

MASTEROPPGAVE

MANES5900

NOVEMBER 2017

Når barnet ikke vil

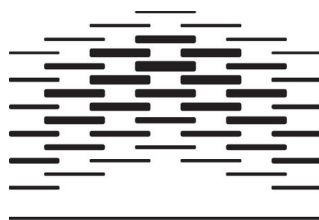
En kvalitativ masteroppgave om anestesisykepleieres erfaringer med barn som motsetter seg anestesi og bruk av tvang.

"Man har jo møtt mange barn som har hatt traumatiske opplevelser med operasjon og anestesi"

Cathrine Ellevseth

Kristine Steffensen

**Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

FORORD

Å produsere en masteroppgave har vært en langvarig prosess. Vi har jobbet hardt med denne oppgaven de siste elleve månedene, og har samtidig vært nødt til å bli kjent på ny arbeidsplass som nyutdannede anestesisykepleiere. Å si at det har vært en utfordring å balansere ny jobb med masterskriving er en underdrivelse. Det har ikke alltid vært like lett å prioritere masteroppgaven i en hektisk hverdag. Vi har likevel vært heldig som har fått tid fra arbeidsgiver for å kunne jobbe med masteroppgaven noe som helt klart har vært til stor hjelp. Vi vil derfor starte med å takke våre avdelingsledere for denne muligheten. Vi er glade for at dere ser viktigheten av at flere får mastergrad i sykepleierket.

Temaet *barn som ikke vil* kom fra at en av oss har jobbet flere år på en barnekirurgisk avdeling. Der ble det erfart at barn kan ha dårlige opplevelser med innledning av anestesi. Temaet har ikke vært enkelt å ta for seg, og vi har hatt mange diskusjoner som har gått på selve utfordringen med valg av tema. Å velge en kvalitativ metode har også vært en stor utfordring da vi ikke hadde noe erfaring med dette fra før. Vi har fått god hjelp fra våre veiledere Berit Taraldsen Valeberg og Vibeke Lohne. Tusen takk for alle interessante diskusjoner, gode råd og motivasjonshjelp om temaet og metoden- uten dere hadde vi aldri klart dette!

Vi vil selvfølgelig også takke de fire informantene som stilte opp til intervju og delte sine erfaringer med oss. Tusen takk! Uten dere hadde vi aldri kunne gjort denne studien. Avslutningsvis vil vi også takke hverandre for godt samarbeid og støtte gjennom denne prosessen. Det har helt klart vært veldig godt å være to om denne masteroppgaven.

Oslo, November 2017

Kristine Steffensen

Cathrine Ellevseth

SAMMENDRAG

Barn som skal i narkose kan oppleve ulike grader av tap av kontroll som kan føre til at de motsetter seg anestesi. Forskning viser at bruk av tvang er noe anestesisykepleieren kan oppleve i sin hverdag ved innledning av anestesi til barn. Hensikten med dette studiet er å innhente kunnskap om anestesisykepleierens erfaringer med barn som motsetter seg anestesi og bruk av tvang og forhåpentligvis gjøre anestesisykepleieren mer observant ovenfor hvordan og hvorfor man utøver tvang ovenfor et barn.

Forskningsspørsmål:

- *Hvilke erfaringer har anestesisykepleieren med barn som motsetter seg anestesi?*
- *Hva gjør anestesisykepleieren for å unngå bruk av tvang?*

Metode:

For å få svar på forskningsspørsmålene ble det valgt kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Analysen av intervjuene er utført etter Malterud (2013) sin metode for dataanalyse.

Resultater og konklusjon:

Vi har kommet frem til tre hovedtema: *hvordan unngå tvang*, *stress og press* som beskriver under hvilke forhold det brukes tvang og *ambivalens til tvang*, som beskriver forskjellige erfaringer med tvang. Bruk av tvang påvirkes av ulike faktorer som barnets alder, barnets foreldre og tidspress. Anestesisykepleieren har ulike metoder for å unngå bruk av tvang som i stor grad handler om å gjøre situasjoner som kan oppfattes skumle, mindre skumle for barnet.

Nøkkelord:

Anestesi, barneanestesi, barn, tvang, ufrivillig fastholding, anestesisykepleie.

ABSTRACT

Children who receive anesthesia can experience loss of control that may lead to a resistance to anesthesia. Research shows that the use of coercion is something nurse anesthetists can experience when administering anesthesia to children. The purpose of this study is to acquire knowledge of nurse anesthetists' experiences with children who resist anesthesia, the use of coercion and to, hopefully, make nurse anesthetists more observant of how and why one uses coercion in a pediatric population.

Research questions:

- What experiences do nurse anesthetists have with children who resist anesthesia?
- What do nurse anesthetists do to avoid the use of coercion?

Method:

In order to answer the research questions, a qualitative approach was chosen based on individual interviews. The analysis of the interviews was based on Malterud's (2013) method for data analysis.

Results and conclusion:

Based on our findings three main themes were identified: *how to avoid coercion, stress and pressure*, to describe under which circumstances coercion is used, and *ambivalence to coercion*, to describe different experiences with using coercion. We have found that the use of coercion is influenced by various factors such as the child's age, the child's parents and time pressure. Nurse anesthetists use several methods to avoid using coercion with pediatric patients. These are largely focused on making situations that may be perceived as frightening less so for the child.

Keywords:

Anesthesia, pediatric anesthesia, child, coercion, restraint, nurse anesthesia

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	8
1.3 Avgrensning og oppbygning	8
2.0 TEORETISK FORANKRING	10
2.1 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar	10
2.2 Tvang	10
2.3 Etikk og lovverk	11
2.4 Kunnskapssøk	12
2.4.1 <i>Kildekritikk</i>	14
2.5 Barnets utvikling	15
2.6 Anestesisykepleierens møte med barnet	16
2.7 Forskning om tvang	17
2.7.1 <i>Barn og foreldres opplevelser av tvang</i>	17
2.7.2 <i>Helsepersonell om tvang</i>	18
3.0 METODE	21
3.1 Kvalitativ metode	21
3.2 Rekruttering og utvalg av informanter	21
3.3 Datasamling	22
3.4 Dataanalyse	23
3.5 Forskningsetiske overveielser	25
4.0 RESULTATER	28
4.1 Hvordan unngå tvang	28
4.1.1 <i>Avlede</i>	29
4.1.2 <i>Ufarliggjøre</i>	29
4.1.3 <i>Si ifra hva som skal skje</i>	30
4.2 Stress og press	31
4.2.1 <i>De minste barna</i>	31
4.2.2 <i>Foreldrenes påvirkning</i>	31
4.2.3 <i>Systempress</i>	32
4.3 Ambivalens til tvang	32
5.0 DISKUSJON	34
5.1 Teori	34
5.1.1 <i>Slow ethics</i>	34
5.1.2 <i>Haviks modell for mestring</i>	35
5.2 Hvordan unngå tvang	35
5.2.1 <i>Avlede</i>	36
5.2.2 <i>Ufarliggjøre</i>	37
5.2.3 <i>Si ifra hva som skal skje</i>	38
5.3 Stress og press	40
5.3.1 <i>De minste barna</i>	40
5.3.2 <i>Foreldrenes påvirkning</i>	42
5.3.3 <i>Systempress</i>	43
5.4 Ambivalens til tvang	44
5.5 Metodediskusjon	46
5.5.1 <i>Kvalitative individuelle intervju</i>	46
5.5.2 <i>Styrker og svakheter ved studien</i>	47

5.5.3 Kritisk bevissthet rundt forskerrollen	48
5.5.4 Diskusjon av teorier	49
6.0 KONKLUSJON	51
LITTERATURLISTE	52
VEDLEGG 1 Intervjuguide	58
VEDLEGG 2 Godkjenning NSD	59
VEDLEGG 3 NSD endring	60
VEDLEGG 4 Personombud	61
VEDLEGG 5 Godkjenninger fra klinikkledere	62
VEDLEGG 6 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	63

1.0 INTRODUKSJON

Når barnet ikke vil er en masteroppgave med temaet barn som motsetter seg anestesi og anestesisykepleierens bruk av tvang. 75% av barn og ungdom som ble innlagt på sykehus i 2012 var under 10 år. (Sjøberg, 2013). Barn på sykehus er en sårbar gruppe. De har begrenset autonomi i forhold til ansvar og valg, og har også redusert evne til å si ifra og mindre mulighet til å bli hørt i de voksnes verden (Fanghol & Valla, 2011). Vi har sett at det desverre ofte brukes tvang ved innledning av anestesi til barn som ikke vil, og dette er noe vi har ønsket å se nærmere på.

Studien baserer seg på kvalitative individuelle intervjuer med anestesisykepleiere med barneerfaring, samt tidlige forskning og litteratur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I en anestesisykepleiers hverdag kan man oppleve bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn (Bjørnå, 2014; Van Norman & Palmer, 2001). Dette er noe vi har opplevd, og vår egen erfaring med dette er at anestesisykepleieren sitter igjen med en vond følelse over å ha begått et overgrep ovenfor barnet. En kan tenke seg at det å bli brukt tvang på ikke er bra for barnet, og at barnet i fremtiden vil kunne bli redd for sykehus samt ha problemer med å stole på helsepersonell. Snyder (2004) beskriver at barnet viste sinne, motstand og ubehag når de ble utsatt for tvang. Vi mener det er viktig å sette fokus på barnas hverdag på sykehus. Det utføres mye anestesi på barn og det er derfor viktig at anestesisykepleiere har fokus på hvordan innledning av anestesi kan gjøres for å unngå en potensiell traumatisk opplevelse for barnet.

Dette temaet kan sees på fra flere perspektiver: barnet, foreldrene eller anestesisykepleieren. I denne studien har vi valgt å ha fokus på anestesisykepleierens perspektiv da det for oss som uerfarne forskere ville blitt vanskelig å intervjuer barn og foreldre for å se på deres opplevelser. Litteratur og forskning tar også for seg barn og foreldres opplevelser, og vi kommer til å gå inn på dette der det er aktuelt.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om hvilke erfaringer anesthesisykepleiere har rundt dette temaet, eventuelle utfordringer og forslag til forbedringer. Studien kan forhåpentligvis bidra til at anesthesisykepleiere blir mer observante og tenker over hvordan og hvorfor man utøver tvang på barn, noe som igjen forhåpentligvis kan bidra til at tvang i større grad kan unngås.

I forbindelse med prosjektbeskrivelsen som ble utført i forkant av denne masteroppgaven utførte vi et litteraturstudie for å finne tidligere forskning på området. Vi fant en del forskning på sykepleieres erfaringer med bruk av tvang og noen få av disse artiklene gjaldt også anestesipersonell. Ettersom vi ikke fant så mye forskning som gikk direkte på anesthesisykepleieres erfaring med barn som motsetter seg anestesi samt bruk av tvang i denne forbindelsen, ønsket vi å se nærmere på dette. Vi laget derfor to forskningsspørsmål basert på hva vi ville vite mer om:

- *Hvilke erfaringer har anesthesisykepleieren med barn som motsetter seg anestesi?*
- *Hva gjør anesthesisykepleieren for å unngå bruk av tvang?*

Tanken bak disse forskningsspørsmålene var å få mer kunnskap om anesthesisykepleierens erfaring med temaet, samt om og eventuelt hvordan bruk av tvang kan unngås.

1.3 Avgrensning og oppbygning

Barn defineres i alder fra 0 –18 år (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 1-3; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3), men de over 16 år har mer rettigheter til å kunne bestemme selv når det kommer til valg som gjelder egen helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Vi har valgt å ikke avgrense studien til en spesiell aldersgruppe for å ikke gå glipp av noe. Det ble likevel en naturlig avgrensning til barn under 16 år da forskning og litteratur samt informantene våre hovedsaklig tok for seg barn under denne aldersgruppen. Vi har valgt å ta for oss funksjonsfriske barn i somatikken, og har derfor ikke sett på forskning og litteratur som tar for seg barn med spesielle behov eller barn med psykisk sykdom. Dette fordi anesthesisykepleieren må forholde seg til disse barna på en annen måte. I denne studien har vi valgt å ikke gå nærmere inn på bruk av premedikasjon som et mulig tiltak for å unngå bruk av tvang da det blir for omfattende å ta dette med.

Oppgavens oppbygning baserer seg på masterhåndboken fra Høgskolen i Oslo og Akershus (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016, s. 9-10). Vi tar først for oss et kapittel om teoretisk forankring som tar for seg anestesisykepleierens funksjon og ansvar, etikk og lovverk, begrepet tvang, litteratursøket vårt og kildekritikk samt forskning om tvang. Vi tar også for oss barnets utvikling og anestesisykepleierens møte med barnet for å få frem kunnskap som er nødvendig for anestesisykepleieren å vite noe om. I neste kapittel beskriver vi studiens kvalitative metode, og går gjennom gangen i utvalg av informanter, datasamling, dataanalyse samt tar for oss forskningsetiske overveieleser. Vi beskriver hvorfor vi valgte den aktuelle metoden, hvordan vi gikk frem for å finne informanter, hvordan intervjuene ble utført samt alle trinnene i dataanalysen. Vi tar så for oss et kapittel om resultatene vi kom frem til, for deretter å diskutere disse funnene opp mot tidligere forskning og litteratur i et kapittel vi kaller diskusjon. I kapitlet diskusjon presenterer vi også to teorier som ble funnet etter at analysen var utført, samt tar for oss metode -og teoridiskusjon. Avslutningsvis tar vi for oss et kapittel med konklusjon og implikasjoner for videre praksis.

2.0 TEORETISK FORANKRING

2.1 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar

I grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere står det under punkt 2.1 "Anestesisykepleier og individ": "anestesisykepleier sikrer pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger og ivaretar pasientens integritet". Videre står det under punkt 2.2 "Anestesisykepleier og klinisk praksis": "anestesisykepleier yter tjenester med respekt for menneskeverd og den unike pasienten, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, religion, seksuell legning, sosial status, politisk ståsted, funksjonshemming og/eller sykdom" og "anestesisykepleier taler pasientens sak ved å engasjere seg i etiske avgjørelser" (Grunnlagsdokument ALNSF, 2017). Anestesisykepleieren har da et ansvar for å beskytte barnet mot uetiske handlinger, ivareta barnets integritet og ha respekt for barnet uavhengig av alder, samt tale barnets sak. Anestesisykepleieren må ha kunnskap om hvordan sykdom og innleggelse kan forårsake stress og hvordan dette kan føre til negative konsekvenser (Fanghol & Valla, 2011). Ved innleggelse på sykehus kan barnet oppleve flere stressende situasjoner, og det å oppleve bruk av tvang kan være en stressfaktor. Dette er en problemstilling anestesisykepleieren må ta stilling til ved barneanestesi. En problematisk situasjon for anestesisykepleieren kan oppstå når et barn skal opereres for første gang og ikke vil la seg stikke med PVK (perifer venekanyle) før innledning av anestesi. Anestesisykepleieren må da vurdere alternative tilnæringsmetoder slik at barnet ikke får en dårlig erfaring med sykehus og helsepersonell (Bruun, 2011).

