

«Sømløse operasjonsforløp..»

- en kvalitativ studie om spesialsykepleieres erfaringer
med trygghet hos barn i et operasjonsforløp

Masteroppgave i klinisk sykepleie
SY300H

Erlend Hagenes
Karin Hartviksen

Desember 2011



Historisk foto fra Arkiv i Nordland. Alle rettigheter: Åge Johansen, Bodø
Alle andre foto: Erlend Hagenes. Bilde av barn er gjengitt med foreldrenes samtykke

På vei til ett av våre gruppeintervju traff vi tilfeldig en liten gutt hånd i hånd med sin pappa i sykehusheisen. Rundt halsen bar han stolt en skinnende flott medalje og i hånda holdt han et diplom. Ved et forsiktig spørsmål fra oss hva han hadde gjort for å bli tildelt noe så staselig, svarte han med et stort smil: *"Jeg har blitt operert i dag"*

Innhold

Forord	5
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Oppgavens innhold og oppbygging	8
1.3 Problemstilling	8
2.0 PRESENTASJON AV TIDLIGERE FORSKNING	9
2.1 Litteratursøk	9
2.2 Presentasjon av tidligere forskning	9
3.0 SENTRALE BEGREPER OG TEORI	13
3.1 Sykepleiefaglig ståsted	13
3.2 Anestesi og intensivsykepleie	13
3.3 Trygghet og utrygghet	14
3.4 Hvordan autonomi og sårbarhet kan variere	15
3.5 Barns utviklingstrinn	15
3.6 Historikk fra nær fortid	17
3.7 Barnet i dagens sykehus	18
4.0 FORSKNINGSMETODE	19
4.1 Kvalitativ metode	19
4.2 Fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling	20
4.3 Praktisk gjennomføring av intervjuene	21
4.4 Kvalitativ innholdsanalyse	23
4.5 Forskningsetiske betraktninger	24
4.6 Metodologiske betraktninger	25
5.0 FUNN	27
5.1 Samhandling mellom foreldre og barn	27
5.2 Spesialsykepleierens rolle	29
5.3 Driftsmessige forhold og rammebetingelser	32

6. 0 DISKUSJON	35
6.1 Barn og foreldre	35
6.2 Spesialsykepleierens rolle	36
6.3 Driftsmessige rammer og organisering	37
6. 4 Metodekritikk	39
7. 0 AVSLUTNING	40

Vitenskapelig artikkel.

Populærvitenskapelig artikkel.

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Tabeller med oversikt over litteratursøk.

Vedlegg nr. 2: Forespørsel om deltakelse i intervju.

Vedlegg nr. 3: Informasjon om prosjektet.

Vedlegg nr. 4: Samtykkeskjema om informert og frivillig deltakelse.

Vedlegg nr. 5: Intervjuguide.

Vedlegg nr. 6: Meldeskjema Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg nr. 7: Tilbakemelding på prosjektet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vedlegg nr. 8: Forfattererklæring vitenskapelig artikkel.

Forord

Kimen til vår interesse for tryggheten til barn i operativt forløp kom da vi var kollegaer på to naboavdelinger ved Nordland Sentralsykehus. Begge merket vi oss bekymringen hos mange foreldre og barn. Noen år senere møttes vi igjen som kollegaer i lærergjærningen ved videreutdanningen for spesialsykepleiere ved Høgskolen i Bodø. Gjennom felles refleksjon fant vi veien til mastergradsutdanning i klinisk sykepleie, og målet om å skrive en oppgave relatert til trygghet hos barn ble tidlig staket ut. Idéen kan spores tilbake til tiden som spesialsykepleiere sammen, hvor vi opplevde at vi ved vår nærhet og engasjement kunne bidra med enkle og effektive grep for å dempe bekymringen. Videre har vi hver for oss sett at forhold knyttet til informasjon, avdelingsskiller og mangel på systematiserte rutiner påvirker trygghetsopplevelsen.

Som studenter har vi lært svært mye. Både knyttet til faget, progresjon ved oppgaveskriving og kanskje ikke minst at fra unnfangelse av en tanke til ferdig produkt kan veien være lang. Og at prosjektbeskrivelser er en viktig rettesnor, selv om resultatet kan ligge litt til siden i forhold til det vi forventet. Å møte kloke fagfeller landet rundt har vært en opplevelsereise. Og at samarbeid i et oppgaveformat i seg selv har hatt en stor læringsverdi. Respekt for arbeidet bak forskning har vokst betydelig.

Vår veileder takkes med dette på alle mulige måter. Med åpent sinn har Berit Støre Brinchmann stødig guidet oss med kyndig hånd gjennom skrivingens mange fallgruver. Hennes engasjement, tilgjengelighet og innspill har vært motiverende og til tider avgjørende for at vi er i mål.

Berit skal takkes også i en videre forstand. Sammen med kollegaer er hun den som har gjort det mulig for Universitetet i Nordland at det nå eksisterer et tilbud om mastergradsutdanning for sykepleiere. Betydningen av å ha dette tilbudet tilgjengelig for sykepleiere vil i det lange løp kunne avleses i kvaliteten vårt nordnorske helsevesen leverer.

Gledelig å oppleve at vi er fulgt med nysgjerrighet og interesse underveis. Barneombudet har bedt om å få det ferdige artikkel- og oppgavematerialet, og fagfeltet har vist sin interesse gjennom fagtidsskrifter og henvendelser fra mange hold.

Sammendrag

Bakgrunn: Barn opplever ofte engstelse og utrygghet i forbindelse med operative inngrep. Spesialsykepleiere følger barnet i vesentlige deler av forløpet. Vi har ikke funnet tidligere studier i Norge som omhandler hva spesialsykepleiere innen anestesi og intensivfaget kan gjøre for å bedre barns trygghetsopplevelse.

Hensikt: Med problemstillingen ”Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i et operasjonsforløp?” beskrives sykepleieres erfaringer og tanker om hvordan engstelse hos barn kan reduseres perioperativt.

Metode: Gjennom fokusgruppeintervju ved tre større norske sykehus beskrev spesialsykepleiere sine erfaringer med å redusere engstelse hos barn i operasjonsforløp. Vi brukte kvalitativ innholdsanalyse til bearbeiding av de innsamlede data.

Resultater: Engstelse smitter mellom barn og foreldre. Dårlig preoperativ informasjon, ventetid, smerteopplevelse og manglende samspill med foreldrene fremmer engstelse. Bruk av informasjonsprogram ved innkalling, previsitt, og rutiner tilpasset barn kan i stor grad avhjelpe. Godt samarbeid med foreldre og sykehuspersonellet seg imellom virker fremmende for barns trygghetsopplevelse.

Konklusjon: Barn trenger individualisert omsorg i et sykehussystem med tid og rom for dette. Både egenskaper og holdninger hos den enkelte spesialsykepleier og driftsmessige forhold har betydning for at barnet skal oppleve operasjonsforløpet mest mulig sømløst.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Barn utgjør en vesentlig del av antallet pasienter som passerer landets operasjonsstuer og de postoperative avdelinger. Denne masteroppgaven fokuserer på spesialsykepleieres erfaringer med barns trygghet i operasjonsforløpet og hva disse sykepleierne kan gjøre for å bedre trygghetsopplevelsen til det enkelte barn. Dette er vår masteroppgave i klinisk sykepleie ved Profesjonshøgskolen ved Universitetet i Nordland. Vi er to studenter som skriver masteroppgaven sammen. Besvarelsen består av dette sammendraget, en vitenskapelig og en populærvitenskapelig artikkel som er sendt til vurdering for publisering.

Følgende artikler inngår i masteroppgaven:

«Sømløse operasjonsforløp....» Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i operasjonsforløp? (sendt til vurdering for publisering i vitenskapelig tidsskrift).

Tryggere barn- sykepleieres utfordring (godkjent for publisering i Inspira).

Med ”spesialsykepleier” og ”sykepleier” refererer vi her til personell med spesifikk utdanning som anestesi- eller intensivsykepleier. Vi tar utgangspunkt i våre egne fagområder, og sykepleieres erfaringer i møte med barn og foreldre. Vi er oppmerksomme på at vi også kunne ha inkludert andre yrkesgrupper i studien. Av hensyn til oppgavens begrensninger forholder vi oss til det som har vært innen rekkevidde, og vi har dermed fokuset på den sykepleie som gis til barnet og foreldrene i våkenperioden og under anestesi.

Vår spesialutdanning som henholdsvis anestesi- og intensivsykepleier har gitt oss års bakgrunn med å jobbe med barn pre-, per - og postoperativt. Vår erfaring er at barn er en pasientgruppe som krever spesielle hensyn. Å ta vare på barn i forbindelse med operasjon krever blant annet at sykepleieren har gode kunnskaper om barns anatomi og fysiologi. Barn kan ikke behandles som små voksne. For spesialsykepleieren er det sentralt å skape trygghet og tillit hos barn. Barnet ser ikke de organisatoriske skillelinjer i et sykehus på samme måte som voksne og har heller ikke den samme situasjonsforståelse.

Derfor er et det av interesse å presentere hvordan to grupper av spesialsykepleiere sammen ser på hvordan en kan oppnå tryggere barn. Ved en operasjon er disse to sykepleiergruppene betydelig involvert i det forløp barnet skal igjennom, og har i så måte en vesentlig rolle og påvirkningskraft i forhold til barnets opplevelse av trygghet i operasjonsforløpet.

1.2 Oppgavens innhold og oppbygging

I kapittel 1 redegjøres for bakenforliggende forhold, vår motivasjon til å velge dette temaområdet og en presiserende problemstilling.

Kapittel 2 gir en presentasjon av relevant tidligere forskning, hentet fra våre søk i nasjonale og internasjonale databaser.

Kapittel 3 tar kort for seg sentrale begrep og relevant teori om sykepleiefaglig ståsted, trygghet og utrygghet, om autonomi og sårbarhet, barns utviklingstrinn, historikk fra nær fortid og barnet i dagens sykehus.

I kapittel 4 redegjøres for metodevalg, fokusgruppeintervju og kvalitativ innholdsanalyse. Videre redegjøres for forskningsetiske forhold og metodologiske betraktninger.

Kapittel 5 omhandler studiens funn. Her redegjør vi for studiens resultater. Disse presenteres i tre hovedfunn, i tråd med funnene i den vitenskapelige artikkelen.

I kapittel 6 drøftes våre funn opp mot tidligere forskning og relevant teori. Kapitlet inneholder også et avsnitt om metodekritikk.

Kapittel 7. Konklusjonen inneholder en oppsummering av studiens hovedfunn, og forslag til videre forskning.

1.3 Problemstilling

Vår nysgjerrighet er rettet mot hvordan erfarne spesialsykepleiere etablerer, ivaretar og styrker tryggheten hos det enkelte barn i operasjonsforløp. Videre hvordan drift og organisering i sykehus kan påvirke barns trygghet.

Dette leder oss frem til problemstillingen: **“Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i operasjonsforløp?”**

2.0 PRESENTASJON AV TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Litteratursøk

Vi har søkt etter publisert materiale i form av fagbøker og artikler fra høsten 2009 og til oktober 2011. Søket er utført i følgende databaser: Pub Med, Cochrane, Cinahl og Norart. Videre ble ”snøballmetoden” brukt. Både norske og engelske søkeord er inkludert. Norske søkeord: *trygghet, utrygghet, barn, anestesi, narkose, sykepleie* – i ulike kombinasjoner. Engelske søkeord: *Children, preschool children, anaesthesia, anxiety og nursing* i ulike kombinasjoner.

Følgende inklusjonskriterier er benyttet: Artikkelen bør handle om barn i aldersgruppen 3- 6 år eller tilsvarende som ”førskolebarn”. Behovet og bakgrunn for anestesi er uten betydning, det kan være både i forbindelse med en undersøkelse eller ved kirurgi. Barna skal for øvrig være friske slik at de kan være klassifiserte som ASA 1 eller 2. Artikler som tar opp faktorer som kan være årsak til engstelse, utrygghet, agitasjon og uro hos barn er inkluderte. Studier som sammenligner medikamenter som brukes til å lokalbedøve hud i forbindelse med venekanyleinleggelse er ekskluderte. Vi har også ekskludert studier som spesifikt handler om kronisk syke barn. Vi har inkludert norske og utenlandske studier fra tidsrommet 1998 til 2011. Tabell med oversikt over våre søk og funn finnes som vedlegg. (vedlegg nr.1)

2.2 Presentasjon av tidligere forskning

Trygghet hos barn og foreldre

Det er estimert at ca. 60 % av barn opplever signifikant engstelse før anestesiinduksjon og kirurgi (1). Engstelse og uro hos barn under sykehusopphold er sett på som uakseptabelt og at det kan forebygges (2). Preoperativ engstelse hos barn er assosiert med en mer smertefull postoperativ fase og høyere forekomst av søvnløshet og andre problemer (3). Sprøytstikk, redsel for smerter etter operasjonen, fasting, et høyt antall ukjente mennesker og redselen for det ukjente er forhold barn oppgir som det verste på sykehuset (4). Flere tidligere studier har undersøkt foreldrenes rolle for å redusere engstelse hos barn.

Kain et.al. kom fram til at premedikasjon før kirurgi er et mer effektivt tiltak enn foreldrenes tilstedeværelse (5). Imidlertid var foreldre som fulgte sine barn til operasjonssalen mindre engstelige og mer tilfredse (6). Foreldre og helsepersonells oppførsel påvirker barna (7). Mange er engstelige når de følger barnet sitt ved innledning av anestesi. Et besøk på enhetene og god informasjon perioperativt kan redusere denne engstelsen og gi økt tilfredshet (8). Romino (9) konkluderer med at foreldrenes tilstedeværelse under anestesi er til fordel for barnet dersom foreldrene er tilstrekkelig forberedt. Foreldre kan ofte forutsi hvordan barnet vil reagere perioperativt og de er en viktig ressurs for barnet (10).

Nilsson (11) har studert en gruppe foreldres erfaringer. Foreldre var misfornøyde med miljøet, personalet, rektal premedisinering, informasjonen og den lange ventetiden. Atmosfæren var stresset og “det gikk på løpende bånd”. De opplevde størst uro ved innledning av anestesi, når de forlot barnet og mens de ventet mens barnet var i narkose. Foreldre og barn må sees på som en sammenhengende helhet. Det er viktig med individuelle tilpasninger, å lytte til foreldrene og å avklare roller og forventninger (12). En studie av sykepleieres diagnoser og behandling i forhold til urolige barn underbygger kompleksiteten ved dette (13).

Trygghetsskapende tiltak

Informasjonsbrosjyrer bør rutinemessig deles ut, men dette skal ikke erstatte verbal informasjon (14). Videre kan bruk av informasjonsvideo, der foreldrene ser barns innsovning, redusere engstelsen hos foreldre (15). Forberedelsesprogram kan øke forståelsen av informasjon (16, 17). Barn som mottok spesifikk informasjon, inkludert rollespill fra en anestesisykepleier og et besøk på klinikken før behandlingsdagen, viste en klar forbedring av forståelsen. I forhold til opplevelsen av redsel viste denne studien (16) en positiv effekt av det utvidede forberedelses-programmet, spesielt for de yngre barna under 5 år. Sprøytestikk og innleggelse av venekanyler var den mest negative enkeltopplevelsen for alle barna som deltok i studien. Preoperativ dialog er et godt tiltak for å minske redsel (18). Aldersgruppen på barna som ble intervjuet i Lindberg og von Posts studie (18) var 8-19 år. Kontinuitet i omsorgen kan øke barnas tillit. Barna fikk også økt tiltro når de ble gitt tid, ble tatt seriøst, fikk delta i avgjørelser og fikk lov til å hjelpe til med det de kunne. Perioperativ dialog kan minke stress og forberede barn på det ukjente, som oppleves som en stor stressfaktor (19). Integrering av terapeutisk lek for å forberede barn på kirurgi er viktig i helhetlig og god sykepleie. Barn som lekte terapeutisk lek viste betydelig mindre engstelse pre- og postoperativt (20).

I en studie som undersøkte effekten av klovner som distraksjon under anestesinnledning fant man at dette er et effektivt tiltak for å redusere barns engstelse. Forskerne møtte imidlertid motstand blant det medisinske personellet som mente at dette tok for mye tid (21). En review fra Yip et.al (22) inkluderer 17 studier om ikke-farmakologiske tiltak for å redusere engstelse hos barn. Konklusjonen er at foreldres tilstedeværelse under innsovning ikke reduserer barns engstelse. Videre at effekten av tiltak som akupunktur på foreldre, klovnedoktorer, hypnose, begrensning av sensoriske stimuli og bruk av små videospill bør undersøkes nærmere.

Anestesteknikker og premedikasjon

Dagkirurgiske inngrep til barn reduserer behovet for sykehusinnleggelse med de fordeler det gir barna. Nye metoder og medikamenter innen anestesi tillater at flere barn kan behandles dagkirurgisk (23). Det er rapportert høy forekomst av postoperativ uro hos barn som har fått inhalasjons-anestesi med Sevoflurane. König et.al (24) fant ingen forskjell på forekomst av postoperativ uro hos barn når man anvendte propofol intravenøs anestesi i stedet for sevoflurane inhalasjonsanestesi. En hypotese er at oppvåkningen fra sevoraneanestesi er for rask, og at dette kan være en medvirkende faktor til postoperativ uro. Ko et.al (25) konkluderer med at midazolam er et trygt, passende effektivt medikament. Bruk av midazolam forsinker ikke utskrivningen fra postoperativ avdeling og passer til dagkirurgiske inngrep. Andre studier viser imidlertid at det ikke gir målbar effekt å gi midazolam for å unngå dette, men at postoperativ uro har en sammenheng med tilstanden til barnet før sedasjonen blir gitt (26).

En nyere studie har undersøkt norske sykepleieres kunnskaper og holdninger til smerte hos barn (27). Studien avdekker at det er et gap mellom den kunnskap og de vurderinger som gjøres. En holdningsendring er nødvendig for at sykepleiere og spesialsykepleiere skal stole på pasientens egenvurdering av smerten og administrere tilstrekkelig mengde smertestillende medikamenter. Østgaard og Ulvik (28) har publisert en generell gjennomgang av anestesi til barn. De vektlegger at barneanestesi bør foretas av erfarent anestesipersonell, at barna bør få previsitt og informasjon på forhånd. Østgaard og Ulvik mener videre at bruk av premedikasjon kan være nyttig i gitte situasjoner.

Oppsummering av tidligere forskning

Som det fremkommer av dette kapitlet finnes det mye forskning fra andre deler av verden om barns trygghet i et operasjonsforløp. Imidlertid fant vi kun en studie, og det er kvantitativt, som ser på spesialsykepleieres kunnskaper og erfaringer i forhold til behandling av urolige barn (13). Generelt fant vi mest kvantitative studier, kun tre studier hadde brukt kvalitativ metode. Videre fant vi få nordiske studier og kun én studie fra Norge. Nytt i vår studie er at vi tar utgangspunkt i norske anesthesi- og intensivsykepleieres felles erfaringer og forsøker å belyse temaet ut fra deres perspektiv.

3.0 SENTRALE BEGREPER OG TEORI

Kapitlet inneholder en kortfattet begrepsavklaring og relevant teori som kan bidra til å belyse problemstillingen.

3.1 Sykepleiefaglig ståsted

I boken "Notes of Nursing" (29) beskriver Florence Nightingale hva sykepleie bør gå ut på og avslutter med: *"...alt uten at pasientens livskrefter blir mer belastet enn nødvendig."* (s.32).

