis blitt oppmerksomme på dette med anestesi til barn og gjort oss egne erfaringer. Dette gjorde at vi ønsker å rette studien inn på dette temaet. Selv om vi ikke har mye erfaring innen dette feltet har vi lest oss opp på forskjellig teori og forskning, som igjen har gjort at vi har sett noe vi ønsker å forske mer på. Dette gjør at vår forforståelse var viktig i vårt arbeid. Malterud (2017) beskriver at vi forskere bare er mennesker, og det ikke må ses på som skamfullt at en blir styrt av egne forestillinger og ideer. Det som er viktig for å kunne få et objektivt syn, er det å gå inn med et åpent sinn og ikke la oss styre av vår forforståelse (Malterud, 2017, s. 15-25). Vår forforståelse kan gi styrke til prosjektet, men det kan også virke negativt ved at vi ikke klarer å legge til side det vi bringer med oss inn i studiet. Dette handlet i hovedsak om at vi som forskere må ha et bevist forhold til forforståelsen, slik at vi ikke går inn i prosjektet med begrensninger, og

mister da evnen til å lære av prosjektet. Dette var spesielt viktig å ta i betraktning i det videre arbeidet ved analysedelen (Malterud, 2017, s. 41-50).

6.0 Funn

Etter fullført analyse av intervju, presenteres her funnene i en systematisk oversikt. Vi har brukt analyserte data fra intervjuene og sitat fra respondentene for å vise til funnene. Funnene blir presentert i tabellen nedenfor med tre hovedtema og tre til fem subtema.

Tabell 1: Systematisk oversikt av våre i tre hovedtema og 11 subtema

Hovedtema	Subtema
Erfaring gir trygghet	<ul style="list-style-type: none">▪ Faglig engasjement▪ Ferdighetsgrunnlag▪ Taus kunnskap
Kvalitetssikring fremmer selvtillit	<ul style="list-style-type: none">▪ Verdien av gode forberedelser▪ Kompetansens betydning▪ Rolleavklaring
Samhandling er avgjørende	<ul style="list-style-type: none">▪ Barnets alder▪ Avledningsteknikk▪ Foresattes betydning▪ Barn i fokus▪ Utfordrende relasjon

Vi hadde et bredt utvalg av respondenter med ulik bakgrunn som alder, ansiennitet og erfaring med egne barn. Se tabell under.

Tabell 2: Systematisk oversikt over respondentenes alder, familie og jobberfaring.

13 anestesisykepleiere fra tre forskjellige sykehus					
Respondent	Respondentenes alder			Egne barn	Jobberfaring som anestesisykepleier (år)
	30-40 år	40-50 år	50-60 år		
1		x		3	7
2		x		2	2
3			x	4	24
4		x		1	11
5			x	2	27
6		x		2	9
7		x		2	16
8		x		2	21
9		x		2	3
10	x			0	2
11			x	2	12
12		x		4	12
13			x	3	14

6.1 Erfaring gir trygghet

Første hovedtema omhandler respondentenes opplevelser og erfaringer knyttet opp mot faglig engasjement, ferdighetsgrunnlag og taus kunnskap.

6.1.1 Faglig engasjement

Erfaringene med barn var varierende hos våre respondenter. Samtlige av våre respondenter opplevde at erfaring er avgjørende for å føle seg mer trygg i dette arbeidet. Erfaringer ville komme naturlig ved å utføre flere anestesier til barn og at dette var med på å stryke deres selvtillit.

«... jeg opplever det som utfordrende ... en må være veldig på! Men når du har gjort det noen ganger ... erfaring gir jo trygghet ...» (Respondent 8).

Flere av våre respondenter gav uttrykk for at de ønsket å jobbe mer med barn og de følte de gav anesthesi til akkurat nok barn til å holde seg faglig oppdatert. Til tross for dette så kom det frem at respondentene ikke opplevde det uforsvarlig å jobbe med barna. Flere beskrev at de er litt ekstra på tå-hev og at de opplevde å gå med litt ekstra høye skuldre når de har med barn

å gjøre. Dette kunne oppleves som ekstra stressmoment for dem, men til tross for dette så formidlet majoriteten av våre respondenter at de opplevde det som gøy og lærerikt å jobbe med barn.

«... jeg syns ikke det er ekkelt ... jeg syns det er veldig gøy ... men som sagt, jeg er enda mer på alerten enn med voksne ...» (Respondent 6).

Respondentene opplevde relasjonskapning med barn som situasjonsbetinget og at det ofte avhenger av om barnet samarbeider eller ikke. De opplevde at de kan ha dager hvor alt går som det skal og de får et fint samarbeid med barnet. Respondentene følte at dette var øyeblikk som gav økt glede og mestring. De hadde også dager hvor de opplevde at de ikke nådde frem til barnet og de følte at kommunikasjonen ble utfordrende og de klarte ikke å nå frem. Dette var noe de utrykte kunne føles forferdelig.

«Det går fra de høye topper til de dype daler. Det kan være kjempekjekt og det kan være helt forferdelig. Kommer helt an på hvor bra det går ... om de samarbeider eller ikke ...»
(Respondent 7).

Enkelte av våre respondenter beskrev at de lot barna få leke og oppføre seg litt sånn som de ville når de kom inn på operasjonsstuen. Dette gjorde de fordi de opplevde barna mer rolige og at de da kunne få en følelse av å være i trygge og kjente omgivelser. Selv om disse respondentene mente at man skulle la barnet få ta styringen, så fantes det en fin balansegang mellom barnets lek og den videre progresjonen i behandlingen.

«... jeg syns det er greit at barn har litt kontroll, men ikke for mye kontroll ... altså en må ikke la de bestemme ... en må på en måte vise hvem som har føringen og ikke gi de valgmuligheter ... aldri spørre en unge; vil du sånn og sånn, da får du nei ...» (Respondent 7).

6.1.2 Ferdighetsgrunnlag

Flere respondenter syntes det var godt å ha med seg forkunnskaper inn i arbeidet som anestesisykepleier. De formidlet viktigheten av å ha grunnleggende kunnskaper som

sykepleier og at en har opparbeidet seg klinisk kompetanse i en periode før en videreutdanning innen spesialsykepleie. Dette gjorde dem mer rustet som kliniker.

«... jeg synes selv at min forkunnskap innen akuttmedisin har gitt meg god nytte i min jobb som anestesisykepleier» (Respondent 3).

De respondentene som har jobbet en stund i yrket gav uttrykk for at det var lett å se seg «blind» i eget arbeid, og de følte derfor et behov for å bryte ut av gamle vaner, og tilføre ny kunnskap gjennom faglig deling mellom kolleger.

«... erfaringer som anestesisykepleier er noe jeg bruker aktivt i mitt arbeid med barn ... selv om erfaring er viktig ... så synes jeg jo nye innspill i faget er viktig for å holde seg oppdatert da ...» (Respondent 10).

Noen av våre respondenter hadde videreutdanning i barneanestesi og hadde mye kunnskap på dette området. De beskrev denne videreutdanningen som et godt hjelpemiddel og at de følte seg tryggere i møtet med barn etter de tok denne utdannelsen. Denne kunnskapen prøvde de å dele med andre kollegaene så ofte det lot seg gjøre.

«... en stund følte jeg at de med videreutdanning på barn hadde mer kunnskap og selvtillit ... og at jeg følte jeg hadde litt mindre å komme med...» (Respondent 9).

En av respondentene følte at hun tidvis kom til kort i utfordrende situasjoner med barna og skulle ønske hun hadde mer kompetanse på området.

6.1.3 Taus kunnskap

I utøvelsen som anestesisykepleier gav respondenten uttrykk for at de jobbet mye selvstendig og at med tiden opparbeidet seg kunnskap og spesielt erfaringsbasert kunnskap. Denne typen kunnskap ble beskrevet av flere av våre respondenter som taus kunnskap. En type individuell kunnskap som kunne være vanskelig å sette ord på, men som kommer frem i utøvelsen av yrket.

«... jeg liker best å ha det litt rolig og at det ikke blir så mye prating rundt med andre ... at vi har en litt sånn rolig stemning ... så kan vi heller ha en dialog med ungene da. ...»

(Respondent 9).

Viktigheten av å utstråle trygghet går igjen hos våre respondenter og de utrykte at det handler om hvordan en oppnår samarbeid med barn. Noen av respondentene hadde en opplevelse av at barn leser en person som er usikkert eller utrygg. Da handler alt om å ta seg litt sammen for barnet og utstråle sikkerhet.

«... men jeg tror det er viktig å skape trygghet ... at hvis du selv er trygg så kan du skape en rolig atmosfære ... det er superviktig!» (Respondent 8).

De av respondentene som selv hadde egne barn formidlet at de opplevde denne erfaringen gav dem en bedre forutsetning i utøvelsen av anestesi, og i møte med barnet.

«... det tror jeg ... når du ikke har unger og er yngre kanskje, så kjenner du jo ikke helt til hvordan unger responderer på ting ... så det er en god erfaring å ha egne unger»

(Respondent 4).

6.2 Kvalitetssikring fremmer selvtillit

Hovedtemaet omfatter respondentenes opplevelser og erfaringer knyttet til kvalitetssikring av barneanestesi. Denne delen består av tre subtema; verdien av gode forberedelser, kompetansens betydning og rolleavklaring.

6.2.1 Verdien av gode forberedelser

Alle respondentene erfarte at gode forberedelser og detaljfokus før barneanestesi var avgjørende for et godt resultat. Det mange av respondentene var særlig opptatt av var at de skulle opptre rolig og at de var tilstrekkelig mentalt forberedt. Det var viktig at de hadde tenkt igjennom forløpet i hodet, før foreldre og barn kom inn på stuen. Flere respondenter opplevde det tryggere å starte anestesi om barnet ikke var redd og lei seg fordi det økte det indre stressnivået deres.

«... jeg må ha alt klart på forhånd ... ingenting skal være tilfeldig og jeg skal ha lest meg godt opp på forkant ... i alle fall så godt det lar seg gjøre! jeg trenger å vite at jeg har alt klart på forhånd ...» (Respondent 5).

Flere av respondentene hadde en klar formening om at alle barn er forskjellig og en må bruke den tiden det tar for hvert enkelt barn. De opplevde det betryggende om de hadde sjekket alt utstyr og tilpasset det medisintekniske-utstyret som skulle benyttes. Flere av respondentene mente at det var viktig å ha avklart på forhånd hvem som skulle gjøre hva, og ha gjennomgått medikamenter og utstyr for barnets vekt og alder. Dette for at de skulle konsentrere seg kun om barnet.

«... man må jo på forhånd avtale hva som skal skje.. det er jo sånn med all anestesi. Planlegging er jo mer en halve jobben ... jeg vil si 85% av det vi driver med er planlegging, marginene er knøttsmå med barn, det sier jo seg selv ...» (Respondent 3).

6.2.2 Kompetansens betydning

Ingen av respondentene hadde kjennskap til om det fantes egne prosedyrer eller handlingsplaner for tilnærming av barn. Det var et klart skille i gruppen respondenter som opplevde det som nødvendig eller gjennomførbart å ha en slik prosedyre. De eldste respondentene hadde en formening om at en slik prosedyre ville være uhensiktsmessig fordi det ville være for mange variabler å ta hensyn til. I motsetning hadde de litt yngre hadde ofte stått i situasjoner hvor de skulle ha ønsket det var en prosedyre eller handlingsplan.

«Dette med medikamenter, utstyr, tubelengder og alt det der er fysiske harde fakta, men den andre tilnærmingen er vanskelig å måle og skrive ned. og lage en prosedyre på.. det tror jeg blir vanskelig ... i hvert fall anvendelig ...» (Respondent 11).

Flere erfarte at det fantes ulike prosedyrer og sjekklister til medikamenter og utstyr, men ingen av respondentene hadde erfaring med bruk av en prosedyre for tilnærming av barn. Mange hadde samtidig en oppfatning at ved å ha en prosedyre for tilnærming ville det bidra til å øke deres egen bevissthet for hvor viktig det er at barnet føler seg trygt. Andre trakk frem erfaringer hvor retningslinjer kunne være spesielt bra for de som var ferske eller som ikke hadde små barn selv.

«Barna skal ha det kjekt her! Jeg tror kanskje en prosedyre hadde vært til stor hjelp hvis man hadde hatt noe sånn, lure triks og sånn. Man går liksom litt opp linjene selv.. det er jo veldig erfaringsbasert da!» (Respondent 2).

Majoriteten av respondentene hadde en oppfatning av at regelmessig faglig tilskudd var viktig for å holde seg oppdatert og bidro til å øke selvtiliten. For å få til dette mente noen at arbeidsplassen måtte legge mer til rette for personlig utvikling i det daglige. Flere respondenter ønsket mer tid til å kunne drøfte og diskutere ulike problemstillinger knyttet til barn, men følte ofte at tiden ikke strakk til og at fokuset på drift og produksjon var viktigst.

«... en låser seg jo fort på sin egen måte å gjøre ting på, men det å få input fra andre bare! så det kan nok være bra å ha mer faglig input! Sånn at du ikke trenger å finne opp kruttet på nytt hver gang du står der ...» (Respondent 4).

Respondentene opplevde stor variasjon på arbeidsplassen hvorvidt de fikk faglig påfyll. Enkelte hadde fast fagdag hver uke. Noen hadde i tillegg videreutdanning innen barneanestesi og fått økonomisk støtte til å ta denne utdannelsen gjennom avdelingen. De fleste respondentene ønsket flere fagkvelder for personlig utvikling. Bruk av teknologiske hjelpemidler ble trukket frem fra mange av respondentene som opplevde seg selv som «litt gammeldags», sett når det gjelder å blåse ballonger eller å få en premie. Det ville hjulpet mye å møte barna på deres premisser og heller undersøke hva de er vandt med i det daglige.

«En fagkveld tror jeg kunne vært veldig bra.. ja det tror jeg. Ja for vi jobber veldig aleine.. jeg ser jo ikke hva de andre gjør når de har barn, jeg ser jo bare at de er på barnestuen.» (Respondent 2).

Bruk av beroligende premedikasjon varierte mellom de ulike sykehusene. Respondentene opplevde bruken av Midazolam ulikt. Flere opplevde bruken som veldig tilfredsstillende og mente barnet ble mer avslappet og mindre engstelig på stuen. Andre respondenter opplevde at Midazolam sin evne til å gi barnet amnesi førte til at man tok bort barnets mulighet for bearbeiding og mestring.

«Du fratar de den mestringen og det å kunne bearbeide det. Du kan ikke snakke med de om det i etterkant heller, for de husker det ikke.. de husker bare ubehaget.. og det er ikke en god greie» (Respondent 8).

6.2.3 Rolleavklaring

Flere av respondentene gav uttrykk for at rolleavklaring innad i teamet var grunnleggende i prosessen for å kunne tilnærme seg et barn på en tillitsfull måte, og at alle i rommet måtte bidra for å få til dette. Anestesisykepleierne følte at barna tilhørte dem og at det var de som skulle styre kommunikasjonen med barnet og foreldrene. Enkelte mente at de fortsatt hadde en lang vei å gå for å respektere hverandres arbeidsområde og at det ofte ble uheldige situasjoner mellom de ansatte da dette kunne bli oppfattet som unødvendig innblanding.

«... selvfølgelig kan det hende at andre folk involverer seg for mye.. det bør egentlig være maks 2 personer som prøver å få kontakt med ungen ... det kan fort bli for overveldende og forvirrende!» (Respondent 7).

Viktigheten av å ha et godt sammensveiset team for å øke tillitten hos barnet, var de fleste respondentene enige om og opplevde dette som en forutsetning for å kunne lykkes. Noen opplevde dette som mindre problematisk og at veien til suksess handlet mer om egen evne til omstilling. Enkelte følte at barnet skulle være desto mer i fokus og legge mindre energi på «unødvendig støy». Denne «støyen» kom til uttrykk gjennom uenigheter og det de opplevde som misforståelser innad i teamet. Enkelte av respondentene følte at slike situasjoner virket uprofesjonelt ovenfor de foresatte.