2.2 Tvang

"Tvang og makt er definert som tiltak som begrenser en persons valg-, handle- eller bevegelsesfrihet eller som påfører fysisk eller psykisk ubehag" (Helsekompetanse.no, udatert). Men hvordan defineres tvang i somatikken? Bray, Snodin og Carter (2015) og Svendsen, Pedersen, Moen og Bjørk (2017) beskriver at det er lite konsensus på hva tvang innebærer og hvordan det utføres. Forskjellige begreper som brukes om å holde barn er terapeutisk holding, støttende holding, fysisk begrensnings/tvang, immobilisering og klinisk holding samt ufrivillig fastholding, men det kommer uklart frem hva forskjellen er (Bray et al., 2015; Page, McDonnell, Gayson, Moss, Mohammed, Smith & Vanes, 2015; Svendsen et al., 2017). Vi har sett at flere utenlandske forfattere bruker ordet restraint som en form for begrensnings av pasientens bevegelsesfrihet, og Quaine og Waisel (2011) bruker begrepet restraint therapy som en måte å forhindre skade på pasienten selv eller andre. De spesifiserer at medisinsk immobilisering for å fullføre en prosedyre ikke er ansett som restraint

therapy, og et eksempel de nevner er immobilisering ved å holde et lite barn nede for å utføre maskeinnledning ved anestesi. Royal College of nursing (2010) bruker begrepet terapeutisk holding når det gjelder å for eksempel støtte barnets hånd under PVK innleggelse, men der det brukes mer makt ovenfor barnet kalles det restriktive fysisk tiltak. Alle de nevnte begrepene over er oversatt fra engelsk til norsk, det eneste norske begrepet for tvang vi har funnet er ufrivillig fastholding (Svendsen, 2015). På grunn av lite klare definisjoner på hva som utgjør tvang kan det bli nesten usynlig, uunngåelig og tatt for gitt i barnas hverdag på sykehus (Bray et al., 2015).

2.3 Etikk og lovverk

Sykepleie til barn byr på etiske utfordringer (Tveiten, 2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere tar for seg under § 2 ”sykepleieren og pasienten”: ”sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang” (Norsk sykepleieforbund, 2016). Barnet har rett til å uttale seg, og sykepleieren har ansvar for å ivareta denne rettigheten. Samtidig må sykepleieren forholde seg til barnets foreldre som har rettigheter overfor sitt barn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Når det kommer til at pasienten har rett til selv å foreta valg, innebærer det at den enkelte har rett til å bli informert om sin situasjon og rett til selv å avgjøre hva som er best for seg. Valget skal være tatt frivillig og uten ytre press. Hvem skal ha mest å si av foreldrene og barnet? (Tveiten, 2012). Barnet har krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert, selv om det er foreldrene som gir samtykke til behandling. Det er ubehagelig å behandle barn som motsetter seg tiltak, og av og til må man gjøre intervensjoner preget av tvang. Sterke følelser i anestesiteamet kan vekkes, og det kan være uenighet om fremgangsmåte for å få barnet til å samarbeide. Engstelse og uro kan også tolkes ulikt. Mens noen mener at litt gråt og protester er normalt for små barn, vil andre mene at den samme uroen kan føre til uheldige psykologiske langtidsvirkninger (Bjørnå, 2014).

I pasientrettighetsloven under § 4-4 "Samtykke på vegne av barn" står det:

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykkes. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Verken pasientrettighetsloven eller lov om spesialisthelsetjenesten sier noe om bruk av tvang på barn under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Anestesisykepleieren har et ansvar for at barnet ikke blir utsatt for unødvendig tvang, men hva er unødvendig tvang? Hvem bestemmer når holding blir tvang? Er det barnet eller foreldrene, anestesisykepleieren eller anestesilegen? Helsepersonell skal sørge for at barn og foreldre ikke utsettes for noe som kan skade, for eksempel ved at det velges skånsomme metoder så langt det er mulig. Helsepersonell skal også handle til det beste for barnet og foreldrene (Tveiten, 2012). Det er et moralsk problem å gripe inn i andres liv mot deres vilje, og det er sjelden entydige svar på hva som er riktig i slike situasjoner. Og hvor går egentlig grensen mellom mild tvang og et overgrep? Dette dilemmaet står man som anestesisykepleier overfor svært ofte ved barneanestesi (Bjørnå, 2014).

2.4 Kunnskapssøk

For å innhente kunnskap om temaet på forhånd utførte vi et systematisk litteratursøk. Vi startet med å søke fritt for å se hva som fantes av litteratur på dette temaet, og vi fant gjennom dette gode søkeord for videre søk. Søkeordene som vi brukte i engelske databaser var: anaesthesia/anesthesia, pediatrics, restraint, holding, child, treatment interference, clinical og coercion. I skandinaviske databaser brukte vi søkeordene anestesi og barn. S-pyramiden ble brukt som et hjelpemiddel i søkeprosessen, og søket startet i kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer, for deretter å gå videre til oversikter og

enkeltstudier (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2016). De aktuelle databasene ble valgt fordi det er helsefaglige databaser vi er godt kjent med fra før samt at de nevnes i de ulike trinnene i s-pyramiden (Nortvedt et al., 2016). Det ble brukt de samme søkeordene i alle databasene. Søket startet i UpToDate, men der ble det ikke funnet noen treff. Vi gikk så videre til Cochrane Library. Der ble det funnet flere treff, men ingen av de var relevante. Deretter gikk søket videre til Medline og Cinahl hvor det ble funnet flere relevante artikler. Ved søk i SweMed+ fant vi et relevant treff.

Vi prioriterte artikler som oppfyller søkekriteriene peer reviewed, research article og references available. Dette for å sikre at artiklene var kvalitetsvurderte av eksperter innen fagområdet før publisering, samt at litteraturen forfatterne har benyttet var tilgjengelig. Et av søkekriteriene var at artiklene ikke var gitt ut etter år 2000. Artikler som omhandler bruk av tvang på barn på somatiske enheter ble tatt med, mens artikler som er fra psykiatrien ble ekskludert, da både lovverk og tilnæringsmetoder til disse barna vil være mer omfattende. Når det kommer til andre avdelinger enn operasjonsavdelinger, tenker vi at tvang på barn vil føles det samme både for barnet og den som utfører tvangen, og at overførbarheten derfor er stor. Et av eksklusjonskriteriene var barn med ulike funksjonshemninger og barn med spesielle behov, da anestesisykepleierens rolle i forhold til disse barna også blir mer omfattende. Vi har valgt å ta for oss barn i alderen 0-18 år da vi ikke ønsket noen begrensning på alder, men de fleste artiklene vi har funnet tar ikke for seg barn over 16 år.

Gjennom litteratursøket ble det funnet et par forskningsartikler som sier noe om anestesisykepleierens syn på bruk av tvang på barn (Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund & Fridlund, 2013; Bjørnå, 2014; Runeson, Proczkowska-Björklund & Idvall, 2010). Det ble også funnet et par artikler som tok for seg anestesilegenes syn (Homer & Bass, 2010; Lewis, Constance, Voepel-Lewis & Tait, 2007). Det ble funnet forskningsartikler om tvang på barn i andre settinger, for eksempel på barneintensivavdelinger, og disse er som nevnt tidligere på grunn av overførbarhet tatt med. En av disse tok også for seg barnets perspektiv på tvang (Snyder, 2004). I tillegg til litteratursøk ble det gått gjennom referanselistene til noen av de mest aktuelle artiklene. Dette for å se om de inneholdt andre artikler som ikke ble funnet ved litteratursøket. Mange av de artiklene som ble funnet i

litteratursøket, var også tilgjengelig på de aktuelle referanselistene, og det viser at det ble gjort et grundig og aktuelt søk. Vi fant likevel noen nye artikler fra referanselistene, som vi har valgt å bruke.

Litteratursøket ble utført en siste gang i september 2017. Ved noen søk fikk vi færre treff enn tidligere og ved andre søk fikk vi flere treff enn tidligere. Vi endte opp med to nye artikler som var gitt ut i 2015 som tok for seg bruken av å holde barn i praksis (Page et al., 2015; Page & McDonnel, 2015).

2.4.1 Kildekritikk

Ettersom ikke alle forskningsartiklene vi har funnet går direkte på anestesipersonell, kan det derfor diskuteres om resultatene fra disse artiklene kan være gyldig for anestesisykepleiere. Metodene for å unngå tvang i forhold til prosedyrer kan tenkes å være lik uansett om det er anestesipersonell eller sykepleiere på sengepost som utfører disse. Metodene vil kanskje i større grad være mer effektive på sengepost da personellet der er bedre kjent med barnet samt har bedre tid og mer utstyr tilgjengelig enn anestesisykepleiere. Opplevelsen av bruk av tvang kan tenkes å være lik for barnet og foreldrene uansett hvor på sykehuset det utføres, men graden av tap av kontroll kan kanskje være større ved innledning av anestesi.

I forskningsartiklene vi har funnet er det både mangel på detaljer på nøyaktig hva slags type tvang det er snakk om, samt at det kommer frem mye forskjeller på hva som anses som tvang. Det vil da være vanskelig å gjøre en sammenlikning med forskningsartiklene og våre resultater. Vi kommer inn på disse forskjellene i både teoridelen og diskusjonsdelen og har hele tiden vært bevisst på at begrepet tvang ikke er et fastsatt begrep.

Nesten alle artiklene vi har funnet er skrevet på engelsk noe som vanskeliggjør vår forståelse. Vi føler likevel at vi med god hjelp fra oversettelsesprogram samt at vi har tatt oss god tid til å gå gjennom artiklene, har forstått artiklene godt. De fleste studiene vi har funnet er utført i andre land enn Norge, men de fleste er fra Storbritannia, Irland og Sverige. Vi tenker derfor at overførbarheten er stor til Norge ettersom praksisen virker å være noenlunde lik som i Norge.

Noen av artiklene våre er gamle, og den eldste artikkelen er fra 2004: "Preventing Treatment Interference: Nurses' and Parents' Intervention Strategies". Denne artikkelen er en av de få som tar for seg barnas syn på tvang, og vi tenker derfor at den er aktuell å ha med til tross for at den er gammel.

2.5 Barnets utvikling

Sykehusinnleggelse kan oppleves belastende for barnet og familien. Ukjent miljø og andre rutiner kan gi en følelse av usikkerhet og mangel på kontroll. Barn har begrenset evne til mestring og det ukjente ved sykehusinnleggelse kan gi store utfordringer. Barnets angst for det ukjente kan føre til at de motsetter seg prosedyrer som kan forsinke undersøkelser og behandlingsprosedyrer (Sjøberg, 2013). Å forstå aldersadekvat oppførsel som respons til situasjoner er viktig i barneanestesi (Ghazal, Mason & Cotè, 2013). Når man har kunnskap om barnets utvikling kan man møte barnet på deres nivå (Kain, Fortier & Mayes, 2013).

Barn på ulike utviklingsstadier vil ha ulike behov. Små barn, 1 ½ til 3 år, vil trenge trygghet fra omsorgspersoner og rolige omgivelser. Barn i denne alderen har en animistisk tenkning som betyr at de kan oppfatte døde ting som levende. De kan også oppleve stor grad av angst som kan føre til regresjon (Sjøberg, 2013). Regresjon er ubevisst å gå tilbake til tidligere utvikling. Barn med velutviklet språk kan begynne å snakke babyspråk. Ved regresjon reduseres den kognitive kapasiteten slik at tidsbegrepet blir dårligere, og det kan bli vanskelig å forstå og huske informasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Å bruke tid på barnet er viktig for å unngå at barnet skal regredere for mye (Sørensen, 2015). I denne alderen kan smertefulle prosedyrer oppfattes som en straff (Sjøberg, 2013).

Førskolebarn, 3-5 år, mangler metoder for å håndtere en stresset situasjon og kan utagere med skrik og fysisk motstand. Livlig fantasi kan forsterke angst for medisinske prosedyrer. I denne alderen har barnet også en ufullstendig forståelse av kroppen. De kan tro at det er huden som holder organer og blod på plass og kan derfor blir redd for at alt skal falle ut ved et stikk, for eksempel ved PVK-innleggelse (Sjøberg, 2013). Småbarn og førskolebarn er mest utsatt for uheldige ettervirkninger etter sykehusopphold fordi utrygghetsfølelsen og opplevelsen av uforutsigbarhet forsterkes av følelsesmessig og intellektuell umodenhet. Gjentatte sykehusinnleggelser, alvorlig sykdom, traumatiske opplevelser ved undersøkelser og prosedyrer er andre risikofaktorer. De fleste barn får ikke langvarig mén etter

sykehusopphold, men reaksjoner som engstelse, endret atferd og søvn og spisevansker kan forekomme (Grønseth & Markestad, 2017).

Barn opp til 8 års alder tenker konkret. Det vil si at når man kaller et intravenøs sett en slange vil barnet tenke på en reel slange. Skolebarn, 6-12 år, kan ha sykdom- og dødsangst rettet mot seg selv eller nære personer. Barnet vil ha større grad av selvstendighet og sykehusinnleggelse kan bli en stressfaktor fordi at barnet ikke nødvendigvis vil oppleve den grad av selvstendighet det ønsker. Skolebarn husker i større grad negative inntrykk og opplevelser i forbindelse med sykehusinnleggelse. Prosedyrer kan gi økt risiko for negative psykologiske reaksjoner etter utskrivelse, som økt angst, atferdsendringer og lavere selvfølelse. Dette øker med lengden på innleggelsen (Sjøberg, 2013).

2.6 Anestesisykepleierens møte med barnet

Innledning av anestesi kan være en av de mest stressende hendelser for et barn som skal opereres, og dette igjen kan føre til dårlig samarbeid under innledningen. Derfor er det viktig at man ser på tiltak for å redusere barnets opplevelse av stress og angst (Berglund et al., 2013). Målet med anestesi på barn må være å minske deres ubehag og stress (McAlister, 2010), og dette kan gjøres via forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte (Sjøberg, 2013). Berglund et al. (2013) fant at en måte å redusere barnets angst på var at anestesisykepleiere var følsomme ovenfor barnet, handlet i henhold til situasjonen, var fleksibel i å endre handlinger, samt å gjøre barnet med foreldre aktive i den preoperative fasen.

Forberedelse til anestesi i samsvar med barnets modenhet og alder har stor betydning for å forebygge angst. Når vi gjør det ukjente kjent, gir vi barn mulighet til å kunne bearbeide følelser og dermed delta mer aktivt. Foreldrene betyr mye for barns trygghet, og en av foreldrene bør være til stede under innledning og oppvåkning av anestesi. En teknikk anestesisykepleieren kan bruke er å avlede barnets tanker fra det som skjer ved å skifte fokus (Fanghol & Valla, 2011). Ved å utnytte barnets nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver de liker kan man hjelpe det med å konsentrere seg om noe annet enn det som forårsaker smerte, ubehag og engstelse ved undersøkelser og prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017). Slike teknikker kan benyttes for alle aldersgrupper. Små barn

kan ha glede av å leke med masken og prøve den før anestesian innledes (Fanghol & Valla, 2011; Sørensen, 2015), og større barn kan bruke ulike dataspill. Avledningsteknikker vil fungere best hvis den er avtalt på forhånd (Fanghol & Valla, 2011).

