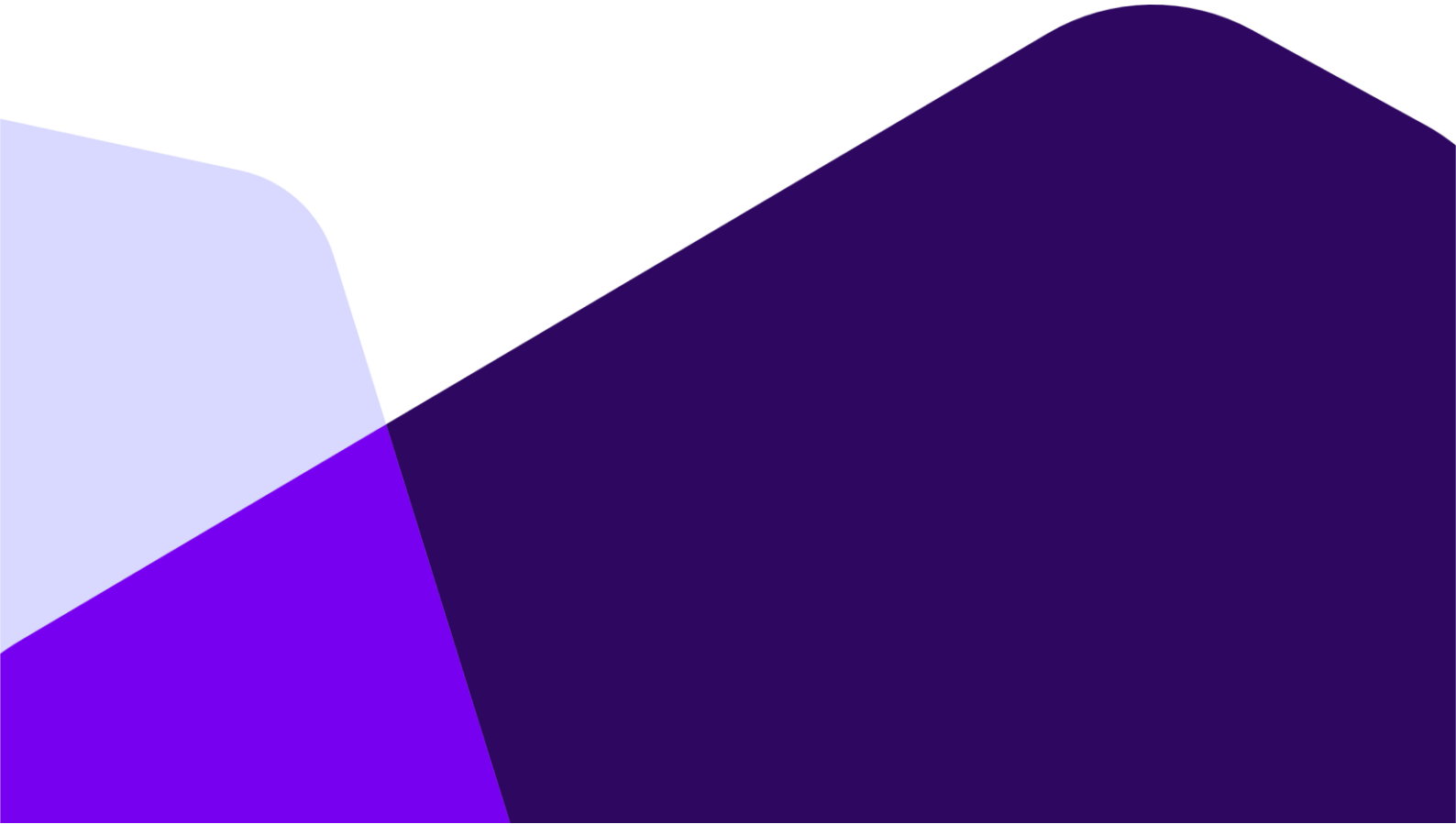


Monica Rogn Hegna og Ingvild Tufte

Superhelter i fremmed landskap

- En kvalitativ studie om foreldres rolle under innledning av barneanestesi



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Monica Rogn Hegna og Ingvild Tufte

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Introduksjon

Forskning viser at en stor andel barn og foreldre er engstelige før innledning av anestesi. Dette kan få konsekvenser for barnet i form av atferdsproblemer. Tidligere forskning om samspill mellom foreldre og anestesipersonell er noe mangelfull.

Hensikt

Hensikten med studien var å øke kunnskapen om foreldres rolle under innledning av anestesi til barn. Følgende problemstilling ble valgt for studien:

"Hvordan opplever anestesisykepleiere foreldres rolle under innledning av anestesi til barn?"

Metode

Det ble valgt et kvalitativt design med semistrukturelle individuelle intervjuer. Syv anestesisykepleiere med minimum tre års erfaring innenfor barneanestesi ble rekruttert fra to helseforetak. For opptak av intervjuene ble UiO sin diktafon app brukt. Dataene ble transkribert ved hjelp av nettskjema. Informantene skrev under informert samtykke. Analysemetoden som ble brukt var Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultater

Analysen av data resulterte i et hovedtema: *"superhelter i fremmed landskap"*. Det ble utviklet tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier.

Anestesisykepleierne erfarte at foreldre kunne skape trygge rammer for barnet ved innledning av anestesi. De kunne være en ressurs om de var godt forberedt og informerte på forhånd. Opplevelsen til anestesisykepleierne var at trygge foreldre formidlet trygghet til barnet og foreldres største ressurs var at de kjente barnet sitt.

Anestesisykepleierne gav uttrykk for at foreldre hadde behov for støtte for å finne sin plass på operasjonsstuen, slik at de kunne få bidra med sine ressurser inn i situasjonen. Anestesisykepleieren hadde en viktig rolle i å inkludere foreldrene og informere underveis

om hva som skulle skje. Anestesisykepleierne hadde en opplevelse av at foreldre kunne kjenne på gjennomføringspress og ydmykhet ovenfor helsevesenet.

Anestesisykepleierne erfarte at foreldre ikke alltid handlet til det beste for barnet. Angst og usikkerhet kunne føre til at foreldrene ikke bidro som støtte. Foreldres uttrykk og handlinger kunne være ødeleggende for relasjonen anestesisykepleieren allerede hadde etablert med barnet. Kulturelle forskjeller kunne gjøre samspillet mellom anestesisykepleier, foreldre og barn utfordrende. Anestesisykepleier og foreldre kunne ha ulike syn på tvang og det kunne være uenighet om grenser.

Konklusjon

Opplevelsene til anestesisykepleierne var at foreldre ofte kunne skape trygge rammer og være en god ressurs for barnet ved innledning av anestesi. Samtidig kunne foreldrene være sårbare i et fremmed landskap og ikke alltid handle til det beste for barnet.

Abstract

Introduction

Research shows that a large proportion of children and parents are anxious prior to the induction of anaesthesia. This can have consequences for the child in the form of behavioural problems. There is little research on the interaction between parents and anaesthesia personnel.

Purpose

The aim of this study was to increase knowledge about the role of parents during the induction of anaesthesia in children. The following research question was chosen for the study:

"How do nurse anaesthetists experience the role of parents during the induction of anaesthesia in children?"

Method

A qualitative design was chosen with semi-structural individual interviews. Seven nurse anaesthetists with a minimum of three years` experience in paediatric anaesthesia were recruited from two healthcare trusts. UiO's Nettskjema dictaphone app was used for recording and transcribing the interviews. Informed consent was obtained from the informants. Graneheim and Lundman's method of qualitative content analysis was used to analyze the data.

Results

The data analysis resulted in one main theme: *"superheroes navigating a foreign landscape"*. Three main categories were developed with associated subcategories.

The nurse anaesthetists experienced that parents could create a safe environment for the child when inducing anaesthesia. They could be very helpful if they were well prepared and informed in advance. The experience of the nurse anaesthetists was that confident parents conveyed security to the child, and the parents' greatest asset was that they knew their child.

The nurse anaesthetists experienced that parents needed support to find their place in the operating room, so that they could utilize their resources in the situation. The nurse anaesthetist played an important role in including the parents and informing them along the way about what was going to happen. The nurse anaesthetists felt that parents could feel under pressure to carry out the procedure and humble in the face of the health service.

The nurse anaesthetists found that parents did not always act in the best interests of the child. Anxiety and uncertainty could lead to the parents not being supportive. Parents' expressions and actions could impinge on the relationship the nurse anaesthetist had already established with the child. Cultural differences could make the interaction between nurse anaesthetists, parents and children challenging. Nurse anaesthetists and parents could have different views on coercion, and there could be disagreement about boundaries.

Conclusion

The experience of the nurse anaesthetists was that parents were often able to create a safe environment and provide support for the child during the induction of anaesthesia. At the same time, feel vulnerable navigating a foreign landscape and they did not always act in the best interests of the child.

Innhold

Sammendrag	2
Innhold	6
Forord	8
1 Innledning	9
2 Kunnskapsgrunnlag	11
2.1 Å være forberedt	11
2.2 Angst og usikkerhet	12
2.3 Å tilpasse barnets utviklingsfase	13
2.4 Dyrebare minutter	14
2.5 Tvang i barneanestesi	14
3 Metode	17
3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign	17
3.2 Utvalg	17
3.3 Datainnsamling	18
3.4 Dataanalyse	19
3.5 Validitet, reliabilitet og troverdighet	22
3.6 Forskningsetiske betraktninger	23
4 Resultater	24
4.1 Skape trygge rammer	25
4.2 Å finne sin plass	27
4.3 Ikke alltid til barnets beste	28
5 Diskusjon	31
5.1 Forberedte barn er trygge barn	31

5.2 Navigering i ukjent landskap	34
5.3 Når superkraften svikter	36
5.4 Kampen mot tvang	37
5.5 Metodediskusjon	39
Konklusjon	43
<hr/>	
Referanser/litteraturliste	44
<hr/>	
Vedlegg	48
<hr/>	
Vedlegg 1: Forespørsel til informantene	48
Vedlegg 2: Intervjuguide	52
Vedlegg 3: Meldeskjema til Sikt	54

Forord

Denne masteroppgaven springer ut fra et ønske om å gjøre innledning av anestesi til barn til en best mulig opplevelse for barna og deres foreldre. Vi har bakgrunn som sykepleiere i akuttmottak med flere akuttinnleggelser av barn. Begge har også jobbet på dagkirurgisk avdeling, med ansvar for pre- og postoperativ sykepleie, der mange av pasientene har vært barn. Som anestesistudenter opplevde vi flere innledninger av anestesi til barn da vi var i praksis, noen mer vellykket enn andre. Ofte trillet tårene på mor etter at barnet var lagt i narkose.

Det har vært interessant og lærerikt å skrive en masteroppgave som har klinisk relevans for vår jobbhverdag. Vi jobber nå som anesthesisykepleiere på en dagkirurgisk avdeling der det opereres rundt 15 barn per uke. Gjennom arbeidet med masteroppgaven har vi blitt ytterligere bevisst foreldres rolle under innledning av anestesi til barn.

Takk til informantene som stilte opp på intervju. Takk for erfaringene dere delte, og for råd og tips til oss nyutdannede anesthesisykepleiere på veien videre. Uten dere hadde vi ikke fått utført denne studien.

Takk til lederne ved avdelingene der vi utførte intervjuene. Takk for god tilrettelegging, anskaffelse av informanter og booking av møterom.

Takk til vår dyktige veileder Fiona Mary Flynn, for tydelige, konkrete tilbakemeldinger, og gode råd underveis i skriveprosessen. Ditt engasjement og tilgjengelighet har vært unik.

Takk for tålmodigheten hos våre menn og barn. Arbeidet med masteroppgaven, i tillegg til oppstart i jobb som nyutdannede anesthesisykepleiere har krevd mye, men dere har støttet og hjulpet oss på veien.

Stathelle, mai 2024.

Ingvild Tufte og Monica Rogn Hegna.

1 Innledning

«Barn døde under tannoperasjon» var overskriften på en nyhetsartikkel av NRK som omhandlet en hendelse 2. april 2024 (Frafjord, 2024). Det fremkom ikke i nyhetsoppslaget at barnet hadde underliggende hjertesykdom, og dermed økt risiko ved anestesi. Slike medieoppslag bidrar naturligvis til frykt hos foreldre og anestesipersonell.

I følge Ayenew m. fl. (2020) var 74% av foreldre engstelige før barnet skulle få anestesi og bli operert. De bekymret seg for anestesirelaterte komplikasjoner, intra- og postoperativ smerte, og for at barnet kunne dø. I følge Ahmed m. fl. (2011) bekymret anestesien foreldrene mer enn selve operasjonen. Forskning viser at engstelige foreldre kan ha negativ effekt på barnet, og ofte føre til engstelige barn (Andersson et al., 2020; Getahun et al., 2020). Andersson m. fl. (2020) mener tiltak burde tilbys til foreldre for å håndtere egen frykt, og ved å redusere foreldrenes angst, kunne man redusere angsten hos barnet. Hele 75% av alle barn opplevde preoperativ angst (Getahun et al., 2020). Engstelsen til barnet kunne være et resultat av å være i en ukjent situasjon (Thomasgaard et al., 2021). Barn med stor preoperativ angst viste signifikant flere ugunstige adferdsendringer etter operasjon enn barn som ikke var engstelige (Kain et al., 2004).

Anestesisykepleiernes Grunnlagsdokument slår fast at anestesisykepleiere skal *“forsikre seg om at pasientens og pårørendes rettigheter, verdier, ønsker og behov respekteres”* (Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere, 2022, 2.1). Videre påpekes det at *“anestesisykepleiere bistår pårørende i et høyteknologisk miljø (..) For at anestesisykepleiere skal kunne ivareta et godt samarbeid med (...) samarbeidspartnere forutsettes gode kommunikasjons- og samarbeidsevner”* (Grunnlagsdokumentet for Anestesisykepleiere, 2022, 3). Foreldre kan sees på som samarbeidspartnere under innledning av anestesi til barn. Barn har i dag rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Tiden da barn var på sykehus uten sine foreldre er heldigvis forbi. Den reviderte utgaven av Norsk standard for anestesi fra 1. mars 2024 understreker at bruk av tvang ved induksjon av barn bør unngås, og vektlegger foreldre/foresatte som en ressurs ved innledning av anestesi til barn (Norsk Standard for Anestesi, 2024, 6-2). Dette punktet er nytt og har blitt lagt til siden den reviderte utgaven fra 2010, og viser til at det er økende bevisstgjøring om betydningen av foreldrerollen ved innledning av anestesi til barn.

Ifølge Andersson m. fl. (2020) blir foreldre-barn relasjonen ansett som det forholdet med det sterkeste emosjonelle båndet man kan ha. Barn stoler på at foreldrene vil beskytte dem mot farer, og når barnet er engstelig, søker det trygghet og sikkerhet hos foreldrene (Andersson et al., 2020). Ifølge Thomasgaard m. fl. (2021) er foreldre en ressurs ved innledning av anestesi til barn, og foreldres nærhet er en støtte som gir trygghet i et ukjent miljø. Foreldre kan være en viktig samarbeidspartner for anestesipersonell (Thomasgaard m. fl. (2021).

