MASTEROPPGAVE
MANES5900
September 2017

”Det verste er å grue seg”

Betydningen av forberedelsen.

En kvalitativ masteroppgave om anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi

Maren Thomasgaard

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på ni hektiske måneder som nyutdannet anestesisykepleier med masteroppgaveskriving på si. En stor takk går til mine veiledere Førsteamanuensis Berit Taraldsen Valeberg og Professor Vibeke Lohne som har gjort meg, og denne studien til en prioritet selv i egen ferietid. Deres veiledning har vært utfordrende, inspirerende og svært lærerik.

Jeg ønsker å takke de fem anestesisykepleierne som stilte opp som informanter i fokusgruppeintervjuet. Tusen takk for at dere delte deres opplevelser og erfaringer med meg, uten dere hadde ikke studien blitt den samme. Mange års erfaring setter spor. Det er inspirerende for en som er ny å få høre historiene, og å oppleve deres engasjement for barneanestesi.

Arbeidsbelastningen denne perioden har til tider vært svært høy. Jeg vil derfor takke venner og familie for støtte og forståelse for mine prioriteringer i hverdagen for å få oppgaven ferdig. Takk for hjelp til å lese korrektur. En spesiell takk til min samboer for tid, hjelp, avkobling, og motivasjonen til alltid å gjøre mitt beste.

Oslo, september 2017
Maren Thomasgaard

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er preoperativ engstelse hos førskolebarn. Tidligere studier viser at mange barn som skal ha anestesi i forbindelse med kirurgi er engstelige. Dette resulterer ofte i et vanskelig samarbeid ved innledningen av anestesi, men det har også flere negative konsekvenser for det postoperative forløpet. Hensikten med studien er å få innblikk i anestesisykepleiernes opplevelser og erfaringer med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi, som videre kan bidra til en kvalitetsforbedring av hvordan vi forbereder førskolebarn til anestesi og kirurgi.

Problemstilling:
Hvilke opplevelser og erfaringer har anestesisykepleiere med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi?

Metode:
For å svare på problemstillingen er det benyttet et kvalitativt design, med fokusgruppeintervju som metode. Intervjuet er analysert etter Kirsti Malteruds fire stadier for innholdsanalyse.

Resultat:
Denne studien har funnet at barn gruer seg for det ukjente, og det de ikke vet hva er. For å trygge et engstelig barn var det tre hovedtemaer som utpekte seg. ”*Å ufarliggjøre det skumle*” gjennom god informasjon og forberedelse tilpasset barnet, ”*Å bruke seg selv*” – viktigheten av anestesisykepleierens rolle for å skape tillitt og en trygg relasjon, og ”*Å ha et fang å sitte i*” – betydningen av foreldrenes tilstedeværelse for barnets trygget.

Nøkkelord; *preoperativ engstelse, førskolebarn, anestesi, preoperativ forberedelse, anestesisykepleie*

Abstract

This master thesis explores preoperative anxiety in preschool children. Previous studies show that children experience a high level of anxiety before anesthesia and surgery. This can lead to poor cooperation during induction of anesthesia, but it also has several negative consequences for the postoperative period. The aim of this study is to obtain knowledge that may improve today's practices in preparing preschoolers for anesthesia and surgery by analyzing nurse anesthetists' experiences with preoperative children.

Thesis question:
What kind of experiences do nurse anesthetists have in providing care to anxious children before induction of anesthesia?

Method:
A qualitative design has been used with a focus group interview as the main research method. The interview was analyzed by using Kirsti Malterud's four stages of systematic text condensation.

Results:
The paper concludes that children are afraid of the unknown and unexpected. In order to mitigate an anxious child, three main themes were identified. "*Making the unknown and scary harmless*" through good information and preparation adapted to the individual child, "*Using oneself*" - the importance of the nurse anesthetist role in creating trust and a safe relationship, and "*Having a lap to sit on*"- the role of parents being present and available to give comfort.

keywords; Preoperative anxiety, preschool children, anesthesia, preoperative preparation, anesthetic care

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON 7
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling 7
1.2 Anestesisykepleierens ansvars og funksjonsområder 8
1.3 Disposisjon og avgrensning av oppgaven 9

2.0 PRESENTASJON AV TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI 11
2.1 Litteratursøk 11
2.2 Barns utvikling 13
2.2.1 Kognitiv utvikling 13
2.1.2 Trygghet og tilknytning til omsorgspersoner 14
2.3 Preoperativ engstelse hos barn 14
2.4 Psykososial preoperativ forberedelse 15
2.4.1 Foreldrenes tilstedeværelse. 17
2.5 Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner 17

3.0 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER 19
3.1 Etiske og juridiske overveielser 19
3.2 Tillatelser 20

4.0 METODE 21
4.1 Det kvalitative forskningsintervju 21
4.2.1 Fokusgruppeintervju 21
4.2.2 Utvalg 22
4.2.3 Intervjuet og transkribering 22
4.2.4 Analyse av data 23
4.3 Gyldighet og pålitelighet 25
4.3.1 Validitet 25
4.3.2 Refleksivitet 26

5.0 FUNN 27
5.1 Å ufarliggjøre det skumle 27
5.1.1 Små barn trenger også å vite 27
5.1.2 Betydningen av lek 28
5.1.3 Autonomi og mestring 29
5.1.4 Avledning 29
5.2 Å bruke seg selv 29
5.2.1 Det første møtet 30
5.2.3 Å handle ut fra situasjonen 30
5.2.4 Å ta hensyn til tidligere erfaringer 31
5.2.5 Å utstråle trygghet 32
5.3 Et fang å sitte i 32
5.3.1 Foreldre og barn henger nært sammen 32
5.3.2 Samarbeid med foreldrene 33
5.3.3 Den tryggeste skal være med inn 33

6.0 DISKUSJON 35
6.1 Å ufarliggjøre det skumle 35
6.2 Å bruke seg selv 38
6.3 Et fang å sitte i 42
6.4 Metodekritikk 45
6.4.1 Fokusgruppeintervju som metode 45
6.4.2 Havik som teoretisk forankring i oppgaven 46

6.4.3 Forskerens forforståelse 47

7.0 AVSLUTNING 49

7.1 Konklusjon 49

7.2 Konsekvenser for praksis og videre forskning 50

LITTERATURLISTE 51

Vedlegg 1. Samleskjema med forskningsartikler 57

Vedlegg 2. Søkehistorikk 64

Vedlegg 3. Informasjonsskriv 67

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD 68

Vedlegg 5. Godkjenning fra personvernforbundet 69

Vedlegg 6. Intervjuguide 70

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Studier viser at 40- 75 % av alle barn som legges inn på sykehus for et kirurgisk inngrep opplever redsel og engstelse (Cumino, Cagno, Goncalves, Wajman, & Silva Telles Mathias, 2013; Erhaze, Dowling, & Devane, 2016). Barn med høy grad av engstelse preoperativt, kan få økt behov for sedativa og smertestillende under operasjonen, samt økt behov for smertestillende postoperativt. De kan også få problemer med å sove, utvikle adferdsforstyrrelser og opptre likegyldig i etterkant av operasjonen (Copanitsanou & Valkeapää, 2014). Tradisjonell premedisinering, som for eksempel med Midazolam, har vært brukt, og brukes flere steder fortsatt. De siste årene har det blitt stilt spørsmål ved bruk av premedisinering som beste praksis for å redusere engstelse hos barn. Det har vist seg som effektivt der og da, men det hjelper ikke barnet på lang sikt til å utvikle mestringsstrategier for lignede situasjoner senere i livet (Cuzzocrea et al., 2013). Flere studier har derfor undersøkt forskjellige ikke-medikamentelle tiltak for å redusere preoperativ engstelse hos barn, blant annet ulike undervisningsprogram tilpasset barnets utviklingsnivå, avledning, og tilstedeværelse av foreldre på operasjonsstua.

Oslo Universitetssykehus (2013) har utarbeidet en tverrfaglig nivå 1 prosedyre for psykososial forberedelse av barn på 3- 6 år. Prosedyren er vanskelig å finne på E-håndboka dersom du ikke vet hvor den ligger. Erfaring fra sengepost med sykepleie til preoperative barn har vist at denne prosedyren ikke blir fulgt i en travel hverdag. Anestesilegen som går preoperativ visitt prioriterer ofte informasjon om fastetider og premedikasjon dersom tiden er knapp. Ofte går det mest ut over de minste barna, som ikke forstår voksenordene som blir sagt til foreldrene. Forskeren har sjelden opplevd at anestesilegen har tatt seg tid til å forklare barna hva som vil skje i slusa og på operasjonsstua når de er våkne, hva de vil kunne se, lukte og føle før de sovner, selv om dette inngår i prosedyren (Oslo Universitetssykehus, 2013).

Forskerens erfaring med engstelige barn i forbindelse med anestesi og kirurgi kommer fra flere år med pre- og postoperativ sykepleie til hjertekirurgiske barn, som sykepleier i videreutdanning, og nå som anestesisykepleier.

Formålet med studien er å få innblikk i anestesisykepleiernes opplevelse og erfaring med preoperativ engstelse hos førskolebarn i alderen 3-6 år. Barn i denne alderen er svært

avhengige av sine foreldre (Havik, 1989), det er derfor naturlig at foreldrene ses som en del av barnet, og barnets opplevelse av trygghet under innledningen. Studien kan avdekke behov for videre kvalitetsforbedring av psykososiale preoperative rutiner for førskolebarn. Følgende problemstilling skal besvares:

Hvilke opplevelser og erfaringer har anestesisykepleiere med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi?

1.2 Anestesisykepleierens ansvars og funksjonsområder

Som anestesisykepleier har man en forebyggende, behandlende og lindrende funksjon. I funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014) står det at *Anestesisykepleieren skal ved hjelp av relevant kunnskap og klinisk kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi i den pre-, per- og post-operative periode*. Denne studien har fokus på den forebyggende og behandlende funksjonen. En viktig del av denne består av å redusere stressfaktorer som angst og usikkerhet i den preoperative fasen for barn (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014).

Den anestesisykepleien som utøves skal være i samsvar med kravet til forsvarlighet, og skal være i henhold til anestesisykepleiers kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). I anestesifaget er det ofte en mer overlappende fordeling av oppgaver mellom sykepleier og lege sammenlignet med sengepost. I teamet har anestesisykepleier et selvstendig ansvar for å yte helsehjelp, men det er viktig å være bevisst på egen funksjon og faglige kompetanse som sykepleier. I dette ligger både den medisinske behandling og den psykososiale ivaretagelsen av barnet og foreldrene.

Barnet og foreldrene skal behandles etter Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999), som blant annet sier at barn under 18 år har rett til å ha en av foreldrene med seg på sykehuset. Forskning har dog enda ikke klart å finne signifikant reduksjon av engstelse hos barn som har foreldrene med under innledning (Mayande, et, al, 2015, Kim, et al, 2015) selv om dette er gjeldene praksis i Norge. Anestesisykepleier har ansvar for å skape en trygghet slik at barnet blir godt ivaretatt når foreldrene ikke er der (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001), som under selve operasjonen. Anestesisykepleier har plikt til å informere og veilede

barna og foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) om det som skal skje. Å gi god informasjon er en stor del av vår forebyggende funksjon.

I funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere (2014) er funksjon for forskning- og fagutviklende forklart nærmere. Å holde seg faglig oppdatert er viktig. Ved å lese ny forskning, deltagelse i undervisningsopplegg, og en kontinuerlig evaluering av eget og andres arbeid kan kvaliteten på den anestesisykepleien som gis barn og foreldre forbedres. Denne studien gir en gjennomgang av nyere forskning om temaet preoperativ engstelse hos barn, samtidig vil det kvalitative fokusgruppeintervjuet kunne gi en evaluering og refleksjon av dagens praksis. Både samfunn og helsevesen er i stadig utvikling, og som aktører må anestesisykepleiere ta del i prosessen gjennom kompetanseheving og fagutvikling (Bjørk & Solhaug, 2008).

Ved fagutvikling anvendes eksisterende kunnskap, mens ved forskning utvikles ny kunnskap (Bjørk & Solhaug, 2008). Denne studien er sykepleieforskning, og kan dermed være med på å danne grunnlaget for videre fagutvikling. Ved å undersøke anestesisykepleiernes erfaringer i forhold til preoperativ engstelse hos barn gjennom et fokusgruppeintervju, er formålet å belyse temaet sett fra anestesisykepleierens ståsted. Siden anestesisykepleier ofte jobber alene på stue som eneste anestesisykepleier sammen med anestesilege, kan det være vanskelig å høste faglige tips fra andre anestesisykepleiere. Håpet er derfor at studien kan være med på å sette ord på hva anestesisykepleier gjør i møtet med barnet som gir en opplevelse av å trygge barnet slik at det framstår mindre engstelig. Studien vil også kunne rette oppmerksomheten mot hva som kan bli bedre, og danne grunnlag for videre kvalitetsforbedringer av dagens psykososiale forberedelse av førskolebarn til anestesi.

1.3 Disposisjon og avgrensning av oppgaven

Oppgaven er avgrenset til å handle om førskolebarn i alderen 3-6 år som blir innlagt for elektiv kirurgi. Barn i førskolealder er karakterisert av magisk tenkning (Panella, 2016). Når barna ikke forstår ord eller situasjoner de er i, finner de opp en egen betydning som ofte kan være mer skremmende enn den faktiske virkeligheten. Det er derfor en aldersgruppe som trenger god informasjon og forklaring tilpasset deres språk og utviklingsnivå (Macindo et al., 2015). I denne oppgaven vil begrepet foreldre bli brukt om barnets omsorgspersoner, selv om det i noen tilfeller vil være andre som er barnets nærmeste pårørende.

I kapittel 2 presenteres forskning og teori. Først vil det redegjøres for litteratursøket. Deretter presenteres forskning om preoperativ engstelse hos barn og psykososial forberedelse før anestesi og kirurgi, samt hvilken rolle foreldrenes tilstedeværelse har på barnet engstelse. Tilslutt i teorikapittelet presenteres Haviks kontrollmodell som er oppgavens referansemodell. Kontrollmodellen er valgt for å diskutere hvordan psykiske reaksjoner som engstelse oppstår før anestesi og kirurgi, og hvilke behov dette gir barnet. I kapittel 3 presenteres forskningsetiske overveielser som er aktuelle for oppgaven. Kapittel 4 omhandler metoden benyttet for å svare på problemstillingen, før funn i studien presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 diskuteres funn opp mot tidligere forskning, teori og erfaring. Metoden blir diskutert tilslutt. Avslutning med konklusjon og tanker om videre forskning presenteres i kapittel 7.

2.0 PRESENTASJON AV TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI

2.1 Litteratursøk

For å få et bilde av hva som finnes av forskning om temaet startet litteratursøket på toppen av kunnskapspyramiden, ved å søke etter kliniske oppslagsverk i UpToDate. Det ga ingen relevante treff. Etter tips fra veileder ble det også søkt etter en eventuell retningslinje i E-håndboken ved Oslo Universitetssykehus (OUS), det ga et treff. I retningslinjen fra 2013 ble det tverrfaglig beskrevet hvordan psykososial preoperativ forberedelse av barn mellom 3-6 år skulle gjennomføres og hvilke yrkesgrupper som hadde ansvar for hva. Det ble beskrevet i korte trekk hva som var anestesipersonellets oppgave. For å få mer underbyggende kunnskap fortsatte søkeprosessen nedover kunnskapspyramiden. Først til de kvalitetsvurderte systematiske oversiktsartiklene i Cochrane, deretter videre til Medline og CINAHL som har både oversiktsartikler og enkeltstudier. Avslutningsvis ble det foretatt et søk i Swemed+. Søkeord ble organisert etter PICO-skjema (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over søkeord (PICO-skjema)

Patient	**I**ntervention	**C**omparison	**O**utcome
Barn (3-6 år) Førskolebarn	Psykososial forberedelse Preoperativ forberedelse	Farmakologiske	Redusere engstelse ved innledning av anestesi Samarbeid ved innledning
Preschool child Child Infant	Psychososial preparation Preoperative care Preoperative education Information Communication Nurse anaesthetist Anesthesia		Anxiety Coping Uncertainty Cooperation

To fullstendige og et mindre litteratursøk ble utført mellom august 2016 og februar 2017, se vedlegg nr. 2 for detaljert søkehistorikk. I Cochrane var det kun en oversiktsartikkel som ble inkludert, Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children (Manyande, Cyna, Yip, Chooi, & Middleton, 2015). Denne kvalitetsvurderte systematiske oversikten hadde inkludert studier fram til 2013, sammen med retningslinjen fra Oslo universitetssykehus (2013) dannet dette en avgrensning for de videre søk nedover i kunnskapspyramiden. I Medline og Cinahl ble det derfor søkt på artikler fra 2013 til i dag

(februar 2017). Andre inklusjonskriterier var at artiklene skulle handle om førskolebarn i alderen 3-6 år. Det har blitt gjort unntak i enkelte studier der denne studiens valgte aldersgruppe faller inn i gruppen (eks: 2-12 år og 4-7 år). Artikler som kun har fokus på medikamentelle tiltak, eller rutinemessige forberedelser som fasting og hygiene har blitt ekskludert.