«Jeg synes kanskje det er litt vanskelig å si til en kollega at nå vil jeg ikke at du skal prate så mye, det synes jeg er forstyrrende og denne ungen er for liten til å forstå det ...» (Respondent 4).

Enkelte av respondentene opplevde tidvis svært destruktive rollekonflikter og hadde en formening om at dette var situasjonsavhengig. Dersom en anestesilege valgte å endre på avtalt anestesiprosedyre eller at de kom inn på stuen og ville endre til noe helt annet enn det de hadde planlagt og forberedt barnet og foreldrene på.

«... vist at du vil ordentlig «fucke» det til, så drar du inn en anestesilege som du ikke har planlagt noe med. Så får du sånn en «lugging» igjennom det hele forløpet. Og vist du i tillegg er drita heldig og du har små barn, så får du inn to overleger, ja da har du det faen meg gående. For de gjør ikke noen ting likt!» (Respondent 2).

6.3 Samhandling er avgjørende

Hovedtemaet er delt inn i fem subtema som vil omhandle; Barnets alder, bruk av teknologiske og ikke-teknologiske hjelpemidler ved avledning, betydning av foresatte, kommunikasjon og den utfordrende relasjonsskapningen.

6.3.1 Barnets alder

Alle respondentene opplevde at tilnærmingen til barn i alderen fra tre til ti år var svært aldersbetinget, og at dette hadde stor betydning på valg av deres tilnæringsmetode. Respondentene fortalte at det gikk et skille i aldersgruppen og at de måtte tilnærme seg på to forskjellige måter. Flere av respondentene mente at tilnærmingen mot de yngste barna var basert på lek, moro og ikke forklaring og informasjon. Samtidig med dette måtte de være personen som kunne skape de trygge rammene. Videre ble det beskrevet av en respondent, at det var lov til å være «helt apekatt» på stuen, når de yngste barna skulle få oppmerksomhet. Tilnærmingen til de eldre barna var mer rettet mot å få til gode relasjoner gjennom god kommunikasjon og informasjon. Respondentene erfarte også at det var lettere å tilnærme seg de eldre barna da de var mer informasjonssøkende og bevisst i situasjonen. De eldre barna lot ikke seg lure og oppfattet gjerne mer enn de gav uttrykk for.

«... avledning fungerer bedre jo yngre de er.. det nytter ikke å gi en 10 åring en iPad.. han vet jo at du skal stikke han likevel.. du kan jo ikke lure.. de lar seg ikke lure som en treåring.. en treåring kan du jo lure litt ...» (Respondent 4).

Flere av respondentene erfarte at bruk av lek, eller ved å lure barnet kunne gi en god tilnærming for å få gjennomført oppgaver knyttet til prosedyrer.

6.3.2 Avledningsteknikk

Alle respondentene beskrev at deres hovedmål var å få barnet nysgjerrig og flytte fokuset bort fra opplevelsen som kunne være smertefulle eller skremmende. Samtlige respondenter

hadde erfaring ved bruk av teknologiske hjelpemidler, og mente at dette kunne være et godt hjelpemiddel og supplement i avledningsarbeidet. Flere av respondentene ønsket også at avdelingen kunne tilby dette som et verktøy i «verktøykassa» i forhold til avledning av barn. Teknologiske hjelpemidler som oftest ble benyttet var nettbrett og mobiltelefon. En av respondentene med lengst erfaring beskrev også nytteverdien av å bruke teknologiske hjelpemidler, og menten at alle kunne lære av den yngre generasjonen anestesisykepleiere og deres erfaring med bruk av ny teknologi. Respondentenes erfaringer og opplevelser rundt bruken av teknologi var delt. Det var en overvekt av de eldste respondentene, og de med lengst ansiennitet, som mente at teknologisk avledning ikke gav barnet en god nok avledning for å kunne ta bort fokuset fra det som var skremmende, eller det som skjedde på stuen. Videre var det en overvekt av yngre respondentene, flere av de med minst ansiennitet, som oftest valgte å benytte seg av teknologiske hjelpemidler til avledningen. Respondentene som benyttet disse, opplevde en god effekt og forklarte at barna ble helt oppslukt og «borte» i innholdet.

«... jeg oppfordrer gjerne foreldrene til å ... er det noe som de liker, så kan de ta frem mobilen ... jeg har bare gode erfaringer, for de forsvinner litt inn i enten serien eller noe sånt ... og «peppa gris» er en helt genial avleder ...» (Respondent 1).

Dersom barnet var opptatt med å bruke nettbrett eller telefon var det ingen av respondentene som opplevde det som hensiktsmessig å nekte dem å bruke disse. Nettbrett og telefon som barnet benyttet, ble derfor oftest tatt med og benyttet så lenge det var til hjelp i avledningen.

«... ligger de og plundrer litt med mobilen eller ser på Byggmester Bob, så tenker jeg at det er jo kjempeflott og det må de bare fortsette med inn på stua ...» (Respondent 2).

Respondentene med lengst erfaring opplevde at teknologiske hjelpemidler ikke var effektive nok. De valgte heller å benytte seg av de «gode gamle» metodene, som å blåse opp en hanske, tegne bølger på monitoren med SpO₂-proben, fantasireiser ved å leke at man var i jagerfly eller på havets bunne med masken, var en mer effektiv måte å avlede barnet på enn ved bruk av teknologi. Flere av respondentene mente i tillegg at teknologi for barn i dag var så hverdagslig, at det ikke vekke nysgjerrigheten like mye som utstyret som finnes på en operasjonsstue. Det ble beskrevet at nye ting på stuen trumfer tegnefilm.

«... tingene vi har er faktisk mer interessant enn den mobiltelefonen ... er i hvert fall min erfaring ... at teknologiske hjelpemidler ikke fenger så mye som andre ting vi kan finne på ...» (Respondent 12).

På et av sykehusene hadde flere av respondentene erfaring ved bruk av musikkterapi og sykehusklovner som avledning. De fleste respondentene var positive og opplevde at bruk av denne avledningsmetoden fungerte svært bra, men det belaget seg på at musikkterapeuten eller klovnen kjente barnet, og kunne gi rette avledning tilpasset hvert enkelt barn. Videre fortalte noen av respondentene at det i enkelte tilfeller kunne oppleves forstyrrende, og at de selv hadde bedt musikkterapeutene om å avslutte, eller fått klovnene til å forlate stuen.

«... andre ganger så blir det bare for mye. Når en kommer inn til oss og det er kanskje flere folk som venter, så kan det være litt skummelt miljø, så klarer ikke klovnene og få oppmerksomhetene lengre, og da er det like greit at de bare går. Det blir ofte da bare forstyrrende ...» (Respondent 9).

6.3.3 Foresattes betydning

Alle respondentene opplevde forholdet til foresatte som svært viktig, og i mange tilfeller nesten like viktig som forholdet til barnet. Flere av respondentene beskrev at barn og foreldre må ses på under ett og at anestesisykepleier må spille på lag med begge. Respondentene omtalte samarbeid med foresatte som essensielt da de er barnas trygge havn og skal beskytte mot det ukjente og skremmende. Respondentene beskrev viktigheten med god kommunikasjon og åpenhet med foreldrene, slik at de følte seg ivaretatt og trygge i den ukjente situasjon.

«... rolige foreldre gir ofte rolig barn, så enkelt er det ofte ... at dersom foreldrene blir trygge på deg, så blir jo ungene litt speilet av det også ...» (Respondent 4).

Flere av anestesisykepleierne hadde også opplevd en utfordrende relasjon til foreldrene, der foreldre var engstelige eller redde. En respondent beskrev at foreldrene er en viktig ressurs på operasjonsstuen, men at de noen ganger også kan bidra negativt i det tillit og trygghetsskapende arbeidet. Slike episoder kunne føre til en vanskelig relasjonsskapning og samarbeid mellom anestesisykepleier og foresatte.

«Så lenge de er på lag med deg, så går ting veldig greit. Men hvis de syns du gjør ting som er unødvendig eller de ikke ønsker ... det var vondt for ungen min ... eller det vil jeg ikke være med på, da går du en mørk tid i møte ...» (Respondent 2).

6.3.4 Barn i fokus

Alle respondentene hadde et ønske om å tilnærme seg barnet først og kommunisere direkte med barnet. Den beste kontakten oppnådde respondentene ved å komme seg ned på barnas nivå og benytte seg av en kommunikasjonsmåte som barna forsto. Det har vært mye bruk av kirurgisk munnbind grunnet Covid – 19 pandemien og noen av respondentene la derfor vekt på å ikke virke skremmende. I den forbindelse ble viktigheten av å fjerne munnbind og vise ansiktet til barnet. Samtidig var det enkelte respondenter som følte det utfordrende å ta av munnbind under en pågående pandemi. Videre hadde flere av respondentene en god opplevelse med at tilliten og tryggingen kunne skapes en stund før barnet ankom operasjonsstuen. Det ble beskrevet at ved å bare gå en kjapp tur ut, ta med seg en maske, hilse på barna og de foresatte, så kunne anestesisykepleieren raskere skape tillit og trygging i en ellers travel hverdag. Det ble også lagt vekt på ærlighet ovenfor barna. Ved å fortelle at en ting ikke gjorde vondt, men så gjorde det vondt likevel, kunne være nok til å ødelegge hele tillitsforholdet som anestesisykepleier hadde klart å bygge opp.

«... ja for de er jo smarte barn og det må vi aldri glemme ... du må aldri snakke om sånne ting.. at det kan gjøre vondt.. at det ikke kan gjøre vondt. Og i hvert fall ikke si at det ikke gjør vondt og så gjør det vondt ...» (Respondent 3).

Flere av respondentene opplevde at tidspress og et stort operasjonsprogram gav utslag i deres tilnæringsmåte, og det gjorde forberedelser desto viktigere for å oppleve mestring og kontroll. Mange av respondentene mente at man ikke kunne prøve for lenge med å oppnå en god relasjon. Videre mente noen at det ville være et lite tidsvindu der man kunne klare å oppnå en relasjon, men dersom man ikke klarer å komme i mål mente flere av respondentene at de måtte få en progresjon, og ikke ha den lange samtalen og aldri komme i gang. Alle respondentene mente at bruk av tvang måtte unngås, men at tvang kunne bli benyttet der man ikke kom i mål med vanlig tilnærming. Barnet kunne da bli holdt fast for så å bli innledet med gassanestesi på maske. De av respondentene med lengst ansiennitet opplever i dag at

man er kommet lengre med måten anestesisykepleieren legger til rette for at barnet ikke skal oppleve å bli utsatt for tvang. Det var et mål for alle respondentene å prøve seg frem med ulike tilnæringsstrategier for trygging, før de eventuelt gikk videre i prosessen med å benytte tvang. Videre gav et stort flertall av respondentene uttrykk for at bruk av tvang mot barn var ugreit og gav dem en dårlig følelse.

«Jeg syntes vi er flinkere på tilnærmingen nå.. så kan det jo kanskje bli for mye dill og dall enkelte ganger å ... men jeg tror ikke det ... skal man få de tilbake hit noen gang, så er det vel verdt det.» (Respondent 4).

6.3.5 Utfordrende relasjon

Alle respondentene hadde opplevd utfordrende relasjonsskapning og bruk av tvang med barnet og kjent på den vonde følelsen dette skapte. Anestesisykepleierens tanker var da ikke bare på relasjonsskapningen, men også den medisinske delen. Det ble beskrevet at kavete barn og foreldre ofte ville skape en kavet situasjon på stuen, samtidig som anestesisykepleierne hele tiden hadde tankene på mulige ufrie luftveier dersom barnet gråt og snørret mye. Respondentene hadde også fokus på å ikke påføre barnet psykiske skader og gå for langt i prosessen i forhold til utfordrende relasjonsskapning.

«... i dag går det ikke. Får komme igjen en annen dag. Vi vet at bruk av mye makt gir senskader på ungene.. så en skal absolutt unngå tvang, for det er ikke bra for de rett og slett ... vi skader de» (Respondent 7).

Respondentenes hovedmål var alltid å sørge for trygge rammer for barnet, og bruk av tvang var som hovedregel siste utvei. To av respondentene med videreutdanning innen barneanestesi mente at denne utdannelsen hadde vært med på å endre deres syn på bruken av tvang. Samtidig svarte mange av respondentene, at med samtykke fra foreldre ble tvang benyttet regelmessig dersom de ikke kom i mål med god relasjonsskapning.

«... har vært med mange ganger der vi har bakset og styrt litt, men alltid sånn at vi prater med mor eller far på forhånd.. du må være med på dette her.. at det blir litt sånn og sånn.. at vi må holde fast og sånn.. dette er i god hensikt.. for dette må vi ha gjort ...» (Respondent 11).

7.0 Diskusjon

Hensikten med dette studiet er å se på anestesisykepleiernes erfaringer med å oppnå tillit og trygghet til barn ved forberedende prosedyrer før anestesi. Det våre respondenter formidlet gjennom intervjuene var i hovedsak tre hovedtemaer som vi tok med oss videre til drøftingen. Hovedtemaene består av; erfaring gir trygghet, kvalitetssikring fremmer selvtillit og samhandling er avgjørende. I dette kapitelet blir fokuset å drøfte funnene våre opp mot relevant forskning og teori.

7.1 Erfaring gir trygghet

Respondentene våre beskrev at gjennom trygghet og tillit kan du skape en trygg atmosfære for barnet og de foresatte. Ettersom barn er redde for ukjente og skremmende situasjoner er det viktig at anestesisykepleiere oppnår tillit og trygghet til barn og deres foresatte (Berglund et al., 2013; Danielsson et al., 2018; Valla et al., 2021, s. 276-294). Viktigheten av å opparbeide seg erfaring ble presisert av flere av våre respondenter og gjenspeiler det vi finner i forskningen og teorien. Arakelian et al., (2019) viser at erfaring innen barneanestesi spiller en viktig rolle for å føle seg trygg i faget (Arakelian et al., 2019). Dette er noe som også Danielsson et al., (2018) fremhever i sin forskning. Her ble det formidlet at anestesisykepleierne baserer sine handlinger med å gi anestesi til barn på tidligere erfaringer (Danielsson et al., 2018). Barneanestesi handler om å vise aktpågivenhet og høy kompetanse noe som respondentene våre også uttrykker som essensielt (Berglund et al., 2013; NAF, 2021). Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere beskriver også at er erfaringer er viktig. Det blir her beskrevet at erfaringsutveksling og kompetanseheving i arbeidet som anestesisykepleier er en viktig del av arbeidet (ALNSF, 2016).

I forskningen til Averlid & Axelsson (2012) så blir det belyst at anestesisykepleiere med mer enn ti års erfaring opplevde en følelse av mer autoritet og selvtillit. Dette handlet om å skape tillit til anestesilegene og sykepleierne på operasjonsstua (Averlid & Axelsson, 2012).

I våre funn blir lignende erfaringer beskrevet. Respondentene uttrykte at det tar tid å opparbeide seg erfaring og trygghet i faget. Selv om de yngre respondentene hadde mindre erfaring med barneanestesi, så uttrykte de at dette ikke var det som var avgjørende for å opparbeide seg tillit og trygghet til barnet.