Anestesipersonellet kan gi noe trygghet, men ikke på samme nivå som foreldrene (Andersson et al., 2020).

Foreldre virker usikre på deres rolle under anesthesiinnledningen og vet ikke hvilke forventninger anestesipersonellet har til dem (Andersson et al., 2022). Ifølge Andersson m. fl. (2022) utgjør det høyteknologiske miljøet på operasjonsstuen en hindring for samspillet mellom barn, deres foreldre og anestesipersonell. Andersson m. fl. (2022) påpeker at anestesipersonellet kan være en virkningsfull ressurs i å skape et omsorgsfullt miljø, og dets væremåte er av avgjørende betydning. Ifølge Andersson m. fl. (2022) bør anestesipersonell hjelpe foreldre i å finne sin plass på operasjonsstuen, og støtte foreldrene i å være der for barna sine.

Sjøberg m. fl. (2017) konkluderer at ved pediatrik perioperativ omsorg bør det arbeides for å forbedre foreldres roller og muligheter til å delta. Involvering av foreldre bør bli satt på agenda under anesthesisykepleie utdanningen (Andersson et al., 2022). Andersson m. fl. (2022) fremhever at foreldre er en viktig faktor for å få til en helhetlig pleie for barnet, og det påpekes at forskning om samspill mellom foreldre og anestesipersonell er mangelfull. Anesthesisykepleierens *opplevelser* angående samarbeid med foreldrene er ikke beskrevet, og danner grunnlag for problemstilling for denne studien:

“Hvordan opplever anesthesisykepleiere foreldres rolle under innledning av anestesi til barn?”

2 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Å være forberedt

Flere artikler beskriver viktigheten av at barn og foreldre er forberedt til prosedyren som skal gjennomføres (Adler et al., 2018; Andersson, Almerud Österberg, Årestedt, et al., 2022). Sjøberg m.fl. (2017) påpeker at foreldre bør få informasjon slik at de er forberedt på hva de kan forvente, og for å forstå hvordan de kan delta for å støtte sine barn på best mulig måte. I følge Sjøberg m. fl. (2017) uttrykker foreldre at informasjon om hva som vil skje trygger dem, og at deres egen frykt og sårbarhet reduseres er en forutsetning for å kunne gi god omsorg til barnet.

Thomasgaard m.fl. (2021) påpeker at redsel for anestesi ofte handler om redsel for det ukjente, og at det å ikke vite hva som skal skje er den største bekymringen. Thomasgaard m. fl. (2021) uttrykker videre at dersom man kan gjøre det ukjente kjent, vil barnet engste seg mindre for hva som skal skje. Ifølge Thomasgaard m.fl. (2021) fremstår barn og foreldre bedre forberedt dersom de har lest eller blitt vist informasjonsbrosjyrer, og de er da mindre engstelige og samarbeider bedre. Videre nevnes det at dersom barn har sett og blitt kjent med anesthesiutstyr og operasjonsstuen, blir angsten redusert (Thomasgaard et al., 2021). Ifølge Adler m. fl. (2018) bør foreldre med små barn starte forberedelsen av barnet kort tid i forveien, men eldre barn bør forberedes lengre tid i forveien. Adler m. fl. (2018) anbefaler at ett- og toåringer forberedes en til to dager før operasjon, førskolebarn to til fire dager i forveien, og barn i skolealder en til to uker før operasjon. Ifølge Adler m. fl (2018) bør foreldre få informasjon om at barn kan gråte ved innledning av anestesi, ikke fordi det er smertefullt, men det kan være fordi barnet synes gassen lukter rart, eller at barnet føler det mister kontroll over situasjonen. Videre uttrykker Adler m. fl (2018) at foreldre bør informeres om at nystagmus og rykninger i kroppen er naturlig i innsovningsfasen, noe som ofte oppleves skremmende for foreldre.

Sjøberg m. fl. (2017) påpeker at svært variabel grad av informasjon blir gitt på forhånd, og ved utilstrekkelig informasjon blir forelderen ofte en tilskuer fremfor en aktør og usikker på hva som er forventet av den. Sjøberg m. fl. (2017) uttrykker videre at dersom forelderen blir benyttet som et bindeledd mellom barnet og anestesisykepleieren, blir anerkjent og sett på som en ressurs, vil det være lettere å delta og gi omsorg for barnet. Sjøberg m. fl (2017) påpeker at foreldre ønsker å være mest mulig tilgjengelig for barnet, som innebærer å være nær, holde hånden og ha barnet på fanget. Det gjelder også hvor forelderen må delta i ubehagelige situasjoner.

2.2 Angst og usikkerhet

Ifølge Ahmed m. fl. (2011) har foreldre et biologisk instinkt om å beskytte barnet sitt fra potensiell fare, uavhengig land, historie, kultur eller etnisitet. Ahmed m. fl. (2011) påpeker at en anesthesiinnledning og medfølgende separasjon kan være en stressende opplevelse for både foreldre og barn. Thomasgaard m. fl. (2021) bekrefter at barn ofte opplever stor engstelse før anestesi, noe som kan føre til lite samarbeid under innledningen av anestesi og få negative konsekvenser postoperativt.

Getahun m. fl (2020) intervjuet 173 barn med tilhørende omsorgspersoner angående preoperativ angst før elektive operasjoner. Barn mellom 2-12 år med ASA klassifisering I-II ble inkludert. Vurdering av angsten til barna ble vurdert gjennom observasjon ved bruk av "Yale preoperative Anxiety Scale". Omsorgspersonene ble vurdert etter "State and Trait Anxiety Inventory". Funn viser at hele 75% av barna opplever preoperativ angst. Getahun m. fl. (2020) slår fast at foreldres score på angst er en viktig avgjørende faktor for barnets opplevelse av angst i forbindelse med anestesi, og barn med engstelige foreldre har høyere score av angst.

I en tverrsnittsanalyse fra Kina ble den preoperative graden av angst målt på 220 barn i alderen 2-7 år. Graden av angst økte i situasjoner der omsorgspersonen var engstelig. Til tross for kulturelle forskjeller har den relevans, da det er påvirkningen foreldre har på sine barn som observeres. En atferd skala spesielt utviklet for å evaluere preoperativ angst hos barn i alderen 2-12 år ble benyttet. Skalaen inneholder dimensjoner som aktivitet, følelsesmessig uttrykk, årvåkenhet og avhengighet av foreldre (Liang et al., 2021).

Aynew m. fl (2020) benyttet lik Getahun m. fl. (2020) "State and Trait Anxiety Inventory". 203 foreldre fikk målt sitt angstnivå før barnet skulle til operasjon. 74% av deltakerne opplevde angst i forbindelse med anestesirelaterte komplikasjoner, per- og postoperative smerter, og frykt for død. Aynew m. fl (2020) slår fast at angst kan påvirke foreldres evne til å fungere optimalt for barnet. Thomasgaard m.fl. (2021) påpeker at foreldre kan klare å ta seg sammen for å gi trygghet til barnet gjennom innledning av anestesen, og de kan begynne å gråte når barnet har sovnet. Selv om de hadde forberedt seg på det, ifølge Sjøberg m.fl. (2017), beskriver foreldre øyeblikket der de får beskjed om å forlate operasjonsstuen som ganske opprørende, der de må forlate barnet sitt på et ukjent sted og i andres hender. I følge Thomasgaard m. fl (2021) uttrykker anestesipersonell det som problematisk at angst smitter fra foreldre over til barn. Thomasgaard m. fl (2021) påpeker at forelderen som kjenner seg tryggest i situasjonen bør bli med barnet under innledning av anestesi, og videre at dersom begge foreldre er svært engstelige bør en annen voksenperson som har tillit hos barnet heller være til stede. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har barn rett til å ha minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvar hos seg under hele institusjonsoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2).

2.3 Å tilpasse barnets utviklingsfase

Ifølge Hearst (2009) har ulike aldersgrupper og utviklingstrinn behov for tilpasset kommunikasjon, nærhet til foreldre, kontrollbehov og informasjon, og anestesisykepleier må tilpasse seg barnets alder og utviklingsfase. Hearst (2009) uttrykker at hos de minste barna blir nivået av angst enklere observert ved hjelp av deres øyebevegelser, ansiktsuttrykk, holdninger og bevegelser, fordi de ennå ikke har lært å maskere følelser på dette stadiet. Hearst (2009) påpeker at separasjonsangst er verst hos de minste barna. Hearst (2009) uttrykker videre at når barna blir litt eldre (3-5 år) begynner de gradvis å bli mer selvstendige og har behov for selvkontroll. De ser seg selv i sentrum og har vanskelig for å innta en annens perspektiv. Ifølge Hearst (2009) kan de derfor motsette seg prosedyrer som de har vanskelig for å forstå grunnen til at må utføres. Adler m. fl. (2018) påpeker at man må være bevisst på å bruke et enkelt språk til førskolebarn, og at førskolebarn kan oppfatte sykehusinnleggelsen som en straff for noe de har gjort galt.

Ifølge Hearst (2009) kan barn i skolealder føle at de mister kontroll, og et godt virkemiddel kan være å gi dem enkle valg slik at de får følelse av kontroll. Andresson m. fl. (2022) påpeker at ved å informere barnet, kan det få følelse av å være viktig og til nytte. Adler m. fl. (2018) understreker at helsepersonell bør forklare hva som skal skje før, under og etter operasjonen. De må ikke bruke skremmende ord som stikk og kutt, og aldri bruke trusler. Ifølge Adler m. fl. (2018) bør barnet oppmuntres i å snakke om eventuelle bekymringer. Adler m. fl. (2018) uttrykker at bekymringene til disse barna omhandler ofte selve sykdommen, bekymring for å miste en kroppsdel, å ikke våkne fra narkosen eller å våkne midt under operasjonen. Ifølge Hearst (2009) er avledning egnet for barn fra seks til ti år. Thomasgaard m. fl (2021) uttrykker at av og til er avledning den beste metoden for å få roe et engstelig barn, og foreldre kan da snakke om dagligdagse ting, slik at barnet glemmer den skumle situasjonen. Hearst (2009) påpeker også at humor kan være en avledningsmanøver. Videre hevder hun at barnet kan gå tilbake i utviklingstrinn når det blir utsatt for angst. Mye av forskningen omhandler ulike utviklingstrinn og ulike tilnæringsmåter tilpasset de ulike trinnene. Hun påpeker at man må være oppmerksom på at utviklingstrinn ikke alltid samsvarer med alder (Hearst, 2009). Sjöberg m. fl (2017) uttrykker at foreldre trenger kunnskap om hvordan de kan være en god ressurs for barnet sitt, og kunnskap om hvordan barn reagerer fysisk og følelsesmessig i den perioperative fasen.

Andersson m.fl. (2020) uttrykker at barn ser på sine foreldre som en beskyttelse mot fare, og når barnet er engstelig, søker det trygghet og sikkerhet hos foreldrene i form av kroppskontakt og omsorg. Videre refererer Andersson m.fl. (2020) til tilknytningsteori som er opptatt av relasjonen mellom foreldre og barn, og omhandler å søke trygghet ved engstelse. Studien viser at barn har mindre angst om forelder er med inn på operasjonstuen, og angsten blir ytterligere redusert om begge foreldre er med inn. Ifølge Andersson m. fl. (2020) virker foreldre mer komfortable når de får være til nytte for barnet sitt.

2.4 Dyrebare minutter

Andersson m. fl. (2022) slår fast at anestesisykepleiere jobber i et stressende miljø med krav til effektivitet. Ifølge Andersson m. fl. (2020) utfører anestesipersonellet ofte oppgaver parallelt, som å koble opp utstyr og samtidig snakke med barnet og forelderen, og dette gir inntrykk av at anestesisykepleieren har dårlig tid. Andersson m. fl. (2020) påpeker at det kan bli et skjevt maktforhold dersom anestesisykepleieren ikke tar seg tid til å sette seg ned i høyde med barnets nivå. Videre uttrykker Andersson m. fl. (2020) at barnet kan bli frustrert av at anestesisykepleieren kun kommer med informasjon, og ikke stiller barnet spørsmål slik at det kan kjenne seg inkludert.

Thomasgaard m. fl (2021) påpeker at barnets førsteinntrykk i møte med anestesipersonalet er viktig, og at førskolebarn tolker kroppsspråket til anestesipersonalet. Andersson m. fl. (2022) beskriver at en smilende anestesisykepleier som uttrykker trygghet og tilstedeværelse for barnet, kan skape et omsorgsfullt miljø på en ellers fremmed og steril operasjonsstue. Ifølge Hearst (2009) skal det være bevissthet rundt at ikke flere personer enn nødvendig er til stede i rommet før innledning, og at hvem som er hovedansvarlig i kommunikasjonen med barnet bør avklares. Hearst (2009) råder anestesisykepleieren til å plassere seg i samme høyde som barnets øyne, og medisinsk utstyr som kan engste barnet bør om mulig gjemmes. Thomasgaard m. fl. (2021) uttrykker videre at munnbind ikke skal brukes før barnet sover, da barn kan ha livlig fantasi, og personalet skal fremstå så humane som mulig. Ifølge Thomasgaard m. fl (2021) er det en god investering å bruke tid på å etablere tillit, og hvis forberedelsene er forhastet, kan det ofte ende med at barnet protesterer. Thomasgaard m. fl (2021) anbefaler å gi barnet enkle oppgaver og valgmuligheter, for da samarbeider barnet bedre, føler seg mer inkludert og blir avledet fra det som er skremmende. En oppgave kan være å holde masken selv. Thomasgaard m. fl. (2021) anbefaler at anestesipersonalet prater med barnet på deres nivå, og hele tiden forklarer hva de gjør, og det er viktig å lytte til barnet og gi det mulighet til å stille spørsmål. Thomasgaard m. fl (2021) påpeker at ved å åpne opp for dialog med barnet, kan opplevelsen bli mindre skummel, og barnet kan føle mer kontroll og trygghet. Andersson m. fl. (2022) bekrefter at anestesipersonellet kan skape en omsorgsfull tilnærming på operasjonsstuen ved at barnet får delta, gjennom spørsmål og ved å åpne opp for ønsker fra barna.

2.5 Tvang i barneanestesi

Ifølge Svendsen m. fl. (2017) har helsepersonell ulik oppfatning om hva begrepet tvang innebærer. En sykepleier i studien mente man ikke kunne kalle å holde et barn ved innleggelse av veneflon for tvang, da dette var en prosedyre som måtte gjennomføres. En annen sykepleier i studien uttrykte derimot en følelse av å være med på overgrep hvis barnet motsatte seg innleggelse av veneflon. En sykepleier uttrykte at de ikke brukte mer kraft enn nødvendig, og at de justerte kraften i holdingen etter barnets motstand. Svendsen m. fl.

(2017) påpeker at bruk av tvang ikke ble diskutert i eller på tvers av de ulike faggruppene. Deltakerne i studien var også uenige om foreldres deltakelse i tvang mot barn. Noen benektet at foreldre deltok i å holde barnet hardt. Andre mente at foreldre skulle delta ved bruk av tvang, for å signalisere til barnet at prosedyren var viktig (Svendsen et al., 2017).