Søk nr.1 i Medline ga 19 treff. Av disse 19 ble 6 lest i fulltekst, og 5 ble beholdt. Søket i februar inkluderte en studie ekstra. Søket i Cinahl ga 15 relevante treff i august, der 6 artikler ble tatt med videre, og 3 nye ble inkludert fra søket i februar. Artiklene var stor sett kvantitativ forskning der formålet var å måle effekten av forskjellige intervensjoner som skulle redusere barns engstelse under anestesi. Det var derfor relevant å gjøre et nytt søk for å se om noen hadde undersøkt anestesisykepleierens tanker, meninger eller erfaringer med det å trygge barns ved innledning av anestesi. Søk ble gjort i både Medline og Cinahl der kun kombinasjonen *nurse anaesthetists* AND *child* ble brukt for å søke så åpent som mulig. Dette ga 49 treff i Medline og 12 treff i Cinahl. En kvalitativ studie med fokus på etiske dilemmaer sett fra anestesisykepleiers ståsted under anestesiinnledning av barn som hadde data fra to fokusgruppeintervju ble tatt med videre. Både Cinahl og Medline ga treff på denne studien.

I det første søket i Swemed+ i august ble søkeordene Preschool child AND preoperative care kombinert. Det ga 24 treff, men ingen av dato innenfor inklusjonskriteriene var aktuelle. I februar ble søkeordene *barn* AND *anestesi* brukt, det ga 101 treff, der en artikkel publisert i Inspira ble tatt med videre. Inspira er ikke et vitenskapelig tidsskrift, men artiklene der er leservennlige og gir en god oversikt over temaet.

Etter gjennomgang av studiene har også den såkalte ”snøballmetoden” blitt benyttet. Flere av forskningsartiklene som er inkludert i denne studien er derfor funnet etter å ha vært referert til i andre studier. Den aktuelle artikkels tittel ble søkt på i søkemotoren (Oria) på skolebibliotekets nettside. Det var gjennom snøballmetoden at tre kvalitative studier ble funnet. Av artiklene som ble funnet gjennom snøballmetoden ble også eldre artikler inkludert da forskeren ikke kunne finne lignende forskning av nyere tid. Et samleskjema over artiklene som er benyttet i denne studien ligget vedlagt (Vedlegg nr. 1). Nedenfor vil forskning fra litteratursøket, samt aktuell teori bli presentert.

2.2 Barns utvikling

For at anestesisykepleieren skal kunne ta seg av barnet i den preoperative fasen er det nødvendig å ha kunnskap om barns kognitive utvikling og hvordan de er tilknyttet sine omsorgspersoner.

2.2.1 Kognitiv utvikling

Hos barn i førskolealder skjer det en stor utvikling i hjernen. Nervecellene øker i størrelse, og myelinisering av nerveceller ser ut til å være ferdig når barnet er rundt 6 år. Det er også i denne perioden finmotorikken utvikles. Barnet begynner å kunne kle på seg selv, og kan begynne å pusle enkle puslespill. Fra 4-5 års alder er det også vanlig å lære seg å svømme og sykle (Bunkholdt, 2000). Når vi snakker om barns kognitive utvikling er det vanlig å trekke fram stadieteorien til Jean Piaget (1896-1980). Teorien til Piaget som blir referert til i denne studien er forstått ut fra Bunkholdt (2000) sin fortolkning. Piaget deler den kognitive utviklingen inn i fire stadier, der alle barn uansett arv og miljø går igjennom de samme stadiene på samme alderstrinn. Ved overgang til et nytt stadium forandrer barnet seg fordi det har tilegnet seg ny kunnskap, men også fordi det har begynt å tenke annerledes. Det skjer en utvikling og forandring i flere områder samtidig. Hvordan barnet snakker og leker er eksempler på områder som utvikles. Det ene stadiet er forberedende til det neste (Bunkholdt, 2000).

Piagets har flere sentrale begreper, blant annet *likevekt.* Han hevder at hver gang et barn står ovenfor noe det ikke kjenner igjen, som er nytt og uklart, starter en selvregulerende prosess for å tilpasse seg det nye, og for igjen å oppnå *likevekt.* Barn i alderen to til seks-syv år befinner seg i det pre-operasjonelle stadiet. Barn på dette stadiet kjennetegnes ved at de er veldig opphengt i akkurat hva de ser. De har liten evne til abstrakt tenkning, og de klarer stort sett bare å konsentrere seg om en ting av gangen. De kan forestille seg ting og fantasere. De får mulighet til å uttrykke seg mer gjennom språk, men i lys av fantasien kan de finne opp egne forklaringer på ord de ikke forstår. Piaget mente at all læring i barnealder foregår gjennom handling, og da av de erfaringene de opplever under og av handlingene. Etterhvert som barnet blir eldre kan disse handlingene forgå på tankeplan også, som refleksjon over problemer og hvordan de kan løses (Bunkholdt, 2000).

2.1.2 Trygghet og tilknytning til omsorgspersoner

Teorier om barns tilknytning til omsorgspersoner har betydning for hvordan de møter nye ukjente situasjoner i forbindelse med anestesi og kirurgi. Teoretikeren Bowlby (1994) mente at barns personlighetsutvikling blir formet ut fra relasjonen barnet har til sin nærmeste omsorgsperson. Han mente at behovet for tilknytning var biologisk, uavhengig om det var en trygg eller utrygg tilknytning. I en trygg omsorg der foreldrene er oppmerksomme på barnets signaler, oppfatter disse på riktig måte, aksepterer og bekrefter dem, skapes en *trygg tilknytning*. Signaler barnet sender kan være gråt, blikk eller lyder. Bowlby (1994) kaller signalene tilknytningsatferd fordi det er signaler barnet sender for å oppnå omsorg fra omgivelsene.

Det å ha tilknytning til noen vil gjøre at du tilstreber kontakt og nærhet til vedkommende i situasjoner som oppleves utrygge og vanskelige (Bowlby, 1994). For små barn på en ukjent operasjonsstue vil det derfor være naturlig å søke trøst hos mor eller far. Barn som kommer inn på sykehus med en trygg tilknytning til sine foreldre, vil være mer åpne for å utforske sine omgivelser, spesielt med foreldrene tilstede. De har en trygg base som de kan vende tilbake til når de er engstelige eller slitne. Ca 70% av alle barn faller inn i denne kategorien (Dalsklev & Eimot, 2015). Barn med en utrygg tilknytning tilpasser seg dårligere nye situasjoner. De har ofte mindre selvtillit og vil holde seg så nært foreldrene som mulig (Bunkholdt, 2000).

2.3 Preoperativ engstelse hos barn

For barn i førskolealder er redselen for hva som skal skje med kroppen stor. Sammen med ukjente rutiner, omgivelser, lukter og lyder kan den preoperative perioden være svært stressende for barnet (Panella, 2016).

Som nevnt innledningsvis kan preoperativ engstelse gi komplikasjoner i den postoperative fasen. I tillegg til økt behov for smertestillende kan barnet bli agitert, og man har sett at mareritt, sengevæting, temperamentssvingninger, oppmerksomhetssøkning og redsel for å være alene, kan opptre opptil to uker postoperativt (Hilly et al., 2015). Ofte vil barn som blir så redde at de ikke vet hvordan de skal opptre i en situasjon regredere. De opptrer da mer barnslig, og framstår yngre enn de egentlig er (Bunkholdt, 2000). Erfaringsmessig er dette mest framtredende hos barn som ikke har vært på sykehus tidligere. Barn vet at de på sykehus er syke, men med liten evne til å differensiere grad av sykdom, sammen med stor evne til

magisk tenkning og ingen tidligere erfaring kan de bli svært engstelige. Barn viser engstelse og frykt på forskjellige måter akkurat som voksne. Mange gråter og ”*vil ikke*”, mens andre barn trekker seg mer inn i seg selv og blir stille. De slutter å leke, eller kan bli mer aktive inn i leken (Bjørnnå, 2014).

Preoperativ engstelse hos barn gir i tillegg til de psykologiske endringene, også endringer i endokrine prosesser. Kroppens fysiske reaksjon på angst er økt blodtrykk og puls, og en redusert utskillelse av veksthormon og adrenokortikotropt hormon (ACTH). Utskillelsen av kortisol øker som et resultat av stress. Studier av Wennstrom, Tornhage, Nasic, Hedelin, and Bergh (2011) viste en klar sammenheng mellom økt nivå av kortisol i blodet og postoperativ sårinfeksjon.

2.4 Psykososial preoperativ forberedelse

Studier viser at førskolebarn bør forberedes 24 timer til et par dager i forveien før en operasjon fordi for lang forberedelsestid kan bygge unødvendig engstelse hos de minste barna. Barn på samme alder kan ha ulik kunnskapsbakgrunn om hva som skal skje på sykehuset ut fra hva foreldene har fortalt, eller egne tidligere erfaringer. Barn i denne alderen fantaserer mye. Det er derfor viktig at det kartlegges hva barna allerede vet, og at misforståelser oppklares (Panella, 2016). Fra 4 års alder trenger barnet utfyllende informasjon og forklaringer på hva det skal, og hvordan det skal foregå. Den som informerer bør beskrive hva barnet kommer til å se, smake, høre og lukte (Grønseth & Markestad, 2011). Panella (2016) understreker viktigheten av å bruke ord som barn forstår, samt å forklare de ordene barna ikke kan. I stedet for å si "*du skal få gass anestesi*", kan man si: "*du skal få en medisinsk luft som kommer til å gjøre at du sover helt til operasjonen er ferdig, og da skal vi vekke deg igjen*".

I Norge er det mest vanlig at anestesilegen går preoperativ visitt til barn før anestesi. En studie gjort i Sverige (Wennstrom et al., 2011) fant at barn som fikk tildelt en fast anestesisykepleier som fulgte barnet gjennom forløpet hadde et lavere kortisol nivå i blodet, jamfør kap 2.3, og trengte mindre smertestillende postoperativt sammenlignet med de som fikk vanlig preoperativ forberedelse. Anestesisykepleieren hadde en informerende samtale med barnet og foreldrene preoperativt, og var med under anestesien til barnet slik at det var et kjent ansikt barnet møtte når det kom til operasjonsstua. Dialogen kunne fortsette på en god

måte, og det ble fortatt en samtale postoperativt (Wennstrom et al., 2011). I dag har vi hverken den preoperative samtalen eller effekten av at barnet ser et kjent ansikt. I gjennomsnitt sies det at anestesisykepleier har ca 10 minutter sammen med barnet før det sovner (Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund, & Fridlund, 2013). Tiden må derfor brukes på en effektiv og god måte, tilpasset barnet.

Som nevnt kan barn oppfatte ord og uttrykk annerledes enn voksne, vi må derfor lytte til barna for å forsikre oss om at de har forstått det som skal skje, og gi barna mulighet til å stille oppklarende spørsmål om ting de lurer på. Å la barna få være med å bestemme der det er mulig, for eksempel hvilken finger vil de ha oksygenmåleren på, kan redusere barns engstelse ved at de føler de får en viss kontroll i situasjonen (Hilly et al., 2015).

Hvordan barn får informasjon og kunnskap om operasjonen kan gjøres på flere måter enn verbal kommunikasjon. Utallige studier har sett på forskjellige intervensjoner for å informere førskolebarn på en måte som reduserer deres preoperative engstelse. Bruk av et informerende dukketeater, historiefortelling, videofilm, fargeleggingshefter og 3-D bøker er bare noen eksempler ((Al-Yateem, Brenner, Shorrab, & Docherty, 2016; Cuzzocrea et al., 2013; Kim, Jung, Yu, & Park, 2015; Macindo et al., 2015). En studie har sett på effekten av lek som preoperativ forberedelse. En voksen brukte dukker kledd i samme klær og utstyr som brukes på operasjonsstua mens han fortalte en historie om et barn som skulle opereres. Forskerne fant at over 70% av de deltagende barna ble med i leken, de stilte spørsmål og gjentok mye av informasjonen som var lagt inn i leken. Da de kom til operasjonsstua gikk barna selv inn, og samarbeidet med anestesisykepleier om å holde inhalasjonsmaska (Paladino, de Carvalho, & de Amorim Almeida, 2014). Det å få leke med, og prøve anestesimaska på forhånd har vist seg å gjøre barn mer samarbeidsvillige ved innledning. Bruk av dukker til demonstrasjon og forklaring kan gjøre det hele mer forståelig for barn (Cuzzocrea et al., 2013). Dette stemmer overens med Piagets teori om at direkte erfaring gir raskere læring, enn det å bare bli fortalt, som er en form for passiv læring (Bunkholdt, 2000). På flere norske sykehus har de en maskot, ofte en bamse. Denne maskoten er det vanlig å ha ute på barneavdelingene. Maskoten er fin å vise bruk av inhalasjonsmaske på, og plassering av elektroder for eksempel. På flere sykehus får barn maskoten i premie når de skal i narkose. Distraherende aktiviteter som videospill har også viste seg reduserende på barns engstelse (Kim et al., 2015).

2.4.1 Foreldrenes tilstedeværelse.

Å få ha en forelder tilstede er en primær rettighet for barn på sykehus i Norge (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Det vanlige er at en forelder får følge barnet til operasjonsstua og være med til barnet sovner. I lys av Bowlbys tilknytningsteori kan en under optimale omstendigheter tenke seg moren eller faren til barnet som en trygg base, der barnet er åpen for å utforske den ukjente situasjonen inne på operasjonsstua. Optimale omstendigheter i dette tilfellet vil si en godt informert og trygg forelder uten stor grad av engstelse. Realiteten er ofte, og naturligvis at de voksne også er engstelige før barnet skal til anestesi og kirurgi. En studie fra 1998 viste at 42% av foreldrene kjente sterk angst før barnet skulle opereres (Shirley, Thompson, Kenward, & Johnston, 1998). Foreldrenes engstelse ser ut til å kunne smitte over på barna, og gjøre i utgangspunktet trygge barn mer engstelige fordi de bekymrer seg for foreldrene sine (Panella, 2016). Overført engstelse fra foreldrene ser også ut til å kunne gi lengre rekonvalesens, og å ha negativ effekt på familiedynamikken (Shirley et al., 1998).

I Shirley et al (1998) sin studie ble foreldrene også spurt hva de selv mente kunne redusere deres engstelse, der var de viktigste tiltakene at de fikk følge barnet til operasjonsstua, være tilstede under innledningen og det å få god informasjon preoperativt. Viktigheten av at foreldrene blir godt informert støttes av flere studier (Cumino et al., 2013). Det er ønskelig at foreldrene også deltar aktivt i de preoperative rutinene, også der det er lek, historiefortelling og dukketeater som informasjonskilde (Paladino et al., 2014). Å involvere foreldrene i den preoperative planen, gi de ansvar for små oppgaver de mestrer, vil gi en opplevelse av å ha kontroll på noe i situasjonen. Opplevelsen av å føle seg til nytte og inkludert i bestemmelser i forhold til sitt barn vil kunne være med på å redusere foreldrenes engstelse (Andersson, Johansson, & Ostberg, 2012). At foreldrene opprettholder faste rutiner hjemmefra kan også være med på å trygge barnet (Panella, 2016).

2.5 Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner

Haviks kontrollmodell er en modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom og behandling. Somatisk sykdom er forbundet med ulik grad av følelsesmessige reaksjoner. Reaksjonene kan utløses for første gang, eller reaktiveres etter lignende tidligere erfaringer. Det er barnets subjektive fortolkning av situasjonen som legges til grunn i modellen, mens den objektive alvorlighetsgraden av sykdommen eller inngrepet spiller en noe mindre rolle.

Kontrollmodellen vektlegger tiltak som kan fremme mestring og tilpasning i situasjonen som oppleves skremmende (Havik, 1989). Ved å ha innsikt i, og å ta i bruk modellen kan anestesisykepleiere bedre forstå barnets reaksjoner og behov. Slik kan en kan støtte på en hensiktsmessig måte så barnet opplever bedre kontroll og mestring av situasjonen. På den måten reduseres barnets engstelse.

Havik har tre aspekter i sin kontrollmodell som har betydning for mestring og tilpasning ved sykdom; kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll. Ved å fremme kognitiv kontroll gir vi forutsigbarhet og forståelse fremfor flertydighet, usikkerhet og forvirring. Usikkerheten hos barna kan komme av at de befinner seg i et ukjent miljø. Det er nye rutiner og de kan være usikre på hva de kan forvente av smerte og ubehag. Kognitiv kontroll er relatert til behovet for informasjon. Ved å fremme instrumentell kontroll gir vi kompetanse fremfor hjelpeløshet og passivitet. Det handler mye om hva barnet selv kan gjøre i situasjonen for å redusere ubehaget (Havik, 1989). Et eksempel er å gi barnet ansvar for en arbeidsoppgave under innledningen, for eksempel å holde anestesimaska, eller passe på kosebamsen. Instrumentell kontroll er relatert til behovet for opplevelse av mestring. Emosjonell kontroll fremmes ved å tilrettelegge for nærhet og omsorg framfor opplevelsen av separasjon (Havik, 1989). Dette er spesielt viktig for førskolebarn som er nært knyttet til foreldrene sine. Havik bruker nettopp Bowlbys tilknytningsteori for forklaring av dette aspektet. Nærheten barnet har til omsorgspersonen har stor betydning for barnets emosjonelle reaksjoner når barnet er redd og føler seg truet. Selve redselen for å bli separert fra foreldrene kan bety like mye for barnet som det å skulle opereres (Grønseth & Markestad, 2011; Havik, 1989). Noen barn kan også tenke at de blir ”forlatt” som en straff fordi de har vært slemme (Panella, 2016). Emosjonell kontroll er relatert til behovet for emosjonell støtte. De tre aspektene for kontroll påvirker ofte hverandre (Havik, 1989).