Et flertall av respondentene opplevde at det er vanskelig å opparbeide seg erfaring innen barneanestesi ettersom det utføres sporadisk av den enkelte. De kunne lese seg mye opp på barneanestesi på forhånd, men for å virkelig bli «kyndig» på dette så forutsatte det at de utførte det jevnlig. Dette er det Benner (1984) karakteriserer som ekspertsykepleieren. Her er både mestring og erfaring viktige punkter for å utvikle seg fra å være en novise til å bli en ekspert i faget (Benner, 1984, s. 20-36). Respondentene uttrykte at de ofte gikk med «hevede skuldre» når de utførte anestesi til barn. Selv om respondentene kjente på denne utryggheten så ble arbeidet med barn beskrevet som kjekt og utfordrende fordi ingen dager var like. Respondentene uttrykte at det var en god følelse når de fikk en god kontakt med barnet og når alt gikk bra. Det faglige engasjementet for barneanestesi formidlet flere av våre respondenter at de opplevde som vesentlig. Engasjement for faget gjorde faget mer spennende. På en annen side så fikk vi ikke noe tydelig data på om dette økte anestesisykepleiernes arbeid med å skape tillit og trygghet til barn ved forberedende prosedyrer til anestesi. Vi gjorde heller ingen funn i forskningen som omhandlet det spesifikt. Teorien beskriver dog viktigheten av å være «sulten» på ny læring som viktig (Skau, 2005, s. 50-53).

Selv om flere av våre respondenter uttrykte at de ønsker å bli flinkere i arbeidet med barneanestesi, så formidlet flere av respondentene at de ikke får utviklet seg nok på det feltet. Vi opplever det som litt usikkert som hva som egentlig ligger i bunn for den videre erfaringsutviklingen. Kan det her være en svikt i muligheten for å utvikle seg innen barneanestesi? Burde det tilrettelegge mer for denne utviklingen? Norsk lov stiller krav til den enkelte arbeidsplass ved at de plikter å legge forholdene til rette for opplæring og mulighet for utvikling hos den ansatte ("Spesialisthelsetjenesteloven – sphl," 1999). Noen av respondentene bekreftet at kompetanseheving innen barneanestesi kunne vært mer tilrettelagt, men at i en travel hverdag, vil det oftest være tidsjaget som utgjør en begrensning. Mye av grunnlaget til en anestesisykepleier ligger i utviklingen i faget og kompetanseheving, og at det er avgjørende for å øke egen trygghet (Berglund et al., 2013; Valla et al., 2021, s. 276-294).

Respondentene erfarte viktigheten av å ha med seg grunnleggende sykepleie kunnskap inn i utdannelsen som anestesisykepleier. Denne typen kunnskap blir også beskrevet av Nortvedt et al., (2007) som en hjørnestein i vårt yrke og at denne kunnskap læres gjennom å praktisere yrket (Nortvedt et al., 2007, s. 16). I henhold til Norsk standard for anestesi, så krever utdanning som anestesisykepleier to års relevant arbeidserfaring (NAF, 2021). Dette kravet

samsvarer med det respondentene erfarte som en viktig faktor. Nylig publiserte Regjeringen (2021) informasjon om at dette kravet blir fjernet fra 2023 og det er opp til hver enkelt institusjon å bestemme opptakskravet til søkere (Regjeringen, 2021). Det at regjeringen skal fjerne kravet om to års relevant arbeidserfaring samsvarer ikke helt med det respondentene våre mener. Det kan diskuteres hvorvidt sykepleiere uten tilstrekkelig klinisk erfaring kan starte rett på en videreutdanning innen anestesi. Både respondenter og egne erfaringer fra klinisk praksis taler imot dette.

Flere av våre respondenter hadde egne barn, men kun et fåtall av disse respondentene uttrykte at de hadde en bedre forutsetning i møtet med barnet. Dette fåtallet av respondenter mente dette kunne hjelpe dem i tilnærmingen av barnet. Disse respondentene hevdet at de som ikke hadde egne barn, ikke hadde samme bakgrunn til å vite hvordan barn responderer på ukjent miljø og stimuli. Vi fant ingen forskning som kunne bekrefte eller avkrefte slike erfaringer, men dersom man tar utgangspunkt i at tidligere erfaring med barn på generelt grunnlag øker forståelsen av barnet, så kan det det være forenlig med våre respondenters erfaringer.

Respondentene våre formidlet at stress hadde en betydning i deres arbeid. Enkelte av de yngre respondentene mente at dette var mest på grunn av tidspress, men også følelsen av stress for alt som skulle læres. Averlid & Axelsson (2012) viser i sin forskning og beskriver at økt kompetanse kan gi økt stress på grunn av høyere forventninger og stiller høyere ansvar hos anestesisykepleierne (Averlid & Axelsson, 2012). Selv om de følte på stress uttrykte respondentene at det ikke var en avgjørende faktor for å oppnå tillit og trygghet til barnet. De opplevde at de nesten alltid kom i mål med det trygghetsskapende arbeidet til tross for en stressfull arbeidsdag. Det er også beskrevet i Perry (2002) og Hustad (2021) sin forskning som viser at personalmangel og økt arbeidsbelastning utgjør en stressfaktor for anestesisykepleiere. Det gjør det vanskeligere å holde på den faglige kompetansen som igjen kan ha påvirkning på arbeidsmiljøet (Hustad, 2021, s. 35-43; Perry, 2005). Dette oppleves litt uklart for oss og vi stiller spørsmål ved hvordan helseledelsen ser for seg dette fremover. Vil et press fra avdelingsledelsen om økt aktivitet og høyere pasientstrøm være gunstig for anestesisykepleiernes evne til å opprettholde pasientsikkerheten? Danielsson et al., (2018) viser at anestesisykepleierne manglet støtte til faglig utvikling fra ledelsen knyttet til barneanestesi (Danielsson et al., 2018). Respondentene våre uttrykte også en frustrasjon på det at de ikke alltid følte de strakk til, det var dog ingen av respondentene våre som følte de manglet støtte fra ledelsen.

Taus kunnskap er noe som blir beskrevet som av våre respondenter som en kunnskapsbase som hver og enkelt anestesisykepleier innehar. De uttrykte at denne formen for kunnskap kunne ta lang tid å opparbeide seg, og krevde at kollegaene var villige til å dele denne kunnskapen med andre. Denne typen kunnskap blir beskrevet som grunnlaget for at anestesisykepleierne kan utøve sitt fag på en forsvarlig måte og utvikle seg. For å jobbe kunnskapsbasert må en anestesisykepleier kombinere forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap i møte med pasientene (Bruun, 2021, s. 22; Danielsson et al., 2018; Skau, 2005, s. 126-136). Danielsson et al., (2018) skrev i sin forskning at det meste av kunnskapen rundt barneanestesi var bygget på erfaringer og taus kunnskap og mindre på vitenskapelig teori (Danielsson et al., 2018). Norsk sykepleierforbund (2019) utdyper også som et hovedpunkt i sine yrkesetiske retningslinjer, hvor de spesifiserer at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (NSF, 2019). Slik vi opplever det ut fra hva det våre respondenter forteller så handler det mye om at mange innehar mye taus kunnskap, men at dette er en type kunnskap som kommer frem gjennom handlinger. Denne typen kunnskapsdeling kan for oss virke som en enkel form for kompetanseheving. Det ble ikke gitt noen spesifikk grunn til hvorfor denne typen kunnskapen ikke ble delt med andre i større grad, men ut fra hva våre respondenter forteller så kan det se ut til at det har en sammenheng med tidspresset som de opplever i avdelingen.

7.2 Kvalitetssikring fremmer selvtillit

Anestesisykepleiere som skal administrere legemidler med sederende eller anestetisk virkning, må kjenne til virkemidlets egenskaper og bivirkninger (NAF, 2021). Videre står det i grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere at anestesilege skal være til stede ved sedering eller andre anestetiske prosedyrer til barn (NAF, 2021). Til tross for at anestesilege skal være til stede under den anestetiske prosedyren, ga respondentene uttrykk for at de oftest stod alene med barnet under selve anestesen og ved forberedelsene før barnet var ankommet. Ifølge Danielson et al., (2018) utgjør barneanestesi en høy grad av kompleksitet og utfordring da det er mange ulike faktorer en anestesisykepleier skal forholde seg til og samtidig har ansvar for. Dette være seg barnets alder, grad av engstelse, og evne til å kommunisere (Danielsson et al., 2018). Er det da tilstrekkelig å kun følge standardiserte prosedyrer for barneanestesi, og vil prosedyrer for tilnærming ha en plass i arbeidet for å fremme god pasientsikkerhet? Flere av respondentene beskrev at møysommelige forberedelser og detaljfokus i forkant av barneanestesi virket betryggende for dem selv, og bidro til et mentalt overskudd som de mente de trengte for å skape et trygt og forsvarlig behandlingsmiljø for

barna. Disse forberedelsene opplevde respondentene selv ga en indre trygghet når de gikk operasjonen i møte, og visste at «plan A og B» var tenkt igjennom og forberedt.

Hvorfor på tå hev? Forskning beskriver luftveiskomplikasjoner som en potensielt livstruende situasjon og som ofte har opphav i økt sekret i svelg hos barn (Collins et al., 2019). En av respondentene trakk frem et reelt scenario dersom barnet kom inn gråtende, snørrete og om de ikke klarte å roe ned barnet, kunne dette til tider oppleves som «risikosport». Ifølge respondenten ville ungen kunne desaturere raskt og fordi SpO₂-proben kanskje heller ikke var påsatt fordi «denne var skummel», var det vanskelig å overvåke barnet på en sikker måte. Hos små barn er ikke de sympatiske refleksene utviklet i samme grad som voksne, og innehar derfor ikke samme grad av kompenseringsevne ved bruk av anestetiske midler (Valla et al., 2021, s. 276-294). En annen respondent beskrev det som å alltid ha litt mer puls, da han jobbet med barn og var mer på «alerten» enn med voksne. Å slippe å tenke på medisintregninger og doseringer, eller hva slags svelgtube som passet barnet, følte beroligende for flere av respondentene da situasjonsbildet ofte kunne endres raskt. Det ble ansett som unødvendig stress og dannet grobunn for frustrasjon for den enkelte. Andre trakk også frem frykttfølelsen, spesielt da de var helt ferske. Det kunne oppleves som skummelt å ha barn, hovedsakelig fordi det kunne gå uker mellom hver gang. Forskning på anestesipersonell beskriver arbeidet med anestesi som psykisk krevende. Årsaken er grunnet en mulig høy grad av risiko, involvert i et høyteknologisk miljø som stiller et høyere fokus til pasientsikkerhet (Bajwa & Jindal, 2014; Gaba, 2000). Forskningen samsvarer med respondentenes prioriteringer knyttet til deres forberedelser. Kan det da forstås slik at gode forberedelser øker mestringstroen og selvtillit, og gjør at anestesisykepleieren fremstår tryggere for barnet? Ved å trekke slike paralleller kan det tenkes at økt risiko i et høyteknologisk miljø vil bidra til å kreve en form for naturlig skjerpethet hos anestesisykepleieren. Når respondentene har en forestilling som utelukkende sier at barneanestesi er forbundet med økt risiko så er det kanskje ikke så rart at en ønsker å stille godt forberedt. I følge Kaufmann (2017) skjer det oftere livstruende feilkalkuleringer av anestesimidler til barn enn hos voksne, og mye av grunnen til det er alder og vekt variabler, samt for lite mengdetrening av barneanestesi (Kaufmann et al., 2017). Det kan tolkes som at gode forberedelser ikke bare øker anestesisykepleirens tro på seg selv, men som også vil gjenspeile en tryggere tillitsperson for barnet. Dette samsvarer med forskning hvor det kommer frem at anestesisykepleiers rolle for å dempe angst hos barna er av svært høy betydning (Arakelian et al., 2019; Berglund et al., 2013; Danielsson et al., 2018).

Premedikasjon inneholder ofte flere komponenter som skal virke på smerte, kvalme og uro eller angst. Premedikasjon er ansett som et nyttig verktøy i den hensikt å redusere angst og frykt hos barn som skal gjennomføre operasjon eller annen anestetisk prosedyre. Ved å bruke Midazolam som premedikasjon kan medikamentet også redusere barnets evne til å mestre og bearbeide hendelsen i ettertid (Valla et al., 2021, s. 276-294). Det var stor variasjon i bruk av Midazolam som rutine på de forskjellige sykehusene respondentene jobbet. Noen brukte det på alle som rutine mens andre brukte en mer individuell tilpasset tilnærming. Det kan diskuteres hvorvidt rutinemessig bruk av sederende premedikasjon til barn kan defineres som god pasientbehandling. Forskning viser at Midazolam blir brukt i den tro at det skal gagnar barnet, men samtidig bør det ikke være rutinemessig, og det bør kartlegges hvorvidt det er behov for slik medikament på et individuelt grunnlag (Tobias, 2002). For hvordan skal anestesisykepleieren kunne oppleves som en trygg havn til et barn som fratras muligheten for egen mestring? Det kan virke som at det faller på sin egen urimelighet om barnet i det hele tatt skal få mulighet til å få en positiv opplevelse og kunne huske hva som skjedde.

Flere av respondentene ga uttrykk for at det burde brukes mer tid på kartlegging for behov for premedikasjon grunnet store individuelle forskjeller. Respondentene forklarte at de fikk en vond følelse i magen dersom de «dopet ned» de eldre barna fordi de opplevde at de brukte en form for tvang. Det at de eldre barna har en større forutsetning for å forstå hva som skjer og ha en opplevelse av angst og kjenne frykt, viser også annen forskning på området. Eldre barn vil i større grad ha effekt og nytte av angstdempende premedikasjon og samtidig ha et bedre utgangspunkt for å mestre situasjonen ved utskrivelse (Oliver et al., 2022). Det kan diskuteres hvorvidt rutinemessig bruk av angstdempende premedikasjon som Midazolam bidrar til god pasientbehandling av de eldre barna eller styrker selvfølelsen for anestesisykepleieren. På den ene siden må anestesisykepleieren være lojal til avdelingens retningslinjer og gjennomføre sine oppgaver som er nødvendig i stillingsbeskrivelse. På den andre siden skal anestesisykepleieren være barnets advokat og være en trygghet i et kanskje forvirret og engstelig sinn. Ved å bruke litt mer tid i å skape en relasjon, og ta i bruk aldersavhengig teknologiske hjelpemiddel som viser seg å overgå den angstdempende effekten av Midazolam, kan kanskje være en bedre løsning? (Stewart et al., 2019).

Høyt kompetansenivå, ansvar for faglig oppdatering og kjennskap til aldersvariabler som farmakologi og fysiologi, er krav som stilles for anestesisykepleiere som jobber med barn (NAF, 2021). Det var et flertall av de litt yngre respondentene som ønsket mer tilrettelegging

for personlig kompetanseheving, og opplevde at de ofte «satt på hver sin tue» og gjorde ting forskjellig. Utvikling og bruk av prosedyre for tilnærming ble også trukket frem av disse respondentene. Selv om de hadde fagdager så erfarte respondentene at ikke alle disse omhandlet barn. Respondentene foreslo å ha fagkvelder med fokus på barn, men så samtidig at det hadde sine begrensninger. Funnene fra våre respondenter samsvarer godt med hva Averlid (2017) fant i sin studie med norske anestesisykepleiere, og deres opplevelser av hvordan produksjonspresset hadde innvirkning på kvalitetsarbeid og rom for kompetanseløft i arbeidshverdagen (Averlid, 2017). Dette underbygger utfordringen som respondentene fremlegger i å øke kompetanse under et slikt tidspress. For hvordan skal anestesisykepleiere få tid ellers? Må helseinstitusjonene legge mer til rette for videreutvikling eller er det anestesisykepleierne som må ta et større ansvar selv? Det var flere av respondentene som hadde en videreutdanning innen barneanestesi og opplevde selv at denne faglige tilleggskompetansen styrket selvtilliten i møtet med barna. Andre respondenter nevnte barneanestesikurs, som gikk annet hvert år og at de måtte ofte betale for dette kurset selv. Det er et tydelig skille på hvordan de ulike avdelingene prioriterer og dekker videreutdanning blant sine anestesisykepleiere og muligens har det med avdelingens totale økonomiske kapasitet å gjøre. På en annen side kan det også handle om den enkeltes leders prioriteringer knyttet til andre fokusområder. Enkelte av de litt eldre respondentene opplevde ikke at de trengte like stor grad av faglig påfyll, og kan ha en sammenheng med deres lange erfaring i motsetning til de ferskere respondentene. Dette kan samsvare med hvordan Benner (1984) beskriver forskjellen på de novise og rutinerte ekspertsykepleiere, hvor de sykepleierne med flere års erfaring innehar en større grad av intuisjon, fleksibilitet og evne til rask omstilling (Benner, 1984, s. 13-38).