For å oppnå best mulig kontakt med barnet bør det være færrest mulig personer i nærheten. Anestesipersonalet må være rolige, ærlige og opptre med vennlig autoritet. En må unngå å gi ikke-eksisterende valgmuligheter. Dette krever tid, tålmodighet og et visst håndlag med barn. Barnet kan gjerne sitte i mors eller fars fang til de sover. En må være forberedt på at enkelte barn uansett alle gode tiltak ikke lar seg overtale til å være rolige eller samarbeide. En må da ha planlagt en strategi på forhånd (Fanghol & Valla, 2011). I slike situasjoner kan en begrense overvåking til et minimum (kun pulsoksymeter) og eventuelt sløyfe pre-oksygeneringen. En rask og målrettet tilnærming der en hele tiden sier hva en gjør fungerer vanligvis best (Fanghol & Valla, 2011, Sørensen, 2015). De fleste operasjonsstuer er ikke spesielt innrettet til barn. I disse omgivelser vil det være mange voksne i operasjonstøy med masker og hetter som kan virker skremmende for barnet. Man kan minimere antall personer på operasjonsstuen som barnet og forelderen skal forholde seg til og avtale på forhånd hvem som skal henvende seg til barnet (Sørensen, 2015).

2.7 Forskning om tvang

2.7.1 Barn og foreldres opplevelser av tvang

Frykt og sinne på grunn av tvang kan føre til motvilje mot medisinsk behandling og helsepersonell (Van Norman & Palmer, 2001). Snyder (2004) var den første til å gjøre en studie for å se på barnas perspektiv på tvang. Det ble gjort observasjon, samt intervju med barn, foreldre og sykepleiere på en intensivavdeling. Barn uttrykte sinne, motstand og ubehag. Foreldrene uttrykte også negativitet i forhold til at det var ubehagelig å se barnet sitt bundet fast (Snyder, 2004). Foreldres perspektiv på bruk av tvang er at de ikke er fornøyde med denne måten å gjøre det på. Noen foreldre opplevde skyldfølelse av å skuffe barnet sitt, og noen følte at barnet ble straffet for å ikke forstå situasjonen (Alexander, Murphy & Crowe, 2010). Andre følte seg hjelpeløse og maktløse når barnet ble utsatt for tvang (Alexander et al., 2010; Bray et al., 2015; Brenner, 2013).

2.7.2 Helsepersonell om tvang

Barn som motsetter seg anestesi utgjør en utfordring for helsepersonell, og bruk av tvang kan bli brukt som en måte å håndtere disse barna. Det hevdes at tvang bare skal brukes i livstruende situasjoner, men det viser seg at dette er noe som brukes ellers også (Berglund et al., 2013; Homer & Bass, 2010; Lewis et al., 2007). Bruk av tvang på barn er noe en anestesisykepleier kan oppleve i sin praksis (Bjørnå, 2014; Crellin, Babl, Sullivan, Cheng, O'Sullivan og Huchthinson, 2011; Van Norman & Palmer, 2001). Flere sykepleiere samt anestesisykepleiere gir uttrykk for at tvang noen gang er nødvendig, til tross for at de vet at det ikke er god praksis (Berglund et al., 2013; Bray et al., 2015; Karlsson, Rydström, Enskär & Dahlheim Englund, 2014; Svendsen et al., 2017). I Svendsen et al. (2017) sin studie blir tvang beskrevet som et nødvendig onde hos førskolebarn da de uansett ikke vil samarbeide ved prosedyrer. Berglund et al. (2013) sier at tvang kan skje spesielt ved akutte innleggelser, barn med spesielle behov eller når sykepleierne ikke klarer få kontakt med barnet. En anestesisykepleier beskriver det slik:

Jeg husker en pasient som skulle ha anestesi fordi han hadde en alvorlig diagnose. Jeg lå oppå han og presset masken på ansiktet hans. Ja, vi måtte holde han hardt, men du føler deg ikke bra, du føler at det er helt feil (Berglund et al., 2013, s. 31).

Det kom også frem at det til tider var barn som var så engstelige at anestesisykepleier, sammen med anestesilege, bestemte seg for å utsette operasjonen og dermed gi barnet tid til forberedelse (Berglund et al., 2013). Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) beskriver bruk av tvang på barn som en del av hverdagen til sykepleiere som jobber med barn. Det at man bruker tvang kommer ikke fra upassende oppførsel av en individuell sykepleier, men det kommer som en siste utvei for å utføre behandlingen barnet skal ha. I en studie fra Sverige var det belyst tre etiske dilemmaer, hvor et av disse var å legge et barn i narkose mot dets vilje. Det kom frem at anestesisykepleierne opplevde press fra anestesileger til å utføre tvang (Runeson et al., 2010).

Page og McDonnell (2013) gjennomførte intervjuer med sykepleiere og annet personell med barneerfaring i England for å se nærmere på de ulike begrepene om å holde barn for utførelse av prosedyrer. Flere av deltakere (7 av 11) mente terapeutisk holding ble til tvang når barnet ble holdt for en prosedyre mot deres vilje. Det samme kom frem i studien til Svendsen et al. (2017), og der var det også ulikt syn på hvor ofte tvang skjer, fra daglig til nesten aldri. I en annen studie fra England som tok for seg samme tema kom det frem at sykepleiere følte en pågående konflikt mellom et behov for å fullføre prosedyren og den samtidige følelsesmessige tilstanden til barnet. Det ble også spesifisert at familiens tilstedeværelse påvirket sykepleierens bruk av holding gjennom både hvilke forventninger de hadde til hva sykepleieren skulle gjøre eller at de var involvert i selve holdningen selv. Sykepleierne følte seg presset til å utføre holding for at prosedyren skulle bli gjort. I samme artikkel spesifiseres det at det i lærebøker til sykepleiere kun finnes teknikker for holding av små barn, men ingen teknikker for det eldre barnet, barnet som motsetter seg holding eller barnet med lærevansker (Page et al., 2015).

Lewis et al. (2007) fant at 44% av anestesileger i studien brukte tvang på de fleste barn under 1 år, mens bare 2% på barn over 11 år. Det kom frem at anestesilegene var mer ukomfortable med å bruke tvang på de eldre barna, og var da mer tolerant for å avlyse inngrepet enn å fortsette. Homer og Bass (2010) hadde noe av de samme funnene i forhold til anestesileger. Det som her også gikk igjen var et bredt spekter av meninger rundt dette med å bruke tvang for å lette innledningen, alt fra ”jeg forakter tvang” og ”jeg ville ikke gjort det” til ”jeg ser ikke noe problem med det så lenge det gjøres på en hensiktsmessig måte”. Bruk av tvang på barn blir altså mindre med høyere alder hos barnet (Bray, et al., 2015; Crellin, et al., 2011; Homer & Bass, 2010; Lewis et al., 2007). Flere av anestesilegene (60%) fra studien til Homer og Bass (2010) ga uttrykk for at de ville brukt tvang på et barn som motsetter seg innledning av anestesi så lenge foreldrene gir tillatelse til dette på forhånd, men var opptatt av at dette burde klargjøres på forhånd med foreldrene. Det var i tillegg en større toleranse for bruk av tvang så lenge foreldrene utførte holdingen selv. Teknikker for å unngå bruk av tvang var i stor grad avledningsmanøvrer for barn under 6 år, mens det ble brukt økende grad av beroligende premedikasjon for barn over 6 år (Homer & Bass, 2010). I studien til Lewis et al. (2007) var medianalder for når anestesilegene ville respektert barnets ønske om å avbryte innledningen 12 år. Barn bør få være med i avgjørelser og valg rundt prosedyrer, og om de vil bli holdt eller ikke. Foreldre, helsepersonell og barna må jobbe sammen slik at man kan finne

en bedre måte å utføre prosedyren på, uten bruk av tvang. Ved å gjøre det på denne måten vil barnets beste komme bedre frem (Bray et al., 2014).

3.0 METODE

3.1 Kvalitativ metode

Hensikten med studien er å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer med barn som motsetter seg anestesi og bruk av tvang. Kvalitativ metode med individuelle intervjuer ble valgt fordi vi mener denne metoden er best egnet til å belyse forskningsspørsmålene. Malterud (2013) hevder at kvalitative metoder kan brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper, som for eksempel erfaringer som igjen kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Vi valgte individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju fordi vår forforståelse var at temaet kunne være vanskelig å snakke om i plenum da vi opplever at anestesisykepleiere har svært ulike synspunkt på dette med bruk av tvang på barn. Vi har blant annet erfart at noen ikke ser på det som et problem, at andre syntes det er ubehagelig og vanskelig, mens andre igjen ser på det som en nødvendighet for å få ting gjort i en hektisk hverdag. Som Malterud sier: "Gruppedynamikken i en fokusgruppe kan stenge for avvikende synspunkter eller hindre at opplysninger om følsomme eller intime forhold kommer opp" (Malterud, 2013, s. 68).

3.2 Rekruttering og utvalg av informanter

Utvalget vårt hadde følgende inkluderende kriterier: anestesisykepleiere med jevnlig erfaring med barneanestesi som hadde minst 4 års arbeidserfaring. Dette fordi vi ønsket å være sikre på at anestesisykepleierne hadde erfaring med barn som motsetter seg anestesi samt bruk av tvang. Informantene ble dermed valgt ut ifra et strategisk utvalg som var sammensatt slik at vi skulle få data som belyste forskningsspørsmålene på best mulig måte (Malterud, 2013). For oss var det hensiktsmessig å rekruttere informanter fra sykehus på Østlandet for å unngå lang reisevei. Et ekskluderende kriterium var anestesisykepleiere som var kollegaer av oss.

Vi utarbeidet et informasjonsskriv som ble levert til flere avdelingsledere som videreformidlet dette informasjonsskrivet til aktuelle kandidater som passet våre kriterier. Etter en tid fikk vi kontaktinformasjon på de aktuelle kandidatene fra avdelingsleder og vi tok så kontakt med disse og avtalte tid for intervju. Vi sendte også informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet direkte til de aktuelle kandidatene for å være sikre på at de hadde lest informasjonen før intervjuet slik at de kunne være litt forberedt på temaet vi skulle prate om. Tre informanter fra

samme sykehus ble kontaktet i første runde med intervjuer. Det ble synlig etter disse tre intervjuene at det var hensiktsmessig med mer data og vi kontaktet derfor et nytt sykehus på Østlandet hvor et nytt intervju så ble avtalt. Det ble i alt fire intervjuer, to kvinner og to menn med lengre arbeidserfaring og som regelmessig jobbet med barneanestesi. Tre av informantene jobbet på samme sykehus hvorav to jobbet på samme avdeling, mens den siste informanten jobbet på et annet sykehus. Vi prøvde å innhente en informant til uten å lykkes. Dette fordi aktuelle avdelingsledere mente det ikke var flere kandidater som passet våre kriterier.

3.3 Datasamling

Vi valgte å bruke semistrukturert intervju med intervjuguide og forslag til spørsmål for å få hjelp til å få frem data som skulle gi best mulig svar på forskningsspørsmålene våre (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Intervjuguiden med aktuelle spørsmål ble laget i samarbeid med veiledere og ble utformet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, se vedlegg 1. Tanken vår var å prøve å stille spørsmål der svarene ble mest mulig spesifikke samt å få så rik data som mulig om temaet (Malterud, 2013).

For å få frem informantenes erfaringer med barn som motsetter seg anestesi spurte vi hva de gjør når barnet ikke vil. Videre for å få svar på hvordan anestesisykepleieren kan forebygge bruk av tvang spurte vi spørsmålet: "Hvordan kan tvang unngås?". I tillegg spurte vi om de kunne fortelle en historie hvor de hadde opplevd bruk av tvang samt en historie hvor samme type situasjon løste seg uten bruk av tvang, og med påfølgende spørsmål: "Hva lærte du av dette?". Malterud (2013) hevder at man får tak i den rikeste kunnskapen hvis man klarer å få informanten til å dele sine erfaringer i form av en konkret hendelse som hadde en spesiell betydning for vedkommende. Vi tok til slutt en oppsummering og spurte om informantene hadde noe å tilføye om temaet.

Vi brukte lydopptaker under intervjuene. Dette fordi vi i intervjuet da kunne konsentrere oss om intervjuets emne og dynamikk i stedet for å skrive ned alt som ble sagt. Ordbruk, tonefall, pauser og liknede ble dermed tatt opp og kunne lyttes til flere ganger (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi utførte alle fire intervjuene sammen, men delte på å stille spørsmålene fra intervjuguiden ved å ta to intervjuer hver. Grunnen til at vi begge ønsket å være tilstede på alle intervjuene var fordi ingen av oss hadde gjort intervju før. I tillegg kunne den som ikke stilte spørsmålene observere aktuelle ting som for eksempel informantens væremåte. Hadde

for eksempel informantene opplevd spørsmålene våre som ubehagelige, kan det tenkes at dette hadde visst seg på væremåten deres. Vi fikk opplevelsen av at de var komfortable med å snakke med oss om temaet da de for oss virket avslappet under intervjuene. Det at vi begge var tilstede under intervjuene gjorde det også enklere å diskutere i ettertid. Den av oss som ikke stilte spørsmålene fra intervjuguiden hadde også mulighet til å stille aktuelle spørsmål underveis, for eksempel for å oppklare noe som ble sagt. Vi valgte også å utføre transkripsjonen selv på de intervjuene vi hadde gjort. Den andre leste også gjennom transkripsjon samtidig som lydopptaket ble hørt på for å se om vi var enige i hvordan ting ble skrevet i transkripsjonen. Både på grunn av ulike dialekter, muntlig språk og til tider noe dårlig lyd opplevde vi at detaljer fra lydopptaket kunne misforstås og det hjalp derfor å være to om dette. Ifølge Malterud (2013) kan transkripsjonen være lurt å gjøre selv ettersom man selv husker detaljer og momenter som kan oppklare uklarheter. I vårt tilfelle var vi to som kunne huske dette, og dette ser vi på som en klar fordel med studien vår.

3.4 Dataanalyse

Malterud (2013) beskriver analyse som en måte å bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Det er flere metoder for å utføre en analyse av en råtekst. Vi valgt å følge Malterud (2013) sin prosess for systematisk tekstkondensering. Dette fordi Malterud (2013) beskriver prosessen på en oversiktlig måte for nybegynnere i kvalitativ analyse. Analyseprosessen gjøres i fire deler: finne foreløpige temaer, gjøre temaene til koder og kodegrupper, dele kodegruppene inn i kondenserte subgrupper og danne kategorier ved sammenfatning av essensen i de kondenserte subgruppene (Malterud, 2013).

For å finne temaer i råteksten skal man bli kjent med materialet, lese gjennom sidene med rådata og danne seg et helhetsbilde. Det kan dreie seg om fire til åtte temaer, og det anbefales å gjøre dette sammen med en annen forsker (Malterud, 2013). Vi leste begge gjennom alle de fire transkripsjonene av intervjuene hver for oss for å se etter foreløpige temaer som kunne fortelle noe om erfaringene til anestesisykepleierne når barnet motsetter seg anestesi og hva anestesisykepleieren gjør for å unngå bruk av tvang. Vi gikk så sammen for å se på alle de foreløpige temaene vi hadde kommet frem til og valgte å ta med oss temaer videre som belyste forskningsspørsmålene våre best.

Den neste delen i analyseprosessen er å finne meningsbærende enheter fra de foreløpige temaene, med andre ord å gjøre temaene til koder (Malterud, 2013). I denne delen gikk vi igjennom transkripsjonene på nytt og fant tekst som sa noe om de foreløpige temaene og begynte å systematisere dette. Vi valgte å bruke farger for å identifisere og klassifisere de foreløpige temaene som hadde noe til felles. De temaene som var felles ble lagt i ett nytt dokument og ble samlet i kodegrupper med de aktuelle meningsbærende tekstene fra transkripsjonene.