3.0 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER

Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere er basert på International Council of Nurse´s (ICN) etiske regler og gir anestesisykepleiere et etisk ståsted (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I jobben til daglig kommer en stadig opp i etiske problemstillinger. I mange situasjoner finnes det ingen fasit på hva som er rett og galt, men valg tas på bakgrunn av kompetanse, kunnskap og erfaring. Barn er en sårbar gruppe og har begrenset autonomi fordi valg som oftest tas av foreldrene. De har mindre kunnskap og derav manglende mulighet til å ta egne begrunnede valg. Anestesisykepleier må derfor legge til rette for at barn får god informasjon slik at de på bakgrunn av utviklingsnivå og alder får være med i beslutninger som gjelder dem. Det betyr ikke at barn alltid skal få bestemme, men å inkludere dem der det kan være hensiktsmessig. Dette kan gi barnet opplevelse av kontroll og redusere engstelse (Salmela, Aronen, & Salantera, 2010).

3.1 Etiske og juridiske overveielser

All forskning skal følge etiske- og juridiske retningslinjer. Helseforskningsloven (2009) og Forskningsetikkloven (2007) gir føringer for å opprettholde etiske prinsipper når det forskes på mennesker. Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle er fire aktuelle områder som bør diskuteres før et kvalitativt forskningsintervju (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Disse fire områdene vil nå bli presentert.

Informert samtykke gjenspeiler retningslinjen som påpeker informantens rett til selvbestemmelse og autonomi (Kvale et al., 2015). Deltagerne i denne studien fikk utlevert et informasjonsskriv med undersøkelsens formål, tema, hvordan intervjuet skulle foregå, samt kontaktinformasjon ved spørsmål om studien eller deltagelsen. Det ble også nøye presisert at deltagelsen var frivillig, og at de kan trekke seg uten grunn (se vedlegg nr.3). Samtykkeskjemaet ble signert skriftlig av alle deltagerne.

Fortrolighet i dette prosjektet innebærer at deltagerne i fokusgruppeintervjuet forsikres om at informasjon de kommer med ikke kan spores tilbake til den enkelte som privatperson (Kvale et al., 2015). Dette sikres gjennom at personopplysninger som fullt navn, kjønn og antall år som anestesisykepleier oppbevares separat fra transkribert materiale. Lydfilen med stemmene til deltagerne ble lagret på egen minnepenn og transkribert på en datamaskin uten internett tilgang, for deretter å bli slettet. Transkribert materiale blir slettet etter den muntlige

eksaminasjonen. I oppgaven er alle anestesisykepleierne gjengitt nummerert som Anestesisykepleier 1-5, og dialektord er oversatt til bokmål. For å sikre lojalitet innad i gruppen ble det presisert ved intervjuets start at det som blir sagt under intervjuet blir i dette rommet.

Konsekvenser i forskningsetikken handler om mulige skader, og mulige fordeler deltagerne kan forvente ved å delta i studien (Kvale et al., 2015). Deltagerne kan i ettertid føle at de har sagt for mye, eller angre på noe de har sagt, bortsett fra det, er det i utgangspunktet ingen åpenbare negative konsekvenser for deltagerne slik forskeren ser det. Ved at deltageren kan trekke seg fra studien sikrer en at den eventuelle skaden dette måtte påføre den enkelte lett kan reverseres. Rent praktisk kan det være vanskelig å trekke en person ut av et fokusgruppeintervju. Gruppeprosessen, og noe vedkommende har sagt kan ha påvirket samtalen i så stor grad at man risikerer å måtte gjøre hele intervjuet om igjen. Et positivt aspekt ved å delta i dette fokusgruppeintervjuet kan være følelsen av å være med å utvikle ny kunnskap til barnets beste, som da også vil kunne forbedre hverdagen som anestesisykepleier til barn.

Forskerens rolle er viktig for kvaliteten på den kunnskapen som blir til og de etiske beslutningene som tas i kvalitativ forskning. Kvale et al. (2015) mener forskeren selv er det viktigste redskapet i innhenting av kunnskap. Mine personlige egenskaper, og forforståelse av temaet vil alltid være med på å forme både hvordan spørsmålene til informantene blir stilt, men også vektlegging av det som blir sagt. Egen erfaring og ståsted som sykepleier til barn i den pre- og postoperative perioden, og nå som anestesisykepleier til barn i den peroperative fasen kan ha betydning for resultatene av dette prosjektet, selv om dette ikke er bevisst.

3.2 Tillatelser

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Personvernombudet for forskning ved det aktuelle sykehuset (Se vedlegg nr. 4 og nr. 5). Dette prosjektet kan ses på som en evaluering av gjeldene praksis sett opp mot hva anestesisykepleierne selv opplever at trygger et engstelig barn. På bakgrunn av dette, og at opplysningene som kommer frem ikke er taushetsbelagte er det derfor ikke behov for å søke REK (2015). Godkjenning ble også innhentet fra avdelingsleder og seksjonsledere.

4.0 METODE

4.1 Det kvalitative forskningsintervju

Denne studien skal svare på problemstillingen: *hvilke opplevelser og erfaringer har anestesisykepleiere med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi?*
Problemstillingen retter seg mot å undersøke opplevelser og erfaringer sett fra anestesisykepleiernes side. Trolig vil ikke en kvantitativ tilnærming med spørreskjema klare å fange opp alle aspektene ved informantenes erfaringer. Et intervju gir derimot mulighet til å stille oppklarende spørsmål fra både informant og forsker (Kvale et al., 2015). Denne studien har derfor valgt kvalitativt forskningsintervju som metode.

4.2.1 Fokusgruppeintervju

Ut fra problemstillingen ble fokusgruppeintervju benyttet som intervjuform. Å intervjue i gruppe ble valgt da det var ønskelig med en samtale blant informantene rundt temaer knyttet til problemstillingen. I samtalen kan noens erfaringer gi nytt perspektiv til andres opplevelser, og dermed gi ny mening til noe en ikke hadde tenkt over. I en gruppe blir den enkelte mer utfordret på de utsagn en kommer med. Deltagerne må forholde seg til andres meninger og argumentere for sine egne (Jacobsen, 2015). Under intervjuet i denne studien ga informantene en bredde av synspunkter og erfaringer. De bekreftet også de andres erfaringer ved å si seg enige, eller ved å fortelle egne tilsvarende historier. En slik utvikling under fokusgruppeintervjuet der informantene enes om noen synspunkter, og får en felles forståelse av en opplevelse eller erfaring, er i henhold til metodeteori fra Jacobsen (2015).

Fokusgruppeintervjuet i denne studien besto av 5 anestesisykepleiere, en forsker, samt en moderator. Antallet i gruppen oppleves tilstrekkelig, og er i henhold til Malterud (2008) som mener at en fokusgruppe bør bestå av 5-8 deltagere. En forutsetning for en god fokusgruppe er selvfølgelig at deltagerne våger å si sin mening. Viktigheten av å opprettholde lojalitet i gruppen ble presisert ved intervjuets start.

I en gruppe er det naturlig at noen snakker mer enn andre. En moderator ble derfor benyttet under fokusgruppeintervjuet for at alle skulle få komme til ordet og få delta i diskusjonen. Moderator fungerte dermed som en ordstyrer. Moderator kan også vurdere om nye emner som kommer opp skal utdypes videre og passer tiden under intervjuet (Kvale et al., 2015).

4.2.2 Utvalg

I denne studien ble informantene valgt ut gjennom strategisk utvelgelse (purposeful sampling). Ved strategisk utvelgelse er problemstillingen førende for valg av informanter. I denne studien er det valgt et middels homogent utvalgt. Et middels homogent utvalg består av personer med sentrale kjennetegn med en eller få bruddegenskaper (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I denne studien er det sentrale kjennetegnet at de er anestesisykepleiere, bruddegenskapen er ulik fordeling av kjønn. En gruppe bestående av både menn og kvinner ble valgt med mål om at det ville kunne gi flere meninger, synspunkter og erfaringer rundt de ulike temaene.

Ut fra denne mastergradens omfang ble det gjort et fokusgruppeintervju ved et større sykehus i Norge, hvor de daglig gir anestesi til barn.

4.2.3 Rekrutering av informanter

Etter å ha fått godkjenning fra øverste leder ved avdeling for anestesisykepleie, gikk prosessen videre til avdelingslederne som var svært behjelpelig med å plukke ut aktuelle deltagere til intervjuet. Utvalgskriteriene var at de hadde jobbet som anestesisykepleier med anestesi til barn i 75% -100% stilling i over 3 år. Deltagerne fikk utlevert informasjonsskriv, der de kunne gi sitt skriftlige samtykke. Tidspunkt for intervju ble avtalt muntlig med deltagerne, og innkallelse med endelig oppmøtested ble sendt ut på tekstmelding to dager før intervjuet. Fokusgruppeintervjuet fant sted april 2017.

Alle deltagerne som hadde sagt ja til å delta, møtte opp til intervju. Fokusgruppen besto av 5 anestesisykepleiere, der alle hadde over 10 års erfaring med anestesi til barn, samt meg som forsker og en moderator. Moderator var en veileder fra høyskolen med lang erfaring som kvalitativ forsker.

4.2.3 Intervjuet og transkribering

En intervjuguide ble utarbeidet og testet i et pilotintervju en uke i forveien. Her ble også lydopptakeren testet. Det ble gjort noen små justeringer i intervjuguiden etter pilotintervjuet, slik at intervjuguiden nå hadde tre åpne spørsmål for å få svar på problemstillingen. Intervjuguiden ligger vedlagt (Vedlegg nr.6).

Fokusgruppeintervjuet fant sted på det aktuelle sykehuset, og anestesisykepleierne var fristilt fra avdeling i vanlig arbeidstid. Intervjuet varte ca. 60minutter. Lydopptaker og et reservelydbånd ble benyttet. Forskeren stilte spørsmålene, og moderator sørget for at alle kom til ordet. Vi tok begge notater av nøkkelord, og hadde en kort oppsummering i etterkant av intervjuet. Intervjuet ble transkribert av forskeren selv for å bli ekstra godt kjent med materialet. Det ble totalt 20 transkriberte sider.

4.2.4 Analyse av data

Etter fullført datasamling startet analysen av det transkriberte materialet. Malterud (2008) sine fire stadier for innholdsanalyse ble valgt som mal for analysen. I det første stadiet er hovedpoenget å skaffe seg et helhetsinntrykk. Teksten ble derfor lest uten å ta notater. Ved neste gjennomlesing ble aktuelle temaer som var sentrale i teksten notert ned. Selv om intensjonen til forskeren er å stille så åpen som mulig inn i analysedelen vil forforståelsen av erfaring og lest forskning og teori kunne påvirke hvilke temaer i teksten forskeren fester seg ved.

I fase to startet arbeidet med å finne meningsbærende enheter. Teksten ble da lest mer systematisk, og ved hjelp av temaene fra forrige fase ble det plukket ut meningsbærende enheter i teksten som passet inn i disse temaene. Det ble også lagt til flere temaer etterhvert som forskeren kom dypere inn i teksten og nye temaer utpekte seg. De meningsbærende enhetene ble fargelagt med en bestemt farge som markerte hvilket tema de tilhørte, det er dette som kalles koding. Kodingen gjør at man kan kategorisere det som står i teksten (Malterud, 2008).

Neste fase er kondensering, som betyr å lage et resyme av de ulike meningsbærende enhetene, der man beholder meningen i utsagnene (Malterud, 2008). Dette ga en mer oversiktlig og dekontekstualisert tekst der de ulike meningsbærende enhetene som tilhørte samme kode ble samlet i en tabell og gruppert sammen i undertemaer. Denne prosessen var utfordrende som ny kvalitativ forsker. Det var enkelt å rydde i teksten og å systematisere utsagnene, men utfordrende å la den transkriberte teksten snakke for seg selv med en induktiv tilnærming til det hele.

I den siste fasen ble problemstillingen førende for hvilke undertema som ble tatt med videre i analysen, de undertemaene som ikke svarte på problemstillingen ble fjernet. Etter å ha jobbet

med hvert undertema hver for seg, var det etterhvert tre hovedtemaer som utpekte seg. Analysen viste nå 11 undertemaer og 3 hovedtemaer. Hovedtemaene ble navngitt med sitater fra informantene som gjenspeiler den overordnede meningen anestesisykepleierne hadde gitt de ulike undertemaene. Følgende hovedtemaer skal være med på å besvare problemstillingen: *"Å ufarliggjøre det skumle", "Å bruke seg selv" og "Et fang å sitte i".*

I tabell 2 presenteres et eksempel fra analysen.

Tabell. 2 Et eksempel fra analysen

Meningsbærende enhet	**Kondensering**	**Undertema**	**Hovedtema**
Jeg har funnet ut at det å lede oppmerksomheten til barnet vekk fra det de er redd for, ved for eksempel å trekke SaO2 ledningen fra støpselet slik at det lager sånn klikke lyd.. Ofte vil de da prøve sånn selv. Det tar da bort fokus fra det som skremmer dem, til noe de kanskje er mer interessert i.	Jeg avleder barnet ved å involvere det i en aktivitet som tar fokuset vekk fra de de opplever som skremmende	Avledning	Å ufarliggjøre det skumle
Det at de får lov å være med å bestemme, men kanskje ikke helt bestemme, men bestemme om de vil ha en gul eller grønn maske. Så de får være litt med, det er kjempe viktig. Og at man ikke skjuler noe, for eksempel hvor man stikker, fordi de skal få være delaktige.	Å gi barna et valg i situasjoner der det er mulig slik at de føler seg delaktige	Autonomi og mestring	Å ufarliggjøre det skumle
..jeg tok han med ut på tur. Bort på operasjonsstua, dette var på slutten av vakta, han syntes det var kjempe gøy å gå her, låne sparkesykkelen, og leke litt rundt. Han kom tilbake til mamman sin og var så fornøyd, hadde masse å fortelle, om hva han hadde opplevd, hvordan det så ut og sånn..	Betydningen av å vise fram den ukjente operasjonsstua før barnet skal opereres	Små barn trenger også å vite Betydningen av lek	Å ufarliggjøre det skumle

4.3 Gyldighet og pålitelighet

4.3.1 Validitet

Validitet handler om gyldighet og troverdighet. Ingen kunnskap er allmenngyldig, men som kvalitativ forsker må en hele tiden vurdere gyldigheten av de funnene man kommer fram til (Malterud, 2008). Det snakkes ofte om intern- og ekstern validitet. Intern validitet handler om relevans. Har det blitt brukt riktig metode for å undersøke anestesisykepleiers opplevelser og erfaringer med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi? Var spørsmålene i intervjuguiden klart formulert for å få best mulig svar på problemstillingen? Delte deltagerne i fokusgruppeintervjuet den kunnskapen som de innehar? Og hva gir den kunnskapen denne studien har framskaffet sannhet om? Dette er spørsmål som har blitt stilt til eget arbeid både før, under og i etterkant kan datainnsamlingen. Da denne studien først og fremst var ute etter erfaringer og opplevelser mener forskeren at relevant metode er valgt. Det ble vurdert at temaet for studien ikke gikk inn på sårbare områder som kan være vanskelig å snakke om i en fokusgruppegruppe. I etterkant av intervjuet sitter forsker med den samme oppfattelsen. Endring av spørsmålene etter pilotintervjuet var nødvendig da de opprinnelige spørsmålene ble for styrende i forhold til hva forsker forventet å høre. Svarene kunne da ha blitt preget for mye av egen forforståelse, og i mindre grad tilført ny kunnskap på området. Etter analysen var det også viktig å gå tilbake til den fullstendige transkriberte teksten, for å validere de resultatene analysen hadde gitt. Man kan også validere resultatet ved å gå tilbake til informantene og spørre om de kjenner seg igjen i studiens funn (Jacobsen, 2015). For validering av denne studien er det igjennom metodekapittelet redegjort for forskningsprosessen så detaljert som mulig.

Relevans under intern validitet handler også om at temaet og problemstillingen kan gi kunnskap som har praktisk nytte, samt om den tilfører noe nytt (Malterud, 2008). Som nevnt ble det funnet mye kvantitativ internasjonal forskning, men lite kvalitativ forskning. Anestesisykepleierens perspektiv på eget fag er generelt lite undersøkt. Litteratursøket ga heller ingen funn på forskning gjort i Norge. Forskerens oppfattelse er at denne studien kan tilføre noe nytt, og vil være nyttig i videre kvalitetsarbeid for forberedelse av barn til anestesi og kirurgi.

Ekstern validitet handler om hvor vidt kunnskapen som har kommet fram kan overføres til andre situasjoner (Malterud, 2008). Som på lik linje med at flere av studiene hadde

overføringsverdi til norske forhold, kan denne studien ha overføringsverdi til andre land med lignende forhold som i Norge.