Gode tverrfaglige team var ifølge respondentene et speilbilde av arbeidsmiljøet og et av hovedpilarene som måtte være på plass for å skape tillit til barnet. Det ble presisert viktigheten av å være samstemt innad i teamet med forhåndsbestemte roller. Respondentene gav uttrykk for at misforståelse ofte ga grobunn for frustrasjon og en følelse av å bli overkjørt. Studier har undersøkt hvilke faktorer som har spilt en viktig rolle for et godt arbeidsmiljø til anestesisykepleiere. Pre-bestemt rolleavklaring og dynamisk teamarbeid ble spesielt trukket frem som viktige elementer for et godt arbeidsmiljø rundt barneanestesi og samsvarer med respondentenes erfaringer (Averlid, 2017; Berglund et al., 2013; Danielsson et al., 2018). Selv om disse studiene ikke direkte beskriver hvordan teamarbeid spiller inn på tillit og trygghetsgivende arbeid, er det sannsynlig å trekke slutninger om et godt samkjørt

team, styrker selvtilliten og gjør anestesisykepleieren mer tillitsfull og fremstår tryggere i sin rolle. Et av studiene beskriver også viktigheten av at det bør være så få personer som mulig som har kontakt og dialog med barnet og at anestesisykepleieren har en rolle som naturlig kontaktperson (Danielsson et al., 2018). Dette samstemmer også med hva respondentene følte om at barna var deres, og når andre tok kontakt med barna ble det ansett som unødvendig støy og at barna kunne bli mer urolige.

7.3 Samhandling er avgjørende

For at anestesisykepleieren skal kunne tilnærme seg barnet, og klare å oppnå tillit og trygghet på en god måte, må de ha kunnskap om barnets alder og modenhet. Respondentene mente at barnets alder var av stor betydning for hvilken tilnæringsmetode de valgte, og informasjonen som ble formidlet skulle være tilpasset barnets alder og utvikling. Samtidig ble det også nevnt viktigheten med riktig og ærlig informasjon uansett alder på barnet. Ærlig informasjon til barna trekkes også frem av Valla et al., (2021), og i grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere spesifiseres det at informasjon gitt til pasienten skal tilpasses pasientens behov (ALNSF, 2016; Valla et al., 2021, s. 276-294). Valla et al., (2021) skriver også at det må gjøres valg i tilnærming basert på barnets alder (Valla et al., 2021, s. 276-294).

I våre funn ble det beskrevet en forskjell på hvordan beste tilnærming for trygging ble gjennomført for barn på tre år og barn på ti år, og respondentene mente det gikk et skille i valg av tilnærming og kommunikasjonsmåte ved fem-seksårsalderen. De mente at barna under seks år var mer mottakelig for avledning og trygging gjennom lek, og at kommunikasjonen mot dem måtte være på et enkelt nivå. Dette støttes også av litteraturen som skriver at til små barn kan det være nyttig å bruke avledning basert på lek og opplevelser som barna kan glede seg til (Knudsen, 2015, s. 97-115). Bizzio (2020) og Danielsson (2018) har også funnet at kommunikasjonsteknikken til barna er veldig viktig. Spesielt i aldersgruppen ett til seks år påpekes det at anestesisykepleieren må tilpasse kommunikasjonsmåten slik at det unngås bruken av ord som kan skape frykt hos barnet. Dette kan være ord som stikk, sår, smerter eller detaljert informasjon om prosedyren (Bizzio et al., 2020; Danielsson et al., 2018). Respondentene mente videre at beste måte for trygging av barn over seksårsalderen, måte gjøres på et annet intellektuelt nivå. Dette samsvarer også med forskning på området, som bekrefter viktigheten med aldersbetinget relasjonsskapning (Sjöberg et al., 2015). Til denne aldersgruppen opplevde respondentene at de kunne

kommunisere med barna rundt ting som var av interesse, og gi enkel informasjon rundt en prosedyre eller demonstrasjon av utstyr.

Respondentene trakk også frem viktigheten av at anestesisykepleierne ikke prøvde å lure barnet og at informasjonen som ble formidlet ikke skulle være usann. I loven for pasient og brukerrettighetsloven ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999) beskrives pasientens rett til informasjon, og at informasjonen må tilpasses hver pasient. Dette betyr at anestesisykepleierne må tilpasse informasjon etter barnets modenhet, og formidle den riktige og gode informasjonen. Hva er tilstrekkelige informasjon til et barn? Mangelfull informasjon vil stride mot retten barnet og foresatte har om få informasjon om helsehjelp ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999§ 3-2; "UNICEF," 1989). Barnet vil også kunne oppleve at den gitte informasjon om prosedyren ikke stemmer med virkeligheten. Dette kan resultere i at den tilliten og tryggheten anestesisykepleierne klarte å opparbeide seg hos barnet vil reduseres (Loof et al., 2019).

Bruk av avledning ble ifølge respondentene beskrevet som en personlig kunnskap som ikke hadde en fasit, og i funnene kom det frem at samtlige benyttet avledning til barn forskjellig. I den forskningen vi har søkt har vi funnet flere artikler som omhandler bruk av ulike hjelpemidler, som kan benyttes i avledning og trygging av barn (Al-Yateem et al., 2016; Clausen et al., 2021; Dionigi & Gremigni, 2017; Dwairej et al., 2020; Liu et al., 2021; McGuirt, 2016). Derimot er det funnet lite forskning som konkret beskriver hvordan disse hjelpemidlene kan benyttes og hvorvidt de er overførbare i praksis. Mange av våre respondenter beskrev at anestesisykepleiere med lang ansiennitet og videreutdanning fra barneanestesi, ofte ville ha opparbeidet seg bredere kunnskap i forhold til bruk av de ulike avledningsteknikkene. Respondentene avledet barnet i den hensikt å ta fokuset bort fra det som opplevdes skremmende eller smertefullt. Uansett tilnærming var deres opplevelse å spille på barnets nysgjerrighet og engasjement ansett som veldig viktig, noe som også Valla et al., (2021) skriver i sin bok (Valla et al., 2021, s. 276-294). Respondentene la vekt på å enkelt presentere utstyr, slik at barna på denne måten kunne være med på å ta enkle valg. Det kunne være så enkelt som å velge finger til SpO₂-proben, eller å holde masken selv. Ved en slik tilnærming vil barnet oppleve mestring og føle en vis selvkontroll i situasjonen (Berglund et al., 2013; Valla et al., 2021, s. 276-294). Respondentene følte også at de fikk bedre kontakt og et tryggere barn ved å inkludere barnet i oppgaver på stuen. Denne tilnæringsmetoden

støttes også av lovgivning som gir barnet rett til medvirkning i forhold som angår dem ("Barnevernloven – bvl," 1992 § 1-6).

Valget av avledningsteknikker og utstyr varierte blant respondentene. Yngre anestesisykepleiere valgte ofte å bruke ny teknologi og avlede med nettbrett og mobiltelefon, mens de eldre anestesisykepleierne valgte å benytte seg av leker, eller det utstyret man hadde på stuen. Det er nylig gjort forskning på bruk av nettbrett og VR-briller som avledning til barn på sykehus. Bruken av nettbrett med innhold rettet mot barn, og VR briller med video har vist seg å være en god måte å få barnet mer avslappet og redusere barnets opplevelse av smerte under prosedyren (Clausen et al., 2021; Dwairej et al., 2020; Liu et al., 2021). Våre respondenter var alle familiære ved bruk av nettbrett og mobiltelefon som avledningsteknikk, men de var uenige på hvor god effekt disse hadde. Flere respondenter mente det hadde en beroligende effekt. Dette samsvarer med forskning som viser at teknologiske hjelpemidler er effektive for barn som avledning (Clausen et al., 2021; Dwairej et al., 2020; Liu et al., 2021). Burde dette prøves ut mer i det tillitsskapende arbeidet med barn i klinisk praksis? Andre respondenter mente respondentene at det var vanskelig å oppnå den rette kontakten og relasjonen til barnet, dersom barnet var opphengt i et nettbrett.

Bruk av sykehusklovner har vist seg å være et godt tiltak i å avlede barn før en operasjon. Det er flere studier som har sett på sammenheng mellom bruk av sykehusklovner og redusert stress og engstelse hos barna. Resultatet viser at barn har god effekt av dette, og at det er mindre stress og engstelse blant barna som blir avledet av sykehusklovner (Dionigi & Gremigni, 2017; Vagnoli et al., 2010). Det var flere av respondentene som hadde erfaring med å benytte sykehusklovner som en ressurs og hjelp i avledningen av barn. De mente klovnene var et godt hjelpemiddel i det trygghetsskapende arbeidet, noe som også forskningen støtter (Dionigi & Gremigni, 2017; Vagnoli et al., 2010). Respondentene opplevde at kontakten med barnet ble redusert når barnets fokus var rettet mot klovnene, og at kommunikasjonen deres foregikk da direkte mot barnets foresatte. Videre opplevde respondentene at det trygghetsskapende arbeidet var mindre effektivt dersom klovnene ikke kjente barnet fra tidligere og dersom de ikke klarte å få oppmerksomheten til barnet. En respondent hadde erfart at klovnene kunne bli et forstyrrende element på stuen, og ikke til hjelp i fremdriften og hadde motsatt virkning av tiltenk funksjon. Denne opplevelsen fra respondentene er motstridene til tidligere forskning på området (Dionigi & Gremigni, 2017)

Vagnoli (2010), og kan kanskje han en sammenheng med at ulike personligheter samarbeider forskjellig og har ulike forventninger.

Evnen til å vise empati og forståelse for barn og deres foresatte, er en av den viktigste egenskapen en anestesisykepleier kan inneha. Å vise trygghet vil gi trygghet (Bizzio et al., 2020). Respondenten var enig i at hovedfokus og kommunikasjon skulle etableres direkte mot barnet, samtidig som det også skulle etableres et tillitsforhold til foresatte. Effekten var da ofte at en trygg foresatt trygget barna. Ifølge Knudsen (2015) vil det under hele sykehusoppholdet være et fokus på det tillitsskapende forholdet til foreldre og barn. Klarer en å trygge de foresatte gjennom å gi god informasjon vil de kunne oppnå å få trygge barn (Knudsen, 2015, s. 97-115). Foreldre er bekymret for sine barn som skal i narkose, og denne redselen har en smitteoverføring på barna (Bizzio et al., 2020). Våre respondenter erfarte at foresatte var en resurs på operasjonsstuen dersom den foresatte var forberedt for det som ventet. Informasjon og trygging av foresatte fikk derfor høy prioritet.

Respondentene opplevde det å la barnet sitte på foresattes trygge fang, som en god måte å starte en innledning til anestesi. Fokuset måtte alltid være rettet på barnet og anestesisykepleieren måtte klare å fange opp tegn på barnets usikkerhet. Det var ofte et lite tidsvindu der det var etablert en god relasjon, men at de måtte være klar til å handle raskt og effektivt dersom barnet opplevde usikkerhet. Dette for å unngå å miste tilliten og havne i den situasjon der de foresatte måtte holde et motstridende barn. Dette støttes i litteraturen der det beskrives at innledning til anestesi fint kan gjøres på foresattes fang men det må gjøres på en hurtig og målrettet måte, før barnet mister interesse (Knudsen, 2015, s. 97-115; Valla et al., 2021, s. 276-294). I andre tilfeller mente respondentene at det kunne oppstå krevende situasjoner der barnet ble påvirket av foresattes tilstand og motsatte seg anestesi. Studier som viser foresattes rolle på en operasjonsstue er tvetydige (Nagelhout & Elisha, 2017, s. 1117-1135). Det finnes studier som viser at foresattes tilstedeværelse på en operasjonsstue er en stor ressurs, som vil gjøre at barnet opplever mindre engstelse, letter samarbeidet og bidrar til at det gis mindre beroligende premedikasjon (Machotta, 2014). Samtidig finnes det studier som viser at foresattes egen engstelse, vil påvirke barnet og gjøre relasjonsbyggingen for anestesisykepleierne vanskelig (Bailey et al., 2015; Berglund et al., 2013; Danielsson et al., 2018).

Det var ingen av våre respondenter som nevnte barnas rettigheter på sykehus. Til tross for at ingen respondenter nevnte barns rettigheter kommer det likevel frem at de ønsker å gjøre alt som de anser riktig for barnet. Det er naturlig at anesthesisykepleierne fokuserer på det tillitsskapende arbeidet og at man oppnår å få et trygt og rolig barn før en innledning til anestesi. Det er likevel viktig å ikke glemme at alle barn har rett på følge av en foresatt under hele oppholdet på en helseinstitusjon, og at det skal tilrettelegges for at barnet har en foresatt tilstede under innsoving og oppvåkning fra narkose ("Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon," 2000 § - 6).

Valla et al., (2021) skriver at det er en fordel at samme anestesipersonell som utfører previsit også følger barnet den dagen det skal opereres (Valla et al., 2021, s. 276-294). Dette ble av våre respondenter beskrevet som viktig. De kunne da kunne treffe barnet og foresatte en stund før operasjon. Ifølge respondentene styrket dette det tillitsskapende forholdet ved at det tidlig ble etablert en relasjon, og at barnet fikk et ansikt å forholde seg til. Samtidig ble det fortalt at slik praksis vanskelig lot seg gjennomføre på grunn av rullering av funksjoner, turnus og/eller andre operasjonelle forhold.

Informasjon til barnet og de foresatte er en av de viktigste hovedfaktorene i det trygghetsskapende arbeid. Anestesiavdelinger som har rutine med å dele ut informasjonsmateriale eller henviser til websider med innhold om operasjonsdagen, legger til rette for at foreldre kan forberede seg selv sammen med barnet i god tid før operasjon (Danielsson et al., 2018; Valla et al., 2021, s. 276-294). En av respondentene hadde god erfaring med å starte den tillitsskapende relasjonen tidligere. Ved å kontakte foresatte og barnet en dag eller to før operasjon, kunne en «kjøpe seg tid» før det første møte med barnet og foresatte. Effekten på denne tilnærmingen oppleves av respondenten som svært god, da barnet og de foresatte allerede før innleggelse hadde en relasjon til anesthesisykepleieren og en stemme å forholde seg til. Forskning til Sjöberg (2015) viser barnets samhandling og gitte informasjon vil føre til at barnet får en følelse av å bli inkludert og bli tatt med i beslutningsprosessen. Samtidig vil det opprettes en tillit og trygghetsforhold med anesthesisykepleier (Sjöberg et al., 2015). En slik tilnærming vil i tillegg være med på å redusere barnets stressnivå, og kan føre til redusert behov for bruk av tvang mot barnet (Kangasniemi et al., 2014; Kirwan & Coyne, 2017). Er dette noe som kan implementeres som en rutine på anestesiavdeling? Kan det hjelpe anesthesisykepleieren, barnet og den foresatte

med å starte det tillit- og trygghetsskapende arbeidet før den fysiske kontakten på operasjonsavdelingen? En studie viser at barn som er inkludert, forberedt og informert helt fra starten vil kreve mindre tid og ressurser fra sykepleier under selve inngrepet (Runeson et al., 2002). Dette er også beskrevet i e-håndboken til Oslo universitetssykehus, som beskriver at det godt forberedte barnet er mer tilpasningsdyktig, opplever mindre stress og engstelse, samt vil ha mindre behov for analgetikum og sedative medikamenter (Universitetssykehus, 2021).