Ifølge Bray m. fl. (2015) kan det å holde barnet for prosedyrer forårsake følelse av moralsk stress for foreldre og helsepersonell, uttrykt som usikkerhet, skyld og opprørhet, og at denne handlingen bryter med det tillitsfulle og beskyttende forholdet som er etablert med barnet. Bray m. fl. (2015) påpeker at barns rettigheter ikke alltid respekteres, heller blir ikke alternativer til å holde fast utforsket. Anestesisykepleiernes Grunnlagsdokument slår fast at anestesisykepleieren skal «forsikre seg om at pasientenes og pårørendes rettigheter, verdier, ønsker og behov respekteres» og «sikre pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger, og ivareta pasientens integritet» (Grunnlagsdokumentet for Anestesisykepleiere, 2022, 2.1). Videre uttrykker Anestesisykepleiernes Grunnlagsdokument at anestesisykepleieren skal «yte tjenester med respekt for menneskeverd og den unike pasienten, uavhengig av (..) alder» (Grunnlagsdokumentet for Anestesisykepleiere, 2022, 2.2). FN's barnekonvensjon gjelder som norsk lov fra 2003. Barnekonvensjonen omtales som barnas egen grunnlov, og er en internasjonal avtale om barns rettigheter (Regjeringen, 2022). Artikkel 12 omhandler barnets rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og barnets synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar med alder og modenhet (FNs barnekonvensjon, 2003, artikkel 12). Artikkel 3 i barnekonvensjonen slår fast at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn (FNs barnekonvensjon, 2003, artikkel 3). I Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 4-4. *Samtykke på vegne av barn* står det at barn skal få si sin mening før det avgjøres å samtykke til helsehjelp:

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene (...) gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

Norsk standard for anestesi sin nye reviderte utgave trådte i kraft 1. mars 2024. «*Bruk av tvang ved induksjon eller andre prosedyrer bør unngås, for eksempel ved hjelp av foreldre/foresatte, avledning, trygge omgivelser og premedisinering*» (Norsk Standard for Anestesi, 2024, 6-2.) Dette avsnittet er nytt, og har blitt lagt til siden den reviderte utgaven fra 2010.

3 Metode

Å benytte en metode betyr «å følge en bestemt vei mot et mål» (Johannessen et al., 2021, s. 21). Nøkkelord i samfunnsvitenskapelig forskning er strukturert arbeid, nøyaktighet og åpenhet. Kunnskap om metode vil gi informasjon om hvordan forskningen er gjennomført, og man må stille seg kritisk til resultatene av dataene som er samlet inn (Johannessen et al., 2021, s. 21-22). I dette kapittelet beskrives studiens metodiske tilnærming og design, utvalg, datainnsamling og dataanalyse. Videre beskrives validitet, reliabilitet, troverdighet og forskningsetiske betraktninger. I kapittelet metodediskusjon 5.5 vil fremgangsmåten bli utdypet ved å beskrive svakheter og styrker.

3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign

Denne studien har benyttet kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervjuer for å svare på problemstillingen. Metoden har til hensikt å få frem tolkninger av fenomener ved at informanten beskriver sine opplevelser og oppfatninger. Sosiale fenomener er sammensatte, og det kvalitative intervjuet får frem flere variasjoner enn en kvantitativ metode (Johannessen et al., 2021, s.106). Basert på problemstillingen ble dette vurdert til å være egnet forskningsmetode, hvor anestesisykepleierne kunne få frem egne opplevelser og oppfatninger på en nyansert måte.

3.2 Utvalg

Informantene som ble valgt ut til å delta i studien var anestesisykepleiere med minimum 3 års erfaring innen barneanestesi. Ved å intervjuer anestesisykepleiere kunne man få innblikk i hvordan de opplevde foreldres rolle under innledning av anestesi til barn. Inklusjonskriteriene var at innledningen av anestesi omhandlet barn mellom 1-12 år, samt at dette gjaldt elektiv kirurgi. Det er forskjell på muligheten for forberedelse når det gjelder elektive operasjoner versus øyeblikkelig hjelp. Det ble benyttet strategisk utvalg av våre informanter. Malterud beskriver strategisk utvalg som å velge informanter som best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2013, s.56). Det var ønskelig med ulike perspektiver på fenomenet, og derfor nyttig å kunne velge ut de man trodde kunne gi disse. Ressurspersoner på avdelingene med god erfaring fra barneanestesi, ble oppmuntret til å delta.

Forespørsler om deltakelse ble sendt til avdelingslederne på anesthesiavdelinger på to forskjellige sykehus i Sørøst-Norge med erfaring med barneanestesi. Lederne sendte deretter forespørsel på e-post til de ansatte med erfaring innenfor inklusjonskriteriene.

Forespørselen og informasjon (vedlegg nr. 1) om studien ble sendt i forkant slik at informantene kunne gjøre seg noen refleksjoner på forhånd.

Informantene meldte seg frivillig til vår studie. Enkelte hadde lang erfaring og andre noe kortere. Noen hadde også videreutdanning i anestesi til barn. Informantene har vært både menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Det var ønskelig med informanter fra to ulike sykehus, da det var mulig sykehusene hadde noe ulike kulturer, erfaringer og verktøy som man kunne få innsyn i. I kvalitativ metode er ikke svarene representative for alle, men informasjonen kan være hensiktsmessig (Johannessen et al., 2021, s.59). På denne måten kan funn i studien være til hjelp i enkelte situasjoner, men de er ikke generaliserbare.

3.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2024. En intervjuguide tilpasset problemstillingen ble utarbeidet (vedlegg nr. 2.) En intervjuguide er en oversikt over emner og spørsmål som skal belyse problemstillingen (Johannessen et al., 2021, s. 111-112). Semistrukturerte intervjuer ble valgt, hvor intervjuguiden var grunnlaget for intervjuet, samtidig som rekkefølgen i forhold til emner kunne justeres og utdypende spørsmål kunne tilføyes (Johannessen et al, s. 108). Dersom informanten belyste tema som ikke var planlagt, ble strukturen endret. I tillegg kunne nye temaer som var interessante for å belyse problemstillingen oppstå. Under intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål av begge forfatterne. Mer utfyllende beskrivelser ble etterspurt angående nye temaer som dukket opp underveis. Hovedspørsmålene omhandlet hvordan anestesisykepleieren opplevde foreldrene under en anesthesiinnledning hvor foreldrene bidro positivt eller negativt. Anestesisykepleieren ble spurt om å beskrive konkrete opplevde situasjoner, og fikk oppfølgingsspørsmål til refleksjon rundt disse.

Første intervju var tiltenkt å være et pilotintervju. Intervjuguiden fungerte godt og tiden intervjuet varte var innenfor tidsrammen som ble satt til 25-30 minutter. Intervjuguiden ble derfor beholdt slik den var laget opprinnelig. Pilotintervjuet er derfor en del av vårt samlede datamateriale. Resten av intervjuene hadde en varighet på 20-28 minutter, foruten et av intervjuene som varte 14 minutter.

UiOs diktafon app ble brukt til opptak. Begge forfatterne var i rommet mens intervjuet pågikk, hvor den ene hovedsakelig intervjuet, mens den andre hadde fokus på observasjoner av informanten i form av for ansiktsuttrykk, stillhet, gester og sukk. Begge hadde på lydopptak i tilfelle det skulle skje noe uheldig med den ene opptakeren. Det var ønskelig å lage en trygg ramme rundt intervjuet, og forfatterne var seg bevisst det maktforholdet at de var to i rommet mot en informant. Stoler ble plassert slik at alle var synlige og likeverdige. Rommet var ryddig, og det var servering av drikke og sjokolade. Før opptaket startet ble det snakket om hvordan intervjuet ville gjennomføres, og informantene fikk mulighet til å stille spørsmål.

Det ble utført til sammen syv intervjuer. Ifølge Johannesen (2021) er idealet å ha nok intervjuer til at man når et metningspunkt og ikke ny informasjon fremkommer. For studien som her blir presentert er under ti intervjuer holdbart ifølge Johannesen (2021 s. 74). Da intervju nummer syv var utført, begynte arbeidet med transkribering. Forfatterne vurderte at det ikke fremkom ny informasjon av betydning i de siste intervjuene, og valgte derfor å avslutte informasjonsinnhenting.

Etter intervjuene var utført ble alle opptakene avspilt og gjennomgått i UiOs diktafon applikasjon. Opptakene ble transkribert i nettskjema som er utviklet av Universitetet i Oslo. Transkriberingen ble gjennomgått, samtidig som man hørte på lydopptaket, for å sikre at transkriberingen ble riktig. Transkripsjonene av intervjuene fikk hvert sitt nummer for å sikre anonymitet, og samtidig ha oversikt over hvilket intervju man benyttet i analysedelen.

3.4 Dataanalyse

I studien ble Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse benyttet for å analysere dataen på en induktiv måte (Graneheim & Lundman, 2004). Dette er en tilnærming for å utforske og forstå fenomener og deretter finne likheter eller mønstre i datamateriale. Man beveger seg fra dataene til en teoretisk forståelse, fra empiri til teori (Johannesen et. al., 2021, s. 30-31) (Graneheim et al., 2017). Malterud beskriver det vanskelig å forholde seg helt induktiv og fri for teori, og mener at enhver forskningsprosess har en grad av både deduktiv og induktiv tilnærming. Det har vært bevissthet på å holde fokuset på en induktiv tilnærming, og forfatterne har forsøkt å legge vekk forforståelsen og allerede eksisterende teori på emnet. Samtidig har det vært en erkjennelse av at man aldri fullt ut kan legge fra seg dette (Malterud, 2013, s. 176).

For å analysere teksten ble intervjutekstene sortert i innholdsområder/domener. Et innholdsområde kan være deler av teksten som tar opp et spesifikt tema i et intervju. Teksten her er identifisert med lite tolkning. Hvert innholdsområde ble satt sammen til en tekst, en analyseenhet. Teksten ble deretter delt inn i meningsenheter, som igjen ble kondensert, det vil si at teksten ble forkortet mens kjernen av meningen ble bevart. En meningsenhet er ord eller utsagn som relaterer til den samme sentrale betydningen. De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert og merket med kode. Å abstrahere vil si å beskrive og tolke de kondenserte meningsenhetene på et høyere logisk nivå. Man kan se på koder som verktøy til å tenke med. Når de kondenserte meningsenhetene blir merket med koder, har man mulighet til å tenke på dataene på nye og forskjellige måter (Graneheim & Lundman, 2004). Fremgangsmåten vises i tabell 1.

Tabell 1. Eksempel fra innholdsanalysen

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode
Ja, at de ikke har forberedt barna sine på hva som skal skje. Det skjer overraskende hyppig.	At de ikke har forberedt barna. Skjer overraskende hyppig.	At foreldre ikke forbereder barna, skjer overraskende hyppig. (1)
Det jeg føler er veldig viktig er at foreldrene har fått informasjon og er godt informerte for at de skal greie å bidra til at barnet skal bli trygt, og at de kan stole på oss som anestesipersonell. De gir jo barnet sitt, livet, over i våre hender.	Viktig at foreldre er godt informerte for at de skal greie å bidra til at barnet skal bli trygt, og at de kan stole på oss som anestesipersonell. De gir barnet sitt over i våre hender.	Godt informerte foreldre trygger barnet. (2) Godt informerte foreldre stoler på anestesipersonell. (2)
Skryte litt av mor også noen ganger. Skryter litt av henne også. Foreldrene for den saks skyld. For det er mange som... For du ser på dem når de er i ferd med å bryte sammen. Og det er litt viktig at de ikke gjør. For det er jo krise for ungen. Så da er det liksom å gi litt oppmuntrende til mor. Bare fortelle.. eller far da. Det er veldig ofte mor som følger. Slik at de også får litt skryt og oppmuntring	Skryte litt av mor også. Foreldrene for den saks skyld. Du ser på dem når de er i ferd med å bryte sammen. Det er viktig at de ikke gjør. Det er krise for ungen. Gi litt oppmuntrende til mor eller far. Slik at de også får litt skryt og oppmuntring.	Gi skryt og oppmuntring til foreldre. (3) Viktig at de ikke bryter sammen. (3)
Og de er så sårbare også. Så de ... Det er jo ikke noe uvanlig at de går gråtende ut (..) Men hadde vi vært på en måte som ikke de ville, så er det ikke sikkert de hadde turt å si ifra heller. For de er	De er så sårbare. Det er ikke uvanlig at de går gråtende ut. Hadde vi vært på en måte de ikke ville, er det ikke sikkert de hadde turt å si ifra. De er ydmyke, når de er inne på	Foreldre er sårbare og ydmyke når de er på et helt ukjent sted. (3)

jo litt ydmyke da, når de er inne på operasjonsstua, et helt ukjent sted.	operasjonsstua, et helt ukjent sted.	
---	--------------------------------------	--

Kodene ble deretter sortert i kategorier og underkategorier. Kategoriene utgjør det manifeste, det nedskrevne og uttrykte innholdet. Kjernetrekket i kvalitativ innholdsanalyse er å lage kategorier. Ideelt bør ingen data passe inn i flere kategorier eller falle mellom kategorier. Det har vært en prosess med diskusjon av hvilke kategorier som skal benyttes for å svare best mulig på problemstillingen. Den underliggende betydningen i kategoriene, ble formulert som et tema. Mens en kategori besvarer spørsmålet «hva», besvarer et tema spørsmålet «hvordan?». Å lage tema foregår på et fortolkningsnivå, og det har vært en prosess å gå igjennom materialet og finne tema som er et uttrykk for det underliggende av det informantene beskriver (Lindgren et al., 2020). Fremgangsmåten som er benyttet ved å sette kode, kategorier og underkategorier vises i tabell 2.

Tabell 2 Eksempel på koder, underkategorier og kategorier

Kode	Underkategori	Kategori
<p>Å være forberedt demper angst hos foreldre og barn. (1)</p> <p>Godt informerte foreldre stoler på anestesipersonell. (2)</p> <p>Trygge barn er godt forberedte hjemmefra. (3)</p> <p>At foreldre ikke forbereder barna, skjer overraskende hyppig. (1)</p>	<p>Informere og forberede barnet</p>	<p>Skape trygge rammer</p>
<p>Noen foreldre beroliger barna med kroppsspråket: "Her er det trygge</p>	<p>Gi trygghet</p>	

omgivelser og jeg skal passe på deg". (7)		
Mange pratet. Barnet må høre stemmen til faren sin. (5)		
Foreldre kan ha barn på fanget for å gi trygghet. (1)		

Det underliggende innholdet i kategoriene ble abstrahert videre til temaet *superhelter i fremmed landskap*. Dette ble derfor valgt som tittel på oppgaven. Foreldre kunne ses på som superhelter som ønsket å gjøre sitt ytterste for å hjelpe barnet sitt. Operasjonsavdelingen kunne tolkes som fremmed landskap, hvor foreldre var i et ukjent miljø.