4.3.2 Refleksivitet

Refleksivitet handler om prosessen som foregår mellom forsker og forskningsarbeidet. Det handler om hvordan forskerens forforståelse påvirker forskningsprosessen i alle ledd (Malterud, 2008). Å være oppmerksom på egen forforståelse er viktig. Som anestesisykepleier og tidligere sykepleier til kirurgiske barn har forskeren opparbeidet en erfaring som gjorde at motivasjonen og lysten lå på å gjøre en masteroppgave med fokus på barn. Erfaringen, interessen, samt lest teori i forbindelse med studien har gitt en forforståelse om emnet. Malterud (2008) kaller denne forforståelsen for en ryggsekk, som kan gi både næring til prosjektet i form av motivasjon og gode bakgrunns teorier, eller den kan være for tung slik at man ikke klarer se det som er utenfor ryggsekken. Forforståelsen gjorde at intervjuguiden som ble benyttet under pilotintervjuet inneholdt altfor lukkede spørsmål. Etter samtale med veiledere og oppgjør med egne forestillinger klarte vi lage spørsmålene mer åpne. Fokusgruppeintervjuet ble heller ikke gjort med egne kollegaer på arbeidsplassen, nettopp for å få en viss distanse til informantene. Jeg er dog innforstått med at min forforståelse kan ha påvirket mine konklusjoner. Forforståelsens betydning for funn i studien blir diskutert i kapittel 6.4.3.

5.0 FUNN

I dette kapittelet vil funnene i denne studien bli verifisert ved bruk av sitater og sammendrag fra fokusgruppeintervjuet. Kapittelet er delt opp etter studiens tre hovedtema, med undertema.

- **Hovedtema 1**: ”*Å ufarliggjøre det skumle*”, med undertema: ”*Små barn trenger også å vite”, ”Betydningen av lek”, ”Autonomi og mestring*” og ”*Avledning”.*

- **Hovedtema 2**: ”*Å bruke seg selv*”, med undertema: ”*Det første møtet”, ”Å handle ut fra situasjonen”, ”Å ta hensyn til tidligere erfaringer”* og ”*Å utstråle trygghet”.*

- **Hovedtema 3**: *”Et fang å sitte i*”, med undertema: *”Foreldre og barn henger nært sammen”, ”Samarbeid med foreldrene*” og *”Den tryggeste skal være med inn”.*

5.1 Å ufarliggjøre det skumle

Anestesisykepleierne i denne studien erfarte at barn ofte er redde og gruer seg for anestesien og kirurgien, men at de egentlig ikke vet hva de gruer seg for. Selve situasjonen blir skummel fordi de ikke vet hva de skal, eller hva utstyr og miljøet rundt er. Dette kapittelet handler om hvordan ufarliggjøring av det ukjente, det som er skummelt, kan bidra til å trygge barn før innledning av anestesi.

5.1.1 Små barn trenger også å vite

Alle anestesisykepleierne var enige i at en god forberedelse er avgjørende for hvordan barnet takler situasjonen. Flere av anestesisykepleierne påpekte viktigheten av at både barnet, men også foreldrene hadde fått god informasjon på forhånd. Et hefte med en forklaring av innlendingssituasjonen ved hjelp av bilder og enkel tekst blir sendt ut til barn som skal inn til operasjon. De så stor forskjell på barn som hadde lest informasjonsheftet hjemme sammen med foreldrene, sammenlignet med barna som ikke hadde lest heftet. Barn som hadde lest framsto for anestesisykepleierne som mer nysgjerrige og samarbeidsvillige i innledningen, de visste hvilken farge som skulle være hvor på EKG-ledningene, og de ønsket å hjelpe til.

Når og hvor mye informasjon som skal gis mente informantene var avhengig av alder. Jo eldre barnet er jo viktigere er det med informasjon, men alle barn må informeres, man tilpasser det bare barnets utviklingsnivå. *”Det med engstelse hos barn, det har mye å gjøre*

*med alder, men også hvor mye informasjon, ikke bare barna, men også hvor mye informasjon foreldrene får på forhånd" (*Anestesisykepleier 1).

Flere av informantene mente det virket positivt på barnets engstelse dersom barnet hadde sett hvordan anestesimasken så ut på forhånd, og blitt forklart at en veneflon er kun et plastrør som sitter igjen da nåla tas ut med en gang. Mange hadde gode erfaringer med å vise fram og ufarliggjøre masken som en del av previsitten der både lege og sykepleier gikk previsitt sammen. *" Noen barn er kjemperedde på forhånd, og så får de komme ned å se operasjonssalen* (dagen før)*, også endres de totalt. Da er de ikke redde i det hele tatt, og de takler det mye bedre"* (Anestesisykepleier 2).

5.1.2 Betydningen av lek

Anestesisykepleierne mente at lek kunne brukes mer aktivt for å gjøre barnet kjent med operasjonsstua og hva som skjer før og under innledning av anestesien. En av anestesisykepleierne kom med et eksempel fra et annet land der de har laget et rom som ser ut som en operasjonsstue. En tur innom dette rommet er en del av de preoperative rutinene før barnet skal i narkose. *"..så kunne de se på alle tingene, på lampene, maskene. Da er det ikke ukjent, og de ser at det ikke er så skremmende som de hadde tenkt seg. De får tid til å bearbeide inntrykkene, det er kjempe viktig*" (Anestesisykepleier 2). Mange hadde inntrykk av at de hadde kommet langt på mange av barnepostene, der de hadde vist bilder fra en perm og det var laget en egen koffert med utstyr fra operasjonsstua som barna kunne leke med. *"Det er viktig med lek for barna"* (Anestesisykepleier 3).

Informantene hadde også gode erfaringer med bruk av lek under innledningen. De ufarliggjør utstyr ved å leke at det er mor eller far som skal opereres og prøver utstyret på dem først. *"Noen ganger setter jeg EKG elektrodene på mor først. Når barnet ser at mor godtar det, og at det ikke er farlig, får jeg ofte lov til å sette de på barnet også"* (Anestesisykepleier 1). Førskolebarnas fantasiverden ble ofte benyttet som en måte å ufarliggjøre det barna syntes var skummelt. For eksempel å late som ventilasjonsbaggen var en bursdagsballong; *"Det er jo de som tar masken selv, også blåser de opp den der ballongen, de puster og de fyller opp. Og da tenker jeg; Så herlig! Han er så med"* (Anestesisykepleier 2). På denne måten var det flere som lekte seg inn i narkosen.

5.1.3 Autonomi og mestring

Anestesisykepleierne påpekte viktigheten av at barna skulle oppleve mestring i situasjon, og at man må unngå bruk av tvang. Ved å gi barna enkle valg og arbeidsoppgaver opplevde informantene at barna både samarbeidet bedre, og ble avledet bort fra det de syntes var skummelt. *"Vi forsøker å gjøre så barnet selv vil delta i innledningsprosessen, ved å holde masken selv eller gjøre forskjellige ting"* (Anestesisykepleier 1). Valget mellom maskeinnleding eller veneflon gis stort sett til alle barn *"du gir kanskje to valg, der begge valg er gode, maske eller nål, det går an å velge. De kan få lov til å velge, og da får de den selvbestemmelsen selv. Ikke noe tvang altså"* (Anestesisykepleier 3).

Bruk av premedikasjon gir amnesi som skaper et "*sort hull*" og ble derfor sett på som negativt i de fleste tilfeller. Det reduserer barnets autonomi ved at det hindrer barnets egen deltagelse, og hjelper dermed barnet i mindre grad i å etablere mestringsstrategier for lignende opplevelser senere i livet mente informantene.

5.1.4 Avledning

Hos barn som går i barnehage fungerer avledning godt. Bruk av tegnefilm på video, andre ting de kan se på, og å høre på musikk ble nevnt av informantene som tiltak. Hos de aller minste kan bevegelser som å ta støpselet i ledningen til saturasjonsmåleren inn og ut, lage nok lyd til at du får oppmerksomheten til den lille. Det anestesisykepleierne brukte mest, og som føltes effektivt som avledning fra det skumle, var enkel kommunikasjon. *"Jeg kommuniserer med barnet, og avleder med å spørre om hva de synes er morsomt på fritiden, og om de går i barnehage"*(Anestesisykepleier 4).

5.2 Å bruke seg selv

Det å bruke seg selv ble stadig nevnt som en av de viktigste faktorene for å trygge engstelige barn før innledning av anestesi. *"Det viktigste er at man gjør noe selv, og ikke tror at medikamentet gjør allting"*(Anestesisykepleier 2). "*Jeg bruker meg selv hele tiden. Situasjonen er skummel, men det er så mye du kan gjøre ut av den"* (Anestesisykepleier 4). I dette kapittelet blir betydningen av anestesisykepleierens rolle presentert.

5.2.1 Det første møtet

Det første møtet er avgjørende for å skape kontakt med barnet. Slik det er i dag kan man risikere at barnet hverken har sett anestesilege eller anestesisykepleier på forhånd. Det er ikke sikkert det er den samme legen som har gått preoperativ visitt dagen før, som skal ha anestesien til barnet dagen etter. Flere av anestesisykepleierne hadde tidligere fått delegert det å gå preoperativ visitt til barn de skulle ha i narkose dagen etter, og opplevde det som svært positivt. Samtlige mente at dette virket tryggende på barnet, da man fikk bygget en relasjon på forhånd og at barnet så igjen et kjent ansikt i det ukjente miljøet på operasjonsstua. Flere av informantene ønsket rutinen med preoperativ visitt av anestesisykepleier tilbake.

Siden barn er så forskjellige er det en fordel å vite noe om barnet, og barnets tidligere opplevelser med anestesi før det kommer til operasjonsstua. Anestesisykepleierne forbereder seg gjennom lesing av sykepleierapporten i den elektroniske journalen, og ved å snakke med den legen som har gått preoperativ visitt i forhold til hva som er viktig med dette barnet, og hva barnet er interessert i. Flere av informantene mente at det beste ville vært å få gå preoperativ visitt selv. *"Planleggingen gir meg kunnskaper om hvilket barn jeg skal møte..."*(Anestesisykepleier 3).

Ved det første møtet er førsteinntrykket viktig. *"Når de kommer ned til oss så blir de positivt overrasket når de får noe, et barn på 5 år som får noe; det er jo positivt. Poenget er ikke at de skal få et kosedyr til når de har ti fra før, men første kontakten med oss skal være positiv"* (Anestesisykepleier 2). Med bakgrunn i barnas fantasiverden var alle enige i at det var viktig å vise seg så menneskelig som mulig, og alltid uten munnbind til barnet sover *"vi ser jo ut som grønnkledde romvesen, ikke rart de blir redde"* (Anestesisykepleier 2). Anestesisykepleierne opplevde også at det var skremmende for barnet at det kom mange ukjente for å hilse på, da det først og fremst var anestesilegen og anestesisykepleieren barnet og foreldrene hadde behov for å forholde seg til før narkosen. *"Det er så mye mer skremmende når det kommer mange grønnkledde, ofte med munnbind også, det kan ødelegge hele mottagelsen og den videre tryggheten hos barnet"* (Anestesisykepleier 4).

5.2.3 Å handle ut fra situasjonen

Det er viktig å vurdere hvert enkelt barn individuelt. *"Vi er for å gjøre individuelle tilpasninger der det er aktuelt"* (Anestesisykepleier 1). Informantene mente at det var bedre i enkelte tilfeller å legge inn veneflon på sengepost der barnet var i trygge omgivelser. Et

ukjent sted som operasjonsstua kan forsterke engstelsen for maskeinnledningen eller veneflon innleggelsen. Av denne grunn kan det noen ganger være aktuelt å legge barnet i lett sedasjon på post før man kjører inn på operasjonsstua mente informantene.

Anestesisykepleierne opplevde at en viktig investering var å bruke tid på å skape tillit hos barnet med en gang. *"Så er det tryggheten da. At du etablerer kontakt med en gang, ikke gå fra det barnet, gjør det du har sagt du skal gjøre"* (Anestesisykepleier 3). Viktigheten av en myk start ble poengtert. Dersom man starter med å dra fram veneflonen eller anestesimaska blir de skeptiske med en gang.

Man må ta den tiden det tar under innledningen, ikke forhaste seg inn i noe, da ender det ofte med at barnet motsetter seg. Anestesisykepleierne påpekte også at man ikke skal skjule noe for barna. *"Jeg snakker med dem hele tiden, legger meg på deres nivå og forklarer hva jeg gjør"* (Anestesisykepleier 4). Informantene mente at kommunikasjon og ærlighet om det som skulle skje skapte god kontakt med barnet, og de erfarte at dette fikk barnet til å slappe mer av, og det var lettere å få tillatelse til å legge veneflon eller holde masken.

5.2.4 Å ta hensyn til tidligere erfaringer

Der informantene jobber har mange av barna vært operert tidligere, eller vært i kontakt med helsevesenet på en slik måte at de har opparbeidet seg skumle assosiasjoner. Kanskje har de opplevd smerte eller redsel påført av personer i grønt eller hvitt tidligere, dette tar barna med seg videre. *"Det er noen leger som sier; bare send dem ned, de har vært her før. Det synes jeg er dårlig fordi det er så mange som har dårlige erfaringer fra tidligere"* (Anestesisykepleier 5). Informantene mente at "gjengangerne" ofte trengte mye mer informasjon på forhånd enn det man skulle tro. Hos disse er det spesielt viktig å møte barna før de kommer til operasjonsstua, for å kartlegge hvilke erfaringer de sitter på fra tidligere. "*Det verste er jo å grue seg da" (Anestesisykepleier 3).*

I tilfeller der en vet at barnet tidligere har vært svært engstelig kobles psykologtjenesten inn. *"Vi har et par stykker som godtar å få nål og å komme opp, men de vil ikke videre inn på operasjonsstua. Det blir for mye for dem. Disse vet vi om, og tilbyr derfor ekstra tilnærming. Det fungerer bra" (*Anestesisykepleier 1). Hos gjengangerne som stadig har vært inne og fått premedikasjon med god effekt kunne anestesisykepleierne til en viss grad enes om at dette var en trygghet for barnet. Foreldrene til barn med medfødte misdannelser som gjør at de stadig

er inne til operasjon sitter etterhvert på masse kunnskaper om hva som trygger barnet i innledningssituasjonen. Disse foreldrene er til stor hjelp for anestesisykepleierne i tilpasning av innledingsituasjonen.

Viktigheten av å være oppmerksom på kultur og bakgrunn ble påpekt av flere. Både adopterte barn som har kommet til Norge som 3- 4 åringer, eller flyktninger kan trenge ekstra god forberedelse. *"... den erfaringen de har med seg kan være veldig skremmende og truende. Jeg tror det er viktig å gå inn tidlig og forberede de på en annen måte. Både foreldrene og barna kan ha opplevd traumatiske ting, det er mye vi må tenke på".* (Anestesisykepleier 3).

5.2.5 Å utstråle trygghet

For å trygge et engstelig barn, opplevde anestesisykepleierne at det var nødvendig å være bestemt og trygg i rollen som anestesisykepleier. Det er også viktig at anestesisykepleieren og anestesilegen jobber godt sammen i team. Informantene mente dette var ekstra viktig hos de engstelige barna. Det handler om å være to trygge personer rundt barnet og foreldrene i hver sin rolle som utfyller hverandre. Det var viktig å ha en lege som kjente deg som anestesisykepleier, og brukte dine ressurser på en god måte, og at man på forhånd hadde en plan A og plan B dersom noe skulle skjære seg. *"Dersom vi vet vi har et engstelig barn prøver vi alltid å sette sammen et team som jobber godt sammen, da blir det trygt for pasienten* (barn og foreldre)*, men også for anestesien"* (Anestesisykepleier 1).

5.3 Et fang å sitte i

Anestesisykepleierne opplevde foreldrenes tilstedeværelse under innlendingen av anestesi som en viktig del av det å trygge et engstelig barn. I dette kapittelet blir foreldrenes rolle og deres betydning for barnets trygghet presentert.

5.3.1 Foreldre og barn henger nært sammen

Anestesisykepleierne så stort sett på foreldrene som en ressurs under innledningen, det oppleves viktig for barnet å ha noen de er trygge på sammen med seg i en skummel situasjon. *"For altså de kjenner oss ikke, vi går ikke previsitt, og ofte er det ikke de legene som har gått previsitt som har barna på operasjonsstua heller. De eneste de kjenner er mor og far*" (Anestesisykepleier 1).

Informantene opplevde at foreldrene virkelig tok seg sammen for å være den trygge for barnet i innledningsøyeblikket. *"Foreldrene begynner å gråte når barnet sover, da har de greid å holde seg, de er jo veldig spent da. Men akkurat når barnet sovner, så begynner tårene å trille". (*Anestesisykepleier 5). Selv om mange naturlig nok var spente, opplevde de også tillitt fra foreldre til å passe på barnet *"..det er veldig mange som tar det så pent også. Det er utrolig mange som altså, de stoler på oss, de føler seg trygge".* (Anestesisykepleier 5)

5.3.2 Samarbeid med foreldrene

Informantene opplevde at dersom foreldrene hadde startet forberedelsen allerede hjemme, vært ærlig med barnet og fortalt at de skal på sykehuset for å opereres, var det lettere å trygge barnet i innledningssituasjonen. Flere hadde også hatt barn i anestesi der foreldrene ikke hadde informert om at barnet skulle opereres eller hva det skulle opereres for. "*Altså han fikk ikke informasjon om noen ting, selv ikke av sine foreldre, alt var hysj hysj, så det ble helt feil*" (Anestesisykepleier 5). *"Jeg har vært borte i foreldre som ikke har fortalt barnet sitt at det skal opereres, selv om barnet er 4-5 år. Så kommer de, også skjønner de ikke hvorfor de er her. De vet ikke at det er et sykehus engang. Det er helt katastrofe"* (Anestesisykepleier 4). Slike situasjoner gir sterk engstelse hos barnet både innledningsvis, men også ofte postoperativt. I slike situasjoner opplevde anestesisykepleierne at bruken av tvang var stor, og hele situasjon oppleves svært ubehagelig. *"..det føltes så feil, jeg vet ikke om jeg ville turt å gjort det sånn igjen*" (Anestesisykepleier 5).