Å plassere omsorg til barn i et sykepleiefaglig perspektiv byr på utfordringer gjennom at sykepleie til barn kan appellere til flere teoretiske forståelser (30). I forhold til denne oppgavens problemstilling finner vi Benner og Wrubels (31) sykepleieteori relevant. De to amerikanske sykepleieprofessorene integrerer synet på stress og mestring, i tillegg til å trekke frem erfaring som vesentlig i utøvelsen av god sykepleie. Benner og Wrubel ser på stress som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, ens forståelse og fungering. Dette medfører smerte, tap og utfordringer. Personen trenger å sørge og å utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter. Forfatterne tar avstand fra abstrakte idealer om hva som er god mestring. Et viktig poeng er at mestring skjer individuelt og på ulike måter avhengig av det enkelte menneskes erfaring og livsverden (31). De støtter seg videre på Dreyfusbrødrenes kompetansestige som trinnvis belyser stegene fra nybegynner til ekspertutøver (32). Flere av informantene våre befinner seg trolig på trinnet som defineres som ekspertutøver, de er erfarne og reflekterte spesialsykepleiere med mange års fartstid i jobb, og som håndterer uventede situasjoner med ro og faglig forståelse.

3.2 Anestesi og intensivsykepleie

Begge utdanningene er innenfor universitets- og høyskolesystemet og bygger på offentlig godkjent rammeplan (33, 34). Anestesisykepleie er å utøve sykepleie og delegert anestesilogisk virksomhet på en forsvarlig og målrettet måte for å tilrettelegge for kirurgi og annen behandling.

Sykepleier med gjennomført videreutdanning i anestesisykepleie er utdannet til å kunne gjennomføre generell anestesi samt å overvåke pasienter under regional anestesi og ikke-våken sedasjon (33). Intensivsykepleierens ansvar og kompetanse omhandler sykepleie og behandling i akutte og komplekse situasjoner. Vesentlig er å ivareta grunnleggende menneskelige behov, gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse samt lindre smerte og annet ubehag både hos pasient og pårørende i situasjoner preget av behandlingsintensitet og høyt arbeidstempo (34).

3.3 Trygghet og utrygghet

Psykologen Maslow har satt menneskers behov i system gjennom organiseringen av våre behov i en syvtrinns pyramide. Denne behovspyramiden er bygd på teorien om at mennesker prøver å tilfredsstille ulike behov i en prioritert rekkefølge. Det nederste trinnet må være tilfredsstilt før neste trinn i pyramiden aktualiseres. Dette blir en prioritert rekkefølge i hvordan menneskets behov er rangert. De tre nederste trinnene utgjør såkalte mangelbehov. Nederst i pyramiden står de fysiologiske behov som mat, drikke og søvn. Som neste trinn kommer trygghetsbehovet som handler om å føle seg trygg og ha en forutsigbar tilværelse (35). Situasjoner i tidlige barneår kan sitte igjen som sterke minner i voksenlivet. Barnets autonomi påvirkes av opplevd hjelpeløshet. Sykehusinnleggelse kan oppleves som en kilde til hjelpeløshet og som en potensiell angstskapende situasjon for barnet (36).

3.4 Hvordan autonomi og sårbarhet kan variere

Barn betraktes som mer sårbare for krenkelse enn voksne, gjennom sin lavere grad av autonomi. Under presenteres en modell fra Geir Sverre Braut (37) som illustrerer hvordan autonomi og sårbarhet kan variere i et menneskes liv avhengig av alder og sykdom. Braut sier i sin artikkel at menneskeverdet og integriteten er konstant selv om autonomien kan variere. I følge modellen er menneskeverdet og integriteten uavhengig av autonomiens størrelse. Et lite barn eller en syk person har liten autonomi og økt sårbarhet, men menneskeverdet og integriteten er konstant. Dette forteller at menneskeverdet og integriteten er uavhengig av sårbarhet, alder og sykdom. Menneskeverdet og integriteten er en av våre viktigste moralnormer, og bør ikke krenkes.

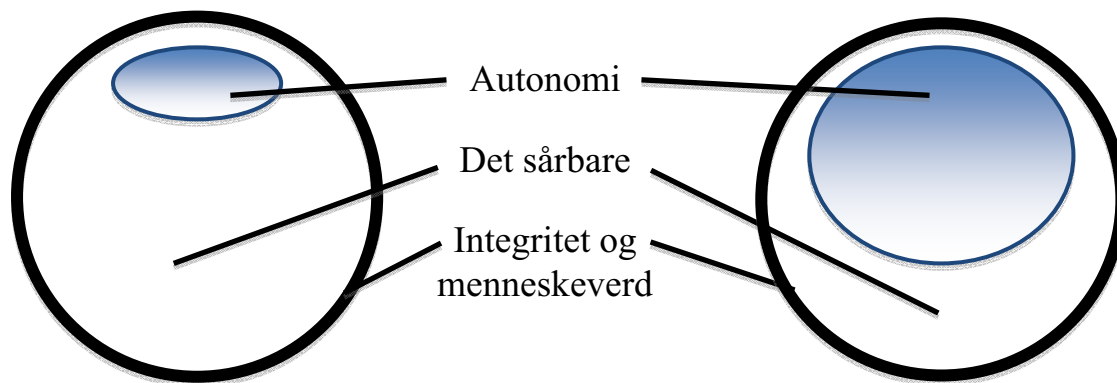


Fig.1 "Hvordan autonomi og sårbarhet kan variere i et menneskes liv" (37)

3.5 Barns utviklingstrinn

Et barn i aldersgruppen 3-6 år vil være opptatt av konkrete forhold, og evner i liten grad å abstrahere. Hukommelse og oppmerksomhetstid er kortvarig, konsentrasjonen preges av å håndtere en ting om gangen. Manglende situasjonsforståelse kan gi seg utslag i at smertefulle prosedyrer kan tolkes som straff. Denne alderen preges av animisme, det vil si at barnet opplever at døde ting får liv. Dermed får bruken av kosedyr og leker en annen betydning enn hos voksne (38).

Det kan være problematisk å inndeleg barnets utviklingstrinn skjematisk. Forståelsesnivå og uttrykksformer styres av alder, men individuell modning og utvikling spiller også en stor rolle. Vi studerte sykepleieres erfaringer med barn i aldersgruppen 3-6 år, og her kan spennvidden være stor. I denne alderen er tilknytningen til nære omsorgspersoner viktig, språkutvikling har kommet godt i gang, barna evner å ta en viss selvkontroll og samarbeidsevnen har fått innpass (39). Uavhengig av alder, modning og utvikling er det vesentlig å forstå barnet ut fra sitt kompetanse- og modningsnivå. Som helsepersonell bør man være mer opptatt av hva barnet faktisk kan og forstår, enn hva det ikke kan. Sykepleiere bør møte barnet slik det fremstår, heller enn å forvente spesifikke egenskaper og ferdigheter hos barnet relatert til alder (40).



3.6 Historikk fra nær fortid

I et historisk perspektiv har det skjedd mye når det gjelder håndtering av og oppmerksomhet rundt barns trygghet i norsk sykehusvesen. Eksempelvis var det som pårørende til barn under 12 år ikke anledning til å gå på besøk i sykehus annet enn ved særskilt avtale helt frem til 1980-tallet. Ifølge en samtale med sykehushistoriker Åge Johansen, Bodø, fantes det ikke nedfelte regler fra sentralt hold som gjaldt ved innleggelse av barn. Rutinene var baserte på sterk sedvane og var nøye etterlevd lokalt. Ved innleggelse til operasjon tok foreldre avskjed med barnet i mottagelsen og fikk ikke følge med gjennom operasjonsforløpet. Begrunnelsen var smittefare, og at barnet kunne bli uroet og falle ut av sykehusrutinen. Etter det operative inngrepet fikk barnet møte sine foreldre ved utskrivning. Det var det anledning for mor å stå i døråpningen og se inn til der hvor barnet lå. Kun ved alvorlig skade eller livstruende sykdom var foreldrene velkomne inn i pasientrommet. I løpet av 1970-tallet endret dette seg til en mer foreldreinkluderende praksis (41).

Boken "Marianne på sykehus" av Odd Brochmann ble utgitt i 1950. To år senere ble denne filmatisert på oppdrag fra Sosialdepartementet. Filmen var en blanding av flere sjangre, tenkt som opplysningsfilm for barn som skulle på sykehus. Målet var å lære barn at de ikke skulle være redd for sykehusinnleggelse. I etterkant er prosjektet kritisert for å være mer vinklet som et propagandafremstøt for den fremvoksende velferdsstaten enn å være rettet mot barn (41).



3.7 Barnet i dagens sykehus

Dagens oppmerksomhet mot sykehusinnlagte barn har endret seg. Barnets kvalitet på oppholdet er sikret i lovverket (42). Videre er foreldres tilstedeværelse og medvirkning sikret i forskrift om ”Barns opphold i helseinstitusjon” (43). Trygghetsopplevelsen er derimot vanskelig å vedta i departementale resolusjoner, derfor har blant annet Barneombudet lagt innsats i hvordan dette praktisk skal gjennomføres.

Barneombudet (44) har i sitt arbeid også dannet en egen ”ekspertkomité” som har utformet 10 bud til sykehuspersonell som skal håndtere barn:

- Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare fra foreldrene.
- Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
- Gi informasjon som også barnet forstår.
- Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
- Ikke stress, og ikke snakk så fort.
- Vær positiv, rolig og vennlig.
- Ikke bruk forkortelser.
- Snakk kort og greit, men ikke latin.
- La voksne også få høre det når barna får informasjon (da skjønner kanskje de også det).
- Ikke lov 100 prosent garanti, for det kan man ikke love.

Disse ti budene er blitt godt mottatt av helsepersonell, og de søkes nå innarbeidet som en naturlig del av sykehusenes måte å håndtere barn på (45).

4.0 FORSKNINGSMETODE

4.1 Kvalitativ metode

Vi søker etter meninger og opplevelser ut fra erfarne anestesi- og intensivsykepleieres perspektiv. Studiens hensikt er å fange opp ulike erfaringer, variasjoner og nyanser i et operasjonsforløp. Summen av sykepleiernes erfaringer, kunnskap og håndverk kan sammenfattes ved hjelp av kvalitativ metode. Hvis det er noe særegent og spesielt som praktiseres, så fanger metoden dette opp. Samtidig undersøkes det om omsorgen har noen fellesnevner. Tilnærmingen vår er empirisk og induktiv. Induksjon dreier seg om slutninger fra enkeltobservasjoner til generaliserte slutninger (46-48). Fordeler med kvalitativ tilnærming er at det er rom for nyanser og variasjoner som kan gi dypere forståelse av et fenomen. Metoden gir mulighet til å få utdypet svarene, korrigere eventuelle uklarheter og stille oppfølgende spørsmål (49). Vår hensikt var ikke å tallfeste eller måle svarene. Med bakgrunn i dette valgte vi en kvalitativ tilnærming i vårt prosjekt.

En ulempe ved kvalitativ metode er at den vil kunne preges av forskernes personlighet. Tidligere erfaringer hos forskerne kan påvirke resultatet. Data kan misforstås eller mistolkes. Det er vanskelig for andre å etterprøve aktuelle funn. En kan ikke trekke slutninger av resultatene dersom utvalget er begrenset. Forskerne møter intervjuobjektene ansikt til ansikt, noe som kan gi større risiko for at svarene ikke er helt ærlige. Informantene kan svare slik de tror er strategisk riktig (49).

Studiens forskningsdesign

Vår studie er underbyggende og dokumenterende, den har et beskrivende design (48). Til datainnsamlingen brukte vi fokusgrupper. Våre informanter er erfarne spesialsykepleiere innenfor anestesi- og intensivsykepleie. Kvalitativ innholdsanalyse er brukt for å analysere data.

4.2 Fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling

Fokusgruppeintervju kan gi et godt datamateriale når en skal utforske fenomener som gjelder erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (49). Metoden er hensiktsmessig for å finne forbedringsområder ut fra hva andre opplever eller savner, den kan gi oss ideer til hva som kan gjøres annerledes (50).

Et fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju på en til to timer (50, 51). En ordstyrer (moderator) leder intervjuet. Moderator tilrettelegger og rettleder gruppediskusjonen. Det kan i tillegg delta en sekretær som tar notater, observerer gruppeprosessen og sørger for at båndopptakeren fungerer (50). Størrelsen på en fokusgruppe bør være mellom 4 og 8 personer (51).

Fokusgrupper bør være så homogen som mulig for å kunne vektlegge felles erfaringsbakgrunn (49, 51). Intensiv- og anestesisykepleiernes funksjonsområde er nært knyttet til hverandre. For et barn i operasjonsforløpet vil disse to gruppene i stor grad flyte sammen. Anestesisykepleier er hos barnet før det sovner og underveis i narkosen, mens intensivsykepleier overtar omsorgen for barnet når det våkner igjen. Helhetsopplevelsen for barnet er på denne måten tett knyttet opp til begge sykepleierrollene. Derfor mener vi at det i vårt prosjekt er naturlig å se samlet på disse to gruppene.

Informantene bør være trygge på hverandre. Alle skal være likeverdige i gruppen, slik at samtlige informanter våger å komme med egne synspunkter og utveksle sine erfaringer. Moderator har en viktig oppgave med å sørge for en god gruppedynamikk (52). Det er viktig at alle i gruppen deltar i diskusjonen (53). Moderator kan henvende seg direkte til enkeltdeltakere for å trekke alle med i samtalen. Blir det for mange gjentakelser, må en kunne bryte inn og føre diskusjonen videre. Samtalen må holdes innenfor rammene og tematikken. Moderator vurderer om nye emner eller vinklinger som kan dukke opp skal forfølges eller utdypes (51). Det er moderators ansvar å unngå innhold som ikke egner seg til diskusjon i plenum. Slik sikrer man at ingen utleveres, eller at den enkelte deltaker sier noe han vil angre i etterkant.

I fokusgrupper samtaler deltakerne om sine erfaringer. Et poeng med å samle informantene i en gruppe i stedet for individuelle intervju, er at deltakerne forholder seg til hverandres meninger. Deltakere kan da komme med innspill som andre i gruppen ikke har tenkt på, og dermed spore diskusjonen videre. Denne metoden vil dermed kunne få frem mer informasjon enn om vi intervjuet ett og ett gruppemedlem (49, 51). Interaksjonen mellom deltakerne er nøkkelen i fokusgrupper, ved at en kan få fram data som ellers ikke ville ha kommet fram (52). Metoden er også ressursbesparende i forhold til tidsbruk. Vi fikk tak i erfaringer fra mange spesialsykepleiere på relativt kort tid.

4.3 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Rekruttering og utvelgelse av informanter

3 fokusgruppeintervjuer ble gjennomført ved tre større norske sykehus, hvor de ofte har barn i narkose (se tabell 1). Det ble sendt ut forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju til ledelsen ved anestesi og intensiv/postoperativ avdeling på sykehusene. I denne forespørselen informerte vi om studien, med hovedvekt på bakgrunn og formål til prosjektet. (vedlegg nr.2) Vi fikk positive svar, og det første fokusgruppeintervjuet fant sted i juni 2010.

Våre fokusgrupper bestod av 4-6 informanter. Vår forforståelse gir seg uttrykk i at vi mener at skal man komme utrygghet i møte må en selv være trygg og sikker i sin rolle som utøvende sykepleier. Denne yrkesmessige trygghet er det ikke gitt at man har som nytilsatt eller nyutdannet. Derfor ønsket vi å intervju spesialsykepleiere med lang erfaring i faget. For å sikre dette var et utvalgsriterium at informantene skulle ha minst 5 års praksis direkte knyttet til å ivareta barn i operative sammenhenger. Vi gjorde avtaler om at ledelsen på avdelingene plukket ut egnede kandidater til intervjuet, og påpekte at deltagere måtte ha minimum 5 års erfaring fra fagfeltet. Alle våre informanter hadde fra fem til over tjue års erfaring som spesialsykepleiere.

Tabell 1. Beskrivelse av informanter i fokusgruppene

Fokusgruppe	Antall deltakere	Spesialisering
I.	6	3 anestesisykepleiere, 3 intensiv sykepleiere.
II.	5	2 anestesisykepleiere, 3 intensiv sykepleiere.
III.	4	2 anestesisykepleiere, 2 intensiv sykepleiere.

Skriftlig, informert samtykke

Det ble sendt ut skriftlig informasjon til informantene forut for fokusgruppeintervjuene. (vedlegg nr.3) I denne fremgikk hva vi skulle bruke intervjuet til, og klargjøring av rammene rundt intervjuet. Det ble informert om at resultatene skulle publiseres anonymt. Informantene møtte ut fra prinsippet om informert samtykke, og kunne trekke seg om de måtte ønske det uten å grunngi dette spesifikt. Vi informerte også om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd og at opptakene ville bli slettet når prosjektet var avsluttet (49, 50, 54). Informantene underskrev samtykkeskjema om informert og frivillig deltakelse forut for intervjuene. (vedlegg nr. 4)

Intervjuguide

Det ble utarbeidet en tematisert intervjuguide. Basis for guiden var vår egen interesse, erfaring og forforståelse om problemstillingen. Guiden ble utformet i et hverdagslig språk og var i sin form semistrukturert slik at nyanser og deltageres spillerom kunne fanges opp. Samtidig sikret formen intersubjektivitet og gjorde data reproduserbart (48, 55). Innholdet i guiden ble testet i første fokusgruppeintervju, der veileder var til stede. Etter første intervju ble kun små justeringer gjort, og i hovedsak fremstår guiden som identisk i alle tre fokusgruppene. (vedlegg nr. 5)

Moderator

En av oss var moderator og den andre var sekretær under alle intervjuene. Vi byttet på disse rollene i de ulike fokusgruppeintervjuene. Moderator ledet samtalen, mens sekretæren observerte gruppeprosessen og tok notater under datainnsamlingen. Både moderator og sekretær deltok i hele prosessen med datainnsamling og analyse.

Gjennomføring

Intervjuene fant sted på de enkelte sykehus, sykepleierne var fristilte fra avdelingen, og egne lokaliteter ble benyttet. Moderator åpnet ved å la deltakerne snakke løst og fast om barn som pasientgruppe. Lengden på intervjuene var ca. 90 minutter. Lydbånd med «backup» ble benyttet, og etter hvert intervju ble disse transkribert ordrett og ga til sammen rundt 56 tekstsider. Vi satte av en times tid umiddelbart etter hvert intervju for å beskrive vårt førsteinntrykk og for å dele vår erfaring fra intervjusituasjonen (53). Denne ettersamtalen viste seg å være til god hjelp i analysearbeidet, og var nyttig i planleggingen av neste intervju.

Etter det tredje intervjuet vårt opplevde vi at tidligere funn ble gjentatt, dermed konkluderte vi med at metningspunktet var nådd og avsluttet våre intervjuer (56).

4.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Et kjennetegn ved kvalitativ forskning er at datainnsamlingen og analysefasen overlapper hverandre. Moderator tolket utsagn i fokusgruppeintervjuene, og informantene fikk muligheten til bekrefte eller avkrefte tolkningen av det som ble sagt (55).

Etter det første intervjuet transkriberte vi ordrett lydbandopptaket. Først leste vi gjennom hele transkripsjonen hver for oss i ”fugleperspektiv” for å få en helhetlig oversikt over innholdet. Etterpå leste vi gjennom transkripsjonen flere ganger, hvor vi uavhengig av hverandre noterte ned meningsbærende enheter som fremstod som sentrale. En meningsbærende enhet kan være ord, setninger eller avsnitt som inneholder momenter knyttet til hverandre gjennom innhold og sammenheng (57).