I analysens tredje trinn skal man hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). I denne delen delte vi hver kodegruppe inn i subgrupper som beskrev forskjellige meningsaspekter ved samme kodegruppe. Ettersom vi er nyutdannede anestesisykepleiere vil subgruppene som dannes preges av dette, da subgruppene preges av det perspektivet vi leser materialet fra (Malterud, 2013). Malterud (2013) legges også vekt på at det i denne prosessen kan være nyttig å gjøre arbeidet sammen med andre. Hensikten er å skape rom for flere fortolkninger og mulige tilnærminger. I arbeidet med subgruppene leste vi begge gjennom alle de meningsbærende enhetene for så å diskutere hva det egentlig var snakk om. I denne prosessen tok vi også bort noen aktuelle kodegrupper, som for eksempel teamarbeid som alle informantene pratet en del om, men som vi etter hvert kom frem til ikke belyste forskningsspørsmålene våre. Videre i denne delen av analyseprosessen er det subgruppen som er analyseenheten (Malterud, 2013). Vi laget her et kondensat- et kunstig sitat for å få frem det konkrete innholdet fra de ulike meningsbærende enhetene, se tabellen under.

I analysens fjerde og siste trinn skal bitene settes sammen igjen. Man sammenfatter det man har funnet, og sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal i forhold til informantens stemmer (Malterud, 2013). I denne delen dannet vi hovedtema ved å sammenfatte essensen i de ulike subgruppene. Vi skrev en analytisk tekst for hvert hovedtema med utvalgte sitater som beskrev innholdet i hovedtemaet og belyste ulike sider av forskningsspørsmålene. I denne prosessen kom vi frem til tre hovedtemaer: *hvordan unngå tvang* med subtemaene avlede, ufarliggjøre og si ifra hva som skal skje, *stress og press* med subtema de minste barna, foreldrenes påvirkning og systempress og *ambivalens til tvang*. Tabellen under viser tre eksempler på hvordan vi kom frem til to av hovedtemaene.

Tabell 1

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subtema	Hovedtema
"Så prøver vi på de minste barna, de som er 1,2,3 år å avlede så godt vi kan, enten via å blåse bobler, være klovner og vise ting på youtube"	Vi prøver på de minste barna å avlede så godt vi kan.	Avlede.	Hvordan unngå tvang.
"Ja.. og så er jeg veldig ærlig, jeg gjør ikke noe før jeg sier ifra hva jeg gjør og så er jeg ærlig på forhånd, at de kan kjenne et lite stikk med Embla".	Jeg er ærlig og sier hva jeg gjør.	Si ifra hva som skal skje.	Hvordan unngå tvang.
"Og så er det noen ganger jeg har vært med på at foreldrene sier at det her må vi bare og da har vi foreldrenes velsignelse på det at man må, og da må vi bare holde enten ved maskeinnledning eller ved stikk".	Noen ganger sier foreldrene at dette må vi og da må vi bare holde barnet.	Foreldrenes påvirkning.	Stress og press.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Når det utføres en forskningsstudie hvor enkeltpersoner kan identifiseres må en spørre seg om prosjektet utløser meldeplikt. Prosjektet utløser meldeplikt hvis det omfatter behandling av personopplysninger og opplysningene helt eller delvis lagres elektronisk (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2015). Prosjekter som må søkes REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) er forskningsprosjekter som har som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Godkjenning av REK er ikke nødvendig der direkte personidentifiserbare opplysninger er fjernet (Oslo universitetssykehus, 2014). Ettersom det i vår studie ikke ble lagret personopplysninger elektronisk har ikke denne studien meldeplikt til REK. For prosjekter som faller utenfor REK sitt mandat kreves et annet formelt behandlingsgrunnlag, slik som melding til personvernombud eller konsesjon fra Datatilsynet

(Oslo universitetssykehus, 2014). Vi brukte derimot lydopptak ved intervjuene, og på grunn av dette måtte studien meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, 2015). Prosjektet ble godkjent av NSD 29.04.2017, se vedlegg 2. Vi kontaktet også NSD på nytt igjen da vi bestemte oss for å gjøre et intervju til på et annet sykehus. Dette for å være sikre på at denne endringen ikke var meldepliktig, noe vi fikk bekreftelse på i mail 29.06.2017, se vedlegg 3. Vi fikk i tillegg til dette godkjennelse fra personombudet ved sykehusene og klinikkleder, se vedlegg 4 og 5

I forskning stilles det krav til samtykke. Samtykket skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysningen gjelder, om at vedkommende godtar behandling av opplysninger om seg selv. Informanten kan samtykke muntlig eller skriftlig (Johannessen et al., 2015). For å utfylle kravet til samtykke ga vi via avdelingsleder ut et skriv med informasjon om studiet til de aktuelle informantene på forhånd, vedlegg 6. Vi sendte også dette informasjonsskrivet direkte til informantene da vi avtalte intervju, samt ga den samme informasjonen muntlig før vi startet intervjuene. Dette for å være sikre på at informantene fikk denne informasjonen. Skrivet inneholdt informasjon om studiet og studiens formål og metode, hvem som har tilgang til informasjonen, hvordan resultatene var tenkt brukt og om følgene av å delta i forskningsarbeidet. En skriftlig samtykkeerklæring ble også innhentet av informantene før vi startet intervjuene.

Lydopptaker ble lånt fra Høgskolen i Oslo og Akershus, og for å ivareta anonymitet i studien ble lydopptakene ivaretatt etter høgskolen retningslinjer. Et eksempel her er at lydopptaket ble lagret på et minnekort og overført vår personlige datamaskin med passordbeskyttet tilgang med en gang intervjuet var ferdig. Lydopptaket ble så slettet fra minnekortet.

Epostkorrespondansen med avdelingsleder og informanter oppbevares på passordbeskyttet skolemail og blir slettet etter studiens slutt. Samtykkeskjemaet med signatur ble oppbevart separat fra transkripsjonene. Videre ble transkriberingen anonymisert slik at den ikke kan spores tilbake til arbeidsplass, personalet eller pasienter.

Anestesisykepleiere er kollegaer og dette kan by på spesielle utfordringer. Helsepersonell har heller ikke samme beskyttelse som pasienter har med helsinkideklarasjonen. I denne studien var det særlig viktig å vise aktsomhet ettersom dette med bruk av tvang kan sees på som et sensitivt tema (Malterud, 2013). Ønsket var at informantene skulle føle seg trygge for å kunne betro oss med sin kunnskap uten å føle at vi var dømmende i forhold til det de sa. Det var

derfor veldig viktig for oss å sende ut informasjonsbrevet på forhånd, og i tillegg informere muntlig om dette samt å spesifisere at vi har taushetsplikt, at informantene i studiet ville bli anonymisert og at de kunne trekke seg når som helst uten at det fikk konsekvenser for dem. På grunn av at studien tar for seg et sensitivt tema samt at vi ikke ønsket å forske på egne kollegaer, ble det til at vi ikke utførte intervjuer på det sykehuset vi selv jobbet. Vi har under dataanalysen prøvd å være så lojale som mulig i forhold til informantens stemmer med å ikke prøve å legge for mye fortolkninger i sitatene til informantene. Ønsket vårt har hele tiden vært å få frem det informantene sier og ikke noe annet.

4.0 RESULTATER

I denne studien ønsket vi å få svar på to forskningsspørsmål: "Hvilke erfaringer har anestesisykepleieren med barn som motsetter seg anestesi og hva gjør anestesisykepleieren for å unngå bruk av tvang?" Gjennom dataanalysen kom vi frem til disse hoved- og subtemaene:

1. **Hvordan unngå tvang** med subtemaene *avlede, ufarliggjøre og si ifra hva som skal skje*.
2. **Stress og press** med subtemaene *de minste barna, foreldrenes påvirkning og systempress*.
3. **Ambivalens til tvang**

Dette kapitlet er delt opp etter hovedtemaene med subtemaene som underkapitler, og vi vil bruke sitater og sammendrag av intervjuene for å vise til de aktuelle funnene.

4.1 Hvordan unngå tvang

Gjennom intervjuene kommer det frem at en viktig del av det å jobbe med barn er å bruke ulike metoder for å unngå bruk av tvang. Metoder som informantene gjør avhenger av alder på barnet. Alle forteller at de forandrer tilnærming avhengig av barnets alder, og det er i all hovedsak avledning som utføres på de minste barna (0-4 år) og aktiv informasjon som brukes til de eldre barna. Ufarliggjøring gjøres for alle aldersgrupper og gjerne i kombinasjon med enten avledning eller aktiv informasjon. Fra dette har vi formet tre subtema for å unngå bruk av tvang: *avlede, ufarliggjøre og si ifra hva som skal skje*.

Alle informantene tar også opp at godt forberedte barn og foreldre er en viktig faktor for å forebygge bruk av tvang, og at det også er viktig for at de aktuelle tiltakene anestesisykepleieren gjør skal fungere best mulig. Det nevnes viktigheten av at situasjonen oppleves forutsigbart for barna og foreldrene. Det er da snakk om forberedelse i form av informasjonsbrosjyrer/bøker/informasjons-videoer som barna og foreldrene ser i forkant av innleggelsen, samt forberedelse utført av personalet på post. Informantene gir uttrykk for at

godt forberedte foreldre er roligere og gir roligere barn, mens uforberedte og stressede foreldre gir stressede barn.

4.1.1 Avlede

Alle informantene nevner avledning som noe de gjør når barnet ikke vil, og tre informanter nevner det når de blir spurt om hvordan de tenker at tvang kan unngås. Det som anestesisykepleierne gjør ved avledning er å prøve å få barnets oppmerksomhet på noe annet enn det som for barnet oppleves som skummelt. Det blir i denne forbindelse nevnt bruk av mobiltelefon eller nettbrett med tilgang til videoer på nett som hjelpemidler for avledning, samt bruk av barnets egen bamse eller sykehusmaskot. En av informantene svarer dette på spørsmål om hva som gjøres for å unngå bruk av tvang:

Og så har jeg oppdaget det at man trenger ikke være spesielt utadventt og veldig klovnete. Ofte er en mobiltelefon med youtube som kan vise favorittvideoene nok. Ungene digger å se det samme om igjen, og hvis de kan se noe kjent og morsomt på mobiltelefonen mens vi holder på så er det kjempebra og en enkel ting å gjøre (1).

4.1.2 Ufarliggjøre

Det går igjen i alle intervjuene forskjellige metoder som kan gjøres for å prøve å ufarliggjøre det som kan oppleves som skummelt for barnet på operasjonsstuen. Det virker primært som om det er utstyret som skal brukes på barnet som må ufarliggjøres, for eksempel maske og overvåkingsutstyr. Det nevnes at barnet kan få leke med utstyr, som for eksempel en maske, som en metode for å ufarliggjøre situasjonen for de minste barna. For de eldre barna nevnes det å brukes deres nysgjerrighet til hjelp. Dette kan gjøres med bruk av overvåkingsutstyr ved at de enten kan få legge på utstyret selv eller følge med på skopet mens utstyret legges på:

Man kan leke og tulle, bruke litt tid, trigge barnets nysgjerrighet. De litt større barna, koble de opp på skop og pulsoksymeter og vise at hvis de gjør sånn med fingeren så går det opp og ned på skjermer. De er dette med å involvere barnet: "Kan du holde og

putte fingeren inn i pulsoksymeteret, kan du sette på klisterlappene selv (EKG elektroder)". Sånne enkle ting at når vi henter barnet, at de får dra i snoren eller trykke på knappen så døren åpner seg, sånn at de ikke bare blir slept med inn, men at de får være med i prosessen og også få bidra selv, det tror jeg er viktig (4).

Det legges også vekt på trygge rammer rundt barnet. Å bli trillet inn på en ukjent operasjonsstue med masse forskjellig utstyr kan være skummelt nok for en voksen, og det sier seg selv at dette kan være veldig skummelt for barn. Eksempler som informantene kommer med er å legge vekk for eksempel sprøyter som kan gjøre barnet redd samt å ikke legge på for mye overvåkningsutstyr før barnet sovner. Alle informantene tar også opp dette med å la barna få velge mellom alternativer: "*Det er viktig at barnet får være med på å styre prosessen, men at man ikke gir de aktive valg som fravelger narkose. Nå skal vi puste på masken, skal du eller jeg holde masken?*"(4). Andre alternativer som nevnes er å spørre barnet om de vil innledes på maske eller få PVK. En av informantene gir uttrykk for at dette er med på å gi barnet en mestringsfølelse som igjen kan hjelpe dem å takle den skumle situasjonen bedre.

4.1.3 Si ifra hva som skal skje

Alle informantene prater om viktigheten av kommunikasjon med barn. Det som gikk mest igjen hos alle informantene var dette med å forklare barnet hele tiden hva som skjer: "*Og så forklare litt hva jeg gjør hele veien, sånn at du ikke bare kaster deg over, men du forklarer litt og litt*" (3). Viktigheten av å være ærlig i samme forbindelse kommer også frem. Det nytter ikke å lyve med at barnet for eksempel ikke kan kjenne et stikk når de har hatt på bedøvelseskrem: "*Og så er jeg veldig ærlig, jeg gjør ikke noe før jeg sier ifra hva jeg gjør og så er jeg ærlig på forhånd, at de kan kjenne et lite stikk med Embla*" (2).

En av informantene nevner at det oppleves som vanskelig når barnet og foreldrene ikke snakker norsk eller engelsk, og man dermed ikke får forklart hva som skal skje. Det nevnes at dette føles som et overgrep og at anestesisykepleieren føler seg hjelpeløs når dette skjer.

4.2 Stress og press

Stress og press viser til hvilke faktorer rundt anestesisykepleieren som kan bidra til bruk av tvang. Det viser seg at barnets alder påvirker bruken av tvang, og at det er i all hovedsak de minste barna det brukes mest tvang på, derav subtemaet "de minste barna". Foreldrenes påvirkning viser til hvordan anestesisykepleieren kan føle press fra barnets foreldre til å "kjøre på" og bruke tvang og systempress sier noe om hvordan et fullt operasjonsprogram kan bidra til bruk av tvang.

4.2.1 De minste barna

Det er et stort aldersspenn på barn som skal i narkose, og anestesisykepleieren må dermed tilpasse seg barnets alder og utviklingsnivå. Det viser seg fra intervjuene at alder på barnet som motsetter seg anestesi påvirker anestesisykepleierens syn på hvorvidt det er greit å bruke tvang, og at tvang unngås i større grad hos større barn. Det nevnes at en av grunnene til dette er at det er lettere å kommunisere med et eldre barn og forklare barnet hva som skal skje, og at man ikke får gjort dette med de minste barna. Det kan se ut som at de mindre barna (under 5 år) vil oppleve større grad av bruk av tvang enn de som er eldre. En av informantene sier: *"Jeg bruker aldri.. altså en treåring, fireåring så må du jo bare noen ganger ta maska og bare forklare til foreldrene at sånn blir det, noen pust og noen protester og så sovner de"* (2). Det legges også vekt på av flere av anestesisykepleierne at små barn ikke forstår konsekvensen av at inngrepet ikke gjøres: *"De skal ikke være mer enn 1-2-3 år. Blir de større enn det så unngår vi tvang. Men en 2-åring klarer ikke se konsekvensene av at dette ikke gjøres"*(4).