Et felles mål er at barnet føler seg trygg, og soves ned på en trygg måte. Stort sett opplevde anestesisykepleierne foreldrene som gode samarbeidspartnere, både til hjelp i det preoperative, men også som et fang å sitte på eller en hånd å holde i under innledningen. De fleste foreldre samarbeider veldig bra, de er voksne og de vet at barnet må igjennom operasjonen.

5.3.3 Den tryggeste skal være med inn

Anestesisykepleierne erfarte at foreldre som selv hadde hatt dårlige erfaringer med narkose og kirurgi, eller hadde hørt om noen som hadde hatt det, var de som framsto mest engstelige på forhånd. Denne engstelsen overførte de også naturlig nok til barna, slik at de også ble engstelig for anestesi. "*Foreldrene tilfører barnet så mye, det er viktig at vi møter dem på forhånd, og finner ut hvor engstelige de er"* (Anestesisykepleier 4).

Det er viktig at den tryggeste av foreldrene blir med inn. Dersom begge foreldrene er veldig redde kan det kanskje være bedre å ta med en bestemor eller en trygg voksen som står barnet nær. Informantene hadde opplevd enkelte tilfeller der foreldre var så engstelige at de ikke ville være med inn på stua i det hele tatt, og måtte overtales. *"Barnet var helt rolig, men så kom det tårer når jeg begynte å trille inn. Faren ble med tilslutt altså, og det gikk veldig bra"*. (Anestesisykepleier 4).

6.0 DISKUSJON

I dette kapittelet blir funn fra fokusgruppeintervjuet drøftet opp mot tidligere forskning og relevante teorier. Diskusjonen skal fokusere på studiens problemstilling; *hvilke erfaringer og opplevelser har anestesisykepleiere med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi.* Tilslutt drøftes metodologiske svakheter og styrker ved studien.

6.1 Å ufarliggjøre det skumle

Anestesisykepleierne mente god informasjon til både barnet og foreldrene var avgjørende for hvor engstelig barnet framsto ved innledningen til narkosen. Hensikten med å gi god informasjon er å eliminere stress og engstelse, og er derfor en stor del av vår forebyggende funksjon som anestesisykepleiere (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014). Behovet for informasjon finner vi igjen i det aspektet Havik kaller kognitiv kontroll (Havik, 1992). Barn er redd for det ukjente, ting er ikke slik de er vant til hjemme, og de er redd for at det skal gjøre vondt. Anestesisykepleierne fokuserte mye på barns evne til magisk tenkning og deres evne til fantasi. Det er erfaringer i tråd med Piagets teori som beskrevet i Bunkholdt (2000). Magisk tenkning sammen med mangel på informasjon gjør barn redde for situasjoner de egentlig ikke vet hva er. Salmela et al. (2010) fant at dette skaper usikkerhet. Barna de snakket med i sin studie opplevde at tilpasset informasjon gjorde at de taklet ukjente situasjoner på en langt bedre måte. Det å få god og tilstrekkelig informasjon gjorde at barna følte seg inkludert i bestemmelser som omhandlet dem. Lignede funn ble gjort i en studie av Wennström, Hallberg, and Bergh (2008). Her fant de at førskolebarn som skulle inn på sykehuset for å opereres hadde liten oversikt over hva de kunne forvente seg. Usikkerheten og det å ikke vite ga engstelse og stress uten at barna kunne si hva de egentlig gruet seg for.

Tidligere forskning er delt i synet på effekten av informasjon gitt til barn i førskolealder. En har funnet at barn under 4 år kan få en negativ effekt av informasjon som vil gjøre de mer engstelig før innlending av anestesi. Dette ble begrunnet med at yngre barn har redusert evne til å skille fantasi og virkelighet (Copanitsanou & Valkeapää, 2014; Kain, Mayes, & Caramico, 1996). Dette er i strid med informantens erfaring. Deres erfaring var at godt informerte barn og foreldre var ”*alfa og omega”* (Anestesisykepleier 2) for en god innledningssituasjon. Viktigheten av at informasjon tilpasses barnets alder og utviklingsnivå ble påpekt av informantene, og støttes av Havik (1989). Å ha fokus på det positive når man forklarer er viktig, og å unngå ord som skaper engstelse. Forskning viser at barn i engstelse og

stress ofte fokuserer på det negative som blir sagt, så anestesipersonalet må veie sine ord på gullvekt (Perry, Samuelsson, & Cyna, 2015). Det er nødvendig å påpeke at det å ha fokus på det positive, ikke betyr å skjule sannheten, som fort kan komme i konflikt med barnets og foreldrenes rett til informasjon, samt anestesisykepleiers ansvarsområde for ivaretagelse av barnets rett til informasjon (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014).

Anestesisykepleierne opplevde at barn som hadde blitt lest for og sett i et tilpasset informasjonshefte hjemme, sammen med foreldrene, var godt forberedt og framsto tryggere i situasjonen sammenlignet med de barna som ikke hadde sett i heftet. Slik forberedelse med bruk av bilde og tekst er det forsket mye på i nyere tid. Med dagens utvikling innen teknologi blir de preoperative læringsarenaene stadig mer digitalisert. Bruk av film, 3D-bøker og App'er har vist å øke førskolebarns kjennskap til hva de skal igjennom, og redusere deres engstelse (Macindo et al., 2015). Dette er noe i strid med Haviks teori. Han mener at barn under 6-8 år har mindre effekt av å se film som en informasjonskilde. Små barns sterke tilknytning til foreldrene gjør at barn har større effekt av å bli informert direkte gjennom foreldrene (Havik, 1989). Når man sammenligner Haviks teori med nyere forskning må man ta høyde for den enorme utviklingen som har skjedd med barns forhold til film og digitale hjelpemidler siden Haviks teori kom ut i 1989. Om barnet blir informert ved hjelp av film, bok eller direkte kontakt, blir viktigheten av at foreldrene er tilstede presisert i de forskjellige studiene. Foreldrene har også behov for informasjon og det er trygt for barna å ha foreldrene tilstede. Det er også viktig at foreldrene deltar slik at barnet og foreldrene kan gjenta leken flere ganger eller at barna kan bli minnet på det som skjedde i historien før innledningen av anestesi (Cuzzocrea et al., 2013). Dette ser vi igjen i norske forhold. Informantene i denne studien erfarte at foreldre minner barnet på hva de har lest om i heftet under innledningssituasjonen, og at dette virket tryggende på barnet.

Anestesisykepleierne opplevde at det virket tryggende på barnets engstelse dersom utstyret på operasjonsstua var kjent for barnet, at barnet var blitt forklart utstyrets funksjon, og hadde fått lov til å ta og kjenne på det på forhånd. Dette støttes av Piagets teori der han mener direkte erfaring er den beste form for læring. Barn lærer gjennom handling og er opptatt av hva de ser (Bunkholdt, 2000). Bruk av et lekerom gjort om til operasjonsstue ble nevnt av informantene, og er benyttet i flere studier. Dette krever selvsagt plass og det kan være et spørsmål om økonomi ved de enkelte sykehus. Et mindre ressurskrevende alternativ kan være å lage en minimodell av en operasjonsstue, som et dukkehus barna kan leke med på sengeposten. Å få

leke med utstyret på forhånd vil ufarliggjøre det, og det kan gjøre barn mindre engstelige (Hilly et al., 2015).

Bruk av lek er en velegnet kommunikasjonsform, som sammenlignes med betydningen av samtalen for voksne (Grønseth & Markestad, 2011). Anestesisykepleierne benyttet ofte lek i innledningssituasjonen for å ufarliggjøre det barna opplevde som skummelt. Å benytte barnas fantasiverden ved å si at masken ligner en klovnenese (Berglund et al., 2013) og la barna gi den et navn (Paladino et al., 2014), eller få barna til å blåse opp ballongen (ventilasjonsbaggen) er lek som kan fange interessen hos førskolebarn. Erfaringsmessig kan også det å påpeke det ”kule” røde lyset i saturasjonsmåleren være interessant for barna. Anestesisykepleierne i denne studien erfarte at det ”å leke seg inn i anestesien” sammen med barnet, opplevdes både gøy og tryggende for barnet. De erfarte at leken gjorde det lettere å nå inn til de engstelige barna.

Informantenes opplevelse av at barna framsto mindre engstelige og mer samarbeidsvillige dersom de fikk lov til å være med å ta enkle valg som påvirket dem, støttes også av tidligere forskning (Berglund et al., 2013). Ved å gi barnet mulighet til å velge mellom maske eller nål, føler det seg delaktig i prosessen. Man gjør også barna delaktig i innledningssituasjonen ved å gi de enkle ansvarsoppgaver. Dette er en tankegang en finner igjen i det aspektet Havik kaller for instrumentellkontroll. Det å oppleve at man får til en oppgave selv, kan gi en opplevelse av mestring, noe som igjen kan gjøre at barnet føler seg tryggere i situasjonen (Havik, 1989). Et viktig element her er at anestesisykepleieren velger å gjøre barna delaktige med arbeidsoppgaver som de har forutsetning for å mestre. Her er det individuelle forskjeller hos barn, og man må derfor se an situasjonen. Bruk av barnas egen deltagelse for å gjøre barn tryggere i innlendingssituasjonen støttes også av Berglund et al. (2013), Copanitsanou and Valkeapää (2014), Hilly et al. (2015). Deltagelse og valg gjenspeiler det etiske prinsippet om autonomi som betyr selvbestemmelse eller selvstyring. I medisinsk etikk kan det være mer riktig å kalle det medbestemmelse (Slettebø, 2013). Medbestemmelse kan gjøre at barnet føler større kontroll i situasjon, og bør derfor tilstrebes så lenge det ikke kommer i konflikt med hva som er til det beste for barnet (Runeson, Hallström, Elander, & Hermeren, 2002). Medbestemmelse og delaktighet innskrenkes ved bruk av premedikasjon. Dette skyldes premedikasjonens søvndyssende- og amnetiske effekt (ibid). Informantene var også negative til bruk av premedikasjon av samme grunn. Barn lærer av erfaringer gjennom deltagelse. Det er viktig at man legger til rette slik at barnet opplever mestring og trygghet i den skumle

situasjonen, og at barna kan bruke opplevelsen til å etablere mestringsstrategier for lignende opplevelser senere i livet (Finrud, 2011) .

Anestesisykepleierne i fokusgruppeintervjuet opplevde at å flytte fokuset vekk fra det barna opplevde som skummelt mot noe helt annet kunne trygge engstelige barn før innledning av anestesi. Det har vært forsket mye på avledning ved bruk av videospill eller visning av tegnefilm på nettbrett inne på operasjonsstua. Studiene gjort på barnehagebarn i denne forbindelse har vist at barns engstelse reduseres dersom de får spille videospill eller se film under innledningssituasjonen, og kan være et effektivt alternativ til premedisinering (Al-Yateem et al., 2016; Kim et al., 2015; Manyande et al., 2015). Anestesisykepleierne i fokusgruppeintervjuet hadde også erfart at dette kunne virke, iallfall framsto barna mer rolige. Dersom man skal rette et kritisk blikk mot bruk av film og spill kan det være rimelig å tenke seg at den altoppslukende effekten spillet eller filmen har, gjør at det blir vanskelig å opprette en kontakt med barnet for å fortelle hva som skal skje. Informantene erfarte at det hos noen barn gikk helt fint inntil en faktisk skulle legge veneflonen eller innlede på maske. Dersom barnet blir overrasket over en handling det ikke er forberedt på, er det forskerens erfaring at barnet raskt motsetter seg det som skal gjøres, om det er maskeinnledning eller nål. På den andre siden har en jo også sett små barn som blir så opptatt av filmen at de ikke merker at du setter inn en veneflon. I slike tilfeller kan man vel si at det fungerer bra, du får et trygt barn inn i anestesien. Selv om barnas deltagelse og autonomi blir innskrenket, handler man kanskje til det beste for barnet.

6.2 Å bruke seg selv

I rollen som anestesisykepleier mente informantene at man selv er en av de viktigste redskapene for å trygge barn før innledning av anestesi. Vi skal kunne ivareta både barnets og foreldrenes behov (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014), og det på forholdsvis kort tid. Informantene var enige i at det er givende å jobbe med barn, men at det ofte byr på utfordringer og man kan komme opp i situasjoner som gjør mye med deg. Det kan være seg alt fra alvorlighetsgraden av barnets sykdom til vanskelige familiesituasjoner. Barn kan vise både usikkerhet, sårbarhet og hjelpeløshet (Salmela et al., 2010). De kan være lett undrende, eller de kan ”slå seg helt vrange” og ikke ville noen ting. At barn viser engstelse på forskjellig måte, gjør også at vi må benytte ulik tilnærming for å trygge barnet.

Anestesisykepleierne var opptatt av at det første møtet mellom sykepleier og barn skulle være positivt. Studier viser at barnehagebarn legger merke til sykepleiernes kroppsspråk. At man smiler, er rolig, gir skryt og er vennlig er egenskaper en innehar ved det barn kaller en god sykepleier (Brady, 2009).

Å skape en tillit hos barnet i en så tidlig fase som mulig oppleves for anestesisykepleierne som svært avgjørende for den videre prosessen før barnet sovner. Har du først fått tilliten til barnet gjør man alt for å holde på denne. Viktigheten av å være ærlig, og ikke skjule noe for barnet ble påpekt av anestesisykepleierne som essensielt for å skape god kontakt. Viktigheten av ærlighet støttes av flere studier (Brady, 2009; Salmela et al., 2010). Dersom man sier at veneflonstikket ikke kjennes i det hele tatt, er det vanskelig å få barnet til å stole på deg senere. Ved at man er ærlig med barnet fra starten kan man oppnå en tillit og relasjon som gjør at barnet faktisk vil høre på deg. Barnet stoler på det du sier, og du har mulighet til å trygge barnet ved å gi det informasjon om hva som skal skje. Her er et eksempel ut fra egen erfaring og lest forskning: ”*det kommer et lite stikk, nesten som et myggstikk. Men det går raskt over, og når jeg er på plass tar jeg ut nåla og da er det bare plastrøret som sitter der slik at vi kan gi deg medisiner i det.”*

Informantene opplevde at faktorer som at det kommer mange andre for å hilse på barnet, eller at du selv må gå for å ordne noe, er hemmende for å holde på tilliten og bygge en god relasjon hos barnet. Relasjonens betydning for barnets trygghet under innledning av anestesi blir påpekt i flere studier (Berglund et al., 2013; Wennström et al., 2008). Å vise interesse for hva de gjør i barnehagen, eller om det er noe de liker å gjøre hjemme erfarte anestesisykepleierne var gode inngangsporter for å skape den gode relasjonen med barnet. Berglund et al. (2013) påpeker viktigheten av at en i denne fasen har fokus på barnet, og ikke snakker så mye med foreldrene. Å sette seg på kne slik at man kommer ansikt til ansikt med barnet kan være relasjonsskapende inne på operasjonsstua (Berglund et al., 2013; Brady, 2009; Panella, 2016).

Kontinuitet er til hjelp for å skape trygghet gjennom en god relasjon (Wennström et al., 2008). Informantene mente det var negativt at barnet ikke har sett hverken anestesilege eller anestesisykepleier på forhånd slik at det har et kjent ansikt når det kommer til den ukjente operasjonsstua. Forskning støtter dette. I den kvalitative studien fra Sverige pleide anestesisykepleierne å tilstrebe at samme anestesisykepleier som hadde hatt barnet ved sist narkose også hadde barnet ved den neste (Berglund et al., 2013). De så at bruk av en fast

anestesisykepleier gjorde barnet mindre engstelig. Var ikke dette mulig, forhørte man seg med den som hadde hatt barnet ved forrige narkose for å kartlegge hva som fungerte, eventuelt ikke fungerte ved innledningen. En fikk da forberedt seg. For førstegangs narkoser, som det jo er flest av, hendte det at de sendte et bilde av seg selv til barnet slik at det så et kjent ansikt når det kom til operasjonsstua. Viktigheten av å være godt forberedt ble også påpekt i denne studiens fokusgruppeintervju. Informantene fortalte at de søkte informasjon hos den legen som hadde gått preoperativ visitt. Selv om anestesilege og anestesisykepleier har samme intensjon om en trygg innledning og anestesikjøring av barnet, er ansvars- og funksjonsområdene forskjellige. Legen har det medisinske hovedansvaret, og legger naturligvis mest vekt på barnets medisinske tilstand som har betydning for hvordan vi kan gi dette barnet en sikker narkose. Anestesisykepleieren får delegert anestesiologiske oppgaver fra legen, men har et selvstendig ansvar for det sykepleiefaglige, hvor det å fremme barnets mestring er viktig (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2014). Den bevisste holdningen til ansvars- og funksjonsområde viste anestesisykepleierne i fokusgruppeintervjuet ved at de i tillegg til det medisinske, også ønsket å vite hvordan og hvem dette barnet var. Hva det var opptatt av, hva det likte å gjøre på fritiden, tidligere erfaringer med sykehus og så videre. Det er derfor grunn til å tro at vår forskjellige faglige bakgrunn vil gi en ulik tilnærming til innhenting av informasjon på en previsitt.