3.5 Validitet, reliabilitet og troverdighet

Validitet vil si hvor relevant de presenterte dataene beskriver fenomenet (Johannesen et al., 2021, s. 43). Ifølge Thafaard handler reliabilitet om forskningens pålitelighet (Thafaard, 2013, s. 193). Det innebærer at forskeren skiller mellom data man har fått gjennom intervjuene og egne vurderinger av denne informasjonen, samt redegjørelse for hvordan dataene utvikles (Thafaard 2013, s. 194). I kvalitativ forskning vil det være vanskelig å kopiere forskningen og etterprøve den, fordi samtalen styrer datainnsamlingen og både informanten og forfatteren har ulik erfaring og subjektiv opplevelse. Det vil være fokus på reliabiliteten ved å gjøre rede for datainnsamlingen og bearbeidelsen i analysedelen (Johannesen et al., 2021, s. 256).

Graneheim & Lundman beskriver at pålitelighet, bekreftelse, autentisitet og overførbarhet inngår under begrepet troverdighet. For å øke troverdigheten må valg av deltakere, studiens fokus og tilnærming til data være hensiktsmessig. Valg av metode for å få mest hensiktsmessig datamengde og datainnsamling er viktig for å øke troverdigheten (Graneheim et al., 2017).

I analysedelen kan man øke troverdigheten ved å velge meningsbærende enheter som er passende. Bruker man for brede enheter vil man kunne få enheter som inneholder flere ulike betydninger, mens man ved å bruke for smale enheter kan miste noe av betydningen videre i prosessen under kondenserings- og abstraksjonssprosessen. Videre øker man

troverdigheten ved å finne gode kategorier og tema som er dekkende for innholdet i dataene som er samlet inn (Graneheim et al. 2017).

Malterud (2013) beskriver overførbarhet under validitetsbegrepet, i hvilken grad studiens funn kan gjelde utover den konteksten hvor den er kartlagt (Malterud, 2013). Graneheim m fl. (2017) beskriver overførbarhet under begrepet troverdighet. For å øke overførbarheten er det viktig å gi en detaljert beskrivelse av kontekst, utvalg og kjennetegn av informantene, datainnsamling og analyseprosess.

3.6 Forskningsetiske betraktninger

Nürnbergkodeksen og Helsinkideklarasjonen har lagt grunnlaget for retningslinjer som skal ivareta menneskene forskningen involverer. Nürnbergkodeksen inneholder ti punkter, der informert samtykke står sentralt. Helsinkideklarasjonen stilte som krav at forskningsprosjekter skal vurderes av en uavhengig etisk komite (Ruyter et al., 2014, s. 187). Prosjektplan ble meldt til Sikt, som er kunnskapsektorens tjenesteleverandør, før forskningsarbeidet startet. Referansenummer til studien er 232281 (Vedlegg nr. 3). Helseforskningsloven gjorde seg gjeldene i Norge i 2008, og skal sikre etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008). I arbeidet med kvalitative intervjuer er det sikret at samtykke var frivillig. Det ble informert om dette i informasjonsskriv sendt på mail til alle informanter på forhånd. I forkant av intervjuet fikk informantene også et skjema knyttet til samtykke som de underskrev (Vedlegg nr. 2). De fikk informasjon om mulighet for å trekke seg når som helst i forløpet. Dokumentene ble anonymisert og lagret i nettskjema. Bruk av UiO sin applikasjon og nettskjema gav mulighet for å lagre data på en sikker måte, hvor bruk av personlig bank id måtte brukes for å få tilgang. Dataene ble lagret på en trygg måte og personopplysningene ble på denne måten behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Når oppgaven leveres i mai 2024 skal innsamlet data og lydopptak slettes. Studien må ha nytteverdi og komme samfunnet til gode, noe forfatterne mener den kan gjøre (Reuter et al., 2014, s. 219).

4 Resultater

Anestesisykepleiere opplevde foreldrenes rolle under innledning av anestesi til barn på ulike måter. Mange foreldre skaper trygge rammer, men det er behov for at anestesisykepleieren tilrettelegger for at de kan finne sin plass, og foreldre handler ikke alltid til det beste for barnet. Dette ble tolket som at foreldre *var superhelter i et fremmed landskap* som ble hovedtema for studiens funn.

Dataanalysen resulterte i følgende hoved- og underkategorier i tabell 3:

Tabell 3: Tema, kategorier og underkategorier

Tema	Kategori	Underkategori
Superhelter i fremmed landskap	Skape trygge rammer	Informere og forberede barnet Gi trygghet Foreldre kjenner barnet best
	Hjelp til å finne sin plass	Inkludere foreldre i prosessen Gjennomføringspress og ydmykhet overfor helsevesenet
	Ikke alltid til barnets beste	Angst og usikkerhet Ikke alltid gjennomtenkt Kulturelle forskjeller Tvang og uenighet om grenser

Det henvises til sitater fra de ulike informantene ved at hver informant har sitt nummer. Sitat fra informant nummer 1 vises ved (1), informant 2 ved (2) og så videre.

4.1 Skape trygge rammer

Foreldre kan skape trygge rammer for barnet ved å informere og forberede barnet før innledningen av anestesi, og ved å gi trygghet. Foreldres sterkeste ressurs er at de kjenner barnet.

Flere informanter beskrev godt informerte og forberedte foreldre og barn som en grunnleggende årsak til god innledning ved anestesi til barn.

«Men jeg tror nøkkelen er informasjon. Både foreldre og barn, hvordan de har forberedt seg (5)».

Informant 2 uttrykte at godt informerte foreldre trygget barnet, og informant 3 påpekte videre at trygge barn var godt forberedte hjemmefra.

«Det drømmescenariet er at ungen er godt forberedt hjemme. De har kanskje fortalt og snakket om dette. Så får du trygg unge da. Det er det jo veldig stor forskjell på (3)».

Noen informanter nevnte at det var en fordel at foreldrene hadde vært med på anestesi til barn tidligere. Det gav trygghet å vite hva som skulle skje. Ofte var redselen for det ukjente større enn redselen for selve operasjonen.

En informant nevnte at det burde være lenke til sykehusets nettside på innkallingsbrevet, slik at sykehusets informasjonsvideo var lett tilgjengelig. En annen informant etterlyste videoer med informasjon til foreldre, om hvordan det er å være forelder ved innledning av anestesi til barn, ikke kun informasjon rettet til barnet. Informanten foreslo å benytte sosiale medier for å nå ut til befolkningen.

Ikke alle foreldre hadde snakket med barnet sitt om at det skulle opereres.

«Ja, at de ikke har forberedt barna sine på hva som skal skje. Det skjer overraskende hyppig (1)».

Flere informanter beskrev situasjoner der barnet ikke var informert i forkant. Da fikk barnet informasjon om den planlagte operasjonen av helsepersonell. Det endte av og til med at de ikke fikk gjennomført operasjonen fordi barnet ikke var forberedt.

Informant 7 påpekte at noen foreldre var flinke til å berolige barna med kroppsspråket; her er det trygge omgivelser og jeg skal passe på deg. Mange av informantene uttrykte at trygge foreldre gav trygge barn.

«De bare viser og oser en trygghet til barna (5)».

Informant 2 omtalte en mor som utviste en høy grad av trygghet. Hun *frem snakket* narkosen, at det var *«kjekt og spennende»*.

Informant 1 var seg bevisst å bruke den korte stunden før innledning av anestesi startet på å trygge barn og foreldre. Informant 2 uttrykte viktighet av å jobbe for å få tillit hos foreldre og barn, for at de kunne stole på anestesisykepleier. Mens Informant 3 mente at anestesisykepleieren burde forklare hva den skulle gjøre og hva som skulle skje, for å skape forutsigbarhet hos foreldrene. I tillegg oppfordret Informant 3 anestesisykepleiere og foreldre til å skryte av barnet også når operasjon ikke ble gjennomført, slik at barnet ikke fikk følelsen av nederlag.

Informant 7 uttrykte at foreldres sterkeste ressurs var at de kjente barnet. Informanten fortalte om en situasjon der far informerte barnet med samme informasjon som anestesisykepleieren ville gjort. Informanten påpekte at informasjonen ble mer virkningsfull da den kom fra far, fordi han kjente barnet og formidlet på en måte som barnet forsto.

Avledning ble omtalt av informanter i flere situasjoner der foreldre bidro til en god innledning. Informantene uttrykte at foreldrene kjente barnet og visste hva de kunne si for å få tankene bort fra situasjonen. Informant 3 beskrev foreldre som satt nært inntil, og noen sang for barnet. Informant 4 utdypet videre at foreldre kunne avlede gjennom lek.

Ifølge Informant 5 kunne man bruke foreldre som mellommenn dersom det var vanskelig å få en direkte dialog med barnet. Informanten påpekte at man også kunne få hjelp av foreldre til å opprette direkte dialog med barnet.

4.2 Å finne sin plass

Foreldre hadde behov for støtte til å finne sin plass på operasjonsstuen. De trengte å kjenne seg inkludert i prosessen ved innledning av anestesi til barn. Foreldre kunne kjenne på gjennomføringspress og ydmykhet overfor helsevesenet.

Informant 3 mente at foreldre trengte å høre at de var til nytte inne på operasjonsstuen, for da involverte de seg og var til stede for barnet sitt.

«Så hender det at vi da må si, nå må du komme, rykke litt nærmere. For du trengs her sånn (3)».

Informantene beskrev at det kunne være vanskelig for foreldre å finne sin plass på operasjonsstuen. Flere informanter uttrykte at foreldre kunne tenke at de var i veien og derfor trakk de seg unna. Informant 1 oppfordret anestesisykepleiere til å skryte av foreldrene, at de var til støtte for sine barn. Informant 3 la vekt på å takke foreldrene for hjelpen, slik at de gikk ut av operasjonsstuen med en følelse av at de hadde vært til nytte for anestesisykepleieren.

Informant 4 beskrev en situasjon der barnet fikk ha med leker inn på operasjonsstua. Far fortsatte å leke med barnet ved oppstart av anestesi. Anestesisykepleier forsøkte maskeinnledning, men barnet snudde seg unna. Far som hadde tillit hos barnet, fikk derimot lov av barnet til å holde masken på barnet, og far bidro slik til en fin innledning av anestesi.

Flere informanter uttrykte at de så foreldre befant seg i en ukjent situasjon på operasjonsstuen. Informant 3 beskrev foreldre som ydmyke og sårbare i møte med helsevesenet.

«Hadde vi vært på en måte som ikke de ville, så er det ikke sikkert de hadde turt å si ifra heller. For de er jo litt ydmyke da, når de er inne på operasjonsstua, et helt ukjent sted (..) Sånn at de underlegger seg liksom, slik det gjøres på sykehus. Så hadde vi bare kjørt på, så hadde de sittet forskremte der og egentlig ikke protestert noe særlig».

Informant 5 mente at foreldre kunne føle på et gjennomføringspress, et press på at de måtte motivere barnet for at operasjonen skulle bli gjennomført.

4.3 Ikke alltid til barnets beste

Foreldres angst og usikkerhet kunne smitte over på barnet, og føre til at foreldre distanserte seg fra barnet. Foreldre kunne handle på instinkt. Handlinger og ord som ikke var gjennomtenkte kunne gjøre barnet mer engstelig og ødelegge for relasjonen anestesisykepleieren forsøkte å etablere med barnet. Kulturelle forskjeller vanskeliggjorde samarbeidet mellom foreldre og anestesisykepleier i å gjøre innledningen av anestesi til det beste for barnet. Foreldre kunne ha ulike syn på tvang og uenighet om grenser.

Innledning av anestesi opplevdes som en usikker situasjon for foreldre ifølge Informant 1.

«Og det er klart det er en usikker situasjon, og de må overlate på en måte ansvaret for sine barn til noen de ikke aner hvem er (1)».

Flere informanter påpekte at ikke alle foreldre klarte å skjule for barnet at de var engstelige. Informant 4 uttrykte at engstelige foreldre gav engstelige barn. Informant 3 forsøkte å påvirke valget av forelder som skulle være til stede på stua, slik at den som var best egnet fikk være med inn. Ifølge Informant 3 egnet noen foreldre seg ikke på operasjonsstuen fordi de var redde selv.

Informant 7 nevnte at barnet sanset engstelige foreldre, tross beroligende ord. Informanten refererte til en episode der mor fortalte barnet at det ville gå bra, men kroppsspråket uttrykte at noe fryktelig skulle skje. Informant 4 påpekte at noen foreldre viste med hele seg at de ikke ville være der, og at de var i avstand til barnet og satt lenger unna. Informant 2 forsøkte å trygge forelderen dersom den trakk seg unna fordi den var redd.

Ifølge informant 7 kunne foreldres handlinger og valg av ukloke ord ødelegge for relasjonen anestesisykepleieren allerede hadde bygd til barnet.

«Noen foreldre gjør det bare på instinkt, og skal prøve å beskytte barnet sitt (7)».

Informant 5 nevnte videre at foreldre kunne bruke ord som nål og stikk, noe som gjorde det vanskelig for anestesisykepleieren å sette veneflon.

«Jeg har sprøyteskrek. Og så sier det foran barnet. Jeg kan ikke se på det der. Det har skjedd det også liksom (5)».

Informant 2 nevnte at noen foreldre overtok dialogen anestesisykepleieren forsøkte å skape til barnet. Informanten måtte da si til foreldrene at nå var det barnet den skulle prate med.

Ifølge Informant 3 ble noen foreldre stresset når barnet ikke ville. Informant 2 refererte til en situasjon der mor truet datteren med psykiske konsekvenser. Hun truet med å fortelle bestemor hvor lite flink jenta var, og at datteren måtte ringe morens jobb og si hun ikke ble operert.

Flere av informantene nevnte at barn fra andre kulturer var overrepresenterte i gruppen av dårlig informerte barn. Informant 5 uttrykte at noen foreldre var ressurssterke og andre ikke, og at det var urettferdig for barna som ikke hadde ressurssterke foreldre.

Informant 5 nevnte at kommunikasjon mellom foreldre og barn kun på morsmål var en utfordring.

«Og så har det også skjedd at det har vært en far med et barn hvor de hele tiden kommuniserte på sitt morsmål. Vi ante ikke hva de kommuniserte til hverandre, men det hørtes ut som at far var veldig streng (5)».

Informanten støttet at foreldre kommuniserte med barnet for å trygge barnet, men hadde naturligvis et ønske om å vite hva som ble sagt.

«Det ble litt vanskelig å gripe inn i det, men man kan ikke si ikke prat, eller kan dere prate norsk til hverandre? Jeg synes ikke det er riktig, men jeg tror vi presiserte at det er fint om vi kan ha en dialog også (5).»

Informant 4 påpekte at mor av og til hadde størst tilknytning til barnet, men far ble med inn på operasjonsstuen fordi han snakket norsk.

«Det kan jo kanskje være på enkelte relasjoner hvor mor er den som har den største tilknytningen til barnet. Men kan ikke norsk. Far kan norsk, og da er det politisk at far blir med inn. Så det er kanskje sånne situasjoner som vi ser at far er litt distansert (4)».