Utfordringer knyttet til samhandling med barnet ble uttrykt fra respondentene som noe som forekom jevnlig. Bruken av tvang ble ifølge våre respondenter brukt til stadighet. Dette var dog noe som mange av respondentene utrykte de følte som ubehagelig. Respondentene var også innforstått med at bruk av tvang heller ikke heldig for barnet. Samtidig var det situasjoner hvor inngrepet måtte gjennomføres og for flere respondenter føltes dette ut som et «overgrep». Praksisen som våre respondenter fortalte, blir omtalt på relativt lik måte av Berglund et al., (2013). Her blir tvang beskrevet som «eneste alternativ». Det var enten å avlyse inngrepet eller så var det å bruke tvang. Selv om anesthesisykepleierne her også hadde kunnskap om at det ikke var god praksis, så forekom tvang til stadighet. Hovedsakelig så handlet det om akutte situasjoner hvor barnet hadde et stort behov for hjelp, på lik linje som det våre respondenter også fortalte (Berglund et al., 2013).

Grunnlagsdokumentet for anesthesisykepleiere (2016) beskriver viktigheten av barns rettigheter, verdier og at deres ønsker skal respekteres (ALNSF, 2016). Dette utrykte våre respondenter til tider ikke samsvarte med det som var praksis og mente det gav dem ubehagelige opplevelser til tider. I Norges grunnlov §104 presiseres barns krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt og de har rett til komme med sine egen mening ("Grunnlova – GrL. – §104," 1814). Det oppleves dog litt tvetydig hvorfor tvang fortsatt benyttes. Det kommer ikke frem hos våre respondenter hvorvidt bruken av tvang på noen som helst måte skaper tillit og gir trygghet til barnet, men tvert imot har den motsatte virkningen. Videre står det i lovverket beskrevet om bruk av tvang til barn hvor det er tilfeller som er akutt og det er snakk om livreddende behandling. Det som ikke står tydelig beskrevet i loven er hvorvidt loven gjelder tvang til barn som er inne til et elektivt inngrep ("Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl," 1999).

Respondentene mente at de burde være flinkere til å avbryte det planlagte inngrepet, og heller la de få komme tilbake igjen om de ikke oppnådde ønsket tillit og trygghet. Noen av respondentene hadde den innstillingen at noen ganger må en si at «i dag så går det bare ikke», så får barnet komme igjen en annen dag. Bray et al., (2018) beskriver gjennom sin forskning at vurderingsgrunnlaget for bruk av tvang, ikke står i forhold til barnets rettigheter og anestesisykepleierens prioriteringer. Dette resulterer i ofte at barnets stemme og rettigheter blir undergravd (Bray et al., 2018). Respondentene beskrev at alderen til barnet vil være avgjørende for utførelse av tvang. Dette bekreftes i forskningen hvor de var mer tilbakeholdene og ukomfortable med tvang hos eldre barn (Homer & Bass, 2010; Lewis et al., 2007).

Flere av respondentene uttrykte at «alt i alt så handler det om hva som er det beste for barnet». Ut ifra hva respondentene formidlet opplevdes det litt blandet hva som var riktig praksis i slike situasjoner. Noen av respondentene følte at de hadde gjort en dårlig jobb om de ikke fikk gjennomført det planlagte inngrepet, og dette tidvis kunne ende med bruk av fysisk tvang. Hva kan være grunnen til at de føler denne «plikten» til å få fullført dette inngrepet ved å bruke tvang? Noen av respondentene beskrev at de tidvis måtte «innrømme nederlaget» de gangene de ikke fikk barnet gjennom, og de bare holdt barnet for å bli ferdig med det. Denne holdningen motstrider det som forskningen på området viser hvor tvang skal unngås og at barn skal føle seg ivaretatt. Tvang skal være siste utvei og en må forsikre seg om hvor viktig prosedyren som skal utføres er målt opp imot hva som er barnets beste (Kirwan & Coyne, 2017; Valla et al., 2021, s. 276-294).

8.0 Konklusjon

Vi fant at for å skape tillit og gi trygghet til barn før anestesi innebærer dette ulike strategier for anestesisykepleieren. Barneanestesi blir gjennomført periodevis av anestesisykepleiere, noe som fører til redusert kontinuitet og lavere mestringstro. Kunnskapsdeling blant anestesisykepleierne styrker deres samhandling i møtet med barnet. Tidspress og krav om høy produksjon er en påkjenning som påvirker anestesisykepleierens mulighet for å oppnå tilstrekkelig tillit og skape en trygg atmosfære for barnet. Grundige forberedelser gjør at anestesisykepleierne opplever en større grad av selvtillit som påvirker deres evne til å skape en bedre relasjon med barnet. Gode rolleavklaringer og et samkjørt team øker pasientsikkerheten og bidrar til økt fokus på barnet. Premedikasjon kan være et godt verktøy for anestesisykepleierne for å berolige et barn, men det er aldersavhengig og må kartlegges ut ifra situasjonen. Barns alder og utvikling er en vesentlig faktor som spiller inn på hvordan anestesisykepleieren tilnærmer seg barnet. Uavhengig av alder på barnet vil ærlighet være essensielt for å skape tillit. Avledning styrker barns mestring og kan være med på å skape en positiv opplevelse av situasjonen. Bruken av tvang kan virke mot sin hensikt og gir en dårlig selvfølelse for anestesisykepleieren, og kan være direkte skadelig for barnet.

8.1 Klinisk implikasjon

Økt fokus på kontinuitet og mengdetrening av barneanestesi, samt tilrettelegging av faglig påfyll vil gi kunne gi et kompetanseløft for både nyutdannede og erfarne anestesisykepleiere. På bakgrunn av innhentet datamaterialet kan en huskeliste eller et informasjonsskriv kunne skape større forutsigbarhet for anestesisykepleieren i samhandlingen med barnet. Dette kunne fungert som et levende dokument hvor anestesisykepleiere kunne tilført personlig kunnskap og erfaringer. Hvorvidt et slikt dokument vil ha en direkte klinisk nytteverdi og samtidig være gjennomførbar, vil kunne kreve mer forskning. Bevisstgjøring rundt bruken av tvang og hvordan dette påvirker barnet, anser vi som overførbar verdi knyttet til klinisk praksis. Det er ikke et nederlag å avbryte en anestetisk prosedyre eller utsette en operasjon til fordel for å måtte benytte tvang, og en slik holdning burde få en større aksept innen praktisering av barneanestesi.

Referanser

- Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A. A. & Docherty, C. (2016). Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial. *Child: Care, Health & Development*, 42(4), 572-581. <https://doi.org/10.1111/cch.12343>
- ALNSF. (2016). Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere. I A. NSF (Red.), (2. utg.). Hentet 15.03.22 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29K0m2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
- Andersson, L., Almerud Österberg, S., Årestedt, K. & Johansson, P. (2022). Nurse anesthetist attitudes towards parental presence during anesthesia induction- a nationwide survey. *J Adv Nurs*, 78(4), 1020-1030. <https://doi.org/10.1111/jan.15031>
- Arakelian, E., Nyholm, L. & Öster, C. (2019). How Anesthesiologists and Nurse Anesthetists Assess and Handle Patients' Perioperative Worries Without a Validated Instrument. *J Perianesth Nurs*, 34(4), 810-819. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.09.016>
- Austin, D. (2010). The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. *Paediatr Nurs*, 22(3), 14-20. <https://doi.org/10.7748/paed.22.3.14.s24>
- Averlid, G. (2017). Norwegian nurse anesthetist perceptions of professional development and the influence of production pressure. *AANA journal*, 85(5), 345-351.
- Averlid, G. & Axelsson, S. B. (2012). Health-promoting collaboration in anesthesia nursing: A qualitative study of nurse anesthetists in norway. *AANA J*, 80(4), S74-S80.
- Bailey, K. M., Bird, S. J., McGrath, P. J. & Chorney, J. E. (2015). Preparing Parents to Be Present for Their Child's Anesthesia Induction: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg*, 121(4), 1001-1010. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000000900>
- Bajwa, S. J. S. S. J. S. & Jindal, R. R. (2014). Quality control and assurance in anesthesia: A necessity of the modern times. *Anesthesia: essays and researches*, 8(2), 134-138. <https://doi.org/10.4103/0259-1162.134480>
- Befring, A. K. (2022). *Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom*. <https://tidsskriftet.no/2004/03/rett-og-urett/informasjon-og-samtykke-ved-behandling-av-barn-og-ungdom>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Benner, P. & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO I samarbeid med Munksgaard.

- Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nurs Child Young People*, 25(1), 28-34. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.02.25.1.28.s9537>
- Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K. A. & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. *J Pediatr Nurs*, 50, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005>
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Akribe.
- Bradt, J., Dileo, C. & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*, 6,2013(6), CD006908-CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T. & Blake, L. (2018). Holding children for procedures: An international survey of health professionals. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 205-215. <https://doi.org/10.1177/1367493517752499>
- Bray, L., Carter, B. & Snodin, J. (2016). Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered. *Res Nurs Health*, 39(1), 30-41. <https://doi.org/10.1002/nur.21700>
- Bruun, A. M. G. (2021). Anestesisykepleierens identitet og kompetanse. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (Bd. 3). Cappelen.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Clausen, N. G., Madsen, D., Rosenkilde, C., Hasfeldt-Hansen, D., Larsen, L. G. & Hansen, T. G. (2021). The Use of Tablet Computers to Reduce Preoperative Anxiety in Children Before Anesthesia: A Randomized Controlled Study. *J Perianesth Nurs*, 36(3), 275-278. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.09.012>
- Collins, S., Schedler, P., Veasey, B., Kristofy, A. & McDowell, M. (2019). Prevention and treatment of laryngospasm in the pediatric patient: A literature review. *AANA J*, 87(2), 145-151.
- Convention on the Rights of the Child, § Treaty Series, 1577, 3. (1989). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Danielsson, L., Lundström, M. L., Holmström, I. K. & Kerstis, B. (2018). Anaesthetizing children—From a nurse anaesthetist's perspective—A qualitative study. *Nurs Open*, 5(3), 393-399. <https://doi.org/10.1002/nop2.147>

- Dave, N. M. (2019). *Premedication and Induction of Anaesthesia in paediatric patients* [713-720]. Calcutta :.
- Dionigi, A. & Gremigni, P. (2017). A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. *J Clin Nurs*, 26(5-6), 632-640.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13578>
- Drake-Brockman, T. F. E., Chambers, N. A., Sommerfield, D., Ungern-Sternberg, B. S. & Cravero, J. (2021). The impact of surgical cancellations on children, families, and the health system in an Australian paediatric tertiary referral hospital. *Paediatr Anaesth*, 31(5), 578-586. <https://doi.org/10.1111/pan.14153>
- Dwairej, D. a. A., Obeidat, H. M. & Aloweidi, A. S. (2020). Video game distraction and anesthesia mask practice reduces children's preoperative anxiety: A randomized clinical trial. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN*, 25(1), e12272.
<https://doi.org/10.1111/jspn.12272>
- Eijlers, R., Staals, L. M., Legerstee, J. S., Berghmans, J. M., Strabbing, E. M., van der Schroeff, M. P., Wijnen, R. M. H., Kind, L. S., Hillegers, M. H. J., Dierckx, B. & Utens, E. M. W. J. (2021). Predicting Intense Levels of Child Anxiety During Anesthesia Induction at Hospital Arrival. *J Clin Psychol Med Settings*, 28(2), 313-322. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09716-6>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, Helse- og omsorgsdepartementet (2000).
<https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Frøylog, B. & Larsen, E. H. (2016). *Magisk medisin : sykehusklovnene*. Z-forl.
- Gaba, D. M. (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ*, 320(7237), 785-788. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.785>
- Grimen, H. (2009). Hva er tillit. I *Hva er* (Bd. 30, s. 129). Universitetsforl.
- Grønseth, R., Markestad, T., Steensæth, Y., Markestad, A. M. & De Gaust, D. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Helsebibloteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 02.06.2021 fra
<https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2020). *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste*.
[https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/is-2950-produktivitetsutvikling-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/IS-2950%20Produktivitetsutvikling%20i%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste.pdf/ /attachment/inline/120a5695-9ddb-40b9-bcab-c04bd8cce841:488ba8ed09826c31b55a95f2154987f5fe9ddef8/IS-2950%20Produktivitetsutvikling%20i%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/is-2950-produktivitetsutvikling-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/IS-2950%20Produktivitetsutvikling%20i%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste.pdf/)

- Homer, J. R. & Bass, S. A. M. (2010). *Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthesiologists* [638-646]. [Oxford, England] ; [Malden, Mass.] :
- Hustad, J. (2021). Stress og stressmestring i anestesisykepleierens hverdag. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave. utg., s. 35-42). Cappelen Damm Akademisk.
- Kain, Zeev N., Hofstadter, Maura B., Mayes, Linda C., Krivutza, Dawn M., Alexander, G., Wang, S.-M. & Reznick, J. S. (2000). Midazolam: Effects on Amnesia and Anxiety in Children. *Anesthesiology*, 93(3), 676-684. <https://doi.org/10.1097/00000542-200009000-00016>
- Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608-620. <https://doi.org/10.1177/0969733013513214>
- Kaufmann, J., Wolf, A. R., Becke, K., Laschat, M., Wappler, F. & Engelhardt, T. (2017). Drug safety in paediatric anaesthesia. *Br J Anaesth*, 118(5), 670-679. <https://doi.org/10.1093/bja/aex072>
- Kirwan, L. & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. *J Child Health Care*, 21(1), 46-54. <https://doi.org/10.1177/1367493516666730>
- Knudsen, R. H. (2015). Præoperativ vurdering og forberedelse af barn og forældre. I S. W. Henneberg & T. G. Hansen (Red.), *Børneanæstesi* (2.udg. utg., s. 97-115). FADL's forlag.
- Kongeriket Noregs grunnlov, Justis- og beredskapsdepartementet § §104 (1814). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1814-05-17-nn>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Leonardsen, A.-C. L. & Shateri, A. (2022). VR-briller kan avlede barn før anestesi. <https://sykepleien.no/fag/2022/02/vr-briller-kan-avlede-barn-anestesi>
- Lewis, I. A. N., Burke, C., Voepel-Lewis, T. & Tait, A. R. (2007). Children who refuse anesthesia or sedation: a survey of anesthesiologists. *Paediatr Anaesth*, 17(12), 1134-1142. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2007.02331.x>
- Lindheim, M. Ø. (2017). *Når barn er på sykehus*. Psykologforeningen. Hentet 30.03.2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/naar-barn-er-paa-sykehus>

- Linge, L. (2011). Joy without demands: Hospital clowns in the world of ailing children. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 6(1), 5899-5898. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5899>
- Liu, K. Y., Ninan, S. J., Laitman, B. M., Goldrich, D. Y., Illoreta, A. M. & Londino, A. V., 3rd. (2021). Virtual Reality as Distraction Analgesia and Anxiolysis for Pediatric Otolaryngology Procedures. *The Laryngoscope*, 131(5), E1714-E1721. <https://doi.org/10.1002/lary.29148>
- Long, D., Gibbons, K., Le Brocque, R., Schults, J. A., Kenardy, J. & Dow, B. (2021). *Midazolam exposure in the paediatric intensive care unit predicts acute post-traumatic stress symptoms in children*. North Strathfield, NSW :.
- Loof, G., Andersson-Papadogiannakis, N. & Silen, C. (2019). Children's own perspectives demonstrate the need to improve paediatric perioperative care. *Nursing open*, 6(4), 1363-1371. <https://doi.org/10.1002/nop2.332>
- Lov om barn og foreldre (barnelova), Barne- og familiedepartementet (1981). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1981-04-08-7>
- Lov om barneverntjenester (barnevernloven), Barne- og familiedepartementet (1992). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1992-07-17-100>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61>
- Machotta, A. (2014). Parental presence during induction of anesthesia in children: pros and cons. *Anaesthetist*, 63(4), 326.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- McGuirt, D. (2016). Alternatives to Sedation and General Anesthesia in Pediatric Magnetic Resonance Imaging: A Literature Review. *Radiologic Technology*, 88(1), 18-26. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=118099190&site=ehost-live>