I kapittel 6.1 ble viktigheten av å gjøre det ukjente kjent diskutert. Havik (1992) mener forhold ved situasjon som angst, stress og distraksjon hos barnet eller hos foreldrene kan påvirke hvilken informasjon de får med seg. Når vi først møter barnet ved ankomst til operasjonsstua som er et ukjent miljø og med ukjente personer vil man ut fra teori og forskning kunne si at de fleste barn er mer stresset og engstelige da, sammenlignet med dagen før. Det hadde derfor, etter forskerens oppfatning vært mer gunstig å gi barnet og foreldrene informasjon i rolige omgivelser på sengepost dagen i forveien. Muligheten til å bli kjent med barnet og foreldrene i trygge omgivelser utenfor operasjonsstua, innhenting av informasjon om barnet og muligheten til å ufarliggjøre det skumle de viktigste argumentene for at anestesisykepleierne ønsker en egen anestesisykepleier preoperativ visitt.

For å trygge engstelige barn er det viktig at anestesilege og anestesisykepleier jobber godt sammen. At man er trygge på hverandre, og klarer å utfylle hverandre mente anestesisykepleierne var nødvendig for en god flyt på stua. Det er viktig at lege og sykepleier ikke kommer og avbryter hverandre når en har skaffet god kontakt med barnet (Berglund et

al., 2013). Å ha diskutert barnet på forhånd slik at man har en plan før barnet kommer gir en trygg anestesi, og det virker profesjonelt ovenfor foreldrene. Anestesisykepleierne mente at profesjonaliteten og tryggheten vi har i rollen som anestesipersonell er viktig for barna og foreldrenes opplevelse av trygghet. Lignende funn er gjort i andre studier (Brady, 2009; Grønseth & Markestad, 2011). Trygge foreldre er viktig for å redusere barnets engstelse.

Å ta seg tid i møtet med barnet mente anestesisykepleierne var viktig. I studien til Wennström et al. (2008) blir også tidsaspektet poengtert. For at informasjon ikke skal bli en enveis kommunikasjon, må barnet få tid til å reflektere over situasjonen for å finne ut hva det faktisk lurer på og få mulighet å ta inn over seg det som blir presentert for dem. På denne måten mener Wennström et al. (2008) at anestesisykepleiere kan beskytte barna mot for mye av det ukjente. Dette vil gi barna opplevelse av større kontroll og en trygghet i situasjonen. Å gi tid i møtet, gir også mulighet for barnet til å bli hørt. At barna føler at de blir hørt, kan gi en opplevelse av respekt og bekreftelse, som igjen styrker barnets autonomi (Bischofberger, Dahlqvist, & Elinder, 1991). Et tett operasjonsprogram, der ”produksjonspresset” er høyt, blir tiden en har til rådighet per barn stadig mindre. Bischofberger et al. (1991) mener at tidspress og en hektisk hverdag gjør at sykepleiere fort kan handle ureflektert ovenfor barns autonomi. Han påpeker derfor viktigheten av at vi legger til oss en rutinemessig lydhørhet ovenfor barnet, som ikke trenger være tidkrevende, men som gjør at barnet føler seg delaktig. Å bruke tid, og å lytte kan trygge engstelige barn før innledning av anestesi (Brady, 2009; Grønseth & Markestad, 2011)

Barn er forskjellige. Å ha mulighet til å tilpasse innledningssituasjonen etter barnets individuelle behov oppleves viktig for å trygge de ensligste barna i følge informantene. Tilsvarende funn ble gjort i den svenske studien av anestesisykepleiere der barnets individuelle behov ble sett på som førsteprioritet i innledingsøyeblikket (Berglund et al., 2013). Som i denne studien oppga anestesisykepleierne i Berglunds studie at de noen ganger kunne gå litt utenfor gjeldene rutine, som for eksempel å la barnet sovne i sengen, eller på fanget til mor eller far før det ble flyttet over på operasjonsbordet. Erfaringsmessig praktiseres innsoving på mor eller fars fang nesten som en standard her i Norge. Av utstyr prøver man å sette på et pulsoksymeter før innledning. Dersom barnet tydelig motsetter seg dette var det en enighet blant anestesisykepleierne både i Sverige og i Norge at det kunne gjøre barnet mer engstelig, og derfor kunne vente til barnet sov (Berglund et al., 2013). Det er selvfølgelig viktig at de individuelle tilpasningene ikke går på bekostning av sikkerheten.

Stadieteorien til Piaget gir lite grunnlag for å tenke at barn på samme alder kan ha helt ulike behov etter hvilke tidligere opplevelser hver enkelt har. Havik derimot er opptatt av at en bør kartlegge nøye hvilke behov hvert enkelt barn har. På den måten kan en legge opp til tilpassede tiltak basert på barnets ståsted. Målet for tiltakene er å øke barnets opplevelse av kontroll, og dermed mestring av situasjonen (Havik, 1989). Anestesisykepleierne erfarte at de som hadde blitt operert eller vært på sykehus tidligere, såkalte gjengangere, trengte vel så mye forberedelse og informasjon som de som skulle opereres for første gang. Disse barna er ofte mer engstelige, og kan være mer utfordrende å trygge under innledning (Watson & Visram, 2003). Ofte kan de med tidligere sykehuserfaring kreve mer avansert informasjon enn det alderen skulle tilsi (Finrud, 2011). Som informantene påpekte kan det være lett å overse behovet for informasjon når barnet har vært i samme preoperative situasjon tidligere. Følelsen av å ikke ha hatt kontroll i situasjonen kan gjøre at de gruer seg enda mer enn forrige gang (Grønseth & Markestad, 2011). Informantene mente mye av redselen også kunne skyldes episoder barna husker som smertefulle, og at smerten ble påført av personer i hvitt eller grønt. Ved å bruke litt ekstra tid på forberedelse av gjengangere til anestesi kan man forsøke å oppklare misforståelsene, slik at barnet opplever kontroll, og blir tryggere i situasjonen.

6.3 Et fang å sitte i

Anestesisykepleierne ser på foreldrene som en ressurs for å trygge engstelig barn under innledningen. Barn i førskolealder er svært avhengig av sine omsorgspersoner. Når barna får sitte på fanget til mamma eller pappa fungerer fanget og omsorgen fra foreldrene som en trygghet i det ukjente for barnet. Bowlby mener at sjansen for at barnet vil tørre å utforske miljøet rundt er større dersom foreldrene er med å gi denne trygge basen å forske ut fra (Bunkholdt, 2000). Forskning viser også at barn tørr mer når foreldrene er tilstede (Dalsklev & Eimot, 2015). I Haviks kontrollmodell finner vi igjen betydningen av å ha nære omsorgspersoner rundt seg i truende situasjoner under aspektet emosjonellkontroll. Det å bli separert fra mor eller far blir av Havik beskrevet som en større trussel mot barnets opplevelse av trygghet, enn selve anestesien og kirurgien. Forskere har funnet at ved å ha foreldrene til stede før barnet sovner, slipper barnet følelsen av å bli forlatt (Kim et al., 2015). Det er dog viktig å bemerke at funn som tar for seg foreldrenes tilstedeværelse og deres påvirkning på barnets engstelse er sprikende. En finner også forsking som ikke finner at foreldrenes tilstedeværelse påvirker barnets engstelse (Erhaze et al., 2016; Manyande et al., 2015).

Anestesisykepleierne opplevde at et godt samarbeid med foreldrene både preoperativt og perioperativt var nødvendig for barnets trygghet under innledningen av anestesi. Foreldre til gjengangere har erfaringer om hva som trygger nettopp deres barn, og ble spesielt trukket fram som en ressurs. Forskning viser også at foreldre til barn som har vært operert før er mindre engstelige sammenlignet med de som opereres for første gang (Nilsson, 1999). Det er sannsynlig å tro at noe av grunnen til dette skyldes at de vet hva som skal til å skje. De opplever kontroll i situasjonen. For foreldrene handler mestring også om opplevelse av kontroll.

Forskning viser at foreldre trenger like mye informasjon om forløpet som barna (Paladino et al., 2014). Foreldre trenger selv å være trygge, for å kunne gi trygghet til barnet sitt (Grønseth & Markestad, 2011). I tillegg til informasjon om hva de kan forvente på de ulike stadiene fra det preoperative til det postoperative, trenger foreldre tips og råd til hvordan de selv kan opptre for å trygge sitt barn. Studier viser at det er aspekter ved hva foreldrene gjør eller sier som har betydningen for den tryggende effekten på barnet under innledningen av anestesi (Wright, Stewart, Finley, & Raazi, 2014). At foreldrene gir emosjonell støtte og avleder ved å snakke med barnet om hverdagslige ting har vist seg å øke barns mestring under innledning av anestesi (Chorney et al., 2009) Når studier ikke klarer å vise at foreldrenes tilstedeværelse har betydning for barnets trygghet, kan dette bero på foreldrenes væremåte eller grad av engstelse. Det er iallfall en enighet om at forberedte og trygge foreldre kan gi ro og trygghet for barnet i situasjon (Erhaze et al., 2016; Ji et al., 2016; Romino, Keatley, Secrest, & Good, 2005).

Informantene erfarte at utrygge og engstelige foreldre kan ha en smitteeffekt over på barnet, og gjøre det mer engstelig. Lignende funn finner vi i annen forskning (Romino et al., 2005). Noen forskere mener at barnas engstelse i denne sammenheng skyldes at de engster seg for hvordan foreldrene har det (Panella, 2016). Romino et al. (2005) argumenterer for at en ikke bør ta utrygge foreldre med inn under innledningen. Anestesisykepleierne i denne studien mente derimot at det faktisk var viktigere å ha en nær omsorgsperson hos seg, uansett om den var engstelig eller ikke, men at man alltid tar med den tryggeste inn. Foreldre mener også at det er tryggest for barnet at de tilstede under innledningen (Romino et al., 2005). Informantene erfarte at de fleste foreldrene klarte å holde seg trygge i rollen som omsorgsperson helt til barnet sovnet. At mange foreldre kjenner på størst engstelse når de må

separeres fra barnet, og overlater ansvaret til noen andre ser man igjen i andre studier (Andersson et al., 2012; Nilsson, 1999).

Anestesisykepleierne mente at kartlegging av forelderens engstelse på forhånd, kunne legge til rette for tiltak som reduserte foreldrenes engstelse slik at de kunne være en trygghet for barnet sitt. I Andersson et al. (2012) sin studie av foreldres erfaringer var det viktig for foreldrenes engstelse at barnet følte seg trygg i situasjonen, at anestesisykepleieren brukte barnets navn, og var interessert i barnets liv og interesser. Det er også viktig for foreldre å få følge barnet til operasjonsstua, og å få lov til å være tilstede under innledningen (Andersson et al., 2012; Shirley et al., 1998). På same måte som hos barna, ble foreldrene mindre engstelige dersom de fikk en ansvarsoppgave, noe de kunne gjøre for barnet sitt. Dette er mest aktuelt i den preoperative og postoperative fasen på sengepost, der foreldre ofte får ansvar for de samme oppgaven som de har hjemme; mat, stell og omsorg. Å gi foreldrene en oppgave de mestrer kan bidra til instrumentellkontroll i en situasjon der de føler seg hjelpeløse i forhold til hva de kan gjøre for barnet sitt. Anestesisykepleieren kan legge til rette for at foreldrene kjenner ansvar for å gi barnet omsorg under innledningssituasjonen ved at foreldrene får ha barnet på fanget. Hovedoppgaven til foreldrene under innledningen er å trygge barnet.

Utfordringer møter anestesisykepleiere i størst grad når foreldrene ikke ønsker at barna skal vite hva som skal skje, eller at de i det hele tatt skal opereres. Dette ble tatt opp av informantene under fokusgruppe intervjuet, og det er diskutert i andre studier som et vanskelig etisk dilemma (Runeson, Proczkowska-Björklund, & Idvall, 2010). Skal man gå på tvers av foreldrenes ønske fordi forskning viser at barn blir tryggere dersom de er informert, eller skal man tro at foreldrene kjenner sitt barn best? Bischofberger et al. (1991) skiver i sin bok om barns integritet at det å ikke informere barn er en krenkelse av barnets autonomi. Så lenge barnet er en del av noe som oppleves direkte på egen kropp, har det rett til å vite hva som skjer. Å holde informasjon skjult for barnet kan undergrave fortroligheten mellom anestesisykepleier og barnet. Paladino et al. (2014) observerte i sin studie at mange foreldre var redd for hvordan barnet ville reagere på informasjon om anestesien og kirurgien, og derfor ikke ønsket at barna skulle vite. I deres studie ble informasjon gitt til førskolebarnet som en historie om en jevnaldrende som skulle igjennom samme type inngrep som barnet. Det hele ble dramatisert gjennom et dukketeater der reelt utstyr som blir brukt på operasjonsstua inngikk i forestillingen, og barna kunne leke med utstyret sammen med sykepleier etter forestillingen. Samtlige foreldre ble overrasket over hvordan barnet tok til seg informasjonen

og deltok i leken. En må også være oppmerksom på at det kan være kulturelle årsaker til at foreldre ikke ønsker at barna skal vite om egen sykdom eller hva de skal igjennom, men dette gjør ikke dilemmaet noe enklere av den grunn.

6.4 Metodekritikk

6.4.1 Fokusgruppeintervju som metode

Med fokusgruppeintervju som metode fortalte anestesisykepleierne om sine meninger, erfaringer og opplevelser med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi. En del av hensikten med studien var også å vurdere det som blir gjort i dagens praksis, og se på hvordan den kan forbedres. For dette formålet er fokusgruppeintervju godt egnet som metode (Kvale et al., 2015).

Warr (2005) mener gruppedynamikken i en fokusgruppe spesielt har to styrker; den får frem det informantene ser på som det essensielle ved temaet, og den åpner opp for diskusjon der informantene er uenige. Deltagernes synspunkter kan selvsagt ha vært preget av gruppesituasjonen, og det kan derfor være vanskelig å generalisere å si at disse erfaringene, meningene og opplevelsene gjelder for alle anestesisykepleiere. Forskeren opplevde dog informantene som trygge i gruppen, og de delte sine meninger. Mange svarte uavhengig av hverandre, og de var både enige og uenige. Noe av tryggheten i gruppen kan selvsagt skyldes at informantene visste av hverandre fra før, noen var nære kollegaer, andre mer perifere kollegaer. Den lange erfaringen og faglige interessen samtlige hadde for barneanestesi gir også en ekstra trygghet, da de ”vet hva de snakker om”. På den andre siden kan du kanskje si at erfaringen og interessen gjør informantene mindre representative for den gjennomsnittlige anestesisykepleier.

Deltagerne ble valgt ut av sin egen leder så forskeren ikke skulle ha noen innvirkning på utvalget så lenge deltagerne falt innenfor inklusjon- og eksklusjonskriteriene, se 4.2.2. Forskeren hadde kjennskap til flere av anestesisykepleierne fra før, først og fremst som egne veiledere i praksis under spesialsykepleierutdanningen. Ingen av informantene er av mine kollegaer i det daglige. Halkier (2010) mener at en viss kjennskap mellom forsker og informanter kan gjøre at samtalen glir lettere. Mitt inntrykk var at samtalen gikk lett og fint, informantene hadde mye å dele, og i følge lydopptaket sa ikke forsker mer enn tre ord utenom

intervjuspørsmålene. En fikk heller ikke inntrykk av at de brydde seg nevneverdig om lydopptakeren.

Et fokusgruppeintervju inneholder mye spontanitet, og en kan ikke planlegge helt for hvordan innholdet i intervjuet blir (Kvale et al., 2015). Dersom forskeren hadde valgt å intervjue anestesisykepleierne individuelt i et dybdeintervju kunne man stilt flere, og mer konkrete spørsmål, men det var ikke intensjonen i denne studien. Gruppeprosessen i et fokusgruppeintervju kan som nevnt påvirke informantenes meninger, som at de føyer seg etter hva flertallet i gruppen mener. Man har dog ingen garanti for at intervjupersonen snakker ”sant” og ærlig i individuelle intervju heller. Forskerens oppfatning er at når man intervjuer i en fokusgruppe får man hjelp av de andre informantene til å validere det som blir sagt ved at de nikker bekreftende, og eller sier at de er enige eller har opplevd noe lignende.

I denne studien har det på grunn av rammene for masteroppgaven og tidsperspektivet kun blitt gjort et fokusgruppeintervju. Svakheten ved kun å ha et intervju er at gruppeprosessen kan gjøre at noen tema får større plass, enn hva som faktisk speiler virkeligheten (Jacobsen, 2015). Forskeren som helt ny i intervjuer-rollen har også bare hatt en mulighet (sett bort fra pilotintervjuet) til å formulere spørsmålene slik at informantene kunne gi gode svar på det studien ønsker å få svar på. Det ville helt klart vært bra for oppgavens generaliserbarhet og resultatet om flere fokusgruppeintervjuer hadde blitt gjennomført. Da kunne man sett om temaer hadde gjentatt seg, og om man hadde klart å nå et metningspunkt for anestesisykepleiernes erfaringer, meninger og opplevelser på området (Malterud, 2008).