For å finne de meningsbærende enheter kan man velge å forholde seg til det som direkte uttrykkes i teksten. Alternativt kan en analysere det underliggende budskap i teksten, det vil si at utsagnene tolkes. Det vil ofte foregå en eller annen form for tolkning av utsagn, men dette kan være mer eller mindre bevisst (57). Vi forsøkte i størst mulig grad å forholde oss til det som ble direkte uttrykt i teksten, det vil si det åpenbare innholdet i teksten. Hver for oss kom vi fram til mange av de samme meningsbærende enheter. Hvilke momenter som skulle bringes med videre, ble valgt ut ved en felles gjennomgang. Vår analyseprosess startet altså før vi var ferdige med hele datainnsamlingen. Det er et poeng å gjøre analysearbeidet parallelt med datainnsamlingen. Da vil en oppdage når en har tilstrekkelig materiale til å belyse problemstillingen, og når det å tilføre nye data ikke lenger innebærer at det utvikles ny kunnskap (49).

Den samme prosess ble gjentatt ved de to neste fokusgruppeintervjuene. Vi satt nå med mange ulike meningsbærende enheter. Disse ble deretter kondensert. Tekstkondensering vil si at vi forkorter de meningsbærende enhetene, samtidig som vi beholder meningen i utsagnene (57). De kondenserte meningsbærende enhetene ble videre kodet og gruppert sammen i undertemaer. Dette gjorde vi først hver for oss, deretter sammenlignet vi våre sorteringer.

De fleste utsagn var enkle å plassere, vi hadde sortert materialet nokså likt og det var uproblematisk å finne hvilket undertema de hørte hjemme i. Det var også enkelte utsagn vi hadde plassert ulikt. Innenfor kvalitativ innholdsanalyse bør en tilstrebe å finne koder som gjensidig utelukker hverandre. Men en kompliserende faktor er at enkelte utsagn kan inneholde flere meninger (57). Disse utsagnene ble enkeltvis vurdert og systematisert i den undergruppen vi begge mente de passet best.

Nå satt vi ikke lenger med 56 sider ordrette transkripsjoner fra våre intervjuer, men med et dekontekstualisert, systematisert og oversiktlig materiale. Induktivt fremkom det til slutt tre hovedtemaer. I vårt tilfelle kom vi fram til følgende hovedtema fra enkeltuttrykk til generaliserte uttrykk. Disse belyser problemstillingen fra ulike vinkler.

1. Samhandling mellom foreldre og barn
2. Spesialsykepleierens rolle
3. Driftsmessige forhold og rammebetingelser

4.5 Forskningsetiske betraktninger

Forskningsetikk er hjemlet i FN's menneskerettighetskonvensjon og videreført i Helsinkideklarasjonens prinsipper omkring god etisk standard innenfor forskning som omhandler mennesker. Norsk Sykepleierforbund baserer sine forskningsetiske prinsipper på International Council of Nurse's (ICN), som igjen har hentet sitt grunnlag fra Helsinkideklarasjonen (58). Hovedpoenget er å balansere mellom hensynet til de som inngår i forskningsprosjektet og forskerens interesser. I forskningsetiske retningslinjer hos nasjonal komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) presiseres det at forskere har et spesielt ansvar når det gjelder forskning på svake grupper eller sensitive tema (59).

I møte med deltagerne i fokusgruppeintervjuene var det viktig at vi ble betraktet som uavhengige, og at samtalene ikke kunne identifiseres. Som spesialsykepleiere kjenner en godt til både systemlojalitet og kollegalojalitet som kan binde oss i samtaler hvor kontroversielle episoder og tematikk kan være sensitiv. I møtet med vårt eget fag i en ny rolle som "forskere" ble dette en viktig del av våre egne forberedelser før intervjuene.

Ved å informere godt i forkant og presentere oss på en redelig måte ved intervjustart opplevde vi å bli å bli møtt med tillit. Deltagerne i fokusgruppene oppdaget at vi snakket "deres språk", og hadde opplevd flere av de samme yrkesmessige utfordringer selv. Dette bidro til en åpenhet underveis i fokusgruppeintervjuene som vi i utgangspunktet ikke hadde turt håpe på. To fenomener gikk likevel igjen under avslutning av intervjuene: 1. Informantene måtte ha gjentatte forsikringer om at utsagn ikke kunne spores tilbake til hvilket sykehus de kom fra. 2. Deltagerne ønsket å lese sluttresultatene fra våre undersøkelser. Vi tolker dette som at fokusgruppeintervjuene foregikk i fortrolighet, at informantene bidro med det som var viktig for dem på en ærlig og oppriktig måte, og at temaet og problemstillingen var av betydning for dem.

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Personvernombudet for forskning. (vedlegg nr. 6 og 7) Informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene. (vedlegg nr. 3) Deretter signerte de samtykkeskjema om frivillig informert deltakelse. (vedlegg nr. 4) Disse skjemaene er oppbevart forskriftsmessig og makuleres ved prosjektslutt. Innsamlede data er anonymisert, og dobbelt sett lydbånd er slettet etter transkribering. Datamaterialet er behandlet konfidensielt (54). I hele prosessen har vi hatt veiledning av en erfaren forsker.

4.6 Metodologiske betraktninger

Relevans

En kan se på begrepet relevans på flere måter. Relevans kan handle om at temaet og problemstillingen er aktuell og at funnene kan ha praktisk nytte. Engstelige barn i operasjonsforløp er en velkjent utfordring, og våre funn kan dermed ha praktisk nytte, i så måte er studien relevant. Men i begrepet relevans innenfor forskning stilles det også krav til at studien på en eller annen måte tilfører noe nytt (49). Hvilken rolle kan vårt bidrag spille i den store banken av felles vitenskapelig kunnskap? I litteraturgjennomgangen (se kapittel 2) fant vi mye internasjonal forskning, men ingen studier fra Norge som omhandlet barns opplevelse av trygghet i forbindelse med operative inngrep. Vi fant heller ingen tidligere studier som omhandlet anesthesi- og intensivsykepleieres felles erfaringer om trygghet hos barn i operasjonsforløp. Dermed mener vi at vår studie tilfører noe nytt og er relevant også i vitenskapelig forstand.

Validitet

Validitet handler om gyldighet og troverdighet. Ingen kunnskap er allmenngyldig og gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål (49). Kvalitative forskningsresultater fra andre land og kulturer kan ikke ukritisk overføres til oss eller omvendt. I hvilken kontekst er våre funn gyldige? Mye av litteraturen som er brukt i studien er hentet fra andre land, men vi har valgt ut det vi mener kan være overførbart til norske forhold. Sykepleiere som ble intervjuet arbeidet i norske sykehus. Den eksterne validiteten i vår studie er sannsynligvis størst innenfor vestlige land eller tilsvarende kulturer. Studiens funn kan overføres til praksis. Vi utførte først dataanalysen hver for oss. Deretter sammenlignet vi resultatene av den foreløpige analysen og diskuterte oss fram til enighet. Dette mener vi styrker studiens interne validitet.

Refleksivitet

Forforståelsen vår kan påvirke spørsmål og konklusjoner (49). Å vedkjenne oss vår egen forforståelse, og vurdere betydningen av den er viktig. Som erfarne spesialsykepleiere innen anesthesi- og intensivsykepleie har vi fulgt mange barn gjennom operasjonsforløp. En av oss har egne barn. Begge har lest mye litteratur om emnet. Oppmerksomhet rundt denne forforståelsen medførte konfrontasjoner med egne forestillinger og egen posisjon ved å stille åpne spørsmål. Fokusgruppeintervjuene ble utført på sykehus hvor ingen av oss har noe ansettelsesforhold. Vi tilkjenner at vår bakgrunn og forforståelse kan influere på våre funn og konklusjoner.

5.0 FUNN

Vi tar utgangspunkt i den vitenskapelige artikkelen og presenterer her de samme funnene, men i en bredere form. De tre hovedfunnene er: «Samhandling mellom foreldre og barn» «Spesialsykepleierens rolle» og «Driftsmessige forhold og rammebetingelser». Funnene er rubrisert i kategorier, og det har noen ganger vært utfordrende å plassere dem i en enkelt kategori, da innholdet til en viss grad kan overlappe.

Målet er å gjøre barn så trygge som mulig

Barns utrygghet er en velkjent utfordring som sykepleierne møter daglig. ”... *det er et evig problem. Du blir ikke kvitt det. Vi snakket jo om det.. Du kommer aldri i mål og du blir aldri kvitt det. Det er bare sånn det er* ” (anestesisykepleier, intervju 1).

Det er en kjensgjerning at man ikke er flink nok til å håndtere barns utrygghet. Sykepleierne ønsker sterkere faglig fokus omkring temaet slik at barn kan møtes på en bedre måte. Alle respondentene mente at det er et urealistisk mål å skape full trygghet hos alle barn, men at dette skal være en ideell målsetting. ”*Målet må være å gjøre flest mulig barn så trygge som mulig*” (anestesisykepleier, intervju 1).

5.1 Samhandling mellom foreldre og barn

Trygghet og utrygghet smitter mellom barn og foreldre

Våre informanter mener det er positivt at foreldrene er sammen med barna sine når de er våkne. Samværet mellom foreldre og barn er viktig for trygghetsopplevelsen.

Sykepleierne ga tydelig uttrykk for at foreldrene overfører sin egen opplevelse til sine barn. Dette gjelder både trygghet og utrygghet. ”*Barnet merker så godt utryggheten hvis foreldrene er utrygge*” (anestesisykepleier, intervju 1).

Utrygge foreldre klarer ikke å hjelpe barna sine på en god måte. ”... *når ungen stritter imot og protesterer og man har med utrygge foreldre å gjøre... Ja, dermed klarer de ikke å roe dem ned på den samme gode måten*” (anestesisykepleier, intervju 3).

Barn kan påvirkes av foreldrenes misnøye og bli oppmerksomme på negative faktorer som de kanskje ikke hadde tenkt på selv: *”Hvis det første mor spør om når hun kommer inn til barnet er: Har du vondt, er du kvalm?- så legger jo det også premisser for en som kanskje ikke har tenkt på verken vondt eller er kvalm - Eller som kanskje ikke vet hva kvalm er”* (intensivsykepleier, intervju 2).

Vi må akseptere og vise forståelse for at foreldre kan være svært redde: *” I går hadde jeg en treåring, foreldrene var redd for at han skulle dø”* (anestesisykepleier, intervju 1).

Forberedelse til operasjon begynner med foreldrene

Sykepleieren har en viktig oppgave med å hjelpe foreldrene til å mestre situasjonen. Våre informanter mener at foreldrene må inkluderes fra det øyeblikk innkalling og forhåndsinformasjon blir gitt og gjennom hele operasjonsforløpet. Foreldre må informeres på et forståelig språk for at de skal kunne videreformidle informasjonen til sine barn på en trygg måte. Dette er mangelvare i mange tilfeller. Det kan fort oppstå misforståelser og påfølgende frustrasjoner dersom en bruker for mange faguttrykk. Foreldre og barn kan være preget av tidligere negative møter med helsevesenet, historier de har hørt eller medieoppslag. De tar med seg disse erfaringene inn i situasjonen. *”Forberedelse til operasjon starter med foreldrene. Du kan ikke se dem hver for seg”* (anestesisykepleier, intervju 1).

Informasjon og respekt

Det er viktig å vise respekt for barnet ved at man husker navnet deres og håndhilser. Alle informantene påpekte betydningen av å være ærlig. *”Man skal ikke lyge for barn”* (anestesisykepleier, intervju 1).

Både foreldre og barn må informeres og ha realistiske tanker om hva som vil møte dem gjennom operasjonsdagen. *”Men hvis foreldrene kommer og sier at du skjønner at han vet ikke hvorfor han er her, vi sa vi skulle til fotografen, så tenker jeg at dette kan jeg ikke være med på”* (intensivsykepleier, intervju 2).



Barn kan ha mange tanker og ideer. Sykepleieren må ikke undervurdere barnet, nedvurdere barnets evne til å reflektere over ting eller bagatellisere ved å ”bare” gjøre noe. Barn har en livlig fantasi og informasjonen må være tilpasset deres utviklingstrinn samt foreldrenes forkunnskaper. ”... hvordan de former fantasien sin knyttet til operasjonen kan være noe helt annet enn det det egentlig er. Jeg vet at barn skaper seg en del tanker som vi som voksne ikke skjønner” (anestesisykepleier, intervju 3).

5.2 Spesialsykepleierens rolle

Å møte barnet der det er

Det første møtet er avgjørende for barnets opplevelse videre. Alle informantene understreker at barn må møtes i sin verden, med en folkelig opptreden og et forståelig språk.

Å hilse, bryte barrierer og spille på gjenkjennelse er sentralt. Spesialsykepleierne har positiv erfaring med å spille på lag og involvere barnet i det som skal skje. Sykepleieren må møte barnet der det er. Klarer man å inkludere barnet tilstrekkelig slik at det opplever mestring, kan en oppnå større grad av trygghet. Barnas medbragte kjæledyr er en innfallsvinkel til kontakt. Sykepleieren må vise interesse for det barnet er opptatt av. I alle fokusgruppeintervjuene kom det fram at et medbrakt kosedyr skaper trygghet og at dette kosedyret med fordel kunne ”liksom-behandles” for å illustrere for barnet hva som skulle skje.

Fleksibilitet og smidighet

I samspillet mellom foreldre og barn er sykepleieren lagspiller, forhandler og styrende for fremdriften. Sykepleieren må utvise fleksibilitet og smidighet og gi individuelle tilpasninger. ”Vi må også være smidige med det utstyret vi bruker til å monitoren dem... mye av det utstyret kan vi legge på etter at barnet er sovnet. Vi klarer oss lenge med en metningsmåler ved innledning... at vi ikke blir helt firkantet... jeg tenker smidighet, ikke regel og prosedyrebundet... og ser an barnet” (anestesisykepleier, intervju 1).

Alle våre informanter vektla betydningen av erfaring. Erfaring er ”gull verdt”. Der er også viktig å ha lyst til å jobbe med barn, samt å vise ydmykhet.

Sykepleieren bør gi barnet få og realistiske valg. *"Jeg er veldig bevisst på at jeg gir barnet få valg. Fordi jeg tenker barn trenger rammer, og de er her for å få gjort en operasjon så det er en del ting vi ikke kan spørre om de ønsker"* (intensivsykepleier, intervju 2). I forhold til bruk av avledningsmanøver var spesialsykepleierne uenige om effekten.

Venekanyleinleggelse

Et tilbakevendende tema var barns utrygghet ved innleggelse av venekanyle. Dette trekkes frem som et vendepunkt hvor barnet kunne snu fra trygg til utrygg: *"Tillitsfull helt til kanylen kom frem, da ble det helt stopp"* (anestesisykepleier, intervju 3).

Den styrende voksenrollen

Som sykepleier må man opptre som en trygg voksen. Ikke alle foreldre opptre som trygge voksne. Det er bra og viktig med gode rutiner. *"Og det viktige er å ha mest mulig rutiner på at "sånn gjør vi det her" for det er jo trygt. Det er trygt både for foreldre og det blir trygt for barna"* (intensivsykepleier, intervju 2).

For å inngi trygghet må operasjonsforløpet fremstå som et godt og rutinemessig arbeid. Aktiviteten må funderes på at man utøver et profesjonelt teamsamarbeid hvor standardiserte sjekklister ligger i bunn. Forutsigbarhet i fremdrift, uten nøling eller ubegrunnede pauser er viktig. *"Få dem til å sove uten for mye dikkedarer"* (anestesisykepleier, intervju 2). Arbeidet må ha "form og fasong". Forberedthet er viktig, og kollegaen må vite hva en driver med på en forutsigbar måte. Slik kan operasjonsforløpet fremstå som sømløst med trygghet gjennom faste prosedyrer og rutiner som virker tillitskapende. Hva vi utstråler, merker både barn og foreldre. En må gjøre hverandre god. En hyggelig tone skaper inntrykk av et godt miljø hvor folk trives og er trygge i sin jobbutførelse.

Helhetlig oppfølging

Å møte den samme sykepleieren før og etter operasjonen er med på å skape trygghet og et helhetlig inntrykk. *"Og at ungen ser igjen det samme ansiktet etter han våkner, det gir en sånn trygghet da"* (intensivsykepleier, intervju 2). Om anestesisykepleier ser til barnet på postoperativ kan det gi et godt inntrykk og bedre opplevelsen til barnet.

Sykepleierne vektla smertediagnostikk og smertelindring som en viktig kilde til trygghetsopplevelse hos det enkelte barn. *”Det med god smertediagnostikk er jo viktig i forhold til trygghet, at de føler seg ivaretatt hvis de har vondt”* (intensivsykepleier, intervju 2).

Det ble anbefalt utstrakt bruk av premiering til barnet i form av medaljer, små gaver og diplom. *”Vi er rause med nipset”* (intensivsykepleier, intervju 2).

En må respektere bluferdighet og intimsoner. Det er viktig å ivareta dette. *”Vi har en dårlig rutine å sette stikkpiller på barnet i en heishall med begrenset skjerming, om ikke akkurat den der stikkpillen med Paracet kan vente et kvarters tid til de kommer inn på operasjonsstua og har sovnet”* (intensivsykepleier, intervju 3). Barn kan med fordel få beholde sin egen t-skjorte på. Da unngår man omklledning, skjorten er kjent for dem, og virker trygghetsskapende.

Sykepleierens samarbeid med foreldre

Sykepleieren må bli enig med foreldrene, samtidig med at hun inntar en styrende og konsekvent rolle. Dersom det blir mye fram og tilbake øker utryggheten hos barnet. Barna og foreldrene må være på lag med sykepleieren. *”For det er ikke bare barnet du skal ha med på lag, du skal også ha med foreldrene på lag”* (anestesisykepleier, intervju 3).

Foreldrenes tilstedeværelse kan fremkalle stress hos sykepleierne. Informantene fortalte at de enkelte ganger var utrygge i møtet med foreldre, men ikke ovenfor barna. *”Jeg kan føle meg litt utrygg i møte med foreldrene noen ganger. Fordi de vet man ikke helt hvor man har – de er nok i en situasjon som de misliker sterkt også da er det noen som reagerer helt på tvers av hva som fører til en god dialog”* (intensivsykepleier, intervju 2).

Sykepleieren bør påminne foreldrene å vektlegge det positive. Foreldrene avgjør hvordan historien skal leve videre: *”Man trenger ikke sitte i familieselskaper og brette ut om hvor høyt han skreik og hvor lenge og hvor umulig han var, men heller vektlegge det han mestret”* (intensivsykepleier, intervju 2).

5.3 Driftsmessige forhold og rammebetingelser

Våre informanter mener det er svært viktig med tilpasset informasjon. En brosjyre tilsendt på forhånd, med bilder og forklarende tekst gjør ting gjenkjennbart og virker betryggende. De som har fått en slik brosjyre og brukt tid på denne virker godt mentalt forberedt. Videre påpekes at et lite besøk inn i avdelingen i forbindelse med forundersøkelsen har god effekt.

Ventetiden

Det er viktig å holde de avtalte tidspunkt. Utsettelse og ventetid gjør både foreldre og barn utålmodige, nervøse og sinte. Det administrative apparat må i sin planlegging ivareta at pasientene får komme inn til avtalt tid. Timer på et venterom må unngås. *”Der tror jeg vi har et klart forbedringspotensial. Vi må vise respekt for tiden til pasienten”* (anestesisykepleier, intervju 3). At foreldrene faster i solidaritet med sine barn bør unngås. Utålmodige og sultne foreldre bidrar sjelden til noe positivt i situasjonen.