- NAF. (2021). Norsk standard for anestesi. I ALNSF (Red.). Norsk anesthesiologisk forening (NAF). Hentet 04.02.22 fra <https://www.alnsf.no/images/dokumenter/alnsf/Styringsdokumenter/Norsk%20standard%20anestesi/2016/Norsk%20Standard%20for%20anestesi%202016.pdf>
- Nagelhout, J. J. & Elisha, S. (2017). *Nurse Anesthesia* (Sixth edition. utg.). Elsevier.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 18.03.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal.
- NSD. (2021). *Norsk senter for forskningsdata*. Hentet 01.06.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester>
- NSF. *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 30.03.2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 24.03.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oliver, J.-A., Oliver, L.-A., Aggarwal, N., Baldev, K., Wood, M., Makusha, L., Vadivelu, N. & Lichtor, L. (2022). Ambulatory Pain Management in the Pediatric Patient Population. *Curr Pain Headache Rep*, 26(1), 15-23. <https://doi.org/10.1007/s11916-022-00999-y>
- Perry, T. R. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: Occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA J*, 73(5), 351-356.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Wolters Kluwer.
- Regjeringen. (2000). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk/id87582/>
- Regjeringen. (2021). *Forskrifter om nasjonale retningslinjer for ABIOK-utdanningene er fastsatt*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forskrifter-om-nasjonale-retningslinjer-for-abiok-utdanningene-er-fastsatt/id2882859/>

- Robstad, A. B. & Kaspersen, K. H. F. (2020). Ikke-medikamentelle smertelindrende metoder. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/smerte-og-sedasjon/ikke-medikamentelle-smertelindrende-metoder>
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermerén, G. (2002). Children's Participation in the Decision-Making Process During Hospitalization: an observational study. *Nurs Ethics*, 9(6), 583-598. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne553oa>
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Gyldendal akademisk.
- Ryu, J.-H., Park, J.-W., Nahm, F. S., Jeon, Y.-T., Oh, A.-Y., Lee, H. J., Kim, J.-H. & Han, S.-H. (2018). The effect of gamification through a virtual reality on preoperative anxiety in pediatric patients undergoing general anesthesia: A prospective, randomized, and controlled trial. *J Clin Med*, 7(9), 284. <https://doi.org/10.3390/jcm7090284>
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom IU. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg. utg., Bd. 2, s. 125-136). Akribe.
- Sjöberg, C., Amhlieden, H., Nygren, J. M., Arvidsson, S. & Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *J Clin Nurs*, 24(19-20), 2945-2953. <https://doi.org/10.1111/jocn.12911>
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (3. utg. utg.). Cappelen akademisk.
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B. & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg. utg.). Universitetsforl.
- SSB. (2021). *Statistisk sentralbyrå*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Stewart, B., Cazzell, M. A. & Pearcy, T. (2019). Single-Blinded Randomized Controlled Study on Use of Interactive Distraction Versus Oral Midazolam to Reduce Pediatric Preoperative Anxiety, Emergence Delirium, and Postanesthesia Length of Stay. *J Perianesth Nurs*, 34(3), 567-575. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.08.004>
- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn [Forskning]. *Sykepleien Forskning*, 106. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- Sykehusklovnene. (2019). Om Sykehusklovnene <https://www.sykehusklovnene.no/om-sykehusklovnene/>

- Sørensen, T. (2015). Sygeplejemæssige aspekter i børneanæstesi. I *Børneanæstesi* (Bd. 2. utg). FADL's Forlag.
- Tobias, J. D. (2002). Anaesthesia for minimally invasive surgery in children. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 16(1), 115-130. <https://doi.org/10.1053/bean.2001.0211>
- UNICEF, § Treaty Series, 1577, 3. (1989). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Universitetssykehus, O. (2021). dokumenttype Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0 - 18 år <https://ehandboken.ous-hf.no/document/49509>
- Utdannings & Forskningsdepartementet. (2005). *RAMMEPLAN MED FORSKRIFT FOR VIDEREUTDANNING I ANESTESISYKEPLEIE*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anestesisykepleie_05.pdf#:~:text=Anestesisykepleie%20er%20%C3%A5%20ut%C3%B8ve%20sykepleie%20og%20anestesiologisk%20virksomhet,tiltak%20det%20gjelder%20b%C3%A5de%20i%20og%20utenfor%20sykehus.
- Vagnoli, L., Caprilli, S. & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatr Anaesth*, 20(10), 937-943. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2010.03403.x>
- Valla, A. J., Fanghol, R. & Lian, I. S. (2021). Anestesi til barn. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1: Godkjenning fra FEK

The screenshot displays a document management interface. On the left, a vertical timeline shows four document uploads, each by William Bjaalid Parker, dated 5 months ago. The documents are:

- Prosjektbeskrivelse NY etter veiledning.pdf** (300.8 KB)
- Samtykkeskjema ferdig.pdf** (129.2 KB)
- Godkjenning NSD.pdf** (66 KB)
- 15.09.21. intervjuguide.pdf** (111.3 KB)

Below these is a document titled **RITM0137043 Opprettet**. At the bottom of the timeline is a green circle labeled **Start**.

On the right side, there are three sections:

- A status bar with three green checkmarks: **Forskningsetisk komitebehandling**, **Søknad godkjent**, and **Fullført**.
- A red header **Relaterte artikler** followed by three article titles, each with an IT icon: **Application for ethical approval of research projects - User Guide FEK**, **Application for ethical approval of research projects - User Guide FEK**, and **Application for ethical approval of research projects - User Guide for applicants**.
- A red header **Vedlegg** followed by a list of attachments, including **Søknad [redacted].pdf (241.1 KB)** with a download icon and a date of 5 months ago, and **Prosjektbeskrivelse NY etter veiledning.pdf (300.8 KB)**.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilken erfaring har anestesisykepleieren med å oppnå tillit og gi trygghet hos barn ved innledning av generell anestesi?

Referansenummer

276943

Registrert

17.09.2021 av Rune Tjolan

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gudrun Rohde

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Rune Tjoland,

Prosjektperiode

27.09.2021 - 29.04.2022

Status

26.10.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

26.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

med vedlegg den 26.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 29.04.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Datainnsamling – søknadskjema

Foretaksnivå			Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet			Side 1 av 3
Dokument ID: 1.1.6.3-6	Godkjent dato: 11.11.2019	Gyldig til: 11.11.2021	Revisjon: 5.01

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

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved [redacted] kehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets velleder og deretter sendes på e-post til postmottak [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	Sjurd Einertrø, William Parker og Rune Tjoland
Arbeidssted/studie	[redacted]
Datainnsamling i forbindelse med:	Etterutdanning Videreutdanning Master x Annet (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Hensikten med denne studien er å få innsikt i anestesisykepleieres erfaringer fra ulike sykehus knyttet til deres subjektive opplevelser av hva som skaper tillit og trygghet hos barnet ved forberedende prosedyrer og innledning til generell anestesi.
Problemformulering	Hvilken erfaring har anestesisykepleieren med å oppnå tillit og gi trygghet hos barn ved innledning av generelle anestesi?
Veileder ved universitetet	Gurdun Rhode og Jørn Hustad
E-post	gudron.e.rhode@uia.no
Telefon	[redacted]

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Hensikten med denne studien er å få innsikt i anestesisykepleieres erfaringer fra ulike sykehus knyttet til deres subjektive opplevelser av hva som skaper tillit og trygghet hos barnet ved forberedende prosedyrer og innledning til generell anestesi.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon, video- eller lydopptak)	Kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming Semistrukturert individualintervju
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte [redacted] <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Hvor oppbevares innsamlede data?	Kodet og kryptert Merk at alle personopplysninger forutsettes avidentifisert (kodet). Data og kodelister skal oppbevares separat. Utrekksdata for videre analyse (SPSS, Excel el.) skal være avidentifisert/pseudonymisert.
På hvilket format skal innsamlede data lagres?	<input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk <input type="checkbox"/> Papir

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	
--	---	--	--

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet					Side: 2
videreutdanning, masterstudenter eller annet					Av: 3
Dokument-id: I.1.6.3-6	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 11.11.2019	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 5.01

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

Ved elektronisk lagring skal kun godkjent løsning benyttes:	<input type="checkbox"/> Medinsight (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> eReg (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> Filområde tildelt av saksbehandler <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted, oppgvs: Kryptert innlåst minnepenn
Skal data sendes ut av landet?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Til hvem/hvor/hvordan:
Hvor/hvordan skal koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	<input type="checkbox"/> Medinsight eller eReg (kan inneholde kodeliste) <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted. Hvor og hvordan beskyttet: Adskilt fra fra innsamlede data og adskilt fra navnene til intervju-deltakerene (merk: sikret, adskilt fra innsamlede data)
Ønsket antall respondenter ved	8-10
Tidspunkt/varighet ved	November 2021 til mars 2022
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	AIO - Anestesi og operasjons avdeling

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av søknad til REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK (både opprinnelig uttalelse og evt senere uttalelser om endringer)
<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 informasjonsskriv til pasient/ansatt, inkl samtykkeskjema godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Sjurd Einertrø	E-post sjurd1992@gmail.com	Telefon [Redacted]
---	------------------------	-------------------------------	-----------------------

Med hilsen

Dato Sjurd Einertrø

Signatur

Navn student Sjurd Einertrø, William Parker, Rune Tjoland E-post sjurd1992@gmail.com Telefon [Redacted]

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

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Informasjonssikkerhetsleder og Personvernombud gjennomgår søknaden med tanke på ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, og gir sin tilrådning til Forskningsjef.

Dato:	Forskningsjef:
-------	----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	Org.enhet i Personalportalen
---------------------	------------------------------

Journalført i Public 360°

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet					Side: 3
videreutdanning, masterstudenter eller annet					Av: 3
Dokument-id: I.1.6.3-6	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 11.11.2019	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 5.01

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

Dato:	Forskningsjef:
-------	----------------

Kryssreferanser

[I.1.6.3-7](#)

Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

Vedlegg 4: Godkjenning til datainnsamling på to sykehus

Enhetsleder på anestesi [REDACTED] har godkjent datainnsamlingen.

Informasjonssikkerhetsansvarlige har svart følgende:

Samtykkebasert datainnsamling, tilsvarende øvrige ved UiA. Innebærer intervjuer med oppbevaring av lydfiler. Disse transkriberes, lagring av begge deler til UiAs skylagringsområde. Kodeliste oppbevares separat

Samtykkeskjemaet inneholder kontaktinformasjon til NSD og PVO ved UiA. Dt er ikke lagt ved noen godkjenning fra NSD (selv om dette foreligger, ref info i skjemaet). Kan med fordel ettersendes og arkiveres på saken.

Jeg oppfatter likevel her at informasjonssikkerheten blir tilstrekkelig ivaretatt og tilrår at søknaden godkjennes. |

Nå venter vi bare på at personvernombudet skal godkjenne.

Dersom dere ikke hører noe innen torsdag til uka, må dere gjerne sende meg en purremail.

Mvh Vivi

Vivi Haavik Tønnessen

Spesialrådgiver // e-læringskonsulent I (47 [REDACTED] [vivi.tonnessen@\[REDACTED\]](mailto:vivi.tonnessen@[REDACTED]) [REDACTED])

Organisasjonsavdelingen | Postboks [REDACTED]

Vedlegg 5: Godkjenning til datainnsamling ved tredje sykehus

Hei

Har nå fått avklart med seksjonsleder Merete Bauge på utpost. De vil gjerne bidra og prøver å få det til, i en travel hverdag. Sykehuset er i gul beredskap, men tenker at dere likevel kan gjennomføre intervjuene, gitt at smittevern overholdes. Må være friske og ikke ha symptomer når dere kommer 😊

Anbefaler at dere bruker både 9. og 10. januar på datainnsamling. Blir vanskelig å få alt inn på en dag.

Dere kan ta direkte kontakt med Merete, for å avtale tidspunkt og sted, med henne.

[merete.bauge@\[REDACTED\]](mailto:merete.bauge@[REDACTED])

[REDACTED] eller [mob: \[REDACTED\]](tel:[REDACTED])

Skal også avklare med sentraloperasjonen, seksjon [REDACTED], om de kan stille med noen til intervju. Kommer tilbake til det.

Vennleg helsing

Arvid Steinar Haugen

Fagsjef sjukepleie/Professor

Kirurgisk serviceklinikk

[REDACTED] universitetssjukehus

Tlf/Mob: +47 [REDACTED]

[www.\[REDACTED\].no](http://www.[REDACTED].no)

Hei

Jeg kan avse mine intervjuobjekt torsdag på dagtid fordelt utover dagen. Jeg klarer også det på fredag.

Når er dere her den 9/12?

|

Vennleg helsing

Merete Bauge

Seksjonsleder

[REDACTED] / +47 [REDACTED]

[REDACTED] universitetssjukehus

[www.\[REDACTED\].no](http://www.[REDACTED].no)

Vedlegg 6: Personvern godkjenning sykehus

▲ **Fra:** Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen>
Sendt: Monday, November 22, 2021 10:25:10 AM
Til: Sjur Einertro <sjurd1992@gmail.com>
Kopi: William Parker <williambjaalidparker@gmail.com>; Rune Tjoland <rune_tjoland@hotmail.com>
Emne: SV: Søknad om datainnsamling

Hei

Personvernombud har godkjent datainnsamlingen:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 07.11.2021, 19:47 med vedlegg den 26.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Har lest dokumentene og legger til grunn samme konklusjon som NSD. Behandlingen kan starte.

Lykke til!

Mvh Vivi

Vedlegg 7: Samtykke skjema

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET VÅRT;

HVILKEN ERFARING HAR ANESTESISYKEPLEIEREN MED Å OPPNÅ TILLIT OG GI TRYGGHET HOS BARN VED INNLEDNING AV GENERELLE ANESTESI?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, der vi ønsker å se på erfaringer anestesisykepleiere har ved avledning til barn ved generell anestesi, og hvordan de vurderer egne evner til å oppnå tillitt og trygghet hos barnet

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Vi har mottatt din kontaktinformasjon fra din avdelingsleder, da du er av interesse for prosjektet grunnet erfaring og kompetanse forskningen etterspør.

Vi vil i dette forskningsprosjektet ha et utvalg på 10 til 15 anestesisykepleiere, som velges på bakgrunn av gitte kriterier for prosjektet. Din kontaktinformasjon har vi fått gjennom praksissted og avdelingsleder.

Vi vil innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysningene vil være kjønn, aldersgruppering, erfaring, lokasjon og stemme på lydopptaker.

Dette forskningsprosjektet kan være med på å skape et grunnlag for kompetanseheving på avdelinger, som har barneanestesi som sitt virke.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil holde et semistrukturert intervju av deg hvor informasjonshenting skjer gjennom bruk av lydbåndopptak samt feltnotater. Intervjuet vil foregå på sykehuset i arbeidstid etter avtale med deg og din leder.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun studenter tilhørende prosjektet og prosjektveiledere som vil ha tilgang til informasjonsdata som samles inn.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende.
- å få slettet personopplysninger om deg.
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med prosjektleder; professor Gudrun Rohde.