En informant uttrykte at mammaene nok var mer følelsesmessig involvert i ungene sine, og at dette kunne være fordi hun kanskje var mest hjemme. Informanten uttrykte videre at pappaene kunne stå litt mer tafatte noen ganger. Informant 4 påpekte derimot at det kunne virke som mor hadde monopol på å være med inn på stua. Informanten utdypet videre at om en forelder var engstelig, burde den andre forelder bli med inn.

Informant 6 minnet om viktigheten å ha i tankene at pasienter og pårørende kan ha vært gjennom traumatiske opplevelser, der traumene kan trigges i møte med helsevesenet.

«For mennesker fra andre kulturer kan ha vært gjennom en annen traumatisk situasjon, som du ikke vet, som ikke blir formidlet. Så du kan ikke nødvendigvis forstå. Du forstår jo fortvilelsen, den ser vi jo absolutt (6)».

Maskeinnledning krever holding for å få tett maske. Informant 5 nevnte at noen foreldre syntes det var greit å holde, og andre opplevde det voldsomt å måtte holde barnet sitt.

«Blir det da et tillitsbrudd mellom barn og foreldre, som vi legger til rette for? (5)»

Informanter kunne oppleve press fra foreldre om å gjennomføre operasjonen. Informant 3 påpekte at enkelte foreldre ønsket å presse barnet hardere enn det informanten vurderte var riktig. Informant 2 utdypet videre at foreldre syntes det ble flaut når barnet ikke ville samarbeide, og ville holde barnet fast for å bli ferdig. Informant 4 uttrykte at noen foreldre var veldig opptatt av å få gjennomført operasjonen, selv om elektiv kirurgi kunne utsettes. Informanten refererte til et tilfelle der far og anestesilege syntes det var greit å holde barnet. Informanten var uenig i måten å gjøre det på. Det ble kirurgen som besluttet å utsette operasjonen.

Informant 5 nevnte at det av og til var uenigheter innad i teamet om hvor grensen for holding skulle gå, og at anestesilegen noen ganger kunne presse grensene lenger enn det anestesisykepleier syntes var akseptabelt. Informant 2 minnet om at anestesisykepleieren er barnets advokat, og at fastholding kan gi traumer. Informanten uttrykte videre at dette handlet om mangel på kunnskap, for helsepersonell mente aldri å skade barnet eller foreldrene. Informant 4 påpekte at foreldre også kunne være uenige seg imellom, om hvor hardt barnet skulle presses og når det var riktig å gi seg.

5 Diskusjon

Kapittelet omfatter en diskusjon av funnene som ble gjort i studien opp mot teori og erfaringer. Styrker og svakheter ved metoden som ble brukt drøftes avslutningsvis. Godt informerte foreldre og barn bidro til å lykkes ved innledning av anestesi til barn. Ikke alle foreldre hadde informert barnet tilstrekkelig i forkant av operasjonen. Trygge foreldre opplevdes som en ressurs for anestesisykepleierne. Foreldre var ydmyke og sårbare i møte med helsevesenet, og trengte støtte fra anestesisykepleieren i møte med en ukjent operasjonsstue. Engstelsen til foreldre kunne smitte over på barna og anestesisykepleierne opplevde ikke alltid foreldre som en ressurs. Bruk av tvang ved barneanestesi er ikke klart definert av lovverket. Derfor er det viktig å være seg bevisst om hva tvang innebærer, for nettopp å kunne unngå bruk av tvang til barn. Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer ansees å være et velegnet verktøy for å få frem opplevelsen anestesisykepleierne hadde av foreldres rolle under barneanestesi.

5.1 Forberedte barn er trygge barn

Mange av informantene nevnte at godt informerte foreldre og barn var en viktig faktor for å lykkes ved innledningen av anestesi. Dette samsvarer med funnene til Sjøberg m. fl (2017), der det fremkom at helsepersonell og foreldre burde kommunisere om det perioperative forløpet før anestesiiinnledningen. Sjøberg m.fl. (2017) uttrykte videre at foreldre ønsket å være en ressurs for sine barn, men de var avhengig av informasjon og god kommunikasjon fra anestesipersonell underveis for å få dette til. Dette gjaldt i forkant av operasjonsdagen, i tillegg til at de hadde behov for å få gjentatt informasjon preoperativt. Det viste seg derimot at svært få av informantene i denne studien kjente til hvilken informasjon foreldrene hadde fått i forkant. Forfatterne mener det ville vært hensiktsmessig for anestesisykepleieren å vite hvilken informasjon foreldre hadde fått før de sto inne på operasjonsstuen med barnet sitt. Da hadde anestesisykepleier visst hvilket grunnlag det kunne veiledes og informeres videre ut ifra. Det optimale ville vært at alle foreldre var godt informert før innledning av anestesi startet. Et alternativ kunne vært at anestesisykepleieren gjennomførte previsititt eller telefonsamtale med alle foreldre et par dager før operasjonsdagen, for å sikre at alle foreldre hadde informasjon om hva som skulle skje, og hvordan de kunne være en ressurs for barnet sitt.

Thomasgaard m.fl. (2021) påpeker at anestesipersonell gjerne ville hilse på barnet i forkant av operasjonen, og at det kunne gitt dem informasjon de ellers ikke hadde fått ved å lese journalen. Erfaringsmessig vanskeliggjør produksjonspresset på en travel operasjonsavdeling at dette lar seg gjennomføre. Etter at pasient er levert på postoperativ avdeling, rekker anestesisykepleier ofte kun å klargjøre medikamenter og utstyr, før neste pasient ankommer operasjonsstuen. Andersson m. fl (2022) bekrefter at anestesisykepleiere jobbet under press i forhold til effektivitet. Adler m. fl (2018) påpeker at sykehusbesøk var en ekstra stressende opplevelse for barn med autisme, da de kunne være sensitive, ha språklige og sosiale utfordringer og ha behov for forutsigbarhet. Tilbud om previsititt for

engstelige barn og barn med spesielle behov som autisme, var etablert på den ene dagkirurgiske avdelingen, og i oppstartsfasen på den andre dagkirurgiske avdelingen hvor denne studien ble utført. De fikk komme noen dager i forveien for å se operasjonsrommet og utstyr som benyttes i forbindelse med anestesi. Dette tilbudet er under evaluering vår 2024 på den ene avdelingen for å se om det har effekt på gjennomføringsraten. Erfaringsmessig kan man tenke at alle barn burde fått dette tilbudet, men at dette hadde tatt ressurser fra den daglige driften. Dersom alle barn og foreldre skulle få samme oppfølging, måtte nok antall anestesisykepleiere i drift økes, og det blir igjen et økonomisk anliggende.

Ifølge Aarhun m. fl (2019) tok foreldre større del i behandlingen dersom de hadde fått god informasjon, og tidligere erfaringer og tiltro til helsepersonell bidro positivt i håndteringen av situasjonen. Dette samsvarer med hva flere av informantene i denne studien beskrev. Foreldre som hadde hatt barn til operasjon tidligere var kjent med hva som skulle skje og følte seg tryggere. Hearst (2019) påpeker at foreldre ønsket å være til stede under innledning av anestesi, men de visste ofte ikke hvordan de selv skulle håndtere situasjonen. Ifølge Hearst (2009) burde anestesisykepleieren involvere foreldre i spesifikke oppgaver. Hearst (2009) uttrykker videre at anestesisykepleieren hadde en avgjørende rolle i å legge til rette for at foreldre fikk bidra, og de trengte kunnskap for å utvikle sykepleietiltak og strategier som ivaretok foreldres behov. Sjøberg m.fl. (2017) bekrefter at om foreldre skulle kunne delta, var det avgjørende at de fikk informasjon om hva som skulle skje og at de ble sett på som en ressurs.

Flere av informantene mente at foreldres største ressurs var at de kjente barnet. De visste hva som gjorde barnet engstelig, hvordan de kunne trygge det, og hvordan barnet kunne avledes. Eksempler på sang og avledning gjennom lek ble nevnt. Flere av informantene nevnte at foreldre visste hva de kunne si for å få avlede barnets oppmerksomhet bort fra det de engstet seg for. Hearst (2009) bekrefter at avledning var egnet for barn fra seks til ti år. Informanter beskrev at det kunne være vanskelig som anestesisykepleier å få en direkte dialog med barnet. Foreldre kunne da fungere som mellommenn eller til å hjelpe anestesisykepleier for å opprette direkte dialog med barnet. Erfaringsmessig er foreldrene ofte kjent med barnets evne til å håndtere motgang og deres mestringsferdigheter, og foreldrene kan bidra som ressurs ved å dra nytte av dette.

Andersson m. fl. (2020) omtaler foreldre-barn relasjonen som det sterkeste emosjonelle båndet man kan ha. Andersson m fl. (2020) påpeker at anestesipersonellet kunne gi noe trygghet, men ikke på samme nivå som foreldrene. En informant beskrev en trygg far som forklarte barnet sitt hva som skulle skje før anesthesiinnledningen. Informasjonen var lik den informanten ville ha gitt. Informasjonen ble mer virkningsfull da den kom fra far, fordi han kjente barnet og formidlet på en måte slik at barnet forsto. En innledning av anestesi ble beskrevet der informanten hadde forsøkt å holde masken foran barnets munn, men ble skjøvet vekk. Far fikk holde masken, fordi barnet hadde full tillit til far. Erfaringsmessig bygges tillit over tid, og anestesisykepleieren klarer ikke bygge opp tilsvarende tillit på den korte tiden som er til rådighet. Informanten dro nytte av tilliten far allerede hadde etablert med barnet. Erfaringsmessig oppleves foreldre som en ressurs for anestesisykepleieren i disse situasjonene hvor barnet stoler fullstendig på forelderen og foreldrene fremstår trygge.

En informant uttrykte at ressurssterke foreldre skaffet seg informasjon i forkant og informerte sine barn. Informanten mente det var urettferdig for barna som ikke hadde ressurssterke foreldre. Dette understrekes av Aarhun m. fl. (2019) som beskriver at noen foreldre ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om helsevesenet i Norge, og foreldre synes da det ble vanskelig å ta beslutninger om barnets helsetilstand. Dette til tross for at helsevesenet hadde gitt mye informasjon. Aarhun m. fl. (2019) uttrykker videre at medvirkning i avgjørelser knyttet til helsehjelp til barn kan være avhengig av foreldres kunnskaper, samt opplevelse av innflytelse og håndtering av situasjonen. Erfaringsmessig snakker og forstår ikke alle foreldre norsk. Noen er analfabeter, og de har ikke mulighet til å tilegne seg informasjon på samme måte. Aarhun m. fl. (2019) påpeker at mangel på informasjon og kulturelle forskjeller kunne føre til misforståelser i kommunikasjonen mellom foreldre og helsepersonell. Aarhun m.fl. (2019) påpeker at foreldre som var sårbare og i tillegg hadde fått mangelfull informasjon, følte seg utrygge, og det påvirket foreldrerollen negativt. En informant nevnte at det burde være lenke til sykehusets nettside på innkallingsbrevet, slik at sykehusets informasjonsvideo var lett tilgjengelig. Erfaringsmessig vil det nok alltid være barn som ikke er informert uansett hvor tilgjengelig informasjonen er. Flere av informantene slo fast at en overvekt av de dårlig informerte barna kom fra andre kulturer. Thomasgaard m. fl. (2021) påpeker derimot at flyktninger og adopterte barn som kom til Norge som 3-4 åringer er i en særlig risikogruppe, da både foreldre og barn kan ha opplevd traumer. De vil kunne ha særlig behov for gode forberedelser i forkant av anestesi. Dette understøttes av en av våre informanter som viste til at mennesker fra andre kulturer kan ha vært gjennom traumatiske situasjoner som man ikke vet om.

Thomasgaard m.fl. (2021) nevner at etiske dilemmaer oppsto når foreldre ikke ønsket å informere barnet i forkant om kommende operasjon eller anestesi, og at det kunne være kulturelle årsaker til dette. Thomasgaard m. fl. (2021) påpeker at mangel på åpenhet rundt å snakke om sykdom kunne være en årsak til at barna var dårlig informerte. Informantene i denne studien nevnte at noen tilfeller der barn var dårlig informerte omhandlet rituell omskjæring. Informantene beskrev det som at foreldre kunne mene at deres jobb kun var å få med barnet til sykehuset. Erfaringsmessig er det derimot da svært vanskelig for barnet å få tillit til foreldre og anestesisykepleier hvis barnet opplever at det har blitt lur. Ifølge informantene hadde det i noen tilfeller blitt strykning fra operasjonsprogrammet fordi barnet ikke var tilstrekkelig informert. Informanter fortalte om innledninger der kommunikasjonen foregikk på barnets morsmål. Dette var ekskluderende for informanten, som gjerne ville vite hva som ble sagt, slik at det kunne responderes rett i forhold til barnet. Det ble beskrevet et tilfelle der far hørtes streng ut, og overkjørte dialogen som informanten forsøkte å ha med barnet. Slike situasjoner kan oppleves særdeles krevende for anestesisykepleieren, som ønsker et samarbeid med forelderen for å trygge barnet.

Enkelte informanter mente anestesisykepleieren burde påvirke valg av hvilken forelder som skal følge inn på stuen. En informant uttrykte at i noen familier hadde mor den sterkeste tilknytningen til barnet, men kunne ikke norsk. Far ble med inn på stuen fordi han kunne norsk, men var mer distansert til barnet. Informanten mente barnet burde ha med seg forelderen som gir trygghet inn på stuen. Erfaringsmessig kan trygghet veie tyngre enn kommunikasjon på norsk. Noen informanter beskrev mødre som bedre egnet inne på operasjonsstuen. Mødrene var mer følelsesmessig involverte i barnet, mens fedrene var mer passive og ikke så til stede. Dette kan forstås som et noe konservativt syn hos informantene.

I vårt samfunn ser majoriteten på fedre og mødre som likeverdige omsorgspersoner. En annen informant uttrykte derimot at det var feil at mor skulle ha monopol på å få være med inn på operasjonsstuen. Av og til vurderte informanten far til å være bedre egnet. Det kunne være hvis mor var svært engstelig, eller hvis mor overstyrte samtalen så mye at det ble vanskelig for informanten å etablere kontakt med barnet. Dette samsvarer med Ayenew m. fl (2020) som hevdet at mødre hadde fire til fem ganger større score på angst enn fedre.

5.2 Navigering i ukjent landskap

Informanter i denne studien beskrev ofte foreldre som ydmyke og sårbare i møte med helsevesenet, og at de var i en ukjent situasjon. Erfaringsmessig er operasjonsstuen et lukket område for omverdenen, og kan oppleves ukjent for foreldre. Foreldre ser nok på seg selv som lekfolk i møte med et spesialisert helsevesen. Dette må anestesisykepleieren være seg bevisst, slik at alle foreldre møtes med respekt og ikke overkjøres. Aarthun m. fl (2019) bekrefter dette ved å referere til at noen foreldre hadde følelse av å ikke kunne innfri god nok omsorg for barnet, og at helsevesenet hadde større forventninger til dem enn hva de kunne prestere. Aarthun m. fl. (2019) uttrykker også at foreldre syntes det kunne være vanskelig å være ærlig om man var uenig i behandlingen barnet fikk på sykehuset, da de var helt avhengig av hjelpen de fikk fra helsepersonell. Aarthun m. fl. (2019) uttrykker videre at godt samarbeid mellom foreldre og helsepersonell, der god kommunikasjon og tillit var til stede, bidro derimot til at foreldre fikk gitt uttrykk for sine meninger og behov. Dersom de fikk melde fra om bekymringer og ble involvert i behandlingen, ble de tryggere i sin foreldrerolle og kunne bidra som støtte til sitt barn (Aarthun et al., 2019).