Produksjonspress

Spesialsykepleierne var enig om at økende krav til effektivitet har sin pris. Enkelte sykehus har kuttet ned på ordningen med previsitt. Sykepleierne påpekte den gode effekten previsitt har, og mener at barn er mindre forberedt nå enn tidligere. Tidligere ble det gitt previsitt til alle barn som skal opereres, med begrunnelse om at det er tiltak som vi vet virker. Et klart mål er å kunne gi previsitt til alle barn. Videre gir ofte tidspresset sykepleierne en følelse av å ikke ha tilstrekkelig rom for tillitskapende arbeid. *”Det gis i dag mindre tid til previsitt, det merker vi inne på operasjonsstua hvor vi nå tar imot flere utrygge foreldre og dermed flere utrygge barn”* (anestesisykepleier, intervju 1). Spesialsykepleiere med fartstid tilbake til da fylkeskommunene var sykehuseiere, opplevde et klart skille etter at sykehusene ble innlemmet i foretak hvor kravet om økt produksjon nå er blitt betydelig.

Premedikasjon

Bruken av premedikasjon er klart avtagende. Intervjuene viste at anestesisykepleierne savnet premedikasjon i større grad enn intensivsykepleierne. Premedikasjon bør kunne individualiseres og ikke nødvendigvis brukes skjematisk. Tidspunktet for når premedikasjon gis er avgjørende for effekten.

Premedikasjon må settes til rett tid ellers blir det "helt mislykket". Samarbeidet mellom sykepleierne på operasjonsstua og sykepleierne på preoperativ avdeling har her et forbedringspotensiale.

Internt samarbeid

Alle parter opplevde et samarbeid på tvers av skillet pre/per/post, men at dette er uformelt betinget og ikke satt i system. Dette samarbeidet oppleves som god helhetlig sykepleie utført i praksis. Jo mere glidende og sømløse overganger man klarte å skape mellom operasjonsfasene, jo mer ivaretatt og trygg blir barnet. Uerfarne eller ikke tilstedeværende anestesileger oppleves som en stressfaktor for spesialsykepleieren. *"Tett dialog med anestesilegen skaper trygghet (anestesisykepleier, intervju 3).*

Anestesimetode

Informantene mente at total intravenøs anestesi (TIVA) ga roligere barn enn gassanestesi. Erfaringen var at bruk av anestesigassen sevoflurane kunne være en medvirkende årsak til at barn ble urolige. *"Noen, spesielt de som har fått sevofluranegass er jo helt sprø, de skriker og styrer... men dette så man mer av før, ikke så ofte nå lengre. Det tror jeg er fordi det ikke brukes så mye gass lengre. Kanskje problemet ligger i gass... man kan gi litt Diprivan på oppvåkninga. Det er jo ikke så ofte man gjør det, men når det trengs så er det jo kjempebra"* (intensivsykepleier, intervju 1).

Konkrete tiltak rettet mot barn

Personell som skal yte omsorg til barn bør være motiverte til å håndtere denne pasientgruppen. Ledelsen ved den enkelte sykehusavdeling bør kunne organisere bemanningen slik at dette er mulig. *"... man må ha lyst til og synes det er moro å jobbe med barn. At du synes å ha kontakt med barn, få til et samarbeid og bedøve barn er bra. Vi har noen kolleger som signaliserer at dette er ikke mitt bord, og dermed bytter oppgaver. Du må ha lyst selv, da går det ofte greit"* (anestesisykepleier, intervju 3).

Informantene ønsket mer forhåndsinformasjon rettet mot barnefamilien. Alle var tilhengere av informasjonsfilm distribuert i forkant, gjerne i form av en DVDfilm som vedlegges innkallingsbrevet. *"Jeg tenker på om det hadde gått an å få lagd noe sånt, DVD 'er hvor det ble vist hvordan det så ut på en operasjonsstue, hvordan forløpet kunne være denne dagen, sånn at barna så hvordan det er"* (intensivsykepleier, intervju 2).

Videre ble det lansert et forslag om operasjonsstue i "lekeskala" etter modell fra flyplasser, hvor lekefly er tilgjengelig for barn i avgangshallen. Der kan barnet bli kjent med ulike operasjonstekniske installasjoner og leke med tilpasset medisinsk engangsutstyr. Informantene hadde visjoner om sykehuset som en helhetlig behandlingkjede med godt internt samkjørt drift som gir en mest mulig sømløs pasientopplevelse og dermed er tillitskapende.



6.0 DISKUSJON

I diskusjonsdelen drøfter vi våre viktigste funn og ser disse opp mot tidligere forskning og relevant teori. Responsen fra avdelingene ved innledende forespørsel og intervjudeltagernes engasjement, gjorde det tydelig at de har et bevisst forhold til temaet. Sykepleierne erkjente utryggheten som en utfordring i sin arbeidshverdag og at det var en naturlig del av jobbens kompleksitet. Maslow påpeker tryggheten som en kjerneverdi i vår eksistens (35). Et gjennomgående trekk var det overordnede mål om å gjøre barn så trygge som mulig. Dette er en utfordring og et ansvar som må løses i den faglige helheten rundt barnets operasjonsforløp. Det er estimat på at så mye som 60 % av barn som skal til anesthesiinnledning opplever engstelse (1).

6.1 Barn og foreldre

Spesialsykepleiere ser det som en selvfølge at foreldre følger med gjennom operasjonsforløpet så lenge barna er våkne. Dette kan likevel utgjøre en belastning gjennom at engstelse fremtrer som smittsomt, barnet merker foreldrenes eventuelle utrygghet svært godt og dette kan dermed trigge barnets utrygghet. Dette gir personellet ekstra utfordringer gjennom at de ikke kan spille på foreldrenes Trygghetsskapende nærvær til barnet. Samtidig må sykepleieren bruke ekstra ressurser for å imøtekomme foreldrenes behov. Det meste av forskningen vi fant bekrefter foreldrenes plass i operasjonsforløpet og viktigheten av å samarbeide med dem (9, 11-13). Imidlertid fant vi også forskning som konkluderer med at foreldrenes tilstedeværelse ikke hjelper barna, og påpeker at deres tilstedeværelse kan medføre ulemper både for barnet og personell og at sedasjon har bedre effekt (5, 6).

Et gjennomgående trekk var at respondentene så på informasjonsarbeid i forkant av operasjonen som svært viktig. Videre at foreldrene ble trukket inn i denne forberedelsen på en måte som gjorde at foreldrene kunne bidra til å forklare barna. Dette vektlegges også i Barneombudets ekspertpanel (44). Filosofien er at dersom foreldrene skal kunne forklare barnet hva som skal skje forutsetter det at de har satt seg inn i det selv. Benner og Wrubel bekrefter at dette bidrar i riktig retning gjennom sin stress- og mestringsteori (31).

I gruppeintervjuene kom det flere innspill på i hvilket format informasjonen burde gis. Tidligere forskning har vist at utsendelse av brosjyrer, gjennomføring av samtaler og forhåndsbesøk er effektive tiltak for å forberede barn og foreldre på det som skal skje (8, 14-19). Nyere ideer er bruk av interaktive nettsteder som kan informere og forberede familien i forkant. Karolinska sjukhuset i Stockholm har et nettbasert informasjonsprogram som heter ”Narkoswebben” (60). Dette nettstedet er tilpasset barn i ulike aldre og gir forståelig og god informasjon om hva som skjer på sykehuset når barnet skal i narkose. Samme type nettsider finner en også på Rigshospitalet i København (61, 62). Slike kunne med fordel bli utviklet og brukt mer også her i Norge.

6.2 Spesialsykepleierens rolle

Sykepleierne beskriver sin egen rolle som koordinator og pådriver gjennom operasjonsforløpet. Det er essensielt med et godt samarbeid og kommunikasjon både med foreldre, barn og andre yrkesgrupper for å gjøre forløpet så sømløst som mulig for barna. Mange praktiske oppgaver skal gjennomføres samtidig med at barn og foreldre skal ivaretas. Dette arbeidet starter før selve inngrepet, hvor preoperativ informasjon er viktig for opplevelsen hos barnet (1, 17). Sykepleieren må møte barnet med høflighet og respekt, det er positivt å inkludere barnet gjennom dialog og utførelsen av små praktiske handlinger, med utgangspunkt i barnets utviklingstrinn og samarbeidsevne (4, 39). Hva vi utstråler senses fort og kan smitte over på barn og foreldre. Våre informanter påpeker betydningen av et godt arbeidsmiljø. Erfaring er en viktig kilde for sykepleierens trygghet. Dette samsvarer også med Benner og Wrubels teori (32).

Hvis barnet får anledning til å møte samme person ved den preoperative informasjon som under selve inngrepet, virker dette betryggende. Sykepleierne mente at denne gjenkjennelseeffekten er svært positiv for barna.

Mange praktiske tips ble lansert fra intervjugruppene, og det var tydelig at en del gamle prosedyrer med fordel kan endres. At barn skal være nødt til å iføre seg operasjonstøy ble sett på som unødvendig. Det hygieniske prinsippet rundt dette tiltaket er allerede brutt gjennom tilstedeværelsen av barns kosedyr, og barnet bør få bruke egne klær om de ønsker det. En T-skorte hjemmefra virker langt mindre fremmedgjørende enn sykehustøy. Sykehuset bør holde seg med et bredt spekter små gaver som premier til nyopererte barn.

Kostnaden til dette er liten i forhold til hva man vinner på det. Videre kan godt en forelder være den som ”bruker” anestesimasken først. Innleggelse av venekanyle kan være det punktet hvor barnet blir utrygt. Bruken av hudbedøvende krem er svært viktig. Denne må legges på i god tid i forkant og være korrekt plassert.

Sentralt for tryggheten er god smertebehandling. Tillit og trygghet rives vekk dersom barnet opplever at smerteproblematikk ikke tas på alvor (4, 27).

6.3 Driftsmessige rammer og organisering

De grunnleggende og systemmessige forhold må være tilrettelagt for trygghetsskapende arbeid. Dette er grunnmuren for samhandling med barn og foreldre, og det rammeverk spesialsykepleieren kan utøve sin gode praksis innenfor. Dette gjelder både rent ressursmessige prioriteringer og de organisatoriske forhold. Denne erkjennelsen må både helsepersonell, forskere og helsebyråkrater ta inn over seg. Barn er en sårbar gruppe (37), og har ikke den samme mulighet for innflytelse som andre pressgrupper kan ha. Historisk sett kan ikke hensynet til barns trygghetsopplevelse sies å ha vært godt nok ivaretatt (41).



Informantene pekte på at mye kan gjøres omkring tilretteleggingen av et operasjonsforløp. Ventetid oppleves som stressende og gir inntrykk av et system som fungerer suboptimalt. Barn og foreldre må få oppleve et system hvor tingene skjer som planlagt og er forutsigbare, hvor det er glidende overganger mellom operasjonsfasene. Personellet må kjenne sin plass i kjeden og samarbeide godt internt (1). Slik gir man et tillitskapende inntrykk som demper engstelse.

Informasjonsarbeid i forkant er viktig og må håndteres som et sentralt element i operasjonen. Dette er et systemansvar som tilligger sykehuset og bør organiseres gjennom en informasjonspakke. Informasjonsbrosjyre vedlagt innkalling, etablering av fast previsittordning, tilrettelegging for terapeutisk lek og muligheter for individuell tilpasning kunne være momenter i en slik informasjonspakke (16). Videre må sykehuset være innrettet med barnetilpassede omgivelser som tilrettelegger for kontakt mellom barn og foreldre. Lekeoperasjonsstuer kan med fordel etableres av hensyn til terapeutisk lek (20). Foreldre bør ha tilgang til et direkte telefonnummer de kan henvende seg om de er i tvil om noe. Ideen om en info-DVD vedlagt innkalling ble nevnt. Den bør være produsert lokalt slik at barnet kjenner seg igjen når de kommer til sykehuset.

Personell med erfaring tilbake til en tid hvor produksjonspresset var lavere påpeker at barn er mer utrygge nå enn tidligere. Dette bør tas på alvor. Intensjonen med omdanningen av sykehusdriften til foretak var et strukturelt grep fra myndighetene, som hadde til hensikt å øke kvaliteten på behandlingen sammen med en kostnadseffektivisering. Våre respondenter peker på forhold som indikerer at økt produksjon er blitt den faktoren som er dominerende. At ordningen med previsitt på flere sykehus er fjernet indikerer dette. Previsitt gir tydelige utslag på barnets trygghetsopplevelse og bør være et tilbud på alle sykehus. Barneombudet påpeker at barn ønsker informasjon av fagpersonell, ikke bare av sine foreldre. Da må det settes av tid til at previsitten kan gjennomføres rutinemessig (44).

Personellet vi møtte var svært engasjert i barns trygghetsopplevelse. Uttalelsene til våre respondenter må sees i lys av at de er å definere som eksperter innenfor sitt fag (32) og bør vektlegges deretter. Etter intervjuene ga alle til kjenne at de hadde savnet lignende typer fora hvor man i en strukturert form kunne diskutere faglige forhold. Det ble klart for oss at faglige diskusjonsfora i organisert form ikke lenger praktiseres ved sykehusene. Gruppene påpekte kvaliteter ved den gamle sykehusdriftsmodellen som etterlyses i det nye foretaksbaserte systemet.

6. 4 Metodekritikk

Vi er innforståtte med at ut i fra vår egen yrkesbakgrunn og motivasjon kan være preget av vår forforståelse knyttet til faget. I intervjusituasjonen markerte vi ikke egne faglige tanker eller motivasjoner, men kun en generell interesse for barns trygghet. Som erfarne spesialsykepleiere er det en styrke ved studiet at vi har fagbakgrunn til å kunne stille relevante spørsmål.

Fokusgruppe er først og fremst egnet til å fremstille gruppers kunnskap, væremåte og vesen, ikke enkeltindividets. Styrken til fokusgruppe som metode ligger i det samspill som utvikler seg i gruppen, hvor man lar samspillet deltagerne imellom prege fremveksten av nye funn og betrakningsmåter. Dette betinget at vi som moderator og sekretær fremsto som strukturert og guidende. En gjennomgående utfordring var dermed ikke å la enkeltindivider dominere dialogen i gruppen. Dette ble styrt gjennom å regulere taletid og avbryte innlegg som gikk utenfor temaet.

Utvalgene i vår kvalitative studie er av begrenset omfang (tre gruppeintervjuer). Gjennom å rekruttere fra tre større sykehus med ulik geografisk tilhørighet, gir dette resultatene bredde og styrke gjennom det bildet som avtegnes. I tillegg reflekterer våre kandidater ut i fra sin lange erfaringsbakgrunn, så vi mener våre funn og fortolkninger er overførbare. Seleksjonen av gruppedeltakerne ble gjort av ledere ved de respektive avdelinger, slik at vi som forskere ikke hadde mulighet til å påvirke gruppesammensetningen.

7.0 AVSLUTNING

Denne oppgaven fokuserer på spesialsykepleieres erfaringer med å bedre opplevelsen hos barn som skal til en operasjon. Resultatet vårt er flerdelt, opplevelsen av trygghet henger sammen med barnet og foreldrene, helsepersonellet og hvordan operasjonsforløpet er organisert.

Barn og foreldre må i denne sammenheng sees under ett og betraktes som en helhet, engstelse kan forebygges eller reduseres ved at barnet og foreldrene møter vel forberedt. Informasjon og individualisert omsorg er viktig. Sykepleierne må møte barnet som et sårbart individ, med sine særskilte behov. Det er en fordel med erfarne og motiverte sykepleiere som kan spille på lag med barnet. Personellet savner muligheten for strukturert faglig samtale i organiserte forum. Operasjonsforløpet må være planlagt slik at det oppleves som forutsigbart og rutinemessig. Ventetid og smertebelastning er ikke forenelig med en trygg opplevelse. Fremtidig sykehusdrift må i større grad være rettet mot barn som pasientgruppe slik at de opplever den systematiserte aksjen fra innkalling til utskrivning mest mulig mykt og sømløst. Alle parter har et felles ansvar for å gi barnet trygghetsfølelse og opplevelsen av å bli godt ivaretatt.

Vi trenger mer forskning knyttet til sykepleie og forebygging av engstelse hos barn. Denne bør være vinklet inn mot samhandlingen med barn og foreldre, gode rutiner hos den enkelte spesialsykepleier og kanskje aller mest, organiseringen av det operative forløp. Utøvelse av god sykepleie kan ikke bare betraktes som en individuell egenskap, men må også ligge til grunn når planlegging av sykehusdrift og systemmessige rammeforutsetninger stokes ut.

Referanser

- 1. Dreger VA, Tremback TF.** Management of preoperative anxiety in children. AORN journal. 2006;84(5):778-80, 82-6, 88-90
- 2. Davidson A, McKenzie I.** Distress at induction: prevention and consequences. Current opinion in anaesthesiology. 2011;24(3):301-6.
- 3. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC.** Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. Pediatrics. 2006;118(2):651-8.
- 4. Wollin SR, Plummer JL, Owen H, Hawkins RM, Materazzo F, Morrison V.** Anxiety in children having elective surgery. Journal of pediatric nursing. 2004;19(2):128-32.
- 5. Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter MB.** Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? Anesthesiology. 1998;89(5):1147-56
- 6. Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Krivutza DM, Hofstadter MB.** Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. Anesthesiology. 2000;92(4):939-46.
- 7. Chorney JM, Torrey C, Blount R, McLaren CE, Chen WP, Kain ZN.** Healthcare provider and parent behavior and children's coping and distress at anesthesia induction. Anesthesiology. 2009;111(6):1290-6.
- 8. Chan CS, Molassiotis A.** The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. Paediatric anaesthesia. 2002;12(2):131-9.
- 9. Romino SL, Keatley VM, Secret J, Good K.** Parental presence during anesthesia induction in children. AORN journal. 2005;81(4):780-3, 5-9, 92.
- 10. Voepel-Lewis T, Tait AR, Malviya S.** Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2000;15(1):6-11.
- 11. Nilsson U.** Föräldrars uppfattning av vården vid barnets narkos och uppvakning : en studie av personalens bemötande, föräldrars oro och behovet av preoperativ och postoperativ information. Vård i Norden. 1999;19(4):20-5.
- 12. Kjellin A.** Utvärdering av utökat föräldradeltagande inom barnkirurgisk vård. Vård i Norden. 2002;22(2):38-42.

- 13. Voepel-Lewis T, Burke C, Hadden SM, Tait AR, Malviya S.** Nurses' diagnoses and treatment decisions regarding care of the agitated child. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses.* 2005;20(4):239-48.
- 14. Bellew M, Atkinson KR, Dixon G, Yates A.** The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Paediatric anaesthesia.* 2002;12(2):124-30.
- 15. Zuwala R, Barber KR.** Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA journal.* 2001;69(1):21-5.
- 16. Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M.** Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric anaesthesia.* 2000;10(5):477-86.
- 17. Frisch AM, Johnson A, Timmons S, Weatherford C.** Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery. *Pediatric nursing.* 2010;36(1):41-7.
- 18. Lindberg S, von Post I.** From fear to confidence: children with a fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment. *Journal of Advanced Perioperative Care.* 2006;2(4):143-51.
- 19. Wennstrom B, Hallberg LR, Bergh I.** Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of advanced nursing.* 2008;62(1):96-106.
- 20. Li HC, Lopez V, Lee TL.** Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient education and counseling.* 2007;65(1):34-41.
- 21. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A.** Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics.* 2005;116(4):e563-7.
- 22. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV.** Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(3):CD006447.
- 23. Lonnqvist PA, Morton NS.** Paediatric day-case anaesthesia and pain control. *Current opinion in anaesthesiology.* 2006;19(6):617-21.
- 24. Konig MW, Varughese AM, Brennen KA, Barclay S, Shackelford TM, Samuels PJ, et al.** Quality of recovery from two types of general anesthesia for ambulatory dental surgery in children: a double-blind, randomized trial. *Paediatric anaesthesia.* 2009;19(8):748-55.
- 25. Ko YP, Huang CJ, Hung YC, Su NY, Tsai PS, Chen CC, et al.** Premedication with low-dose oral midazolam reduces the incidence and severity of emergence agitation in pediatric patients following sevoflurane anesthesia. *Acta anaesthesiologica Sinica.* 2001;39(4):169-77.