4.2.2 Foreldrenes påvirkning.

Når barn skal til operasjon er alltid foreldrene med på operasjonsstuen så lenge barnet er over 6 måneder til 1 år. Foreldrene vil derfor spille en rolle for hvordan innledningen til anestesi går. Foreldrene kan være en ressurs, men de kan også påvirke anestesisykepleieren til å utføre tvang når barnet motsetter seg anestesi. Det nevnes fra en av informantene at foreldrene kan være mer bestemte ovenfor barnet og ikke overføre sin egen engstelse til barnet. Det går igjen i alle intervjuene at foreldrene påvirker bruken av tvang, og i tre av intervjuene gir

anestesisykepleierne uttrykk for om foreldrene ønsker å gå videre med innledning når barnet ikke vil er det større sjans for at det blir utført en form for tvang ovenfor barnet:

Og så er det noen ganger jeg har vært med på at foreldrene sier at det her må vi bare og da har vi foreldrenes velsignelse på det at man må, og da må vi bare holde enten ved maskeinnledning eller ved stikk, men da har du jo foreldrene med deg på laget (3).

En informant gir derimot uttrykk for ubehag ved press fra foreldrene: "*Foreldre sier åhh, kan dere ikke bare holde, kan dere ikke bare gjøre mens vi føler oss ukomfortable med at nå er vi i en situasjon der ungen ikke synes dette her er noe alright situasjon*" (1). Det ble også lagt vekt på av tre av informantene at foreldrene har tatt seg fri for å være med, og at det også er en faktor som kan være med å påvirke bruken av tvang for å få operasjonen utført.

4.2.3 Systempress

Tre av informantene kommer inn på tidspress og gir uttrykk for at det er vanskelig å ikke bare kjøre på når man blant annet vet at det er flere pasienter som venter på å bli operert: "*Noen ganger er det veldig vanskelig å ikke bare kjøre på, holde barna. Man har et tidspress, man har flere pasienter som venter. Hvis vi bruker lang tid her så kanskje det blir strøket pasienter*" (1). Alle informantene tar opp viktigheten av å ta en pause når situasjonen blir stressende og vanskelig å håndtere når barnet ikke vil. To tar opp dette med viktigheten av å ta en timeout for å diskutere hva som skal gjøres videre, og to nevner at man kan sende barnet ut igjen for å gi premedikasjon hvis det ikke er blitt gitt, for så å prøve igjen etterpå. Det nevnes også at man kan gi nye time og prøve på nytt når barnet er blitt bedre forberedt hvis det inngrepet som skal gjøres kan utsettes. En informant kommer også inn på dette med at barn som er satt opp til operasjon kanskje har vært strøket flere ganger før på grunn av forkjølelse noe barn ofte har, og at hvis barnet nå ikke er syk og er klar for operasjon, så ønsker man å unngå en ny utsettelse til tross for at barnet ikke vil.

4.3 Ambivalens til tvang

Informantene hadde ulike erfaringer med bruk av tvang. En ga uttrykk for at tvang skjer ofte, mens de tre andre ga uttrykk for at det sjeldent skjer. I tillegg kom det frem noen motsigelser i

intervjuene om dette temaet. En av informantene sier: *"Jeg vil jo si at vi ser bruk av tvang veldig ofte, og jeg syntes det er det vanskeligste temaet- hva gjør vi når barnet ikke vil?"*(1). Samme informant gir uttrykk for at så langt det lar seg gjøre skal man ikke bruke tvang.

Selv om det av de tre informantene først gis uttrykk for at tvang ikke skjer, har de alle historier der de ble satt i situasjoner der barnet ikke ville og tvang ble brukt. En av de tre sier: *"Jeg er ikke for å bruke tvang, altså sånn direkte tvang. Man har jo møtt nok mange som har traumatiske opplevelser med operasjon og anestesi"* (2). Videre blir det pratet om hvor grensene går når det gjelder tvang ovenfor et barn: *"Og så er det den grensen noen ganger, hvor hardt skal du holde og hvor skal du holde og du føler noen ganger at nå har du gått litt for langt, men sånn er det bare noen ganger"* Det blir også sagt: *"Jeg har jo i løpet av min yrkeskarriere vært med noen ganger hvor jeg har følt at dette var et direkte overgrep, og det er ingen god følelse"*(2). Disse sitatene fra samme intervju gjenspeiler også de tre andre intervjuene hvor det kommer frem noe motstridende utsagn på om tvang blir brukt. Flere av informantene kommer også inn på dette med grensen på hvilken type fysisk holding som kan kalles tvang, noe vi oppfatter de som usikre på.

5.0 DISKUSJON

Før vi startet denne studien var vår tanke at anestesisykepleiere som jobber med barneanestesi møter barn som motsetter seg anestesi og at det da kan utføres noen form for tvang. Vi opplevde i praksis som anestesisykepleiestudenter at dette er noe som ikke prates veldig mye om. Vår tanke var også at det var lite konsensus på hva tvang egentlig er, og vi tenkte derfor at det ville komme frem forskjellige meninger på hvordan anestesisykepleieren opplevde dette i sin hverdag. Som nevnt tidligere erfarte vi at anestesisykepleiere hadde forskjellige meninger rundt dette temaet, men vi trodde likevel at det var noe som noen anestesisykepleiere opplevde som ubehagelig, og vi forventet at de hadde flere spesifikke episoder som de kunne huske som hadde satt seg som ekstra ubehagelig. Da vi snakket om studien på vår arbeidsplass var det et stort engasjement rundt temaet og kollegaer kunne fortelle flere historier der barnet motsatte seg anestesi og det ble brukt tvang, noe de opplevde som ubehagelig.

Noe av det som overrasket oss med funnene våre var forskjellen i syn på bruk av tvang når det kom til alder på barnet. Vi tenkte på forhånd at det ville oppleves ubehagelig uansett alder, men det kom klart frem at informantene så på bruk av tvang på små barn som en nødvendighet. I tillegg trodde vi at samarbeidet mellom både anestesisykepleier, anestesilege og foreldre kunne påvirke bruken av tvang, og spesielt at anestesisykepleierne kunne føle press fra anestesilegene til å utføre tvang, men dette var ikke noe som gjaldt våre informanter. Det kom derimot frem at foreldrene kunne påvirke bruken av tvang.

5.1 Teori

5.1.1 *Slow ethics*

Gallagher (2012) tar for seg fenomenet *slow movement* fra kunstverden og drar det inn i sykepleiepraksis og kaller det *slow ethics*. Fenomenet *slow movement* kan beskrives som en motpart til trenden hvor raskhet, tidsbesparende tiltak og kvantitet blir verdsatt over kvalitet. Egenskaper som mot, integritet, tålmodighet og respekt står sentralt. Gallagher (2013) påpeker at den daglige virkeligheten til helsepersonell preges av et effektivt helsevesen hvor en uskrevet regel er at man skal gjøre ferdig arbeidsoppgaven så fort som mulig og gå over til neste arbeidsoppgave. Hun mener det er lite tid til å reflektere over betydningen og verdien av

omsorg, og at dette igjen går ut over den etiske omsorgen. *Slow ethics* går ut på at arbeidsoppgavene skal gjøres med omsorg og oppmerksomhet, samt at helsepersonell er i nåtiden på blant annet en meningsfull, vedvarende og gjennomtenkt måte. Det skal legges vekt på kvalitet fremfor kvantitet, og man skal sette pris på kompleksitet fremfor å bare prøve å finne en raskest mulig løsning. Gallagher (2013) bemerker at et helsevesen ikke kan være enten raskt eller langsomt, men at helsepersonell burde prøve å integrere så mye som mulig av langsom praktisk i et ellers så effektivt og raskt helsevesen.

5.1.2 Haviks modell for mestring

Havik (1992) har utarbeidet en modell for mestring, som deler seg inn i tre aspekter: kognitiv-, instrumentell- og emosjonell kontroll. Modellen viser til de ulike behovene pasienter kan ha ved opplevd sykdom og usikkerhet i forbindelse med sykehusinnleggelse, og kommer med eksempler på hvordan disse behovene kan dekket. Å ha kognitiv kontroll innebærer at barnet og foreldrene opplever situasjonen entydig og forutsigbar med hensyn til hva de kan forvente, og viser til pasientens behov for informasjon ved blandt annet nye og ukjente omgivelser. Å ha instrumentell kontroll innebærer å ha kompetanse til selv å mestre følgende av sykdom og behandling, og mulighet til å påvirke og mestre situasjonen hindrer hjelpsløshet. Å ha emosjonell kontroll innebærer å opprettholde følelsesmessig likevekt i de belastende situasjonene familien utsettes for, og et eksempel her er behov for emosjonell støtte og nærhet fra en omsorgsperson for et barn. Informasjon, veiledning og følelsesmessig støtte er essensen i å styrke disse kontrollformene (Grønseth & Markestad, 2017; Havik, 1992).

5.2 Hvordan unngå tvang

Gjennom intervjuene kom vi frem til tre subtema som anestesisykepleierne gjør for å unngå bruk av tvang: avlede, ufarliggjøre og si ifra hva som skal skje. Gjennom forskningen vi har funnet brukes at begrepene avledning og ufarliggjøring brukes litt om hverandre, men vi har valgt å skille de da vi ser fra intervjuene at det er snakk om ulike tilnæringsmetoder. I denne studien er avledning bruk av hjelpemidler for å skifte fokus og distrahere oppmerksomheten vekk fra det skumle, mens ufarliggjøring er en metode for å gjøre utstyret rundt barnet mindre skummelt. Ufarliggjøring går også på å gi barnet valg, som kan bidra til mestring slik at

situasjonen kan oppfattes mindre skummelt. Det anestesisykepleieren gjør for å unngå bruk av tvang tar tid. Ser vi på dette i lys av Gallagher (2013) sitt fenomen *slow ethics* kan det være snakk om å ta seg tid til det barnet man står med der og da for så å gjøre det man kan for å gi barnet en mest mulig skånsom opplevelse av innledning til anestesi.

5.2.1 Avlede

Avledning gjøres for det meste på de små barna, og med avledning menes det å bruke hjelpemidler for å avlede barnets oppmerksomhet bort fra det som kan oppfattes som skummelt. Vi har kommet frem til at det å bruke mobil, nettbrett eller barnets egen bamse kan være gode hjelpemidler for å avlede barnet. McAlister (2010) tar også opp bruk av barnets egen bamse som avledning, og Berglund et al. (2013) nevner film og videospill. Homer og Bass (2010) nevner at anestesilegene bruker avledningsmanøvrer som en distraksjonsteknikk for barn under 6 år, men da var det i all hovedsak å bruke en leke eller å fortelle en historie som ble nevnt. Carlyle, Ching og Cyna (2008) nevner også avledning som en måte å skifte barnets fokus på, og eksempler som nevnes er bruk av leke eller det å lage morsomme ansiktsgrimaser. Det kan diskuteres hvorvidt dette med bruk av mobiltelefon eller nettbrett lar seg gjennomføre i praksis da man for det første er avhengig av tilgjengelig utstyr, men også avhengig av nettverkstilgang. I tillegg må det enten være planlagt på forhånd, at foreldrene for eksempel finner fram favorittvideoen til barnet, eller så må det gjøres i det barnet kommer opp på operasjonsstuen noe som kanskje vil ta mer tid. Fanghol og Valla (2011) bekrefter at avledningsteknikker vil fungere best hvis den er avtalt på forhånd. Er dette noe anestesisykepleierne har tid til i en travel hverdag? Gallagher (2013) legger via *slow ethics* vekt på kvalitet og at man skal ta seg tid til den oppgaven man står med der og da. Sett i lys av dette bør kanskje anestesisykepleieren ta seg den tiden det eventuelt tar for at barnet skal kunne få se sin favorittvideo hvis det gjør at barnet får en bedre opplevelse av innledning til anestesi.

I forskningen vi har funnet hvor det nevnes avledning som en måte å redusere barnets stress samt å unngå tvang nevnes det flere metoder for avledning, men det nevnes lite konkret hvordan dette lar seg gjøre i praksis. Vi tenker at avledningsteknikkene vil være avhengig av anestesisykepleierens kreativitet og erfaring med barn, noe som igjen kan resultere i forskjeller på hvor godt barnet blir avledet. En av våre informanter ga uttrykk for at det ikke alltid er like lett å være like kreativ. Anestesisykepleiere jobber i høyteknologiske omgivelser

og må tenke på mye i forhold til barneanestesi, og det kan tenkes at kreativiteten for å avlede ikke alltid er førsteprioritet. Nyutdannede anestesisykepleiere kan også tenkes å ha mer enn nok med å tenke på og planlegge utførelsen av anestesian fremfor å være kreativ.

5.2.2 Ufarliggjøre

Målet med anestesi til barn er å minske stress og ubehag for barnet (McAlister 2010). Våre informanter tar opp dette med å ufarliggjøre en situasjon som kan oppleves som skummelt for barnet på operasjonsstuen, og det nevnes å få leke med utstyret eller bruke utstyret aktivt som en måte å ufarliggjøre utstyret. Dette gjør at barnet blir kjent med utstyret slik at det ikke oppfattes så skummelt for barnet. Grønseth og Markestad (2017) nevner også dette med å utnytte barnets nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver de liker for å få barnet til å konsentrere seg om noe annet enn det som forårsaker smerte, ubehag og engstelse. Å bruke barnets nysgjerrighet nevner også Fanghol og Valla (2011) og Sørensen (2015), det blir brukt eksempel som at barnet kan følge med på skjermen mens det blir lagt på overvåkningsutstyr. Dette var også noe som kom frem i våre intervjuer. Det kan tenkes at det kan være lurt at barnet har blitt presentert for utstyret på forhånd, enten via informasjonsbrosjyrer/videoer eller på sengepost for at denne teknikken skal ha full virkning. Aydin et al. (2008) bekrefter dette med at lek med maske pre-operativt lettet barnets angst ved innledning av anestesi, økte barnets aksept for masken og gjorde innledningen kortere.

Flere av informantene nevner viktigheten av å la barnet få være med i prosessen og få ta valg. Det nevnes at barnet kan få velge mellom innledning på PVK eller maske, slik som McAlister (2010) legger vekt på så lenge barnet er gammelt nok til å forstå forskjellene. Kangasnemi et al. (2014) legger også vekt på viktigheten av å gi barnet mulighet til å ta valg og delta i prosessen. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2016) skal sykepleieren respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og det kan kanskje være med å styrke barnets mestringfølelse hvis han/hun får velge mellom å få PVK eller maske. Når er barnet gammelt nok for å forstå forskjellene mellom de ulike innledningsmetodene? Det kan tenkes at det i all hovedsak går mer på hva barnet er mest redd for av PVK og maske, og eventuelt om de har noen tidligere erfaringer med dette. Av erfaring er det de litt større barna som får velge, og som oftest er det avtalt på forhånd med anestesilegen som har gått previsitt. Fanghol & Valla (2011) hevder at anestesipersonalet kan øke barnets evne til å mestre prosedyrer ved å blant annet gi dem anledning til å påvirke hendelsen. Hvis barnet har valgt PVK fremfor maske, kan kanskje

også barnet få velge hvilken hånd man skal bruke. Dette med mestring tar Havik (1992) også opp i forbindelse med instrumentell kontroll og at muligheten til å påvirke situasjonen kan hindre hjelpeløshet. Barn trenger derfor at helsepersonell er bevisste på og oppmuntrer til å legge til rette for at barnet skal få påvirke sin situasjon (Grønseth & Markestad, 2017).