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT 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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil dine erfaringer ikke legges til grunn i denne studien.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt i denne masteroppgaven. Du har rett til innsyn i de opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektets studenter som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil navn erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Personopplysninger blir fullstendig anonymisert. Data om deg vil bli slettet ved prosjektets slutt medio Mai 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

GODKJENNINGER

Prosjektet er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD), samt godkjent i Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, sin egen Ethiske komité (FEK).

Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap og prosjektleder professor Gudrun Rohde er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte student William B Parker (william.b.parker@uia.no), prosjektleder professor Gudrun Rohde ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap Universitetet i Agder, gudrun.e.rohde@uia.no, telefon 38 14 18 46 eller 1. lektor Jørn Hustad, jorn.hustad@uia.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved Universitetet i Agder: Ina Danielsen, e-mail: personvernombud@uia.no Telefon 4738142140

Datatilsynets e-postadresse er: <https://www.datatilsynet.no> / Telefon: 475558211

Vedlegg 8: Intervjuguide

Del 1: Rammesetting

Hilse på deltakeren:

Velkommen og takk for at du tar deg tid til å delta i vårt prosjekt.

Dette intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker og bli transkribert etter utførte intervju.

Deltakere vil få tildelt en kode som ikke kan knytte deltakeren til prosjektet. Data vil oppbevares forsvarlig og innelåst etter personvernloven. Vi har taushetsplikt og vi følger NSD sine retningslinjer. Data fra intervju vil bli lagret og slettes etter gjeldene regelverk.

2. Informasjon om vårt prosjekt

Formål med studien:

Formålet med denne studien er å få innsikt i anestesisykepleieres erfaringer ved ulike sykehus knyttet til deres egne opplevelser av hva som skaper tillit og trygghet hos barnet ved forberedende prosedyrer og innledning til generell anestesi. Dette fordi erfaring og forskning viser at dette ikke alltid er like uproblematisk, og ofte krever mer kunnskap og erfaring av en anestesisykepleier.

Vi er ute etter dine erfaringer og opplevelser omkring tema, og ikke å finne ut hva som er rett eller galt. Dersom det blir hensiktsmessig å stille oppfølgingsspørsmål vil vi gjøre dette fortløpende.

Tematikk:

- Skape trygg atmosfære for barnet.
- Gode opplevelser for barnet.
- Barn fra 3-10 år.
- Stress og angst mestring.
- Bruk av hjelpemidler til avledning av barnet.

Problemstilling:

Hvilken erfaring har anestesisykepleieren med å oppnå tillit og gi trygghet hos barn ved innledning av generelle anestesi?

Vi planlegger en lite pause halvveis i intervjuet.

Har du noen spørsmål før vi starter intervjuet?

Intervju start med lydbåndopptaker:

Innledningsspørsmål:

Deltakerens erfaringer:

- Hvor lenge har du jobbet som anestesisykepleier?
- Har du egne barn?
- Hvilken seksjon jobber du på?
- Hvordan opplever du å jobbe med barn?
- Hvordan opplever du å gi anestesi til barn?

Nøkkelspørsmål:

Trygging av barnet før operasjon:

- Hva mener du selv er en god tilnærming i å skape trygghet hos et barn før en operasjon?
- Hvilken erfaring har du med bruk av avledning til barn før en anesthesiinnledning?
- Hvilken fremgangsmåte opplever du er mest hensiktsmessig for å trygge barnet før en innledning av anestesi?
 - Kan du utdype mer?
- Har du opplevd situasjoner der du ikke har oppnådd å skape tillit og trygghet til barnet før anestesi?
 - Hvis ja, forklar nærmere?
- Hvilke opplevelser har du ved bruk av hjelpemiddel ved avledning til barn?
 - Har du noen eksempler?
- Har du erfaringer med bruk av teknologiske hjelpemidler for eksempel nettbrett eller mobil, som avledning til barn ved innledning av anestesi?
 - Hvis ja, hvilke positive opplevelser har du?
- Opplever du at barnets alder har hatt betydning knyttet til å oppnå tillit og trygghet før anestesi?
 - Hvis ja, kan du fortelle mer?
- På hvilken måte har pårørende en betydning for deg som skal skape trygge rammer for barnet?

PAUSE 3 min.

- Har du opplevd at en god avledning av barnet kan redusere behovet for medisinsk sedasjon i forkant av anestesi?
 - Hvis ja, kan du utdype?
- Opplever du større situasjonssikkerhet som anestesisykepleier dersom barnet er mindre angst og stresspreget før anestesi starter?
 - Hvis ja, kan du utdype nærmere?
- Kjenner du til om det finnes prosedyrer på din avdeling som beskriver utførelse av avledning til barn før anestesi?
 - Hvis ja, brukes disse prosedyrene aktivt i avdelingen?
 - Hvis nei, hvorfor tenker du at disse ikke brukes?

TEAMARBEID OG AVDELINGS PROSEDYRER:

- Hvordan opplever du at dine kollegaer viser forståelse for barneanestesi?
- Opplever du at problematiske innledninger blir gjennomgått av teamet i etterkant av hendelsen?
 - Tror du at en slik gjennomgang kan fremme læring, evt, hvorfor?
- Vet du om det finnes metoder for kvalitetssikring av barneanestesi på din avdeling?

AVSLUTNING OG OPPSUMMERING:

- Oppsummere intervjufunn.
- Et det noe du ønsker å korrigere eller tilføre ifm. det som er nevnt?
- Er det noe som kan misforstås?
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du ønsker å tilføre til i dette intervjuet?

Vedlegg 9: Oppgavens forskningsartikler

Nr	Referanse (årstall)/(DOI)	Hensikt/ problemstilling	Metode (utvalg)	Resultat Diskusjon	Kommentar/rel evans
1	Kim H, Jung SM, Yu H, Park SJ. Video Distraction and Parental Presence for the Management of Preoperative Anxiety and Postoperative Behavioral Disturbance in Children: Anesth Analg. 2015 Sep;121(3):778-784.	Å undersøke hvorvidt om effekten av videodistraksjon for å lindre preoperativ angst vil være uavhengig av om foreldrene er til stede og om en kombinasjon av begge disse intervensjonene er mer effektiv enn en enkelt intervensjon. Intensjonen var å se om disse kunne lindre preoperativ angst og postoperative kognitive lidelser. Ingen av barna skulle få premedikasjon.	RCT-studie. Totalt 117 barn inkludert I alder mellom to og syv år, og var fordelt på i tre ulike grupper. En videodistraksjonsgruppe (gruppe V) To foreldrenes tilstedeværelsesgrupper (gruppe P) Tre kombinasjon av videodistraksjon pluss foreldrenes tilstedeværelsesgrupper (gruppe VP) under induksjon av sevoflurananestesi	De tre gruppene som ble undersøkt viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Mer forskning på området kreves.	Relevant artikkel. Fagfellevurdert artikkel
2	Cuzzocrea F, Gugliandolo MC, Larcan R, Romeo C, Turiaco N, Dominici T. A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. Paediatr Anaesth. 2013 Feb;23(2):139-43.	Studien hadde til hensikt å evaluere effektiviteten av å implementere et preoperativt psykososialt program. Intensjonen med dette var for å redusere preoperativ angst og fremme mestring for barn som skal gjennomgå kirurgi	RCT- studie. 2 grupper. Totalt femti barn og deres mødre gjennomgikk ulike behandlingsstrategier for å undersøke om psykologiske forberedelsesaktivitet er hadde innvirkning på å redusere stress og angst pre og postoperativt. Mødrene og barna gjennomførte hver for seg ulik vurdering.	Signifikante forskjeller i barns angst og stressmestring mellom de to gruppene. Ingen signifikant forskjell mellom mødrene i gruppene.	Ingen kontrollgruppe. Mindre oppfølging i den postoperative fasen. Relevant artikkel. Fagfellevurdert artikkel

3	Al-Yateem N, Brenner M, Shorrab AA, Docherty C. Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial. Child Care Health Dev. 2016 Jul;42(4):572-81.	Målet med denne studien var å utforske effektiviteten av historiefortelling, bruk av bilder og fargeleggingsaktiviteter som en angstdempende intervensjon, sammenlignet med den tradisjonelle farmakologiske premedisineringsknikk. De foresatte deltok også i studien hvor deres stressmestring ble målt.	RCT-studie. 168 deltagende barn i aldersgruppe 3-8 år med planlagt dagkirurgisk inngrep. Disse var fordelt på 2 sykehus. Alle barna hadde med seg en pårørende	Resultatene indikerer at distraksjonsteknikken som ble benyttet kan betraktes som et effektivt alternativ til tradisjonell farmakologisk premedisineringsknikk for barn som gjennomgår dagkirurgi.	Ikke mulighet å blinde gruppen. Relevant artikkel. Fagfelleurdert artikkel
4	Ji L, Zhang X, Fan H, Han M, Yang H, Tang L, Shao Y, Lan Y, Li D. drawMD APP-aided preoperative anesthesia education reduces parents' anxiety and improve satisfaction. Patient Educ Couns. 2016 Feb;99(2):265-70.	Målet med denne studien var å evaluere effekten av å bruke en app kalt drawMD ved preoperativ anestesi. Denne hadde til hensikt å dempe angst og bekymring hos både de foresatte og barna og skulle virke som et undervisningsverktøy.	RCT-studie Inkludert i studien var 108 barn fra 4 til 12 år, fordelt i 2 grupper. En kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe, som benyttet drawMD. Studien varte fra mai 2014-desember 2014.	Ingen signifikante forskjeller hos barna mellom de to gruppene. Hos foreldrene var det signifikant lavere angstnivå i kontrollgruppen. Generell tilfredshet var og signifikant høyere i kontrollgruppen noe som viste at appen hadde størst effekt hos de foresatte.	Veldig relevant artikkel. Fagfelleurdert artikkel

5	Arakelian, Nyholm, L., & Öster, C. (2019). How Anesthesiologists and Nurse Anesthetists Assess and Handle Patients' Perioperative Worries Without a Validated Instrument. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(4), 810–819.	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan anestesisykepleiere og anestesileger vurderer og håndterer pasienters perioperative angst uten å bruke et validert screeningverktøy.	Semistrukturert individualintervju Deltakerne ble valgt fra ulike kirurgiske avdelinger. Anestesisykepleiere og anestesileger med minst 2 års erfaring ble inkludert. Deltakerne ble valgt på bakgrunn av strategisk utvelgelse for å sikre at individer fra ulike aldre og kjønn var representert. Totalt 5 anestesileger og 9 anestesisykepleiere deltok i studien.	Når det ikke brukes et validert screeningverktøy, er vurdering av perioperativ angst vanligvis basert på anestesisykepleiers og anestesilege sine erfaringer, kunnskaper, synspunkter og holdninger. Evaluatorens evne til å bruke ulike strategier i vurdering og håndtering av perioperativ angst er et viktig supplement i undersøkelsen.	Relevant Fagfellevurdert artikkel
6	Andersson, Almerud Österberg, S., Årestedt, K., & Johansson, P. (2022). Nurse anesthetist attitudes towards parental presence during anesthesia induction- a nationwide survey. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 78(4), 1020–1030.	Studien hadde til hensikt å beskrive anestesisykepleiers holdninger rundt viktigheten av foreldrenes tilstedeværelse under barnets anesthesiinduksjon og samtidig å utforske assosierende faktorer.	Tversnittstudie Anestesisykepleiere fra 55 svenske sykehus ble bedt om å delta. Totalt 809 anestesisykepleiere fullførte spørreskjemaet Families' «Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes (FINC-NA)» i løpet av 2018. Data ble analysert ved deskriptiv statistikk og multippel lineær regresjonsanalyse.	Anestesisykepleiere hadde generelt en positiv holdning til foreldrenes tilstedeværelse og var med på å lette samarbeidet med barnet ved forberedende prosedyrer før anestesinnledning	Meget relevant artikkel. Fagfellevurdert artikkel

7	Berglund IG, Ericsson E, Proczkowska-Björklund M, Fridlund B. Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. Nurs Child Young People. 2013 Feb;25(1):28-3	Artikkelen tar for seg anestesisykepleiernes erfaringer og opplevelser ved utførelse av anestesi til barn.	Eksplorativt forskningsdesign med kvalitativ tilnærming. Deltagerne i studien var anestesisykepleiere. 32 anestesisykepleiere deltok i studien.	Anestesisykepleierne s erfaringer ble gruppert i to hovedområder; organisasjonsfokuset og relasjonsfokuset. De kom av forskningen at fokuset til en anestesisykepleier var det å være følsom med barnet, handle ut fra situasjonen og det å kunne være fleksibel. Videre forteller det at det er viktig å være forberedt og bruke distraksjon. Dette mente de var viktig for å redusere preoperative angst og unngå bruk av fysisk tvang.	Meget relevant. Går inn på veldig mye av det samme som vi leter etter. Tar for seg den preoperative fasen. Fagfellevurdert artikkel
8	Runeson I, Proczkowska-Björklund M, Idvall E. Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. J Child Health Care. 2010 Dec;14(4):345-54.	Målet med denne studien er å belyse de etiske dilemmaer før og under anestesi til barn fra et anestesisykepleiers ståsted.	Kvalitativ studie. Barnets alder varierer her tre til seks år. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer ved to sykehus i Sverige. Det deltok åtte anestesisykepleiere i hver gruppe. Totalt 16.	I studien blir det beskrevet tre forskjellige tilfeller hvor barnet rettigheter vektlegges mindre og gir begrenset mulighet til å være med på egen beslutning ved innledning av anestesi. De kom frem til at situasjoner med barn stiller høye krav til en anestesisykepleier og at de må vektlegge barnets behov, ønsker og verdier.	Meget relevant med tanke på å utforske anestesisykepleiernes egne erfaringer og opplevelser. Utført som fokusgruppeintervju og ikke individuelle intervjuer som oss. Fagfellevurdert artikkel
9	Danielsson L, Lundström ML, Holmström IK, Kerstis B. Anaesthetizing children-From a nurse anaesthetist's perspective-A qualitative study. Nurs Open. 2018 Apr	Målet med denne studien var å beskrive anestesisykepleieres erfaringer ved å møte og ta vare på barn i forbindelse med anestesi.	Kvalitativ innholdsanalyse. 16 skriftlige fortellinger basert på åtte anestesisykepleieres erfaringer med å møte barn.	Det de konkluderte med i studien var at anestesi til barn er en kompleks Anestesisykepleierne fortalte at i samspill med familien, så var målet å sørge for at barn og foreldre følte seg trygge og rolige. Å møte barn innebar mer en kunnskap om	Meget relevant. Gir en beskrivelse av hva som er relevant for anestesisykepleiere i de sitt arbeid med barn. Støtter opp under mye annen forskning og