Noen informanter beskrev hvordan foreldre trakk seg tilbake og mente selv at de ikke egnet seg inne på operasjonsstuen fordi de var redde. Informantene veiledet og trygget foreldrene hvis de trakk seg unna. En informant beskrev noen foreldre som tafatte inne på operasjonsstuen. Informanten innledet en samtale med foreldrene, og stilte noen spørsmål om barnet. Slik ble foreldrene involvert og kunne føle seg nyttige. Sjøberg m. fl. (2017) slår fast at de aller fleste ønsket å være der for barnet sitt til tross for at det var belastende. Ahmed m. fl (2011) påpeker også at ingen foreldre burde bli tvunget med på en anesthesiinnledning mot deres vilje. Samtidig ble det belyst at om barnet opplevde separasjon fra foreldre, kunne det gi en stressende opplevelse for barnet (Ahmed et al., 2011). Ifølge Grunnlagsdokumentet for Anestesisykepleiere har anestesisykepleiere en rolle som leder og kommunikator (Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere, 2022, 3). Erfaringsmessig kan anestesisykepleieren ved innledning av barneanestesi bruke sin kunnskap og erfaring til å veilede foreldre på en hensiktsmessig måte. Lederrollen som anestesisykepleier må brukes med varsomhet. Man bør lede med respekt for pasient og pårørende i en sårbar situasjon.

Noen informanter mente foreldre kunne kjenne på et gjennomføringspress før innledning av anestesi til barnet. Forfatterne forstår dette som forventninger fra omverdenen, som eksempelvis arbeidsgiver eller storfamilie. De hadde ordnet seg fri fra jobb operasjonsdag og dagene etter, og ordnet med barnevakt til yngre søsken. Et helt operasjonsteam stod klare

og ventet på at barnet deres skulle legges i narkose. En informant uttrykte at det kunne virke som de følte et slags press i å måtte motivere barnet under innledningen av anestesi for at operasjonen skulle gjennomføres. Informanten hadde ikke ønske om at forelderen skulle presse barnet på denne måten. Det var nok mer en tanke forelderen hadde, at dens rolle var å presse barnet for å få gjennomføre operasjonen. Andersson m. fl. (2022) bekrefter at foreldre virket usikre på deres rolle under anestesiinnledningen og hvilke forventninger anestesipersonellet hadde til dem.

Flere av informantene påpekte at foreldre trengte å høre at de var til nytte inne på operasjonsstua. Foreldrene ble bedt om å trekke seg nærmere barnet fordi deres nærhet var viktig. Informantene påpekte at foreldrene da involverte seg og kunne være en ressurs for barnet sitt. Disse informantene uttrykte en svært inkluderende væremåte. Ikke bare hadde de barnets beste for øye, de hadde også evnen til å få foreldrene til å kjenne seg anerkjent og sett. Aarhun m. fl (2019) understreker at helsepersonell sin rolle var avgjørende for at foreldre skulle føle seg meningsfulle i sin rolle på sykehuset, og at det burde legges til rette for at foreldre kunne bruke sine evner for å håndtere situasjonen, ved involvering og tilstrekkelig informasjon fra helsepersonellet. Forfatterne fikk inntrykk av at det var noe kulturforskjell mellom anestesisykepleiere som jobbet på elektive dagkirurgiske avdelinger som hadde et stort antall barn som pasienter, i motsetning til avdelinger med øyeblikkelig hjelp funksjon og anestesisykepleiere som ikke hadde barn som pasienter like hyppig. Det må også påpekes at en del elektiv kirurgi ikke er livsnødvendig, så der har man muligheten til at barnet kan komme tilbake senere, og bedre forberedt. Ved øyeblikkelig hjelp funksjon har man naturligvis ikke den muligheten. Forfatterne fikk likevel inntrykk av at anestesisykepleierne som jobbet på de dagkirurgiske avdelingene brukte tid på barnet for at det skulle spille på lag og føle mestring. Enkelte informanter som kun jobbet på avdelinger med øyeblikkelig hjelp hadde mest fokus på å få jobben gjort, ikke bruke mye tid i frykt for at situasjonen kunne eskalere. Thomasgaard m. fl. (2021) påpeker derimot at dersom forberedelsene var forhastet kunne det ende med at barnet protesterte.

Mange av informantene uttrykte at trygge foreldre gav trygge barn. Informanter beskrev foreldre som var flinke til å berolige barna med kroppsspråket, og foreldre som klarte å formidle informasjonen på en forståelsesfull måte. At foreldre/foresatte vektlegges som en ressurs, er nytt i henhold til tidligere utgaver av Norsk Standard for Anestesi, og viser at foreldrerollen har fått økt fokus blant anestesipersonell og dets fagmiljø (Norsk Standard for Anestesi, 2024, 6-2). Ifølge Andersson m. fl. (2022) skulle foreldre sees på som en informasjonskilde og ekspert på barnet, og viktigheten av foreldres involvering ved anestesi burde vektlegges i utdannelsen av anestesisykepleiere, og etableres i helsevesenets retningslinjer og rutiner. Andersson m. fl. (2022) uttrykker at anestesisykepleieren burde legge til rette for at forelderen finner sin plass på operasjonsstuen, og samtidig motivere forelderen i å støtte barnet emosjonelt ved innledning av anestesi. I Andersson m. fl. (2020) sin studie om samspillet mellom foreldre, barn og anestesipersonell på operasjonsstuen ble det filmet 27 observasjoner av barn mellom 4 og 13 år med deres omsorgspersoner og anestesisykepleier. Studien (2020) understrekte at når barna ikke ville samarbeide, ble teamet og forelderen avhengig av hverandre. Forelderen sin rolle ble å gi beskyttelse og

omsorg til barnet, og samtidig bistå personalet i utførelsen av prosedyrene. Andersson m. fl. (2020) påpeker at det kunne være krevende for forelderen som selv var i en sårbar situasjon. Dette underbygges av Sjøberg m. fl. (2017) som refererer til foreldre som måtte undertrykke deres egen sårbarhet og være sterke for å kunne bidra i situasjonen slik at de var en ressurs for barnet sitt, noe som opplevdes vanskelig siden barnets engstelse påvirket dem.

5.3 Når superkraften svikter

Andersson m. fl. (2020) bekrefter at engstelige foreldre kunne ha signifikant negativ effekt på barnet. Innsamlet data fra informantene samsvarer med dette funnet. En informant refererer til en svært engstelig mor som mistet kontroll over seg selv og tok ressurser fra barnet. Flere informanter uttrykte at barna ofte ble urolige hvis forelderen var urolig. En informant uttrykte at foreldrene noen ganger hadde mer enn nok med seg selv. Også Thomasgaard m. fl. (2021) bekrefter at anestesipersonell så det som problematisk at angst smittet fra foreldre over til barn, og det var refleksjon om at engstelige foreldre ikke burde være til stede under innledning av anestesi. Ifølge Thomasgaard m. fl. (2021) mente anestesipersonalet likevel at det viktigste for barnet var å ha en kjent omsorgsperson hos seg, selv om forelderen var engstelig. I en kvantitativ studie ble 809 anestesisykepleiere fra 55 ulike sykehus i Sverige spurt om deres holdning til foreldre under innledning av anestesi til barn (Andersson, Almerud Österberg, Årestedt, et al., 2022). Studien viste at engstelige foreldre kunne komplisere innledningen, og oppta mye av anestesisykepleierens tid. Generelt hadde anestesisykepleierne likevel en positiv holdning til foreldre. Studien slo fast at foreldrenes rolle var avgjørende ved anestesi til barn, og foreldre burde i enda høyere grad bli verdsatt som en ressurs.

Flere av informantene uttrykte at mange foreldre forsøkte å skjule at de var engstelige, men fordi barnet kjente forelderen avslørte ofte kroppsspråket dem. En informant beskrev en mor som sa til barnet at det skulle gå bra, samtidig som hun pustet veldig fort og så engstelig ut, og barnet observerte da at mor var redd. Erfaringsmessig har man i den ene enden av skalaen foreldre som er rolige av natur, og utstråler ro og trygghet. På motsatt side står foreldre med et kroppsspråk som viser uttalt angst for helsevesenet. Ved henting av pasient inn til operasjonsstue, kunne informanten påvirke valg av hvem av foreldrene som skulle bli med inn. Den av foreldrene som var best egnet, burde følge barnet inn på operasjonsstuen. Dette samsvarer med Thomasgaard m.fl. (2021) som påpeker at forelderen som kjente seg tryggest i situasjonen burde bli med barnet under innledning av anestesi, og dersom begge foreldre var svært engstelige burde en annen voksenperson som hadde tillit hos barnet være til stede under innledningen. Andersson m. fl. (2020) slår fast at barn kunne føle tap av kontroll når de var i ukjent miljø og kunne være engstelige når foreldre var fraværende. Barn har dessuten rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet. Foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 6-2).

Ahmed m. fl. (2011) påpeker at foreldres biologiske instinkt er å beskytte barnet sitt. En informant omtalte en episode der det var etablert god kontakt med barnet i forkant av innleggelse av veneflon. I det veneflonen skulle legges, uttrykte forelderen engstelig at nå ville det komme et stikk som lignet på vaksinen barnet hadde fått. Vaksinen hadde vært en traumatisk opplevelse for barnet, så tilliten informanten hadde bygget opp til barnet, ble raskt brutt ned. Dette kan oppleves som at forelderen ikke alltid forstår hva som er klokt å si. Om forelderen hadde handlet til barnets beste, hadde den spilt på lag med anestesisykepleieren og hjulpet til med avledning. Forelderen hadde nok et ønske om å ville beskytte barnet, men var ikke gjennomtenkt i hva den gjorde og sa i en stressende situasjon. Adler m.fl (2018) bekrefter at det ikke skal brukes skremmende ord som stikk og kutt ved innledning av anestesi til barn. Noen foreldre overtok kommunikasjonen da informanten forsøkte å etablere en relasjon med barnet. Informantene uttrykte da at det var barnet som skulle opereres, og at det var barnet de ville snakke med. Det kan forstås som at foreldre svarte på vegne av barnet, uten kanskje å være dette bevisst. Foreldres oppgave var å støtte barnet og bidra til at det opplevde mestring i situasjonen. Det gjorde ikke forelderen hvis den fratok barnet muligheten til å svare på spørsmål barnet hadde grunnlag for å svare på. Informanten måtte i slike tilfeller si at nå var det barnet den skulle prate med. Forfatterne mener at anestesisykepleieren bør si dette på en varsom måte, slik at forelderen fortsatt føler seg inkludert og til nytte for barnet sitt. Det kan også være viktig for barnas tillitt til anestesipersonalet at foreldre blir behandlet respektfullt.

5.4 Kampen mot tvang

Studien til Svendsen m.fl. (2017) konkluderte at sykepleiere og leger hadde ulik forståelse av begrepet tvang, og de hadde lite kjennskap til hjemlene i lovverket som omtalte dette. Det ble skissert ulike subjektive grader av tvang, ut ifra hvor hardt barnet ble holdt fast. Ifølge Svendsen m. fl. (2017) var diskusjoner blant personalet om tvang nesten ikke-eksisterende, og av helsepersonellet på avdelingen mente noen at tvang nesten aldri forekom, men andre hadde en opplevelse av det forekom nesten daglig. Forfatterne mener det er viktig å være seg bevisst om hva tvang innebærer, for nettopp å kunne unngå bruk av tvang til barn. Overordnede retningslinjer i avdelingen, åpenhet blant personalet og god refleksjon på dette området, vil bidra til at det ikke er personavhengig om innledning av anestesi blir utført med tvang. Lovverket for barn er ikke definert like klart som for voksne. Pasient- og brukerrettighetsloven uttrykker at barn som er fylt 7 år skal få si sin mening før det avgjøres å samtykke til helsehjelp, og i samsvar med barnets modenhet og alder skal det legges vekt på hva barnet mener. Det skal legges stor vekt på hva barnet mener ved fylte 12 år. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4). Forfatterne mener at når situasjoner oppstår som ikke er klart definert av lovverket, kan man havne i etiske dilemmaer, og uheldige situasjoner kan oppstå. Dette kan forstås som at teamet rundt barnet har ulike syn på hva som er den beste løsningen. Flere informanter i denne studien refererte til hendelser hvor anestesilege eller foreldre ville utføre prosedyrer mot barnets vilje. En informant uttrykte at

det handler om kunnskap, for man mener ikke å skade barnet eller foreldrene. Svendsen m. fl. (2017) bekrefter at alternative strategier burde utforskes for å unngå bruk av tvang.

En informant reflekterte over om vi legger til rette for tillitsbrudd mellom barn og foreldre. Maskeinnledning kan kreve noe holding etter oppstart. En informant uttrykte at det for mange foreldre føltes som et tillitsbrudd å måtte holde fast barnet. Forfatterne er enige med informanten i at det kan oppstå tillitsbrudd når foreldre som burde gi omsorg til barnet, også må være den som holder fast for å få prosedyren gjennomført. Bray m. fl. (2015) påpeker at foreldre som måtte holde barnet sitt, kjente det gikk ut over deres moral, og de kunne få følelser som usikkerhet, skyldfølelse og uro. Bray m. fl. (2015) uttrykker videre at en slik handling kunne ødelegge båndet mellom foreldre og barnet, hvor tilliten og den beskyttende rollen ble brutt, men til tross for disse konsekvensene ble ikke alltid barns rettigheter overholdt. Grunnlovsdokumentet for Anestesisykepleiere slår fast at anestesisykepleiere skal forsikre at pårørende og pasientens rettigheter skal respekteres og skal sikre mot ulovlige og uetiske handlinger (Grunnlovsdokumentet for Anestesisykepleiere, 2022, 2.1).