5.2.3 Si ifra hva som skal skje

Dette subtemaet viser til viktigheten av å forklare hva som skal skje hele tiden samt å være ærlig. Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere spesifiserer at anestesisykepleieren skal utforme og velge ut pasientinformasjon tilpasset pasientens behov (ALNSF, 2017). Barnets behov vil være å få aldersspesifikk informasjon som de forstår og som ikke oppleves skremmende. Samtidig spesifiserer informantene at man skal være ærlig noe som Fanghol og Valla (2011) også bekrefter. Hvis noe kan gjøre vondt må man si det. Det vil være å bryte tillitt til barnet hvis man ikke snakker sant om hva som skal skje. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3) spesifiseres pasientens rett til informasjon. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetning som alder og modenhet, og informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Anestesisykepleieren må med andre ord tilpasse informasjonen ut fra barnets modenhet. Haviks (1992) beskrivelse av kognitiv kontroll viser til pasientens behov for informasjon for å hindre forvirring og usikkerhet. Hvis vi ser på dette med tanke på barn, er målet med informasjon at barnet skal føle forutsigbarhet. Når anestesisykepleieren da forklarer barnet hva som skal skje i forbindelse med en PVK-innleggelse vil barnet kunne føle forutsigbarhet, som igjen kan lette opplevelsen av stress. Havik (1992) spesifiserer at informasjonen som gis kan oppfattes skummelt, og anestesisykepleieren må derfor tenke på hvordan man ordlegger seg i forhold til barnets modenhet. Som tidligere nevnt kan barn opp til 8 år se for seg en ekte slange når man bruker ordet "slange" om et intravenøst sett, noe anestesisykepleieren bør tenke på (Sjøberg, 2013).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere spesifiseres at sykepleieren skal forsikre seg om at den informasjonen man gir er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2016). Når barnet kommer til operasjonsstuen har anestesisykepleieren veldig kort tid til å vurdere barnets modenhet. I tillegg kan man tenke seg at barnet er i en skremmende situasjon og derfor ikke vil oppføre seg som normalt, noe som igjen gjør det vanskelig for anestesisykepleieren å tilpasse seg

barnets individuelle behov for informasjon. Grønseth og Markestad (2017) bekrefter dette, og et eksempel er at barnet kan begynne å snakke babyspråk. Det spesifiseres også at informasjon i den forbindelse kan bli vanskeligere å forstå for barnet. Det må gjentas at dette tiltaket hovedsakelig ble brukt på de barna som kan forstå hva som blir sagt, men våre informanter definerte ikke hvilken aldersgruppe de snakket om. Vi fikk likevel forståelsen for at det gjaldt barn over 4 år. Sjøberg (2013) bekrefter at førskolebarn må ha konkrete forklaringer. Når det gjelder mer faktabasert kunnskap fant Carlyle et al. (2008) at anestesilegene la vekt på dette til barn over 10 år. De kom også frem at det behøves mer formell trening når det kommer til kommunikasjon ved innledning av barn til narkose.

Av både egen og informantenes erfaring opplever anestesisykepleiere ofte å møte både barn og foreldre som ikke snakker eller forstår norsk eller engelsk, og det kan tenkes at dette kan oppleves som svært vanskelig. Hvordan får man da forklart hva som skal skje? Tolk kan bestilles dagen før, men det kan være vanskelig å organisere disse samtalene da det er mange forskjellige som skal snakke med barnet og foreldrene. Anestesisykepleiere vil derfor noen ganger befinne seg i situasjoner hvor man ikke får gitt den nødvendige informasjonen så godt som man kanskje kunne ønsket.

Våre informanter nevner viktigheten av preoperative forberedelser for at barnet skal oppleve forutsigbarhet i det som skjer. Preoperative forberedelser viser å være en metode for å minske stress hos eldre barn ved sykehusinnleggelse samt å redusere bruk av tvang (Copanitsanou & Vakleapää, 2012; Kangasneemi et al. 2014; Perry, Hooper & Masiongale, 2012). Pre-operative forberedelser skjer på post før barnet kommer til operasjonsstuen. På sengeposten har sykepleieren bedre tid til å få en relasjon til barnet. Anestesisykepleieren har bare noen minutter til å utvikle denne relasjonen på, og på de minuttene skal anestesisykepleieren få barnet til å stole nok på seg slik at barnet tillater at det legges på overvåkingsutstyr, og at det enten legges PVK eller maske over ansiktet. Preoperative forberedelser er ikke noe anestesisykepleieren selv gjør, men dette hjelper anestesisykepleieren til å kunne gjøre sin jobb på operasjonsstuen. Anestesisykepleieren er med andre ord avhengig av at den informasjonen som gis preoperativt er korrekt og gitt på en hensiktsmessig måte. Informantene legger vekt på at det spesielt er i de situasjoner hvor barn ikke er godt nok forberedt at tvang skjer. Dette kan være ved akutte innleggelser men også elektive

innleggelse hvor barnet ikke har fått den nødvendige informasjonen på forhånd av ulike grunner.

5.3 Stress og press

5.3.1 De minste barna

Våre funn viser at alder på barnet påvirker anestesisykepleierens syn på hvorvidt det er greit å bruke tvang, og at de unngår tvang i større grad på de større barna enn på de mindre. Det argumenteres med at små barn ikke forstår konsekvensene av det å ikke ville ha behandling og at man derfor på små barn "bare må" noen ganger. Både Homer og Bass (2010) og Lewis et al. (2007) hadde de samme funnene hvor anestesilegene brukte tvang i mye større grad på de mindre barna enn på de større barna. Det kom også frem at anestesilegene var mer ukomfortable med å bruke tvang på de større barna. Når våre informanter pratet om forskjeller i bruk av tvang avhengig av barnets alder får vi også inntrykk av at det føltes mer ubehagelig å utføre tvang på de større barna, og at det nettopp derfor unngås i større grad. Svendsen et al. (2017) kom frem til at tvang på førskolebarn var nødvendig og unngåelig fordi barna i denne alderen motsetter seg prosedyrer og misliker å bli holdt stille. Det kom også frem at sykepleierne følte de hadde få alternativer til tvang. I studiene til Bray et al. (2015) og Crellin et al. (2011) som tok for seg prosedyrer på barn ble det også brukt tvang i større grad på de mindre barna. Sjøberg (2013) nevner at førskolebarn kan utagere med fysisk motstand fordi de mangler metoder for å håndtere en stresset situasjon, og at deres livlige fantasi kan forsterke angst til medisinske prosedyrer.

Bjørnå (2014) nevner i sin artikkel at gråt og uro hos små barn kan tolkes ulikt. Noen mener kanskje at uro hos små barn er å forvente, mens andre ikke er enig i det. Det vil alltid være vanskeligere å kommunisere med noen som ikke kan gjøre rede for følelsene sine på en måte som voksne forstår. Er det greit å utføre tvang på de minste barna fordi de ikke vet bedre? Og hvor går grensen? Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (Norsk sykepleieforbund, 2007). Pasientrettighetsloven tar bare for seg bruk av tvang for barn over 16 år, men sier at foreldre har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Det står videre at etterhvert som barnet utvikles og modnes, skal det legges økende vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Dette er jo veldig uspesifikt og

vanskelig å forholde seg til for en anestesisykepleier. Det er med andre ord foreldrene som bestemmer om det er greit å utføre tvang på de minste barna. Helsepersonell skal samtidig velge skånsomme metoder så langt det er mulig og skal handle til det beste for barnet og foreldrene (Tveiten, 2012). Barnet har også krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert, selv om det er foreldrene som gir samtykke til behandling (Bjørnå, 2014). Yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleieren skal yte tjenester med respekt for menneskeverd og den unike pasienten. Den unike pasienten kan være et barn som ikke kan gjøre seg forstått. Å forstå den unike pasienten vil for anestesisykepleieren kunne være å forstå aldersadekvat utvikling for barn.

I studien til Lewis et al. (2007) var medianalder for når anestesilegene ville respektert barnets ønske om å avbryte innledningen 12 år. Det kommer ikke klart frem fra våre informanter på hvilken alder som avgjør når det er greit å bruke tvang eller ikke, men det ser ut som at bruk av tvang på barn under 5 år er mer vanlig ettersom det er vanskeligere å kommunisere og forklare hva som skal skje og hvorfor til denne aldersgruppen. Det kan virke som det er mer nødvendig å holde barn i denne alderen stille for enten maskeinnledning eller PVK-innleggelse. Det kan også se ut til at jo eldre barnet blir, jo større grad unngås bruk av tvang hvis barnet motsetter seg anestesi. Det vil selvfølgelig være individuelle forskjeller på hvordan utviklingsnivået til barnet er uansett alder, og dette er også noe anestesisykepleieren må ta hensyn til.

Små barn og førskolebarn er mest utsatt for uheldige ettervirkninger etter sykehusopphold. Traumatiske opplevelser ved prosedyrer er en risiko. Reaksjoner som engstelse, endret atferd og søvn og spisevansker kan forekomme (Grønseth & Markestad, 2017). Det er jo derfor veldig uheldig at det er de mindre barna det brukes mest tvang på. Begrunnelsen for at "man bare må" med små barn kan oppfattes som en noe lettvinnt løsning på et større problem, og anestesisykepleieren bør kanskje se nærmere på andre tilnæringsmetoder for å trygge de minste barna. Noen barn er gjengangere på sykehus, og det kan tenkes at bruk av tvang vil kunne forverre barnets redsel for medisinske prosedyrer noe som igjen vil gjøre det enda vanskeligere for anestesisykepleieren neste gang barnet kommer inn.

5.3.2 Foreldrenes påvirkning

Det viser seg at barnets foreldre påvirker anestesisykepleierens bruk av tvang, og det kan virke som at så lenge foreldrene er med på laget er det greit å bruke tvang. Dette er noe av de samme funnene til Homer og Bass (2010) hvor flere av anestesilegene ga uttrykk for at de ville brukt tvang så lenge foreldrene gir tillatelse til dette. I studien til Page et al. (2015) ga sykepleierne uttrykk for at de følte press fra familien til å holde barnet for å få utført en prosedyre. Foreldre kjenner barnet sitt best, og kanskje det barnet man har foran seg ikke kommer til å roe seg ned uansett hvor mye man prøver, noe foreldrene vet. Det kan jo også tenkes at foreldrene føler på et press på å bli ferdig, og heller ikke ønsker å være til bry.

I studien til Homer og Bass (2010) kommer det frem at anestesilegene er opptatte av at bruk av tvang bør klargjøres med foreldrene på forhånd. Dette er ikke noe våre informanter sier noe om. Av erfaring går anestesisykepleiere vanligvis ikke previsitt, og har derfor ingen mulighet til å diskutere eventuell bruk av tvang på forhånd. Det kan også tenkes at dette kan være en utfordring å få til fordi man ikke alltid vet hvordan innledningen vil gå og om det i det hele tatt vil bli aktuelt med bruk av tvang. Ettersom forskning og studien vår viser at bruk av tvang påvirkes av barnets alder, kunne det kanskje vært lurt å informere foreldrene til små barn om dette på forhånd slik at man vet hva foreldrene tenker om dette. Det kan kanskje oppleves skremmende for foreldrene hvis dette er noe anestesisykepleieren skal ta opp når barnet og foreldrene kommer på operasjonsstuen. Dette vil også avhenge av hvor godt foreldrene er informert på forhånd at bruk av tvang kan forekomme.

Det kommer frem i intervjuene at foreldrene i tillegg til å påvirke anestesisykepleieren, også kan påvirke barnet. Svendsen et al. (2017) fant at foreldrenes emosjoner kunne påvirke barnet negativt og dermed øke barnets motstand til prosedyrer. Et ønske fra helsepersonell i studien til Svendsen et al. (2017) var mer bestemte foreldre. Dette nevner også en av våre informanter. Foreldrene kan være en ressurs, men også påvirke negativt hvis de ikke samarbeider (Svendsen et al. 2017). Hvis foreldrene er lite bestemt ovenfor barnet og viser usikkerhet vil dette kunne overføres til barnet, og det kan da bli en utfordring for anestesisykepleieren å utføre prosedyren uten en form for tvang fordi barnet ikke er innforstått med at dette må gjøres. På en annen side hvis foreldrene er veldig bestemt og forventer at anestesisykepleieren "bare skal kjøre på" og barnet ikke vil, kan dette oppleves ubehagelig for anestesisykepleieren, som en av våre informanter også kommer inn på. Av egen erfaring varierer det om foreldrene er med på å holde barnet, og vi opplever at jo mer

bestemte foreldrene er ovenfor barnet, jo mer aktive er de i selve holdingen. Ifølge sykepleierne i studien til Kangasniemi et al. (2014) er den viktigste rollen for foreldrene å berolige barnet, distrahere barnets oppmerksomhet fra prosedyren samt å trøste barnet etterpå. Dette kan passe godt inn i Havik (1992) sin metode for emosjonell kontroll som viser til barnets behov for emosjonell støtte som kan bli dekt ved hjelp av støtte fra foreldrene.

5.3.3 Systempress

Tre av informantene kommer inn på dette med tidspress og gir uttrykk for at det kan være en faktor som bidrar til at tvang skjer. En anestesisykepleier kan bli nødt til å holde et høyt tempo i behandling og omsorg fordi situasjonen og andre pasienters behov krever det. Moderne sykehusdrift preges også av stadig større krav til pasientgjennomstrømning (Nordvedt, 2011). Gallagher (2013) hevder at helsevesenet er preget av en uskreven regel som sier at man skal gjøre ferdig arbeidsoppgaven så fort som mulig og gå over til neste arbeidsoppgave, og at dette igjen går utover etikken i sykepleien. Gjennom intervju med sykepleiere kom Page et al. (2015) frem til at sykepleiere følte en pågående konflikt mellom et behov for å bli ferdig med prosedyren og den samtidige følelsesmessige tilstanden til barnet prosedyren ble utført på. Vi tenker at tidspress er noe alle i helsevesenet opplever. For anestesisykepleiere er det forståelig at man ønsker en kjapp innledning av anestesi. Man har ikke bare flere pasienter som venter og faster for sin operasjon, men også annet personell som er avhengig av at pasienten er i narkose for at de får gjort sin jobb. Gallagher (2013) tar opp at helsepersonell skal være i nåtiden på en meningsfull, vedvarende og gjennomtenkt måte. Å ha tålmodighet og å legge vekt på kvalitet fremfor kvantitet er bedre enn å bare prøve å finne en raskest mulig løsning, og man skal ha tid til å reflektere over etisk omsorg og betydningen og verdien av omsorg (Gallagher, 2013).