- 26. Sherwin TS, Green SM, Khan A, Chapman DS, Dannenberg B.** Does adjunctive midazolam reduce recovery agitation after ketamine sedation for pediatric procedures? A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Annals of emergency medicine.* 2000;35(3):229-38.
- 27. Raaum Hovde K, Høilo Granheim T, Christophersen K-A, Dihle A.** Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien forskning.* 2011; 4: 333-338.
- 28. Østgaard G, Ulvik A.** Anestesi til barn. *Tidsskrift for Den Norske legeforening.* 2010;130(7):752-5.
- 29. Nightingale F. (Skretkovicz V. Red)** Notater om sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
- 30. Kirkevold M.** Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1998.
- 31. Benner P, Wrubel J.** The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley; 1989.
- 32. Benner P, Have G.** Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: I samarbeid med Munksgaard; 1995.
- 33. Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i anesthesisykepleie. 2005.
- 34. Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. 2005.
- 35. Renolen Å.** Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
- 36. Cullberg J.** Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie. Oslo. Aschehoug; 1994
- 37. Braut GS.** Verdigrunlaget for medisinen i komande tider. *Tidsskrift for den Norske legeforening.* 2000;120(30):3743-5.
- 38. Grønseth R, Markestad T, Markestad AM.** Pediatri og pediatrik sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget; 2005.
- 39. Broberg A, Almqvist K, Tjus T.** Klinisk barnepsykologi: utvikling på avveier. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
- 40. Bugge KE, Røkholt EG.** Barn og ungdom som sørger: faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
- 41. Weium F.** Marianne på sykehus. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 2003;123(24):3585-7.

- 42. Lov om pasientrettigheter** (pasientrettighetsloven 1999-07-02 nr 63)
- 43. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon** (2000-12-01 nr 1217)
- 44. Barneombudet.** Sykehusekspertene.
(<http://www.barneombudet.no/sfiles/77/25/2/file/sykehusekspertene.pdf>)
- 45. Færaas A.** Her er barnas 10 bud til norske sykehus. Aftenposten. 21.oktober 2011.
- 46. Thornquist E.** Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
- 47. Fjelland R, Gjengedal E.** Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1995.
- 48. Johannessen A, Tufte PA, Kristoffersen L.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2006.
- 49. Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- 50. Powell RA, Single HM.** Focus groups. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 1996;8(5):499-504.
- 51. Kitzinger J.** Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311(7000):299-302.
- 52. Webb C, Kevern J.** Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. Journal of advanced nursing. 2001;33(6):798-805.
- 53. Sørfonden W, Finstad H. H.** Forskerliv og hverdagsliv i samme rom – et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. Vård i Norden. 2000;20(3):39-42.
- 54. Brinchmann BS (red).** Etikk i sykepleien. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- 55. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- 56. Halkier B, Gjerpe K.** Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
- 57. Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
- 58. Norsk sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2011.
- 59. Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.** Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. 2006.

60. Karolinska sjukhuset. Stockholm. Narkoswebben. ([http://www.narkoswebben.se/.](http://www.narkoswebben.se/))

61. Rigshospitalet. København. Doktor Rargo. ([http://rargo.rh.dk/.](http://rargo.rh.dk/))

62. Rigshospitalet. København. Rigoland. ([http://www.rigoland.dk/.](http://www.rigoland.dk/))

Artikkel nr. I
Vitenskapelig artikkel

Hovedforfattere: Erlend Hagenes / Karin Hartviksen

Medforfatter: Berit Støre Brinchmann

«Sømløse operasjonsforløp..»

Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i operasjonsforløp?

Sammendrag

Bakgrunn: Barn opplever ofte engstelse og utrygghet i forbindelse med operative inngrep. Spesialsykepleiere følger barnet i vesentlige deler av forløpet. Vi har ikke funnet tidligere studier i Norge som omhandler hva spesialsykepleiere innen anestesi og intensivfaget kan gjøre for å bedre barns trygghetsopplevelse.

Hensikt: Med problemstillingen ”Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i et operasjonsforløp?” beskrives sykepleieres erfaringer og tanker om hvordan engstelse hos barn kan reduseres perioperativt.

Metode: Gjennom fokusgruppeintervju ved tre større norske sykehus beskrev spesialsykepleiere sine erfaringer med å redusere engstelse hos barn i operasjonsforløp. Vi brukte kvalitativ innholdsanalyse til bearbeiding av de innsamlede data.

Resultater: Engstelse smitter mellom barn og foreldre. Dårlig preoperativ informasjon, ventetid, smerteopplevelse og manglende samspill med foreldrene fremmer engstelse. Bruk av informasjonsprogram ved innkalling, previsitt, og rutiner tilpasset barn kan i stor grad avhjelpe. Godt samarbeid med foreldre og sykehuspersonellet seg imellom virker fremmende for barns trygghetsopplevelse.

Konklusjon: Barn trenger individualisert omsorg i et sykehussystem med tid og rom for dette. Både egenskaper og holdninger hos den enkelte spesialsykepleier og driftsmessige forhold har betydning for at barnet skal oppleve operasjonsforløpet mest mulig sømløst.

Abstract

Background: When undergoing surgery children often feel anxious and insecure. Throughout a considerable part of the perioperative period nurse specialists care for the children.

Norwegian research concerning how nurse specialists within anesthetic and intensive care can enhance children's experience of safety while undergoing surgery has not been identified.

Research question: How can nurse specialists promote security for children during the course of surgery?

Aim: The purpose of this study was to describe nurse anesthetist and intensive care nurses' experiences and thoughts on how anxiety can be reduced for children throughout the perioperative period.

Method: Focus group interviews were conducted at three hospitals in Norway. In these interviews specialist nurses described their experiences with reducing children's anxiety during the course of surgery. Qualitative content analysis was used to analyze data.

Result: Anxiety transfer between children and parents. Factors that increase anxiety are poor preoperative information, waiting, experiencing pain and lack of interaction between parents. By providing proper information on admission and during pre-visits and as well as establishing routines suitable for children, the feeling of safety is promoted. Cooperation between parents and hospital staff also enhance the children's feeling of security.

Conclusion: Children need individualized care in hospitals. There should be time and room set aside for this. Attitudes and personal qualities of the individual nurse specialist combined with hospital routines are important to make the children experience a coherent transition through the perioperative period.

Bakgrunn

Ivaretagelse av barn på sykehus har stått i fokus i etterkrigstiden med lovregulering og informasjonsvirksomhet (1, 2). Preoperativ engstelse er assosiert med en smertefull postoperativ fase. Ulike og dels kreative tiltak har vært forsøkt for å dempe dette (3, 4). Flertallet av barna er engstelig i forkant av inngrepet, noe som stiller spesielle krav til sykepleierne (5-8). Effekten av foreldrenes tilstedeværelse er omdiskutert. Foreldrene ønskes inkludert, men engstelse hos foreldre smitter over på barnet (5, 9-17). Godt tilrettelagt forberedelse gjennom informasjon sees på som et vesentlig angstreduserende tiltak sammen med sykepleierens evne til å skape samspill, og dialog er avgjørende (5, 8-10, 18-22) Med kortere liggetid og økende bruk av dagkirurgi er det sentralt at barns trygghetsfølelse blir ivaretatt og prioritert (23-26).

Artikkelens to hovedforfattere er erfarne intensiv- og anestesisykepleiere. Etter å ha fulgt mange barn gjennom operasjonsforløp, ønsket vi å studere spesialsykepleieres erfaringer med trygghet hos barn i operasjonsforløp. Vi har ikke funnet tilsvarende studier i Norge. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan spesialsykepleiere ivaretar foreldre og barn. Studien omhandler ellers friske barn som gjennomgår mindre operative inngrep. Problemstillingen konkretiseres: "Hvordan kan spesialsykepleiere bidra til tryggere barn i operasjonsforløp?"

Metode

Utvalg og datainnsamling

For innsamling av data valgte vi fokusgruppeintervju. Formålet med fokusgruppeintervju er å få frem forskjellige synspunkter innenfor et temaområde, mer enn å skape enighet eller konkluderende meninger (27).

Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer ved tilfeldig valgte somatiske sykehus ulike steder i Norge innenfor en tidsramme på seks måneder. Utvalgsriterium for valg av sykehus har vært at de gjennomfører elektiv kirurgi til barn som en vesentlig del av sin virksomhet i form av ordinære innleggelser eller dagkirurgi. Fokusgruppene har bestått av 4 til 6 deltagere med både anesthesi- og intensivsykepleiere. Til sammen deltok 15 spesialsykepleiere. Bredde og utvalgsrepresentasjon ble gjort av lokal enhetsleder ved sykehusene.

Kriterium for intervjudeltagelse var minst 5 års erfaring med barn som pasienter. Gruppene var sammensatt så homogent som mulig, ut fra ønsket om å kunne trekke veksler på felles erfaringsbakgrunn (28).

Til fokusgruppeintervjuene ble det utarbeidet en tematisert intervjuguide. Basis for guiden var vår egen interesse, erfaring og forforståelse om temaet. Guiden ble utformet i et hverdagslig språk og var i sin form semistrukturert slik at nyanser og deltageres spillerom kunne fanges opp, samtidig med at formen sikret intersubjektivitet og gjorde data reproduserbart (27). Innholdet i guiden ble testet i pilotintervju med veileder tilstede. Etter pilotintervjuet ble kun små justeringer gjort i guiden, og i hovedsak fremstår den som identisk i alle tre fokusgruppene. Intervjuene fant sted på de enkelte sykehus hvor personell var fristilt fra avdelingen og egne lokalteter ble benyttet. Intervjuene ble ledet av en moderator, og sekretær observerte gruppeprosessen og tok notater under datainnsamlingen. Intervjuene varte i ca 90 minutter. Lydbånd ble benyttet og etter hvert intervju ble disse transkribert ordrett og ga til sammen rundt 56 tekstsider.

Dataanalyse

Vi har brukt kvalitativ innholdsanalyse (29) for bearbeiding av innsamlede data. All tekst ble gjennomgått for å finne meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble skilt ut fra hvert intervju, slått sammen og kategorisert i et felles dokument. Ut i fra dette felles dokumentet ble det opprettet tre hovedkategorier hvor de meningsbærende enheter ble sortert: Barn og foreldre, Spesialsykepleierens rolle og Driftsmessige rammer og organisering. Der det var nødvendig, ble meningsfortetting gjort for å systematisere og forkorte teksten tilstrekkelig (27).

Forskningsetikk

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Personvernombudet for forskning. Informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene, og signerte samtykkeskjema om frivillig informert deltakelse. Disse skjemaene oppbevares forskriftsmessig og vil bli makulert ved prosjektslutt. Innsamlede data er anonymisert, og lydbånd er slettet etter transkribering. Datamaterialet er behandlet konfidensielt (30). I prosessen har vi hatt veiledning av en erfaren forsker.

Metodologiske overveielser

Relevans

Engstelige barn i operasjonsforløp er en velkjent utfordring og i så måte er undersøkelsen relevant. Krav til vitenskapelig kunnskap er at det må tilføre noe nytt. (28). Vi har ikke funnet tidligere forskning fra Norge som undersøker anestesi- og intensivsykepleieres felles erfaringer om trygghet for barn i operasjonsforløp.

Validitet

Ingen kunnskap gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål (28). Kvalitative forskningsresultater fra andre kulturer kan ikke ukritisk overføres til oss eller omvendt. Deler av litteraturen vi har brukt i studien er hentet fra andre land, vi har valgt ut det vi mener er overførbart til våre forhold. Vi intervjuet sykepleiere i norsk helsevesen. Den eksterne validiteten er sannsynligvis størst innenfor vestlige land eller tilsvarende kulturer. Vi har utført dataanalysen hver for oss, deretter sammenføyde materialet, noe som styrker studiens interne validitet. Vi mener at studiens resultater er overførbare til praksis.

Refleksivitet

Vår forkunnskap kan påvirke våre spørsmål og konklusjoner (28). To av forfatterne har egne barn. To av forfatterne er erfarne spesialsykepleiere innen intensivsykepleie og anestesi, og har fulgt mange barn gjennom operasjonsforløp. Vi har vært oppmerksom på denne forforståelsen og derfor stilt åpne spørsmål. Fokusgruppeintervjuene ble utført på sykehus hvor vi ikke har noe ansettelsesforhold. Vi tilkjenner at vår bakgrunn kan influere oss og dermed våre funn og konklusjoner.

Funn

Barns utrygghet er en velkjent utfordring som sykepleierne møter daglig. Det er en kjensgjerning at man ikke er flink nok til å håndtere barns utrygghet. Sykepleierne ønsker sterkere faglig fokus omkring temaet slik at barn kan møtes på en bedre måte. Alle respondentene mente det er et urealistisk mål å skape full trygghet hos alle barn, men at dette skal være en ideell målsetting. Et realistisk mål er å gjøre flest mulig barn så trygge som mulig. *”Målet må være å gjøre flest mulig barn så trygge som mulig”* (anestesisykepleier).

Forberedelse til operasjon starter med foreldrene

Våre informanter mener foreldrene må inkluderes fra det øyeblikk innkalling og forhåndsinformasjon blir gitt og gjennom hele operasjonsforløpet. Foreldre og barn kan være preget av tidligere negative møter med helsevesenet, historier de har hørt, eller medieoppslag. De tar med seg disse erfaringene inn i situasjonen. *"Forberedelse til operasjon starter med foreldrene. Du kan ikke se dem hver for seg"* (anestesisykepleier). Alle informantene påpekte betydningen av ærlighet. Både foreldre og barn må informeres og ha realistiske tanker om hva som vil møte dem gjennom operasjonsdagen: *"For det er ikke bare barnet du skal ha med på lag, du skal også ha med foreldrene på lag"* (anestesisykepleier).

Sykepleierne mente at foreldrene overfører sin egen trygghet eller utrygghet til sine barn.

"Barnet merker så godt utryggheten hvis foreldrene er utrygge" (anestesisykepleier).

Foreldre kan være svært redde: *"I går hadde jeg en treåring, foreldrene var redd for at han skulle dø"* (anestesisykepleier). Vi må akseptere og vise forståelse for dette. Samtidig har sykepleieren en oppgave med å hjelpe foreldrene til å mestre situasjonen.

Barn kan påvirkes av foreldrenes misnøye, og bli oppmerksomme på negative faktorer som de kanskje ikke hadde tenkt på selv: *"Hvis det første mor spør om når hun kommer inn til barnet er: Har du vondt, er du kvalm?- så legger jo det også premisser for en som kanskje ikke har tenkt på verken vondt eller er kvalm - Eller som kanskje ikke vet hva kvalm er"* (intensivsykepleier).

Barn har en livlig fantasi og informasjonen må være tilpasset barnets utviklingstrinn samt og foreldrenes forkunnskaper. Spesialsykepleierne har positiv erfaring med å spille på lag og involvere barnet i det som skal skje. Sykepleieren må møte barnet der det er. Klarer man å inkludere barnet tilstrekkelig slik at det opplever mestring, kan en oppnå større grad av trygghet. Spesialsykepleiere fortalte at de enkelte ganger kjente seg utrygge i møtet med foreldre, men ikke ovenfor barna.

Sykepleierens rolle

I samspillet mellom foreldre og barn er sykepleieren lagspiller, forhandler og styrende for fremdriften. Sykepleieren bør gi barnet få og realistiske valg. *"Jeg er veldig bevisst på at jeg gir barnet få valg. Fordi jeg tenker barn trenger rammer, og de er her for å få gjort en operasjon så det er en del ting vi ikke kan spørre om de ønsker"* (intensivsykepleier).

For å inngi trygghet må operasjonsforløpet fremstå som et godt og rutinemessig arbeid. Aktiviteten må funderes på at man utøver et profesjonelt teamsamarbeid hvor standardiserte sjekklister ligger i bunn. Forutsigbarhet i fremdrift, uten nøling eller ubegrunnede pauser er viktig. *”Få dem til å sove uten for mye dikkedarer”* (anestesisykepleier). Slik kan operasjonsforløpet fremstå med trygghet gjennom faste prosedyrer og rutiner som virker tillitsskapende. Supplert med en hyggelig tone skaper dette inntrykk av et godt miljø hvor folk trives og er trygge i sin jobbutførelse.

Det første møtet er avgjørende for barnets opplevelse videre. Alle informanter understreker viktigheten av å møte barnet i deres verden, med en folkelig opptreden og et forståelig språk. Å hilse, bryte barrierer og spille på gjenkjennelse er sentralt. Foreldrene kan inkluderes ved at de prøver anestesimasken først. I forhold til bruk av avledningsmanøver var spesialsykepleierne uenige om effekten.

Sykepleierne vektla smertediagnostikk og smertelindring som en viktig kilde til trygghetsopplevelse hos det enkelte barn. I alle fokusgruppeintervjuene kom det fram at et medbrakt kosedyr kan skape trygghet, og at dette kosedyret med fordel kunne ”liksom”-behandles for å illustrere for barnet hva som skulle skje. Videre ble det anbefalt bruk av premiering til barnet i form av medaljer, små gaver og diplom. Det ble også påpekt at mange barn med fordel kunne få beholde sin egen t-skjorte på.

Det er viktig at barn opplever mestring. Sykepleierens oppgave er å minne foreldrene på å vektlegge det positive. Foreldrene avgjør hvordan historien skal leve videre: *”Man trenger ikke sitte i familieselskaper og brette ut om hvor høyt han skreik og hvor lenge og hvor umulig han var, men heller vektlegge det han mestret”* (intensivsykepleier).

Driftsmessige rammer og organisering

Spesialsykepleierne trakk fram at økende krav til effektivitet har sin pris. Enkelte sykehus har kuttet ned på previsitt. Sykepleierne ser effekten av dette og mener at barn er mindre forberedt nå enn tidligere. Videre gir tidspresset sykepleierne en følelse av å ikke ha nok tid til å skape tillit. *”Det gis i dag mindre tid til previsitt, det merker vi inne på operasjonsstua hvor vi nå tar imot flere utrygge foreldre og dermed flere utrygge barn”* (anestesisykepleier).

Flere hadde god erfaring med at primærsykepleie skaper trygghet. *”At ungen også ser igjen det samme ansiktet etter han våkner, det gir en sånn trygghet ”* (intensivsykepleier).

Et tilbakevendende tema var barns utrygghet ved venekanyle-innleggelse. Dette trekkes frem som et vendepunkt hvor barnet kunne snu fra trygg til utrygg: *”Tillitsfull helt til kanylen kom frem, da ble det helt stopp”* (anestesisykepleier).