Informanter uttrykte at anestesisykepleiere kunne føle press fra foreldre om å gjennomføre operasjonen. En informant påminnte om at anestesisykepleieren var barnets advokat, og at fastholding kunne gi traumer. Forfatterne støtter informantene i dette. Når ikke foreldre eller annet helsepersonell står opp for barnet, må anestesisykepleier gjøre det. Kain m. fl. (2004) påpeker at preoperativ angst i forbindelse med holding og anesthesiinnledning kunne gi konsekvenser i form av atferdsproblemer i ettertid. Den nye reviderte utgaven av Norsk Standard for Anestesi (2024) legger vekt på å unngå tvang hos barn «*Bruk av tvang ved induksjon eller andre prosedyrer bør unngås, for eksempel ved hjelp av foreldre/foresatte (..)*» (Norsk Standard for Anestesi, 2024, 6-2). Enkelte informanter nevnte at yngre anestesileger var flinkere til å se barnet an. De eldre presset oftere på for å få jobben gjennomført. Dette kan tyde på at det benyttes mindre tvang nå enn tidligere, siden man nå har mer kunnskap om senvirkninger av tvang. En informant nevnte en 8 år gammel jente som fikk problemer med sengevæting i etterkant av forsøk på å gi anestesi, selv om det endte med at operasjonen ble utsatt. Forfatterne mener det er en tankevekker at å kjenne seg utsatt for tvang gav traume for barnet, selv om det ikke ble utført operasjon. Traumet var allerede oppstått, og skaden ble ikke reversert selv om barnet fikk beskjed om at det ikke ble operasjon. Informanten uttrykte videre at noen barn får post traumatisk stress syndrom, og man kunne ikke på forhånd forutsi hvilke barn som ville bli utsatt. Forfatterne mener anestesisykepleiere derfor må behandle alle barn med samme varsomhet og respekt. Ifølge Svendsen m. fl. (2017) mente sykepleiere at tvang var et nødvendig onde i noen situasjoner, selv om de var klar over de negative konsekvensene som kunne oppstå. Flere informanter markerte derimot tydelig avstand til bruk av tvang, og sa at de ikke ville holde fast barnet selv om også forelderen presset på for å gjennomføre.

Flere av informantene påpekte viktigheten av å være på bølgelengde med foreldrene for å unngå bruk av tvang. Dette samsvarer med funn hos Svendsen m. fl. (2017) som mente det var lettere å samarbeide om man hadde felles forståelse for hvor grensene går. Noen informanter fikk en klump i magen og deres etiske verdier ble satt på prøve. En informant

beskrev en hendelse hvor informanten var uenig med forelderen om fremgangsmåten. Far spilte ikke på lag med barnet og var villig til å trå over grensene til barnet til fordel for å få gjennomført operasjon. Informanten uttrykte at far i utgangspunktet nok ville det beste for barnet sitt. Informant og far var derimot uenige om veien å gå for å få gjennomføre operasjon. Far var villig til å holde barnet for å få utført en elektiv kirurgi som i utgangspunktet kunne vente. Situasjoner oppstår erfaringsmessig også der foreldre kjenner at sin grense blitt trådt over grunnet press fra helsepersonell. Ifølge Svendsen m. fl (2017) utrykte helsepersonell at foreldre måtte være konsekvente og tydelige i dialogen med barnet om at prosedyren måtte gjennomføres, for om forelderen ble usikker og viste følelser kunne barnet bli i tvil og situasjonen kunne eskalere. Enkelte av informantene mente at man burde være effektiv med å koble opp utstyr og ikke gi mange valg til barnet. Informantene mente at om man brukte for lang tid kunne situasjonen eskalere. Thomasgaard m fl. (2021) hevdet derimot at hvis forberedelsene var forhastet, kunne det ofte ende med at barnet protesterte.

En informant oppmuntret anestesisykepleiere og foreldre til å skryte av barnet også når operasjonen ikke ble gjennomført, slik at barnet ikke fikk følelse av nederlag. Informanten skrøt av hvor langt barnet kom i dag og hva det faktisk hadde gjennomført. Forfatterne mener dette er et eksempel til etterfølgelse. Erfaringsmessig er det lettere for både helsepersonell og foreldre å fokusere negativt, men det vil ikke være til barnets beste. Dersom barnet ikke forbinder sykehusbesøk med følelsen av nederlag, vil det bli lettere for barnet å komme tilbake for å gjennomføre operasjon en annen gang.

5.5 Metodediskusjon

I denne studien ble kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer benyttet. Som tidligere beskrevet ansees kvalitativ metode som en velegnet metode for å få frem opplevelsen til anestesisykepleierne (Joannesen et al., 2021, s. 105). Studiens fokus og tilnærming til data må være hensiktsmessig for å øke troverdigheten, noe kvalitativ metode vurderes å være i forhold til problemstillingen (Graneheim & Lundman et al., 2017). Individuelle intervjuer ble valgt fordi det kunne være lettere for informantene å være åpne om egne synspunkter på temaet, og ikke bli påvirket av andre deltakere (Johannessen et al., 2021, s. 126). Fokusgruppeintervjuer ble drøftet, men det ble vurdert at individuelle intervjuer var bedre egnet. I en fokusgruppe kan det forekomme at man blir begrenset av andre i gruppen til å bidra, eller at man synes det er vanskelig å dele sensitive temaer. Noen få kan styre, mens andre kanskje ikke får anledning til å uttrykke seg like godt. Samtidig kan annen viktig informasjon gå tapt i individuelle intervjuer, som man kunne fått frem i et fokusgruppeintervju. Det kan blant annet være muligheter for flere perspektiver underveis når flere diskuterer sammen (Johannessen et al., 2021, s. 156). Ved å bruke individuelle intervju var det lettere å få svar på problemstillingen ved at man kunne styre intervjuet med flere konkrete spørsmål i tillegg til åpne oppfølgingsspørsmål (Johannessen et al., 2021, s.108).

Intervjuet ble i hovedsak styrt av intervjuguiden. På den måten fikk informantene samme hovedspørsmål som gav et grunnlag for intervjuet. I tillegg ble enkelte tilpassede individuelle spørsmål spontant lagt til, ut ifra hva informanten svarte på spørsmålene. På den måten prøvde forfatterne å legge til rette for at intervjuene gav rikelig med data. Intervjuguiden fungerte godt under pilotintervjuet og intervjuguiden ble derfor beholdt slik den var laget opprinnelig. Pilotintervjuet er derfor en del av vårt innsamlede datamateriale.

Forfatterne sendte informasjon om studien på mail, slik at informantene kunne få forberede seg i forkant. Det viste seg at noen informanter hadde fått denne informasjonen og andre ikke, slik at det var noe skjevhet i hvor godt informantene hadde fått forberede seg. Et inklusjonskriterie i studien var anestesi til barn ved elektive operasjoner. Det er mulig dette ikke ble presentert godt nok til alle informantene, siden noen eksempler fra informantene omhandlet barn ved øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp versus elektive pasienter har ulike utgangspunkt med tanke på mulighet for å forberede barnet og forelderen i forkant av operasjonen.

Informantene som ble valgt ut til å delta i studien var anestesisykepleiere med minimum 3 års erfaring innen barneanestesi. Om man hadde valgt informanter med kortere arbeidserfaring, hadde man kanskje ikke fått innhentet like mye informasjon. Strategisk utvalg av informanter ble benyttet (Malterud, 2013, s. 56). Det var ønskelig med ulike perspektiver på fenomenet og det ble derfor hensiktsmessig å kunne velge ut relevante informanter. I denne studien er det valgt informanter hvor samtlige hadde erfaring med anestesi til barn, men samtidig ulik erfaring, kjønn og alder. Forespørsler om deltakelse ble sendt på mail til avdelingslederne på de respektive avdelingene. Informanter ble plukket ut av avdelingslederne ut ifra inklusjonskriteriene. I tillegg spurte forfatterne spesielt etter anestesisykepleiere med videreutdanning innenfor barneanestesi, noe to av informantene hadde. En av informantene var fagutviklingssykepleier. Troverdigheten i studien øker ved at informantene da har en del erfaringer med fenomenet som skal utforskes og flere aspekter kunne beskrives (Graneheim & Lundman, 2017).

En svakhet ved oppgaven kan være at vi kun intervjuet anestesisykepleiere fra avdelinger ved to ulike helseforetak i Helse Sørøst. Ved å intervju anestesisykepleiere ved flere ulike sykehus, ville vi fått kunnskap om eventuelle ulike praksiser ved sykehusene. De to avdelingene ved sykehusene vi besøkte, hadde ganske lik praksis. Forfatterne merket likevel noe forskjell på sykepleiere som jobbet fast på dagkirurgisk avdeling med stort fokus på barneanestesi, i forhold til sykepleiere som jobbet på avdelinger med øyeblikkelig hjelp, der de ikke opererte like stor andel barn.

Intervjuene foregikk på anestesisykepleieren sin arbeidsplass. Det kan være positivt fordi det kunne gi en følelse av trygghet for informantene, samtidig kan det være negativt med tanke på at de kunne bli forstyrret av telefoner og liknende. Lederne gav heldigvis rom for at informantene ikke ble avbrutt. Det ble servert drikke og søtsaker for å skape en avslappet

atmosfære. Det var to forfattere som intervjuet hver informant. Det var derfor fokus på at ikke informanten skulle føle seg underlegen. Forfatterne prøvde å være ydmyke i forhold til følelsen av maktforhold som kunne oppstå. Stolene ble satt slik at alle så på hverandre, i samme høyde (Johannessen et al., 2021, s. 116-119). Noen av intervjuene foregikk på forfatterens arbeidsplass. Dette kunne påvirke datakvaliteten positivt fordi forfatterne kjente settingen og informantenes hverdag. Noen informanter åpnet seg kanskje mer opp da de så kjente ansikter. Det kan imidlertid tenkes at datakvaliteten kunne påvirkes negativt ved at noen informanter syntes det var vanskelig å være åpne ovenfor kollegaer som de kjente godt.

Etter at intervjuene var utført ble lydopptakene transkribert. I denne prosessen kan noe av den non-verbale kommunikasjonen, som påvirker den underliggende meningen utebli (Johannessen et al., 2021, s. 117). Forfatterne var derfor fysisk til stede under intervjuene, for lettere å fange opp non-verbal kommunikasjon. Det ble også tatt notater underveis i forhold til den non-verbale kommunikasjonen, for å bedre vurdere informasjonen som fremkom.

Begrepene som ble benyttet i intervjuene var relevante og velkjente, som Malterud (2013) ser på som viktig. Når det var uklarerheter for forfatterne under intervjuene, ble informantene spurt om nærmere beskrivelse. Ble det usikkerhet for informanten om noe som ble sagt, ble det gjentatt av forfatteren som intervjuet for å få bekreftet at man forsto det riktig. Validitet omhandler hvor pålitelige funnene er i forhold til virkeligheten den skal representere og overførbarheten til andre kontekster enn der den ble kartlagt (Malterud, 2013, s. 22). Noen av funnene som er gjort i denne studien kan muligens ses på som overførbare til andre anestesivdelinger i områder som har samme helsesystem som Sørøst-Norge, men ingen kunnskap er allmenngyldig og generaliserbarhet er vanskelig (Malterud, 2013, s. 21).

Datamaterialet har blitt grundig gjennomgått. Valg av meningsbærende enheter, kondensering, koder, kategorier og tema har vært en prosess som har vært diskutert og vurdert frem og tilbake. I analysedelen ble det forsøkt å øke troverdigheten ved å velge meningsbærende enheter som var passende. Forfatterne prøvde å bruke enheter som ikke var for brede eller for smale slik at man ikke mistet betydningen før man skulle videre i kondenserings- og abstraksjonsprosessen (Graneheim et al., 2017). Studien har vektlagt å forsøke å holde lavt nivå av egen tolkning og et lavt abstraksjonsnivå for å ikke forandre på informantenes opprinnelige opplevelser. To forfattere har analysert dataene og kommet til en enighet hvor graden av tolkning og abstraksjon holdes på samme nivå (Graneheim et al. 2017). Under analysedelen har det vært et godt samarbeid med veileder, hvor kategorier og tema har blitt diskutert ut fra datamaterialet. Granheim m. fl. (2017) påpeker at man styrker troverdigheten ved å finne gode kategorier og tema som dekker dataene som er samlet inn, dette er derfor blitt forsøkt å gjennomføre (Graneheim et al. 2017).

Forfatterne var bevisst sin forforståelse og at den kunne påvirke spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene (Johannessen et al., 2021, s. 19-20). I praksis som anestesisykepleiestudenter er det opparbeidet erfaringer med ulike innledninger av anestesi til barn. Det er opplevd at mor har gått gråtende ut av operasjonsstuen. Begge forfatterne er mødre og har jobbet i akuttmottak og med barn pre- og postoperativt på dagkirurgisk avdeling. Alle mennesker møter verden med en forforståelse med kunnskaper og oppfatninger av virkeligheten. Ubevisst tolker vi ut fra forforståelsen hva som skjer rundt oss. Det vil kunne påvirke *hva* man observerer og *hvordan* observasjonene tolkes (Johannessen et al., 2021, s. 19-21; Graneheim et al., 2017). Tolkning av data som er samlet inn kan være etisk utfordrende fordi forfatterens perspektiv sett utenfra, kan være forskjellig fra informantens forståelse av en situasjon (Thafaard, 2013, s. 194). Forfatterne har forsøkt å holde fokuset på en induktiv tilnærming, og å legge vekk forforståelsen og allerede eksisterende teori på emnet. Da informantene berørte emner som ikke var kjent for forfatterne, ble det prøvd å være åpne og induktive i oppfølgingsspørsmålene. Forfatterne har vært særlig oppmerksomme på at man aldri fullt ut kan legge fra seg forforståelsen ved utførelsen av studien (Malterud, 2013, s. 176).

Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan anestesisykepleiere opplevde foreldres rolle under innledning av anestesi til barn. Anestesisykepleiere opplevde at foreldre kan skape trygge rammer for barnet ved innledning av anestesi og at de er en ressurs når de er trygge og godt forberedte. Trygge foreldre trykker barnet. Kroppsspråket til forelderen er viktigere enn ordene som blir sagt. For at foreldre skal kjenne seg trygge, er det viktig at de er informerte om hva som skal skje, og at de vet hvordan de kan være til hjelp for barnet sitt i situasjonen. Foreldres største ressurs er at de kjenner barnet sitt.

Foreldrene kunne være sårbare i et fremmed landskap og ikke alltid handle til det beste for barnet. Foreldre har behov for tilrettelegging for å finne sin plass, og de trenger å høre at de er til nytte inne på operasjonsstua. Da bidrar de lettere med sine ressurser inn i situasjonen. Anestesisykepleieren har en viktig rolle i å inkludere foreldre og informere dem underveis.

Foreldre handler ikke alltid til det beste for barnet, selv om de har et oppriktig ønske om å støtte barnet sitt. Angst og usikkerhet kan føre til at foreldrene trekker seg unna barnet, og ikke bidrar som støtte. Engstelse hos foreldre påvirker barnet. Foreldre kan handle på instinkt, og ikke være gjennomtenkte i det de sier og gjør, noe som kan være ødeleggende for relasjonen anestesisykepleieren allerede har etablert med barnet. Kulturelle forskjeller kan gjøre samspillet mellom anestesisykepleier, foreldre og barn utfordrende. Hovedvekten av dårlig informerte barn er barn fra andre kulturer. Språkproblemer kan vanskeliggjøre situasjonen. Anestesisykepleier og foreldre kan ha ulike syn på tvang og det kan være uenighet om grenser.

Den nye reviderte utgaven av Norsk Standard for Anestesi fra 1. mars 2024 omtaler for første gang foreldre som en ressurs ved innledning av anestesi til barn (Norsk Standard for Anestesi, 2024, 6-2). Dette bidrar til at anestesipersonell nasjonalt bevisstgjøres foreldres rolle ved barneanestesi. Andersson m. fl. (2022) bekrefter at involvering av foreldre bør bli satt på agenda under anestesisykepleie utdanningen.