6.4.2 Havik som teoretisk forankring i oppgaven

Det var utfordrende å finne en teori som kunne være med å belyse hvordan anestesisykepleiere kan trygge engstelige barn før anestesi. Valget falt tilslutt på Haviks kontrollmodell for mestring av psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom og behandling. Det var noe usikkerhet fra forskerens side om denne kunne ha gyldighet for barn da de ikke fornemmer sykdommen som en trussel på samme måte som voksne. Førskolebarn har mindre bekymringer for hva som kan forventes, hva som er årsaken til sykdommen, og *”hvorfor hendte dette meg?”.* På en annen side tar teorien hans opp opplevelsen av usikkerhet, om ukjente rutiner og spørsmål som *”kommer det til å gjøre vondt?”,* noe som absolutt er relevant for barns opplevelse av å være på sykehus for å gjennomgå en operasjon. Det at førskolebarn vanligvis ikke kan så mye om alvorlighetsgraden av egen sykdom, er enda et

argument for bruk av modellen, da Havik er mest opptatt av pasientens egen opplevelse, vurdering og fortolkning av situasjonen.

Kritikk kan muligens rettes mot bruk av begrepet kontroll. Kanskje hadde ikke Havik selv brukt det ordet dersom han skulle laget modellen i dag. Banalt sagt kan opplevelsen av kontroll for små barn som har liten styring på egen hverdag være vanskelig å bedømme da det stort sett er foreldrene som bestemmer. Trolig kan vi si at barn opplever kontroll i trygge omgivelser der de har mulighet til å utvikle seg, og på den måten mister kontrollen når de blir tatt ut av denne settingen. Selv om kontrollbegrepet kanskje er mer rettet mot voksne, beskriver modellen en struktur for opplevelse av mestring. Begrepet mestring var egentlig ikke tenkt brukt i denne studien, men det ble snakket mye om av informantene underveis i intervjuet, noe som gjorde Havik mer aktuell. ”*Det viktigste for å trygge engstelige barn er at de opplever at de selv mestrer”.* (Anestesisykepleier 2).

Denne studien har valgt å bruke barn i stedet for pasient (som Havik bruker). Det er viktig å bemerke at det er ikke sikkert at det var barn Havik hadde i tankene da han laget modellen. Teorien sier ikke konkret noe om at den gjelder både barn og voksne, men det er under aspektet emosjonell kontroll spesielt beskrevet forskjell mellom barn- og voksnes behov. Det er derfor forskerens oppfatning at modellen også kan passe for beskrivelse av hvordan barn mestrer ved sykehusopphold og somatisk sykdom. Formålet med bruk av teorien er at den skal kunne løfte opp og være med på å generalisere funnene i oppgaven.

6.4.3 Forskerens forforståelse

Forskeren er innforstått med at egen interesse på området, erfaringer med både sykepleie til pre- og postoperative barn, og nå peroperative erfaringer har vært med på å prege studien. Sammen med et grundig litteratursøk i forbindelse med prosjektbeskrivelsen har jeg opparbeidet en forforståelse og en forventing til hva resultatene skulle vise. Jeg trodde at informantene skulle fortelle, og gi mer direkte tips og triks i forhold til hva de gjorde under innledningen. Derimot var de mer opptatt av det store bildet der betydningen av forberedelsen før barnet kom ned til operasjonsstua ble framhevet som viktig. Jeg hadde også sett for meg at det ville bli en større diskusjon rundt foreldrenes tilstedeværelse på godt og vondt, men der var de stort sett enige om at det var viktig for barnet å ha en mamma eller pappa tilstede.

Under selve intervjuet ble det stilt tre åpne spørsmål som det virket som at informantene forsto uten forklaring. Det var spennende å være med som lytter i en gruppe som diskuterte et tema de var opptatt av, og det var interessant å se hvilke temaer som ble tatt opp som forskeren ikke hadde tenkt over på forhånd. Som helt ny forsker opplevdes det trygt å ha en erfaren moderator med seg, det ga meg også muligheten til å fokusere fullt på det informantene sa.

Da transskripsjonen ble lest første gang var nok forforståelse med på å bestemme hvilke temaer som var viktige, og hvilke meningsbærende enheter som passet under hvilket tema. Etterhvert som teksten ble lest flere ganger, og en kom bedre inn i datamaterialet flyttet de meningsbærende enhetene seg inn i andre temaer enn der de først hadde havnet. Etterhvert kunne en slå sammen flere temaer, og syntetisere i nye begreper. Å holde seg fleksibel i denne fasen er nødvendig for at ikke forforståelsen skal ødelegge muligheten for å komme fram til ny kunnskap (Malterud, 2008). På et tidspunkt i resultatanalysen, og helt ubevisst som en del av forforståelsen, hadde studien fått en disposisjon for funnene ut fra tid og sted barnet befinner seg i fra sengepost til operasjon. Dette ble styrende for analyseprosessen, og i stedet for å la teksten snakke for seg, gikk jeg inn i teksten for å finne det studien trengte. Hvor styrende denne disposisjonen hadde blitt så ikke forskeren før hun ble gjort oppmerksom på det gjennom veiledning. Etter flere runder og nye forsøk, løsnet det endelig, og forskeren forsto hvordan teksten skulle analyseres på en mer induktiv måte. Forskeren er glad for å kunne si at funnene ikke var helt slik jeg hadde trodd de skulle være på forhånd, noe som tyder på at en tilslutt klarte å legge forforståelsen til side i analysedelen. Forskeren har ikke fått anestesisykepleierne til å uttale seg etter at funnene ble analysert, dette kan være en svakhet ved funnenes gyldighet da min forforståelse kan ha påvirket resultatet i en annen retting enn det informantene hadde ment.

7.0 AVSLUTNING

7.1 Konklusjon

Denne studien har undersøkt anestesisykepleieres erfaringer og opplevelser med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi. Det er tre aspekter som har utpekt seg; ”*Å ufarliggjøre det skumle*”,” *Å bruke seg selv*” og ”*Å ha et fang å sitte i*”.

Barn gruer seg mest for det de ikke vet hva er, og det som er ukjent. Informasjon og forberedelse gjennom bilde, tekst og lek øker barnets kognitive kontroll og kan trygge engstelige barn ved å ufarliggjøre det skumle. Anestesisykepleier må tilrettelegge for autonomi og mestring ved å gjøre barna delaktige i innledningen og gi de valgmuligheter der situasjonen tillater det. Delaktighet og ansvar for enkle arbeidsoppgaver som barnet mestrer kan gi instrumentell kontroll, og dermed gi trygghet til engstelige barn i innledningssituasjonen. Bruk av avledning går på bekostning av barnets autonomi, men kan likevel være til det beste for barnet.

Anestesisykepleierens profesjonelle- og personlige egenskaper er viktige for å trygge engstelige barn. Å utstråle trygghet, og å ta seg tid til å lytte til barnets interesser og behov oppleves som tillitsskapende hos barnet. Tillitt er avgjørende for relasjonen mellom sykepleier og barn, og nødvendig for å nå fram hos barnet. Har du først fått etablert en trygg relasjon er det lettere å fortelle om hva som skal skje, man kan samarbeide og leke seg inn i anestesien sammen med barnet. Ingen barn er like, det er derfor nødvendig å kunne møte hvert barn (og foreldre) som et individ og tilpasse innledningssituasjonen ut fra barnets behov. Barn som har blitt operert tidligere eller har andre sykehusopphold bak seg kan trenge ekstra oppfølging og forberedelse.

Foreldrenes tilstedeværelse er en trygghet for barnet i det ukjente miljøet. Barnet opplever emosjonell kontroll gjennom støtte og omsorg fra foreldrene. Foreldrene er også en viktig samarbeidspartner for anestesipersonalet. Foreldrene trenger god informasjon for å kunne være et trygt fang å sitte i.

Betydningen av en god forberedelse av foreldre og barn før de kommer til operasjonsstua er sentral. En preoperativ visitt der anestesisykepleier kan bli kjent med barnet og foreldrene slik at de ser et kjent ansikt når de kommer til operasjonsstua, innhenting av informasjon om

barnet og ikke minst en mulighet for anestesisykepleier til å ufarliggjøre det skumle, mener anestesisykepleierne kan trygge engstelige barn før innledningen av anestesi.

7.2 Konsekvenser for praksis og videre forskning

Det er uten tvil forbedringspotensialer for hvordan vi forbereder barn før anestesi og kirurgi. Det ville vært interessant å teste ut et prøveprosjekt der anestesisykepleier går preoperativ visitt. Dette ble forsøkt i 2008, med gode resultater underveis, men studien ble aldri fullført. Det kan dog være utfordrende å få det til i en allerede travel hverdag der produksjonspresset stadig øker, og tid per pasient stadig blir mindre. En annen tanke er å lage et undervisningsprogram fra anestesisykepleiere til sykepleierne på post. Med teoretisk undervisning og hospitering på operasjonsstua under barneanestesi har sykepleierne en større forutsetning for å kunne informere barnet og foreldrene på en grundigere måte. Muligens kan man lage et standardisert undervisningsprogram sykepleierne kan holde på sengepost. Å ha et lekerom som ser ut som en operasjonsstue eller et dukkehus tilsvarende en operasjonsstue kan også inngå som endel av denne standardiserte preoperative forberedelsen. Det man da mister med denne tilnærmingen sammenlignet med preoperativ visitt er effekten av at barna ser igjen et kjent ansikt. Samt at vi som anestesisykepleiere ikke får muligheten til å danne en relasjon og forberede oss på en bedre måte enn slik vi gjør i dag.

Utvalget i denne studien var relativt få. Det hadde derfor vært interessant å gjøre en utvidet studie med flere deltagere, muligens også benyttet spørreskjema (i den hensikt å nå ut til flere) med direkte spørsmål ut fra funn i denne studien. Selv om informantene her var motiverte for å gå preoperativ visitt er det ikke sikkert at det er tilfellet hos flertallet av anestesisykepleiere. Under ”lunsj-snakk” har jeg snakket med anestesisykepleiere som mener at de allerede har for mange arbeidsoppgaver som det er, og som derfor ikke ønsker enda en ting på dagens ”to do-list”.

LITTERATURLISTE

Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A. A., & Docherty, C. (2016). Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial. *Child: Care, Health & Development, 42*(4), 572-581. doi:10.1111/cch.12343

Andersson, L., Johansson, I., & Ostberg, S. A. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing, 21*(20), 1204-1210.

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF. (2014). Funksjonsbeskrivelse av anestesisykepleie (pp. 1-3). ALNSFs generalforsamling: Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF.

Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M., & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children & Young People, 25*(1), 28-34.

Bischofberger, E., Dahlqvist, G., & Elinder, G. (1991). *Barnets integritet : etik i vårdens vardag*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

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

Bowlby, J. (1994). *En sikker base : tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Fredriksberg: Det lille forlag.

Brady, M. (2009). Hospitalized Children's vIews of the Good Nurse. *Nursing Ethics, 16*(5), 543-560. doi:10.1177/0969733009106648

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.

Chorney, M. J., Torrey, E. C., Blount, N. R., McLaren, N. C., Chen, N. W.-P., & Kain, N. Z. (2009). Healthcare Provider and Parent Behavior and Children's Coping and Distress at Anesthesia Induction. *Anesthesiology, 111*(6), 1290-1296. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c14be5

Copanitsanou, P., & Valkeapää, K. (2014). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 23*(7/8), 940-954. doi:10.1111/jocn.12187

Cumino, D. d. O., Cagno, G., Goncalves, V. F. Z., Wajman, D. S., & Silva Telles Mathias, L. A. d. (2013). Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. *Revista Brasileira de Anestesiologia, 63*(6), 473-482. doi:10.1016/j.bjane.2013.04.003

Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Paediatric Anaesthesia, 23*(2), 139-143. doi:10.1111/pan.12100

Dalsklev, M., & Eimot, K. (2015). En studie av tilknytning. Retrieved from https://psykologisk.no/2015/05/en-studie-av-tilknytning/

Erhaze, E. K., Dowling, M., & Devane, D. (2016). Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice, 22*(4), 397-407. doi:10.1111/ijn.12449

Finrud, I.-A. (2011). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. In R. Grønseth & T. Markestad (Eds.), *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (Vol. 3, pp. 161-180). Bergen: Fagbokforlaget.

Forskningsetikkloven. (2007). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). Retrieved from https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=barns%20opphold%20i%20helseinstitusjon

Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). Innleggelse på sykehus. In R. Grønseth & T. Markestad (Eds.), *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (Vol. 3, pp. 51-80). Bergen: Fagbokforlaget.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal.

Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologsike reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? *Nordisk Psykologi, 41*(3), 161-176.

Havik, O. E. (1992). Informasjon og kommunikasjon - Hvordan kan vi påvirke pasientens sykdomsforståelse. *Omsorg, 1*, 6-9.

Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov av 2.juli 1999 om helsepersonell*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-.

Hilly, J., Hörlin, A.-L., Kinderf, J., Ghez, C., Menrath, S., Delivet, H. D., . . . Dahmani, S. (2015). Preoperative preparation workshop reduces portoperative maadaptive behavior in children. *Pediatric Anesthesia*(25), 990-998. doi:10.1111/pan.12701

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode* (3 Ed.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ji, L., Zhang, X., Fan, H., Han, M., Yang, H., Tang, L., . . . Li, D. (2016). drawMD APP-aided preoperative anesthesia education reduce parents anxiety and improve satisfaction. *Patient Education & Counseling, 99*(2), 265-270. doi:10.1016/j.pec.2015.08.027

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.). Oslo: Abstakt Forlag.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., & Caramico, L. A. (1996). Preoperative preparation in children: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia, 8*(6), 508-514. doi:10.1016/0952-8180(96)00115-8

Kim, H., Jung, S. M., Yu, H., & Park, S.-J. (2015). Video Distraction and Parental Presence for the Management of Preopertive Anxiety and Postoperative Behavioral Disturbance in children: A randomized controlled trial. *Society for Pediatric Anestesia, 121*(3), 778-784. doi:10.1213/ANE.0000000000000839

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Macindo, J. R. B., Macabuag, K. R., Macadangdang, C. M. P., Macaranas, M. V. S., Macarilay, M. J. J. T., Madrinan, N. N. M., & Villarama, R. S. (2015). 3-D Storybook:

Effects on Surgical Knowledge and Anxiety Among Four- to Old Surgical Patients. *AORN Journal, 102*(1), 6201-6210. doi:10.1016/j.aorn.2015.05.018

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Manyande, A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(7), 1-120. doi:10.1002/14651858.CD006447.pub3

Nilsson, U. (1999). Föräldrars uppfattning av vården vid barnets narkos och uppvakning. *Nordic Journal of Nursing Research, 19*(4), 20-25. doi:10.1177/010740839901900405

Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (pp. 1-45).

Oslo Universitetssykehus. (2013). Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år. Helsebibliotektet.no.

Paladino, C. M., de Carvalho, R., & de Amorim Almeida, F. (2014). Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48*(3), 423-429. doi:10.1590/S0080-623420140000300006

Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal, 104*(1), 11-22. doi:10.1016/j.aorn.2016.05.004

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient

Perry, C., Samuelsson, C., & Cyna, A. M. (2015). Preanesthetic nurse communication with children and parents-an observational study. *Paediatric Anaesthesia, 25*(12), 1235-1240. doi:10.1111/pan.12759

REK. (2015, 30. august 2016). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. REK – Regionale komiteer for medisinsk og forskningsetikk. Retrieved from https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n

Romino, S., Keatley, V., Secrest, J., & Good, K. (2005). Home Study Program: Parental presence during anesthesia induction in children. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal, 81*(4), 780-783, 785-789, 792; quiz 793-786.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermeren, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics, 9*(2), 583 - 598. doi:10.1191/0969733002ne553oa

Runeson, I., Proczkowska-Björklund, M., & 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. doi:10.1177/1367493510379610

Salmela, M., Aronen, E. T., & Salantera, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health & Development, 37*, 719-726. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x

Shirley, P. J., Thompson, N., Kenward, M., & Johnston, G. (1998). Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia, 32*, 956-959.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (Vol. 6). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Warr, D. J. (2005). «It was fun…but we dont't usually talk about these things»: Analyzing Sociable Interaction in Focus Groups. *Qualitative Inquiry, 11*(2), 200-225. doi:10.1177/107800404273412

Watson, A. T., & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour (Vol. 13, pp. 188-204). Oxford UK.

Wennstrom, B., Tornhage, C.-J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol.(Report). *Pediatric Anesthesia, 21*(10), 1058- 1065.