Bruken av premedikasjon er avtagende. Anestesisykepleierne savnet bruk av premedikasjon i større grad enn intensivsykepleierne. Alle parter opplevde samarbeid på tvers av skillet pre/per/post, men at dette er mer uformelt betinget enn satt i system. Dette samarbeidet oppleves som god helhetlig sykepleie utført i praksis. Uerfarne eller ikke tilstedeværende anestesileger oppleves som en stressfaktor for spesialsykepleieren.

Foreldre som rutinemessig følger helt frem til barnet sovner, mener sykepleierne er positivt. Ellers ble det nevnt behov for en post-visitt. Alle informantene ønsket mer forhåndsinformasjon til barnefamilien, gjerne ved en informasjonsfilm som er tilgjengelig i forkant. Videre trekkes frem en ide om operasjonsstue i ”lekeskala” hvor barnet kan bli kjent med operasjonstekniske installasjoner og leke med medisinsk engangsutstyr. Informantene hadde visjoner om sykehuset som en helhetlig behandlingsskjede med godt intern samkjørt drift som gir sømløs pasientopplevelse og dermed inngir tillit.

Diskusjon

Diskusjonen følger tilnærmet samme rekkefølge som presentasjonen av hovedfunnene i avsnittet over. Gruppeintervjuene viser at personellet kjenner problematikken svært godt og de har et bevisst forhold til dette. Sykepleierne erkjente utryggheten som en utfordring og en naturlig del av jobbens kompleksitet. Å gjøre barn så trygge som mulig er en utfordring og et ansvar som løses i den faglige helheten rundt barnets operasjonsforløp.

Foreldre er konstante faktorer i et barns liv, og barn vil ofte påvirkes av foreldrenes opplevelse av situasjonen. De fleste foreldre kjenner større eller mindre grad av ubehag når barn skal opereres (9). Et tydelig trekk i intervjuene og tidligere forskning er at bekymring og redsel smitter fra foreldre til barn (5, 17, 19).

Kain et.al har vist at premedikasjon har bedre angstdempende effekt hos barn enn tilstedeværelsen av foreldre. Imidlertid reduseres foreldrenes egen bekymring om de får være tilstede (15, 16). Tilstedeværelse av redde foreldre kan derfor virke mot sin hensikt og bidra til økt engstelse hos barn.

Sykepleierne vi intervjuet så det som en selvfølge at pårørende er med barnet sitt frem til det sovner. I et globalt perspektiv finnes sykehus hvor foreldre ikke tillates å være tilstede ved innledning av anestesi (13, 15). Foreldre kan ofte forutse hvordan barnet kommer til å reagere perioperativt og de må brukes som en viktig ressurs for barnet (14). Sykepleierne må lytte til foreldrene, et godt samspill mellom foreldre og helsepersonell er til det beste for barnet. Skal man dra nytte av å ha dem tilstede, betinger det at de i forkant er tilstrekkelig forberedt og informert (12, 13). Barn og foreldre kan ikke betraktes som to forskjellige grupper, man må behandle dem som en helhet. Dette samsvarer med tidligere forskning (11).

Å være ærlig og realistisk ovenfor barn og foreldre betyr mye. Tidligere møter med helsevesenet, avisoppslag og fantasirike fortolkninger kan være noe av grunnlaget for usikkerheten de bringer med seg til sykehuset. Sykepleierne har ansvar for å hjelpe dem til å mestre situasjonen med konkret og saklig informasjon. Dette ansvaret løper fra de mottar innkalling og følger pasient og foreldre gjennom hele operasjonsforløpet. Forskning bekrefter at rolige, velinformerte foreldre som spiller på lag med sykehuspersonell bidrar til å redusere barns engstelse (5, 10, 12).

Sykepleieren har en viktig rolle i framdriften av det operative forløpet. Vi må få utført oppgaver samtidig som vi spiller på lag med foreldre, barn og andre yrkesgrupper (6). Våre informanter hadde mer enn fem års erfaring i forhold til barn som pasientgruppe. Denne erfaringen, i kombinasjon med rutinemessige sjekklister og godt samarbeid med kollegaer gav dem trygghet i arbeidet. Videre var det viktig å ha et oppriktig ønske om å jobbe med barn. Barn bør bli behandlet av erfarent personell i barnetilpassete omgivelser hvor foreldre kan være sammen med barnet sitt når det er våkent (26). Spesielt har førskolebarn stor nytte av å bli behandlet på en godt planlagt og vel gjennomført måte. Slik reduseres separasjonstiden fra foreldrene (23). Smertediagnostikk og smertelindring påpekes av våre informanter som viktig for å oppnå trygghet hos barnet. Verdien av adekvat smertebehandling understrekes også i flere andre studier (7, 23, 26). Sykepleierne hadde god erfaring med gi småpremier til barn.

Premier behøver ikke være bare medaljer og leker, men kan også være noe godt å spise etter operasjonen. Wollin et.al. fant at barn mente at det beste med sykehuset var iskrem, gele og sjokolade etter operasjonen (22).

Previsitt er en arena hvor anestesipersonell møter barn og foreldre i forkant av operasjonen. Informantene hevdet at denne ordningen er satt under press eller forsøkt avvirket av kostnadmessige hensyn. Konsekvensen er at barn og foreldre møter mindre forberedt, og er mer utrygge enn tidligere. Sykepleierne oppgir at de får for liten tid til å skape tillit. Flere studier viser at strukturert dialog og forberedelsesprogram på individnivå fremmer forståelsen hos barnet og øker tryggheten (21, 22). Barn i ukjente omgivelser forsøker forstå hva som skjer, dette viser betydningen av preoperativ dialog (8). Barn ønsker å bli tatt på alvor, være delaktig i avgjørelser, og vil gjerne være til hjelp. På operasjonsdagen opplever barn det betryggende hvis de får møte noen kjente ansikter (21).

Rutinemessig bruk av premedikasjon varierte. Enkelte informanter hadde positiv erfaring med premedikasjon og verdsatte effekten høyt. Andre mente premedikasjon var overflødig. Dette samsvarer med litteraturen som gir klare holdepunkter for begge synspunkt (15, 16, 24). Vår kliniske erfaring tilsier at premedikasjon bør vurderes individuelt.

Det ble foreslått rutinemessig bruk av audiovisuelle hjelpemidler i film eller spillformat for å fremme forståelsen for hva som skal skje på operasjonsdagen. Undersøkelser viser at informasjon i filmformat kan redusere angst hos foreldre og gi roligere barn perioperativt (19). At medbrakt kosedyr kan skape trygghet ble fremhevet i intervjuene. Kosedyret kan med fordel "liksom"- behandles for å illustrere for barnet hva som skal skje. Videre ønsker informantene en "lekeoperasjonsstue" hvor barna kan bli kjent med installasjoner og utstyr nær identisk med operasjonsstuen. Parallellen trekkes til flyplasser med lekefly i avgangshallen. Studier viser at barn som har blitt inkludert i terapeutisk lek har et betydelig lavere angstnivå og opplever sitt operasjonsforløp mer positivt (5, 18, 20). Barn tiltrekkes av det kjente og trygge gjennom rutiner og faste holdepunkter. Informantene mente at tillempninger som at barn kan få beholde egne klær på perioperativt skaper trygghet.

Konklusjon

Vår studie viser at spesialsykepleiere har høy grad av bevissthet og er godt motivert til å bidra til tryggere barn. Trygghet hos barn kan oppnås ved innføring av til dels enkle tiltak. Engstelse smitter mellom barn og foreldre. Konsekvensen bør være at foreldre er velintegrert i hele behandlingsforløpet. God preoperativ informasjon, bruk av previsitt og individuell vurdering av premedikasjon er viktig. Peroperativt må minimering av ventetid og personell som samhandler godt med hverandre og inkluderer pasientopplevelsen være sentralt. Det må være åpning for kosedyr, bruk av private klær og utstrakt premiering. Barn trenger opplevelsen av sykehuset som en sømløs behandlingsskjede og med et gjennomgående fokus på at de er en sårbar gruppe. Det er ønskelig med mer forskning i Norge på trygghetsskapende faktorer hos barn både på individnivå og i større systemmessige sammenhenger. Erfaringer fra øvrig helsepersonell og studier av barn og foreldres opplevelser bør inkluderes i dette.

Referanser

- 1. Weium F.** Marianne på sykehus. Tidsskrift for den Norske lægeforening. 2003;123(24):3585-7.
- 2. Helse og omsorgsdepartementet.** Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. 2000-12-01 Nr.1217
- 3. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC.** Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*. 2006;118(2):651-8.
- 4. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A.** Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*. 2005;116(4):563-7.
- 5. Bellew M, Atkinson KR, Dixon G, Yates A.** The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Paediatric anaesthesia*. 2002;12(2):124-30.
- 6. Dreger VA, Tremback TF.** Management of preoperative anxiety in children. *AORN journal*. 2006;84(5):778-80, 82-6, 88-90 passim; quiz 805-8.
- 7. Voepel-Lewis T, Burke C, Hadden SM, Tait AR, Malviya S.** Nurses' diagnoses and treatment decisions regarding care of the agitated child. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2005;20(4):239-48.
- 8. Wennstrom B, Hallberg LR, Bergh I.** Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):96-106.
- 9. Chan CS, Molassiotis A.** The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatric anaesthesia*. 2002;12(2):131-9.
- 10. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV.** Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD006447.
- 11. Nilsson U.** Föräldrars uppfattning av vården vid barnets narkos och oppvakning : en studie av personalens bemötande, föräldrars oro och behovet av preoperativ och postoperativ information. *Vård i Norden*. 1999;19(4):20-5.
- 12. Kjellin A.** Utvärdering av utökat föräldradeltagande inom barnkirurgisk vård Vård i Norden. 2002;22(2):38-42.
- 13. Romino SL, Keatley VM, Secrest J, Good K.** Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN journal*. 2005;81(4):780-3, 5-9, 92; quiz 93-6.
- 14. Voepel-Lewis T, Tait AR, Malviya S.** Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2000;15(1):6-11.
- 15. Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter MB.** Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? *Anesthesiology*. 1998;89(5):1147-56; discussion 9A-10A.
- 16. Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Krivutza DM, Hofstadter MB.** Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. *Anesthesiology*. 2000;92(4):939-46.
- 17. Chorney JM, Torrey C, Blount R, McLaren CE, Chen WP, Kain ZN.** Healthcare provider and parent behavior and children's coping and distress at anesthesia induction. *Anesthesiology*. 2009;111(6):1290-6.

18. **Li HC, Lopez V, Lee TL.** Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient education and counseling.* 2007;65(1):34-41.
19. **Zuwala R, Barber KR.** Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA journal.* 2001;69(1):21-5.
20. **Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M.** Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric anaesthesia.* 2000;10(5):477-86.
21. **Lindberg S, von Post I.** From fear to confidence: children with a fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment. *Journal of Advanced Perioperative Care.* 2006;2(4):143-51.
22. **Wollin SR, Plummer JL, Owen H, Hawkins RM, Materazzo F, Morrison V.** Anxiety in children having elective surgery. *Journal of pediatric nursing.* 2004;19(2):128-32.
23. **Lonnqvist PA, Morton NS.** Paediatric day-case anaesthesia and pain control. *Current opinion in anaesthesiology.* 2006;19(6):617-21.
24. **Ko YP, Huang CJ, Hung YC, Su NY, Tsai PS, Chen CC, et al.** Premedication with low-dose oral midazolam reduces the incidence and severity of emergence agitation in pediatric patients following sevoflurane anesthesia. *Acta anaesthesiologica Sinica.* 2001;39(4):169-77.
25. **Davidson A, McKenzie I.** Distress at induction: prevention and consequences. *Current opinion in anaesthesiology.* 2011;24(3):301-6.
26. **Østgaard G, Ulvik A.** Anestesi til barn. *Tidsskrift for den Norske lægeforening.* 2010;130(7):752-5.
27. **Kvale S, Rygge J, Brinkmann S, Anderssen TM.** Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
28. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003.
29. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today.* 2004;24(2):105-12.
30. **Brinchmann B.S. (red)** Etikk i sykepleien. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.

Faktaboks forfattere

Karin Hartviksen:

Utdannet ved Nordland sykepleierhøgskole 1995

Videreutdanning som anestesisykepleier 2000/01

Erfaring som sykepleier ved medisinsk avdeling og akuttmottak/AMK, videre som anestesisykepleier i anesthesiavdelingen ved Nordlandssykehuset fra 2001.

Vært lærer ved spesialutdanning for anestesisykepleiere, Høgskolen i Bodø.

Anestesisykepleier i anesthesiavdelingen, Asker og Bærum sykehus fra 2009.

Mastergradsstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland

Erlend Hagenes:

Utdannet ved Nordland sykepleierhøgskole -90

Spesialutdanning som intensivsykepleier -95

Videreutdanning i helseadministrasjon og krise/beredskapsledelse

Bakgrunn fra intensivavdeling, hjerteovervåkning og legevakt

Lærer ved spesialutdanning for intensivsykepleiere, Universitetet i Nordland

Studieansvarlig ved Krise og Beredskapsledelse, Universitetet i Nordland

Mastergradsstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland

Berit Støre Brinchmann

Professor, Universitetet i Bodø

Forfatterdata:

Karin Hartviksen

Jernbaneveien 125, 1369 Stabekk

Tlf: 90 98 56 00

Epost: Karinhartviksen@mac.com

Erlend Hagenes

Olaveien 20 A, 8008 Bodø

Tlf: 97 63 00 51

Epost: Erlend.Hagenes@uin.no

Berit Støre Brinchmann

Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland

8049 Bodø

Tlf: 91 61 60 21

Epost:Berit.Store.Brinchmann@uin.no

Artikkel nr. II

Populærvitenskapelig artikkel

Tryggere barn – sykepleierens utfordring

En stor del av norske barn gjennomgår i løpet av sine første leveår mindre kirurgiske inngrep, som for eksempel fjerning av falske mandler eller innsetting av dren i ørene. Noen av disse barna opplever utrygghet gjennom et slikt operasjonsforløp, og for enkelte barn og foreldre kan en slik rutinesak oppleves både opprivende og truende. Vi har sett på hva spesialsykepleiere hver for seg og i felleskap kan gjøre for å minske utryggheten og gjøre dette til en bedre opplevelse.

Presentasjon og motivasjon

Vi er to spesialsykepleiere med erfaring fra henholdsvis anestesi og intensivfaget hvor operative forløp knyttet til små barn er en sentral del av arbeidshverdagen. Vårt inntrykk er at barn og deres foreldre ofte har knyttet en god del usikkerhet og redsel til det vi kaller for enkle inngrep. Som studenter ved mastergradsutdanning i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland valgte vi derfor å se nærmere på hvilke faktorer som kan bidra til å skape tryggere barn i et operativt forløp der både anestesi og intensivfaget inngår. Nysgjerrighet på noe er ofte en god drivkraft og vi er nå i ferdigstillingen av selve masteroppgaven som tar utgangspunkt i nettopp dette temaet.

Metode

For oss stod det tidlig klart at vi kunne ikke bare forholde oss til litteratur og artikler hvis vi skulle kunne gå i dybden på dette temaet, vi måtte ut i felten og snakke med andre spesialsykepleiere med lang fartstid i forhold til barn som gjennomgår en operasjon. Ideen vår var å samle kunnskap om hva som gjør barn utrygge og hvordan vi på sykepleiernivå kan komme utryggheten til våre små pasienter i møte. Vi tok kontakt med tre større sykehus i Norge og spurte om å få gruppeintervjue spesialsykepleiere og vi ble møtt med stor velvilje. I løpet av kort tid var fokusgruppeintervjuene planlagt (1). Vi utarbeidet en intervjuguide og formelle forhold ble avklart. Selve intervjuene fant sted i grupper med opp til 6 deltagere og varte rundt halvannen time. I etterkant ble intervjuene renskrevet, og våre funn ble delt opp i hovedkategorier. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse av funnene (2). Disse funnene er drøftet opp i mot kjent teori innen fagfeltet i selve masteroppgaven.

Hva fant vi ut?

I utgangspunktet hadde vi en førforståelse som i stor grad baserte seg på våre egne opplevelser som spesialsykepleiere. Vi måtte etter hvert innse at vi ikke hadde sett hvor omfattende dette problemområdet er og hvor mange ulike komponenter som spiller inn. For å systematisere våre data delte vi inn svarene vi fikk i tre ulike hovedkategorier. Den første kategorien er forholdet mellom foreldre og barn. Den andre kategorien er samspeillet mellom sykepleieren og barnet, mens den siste kategorien inneholder mer systemavhengige forhold.

Barna og foreldrene

Flere av barna vi tar i mot for operasjon er i ulik grad urolig, stresset eller engstelig. Dette er godt dokumentert i litteratur (3). Sykepleierne vi intervjuet bekreftet at dette også var den opplevde virkelighet hos dem. Vi hadde en formening om at utrygghet er en smittsom følelse. Dette bekreftet våre respondenter som alle rapporterte om hvor tydelig det fremsto når foreldrene var utrygg og hvordan dette påvirket barna. Foreldrenes utrygghet smittet over på barna slik at utrygge barn kunne få forverret sin opplevelse gjennom at de ikke bare måtte forholde seg til sin egen utrygghet, men også til foreldrenes. For spesialsykepleieren blir det dermed en betydelig tilleggsoppgave å måtte håndtere foreldrenes utrygghet på en god måte.

Bakgrunnen for denne utryggheten kan spores i ulike årsaksforhold. Tidligere møter med helsevesenet kan ha gitt både positiv og negativ erfaring som mange har med seg. Videre er informasjonen i forkant av operative inngrep av veldig varierende karakter. Noen barn får tilsendt informasjonsbrosjyrer med illustrasjoner og bilder i forkant. Andre sykehus sender ikke ut noen informasjon. Det finnes altså svært ulik praksis for hvordan denne type informasjon gis ut i forkant av sykehusoppholdet.

En felles ide fra mange av sykepleierne som vi intervjuet var at det burde utarbeides en DVD tilpasset barn som forklarte i grove trekk forklarte hva som skulle skje på operasjonsdagen. Denne kunne barnet se på hjemme i trygge omgivelser sammen med sine foreldre forut for oppholdet og på den måten være bedre forberedt. Et godt tips i så måte er å se hva svenskene har fått til ved Astri Lindgrens barnsjukhus. Der kan man i forkant av sykehusoppholdet oppsøke en webbasert informasjonsside spesifikt designet for barn (4).

I intervjuene fremkom det at foreldres opptreden og væremåte i enkelte situasjoner kan fremstå som svært tydelig og markerende. Konsekvensen av dette er at i gitte situasjoner opplever spesialsykepleieren seg selv som utrygg i sin yrkesrolle i møtet med disse foreldrene.

Barnets møte med spesialsykepleieren under operasjonsforløpet

Alle intervjugruppene er enig i at den ideelle målsetting er å få alle barn til å føle seg trygg og ivaretatt under sykehusoppholdet. Samtidig er dette en noe urealistisk målsetting å forholde seg til i det virkelige liv, hvor barns utrygghet er et velkjent moment i arbeidsdagen. Likevel skal vi ha fokus på temaet og ha en erkjennelse om at man ikke alltid er flink nok til å ivareta barns utrygghet. Dette må være noe man tør snakke om i faglige fora og ha et ønske om gjøre noe med.

Barna må oppleve seg ivaretatt i et system som virker tillitsinnbydende og hvor de ser at ”ting går på skinner”. Nøling, ventetid, lange pauser og ubegrunnede stopp kan til utrygghet. Videre må barnet oppleve at sykehuspersonellet samarbeider godt med hverandre, og har faste prosedyrer/rutiner som de forholder seg til. Alle handlinger må være mest mulig forutsigbare og i tråd med den informasjonen som er gitt i forkant.