Å gi god informasjon til foreldre påpekte informantene som svært viktig. En informant uttrykte at det burde lages informasjonsvideo om hvordan det var å være foreldre på sykehus. Dette kunne bidratt til at foreldre ble mer forberedte, og slik en bedre ressurs for sine barn. Det kom frem i studien at det var kulturelle forskjeller i forhold til hvor informerte foreldre tilsynelatende var. Informasjonsvideoen burde derfor lages på ulike språk.

Referanser/litteraturliste

- Adler, A. C., Leung, S., Lee, B. H., & Dubow, S. R. (2018). Preparing Your Pediatric Patients and Their Families for the Operating Room: Reducing Fear of the Unknown. *Pediatrics in Review*, 39(1), 13–26. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0011>
- Ahmed, M. I., Farrell, M. A., Parrish, K., & Karla, A. (2011). Preoperative anxiety in children risk factors and non-pharmacological management. *Middle East Journal of Anaesthesiology*, 21(2), 153–164.
- Andersson, L., Almerud Österberg, S., Johansson, P., & Knutsson, S. (2022). The interplay between children, their parents and anaesthesia staff during the child's anaesthesia – An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15–16), 2240–2251. <https://doi.org/10.1111/jocn.16042>
- Andersson, L., Almerud Österberg, S., Årestedt, K., & Johansson, P. (2022). Nurse anesthetist attitudes towards parental presence during anesthesia induction- a nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 1020–1030. <https://doi.org/10.1111/jan.15031>
- Andersson, L., Karlsson, K., Johansson, P., & Almerud Österberg, S. (2020). I'm afraid! Children's experiences of being anesthetized. *Pediatric Anesthesia*, 30(9), 998–1005. <https://doi.org/10.1111/pan.13931>
- Ayenew, N. T., Endalew, N. S., Agegnehu, A. F., & Bizuneh, Y. B. (2020). Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing anesthesia and surgery: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 24, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.03.004>
- Bray, L., Snodin, J., & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: An ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22(2), 157–167. <https://doi.org/10.1111/nin.12074>

- FNs barnekonvensjon. (2003). *FNs konvensjon om barns rettigheter* (Revidert utgave mars 2003). regjeringen.no.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf. Lastet ned 21.04.2024.
- Frafjord, E. (2024, april 4). *Barn døde under tannoperasjon*. NRK.
<https://www.nrk.no/rogaland/barn-dode-under-tannoperasjon-1.16830551>
- Getahun, A. B., Endalew, N. S., Mersha, A. T., & Admass, B. A. (2020). Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, Volume 11*, 485–494.
<https://doi.org/10.2147/PHMT.S288077>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today, 56*, 29–34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grunnlagsdokumentet. (2022). *Grunnlagsdokumentet* (3.utgave 2022). nsf.
<https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf>.
Lastet ned 21.04.2024.
- Hearst, D. (2009). The Runaway Child: Managing anticipatory fear, resistance and distress in children undergoing surgery. *Pediatric Anesthesia, 19*(10), 1014–1016.
<https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2009.03146.x>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>. Lastet ned 22.04.2024.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt.

- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Maranets, I., McClain, B., Gaal, D., Mayes, L. C., Feng, R., & Zhang, H. (2004). Preoperative Anxiety and Emergence Delirium and Postoperative Maladaptive Behaviors: *Anesthesia & Analgesia*, 1648–1654. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000136471.36680.97>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utgave). Universitetsforlaget.
- Norsk Standard for Anestesi. (2024). *Norsk Standard for Anestesi* (Revidert utgave 2024). nsf. <https://www.nsf.no/fg/anestesisykepleierne/nyheter/norsk-standard-anestesi>. Lastet ned 21.04.2024.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Lov-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#%C2%A74-4. Lastet ned 21.04.2024.
- Regjeringen (2022, 21. november) *FNs Barnekonvensjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>. Lastet ned 12.05.2024.
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H., & Førde, R. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Santapuram, P., Stone, A. L., Walden, R. L., & Alexander, L. (2021). Interventions for Parental Anxiety in Preparation for Pediatric Surgery: A Narrative Review. *Children*, 8(11), 1069. <https://doi.org/10.3390/children8111069>

- Sjöberg, C., Svedberg, P., Nygren, J. M., & Carlsson, I. (2017). Participation in paediatric perioperative care: 'What it means for parents'. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4246–4254. <https://doi.org/10.1111/jocn.13747>
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A., & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: A qualitative interview study with nurses and physicians. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(1), 1363623. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Thafaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4. utgave). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thomasgaard, M., Lohne, V., & Valeberg, B. T. (2021). «The Worst Is the Worry»: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children. *AANA Journal*, 89(4), 342–349.

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel til informantene

Ønsker du å delta i vårt forskningsprosjekt?

En studie i forbindelse med Masteroppgave innenfor anestesisykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge

“Hvordan opplever anestesisykepleiere foreldres rolle under innledning av anestesi til barn?”

-En kvalitativ studie

Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet er at vi skal tilegne oss kunnskap om foreldrenes rolle under innledning av anestesi til barn. Studien er en del av vår masteroppgave i forbindelse med anestesisykepleie utdanning ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN), og vi hadde satt pris på om du har mulighet til å hjelpe oss med dette.

Det kan virke skremmende for både barnet og forelderen når de kommer inn på operasjonsstuen. Studier viser at opptil 74% av foreldre som skal følge barnet sitt er engstelig. Samtidig er opp mot 80% av barna engstelige når de skal i narkose. Ved å få mer innblikk i forelderens rolle, samspillet mellom barnet, forelderen og anestesisykepleieren kan man få mer kunnskap om hvordan man kan bidra til en positiv innledning av anestesi til barnet. For å besvare vår problemstilling vil vi komme inn på temaer som omhandler samspill mellom barn, forelder og anestesisykepleier.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du har minimum 3 års erfaring med barneanestesi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

USN er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil bruke kvalitative metode for å samle inn data til vårt prosjekt. Vi vil ta i bruk et semistrukturert intervju.

Målet er å avtale tid og sted for intervju som varer i ca. 30 minutter. Vi kommer gjerne til ditt sykehus eller en passende plass i nærheten. Personopplysninger vi samler inn er navnet ditt, hvor lenge du har jobbet som anestesisykepleier og hvilke sykehus du jobber på. Dataene vil anonymiseres slik at det vil være umulig å gjenkjenne disse i masteroppgaven. Opplysningene vil bli slettet når masteroppgaven er ferdigstilt.

Opplysningene vil bli lagret i en app som heter UiO diktafon som blir brukt underveis i intervjuet. Det vil deretter bli lagt inn i nettskjema. Her vil dataene bli lagret på en trygg måte.

Kort om personvern:

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern under*.

Med vennlig hilsen

Veileder Fiona Mary Flynn

Anestesisykepleiestudenter Ingvild Tufte og Monica Rogn Hegna

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Veilederen vår og studentene som skriver oppgaven er de som har tilgang til personopplysningene dine. Vi erstatter navnet ditt med nummer som lagres på egen navneliste som er som fraskilt fra øvrige data. Lydopptaket vil bli gjort av UiO appen og lagret trygt i nettskjema.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra USN har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31 desember -2024.

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta gjerne kontakt med:

Veileder:

Fiona Mary Flynn

[Mail:Fiona.Flynn@usn.no](mailto:Fiona.Flynn@usn.no)

Prosjektansvarlige:

Ingvild Tufte

Mail:167026@usn.no

Monica Rogn Hegna

Mail:187520@usn.no

Vårt personvernombud:

Paal Are Solberg

[Mail:Paal.A.Solberg@usn.no](mailto:Paal.A.Solberg@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Hvordan opplever anestesisykepleiere foreldres rolle under innledning av anestesi til barn?"

Jeg samtykker til å delta i intervju:

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet:

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

De første spørsmålene i intervjuet vil være vil omhandle hvor han/hun jobber og arbeidserfaring. For at informanten skal fokusere på vår problemstilling spør vi om tanker rundt foreldre sin rolle i en innledning av anestesi.

Intervju nummer	
Hvor lenge har du jobbet med anestesi til barn?	
Signert for informert samtykke	

Nr.	Spørsmål	Egne notater	Kroppsspråk og uttrykk
1	<p>Kan du beskrive en eller flere situasjoner hvor foreldrene bidro til en god innledning for barnet?</p> <p>-Hva tenker du de var gode på?</p> <p>-Hvordan var samspillet mellom forelderen og barnet?</p> <p>-Hadde foreldrene forberedt barnet i forkant?</p> <p>-Virket forelderen engstelig?</p> <p>-Virket barnet engstelig?</p>		
2	<p>-Kan du beskrive en eller flere hendelser hvor foreldrene bidro til</p>		

	<p>at innledningen til barnet ble utfordrende?</p> <p>-Vil du beskrive ditt syn på situasjonen?</p> <p>-Hvordan opplevde du situasjonen?</p> <p>- Har du opplevd situasjoner hvor dine etiske verdier utfordres?</p> <p>-Har du opplevd situasjoner hvor du var uenig med foreldrenes håndtering av barnet?</p> <p>-Hvordan håndterte du slike situasjoner?</p>		
3	På hvilke måter kan anestesisykepleieren legge til rette for at foreldre kan være en ressurs for sine barn?		
4	På hvilke måter kan anestesisykepleieren bidra til et godt samspill med foreldrene?		
5	<p>Eventuelle underspørsmål:</p> <p>-Hvordan opplevde du dette?</p> <p>-Hvordan påvirket dette barnet?</p>		

	<p>-Hva tror du det skyldes at situasjonen var vellykket eller utfordrende?</p> <p>-Hva tenker du kunne blitt gjort annerledes?</p>		
--	---	--	--

Vi vil prøve å oppmuntre til refleksjon rundt spørsmålene vi kommer med underveis. Vi vil jobbe med å ha aktiv lytting og komme med tilleggsspørsmål som: kan du utdype litt for oss? Hvordan opplevde du det? Hvordan påvirket det barnet? Hva tror du det skyldes? Hva tenker du kunne blitt gjort annerledes?

I avslutningen settes av litt tid til åpne spørsmål for å oppklare eventuelle uklarheter. Hvis informanten har lyst til å si noe mer om det som har blitt snakket om gis det rom for det.

Vi vil takke informanten for at hun/han tok seg tid til oss, og be de ta kontakt hvis de skulle lure på noe i etterkant.

Vedlegg 3: Meldeskjema til Sikt

Meldeskjema

Anestesisykepleierens opplevelse av foreldres rolle under innledning av anestesi til barn

1 Meldeskjema

- 1 Skriv ut
- 1 **Referansenummer**
- 1 232281
- 1 Hvilke personopplysninger skal du behandle?

1

- 1 Stemme på lydopptak
- 2 Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

1 **Beskriv bakgrunnsopplysningene**

- 1 Kjønn, arbeidssted og lengde på arbeidserfaring.
- 1 Prosjektinformasjon

1

1 **Tittel**

- 1 Anestesisykepleierens opplevelse av foreldres rolle under innledning av anestesi til barn

1 **Sammendrag**

- 1 Barn kan være en utfordrende pasientgruppe. Ulike aldersgrupper og utviklingsstrinn krever ulike behov for kommunikasjon, nærhet til foreldre, kontrollbehov og informasjon. Anestesisykepleieren skal tilpasse induksjonen av anestesen individuelt. Foreldre kjenner barnet, og er en viktig samarbeidspartner for å hjelpe anestesisykepleieren i å etablere en god relasjon med barnet. De kan være en viktig faktor for å redusere angst hos barn. Rolige foreldre gir gjerne roligere barn. Preoperativ angst kan gi uheldige virkninger som forlenget induksjonstid med behov for større dosering av medisiner, lengre varighet av anestesi og restitusjonstid. Sett i et samfunnsmessig perspektiv vil det være nyttig å forebygge. Det finnes mangelfulle forskning på samspill mellom foreldre og anestesipersonell og hensikten med denne studien er derfor å undersøke anestesisykepleieres erfaringer i forhold til foreldres rolle under innledning av anestesi til barn.

1 **Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?**

- 1 For å få ulike perspektiver, vise relevans og variasjon i utvalget.

1 **Prosjektbeskrivelse**

- 1 Prosjektplan.docx

1 **Ekstern finansiering**

- 1 Ikke utfyllt

1 **Type prosjekt**

- 1 Master

1 **Kontaktinformasjon, student**

- 1 Monica Rogn Hegna/Ingvild Tufte, 187520@usn.no/167026@usn.no, tlf: 95074688/97571951
- 1 Behandlingsansvar

1

1 **Behandlingsansvarlig institusjon**

- 1 Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

1 Prosjektansvarlig

1 Fiona M. Flynn, fiona.flynn@usn.no, tlf: 97531697

1 Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

1 Nei

1 Utvalg 1

1

1 Beskriv utvalget

1 Anestesisykepleiere med erfaring med anestesi til barn.

1 Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

1 Rekruttere gjennom epost til avdelingsleder på to sykehus.

1 Aldersgruppe

1 25 - 65

1 Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

3 Stemme på lydopptak

4 Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

1 Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

1 Personlig intervju

1 Vedlegg

1 Intervju guide.docx

1 Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

1 Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

1 Informasjon til utvalg 1

1 Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

1 Ja

1 Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

1 Skriftlig (papir eller elektronisk)

1 Informasjonsskriv

1 informasjonsskriv.docx

1 Tredjepersoner

1

1 Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

1 Nei

1 Dokumentasjon

1

1 Hvordan dokumenteres samtykkene?

5 Manuelt (papir)

1 Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

1 Deltakerne kan ringe eller sende epost til studieansvarlige.

1 Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

- 1 Personopplysninger vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å identifisere informanter i etterkant.
- 1 Totalt antall registrerte i prosjektet**
- 1 1-99
- 1 Tillatelser
- 1
- 1 Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?**
- 6 Annen godkjenning
- 1 Annen godkjenning**
- 1 Personvernombud ved de aktuelle sykehusene. Det søkes om tillatelse etter svar fra SIKT foreligger.
- 1 Sikkerhetstiltak
- 1
- 1 Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?**
- 1 Ja
- 1 Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**
- 7 Kryptert lagring
- 8 Adgangsbegrensning
- 9 Fortløpende anonymisering
- 1 Hvor blir personopplysningene behandlet?**
- 10 Maskinvare
- 1 Hvem har tilgang til personopplysningene?**
- 11 Prosjektansvarlig
- 12 Student (studentprosjekt)
- 1 Overføres personopplysninger til et tredjeland?**
- 1 Nei
- 1 Avslutning
- 1
- 1 Prosjektperiode**
- 1 20.11.2023 - 31.12.2024
- 1 Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?**
- 1 Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)
- 1 Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?**
- 13 Koblingsnøkkelen slettes
- 14 Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres
- 15 Lyd- eller bildeopptak slettes
- 1 Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?**
- 1 Nei
- 1 Tilleggsopplysninger
- 1
- 1 b869b6b02