	20;5(3):393-399.			teknisk utstyr, prosedyrer og medikamenter. Kunnskap om barn utvikling og foreldrenes behov er avgjørende for en god omsorgssituasjon. Sykehusene må innse at ekstra tid, ferdigheter og ressurser må til for en trygg gjennomføring av barneanestesi.	samsvarer mye av det respondentene våre har svart. Fagfelleverdert artikkel
10	Stewart, Cazzell, M. A., & Percy, T. (2019). Single-Blinded Randomized Controlled Study on Use of Interactive Distraction Versus Oral Midazolam to Reduce Pediatric Preoperative Anxiety, Emergence Delirium, and Postanesthesia Length of Stay. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(3), 567–575.	Hensikten med denne studien var å sammenligne bruken av nettbrett og Midazolam og effekten på preoperative angst, delirium og forlenget opphold på sykehus.	RCT-studie Utført ved et stort barnesykehus i USA. Totalt 102 barn i alderen fire til 12 år var med på studiet.	Den viste det barn som spilte på et nettbrett hadde betydelig lavere angst-score både ved separasjon ved foreldre og maskeinnledning. Dette var sammenlignet med de som fikk Midazolam. De i nettbrett-gruppen vist seg også å ha lavere risiko for delirium og ble skrevet tidligere ut av sykehuset enn de som fikk Midazolam.	En studie som tar for seg verktøy som anestesisykepleiere kan bruke for å oppnå tillitt og trygghet til barn. Derav en relevans til vår studie. Større utvalg enn vår studie. Fagfelleverdert artikkel
11	Vagnoli, Caprilli, S., & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns, or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option?	Studien har til hensikt å se på hvilken intervensjon som er mest effektiv for å redusere preoperative angst. Intervensjonene de tok for seg var tilstedeværelse av foreldre, bruk av klovner eller premedikasjon.	RCT-studie. Utvalget besto av 75 tilfeldige barn mellom 5 og 12 år ved et sykehus i Italia. De ble delt opp i tre forskjellige grupper; klovnegruppe, premedisineringsgruppe og kontrollgruppe.	Det de kom frem til i studien var at de barna som var i gruppen med klovner var betydelig mindre engstelige sammenlignet med de som var i premedisinerings og kontrollgruppa. Mellom kontrollgruppa og premedisineringsgruppa var det liten forskjell.	Mindre relevant. Men samtidig tar den for seg noen viktige temaer som vi tar for oss i vår oppgave. Større utvalg enn vår studie. Fagfelleverdert artikkel

	Pediatric Anesthesia, 20(10), 937–943.				
12	Jahanpour, Rasti, R., Motamed, N., & Keshmiri, S. (2014). The effect of parental presence on anxiety during anesthesia induction in children 2 to 11 years of age undergoing surgery.	En studie ble som utført for å undersøke effekten av det å ha foreldrene tilsted ved innledning av anestesi for å forebygge angst.	RCT-studie. 60 barn i alderen 2 år til 12 år. De ble delt inn i to forskjellige grupper. I den ene gruppen var foreldrene tilsted ved innledning av anestesi.	Det ser ut til at tilstedeværelsen av foreldre ikke har noen særlig nyttig og effekt på barns angst før innledning av anestesi. De konkluderer med at andre effektive intervensjoner burde undersøkes. Barns angst ble målt ved bruk av m-YPAS-skala (Modified-Yale preoperative anxiety scale).	Mindre relevant. M-YPAS-skala (Modified-Yale preoperative anxiety scale) har ikke vi hatt noe fokus på i denne oppgaven. Resultatet motsier litt det som vi får til svar fra våre respondenter. Fagfellevurdert artikkel
13	Averlid, G., & Axelsson, S. B. (2012). Health-promoting collaboration in anesthesia nursing: a qualitative study of nurse anesthetists in Norway. <i>AANA Journal</i> .	Studiens mål er å kartlegge ulike faktorer som er med på å bidra positivt eller negativt til arbeidsmiljøet på en anestesivdeling i Norge. Fokuserer på faktorer som anestesisykepleier oppfatter som helsefremmende og hvordan et sunt arbeidsmiljø kan skapes.	Kvalitativt strukturerte intervju 14 Anestesisykepleiere fra forskjellige operasjonsavdelinger.	Svaret inndelt i 3 kategorier: Ledelse ved tilretteleggelse av forhold, Trivsel på operasjonsstue, og Rolleklarhet. Samarbeid gjennom teamarbeid fremstod som en avgjørende faktor i arbeidsmiljøet. Ledelse ble ansett som en viktig faktor for å skape et sunt arbeidsmiljø. Produksjonspress og kommunikasjonsvansker oppfattet respondentene som negativt for arbeidsmiljøet. Ledelsen bør være aktivt involvert og orientert for å skape gode samarbeidsvilkår.	Relevant til vår oppgave ift samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid. Gode relevante funn Godt utvalg av anestesisykepleiere Fagfellevurdert artikkel
14	Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson,	Hensikten med studien var å se om ikke-farmakologiske intervensjoner	Kvalitativt strukturerte intervju 14 anestesisykepleier, 6 Anestesileger fra et	Anestesipersonellet så viktigheten av god kontakt mellom foreldre og barn. Bruken av ikke-	Meget relevant til vår oppgave. Ligner vår studie med samme design,

	M., Hires, K. A., & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children.	brukt av anestesipersonell preoperativt kunne redusere stress hos barn, fra ett til seks år, før en induksjon til generell anestesi.	stort sykehus i Sør-Florida	farmakologiske intervensjoner var avhengig av kommunikasjon, observasjon og foreldrenes tilstedeværelse.	tilnæringsmåte og alder på barn. Vår studie ekskluderer anestesileger Fagfellevurdert artikkel
15	Dionigi, A., & Gremigni, P. (2017). A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. Journal of Clinical Nursing	Hensikten var å finne ut om det var forskjell i stress og angst hos barn før en operasjon. To grupper ble tildelt ulike intervensjoner. En kontrollgruppe gjennomgikk intervensjon etter standard praksis. En gruppe fikk intervensjon ved at de fikk benytte kunstterapi og ved bruk av klovner	Observasjons studie. 78 barn i alderen 3-11 år.	Barn i intervensjonsgruppen viste en signifikant reduksjon av angst og redsel ved separasjon fra foreldre. Videre evaluerte et flertall av foreldre og sykepleier at bruken av kunstterapi og ved å bruke klovner, var effektivt for å redusere barnets stress og redsel. Konklusjon: Studien viste at ved å bruke kunst-terapi og klovner i det preoperative tillitsskapende arbeidet mot barn, vil det forberede effekten av midazolam og redusere angst og stress hos barna.	Relevant Studie Mange barn i samme aldersgruppe som vår studie. Bruker; Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS) Alle barna i begge gruppene fikk midazolam. Fagfellevurdert artikkel
16	Clausen, n. g., Madsen, d., Rosenkilde, c., Hasfeldt-Hansen, d., Larsen, l. g., & Hansen, t. g. (2021). The use of tablet computers to reduce preoperative	Bruk av beroligende medisiner har ofte mange bivirkninger og bruk av avledning til barn er ofte tidkrevende og blir ikke brukt i travel operasjonell hverdag. Studien ville se på om bruk av nettbrett med barneinnhold	Randomisert kontroll studie (RTC) 60 barn i alderen fra 3-6 år var med i studien. Disse var delt i kontroll gruppe og intervensjonsgruppe	I gruppen barn som fikk bruke intervensjon virket det som om disse barna hadde mindre engstelse og stress ift. gruppen uten bruk intervensjon. Studien fant ingen forskjell i gruppene for smertelindring eller agitasjon 20 minutter etter ankomst	Meget relevant for vår studie. Engstelse og redsel før anestesi Bruk av teknologiske intervensjoner. Riktig alder på barna. Smertelindrende (Fentanyl) var

	anxiety in children before anesthesia.	kunne redusere peroperativ engstelse og postoperativ smerter og agitasjon under postoperativ overvåkning.		postoperativ avdeling. Konklusjon: Bruk av nettbrett med alderspassende innhold til barn vil dempe stress og redsel før en operasjon. Studien fant ikke holdepunkt for at det hjelper mot smerte og agitasjon postoperativt	gitt likt for begge gruppen avhengig av type inngrep. Ikke ble gitt beroligende medikament Fagfellevurdert artikkel
17	Ryu, Park, J.-W., Nahm, F. S., Jeon, Y.-T., Oh, A.-Y., Lee, H. J., Kim, J.-H., & Han, S.-H. (2018). The effect of gamification through a virtual reality on preoperative anxiety in pediatric patients undergoing general anesthesia: A prospective, randomized, and controlled trial. <i>Journal of Clinical Medicine</i> .	Studien hadde til hensikt å se på om bruk av VR spill i den peroperativ fasen kunne føre til en reduksjon i angstnivå hos barn som var inne til en elektiv operasjon	Randomisert kontroll studie (RTC) 70 barn i alderen 4-10 år deltok i studien. Delt inn i 2 grupper der en var kontrollgruppe og en var intervensjonsgruppe der VR ble benyttet.	Alle barna med likt utgangspunkt før operasjon. Det var en betydelig lavere Yale Peroperativ Anxiety Scale (mYPAS) scoring på barna som var i VR gruppen, videre viste VR gruppen bedre samhandling ved innledning til anestesi. Pårørendes erfaring og den peroperativ prosessen var lik i begge gruppene. Konklusjon: VR virker til å dempe stress blant barn inne til elektiv operasjon. Det er en lav kostnad og lett å bruke VR på barn. Men det må studeres mer for endelig konklusjon.	En relevant studie i forhold til teknologiske hjelpemidler. Stort utvalg barn i samme aldersgruppe som vår studie Brue Yale Peroperativ Anxiety Scale (mYPAS) Artikkelen er ikke fagfellevurdert.
18	Felemban, O. M., Alshamrani, R. M., Aljeddawi, D. H., & Bagher, S. M. (2021). Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in	Hensikten med studien var å evaluere effekten av smerte og angstdemping hos barn ved distraksjon gjennom å bruk av VR briller med film, under kirurgisk inngrep i lokalbedøvelse	50 barn i alderen 6-12 år deltok i studien. Delt inn i 2 grupper. En var kontrollgruppe og en var intervensjonsgruppe der barna fikk se tegnefilm med VR briller.	Jentene og de av barn med lavest alder hadde høyere sannsynlighet for høyere smertescore under inngrepet, uavhengig av hvilken avledningsmetode som ble benyttet.	Mindre relevant for vår studie. Ingen måling preoperativt, kun under inngrepet. Fagfellevurdert artikkel

	pediatric patients: a randomized clinical trial. <i>BMC Oral Health, 21</i>				
19	Copanitsanou, P., & Valkeapää, K. (2014). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety - a systematic review. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Hensikten med studien var å finne ut om opplæring av barn forkant av elektive kirurgiske prosedyrer kunne føre til mindre stress og redsel hos barnet	Systematic review Barn 2-12 år. 16 studier gjennomgått	I 12 av 16 studier ble det funnet at opplæring gav mindre stress hos barnet. 2 av studiene gav ingen effekt på barnas engstelse. Studien viste at opplæring virket bedre på barn over 6 år og hadde negativ effekt på de yngste barna. Konklusjon: God effekt på de eldre barna. Negativ effekt på de yngste.	Relevant til vår studie med tanke på tilnærming og informasjon til barna i forhold til alder. Alder på barna i studien er lik var studie. Studien er fagfelleverdert
20	Kirwan, L., & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. <i>Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community</i>	Hensikten med studien var å kartlegge sykepleieres praksis rundt bruk av tvang mot barn	Survey undersøkelse. Datainnsamling fra sykepleiere som jobbet med barn til daglig. Data innsamlet fra fem forskjellige avdelinger på et stort barnesykehus i Irland.	Funn fra studien viste at bruk av tvang mot barn fra 0-4 år er vanlig, og at det ble benyttet både fysisk og psykisk tvang mot barna. Tvang og holding ble oftest brukt mot barn i forbindelse med å etablere venetilgang, administrering av medikamenter eller ved å forhindre bevegelse til barnet.	Relevant for vår studie Viser forekomsten i bruken av tvang fra et sykepleierperspektiv. Bruk av tvang for en prosedyre. Studien viser til sykepleieres prosedyre Diskuteres opp mot våre funn Fagfelleverdert artikkel
21	Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T., & Blake, L. (2018). Holding children for procedures: An international survey of health	Hensikten med studien var å finne ut om helsepersonells oppfatninger og reaksjoner ved kliniske situasjoner som kunne føre til at barn ble holdt fast	Survey undersøkelse. Kort elektronisk spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål Totalt 712 deltakere. Sykepleiere, leger, radiologer, leke-	Funn tydet på at helsepersonell bruker holding av barn ofte eller svært ofte for å kunne utføre prosedyrer. Det var variasjon mellom landene, yrke, opplæring og	Viser forekomsten i bruken av tvang blant helsepersonell i mange land. Også Norge Stort antall deltakere

	professionals. <i>Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community</i>	for å kunne gjennomføre en prosedyre	terapeuter og annet helsepersonell i England, New Zealand, Australia, Sverige, USA, Hellas, Malaysia, Norge, Qatar, Sveits og Canada	tilgjengelig ressurser på arbeidststedet. Helsepersonell som fikk samtykke fra barn og/eller samtykke fra foreldre før utførelsen av en prosedyre, hadde mindre sannsynlighet for å bruke tvang mot barn, enn de som ikke gjorde det. Konklusjon: Å bruke tvang mot barn før en prosedyre er en internasjonal praksis, som er påvirket av opplæring, tilgang til veiledning, praksisland og yrke. Barns tillatelse og samtykke fra foreldre, blir sjeldent innhentet før et barn utslettets for tvang for å få gjennomført en prosedyre.	Diskuteres opp mot våre funn i og diskusjon Fagfelleverdert artikkel
22	Linn Kristin R. Berland Inger Brit T. Bakkalia Elin Dysvik (2018) Intranasal dexmedetomidine is of benefit as paediatric premedication – from the perspective of anaesthetic nurses. Sykepleien Forskning 2018 13(71340) (e-71340)	Hensikten med studien vår å kartlegge anestesisykepleierenes opplevelse av bruk av Dextor. Og finne ny kunnskap om hvilke egenskaper Dextor har, og hvordan preparatet egner seg til bruk hos barn som skal ha narkose.	Kvalitativ studie Semistrukturert intervju av 6 anestesisykepleiere fra ulike sykehus.	Dextor har gunstige egenskaper for barnet gjennom hele forløpet. Dextor gir tilfredsstillende sedasjon i form av søvn preoperativt og barna opplevdes som lette å vekke fra narkose. Det ble ikke beskrevet alvorlige bivirkninger, men lang anslagstid gjorde at det måtte være samarbeid med pasientflyt på tvers av avdelingene. Konklusjon: Dextor har få ulemper ift den gunstige effekten. Var innkjøringsproblemer, men gode prosedyrer og opplæring gav økt bruk og trygghet.	Relevant studie fra Norge. Anestesisykepleierenes egne opplevelser. Teamarbeid og prosedyreendringer. Fagfelleverdert artikkel

23	Lipstein EA, Brinkman WB, Britto MT. What Is Known about Parents' Treatment Decisions? A Narrative Review of Pediatric Decision Making. <i>Medical Decision Making</i> . 2012	Hensikten med studien var å kartlegge foreldres evne og beslutningsgrunnlag i en kompleks pediatrik medisinsk behandling, og kunne identifisere områder der det trengtes mer forskning.	Narrativ studie 55 artikler i 52 forskjellige studier.	Selv om foreldres deltakelse beslutningstaking varierer, var de fleste interessert i å ta avgjørelser sammen med pediater. Foreldres avgjørelse var i tillegg til pediater basert på barnets helsestatus, familie, egne kunnskaper og personlige faktorer. Foreldre viste også usikkerhet på når de skulle ta hensyn til barnas yringer.	En relevant studie. Viser viktigheten med god informasjon til foreldre, slik at de kan ta de rette beslutningene rettet mot helsehjelpen til barna. Fagfellevurdert artikkel
----	---	---	---	--	---

Vedlegg 10: Masteroppgavens arbeidsfordeling

Til denne masteroppgaven har vi alle tre bidratt likt.

Vi har vært sammen om utarbeidelse av tema, intervjuguide, og all forberedelse før gjennomføring av intervjuene. Ved gjennomføring av intervjuene måtte vi fordele oss på de ulike sykehusene. Dette for å få tilgang under pandemien på grunn av beredskapssituasjonen. Transkribering av intervjuene er fordelt likt mellom oss.

Vi har gjennom hele prosessen fordelt oppgaver mellom oss, og det har vært den enkeltes ansvar å levere sin del av oppgaven til avtalt tid. Vi har gjennomgått hverandres arbeid og sett det som en nødvendighet å redigere oppgaven flere ganger. Ved å jobbe sammen på denne måten har vi alle fått et likt eierskap til hele masteroppgaven.