Vanlig folkeskikk omkring møtet med og dialogen med barna var noe alle respondenter vektla. Å hilse, ta i hånda, bryte kunstige barrierer og ha en god dialog om dagligdagse ting i et hverdagslig språk er noe alle de som møter barn må beherske. Om man hilser på barna eller de medfølgende foreldre først er i grunnen uvesentlig, det viktige er at de føler seg sett og hørt på en måte som inkluderer dem i det som skal skje. Å overse barnet vil være å betrakte som en unnlattelsessynd. Videre kan et bevisst språkbruk ha en effekt gjennom å unngå spørsmål med negativt ladde ord som ”vondt”, ”smerte”, ”kvalm”. I stedet kan man kunne fokusere på andre og mer avledende faktorer i samtalen.

Klarer man å inkludere barnet selv i små praktiske ting som skal utføres, så virker dette i seg selv tillitsinnbydende og bidrar til mestring når barnet føler det bidrar selv. Enkle handlinger som at de får dra i dørsnora selv til at de får prøve å sette maska si på fjeset til foreldre eller seg selv kan være nyttige.

Av de mer kjente virkemidler er bruk av lokalbedøvende krem sentralt. Dette må gjerne suppleres med at bamse eller kosedyr følger med inn på operasjonsstua. Lek med sykehusutstyr og ”operere” bamsen sin selv ble rapportert som gode tiltak. I etterkant er det premiering med diplom, medalje eller leker som ungene kan ha med hjem som synlige bevis, noe som blir satt stor pris på.

Nytt for oss var tanken på å tenke alternativt om sykehusbekledning. Tatt i betraktning at de færreste barn er sterilvasket og at kosedyr ofte er tunge bakteriebærere, er det ingen grunn til at man skal bruke sykehusbekledning under enkle inngrep. La barna bruke sin egen favoritt T-skjorte hjemmefra under inngrepet, og mye er gjort bare med et så enkelt tiltak.

Det har vært prøvd mange ulike metoder for å få barn trygge på sykehus. Eksempelvis har sykehus i USA egne sykehushunder til bruk for barn i operasjonsforløp. Klovnedoktorer, avledningsmanøvre og mer kuriøse utspill har hatt sin tid, felles for våre respondenter var at dette var de skeptisk til. Unger ønsker seg heller forutsigbarhet og ærlighet. Fokuset på ærlighet var gjennomgående i intervjugruppene: ikke lyv ovenfor barnet, usannheter vil bli gjennomskuet og graden av tillit vil synke i takt med dette. Og husk navnet på den enkelte når man snakker til barnet. God sykepleie er å skape en god relasjon til barnet preoperativt. Erfaringen til alle respondentene var at barnet som regel våkner opp i den tilstand det sovnet i.

Hvordan er forholdene på det enkelte sykehus?

Å skape trygge barn tar tid. Våre respondenter er personell med lang fartstid i sykehus, og har opplevd hvordan kravet til produksjon og effektivitet har økt gjennom sin yrkeskarriere. Merkbart var det når sykehusene ble omdannet til helseforetak i 2004, med helt nye krav til pasientgjennomstrømming og funksjonsfordeling. Barnepasienter har ikke gått klar av denne utviklingen og personalet gir et jevnt bilde av at de opplever at de ikke får brukt tid nok på det enkelte barn. Konsekvensen er at barn som er spesielt utrygge og dermed tidkrevende, ikke får den oppfølging som er ønskelig.

Previsitt er et trygghetsskapende tiltak som oppleves som svært viktig. Sykepleiere ved de sykehus som har hatt previsitt påpeker hvor godt dette tiltaket virker, og dette ble behørig trukket fram som en av de viktigste trygghetsfremmende faktorer. Personalet reagerte nå på at denne ordningen er under press og søkes avvirket av effektivitetshensyn.

De var tydelig på at effekten var negativ: ” *Vi tar imot flere utrygge foreldre på operasjonsstuen nå og dermed flere utrygge barn i de tilfeller hvor barna ikke har fått previsitt*”

Samarbeid på tvers av poster og yrkesgrupper ble vektlagt av flere informanter. At rutiner omkring medisiner, pasienthåndtering og direkte omsorg henger sammen mellom enhetene er viktig. Dette slik at pasient og foreldre opplever dette på en måte som ikke gjør overgangen mellom enhetene vesentlig. I klassisk sykepleiertenkning har man lett for å sette opp bårer mellom pre/per/postoperativ sammenheng, men et barn eller en forelder vil ikke oppleve dette som adskilte bårer men som en helhetlig opplevelse. Dermed kan det godt være grunnlag for at anesthesi og intensivpersonell ser til barnet preoperativt, og at anestesipersonell gjerne tar en postvisitt.

Videre mener respondentgruppene at en lekeoperasjonsstue kan være en god ide. Man kan innrede et rom eller et hjørne av et venterom med pasientseng, medisinsk engangsutstyr og overvåkningsutstyr. Dette gjøres tilgjengelig for barna i forkant av operasjonen og de vil kunne leke og gjøre seg fortrolig med utstyret. Også foreldrene kan delta i dette og besøket kan gjerne gjøres noen dager i forkant av inngrepet slik at barnet får en større grad av fortrolighet til den forestående sykehusinnleggelsen.

Konklusjon

Med enkle grep kan barn gjøres tryggere på sykehus. Med en godt planlagt og vel gjennomført operasjonskjede kan innleggelsen oppleves som mindre truende. I stor grad er det sykepleieren som er styrende for fremdriften i operasjonsforløpet. Den enkelte spesialsykepleier har et klart ansvar i hvordan hun møter barnet og foreldre, både knyttet til væremåte og faglig gjennomføring. Vi må kunne våge å tenke litt utradisjonelt og ta nye grep i bruk som kan ha stor positiv effekt for pasienten

Referanser

1. **Kitzinger J.** Introducing focus groups. *British Medical Journal*. 1995;311:299-302.
2. **U.H. Graneheim BL.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2003;24:105-12.
3. **Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV.** Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD006447.
4. **Karolinska sjukhuset. Stockholm.** Narkoswebben. (<http://www.narkoswebben.se/>)

Faktaboks forfattere

Karin Hartviksen

Utdannet ved Nordland sykepleierhøgskole 1995

Videreutdanning som anestesisykepleier 2000/01

Erfaring som sykepleier ved medisinsk avdeling og akuttmottak/AMK, videre som anestesisykepleier i anesthesiavdelingen ved Nordlandssykehuset fra 2001.

Vært lærer ved spesialutdanning for anestesisykepleiere, Høgskolen i Bodø.

Anestesisykepleier i anesthesiavdelingen, Asker og Bærum sykehus fra 2009.

Mastergradsstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland

Erlend Hagenes

Utdannet ved Nordland sykepleierhøgskole -90

Spesialutdanning som intensivsykepleier -95

Videreutdanning i helseadministrasjon og krise/beredskapsledelse

Bakgrunn fra intensivavdeling, hjerteovervåkning og legevakt

Lærer ved spesialutdanning for intensivsykepleiere, Universitetet i Nordland

Studieansvarlig ved Krise og Beredskapsledelse, Universitetet i Nordland

Mastergradsstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Tabeller med oversikt over litteratursøk.

Vedlegg nr. 2: Forespørsel om deltakelse i intervju.

Vedlegg nr. 3: Informasjon om prosjektet.

Vedlegg nr. 4: Samtykkeskjema om informert og frivillig deltakelse.

Vedlegg nr. 5: Intervjuguide.

Vedlegg nr. 6: Meldeskjema Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg nr. 7: Tilbakemelding på prosjektet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vedlegg nr. 8: Forfattererklæring vitenskapelig artikkel.

Vedlegg 1: Oversikt over tidligere forskning, sortert etter metode og årstall.

Tabell 1: Kvantitative studier

Forfatter Pub.år Land	Hensikt	Metode	Resultat	Hvordan vi fant artikkelen
Raaum Hovde m.fl. 2011 Norsk	Undersøke norske sykepleieres og spesialsykepleieres kunnskaper og holdninger til smerter hos barn.	Kvantitativ Tverrsnitts us. Spørreskjema N = 183 Sykepleiere og spesial-sykepleiere	Godt teoretisk kunnskapsnivå. Imidlertid et gap mellom kunnskap og vurderinger som gjøres. En holdningsendring er nødvendig for å stole på pasientens egenvurdering av smerten og administrere tilstrekkelig mengde smertestillende medikamenter.	Tidsskriftet sykepleien forskning
Chorney MacLaren et.al. 2009 Canada	Hvordan påvirker oppførsel til foreldre og helsepersonell barns evne til å mestre stress under innledning av anestesi.	Kvantitativ Video opptak. Koding med statistisk analyse. N= 293 barn.	Hvordan voksne oppfører seg påvirker barnas evne til å mestre stress. Voksne som har en emosjonell oppførsel: Som stryker på barnet og gir forsikringer var betydelig relatert til nedsatt mestring av stress hos barna. Mens distraksjon, utenomstakk og humor førte til økt mestring av stress.	Snøball- metoden: Referet til i artikkelen fra Davidson og Mckenzie
König et.al. 2009 USA	Undersøke om det er forskjell på to ulike anestesimetoder i forhold til barns postoperative tilstand. Sammenligne inhalasjonsanestesi med intravenøs anestesi. Måle forekomst av uro, postoperativ kvalme og oppkast, behov for sykepleie-intervensjon, tid på postoperativ avdeling og foreldrenes tilfredshet.	Kvantitativ RCT Dobbelt-blindet N = 179 barn	Ingen forskjell på de to ulike anestesiformene i forekomsten av postoperativ uro og agitasjon. Sevoflurane inhalasjons anestesi ga imidlertid økt forekomst av postoperativ kvalme og oppkast med påfølgende økt behov for sykepleietiltak. Foreldrenes tilfredshet var like god i begge gruppene.	Søk i PubMed
William Li HC et.al. 2007 Kina	Undersøke om terapeutisk lek har effekt på barns mestring av dagkirurgiske inngrep.	Kvantitativ RCT N = 203 barn	Barna som lekte terapeutisk var betydelig mindre engstelige pre- og postoperativt. Konklusjonen er at integrering av terapeutisk lek for å forberede barn på kirurgi er en viktig komponent i helhetlig og god sykepleie.	Søk i Cochrane Library

Kain et.al. 2006 USA	Hypotesen er at barn som er nervøse og engstelige preoperativt får en lengre og mere smertefull postoperativ periode.	Kvantitativ Kohort studie N = 241 barn	Preoperativ engstelse hos barn er assosiert med en mer smertefull postoperativ fase og høyere insidens av søvnløshet og andre problemer.	Snøball metoden
Vagnoli et.al. 2005 USA	Bruk av klovnedoktorer som avledningsmanøver. Undersøke om det virker beroligende på barn og foreldre med en klovn tilstede under innledning av anestesi?	Kvantitativ RCT N = 40 barn	Tilstedeværelse av klovner under innledning av anestesi var et effektivt tiltak for å redusere barns engstelse. Forskerne oppmuntrer til bruk av klovner som distraksjon.	Snøball metoden: Referert til i review fra Yip et.al, Lonnquist & Morton og i Davidson & McKenzie
Voepel-Lewis et.al. 2005 USA	Evaluere sykepleieres diagnoser og behandling av urolige barn postoperativt.	Kvantitativ Observasjon studie N = 194 barn	Studien underbygger kompleksiteten ved urolige barn postoperativt. En algoritme basert på resultater fra denne studien er beskrevet som en potensiell hjelp i diagnostisering av årsak med påfølgende valg av sykepleie-intervensjon.	Søk i PubMed
Wollin et.al. 2004 Australia	Generell anestesi har blitt rapportert som det mest skremmende ved et sykehusopphold. Hvilke faktorer er med på å øke barnas engstelse? Hva kan helsepersonell gjøre for å redusere denne engstelsen? Hva kan hjelpe barn til å mestre dette bedre?	Kvantitativ Strukturerte intervju av foreldre og barn. N = 120	Det mest skremmende med sykehuset var nåler. Mange ukjente tildekket med luer og munnbind virker også skremmende. Lang ventetid forverrer engstelsen. En må unngå å ha samme lokale til de som er operert og de som skal opereres. Det beste med sykehuset var noe godt å spise operasjonen. Samtaler direkte mellom barnet og sykepleiere eller leger reduserer engstelse. Leker, bøker, farger gir et barnevennlig miljø.	Søk i CINAHL
Chan og Molassiotis 2002 Kina	Mange foreldre føler et stort ubehag og er engstelige når de følger barnet sitt ved innledning av anestesi. Undersøkelsen ser på om det er hensiktsmessig med et preoperativt informasjonsprogram.	Kvantitativ Quasi-eksperimentell pre-posttest design N= 50 foreldre	Studien foreslår et opplæringsprogram for å forberede foreldre på barns anestesi og oppvåkning. Tilbud om besøk på enhetene og god informasjon kan redusere engstelse og gi økt tilfredshet for foreldre.	Søk i PubMed

Bellew et.al. 2002 England	Kan utgivelse av en informasjonsbrosjyre bedre informasjonen og på den måten redusere engstelse og øke tilfredshet?	Kvantitativ Spørreskjema Kontroll og intervensjons gruppe. N=183 foreldre	Informasjonsbrosjyrer kan redusere engstelse og øke tilfredshet, men kan ikke erstatte verbal informasjon. Studien medførte at det rutinemessig blir gitt ut en informasjonsbrosjyre.	Søk i PubMed
Ko et.al. 2001 Taiwan	Det er rapportert høy forekomst av postoperativ agitasjon hos barn som har fått inhalasjonsanestesi med Sevoflurane. Årsaken til dette er ukjent. Hypotesen er at oppvåkningen fra sevoraneanestesi er for rask, og at dette kan være en medvirkende faktor til postoperativ agitasjon.	Kvantitativ RCT Singel blindet N= 88 barn	Premedikasjon med midazolam er effektivt for å dempe forekomsten av sevoraneindusert agitasjon. Det forsinkes ikke utskrivningen fra postoperativ avdeling. Bruk av Midazolam som premedikasjon passer for dagkirurgiske inngrep.	Søk i Cochrane Library
Zuwala og Barber 2001 USA	Kan en informasjonsvideo som viser innsovning av barn redusere angst og bekymring hos foreldre preoperativt?	Kvantitativ RCT N= 40	Bruk av informasjonsvideo kan redusere engstelsen for foreldre. Å redusere foreldres engstelse kan ha en positiv effekt på barns opplevelse av trygghet i den postoperative fase.	Søk i Cochrane Library
Hatava et.al. 2000 Sverige	Kan et forberedelses-program bedre forståelsen av informasjon og dermed redusere engstelse? Halvparten av barna mottok vanlig verbal informasjon fra en "øre, nese, hals sykepleier". De resterende barna deltok i et utvidet forberedelsesprogram med spesifikk informasjon, rollespill og et besøk på klinikken før behandlingsdagen.	Kvantitativ Spørreskjema. N= 160 barn og deres foreldre	De som deltok i det utvidede programmet indikerte en klar forbedring av kunnskap. I forhold redsel viste studien en positiv effekt av programmet, spesielt for de yngre barna under 5 år. Sprøytetikk i forbindelse med premedikasjon og innleggelse av venekanyler var den mest negative enkeltopplevelsen for alle barna som deltok i studien. Foreldre angav mer tilfredshet og mindre engstelse etter å ha mottatt spesifikk informasjon og gått gjennom forberedelses-programmet.	Søk i Cochrane Library
Kain et.al. 2000 USA	Hva har best effekt? Foreldres tilstedeværelse under innledning av anestesi i tillegg til sederende premedikasjon versus kun sederende premedikasjon.	Kvantitativ RCT N=103 barn	Foreldenes tilstedeværelse som tillegg til oral midazolam har ingen tilleggseffekt for å redusere barns nivå av engstelse. Imidlertid kunne en se at foreldre som fulgte barnet til operasjonssalen var mindre engstelige og mer tilfredse.	Snøball metoden: Referert til i review fra Yip et.al. og i artikkel fra Wennstrøm et.al.

Sherwin et.al. 2000 USA	Studien undersøker om det er noen effekt av midazolam ved ketamin sedasjon ifht postoperativ uro.	Kvantitativ RCT Dobbelt blindet N= 104 barn	Effekten på sedasjonen og tid til oppvåkning var lik i begge gruppene. Postoperativ uro etter ketamin sedasjon har en betydelig sammenheng med tilstanden til barnet før sedasjonen blir gitt. Denne studien viste ikke målbar effekt av å gi midazolam for å unngå postoperativ uro.	Søk i Cochrane Library
Voepel-Lewis et.al 2000 USA	Kan foreldrene forutsi hvordan barnet vil oppføre seg i forbindelse med operasjon? Hensikten med spørsmålet er å finne ut hvordan en best mulig kan gi barnet anestesi, trenger barnet premedikasjon eller hjelper det kanskje å ha en forelder i lag med seg under innledningen av anestesi?	Kvantitativ Observasjonstudie N = 252 barn	Foreldrene kan ofte forutsi hvordan barnet vil reagere perioperativt og bør bli hørt. Et samarbeid mellom foreldre og helsepersonell gir gjerne den beste løsningen for barnet.	Snøball metoden
Nilsson 1999 Sverige	Å beskrive og forstå hvordan en gruppe foreldre oppfatter omsorgen som gis til deres barn i forbindelse med anestesi og oppvåkning. Å beskrive foreldrenes oppfatning om den preoperative informasjonen i forhold til deres behov for informasjon. Å beskrive og få en forståelse for den eventuelle uro som finnes rundt det å være med barnet sitt når det får narkose og opereres. Ut fra disse kunnskapene forbedre omsorgen, forståelsen, den preoperative informasjonen samt den postoperative oppfølgingen etterpå.	Kvantitativ Spørreskjema med plass for utfyllende kommentarer N = 80 foreldre	Foreldrene opplevde størst uro ved innledning av anestesi, da de forlot barnet og ventet mens barnet var i narkose. Minst uro opplevdes da de var sammen med barnet på oppvåkingsavdelingen og tiden inne på mottaksavdelingen. Nesten 1/3 kjente engstelse eller uro i forbindelse med at barnet skulle opereres. Noen var misfornøyde med miljø, personalet, rektal premedisinering, informasjon og den lange ventetiden. Det var en stresset atmosfære og "det gikk på løpende bånd". Forfatteren konkluderer med at foreldre og barn må sees på under ett, som en sammenhengende helhet.	Søk i Norart
Kain et.al. 1998 USA	Undersøke hva som har best effekt på å minske barns postoperative uro: Foreldres tilstedeværelse under innledning av anestesi eller sederende premedikasjon?	Kvantitativ RCT N = 88 barn	Oral midazolam før kirurgi er mer effektivt som tiltak enn foreldrenes tilstedeværelse i forhold til å redusere engstelse.	Snøball metoden: Referert til i artikkel til König et.al. , Wennstrøm et.al., Romino et.a og i rewiev fra Yip et.al.