Hvem skal man ta mest hensyn til? Det barnet man har foran seg som gråter fordi det ikke vil ha en maske foran ansiktet, kirurgen som vil starte jobben sin eller det andre barnet som må faste lengre eller kanskje få operasjonen utsatt? Ser vi på fenomenet *slow ethics* i sammenheng med at anestesisykepleieren føler tidspress, er det mest riktige av anestesisykepleieren å konsentrere seg fullt og helt om det barnet som er foran seg. Selv om det ikke er lett bør man prøve å ikke tenke på konsekvensene av at man bruker for lang tid. Når man jobber med et barn er det det barnet som er den aktuelle pasienten og anestesisykepleieren bør jobbe for at barnet har en best mulig opplevelse av det hele. Det

hjelper selvfølgelig ikke at man blir minnet på det fulle operasjonsprogrammet hele tiden noe som vi vet skjer i praksis. Det vil aldri bare være anestesisykepleieren det går på når det kommer til å få et fullt operasjonsprogram gjennom, og akkurat som at kirurgene kan bruke lengre tid på et inngrep fordi det var vanskeligere enn først antatt burde anestesisykepleieren kunne bruke lengre tid på innledning av anestesi fordi barnet nettopp trengte mer tid enn en voksen pasient.

Alle våre informanter tar opp dette med å ta en pause og vurdere hva man skal gjøre videre hvis situasjonen blir for vanskelig. I en studie som tok for seg anestesisykepleiere og preoperativ angst hos barn kom det frem at de til tider hadde barn som var så engstelige at man bestemte seg for å utsette operasjonen (Berglund et al., 2013). Homer og Bass (2007) fant ut at anestesilegene var mer tolerante for å avlyse inngrepet hvis det gjaldt eldre barn som motsatte seg anestesi. Er det rom for å ta en pause i en hektisk hverdag? Lar det seg gjøre å utsette operasjonen? Våre funn tilsier at bruk av tvang blant annet avhenger av hvor viktig prosedyren er å få utført, og hvis det da ikke er et nødvendig inngrep som må skje burde det være rom for å utsette timen. Det kan tenkes at ikke alle anestesisykepleiere er komfortable nok til å ta initiativ for en pause hvis andre ikke gjør det, for eksempel de med mindre erfaring. I grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (2017) står det at "anestesisykepleier taler pasientens sak ved å engasjere seg i etiske avgjørelser", og dette er med andre ord noe anestesisykepleieren burde gjøre. Hvis det er snakk om tid, kan man igjen se på *slow ethics* og argumentere for at det er noe anestesisykepleieren burde ta seg tid til. Hvor enkelt det er å gjøre det er en annen sak.

5.4 Ambivalens til tvang

Mye av litteraturen og forskningen vi har funnet sier at tvang er noe man kan oppleve når man jobber med barneanestesi (Bjørnå, 2014; Crellin et al., 2011; Van Norman & Palmer, 2001). Dette kommer også frem i studien vår. Samtidig sier tre av fire informanter at tvang ikke skjer eller at det sjeldent skjer, men kommer likevel med eksempler på episoder som viser det motsatte. Slik som studien til Homer og Bass (2010) viser det at det er forskjeller i syn på om tvang skjer. Svendsen et al. (2017) kom også frem til at det er ulike meninger om tvang, om hvor ofte det skjer og hvordan man skal benevne de ulike formene for tvang. Er det tvang å holde hånden til en toåring stille ved innleggelse av PVK eller er det tvang når man må holde ben og armer nede på en åtteåring for at barnet skal ligge stille under en maskeinnledning?

Dette med grensene rundt tvang kommer en av informantene også inn på: "*Hvor hardt skal man holde og hvor skal man holde?*" (2). Litteraturen viser ingen klar konsensus på hva tvang er. Forskjellige begreper blir brukt, som igjen kan gjøre de ulike handlingene vanskelig å skille fra hverandre. Royal College of Nursing (2010) bruker begrepene restriktiv fysiske tiltak og terapeutisk holding. Hvis man skal bruke disse begrepene vil restriktiv fysiske tiltak kanskje være det som oppleves som tvang og terapeutisk holding være mer når man hjelper barnet å holde armen stille ved PVK innleggelse. Svendsen (2015) bruker begrepet ufrivillig fastholding ved studier om tvang på barn, og vi tenker at dette begrepet beskriver det vi tenker at tvang er. Det kan tenkes at dette begrepet også kan være lettere å bruke i stedet for tvang ettersom vi tenker at tvang kan oppfattes som et vanskeligere begrep, noe forskning også bekrefter. Denne studien har ikke kommet frem til noe klart svar på hva tvang er, men det er også kanskje noe den enkelte anestesisykepleier må vurdere selv? Ettersom tvang også kan oppleves forskjellig for barn må anestesisykepleieren vurdere hver enkelt situasjon individuelt. Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere spesifiserer at anestesisykepleieren skal sikre pasienten mot uetiske handlinger og ivareta pasientens integritet, og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere spesifiserer at sykepleieren skal beskytte pasienten mot tvang (Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere ALNSF, 2017; Norsk sykepleieforbund, 2016). Anestesisykepleiere skal med andre ord beskytte pasienten mot uetiske handlinger som tvang. Den såkalte "pasienten" i disse dokumentene kan også være barn, og det betyr at anestesisykepleiere kanskje burde tenke mer over hva de gjør når barnet ikke vil.

En av informantene gir uttrykk for at det ikke er noen god følelse når man har følt at man har gjort et direkte overgrep. Bjørnå (2014) diskuterer dette i en artikkel om barneanestesi, og sier at man noen ganger må utføre intervensjoner som er preget av tvang på bakgrunn av barnets reduserte evne til å ta gode valg. Hun påpeker likevel at det sjelden er et entydig svar på hva som er riktig i slike situasjoner (Bjørnå, 2014). Andre studier har også kommet frem til dette at tvang noen gang er nødvendig til tross for at man vet at det ikke er god praksis (Bergh Lund et al., 2013; Bray et al., 2015; Karlsson et al., 2014). Informantene nevner dette flere ganger i intervjuene og gir uttrykk for at "noen ganger må man bare." En av informantene våre ga uttrykk for at det ikke er noen barn som frivillig vil i narkose, og dette kan sikkert stemme. Betyr det at tvang til tider er nødvendig? Her må anestesisykepleieren også tenke på inngrepet som skal gjøres. Er det for eksempel et elektivt inngrep som kan utsettes, eller er det et inngrep i forbindelse med en akutt innleggelse? Samtidig skulle man tro at det ikke er noen

barn som settes opp til elektive inngrep som er unødvendige, og hvis man tenker på den måten blir jo alle inngrep "nødvendige" i den forstand at de i alle fall må gjøres på et eller annet tidspunkt.

Page et al. (2015) spesifiserer at det i lærebøker til sykepleiere kun finnes teknikker for holding av små barn, men ingen teknikker for blant annet det eldre barnet og barnet som motsetter seg holding (Page et al., 2015). Vi har ikke sett at det er beskrevet noe om hvordan man skal holde et barn som motsetter seg anestesi i lærebøker. En av våre informanter ga også uttrykk for usikkerhet i forhold til hvordan man skal holde et barn, og det kan derfor tenkes om dette er noe anestesisykepleiere burde få opplæring om.

5.5 Metodediskusjon

I all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse forskningsspørsmålene. Det skal også stilles spørsmål om relevans til formuleringen av forskningsspørsmålene, utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen og analysestrategien (Malterud, 2013).

5.5.1 Kvalitative individuelle intervju

Det ble valgt individuelle intervju på bakgrunn av at tvang kan oppleves som et sensitivt tema, og vi tenkte derfor at informantene kom til å være mer ærlig enn ved for eksempel et gruppeintervju. Det må likevel sies at man ved et gruppeintervju kunne fått diskusjoner innad i gruppen som igjen kunne gitt oss en bredere forståelse for hva informantene tenkte og ulikhetene innad i gruppen. Ettersom det var noen motsigelser i intervjuene og at tvang i denne settingen ikke er et definert begrep var det til tider noe vanskelig for oss å vite nøyaktig hva informantene pratet om. Det kan derfor hende at det i en diskusjon i et gruppeintervju kunne kommet klarere frem hva informantene la i begrepet tvang. Ut ifra vår erfaring og at tvang er et sensitivt tema som kan være vanskelig å snakke om samt å være ærlig om var det nok mest riktig i denne studien å ta individuelle intervjuer.

Utvalget vi endte opp med var fire informanter med mange års erfaring innenfor barneanestesi. Kunne vi kanskje fått andre svar om vi ikke hadde satt grensen på fire års

barneerfaring? Vi fikk ganske mange like svar som vi ser kan ha sammenheng med antall års erfaring, og det kan derfor i ettertid tenkes at det kunne vært interessant å ikke satt den grensen som vi gjorde. Kanskje vi hadde fått andre svar hvis vi hadde valgt å ta med en eller to som ikke hadde like lang erfaring? Alle våre informanter ga uttrykk for at de ikke følte noe press fra anestesilegene og heller ikke hadde noe problem med å si ifra til dem. Det kan tenkes at dette er annerledes for anesthesisykepleiere med mindre erfaring enn de vi intervjuet. Malterud (2013) legger vekt på mangfold slik at man får flere nyanser om det samme temaet, og det kan derfor tenkes at studien hadde fått mer mangfold om vi også hadde intervjuet noen med mindre erfaring.

Vi startet opp med tre informanter fra samme sykehus, men valgte etter disse tre intervjuene å kontakte ett nytt sykehus for å få en informant til. Dette for å prøve å gi studien mer mangfold og eventuelt nye nyanser som kunne belyse forskningsspørsmålene våre bedre. Det må også spesifiseres at vi prøvde å få en informant til uten å lykkes. Det må derfor diskuteres om fire informanter var nok for å få belyst forskningsspørsmålene best mulig. Med tanke på studiens begrensninger i form av at det er en masteroppgave, samt at Malterud (2013) spesifiserer at informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet, mener vi at fire informanter var nok i denne studien da de vi intervjuet hadde mye erfaring om temaet. Dette ser vi også da materialet vi endte opp med inneholder rike data som belyser forskningsspørsmålene våre fra ulike sider.

5.5.2 Styrker og svakheter ved studien

En svakhet med studien kan være at det er en liten studie. Det er kanskje ikke overførbart med resultater fra en studie med fire intervjuer når det er langt flere anesthesisykepleiere som driver med barneanestesi. Funnene våre er likevel ganske like mye av forskningen vi har funnet, og det kan derfor tenkes at resultatene i alle fall kan overføres til anesthesisykepleiere med lang erfaring innenfor barneanestesi. Det kan også diskuteres hvorvidt funnene kan overføres til anestesileger som jobber med barn. Hvis vi ser tilbake på studien fra Homer og Bass (2010) og Lewis et al. (2007) som gjaldt anestesileger, ser vi at de hadde noen av de samme funnene som vi har fått.

En annen svakhet ved studien er at vi fulgte intervjuguiden ganske nøye. Samtidig forsøkte vi å stille oppfølgingsspørsmål og lot informantene komme med det de ønsket å tilføye. Grunnen for at vi stilte alle spørsmålene i intervjuguiden var for å være sikre på at vi fikk svar på de spørsmålene vi hadde. Det kan tenkes at dette kan ha påvirket oss til å bli mer lukket og ikke se helt hva informantene ønsket å formidle. Vi kunne nok sikkert også spurt flere spørsmål som: "Hva mente du med det?" Og "Kan du forklare det nærmere?" for å være helt sikre på hva informantene faktisk snakket om og mente. Vi valgte å ikke definere tvang i intervjusituasjonen. I ettertid ser vi at vi kanskje burde gjort det ettersom det var noe vanskelig å alltid forstå hva informantene snakket om når de bruker ordet tvang. Samtidig kunne det også ha satt begrepet tvang i bås, noe som igjen kunne ha begrenset informantenes vilje til å ønske å prate om det.

Hvis vi vil hevde at våre funn representerer deltakernes opplevelser, erfaringer, meninger eller tanker, må vi sørge for at materialet og våre tolkninger av dette utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og funnene. Sannsynligheten for at noe er gyldig om noe bestemt, kan styrkes dersom flere er enige om at dette er en rimelig konklusjon (Malterud, 2013). Flere av funnene i denne studien bygger på at flere eller alle informantene mente det samme, og dette styrker det vi har kommet frem til. For bred enighet kan likevel bety at det man har kommet frem til, stemmer så godt med eksisterende kunnskap at studien ikke bringer noe nytt (Malterud, 2013). Dette mener vi ikke gjelder for vår studie da vi tross alt har kommet frem til noen av funnene som vi ikke hadde noe kunnskap om fra tidligere.

5.5.3 Kritisk bevissthet rundt forskerrollen

Uansett hvilken forskningsmetode som brukes, eller hva slags forskningsprosjekt som gjennomføres, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater. For kvalitative forskningsmetoder er det et mål at dataen som innhentes best mulig skal reflektere deltakerens erfaringer og meninger (Malterud, 2013). Vår forforståelse på at tvang på barn var hverdagen til anestesisykepleiere samt at samarbeid med foreldre og leger inne på operasjonsstuen kunne påvirke bruken av dette, var nok med på å utforme spørsmålene i intervjuguiden vår. Vi prøvde likevel å ha så åpne spørsmål som mulig for å få informantene til å dele av sine erfaringer uten at de nødvendigvis forsto hva slags erfaringer

vi satt inne med. Ettersom tvang er et sensitivt tema kan det diskuteres hvorvidt informantene var helt ærlige med oss under intervjuene. Vår rolle som nyutdannede sykepleiere med ingen erfaring fra før når det kommer til intervjusituasjoner kan selvfølgelig ha påvirket informantene slik at de ikke stolte helt på oss. Forforståelsen vår kan også ha påvirket oss i analyseprosessen ved at vi for eksempel så etter de svarene vi ønsket å finne. Vi har hele tiden vært bevisst vår forforståelse, og har prøvd å være åpne for å lete etter ny kunnskap. Ettersom vi har vært to forskere har vi hatt to ulike innfallsvinkler på arbeidet, og dette har nok hjulpet på å være mer åpen i hele arbeidet fra start til slutt, og vi har i tillegg fått god hjelp fra våre veiledere som sitter med en annen forforståelse enn oss. Det å hele tiden spørre seg selv: "Hva er det egentlig informanten sier her?" i stedet for å tolke selv ut fra vår forforståelse hva vi tror de mener, har vært et godt hjelpemiddel for oss i analyseprosessen for å prøve å få frem informantenes erfaringer og meninger på best mulig måte.

5.5.4 Diskusjon av teorier

Vi har brukt Gallagher (2013) sin teori om *slow ethics* for å vise til hvordan omsorg for pasienten kan gå på bekostning av effektivitet. Den kan diskuteres om denne teorien kan utføres i praksis, og spesielt for anestesisykepleiere som jobber i en veldig teknisk og hektisk hverdag hvor man blant annet må forholde seg til et fullt operasjonsprogram. Vi får inntrykk av at Gallagher mener at helsepersonell må bruke mer tid på å tenke på etisk omsorg, men av erfaring er praksisen for helsepersonell slik at man må bruke den tiden man har til rådighet effektivt. Det betyr ikke nødvendigvis at man ikke tar vare på pasienten selv om man jobber effektivt. Det kan også tenkes at anestesisykepleiere med lengre erfaring med barneanestesi kan bruke tiden de har mer effektivt uten at det verken går på bekostning av omsorg til barnet eller operasjonsprogrammet. På en annen side trenger kanskje anestesisykepleiere med mindre erfaring mer tid på å trygge barnet ved innledning av anestesi, og da kan det kanskje gå på bekostning av operasjonsprogrammet. Gallagher (2013) spesifiserer selv at et helsevesen ikke kan være enten raskt eller langsomt, men at helsepersonell burde prøve ta med seg så mye som mulig av langsom praksis inn i en hektisk hverdag. Gallagher (2013) kommer med mange referanser som viser til at et effektivt helsevesen går på bekostning av omsorgen til pasientene, men alle disse referansene er fra Storbritannia. Ettersom praksisen i Storbritannia virker til være noenlunde lik som i Norge kan det tenkes at dette også gjelder for Norge. I denne oppgaven har vi brukt Gallaghers teori som en metode for å diskutere hvordan anestesisykepleiere kan tenke mer på hvordan en jobber med barn med tanke på tidsbruk. Det

er ikke ment som en konklusjon eller en løsning på hvordan anestesisykepleiere skal jobbe, men ment som en rettesnor for noe anestesisykepleieren kan tenke på.

Vi har valgt å ta inn Haviks (1992) modell for mestring for å vise til hvordan ulike behov kan fremtre ved stressende situasjoner. Modellen virker først og fremst til å være utformet for pasienter og deres opplevelse av sykdom og behandlingssituasjon. Havik (1992) nevner også pasienter som skal inn til operasjon og viser til deres usikkerhet rundt dette, og vi tenker at denne modellen derfor kan være aktuell for vårt tema. Det må likevel tas opp at det er noe usikkerhet rundt hvem "pasienten" er. Har Havik også tenkt på barn mens han har utarbeidet modellen? Det nevnes barn ved snakk om emosjonell kontroll og deres behov for støtte fra omsorgspersoner, og det kan derfor tenkes at modellen kan være gjeldene for barn. Vi tenker at hvis voksne opplever usikkerhet og redsel i forbindelse med sykehusinnleggelse, vil barn også gjøre det samme. Modellen er riktignok gammel, men vi tenker at begrepene er like aktuelle den dag i dag noe annen litteratur også viser. Vi har ikke brukt denne modellen som en overordnet teori for hele oppgaven, men har valgt å bruke deler av den for å beskrive viktigheten av noen av funnene våre.

6.0 KONKLUSJON

Hovedfunnene i denne studien er at bruk av tvang påvirkes av barnets alder, barnets foreldre og systempress. Vi har funnet at det brukes ulike metoder for å unngå bruk av tvang og at barnets alder også er en faktor for hvilke metoder som blir brukt. Vi har også funnet at det er ulik oppfatning på om tvang skjer og at det kan være ulik oppfatning på hva tvang innebærer. Det vi ønsker å få frem med denne oppgaven er at helsepersonell kan bli mer oppmerksomme rundt bruken av tvang i forhold til hvordan det brukes og hvordan det kan unngås. Studien kan forhåpentligvis bidra til å sette mer fokus på de konkrete tiltakene man kan gjøre i stedet for å bare kjør på med bruk av tvang. Det kan også bidra til at anestesisykepleiere med mindre erfaring enn våre informanter kan få mer kunnskap om dette temaet som igjen kan bidra til at man gjør flere tiltak i praksis for å unngå bruk av tvang. Gjennom studien fant vi en del forskning på sykepleieres erfaringer og holdning til tvang, men lite som gikk direkte på anestesisykepleiere og enda mindre var det å finne om barnas egne opplevelser med tvang. For videre praksis hadde vært interessant å få mer kunnskap om hvordan barnet opplever bruk av tvang. En av respondentene forklarte:

”Og den som bestemmer om noe er et overgrep eller ikke er ikke den som utfører prosedyren, det er den som prosedyren blir utført på” (1).

LITTERATURLISTE

Alexander, E., Murphy, C. & Crowe, S. (2010). What parents think about physical restraint of their child to facilitate induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 20, 1055 – 1057.

Aydin, T., Sahin, L., Algin, C., Kabay, S., Yucel, M., Hacıoglu, A., Yaylak, F. & Kilicoglu, A. (2008). Do not mask the mask: use it as a premedicant. *Pediatric Anesthesia*, 18, 107-112.

Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M., & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children & Young People*, 25, 28-34.

Bjørnå, S. I. (2014). Bruk av premedikasjon til barn – til barnets beste? *Inspira*, 4, 11-15.

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.

Brenner, M. (2013). A need to protect: Parents' experiences of the practice of restraining a child for a clinical procedure in hospital. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(1-2), 5-16.

Bruun, A. M. G. (2011) Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind, I. L. (red.) *Anestestesisykepleie*. (2.utg). (s.19-39). Oslo: Akribe AS.

Carlyle, A. V, Ching P. C. & Cyna A. M. (2008). Communication during induction of paediatric anesthesia: an observational study. *Anaesth Intensive Care*, 36, 180-184.

Copanitsanou, P. & Valkeapää, K. (2012). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 940-954.

Crellin, D., Babl, F. E., Sullivan, T. P., Cheng, J., O'Sullivan, R. & Hutchinson, A. (2011). Procedural Restraint Use in Preverbal and Early-Verbal Children. *Pediatric emergency care*, 27(7), 622-626.

Fangol, R. & Valla, A. (2011). Barn. I: Hovind, I. L. (red.) *Anestestesisykepleie*. (2.utg). (s.353-374). Oslo: Akribe AS.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Lov om forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Hentet 5. November 2017 fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Gallagher, A. (2012). Slow ethics for nursing practice. *Nursing Ethics*, 19(6), 711-713.

Gallagher, A. (2013). Slow ethics: A sustainable approach to ethical care practices? *Clinical Ethics*, 8(4), 98-104.

Ghazal, E. A., Mason, L. L. & Cotè, C. (2013). Preoperative Evaluation, Premedication and Induction of Anesthesia. I: Cotè, C. J., Lerman, J. & Anderson B. J. (red). *A Practice of Anesthesia for Infants and Children*. (s.31-63). Philadelphia: Elsevier Inc.

Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere ALNSF (2017). Hentet 05.10.2017 fra:

<https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Havik, O. E. (1992). Informasjon og kommunikasjon – Hvordan kan vi påvirke pasientens sykdomsforståelse. *Omsorg*, 1, 6-10.

Helsekompetanse.no. (udatert). Definisjon på tvang hentet 7.september 2016 fra:

<http://kurs.helsekompetanse.no/utfordrende/16948>

Homer, R. J. & Bass, S. (2010). Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthesiologists. *Pediatric Anesthesia*, 20, 638–646.

Høgskolen i Oslo og Akershus (2016). *Masterhåndbok*. Oslo: Fakultet for helsefag.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til vitenskapelig metode*. (4. utg). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kain, Z. N., Fortier, M. & Mayes, L. (2013). Perioperative Behavioral Stress in Children. I: Coté, C. J., Lerman, J. & Anderson B. J. (red). *A Practice of Anesthesia for Infants and Children*. (s.21-29). Philadelphia: Elsevier Inc.

Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608-620.

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Dahlheim Englund, A-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 1-11.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg). Oslo: Gyldendal akademi.

Lewis, I., Constance, B., Voepel-Lewis, T. & Tait, A. R. (2007). Children who refuse anesthesia or sedation: a survey of anesthesiologists. *Pediatric Anesthesia*, 17, 1134–1142.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

McAlister, W. (2010). Anaesthesia in children. I: Shields, L. (red). *Perioperative Care of the Child. A nursing manual*. (s.119-141). Blackwell Publishing Ltd.

Nordvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Nordvedt, P. (2011) Ethiske utfordringer. I: Hovind, I. L. (red.) *Anestestesisykepleie*. (2.utg). (s.51-61). Oslo: Akribe AS.

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICN etiske regler*. Oslo: NSF

NSD (2015). *Brosjyre om meldeplikten*. Hentet 15. September fra: http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/3191-14-NSD_Skal_du_samle_inn_data.pdf

Oslo universitetssykehus (2014). *Fra ide til publikasjon- Forskningshåndboken* (6.utg.) Hentet 28.oktober 2017 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Forskningsh%C3%A5ndboken%20Norsk%20Final%20opdatert%20160901.pdf>

Page, A. & McDonnell, A. (2013). Holding children and young people: defining skills for good practice. *British Journal Of Nursing*, 2013, 22(20), 1153-1158.

Page, A. & McDonnell, A. (2015). Holding children and young people: identifying a theory-practice gap. *British Journal Of Nursing* 2015, 24(8), 447-451.

Page, A., McDonnell, A., Gayson, C., Moss, F., Mohammed, N., Smith, C. & Vanes, N. (2015). Clinical holding with children who display behaviors that challenge. *British Journal Of Nursing* 2015, 24(21), 1086-1093.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 5. September 2016 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Perry, J. N., Hooper, V. D. & Masiongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(2), 69-81.

Quaine, J. G. & Waisel, D. B. (2011). Ethical use of restraints. I: Norman, V., Jackson, S., Rosenbaum, S. H. & Palmer, S. K. (2011). *Clinical Ethics in Anesthesiology: A Case-Based Textbook*. (s. 61-63). New York: Cambridge University Press.

Royal College of Nursing (2010). *Restrictive physical interventions and therapeutic holding for children and young people*. London: RCN.

Runeson, I., Proczkowska-Bjørklund, L. & Idvall, E. (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care* 14(4), 345–354.

Sjøberg, L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I: Stubberud D-G. (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s.114-151). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Snyder, B. (2004). Preventing Treatment Interference: Nurses' and Parents' Intervention Strategies. *Pediatric Nursing*, 30, 31-40.

Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet 5. September 2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Svendsen, E. J. (2015) Pågående studie om tvang eller fastholding av førskolebarn under prosedyrer på sykehus. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 3, 17-18.

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), 1-11.

Sørensen, T. (2015). Sygeplejemæssige aspekter i børneanestesi. I: Henneberg, S. W. & Hansen, T. G. (107-115). *Børneanestesi*. København: FADL's forlag.

Tveiten, S. (2012). Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I: Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H. (red). *Sykepleie til barn*. (s.205-209). Oslo: Gyldendal akademisk

Van Norman, G. A. & Palmer, S. K. (2001). The Ethical Boundaries of Persuasion: Coercion and Restraint of patients in Clinical Anesthesia Practice. *International anesthesiology clinics*, 39(3), 31-143.

VEDLEGG 1 Intervjuguide

- Hva gjør du når barnet ikke vil?/når barnet motsetter seg anestesi? (fortell).
- Hvordan er samarbeidet med foreldre og anestesilegen?
- Hvordan tenker du at tvang kan unngås? Fortell.
- Kan du forteller en historie der barnet motsatte seg anestesi og det ble brukt tvang.
- Hva lærte du av dette? Opplever du at det er åpenhet på avdelingen for å prate om slike episoder? Fortell.
- En historie der konflikten ble løst uten bruk av tvang/makt?
- Hva lærte du av dette? Deler du disse erfaringene med kollegaene dine? Fortell.

Oppsummering?

Er det noe mer du ønsker å snakke om?

VEDLEGG 2 Godkjennelse NSD.



Berit Taraldsen Valeberg
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 28.04.2017

Vår ref: 53685 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53685	<i>Når barnet ikke vil</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berit Taraldsen Valeberg</i>
Student	<i>Kristine Steffensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 23.09.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

VEDLEGG 3 NSD endring.

Fra [REDACTED]

Sendt: 29. juni 2017 13:46

Til: krizkraz87@hotmail.com

Emne: Prosjektnr: 53685. Når barnet ikke vil

Hei,

Viser til e-post mottatt 09.06.2017 hvor du spør om det må sendes inn endringsmelding.

Etttersom utvalget ikke skal økes, trenger du ikke sende inn endringsmelding på dette.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Vennlig hilsen,

--

[REDACTED]
Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

[REDACTED]

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

Tlf: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

VEDLEGG 4 Personombud

Fra [REDACTED]
Sendt: 23. mars 2017 13:18:56
Til: Kristine Steffensen
Kopi: Cathrine Ellevseth
Emne: SV: søknad om studentprosjekt

Sak 2017/5189

Meldingen er mottatt og funnet i orden. Vi har ingen innvendinger til gjennomføring, under forutsetning av godkjenning fra avdelingsleder. Vennligst send tilråding fra NSD når den foreligger.

Med hilsen

[REDACTED]
Personvernrådgiver (Jurist)
Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
Ikke sensitiv

VEDLEGG 5 Godkjennelser fra klinikkledere.

Fra: [REDACTED]
Sendt: 20. mars 2017 07:02:49
Til: Kristine Steffensen
Emne: VS: masteroppgave

Da er det klarert med klinikkleder – lykke til med oppgaven!

Mvh [REDACTED]

[REDACTED]
ti 13.06.2017 09:28

Til: Kristine Steffensen <s155290@stud.hioa.no>;

Kopi: Cathrine Ellevseth <s149403@stud.hioa.no>; Kjell Arve Johnsen <kjellarve.johnsen@lds.no>;

Hei

Dette er helt greit så lenge det er avklart og avtalt tidspunkt med [REDACTED]

Mvh

[REDACTED]
Klinikksjef
Kirurgisk Klinik
[REDACTED]

VEDLEGG 6 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Til deg som er anestesisykepleier med erfaring med barneanestesi Forespørsel om deltagelse i individuelle intervjuer Tema «Når barnet ikke vil»

Vi er to nyutdannede anestesisykepleiere som skriver masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Temaet vårt er «Når barnet ikke vil», og vi ønsker å intervju anestesisykepleiere som har erfaring med dette. Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om hvilke erfaringer anestesisykepleiere har rundt dette temaet, eventuelle utfordringer og forslag til forbedringer.

Metoden som vil bli brukt er individuelle kvalitative dybdeintervjuer, og vi ønsker å intervju 4-5 anestesisykepleiere. Nærmere beskjed om tid og sted avtales når vi har fått respons på hvem som ønsker å delta. Selve intervjuet vil vare ca 1 time. Det vil bli benyttet lydopptak for å sikre at informasjon ikke blir misforstått eller går tapt. Lydopptaket vil så bli transkribert og teksten analysert som grunnlag for oppgaven vår. Lydopptaket slettes etter prosjektavslutning. Intervjuguiden vil ta utgangspunkt i våre to forskningsspørsmål som er:

- Hvilke erfaringer har anestesisykepleieren med barn som motsetter seg anestesi?
- Hva gjør anestesisykepleieren for å unngå bruk av tvang?

Funnene våre vil bli publisert, men alle personopplysninger og mulig gjenkjennbare personopplysninger blir konfidensielt behandlet i alle ledd av studien. Deltagelse i studien er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten begrunnelse og uten at det har noen konsekvenser for deg. Søknaden om tillatelse for å gjennomføre prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata), forskningsombudet på OUS samt klinikkledere. I tillegg vil alminnelige forskningsetiske forskrifter følges, slik som taushetsplikt og konfidensiell behandling av datamateriale. Samtykkeerklæring signerer du før intervjuet begynner.

Vi håper at dette virker interessant for deg og at du har lyst å delta. Ta i så fall kontakt med en av oss via mail eller telefon slik at vi kan planlegge intervjuet. Vi ser for oss at intervjuene vil foregå i mai/juni.

Med vennlig hilsen

Cathrine Ellevseth (cathrinekellevseth@gmail.com/ 98407704) & Kristine Steffensen (krizkraz87@hotmail.com/ 99276568).

Veileder for prosjektet er Berit Taraldsen Valeberg. Hun kan kontaktes for eventuelle spørsmål. (Berit.Valeberg@hioa.no).

HiOA, 17.03.2017

Samtykke til deltakelse i studien «Når barnet ikke vil»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