Tabell 2: Kvalitative studier

Wennström et.al 2008 Sverige	Undersøke hva det betyr for barn å komme på sykehus for å få utført dagkirurgisk operasjon. Bruk av perioperativ dialog med barn NB: Alder på barna i denne studien er 6-9 år, men vi tar den med da vi mener at resultatene også kan overføres til yngre barn.	Kvalitativ Grounded theory Semi-strukturerte intervju, observasjoner, feltnotater og tegninger fra barna N = 20 barn	Preoperativt er barna redd for det ukjente. De føler seg presset inn i en uforutsigbar og stressende situasjon. De blir avskåret fra sine hverdagslige rutiner og forsøker å få kontroll på situasjonen. Konklusjon; Dersom den perioperative dialogen som er brukt i dette studiet overføres til klinisk praksis kan en minske stress og forberede barn på den store stressfaktoren som er ”det ukjente”.	Søk i CINAHL
Lindberg og von Post 2006 Sverige	Tidligere dårlige erfaringer fra sykehus kan føre til redsel for narkose. Kan en perioperativ dialog med en anestesisykepleier noen dager forut for inngrepet hjelpe barn til å mestre denne frykten? Hvordan opplever barna en slik dialog? NB: Alder på barna i denne studien er 8-19 år, men vi tar den med da vi mener at resultatene også kan overføres til yngre barn.	Kvalitativ Hermeneutisk tilnærming, Direkte observasjoner og intervjuer. 35 barn .	Preoperativ dialog er et godt tiltak for å minske redsel. Kontinuitet i omsorgen økte barnas tillit. Barna fikk også økt tiltro når de ble gitt tilstrekkelig med tid, opplevde å bli tatt seriøst, fikk delta i avgjørelser, fikk anledning til å hjelpe til med det de kunne og fikk vite at det skulle gå bra. Videre satt pris på å møte en kjent person igjen når de skulle tilbake på sykehuset for inngrepet.	Søk i CINAHL
Kjellin et.al. 2002 Sverige	Foreldrenes deltakelse ved sykehusinnleggelse av barn. Betrakte forløpet sett ut fra foreldrenes perspektiv.	Kvalitativt Semi-strukturerte intervju. N = 19 foreldre	Viktig å lytte til foreldrene, avklare roller og forventninger. Individuelle tilpasninger.	Tidsskriftet Vård i Norden

Tabell 3: Reviewartikler

Davidson og McKenzie 2011	Barns bekymringer og engstelse under induksjon av anestesi er i økende grad sett på som uakseptabelt og at dette kan forebygges.	Review Oppsummerer et ukjent antall ”signifikante” artikler publisert i 2009 og 2010	Nye målemetoder gjør at anestesipersonell bedre kan vurdere hvilke tiltak som har effekt på å minske engstelse hos barn i den perioperative periode,. Studier viser at ikke-farmakologiske tiltak har moderat effekt og at sederende premedikasjon er mer effektivt.	Søk i CINAHL
Frisch et.al 2010 USA	Sykepleierens rolle ved forberedelse av barn og foreldre som skal til dagkirurgiske inngrep.	Litteratur review basert på 28 artikler	Sykepleiere har en viktig rolle ved å gi preoperativ informasjon. Informasjon kan redusere opplevelsen av utrygghet både for barn og foreldre.	Søk i PubMed
Yip et.al. 2009 Australia	Ikke-farmakologiske metoder for å redusere engstelse kan gjøre at en unngår bivirkninger fra premedikasjon. Det ble sett på effekten av foreldrenes tilstedeværelse under innledning av anestesi, forberedelser med bruk av data for barn, håndholdte videospill, klovnedoktorer, bruk av hypnose på barn, akupunktur på foreldre, få sensoriske stimuli og musikkterapi.	Artikkel Review Inkluderer 17 studier, totalt 1796 deltakere: Barn, foreldre eller begge.	Foreldres tilstedeværelse under innsovning reduserer ikke barns engstelse. Akupunktur på foreldre, klovnedoktorer, hypnose, få sensoriske stimuli og bruk av små videospill må undersøkes nærmere.	Søk i Cochrane Library
Dreger og Tremback 2006 USA	”Home study program” Opplærings-program om preoperativ engstelse hos barn	Basert på artikkel review og erfaringer	Med et estimert utgangspunkt i at 60 % av barn opplever signifikant engstelse før anestesiinduksjon og kirurgi – skaper dette utfordringer i å ivareta barn på en god måte i et travelt helsevesen.	Søk i PubMed
Lonnqvist og Morton 2006 Sverige	Dagkirurgiske inngrep til barn er økende. Hvordan er utviklingen innen anestesi for å imøtekomme denne utviklingen?	Litteratur-review og egne erfaringer	Nye metoder og medikamenter tillater utvidet bruk av dagkirurgi. Dette reduserer behovet for sykehusinnleggelse med de fordeler det gir barna.	Søk i PubMed
Romino et.al 2005 USA	Mange sykehus tillater ikke foreldre å være med under innledning av anestesi til barn på tross av at dette anbefales sterkt i litteraturen.	Artikkel review Inkluderer 14 artikler	Fordelene med å ha foreldre tilstede under innledning av anestesi krever at foreldrene er godt informert og forberedt.	Snøball metoden: Referert til hos Dreger og Tremback

Tabell 4: Annen relevant litteratur

Østgaard og Ulvik 2010 Norge	Strukturert gjennomgang med tanke på beskrivelse av anestesi til barn, med hovedvekt på det fysiologiske forløp.	Artikkel basert på lærebøker, artikler og erfaring fra klinisk arbeid	Barneanestesi bør foretas av erfarent personell, barna bør få informasjon på forhånd og previsitt. Forfatterne er positive til bruk av premedikasjon i gitte situasjoner.	Søk i Norart
Frode Weium 2003 Norge	Artikkel publisert i tidsskrift for den Norske legeforening. Om filmatiseringen av Odd Brochmanns bok "Marianne på sykehus" fra 1948 på oppdrag fra sosialdepartementet.	Historisk tilbakeblikk Beskrivelse av filmen fra 1950.	Filmen er en krysning av flere sjangre: Underholdning, dokumentar, opplysning og et politisk bidrag i filmformat for den norske velferdsstaten	Søk i Norart

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i intervju.

Søknad om intervju med spesialsykepleiere

Bakgrunn: Vi er to studenter ved Masterstudiet i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Bodø. I sammenheng med at vi skal gjennomføre en masteroppgave ønsker vi gjennomført ett intervju med erfarne spesialsykepleiere ved anestesi og intensive/postoperativ enhet. Formålet ved vår oppgave skal være å belyse om det gjennom praksis hos erfarne spesialsykepleiere finnes elementer i yrkesutøvelsen som kan virke fremmede på barns trygghet i et operasjonsforløp. Spesielt fokus under intervjuet vil være forhold som er lite/dårlig beskrevet i faglitteratur eller god praksis som i stor grad er individuell eller erfaringsbasert.

Problemstilling: Vi har fått godkjent problemstilling fra vår veileder professor Berit Støre Brinchmann med tittelen "Hvilke oppfatning har erfarne spesialsykepleiere om det å skape trygghet hos barn?" Ønske: Vi trenger å få frigitt 2-3 spesialsykepleiere fra henholdsvis anestesi og intensiv, til sammen 5-6 stk, til et felles gruppeintervju. Intervjuet vil finne sted på sykehusets område. Av hensyn til nødvendig deltagelse fra vår veileder må intervjuet skje på dagtid. Vi håper på et positivt felles svar.

Med hilsen

Karin Hartviksen og Erlend Hagenes

Vedlegg 3: Informasjon om prosjektet.

Informasjon om deltagelse i fokusgruppeintervju

Dette intervjuet er en del av vårt mastergradsarbeid i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Bodø. Vi har til hensikt å utarbeide en oppgave som skal fokusere på spesialsykepleieres rolle og forståelse av å skape trygghet hos barn i et pre/per/postoperativt forløp. Kartleggingen vil skje ved flere sykehus i Norge.

Prosjektets foreløpige problemstilling er:

Hvilke oppfatning har erfarne spesialsykepleiere om det å skape trygghet hos barn?

Vi vil fokusere på anestesi og intensivsykepleieres forståelse av trygghetsopplevelsen hos barn som pasientgruppe. Gjennom å intervju dere ønsker vi å kartlegge forhold og fenomen i utførelsen av deres yrkespraksis som kan belyse om hvordan dere går frem for å gi barn trygghet i operasjonsforløpet. Videre er vi spesielt opptatt av om dere som erfarne sykepleiere har ervervet kunnskap og erfaringer som nødvendigvis ikke er konkret beskrevet i litteratur eller annen forskning, men som kan gi en pekepinn på hvilke forhold nettopp dere mener fremmer tryggheten hos det enkelte barn i et operativt forløp.

Gruppeintervjuet vil foregå i sykehusets lokalteter og ha 4 – 6 deltagere. Tidsrammen er på om lag 90 minutter. Vi ønsker en mest mulig uformell form på intervjuet og dermed gi deltagerne størst mulig frihet til å komme med egne innspill. Veileder på vårt prosjekt er Berit Støre Brinchmann ved Høgskolen i Bodø.

Intervjuet er klarert med ledelsen ved den respektive avdeling, som også har også bistått oss i utvelgelsen av kandidater til intervjuet. Under selve intervjuet vil det gjøres opptak som lagres på båndspiller. Opptaket vil så renskrives i digital form og lydopptak vil så slettes når prosjektet er over innen 2011. Både din identitet som deltager i intervjuet og identiteten på hvilke sykehus intervjuene er gjort på vil bli anonymisert. Resultatene fra vårt studie vil dermed ikke kunne identifiseres til en gitt pasientsituasjon eller til et spesifikt sykehus når oppgaven er ferdig. Studiens resultater kan i tillegg til masteroppgaven bli publisert gjennom aktuelle tidsskrift og presentert på faglige konferanser.

Som deltagere i intervjuet møter du frivillig og under prinsippet om informert samtykke. Dette innebærer at du kan trekke deg når du måtte ønske det selv, uten å måtte oppgi noen grunn dette ovenfor noen.

Dersom det er noe du lurer på forøvrig vedrørende intervjuet eller prosjektet må du gjerne ta kontakt med en av oss. På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Karin Hartviksen og Erlend Hagenes

karinhartviksen@mac.com / erlend.hagenes@hibo.no

Vedlegg 4: Samtykkeskjema om informert og frivillig deltakelse.

Samtykkeerklæring

Prosjektets tittel: ”Trygghet hos barn gjennom et operasjonsforløp”.

Jeg har lest informasjonsskrivet og forstått premissene for intervjuet.
Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

.....
Sted

.....
Dato

.....
Underskrift

.....
Underskrift gjentatt med trykkbokstaver

Vedlegg 5: Intervjuguide.

Vårt utgangspunkt er at dette skal være et semistrukturert gruppeintervju. Det skal hverken være en åpen/ fri samtale, eller en lukket prosess med fastspikrede spørsmål som deltakerne skal respondere på. Vi ønsker en samtale hvor gruppen kretser rundt de aktuelle temaer vi ønsker belyst hvor respondentene får en slags guidet frihet til å komme med sine erfaringer og synspunkter.

Intervjuguiden skal være vårt hjelpemiddel i prosessen. Den skal sikre at vi tar med de tema vi tenker er relevant å gå inn på, samtidig som den standardiserer intervjuet slik at vi sikrer oss at de samme temaområder blir tatt opp i de ulike gruppeintervjuene.

I forkant av intervjuet bør vi ha gått igjennom en prosess som har sikret oss grunnleggende forståelse av hvorfor, hva og hvordan.

Hvorfor: Formålet med studien

Vi tror at det finnes kunnskap om hvordan man kan øke barns opplevelse av trygghet i et operasjonsforløp som nødvendigvis ikke er dokumentert, men som erfarne spesialsykepleiere bærer med seg i sin yrkespraksis. Formålet med studien og intervjuene er å finne ut mer om disse elementene.

Hva: Innhente forhåndskunnskap om det emnet som skal undersøkes.

Vi er begge erfarne spesialsykepleiere som har vår referanseramme omkring operasjonsavdelinger og den postoperative fase. Vi har begge håndtert barn i det operative forløp. I vårt mastergradsarbeid har vi på forhånd søkt etter kunnskap om temaet via litteratur i form av bøker og publiserte artikler. I disse intervjuene søker vi videre etter kunnskap fra erfarne spesialsykepleiere om hva som kan skape trygghet i et operativt forløp hos barn.

Hvordan: Innhente kunnskap om ulike intervju og analyseringsteknikker.

Gjennom den metodekunnskap vi har tilegnet oss gjennom studiet har vi bestemt oss for å bruke semistrukturert intervjuteknikk i gruppeform for å innhente data.

Selve intervjuet: De første minuttene er avgjørende. Vi starter med å presentere oss selv, og gjør rede for intervjuets formål.

Faglig orientering: Barn – trygghet - problemstillingen vår – forteller hva vi søker etter.

Vi må huske vår grunnholdning gjennom intervjuet: Vi skal være lyttende og avventende, samtidig må vi styre samtalen inn på de temaer vi ønsker belyst.

Intervjuets intervjuguide er delt opp i to deler: Forsknings spørsmål og intervju spørsmål. Forsknings spørsmålene er de spørsmål vi søker å finne svar på. De er de ”bakenforliggende” spørsmål som vi søker svar på. Disse forsknings spørsmål ligger til grunn for de spørsmål vi stiller til gruppen, heretter benevnt som intervju spørsmålene.

Forskningsspørsmål:

A: Klarer vi å skape full trygghet hos alle barn som skal opereres?

B: Hvilke tiltak ser dere gir best effekt i forhold til å skape trygge barn?

C: Er det tiltak som dere personlig har stor tro på men som er lite/ikke vektlagt i faglitteratur eller i sykehusets fremgangsmåte?

Intervju spørsmål:

A: Klarer vi å skape full trygghet hos alle barn som skal opereres?

A1: På hvilke måte kommer utrygghet til uttrykk hos barn?

A2: Opplever dere en sammenheng mellom barnets trygghet og foreldrenes trygghet?

A3: Er det akseptabelt for oss som sykepleiere at det er en viss grad av utrygghet hos de barna som skal opereres?

A4: Skal vi akseptere at det alltid vil være en viss andel av barna som føler seg utrygg uansett hva vi gjør?

A5: Går det an å si noe konkret om hva barn føler seg utrygg i forhold til? Hva er de engstelige for?

A6: Er utrygghet hos barn et stort eller et lite problem i det daglige – her på denne avdelingen?

Fortellinger:

Kan noen fortelle om en erfaring der sykepleietiltakene fungerte godt i forhold til det å skape trygghet hos barn?

Kan noen fortelle om en erfaring der sykepleietiltakene fungerte dårlig i forhold til det å skape trygghet hos barn?

B: Hvilke tiltak ser dere gir best effekt i forhold til å skape trygge barn?

B1: At barn skal føle seg trygge i forløpet er innarbeidet i måten vi håndterer barn på i mange avdelingsvise prosedyrer. Hvilke av de tiltakene man i dag gjennomfører rutinemessig mener dere har best effekt?

B2: Er noen av de faste tiltakene kompliserte å gjennomføre med tanke på det distinkte skillet pre/per/postoperativ fase?

B3: Mener dere at det er faste tiltak som gjennomføres som ikke har effekt/influerer på trygghetsfølelse?

B4: Er det tiltak som virker mot sin hensikt og dermed skaper utrygghet?

B5: Føler dere som sykepleiere dere faglig utrygge i møtet med barn?

C: Er det tiltak som dere personlig har stor tro på, men som er lite/ikke vektlagt i faglitteratur eller i sykehusets rutiner:

C1: Er det tiltak som ikke gjennomføres prosedyremessig som dere ut fra eget initiativ og erfaring har funnet ut har effekt og som dere praktiserer regelmessig eller i enkeltsituasjoner?

C2: Er det tiltak dere har tenkt på men ikke prøvd ut, som kanskje burde utprøves nærmere? Har dere innhentet tips/info fra andre sykehus i denne anledning?

Intervjuspørsmålene vil fordre at enkelte svar som gis følges opp av oppfølgende spørsmål. Disse styres av samtalens/intervjuets forløp og oppfølgingsspørsmål vil derfor i liten grad kunne planlegges i forkant.

Intervjuet avsluttes med en debrief. Her åpner vi for om det er noe mer intervjukandidatene ønsker å si mer om eller tilføye. Videre må det være åpning for at kandidatene får si noe om sin følelse av det å bli intervjuet.

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.2) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvilke oppfatning har erfarne spesialsykepleiere om det å skape trygghet hos barn?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Nordland	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Profesjonshøgskolen	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Berit	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Brinchmann	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	professor	
Arbeidssted	Høgskolen i Bodø	
Adresse (arb.sted)	Profesjonshøgskolen Hibo	
Postnr/sted (arb.sted)	8049 Bodø	
Telefon/mobil (arb.sted)	75517542 / 91616021	
E-post	berit.stoere.brinchmann@hibo.no	
		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Erlend	
Etternavn	Hagenes	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Olaveien 20 A	
Postnr/sted (privatadresse)	8008 Bodø	
Telefon/mobil	97630051 /	
E-post	Erlend.Hagenes@hibo.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	En undersøkelse om hvilke elementer som er sentral for å bidra til en trygg opplevelse hos barn som skal gjennom et enkelt operasjonsforløp ved somatiske sykehus. Vi ønsker å høste generelle erfaringer fra erfarne spesialsykepleiere som har fulgt barn i i denne sammenheng.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Utvalget	Erfarne spesialsykepleiere innen anestesi og intensivfaget, med minimum 5 års erfaring i å håndtere barn i operative forløp.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Avdelingsykepleiere på tilfeldige somatiske sykehus kontaktes pr telefon og mail. De respektive avdelingsykepleiere plukker ut en gruppe på sin avdeling bestående av erfarne spesialsykepleiere - noen intensivsykepleiere og noen anestesisykepleiere- i størrelsesorden 4-6 personer pr gruppe.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Avdelingsykepleiere på tilfeldig utvalgte sykehus i Norge. Kontaktes pr tif og mail.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	13-15, fordelt på 3 fokusgrupper.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse

8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Fokusgruppeintervju	

9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Legger intervjuguide ved som egen fil.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom

Hvis ja, hvilke?		bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input checked="" type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	PC-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord, og PC-en i et låsbart rom. Lydopptakene lagres på båndspiller, som er innelåst og slettes umiddelbart ved prosjektavslutning.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres</p> <p>Les mer om databehandleravtaler her</p>
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		

Prosjektperiode	Prosjektstart:01/01/2010	<p>Prosjektstart</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.</p> <p>Prosjektslutt</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.</p>
	Prosjektslutt:31/12/2011	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Datamaterialet er i utgangspunktet anonymisert da det ikke fremkommer identitet på intervjuobjekter eller hvilke institusjon de tilhører. Etter prosjektfullførelse slettes alt av lagret materiale.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
		Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Med egne midler.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Dette er en masteroppgave i klinisk sykepleie hvor vi er studenter ved Høgskolen i Bodø. ...tidsaspektet....	
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Berit Støre Brinchmann
Profesjonshøgskolen
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Vår dato: 25.11.2010

Vår ref:25533 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25533

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Hvilken oppfatning har erfarne spesialsykepleiere om det å skape trygghet hos barn?

Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder

Berit Støre Brinchmann

Erlend Hagenes

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.


Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Atle Alvheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Erlend Hagenes, Olaveien 20 A, 8008 BODØ



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25533

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men all den tid lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.


Forfattererklæring vitenskapelig artikkel


Erlend Hagenes, Karin Hartviksen og Berit Støre Brinchmann var ansvarlige for studiens planlegging og design. Erlend Hagenes og Karin Hartviksen gjennomførte datainnsamlingen og dataanalysen under veiledning av Berit Støre Brinchmann.

Erlend Hagenes og Karin Hartviksen skrev artikkelutkastet sammen. Berit Støre Brinchmann leste manus og kom med kritiske innspill. Alle forfatterne leste og godkjente det endelige artikkelutkastet.

Bodø 20.November 2011


Erlend Hagenes


Karin Hartviksen


Berit Støre Brinchmann