Wennström, B., Hallberg, L. R. m., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 96-106. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04581.x

Wright, K. D., Stewart, S. H., Finley, G. A., & Raazi, M. (2014). A Sequential Examination of Parent–Child Interactions at Anesthetic Induction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 21*(4), 374-385. doi:10.1007/s10880-014-9413-4

Vedlegg 1. Samleskjema med forskningsartikler

Kvalitativ forskning							
Artikkel	**årstall**	**Design**	**Utvalg**	**Intervensjon**	**Funn/resultat**	**Konklusjon**	**Relevans/kommentar**
Berglund, I.G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. Nurse anaestetists' experiences with pre-oprative anxiety	2013	Semi-strukturerte intervjuer	32 anestesisykepleiere fra et barnesykehus eller et mellomstort sykehus i Sverige.	Undersøke anestesisykepleieres erfaringer og opplevelser under administrering og omsorg for barn som skal ha narkose.	Det utartet seg to hovedtemaer av betydning; organisasjonsfokusert (informasjonsoverføring, teamarbeid, tidsaspekt/effektivitet) og relasjonsfokusert (barnets aksept, fysisk makt, mulighet for kommunikasjon). Og optimalisering av situasjon (handle ut fra situasjon, være forberedt, bruke distraksjon)	Å være sensitiv ovenfor barnet, være fleksibel ift løsninger i situasjonen og unngå bruk av fysisk makt.	Svært. Lignende studie som jeg har gjort. Her har de dog et større utvalg. Og det er gjort individuelle intervjuer
Andersson, L., Johansson, I. & Almerud Österberg, S. Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery	2012	Kvalitative intervjuer, fenomenologisk design	6 foreldre til barn (1-7år) inne til dagkirurgi for første gang	Å beskrive meningen av å være en forelder sammen med sitt barn som er inne for å opereres for første gang.	Foreldrene kjente på en ambivalens mellom lettelse og engstelse, følelse av å miste kontrollen (overlate ansvaret til noen andre). De ønsket å bli forberedt bedre på forhånd, å være tilstede under innledningen og ønsket emosjonell støtte (beste om begge foreldrene fikk være med så de hadde hverandre).	Ønskelig med individuelt tilpasset informasjon til foreldrene, inkludert omvisning på operasjonsstua. Ønskelig å ha den andre forelder til stede for support, hvis ikke; oppfølging og støtte fra en fra anestesiteamet.	Svært. Støtter mye annen forskning. Alder på barna. Gjort i Sverige.
Runeson, I., Proczkowska-Björklund, M. & Idvall, E. Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. (nr. 14)	2010	Fokusgruppe intervju	To fokusgruppeintervju (fra forskjellige sykehus) med 8 anestesisykepleiere i hver gruppe. 15 situasjoner ble beskrevet, 3 utvalgt	Belyse etiske dilemmaer før og etter innledning av anestesi til barn (3-6 år) beskrevet av anestesisykepleier.	Tre dilemmaer ble beskrevet med for/imot. To handlet om at barnet ikke ble informert. En handlet om tvang under innledning. Alle tre usatte barnets autonomi og medbestemmelse for å gjennomføre operasjonen på en rask og effektiv måte uten tanke på hva barnet tenker når det våkner opp igjen.		Anestesisykepleiers tanker rundt innledning av barn. Likhets trekk fra hva mine informanter har beskrevet. Riktig aldersgruppe på barna.
Salmela, M., Aronen, T. & Salantera, S. The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. (nr. 17)	2010	Semistrukturerte intervjuer fra 2004-2006	90 barn i alderen 3-6 år.	Å beskrive sykehusrelatert frykt, og erfaring med frykt	Barnas største frykt var frykt relatert til sykepleieintervensjoner og smerte, og skilles fra foreldrene og bli alene, å ikke få informasjon, og for instrumenter og utstyr. De uttrykket seg verbalt, eller gjennom handling. Det var fire hovedkategorier som dukket opp; usikkerhet, skade, hjelpeløshet og avvisning.	Opplevelse av sykehus-relatert frykt kan være så traumatisk at det påvirker barnets velvære. Frykten kan ødelegge opplevelsen av sikkerhet, og redusere barnets evne til å stole på helsepersonell. De oppfører seg da ofte motstridende eller nekter	Her beskriver barna selv hvordan det oppleves. Riktig aldersgruppe. Selv om det ikke er direkte intervensjoner, kan man trekke sammenligner mot hvilke behov barna har. Barna trenger hjelp av voksne til å uttrykke sin frykt.

Brady, M. Hospitalized Children's views of the Good Nurse	2009	Kvalitative intervjuer, med bruk av tegning og skriving som støtte for å uttrykke seg	22 barn (7-12 år, gjennomsnittsalder 9,9år)	Å beskrive hva som er en god sykepleier sett fra barnas ståsted	Fem temaer utpekte seg; kommunikasjon, profesjonell kompetanse, trygghet, profesjonell væremåte og godhet	Sykepleier må være god og trygg i jobben, men samtidig kul i henhold til barnets alder.	Barna er eldre enn målgruppen. Gir allikevel et inntrykk.
Wennström, B., Hallberg, L. R. m., & Bergh, I. Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery	2008	Triangulering av metoder: Intervju Observasjon Tegning (pre- og postoperativt)	15 gutter og 4 jenter i alderen 6-9 år inne til elektiv dagkirurgi.	Å undersøke opplevelsen, og hva det betyr FOR barn når de kommer til sykehuset for dagkirurgi. Intervensjonen: en perioperativt dialog (kontinuitet og samtale) med barnet. Med en hypotese at det er skremmende for barn med seperasjon fra foreldre, ukjente rutiner, redsel for narkose og kirurgi, smerter og nålestikk.	Preoperativt: barna vet ikke hva de kan forvente seg "møte med det ukjente", de blir tatt ut av dagligrutine, og de prøver å få kontroll over situasjonen. Perioperativt: "miste kontroll", og prøve å samarbeide selv ved redsel og smerte. Postoperativt: lettelse, og prøve å komme tilbake i til normalt liv.	Kontinuitet er viktig for relasjonen mellom ane.spl og barnet. Ved hjelp av perioperative dialog kan man lettere ha denne kontinuiteten, dette gir også opplevelse av trygghet og tillitt. Dialogen kan gjøre det minimere stress og gjøre det ukjente kjent.	Barna er litt eldre enn i min studie, men temaet er svært relevant. Funnen fra denne studien støtter funnene i mitt intervju.

Kvantitativ forskning

Artikkel:	Årstal:	Design	Utvalg	Intervensjon	Funn/resultat	Konklusjon	Relevans/kommentar
Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A.A & Docherty, C. Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery. (nr.2)	2016	Randomisert kontrollert metode (RCI)	168 barn (3-8 år, ASA 1 og 2) innlagt til dagkirurgi. Førstegangs anestesier.	Hypotese om at distraksjon (historiefortelling, bilder og fargelegging) var like effektiv som tradisjonell premedisinering ift å redusere stress før innledning	distraksjonsaktivitetener er et effektivt alternativ til barn sammenlignet med premedikasjon		Gjennomsnittsalderen på barna var ca. 5 år, så relevant. Mål av stressnivå ble gjort av både anestesipersonell (mYPAS) og av foreldrene (STAIC) og vitale tegn. Utført på to sykehus
Ji, L., Zhang, X., Fan, H., Han, M., Yang, H., Tang, L., Shao, Y., Lan, Y. & Li, D. drawMD APP-aided preoperative anesthesia education reduce parents anxiety and improve satisfaction	2016	RCI	108 barn i alderen 2-12 år, ASA 1 og 2. 51 barn i hver gruppe. Foregikk over 8 måneder. Delt i to grupper. Intervensjonsgruppe; muntlig undervisning og App. Kontrollgruppe; muntlig undervisning.	Å vurdere effekten av en App (drawMD) som et preoperativt undervisnings redskap før anestesi og kirurgi for å redusere engstelse hos barn og foreldre	Hos foreldrene så man mindre engstelse både rett etter undervisning (gjennom app) og etter operasjonen. De var også mer fornøyd enn de som ikke hadde fått undervisning gjennom App. Hos barna var det ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa.	Virker mest på foreldrene, men rolige foreldre kan virke positivt på barnets engstelse	Stort spenn på barna. Kanskje Appen er for lite tilpasset barnets utviklingsnivå? For foreldre: APAIS (Amsterdam Pre-operative Anxiety and Information Scale) spørreskjema før og etter undervisning. STAI (selvrapporterings undersøkelse for å undersøke engstelse i post op.) ble utfylt 6-24t etter opr. PSPACq målte foreldres fornøydhet. For barnas engstelse ble m-YPAS brukt. Målt før undervisning og i operasjonsstua før innledning. PAED ble brukt for å måle barnets grad av delir post op.
Hilly, J., Hörlin, A-L., Kinderf, J., Ghez, C., Menrath, S.,	2015	Observasjon cohort studie	56 barn (3-18 år). ASA 1-2	Hoved intensjonen var å undersøke om forberedelse i "workshops" 2 uker før reduserte	Forberedelse i workshops med modeller, figurer og verbal forklaring på hva som skjer i det		Stort aldersspenn. Handler om forberedelse to uker i forveien.

Delivet, H., Brasher, C., Nivoche, Y. & Dahmani, S. Preoperative preparation workshop reduces postoperative maladative behavior in children.(nr.5)				POMBs (postoperative maladaptiv behavior) dag 7. etter operasjonen.	pre, per, og post opr. forløpet reduserte POMBs på postopr dag 7.		Alle fikk også premed: hydroxyine (2mg/kg) Hvem som var i hvilken gruppe var ikke skult for dem som skulle bedømme (mYPAS, STAI, PAED, PHBQ)
Macindo, J.R.B., Macabuag, K.R., Macadangdang, C.M.P., Macaranas, M.V.S., Macarilay, M.J.J.T., Madrinan, N.N.M. & Villarama, R.S. 3-D Storybook: Effekts on Surgical Knowledge and Anxiety Among Four – to Six-Year- Old Surgical Patients (nr.7)	2015	Kvasi-eksperiment Med flere 0-hypoteser som skulle sjekkes ut	20 barn i alderen 4-6 år.	Å undersøke om en 3-D bok kunne øke kunnskapen til barna om operasjonen og senke deres engstelse.	Det viste seg signifikant effektivt å bruke 3-D boka for å øke kunnskapen til barna om operasjonen og senke deres engstelsesnivå		Relevant! Boka også brukt på operasjonssalen. Riktig alder. mYPAS til å måle engstelse
Kim, H., Jung, S.M., Yu, H. & Park, S-J. Video distraction and parental presence for the management of preoperative anxiety and postoperative behavioral distrubance in children. (nr.8)	2015	Randomisert kontroll studie (RCI)	117 barn i alderen 2-7 år. ASA 1 og 2. Delt i tre grupper: 1) kun video 2) kun foreldre til stede 3) video og foreldre til stede	Undersøke om reduksjon av engstelse og økt samarbeid ved maskeinnledning er avhengig av foreldrenes tilstedeværelse. Og om kombinasjonen med video distraksjon og foreldre tilstede er bedre enn bare video.	Fant at det ikke var noen signifikant forskjell mellom de tre gruppene.	Behov for større studie	Svært relevant: alder + undersøkelse gjort ved innledning med sevo Seperasjons angst Ingen fikk premed.
Perry, C., Samuelsson, C., & Cyna, A. M. Preanesthetic nurse communication with children and parents-an observational study	2015	Observasjonsstudie med undersøkelse av språkbruk. Lydopptak av preoperative lydsamtaler mellom sykepleier, barn og foreldre	51 samtaler ble tatt opp, og 130 setninger/anmodninger ble vurdert. Barnas gjennomsnittsalder var 5 år. dagkirugi	Å identifisere positive og negative ord (og uttalelser) som blir brukt av sykepleiere under preoperativ informasjon.	40 (40%) setninger ble sett på som positive og 90 (69%) som negative. Blant disse; smerte (41%), kvalme og oppkast (37%) irritabilitet (18%). Av de positive; drikke og spise igjen (28%), komfort (18%) føle seg vell (18%).	Barn henger seg raskt opp i det lille ordet som er negativt, som kan gjøre vondt verre. Man må kunne informere med bevissthet rundt dette, og uten å skjule sannhet.	Relevant. Autonomi vs barnets beste og unngå skade
Pladino, M.C., Carvalho, R.d. & Almeida, F.d.A. Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period (nr.15)	2014	Observasjonsstudie.	30 barn i alderen 3-5 år innlagt på et privatsykehus for enkel kirurgi.	Bruk av terapeutisk lek (ITP) som info for barnet. Å beskrive oppførselen til barnet under selve intervensjonen med ITP i den peroperative perioden og i den perioperative perioden etter ITP.	70% av barna deltok. De fleste barna som deltok i ITP gikk inn i operasjonsstua av seg selv (73,3%) uten å motsi seg seperasjon fra mor (80%) og samarbeidet om narkosen med anestesipersonalet (53,3%) og våknet raskt fra anestesi (87%)	ITP gjorde at barnet forsto hva det skulle igjennom på en bedre måte slik at det ble mindre traumatisk.	Riktig aldersgruppe. Bruker informasjon tilrettelagt barnas utviklingsnivå for å forklare; ser at dette gjør barna mer samarbeidsvillige og mindre engstelige. ITP foregikk som en historiefortelling. Der barna også kunne stille spørsmål underveis. Ønskelig å involvere også

59

							foreldrene i ITP, spesielt de som er usikre/engstelige.
Wright, K. D., Stewart, S. H., Finley, G. A., & Raazi, M. A Sequential Examination of Parent–Child Interactions at Anesthetic Induction	2014	Observasjonsstudie Videoopptak	32 barn i alderen 3-6 år inne til tannkirurgi som en dagkirurgisk prosedyre sammen med sine foreldre.	Å undersøke hvordan forholdet mellom foreldrenes oppførsel og barnets engstelse påvirker hverandre under innledning av anestesi	Barnet ble ikke mer redd av støtte fra foreldrene. Når barnet viste engstelse var foreldrene mer støttende. Fysisk støtte så ut til å ha liten eller ingen effekt på barnets engstelse.		Riktig alder! Bruk av CAMPIS-R Det er mange faktorer her, studien klarer ikke helt å konkludere med noe. Og litt vanskelig å forstå
Cumino, D.d.O., Cagno, G., Goncalves, V.F.Z., Wajman, D.S. & Mathias, L.A.d.S.T. Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. (nr.10)	2013	Randomisert kontrollert metode (RCI)	72 barn, alderen 4-8 år. ASA 1 og 2. Der foreldrene ble delt i to grupper. Kontrollgruppen: fikk vanlig informasjon. Intervensjonsgrup: info + også et informasjonshefte om anestesien.	Formålet var å se om forbedret informasjon gitt til foreldrene på venterommet ga mindre engstelse hos barna både i venterommet og ankomst operasjonsstua.	Det var ingen signifikant forskjell mellom engstelsen hos barna i de forskjellige gruppene. Likt for begge grupper, var sterkt økt engstelses nivå fra venterommet til operasjonsstua. Det var heller ingen spesiell forskjell på engstelsen hos foreldrene i de ulike gruppene.		Informasjonen er gitt så sent i forløpet som på venterommet. Mulig skriftlig info i denne fasen ikke "går inn"?? Ikke nok tid til å forklare barna(?) Ingen av barna fikk premed. Barnas engstelse målt med m-YPAS, foreldrenes med HAM-A (Hamilton Anxiety Scale).
Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M.C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N. & Dominici, T. A psychological preoperative progrem: effects on anxiety and cooerative behaviors. (nr. 11)	2013	Randomisert kontroll studie (RCI)	50 barn (3-12 år), og deres mødre delt i to grupper. Gruppe 1: fikk psykisk forberedelse, og fikk pykolog "hjelp" i alle faser. Gruppe 2: bruk av distraksjon	Evaluere effekten av et psykososialt preoperativt program for å redusere preoperative engstelse og fremme samarbeid med barnet under innledningen av anestesi.	Signifikant reduksjon og økt samarbeid under prosedyrer hos de barna som fikk den psykologiske forberedelsen (gr.1), sammenlignet med de som kun fikk distraksjon som ikke hadde noe med innleggelsen/operasjonen å gjøre.		Relevant! Viktigheten av at barna får informasjon om det de skal igjennom. Men tilpasset deres nivå. Få prøve utstyret (maska). Og muligens effekten av å se igjen et kjent ansikt. Alle fikk 0,5mg/kg med midazolam. Dukkeshow (Benny) for barna, der de etterpå kunne prøve utstyret. Samme "informant" var med under innledningen, og minnet barnet på hva han hadde lært på showet. (effekt av å se et kjent ansikt?)
Wennstrom, B., Tornhage, C.-J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol (nr.19)	2011	RCI (Analyse av spytt for å finne cortisol nivå.)	93 barn i alderen 5-11 år. 79 gutter og 14 jenter. Elektiv dagkirurgi. Tre grupper; 1) en som fikk vanlig forberedelse, 2) standard forberedelse og preoperativ informasjon, 3) En gruppe som fikk perioperativ dialog (PD).	Å undersøke effekten av PD på grad av stress hos barn ved innledning av anestesi.	Barn som fikk PD hadde signifikant lavere cortisol i spyttet, og det sank også raskere ila operasjonsdagen sammenlignet med de andre gruppene. PD gruppen trengte også mindre morfin/kg	Effekten av PD kontinuerlig gjennom forløpet ser ut til å minske stress nivå til barna, samt minske behovet for morfin.	Effekten av å ha en som følger opp, og som man kan snakke med. Litt sånn jeg tenker ift preoperativ visitt av anestesisykepleier som skal ha narkosen på barnet neste dag. Her har de brukt cortisol nivå i blod for å måle grad av stress.
Chorney, M. J., Torrey, E. C., Blount, N. R., McLaren, N. C., Chen, N. W.-P., & Kain, N. Z. Healthcare Provider and Parent Behavior and Children's	2009	Observasjon Video opptak fra innledning av anestesi	293 barn i alderen 2-10 år med foreldre til stede under innledning.	Å vurdere hvordan helsepersonell (anestesilege og anestesisykepleier) og foreldres væremåte påvirker barnets stress og mestring under innledning av anestesi	Anestesilegen og foreldrene hadde en mer aktiv rolle ift anestesisykepleieren. Voksne viste mest følelses-relatert oppførsel (empati og beroligelse) når barnet var stresset, og mindre når barnet mestret. Distraksjon	Man ser at foreldre prøver å gjøre det samme som helseperson ell, fordi de ser hvordan helseperson ell sin oppførsel	Riktig aldersgruppe. Intervensjon under innledning da ane.spl i Norge har "mest" tid med barnet. Opplæring av en viss oppførsel av voksne kan berolige barnet? *Litt vanskelig artikkel*

Coping and Distress at Anesthesia Induction					fra de voksne, som humor og snakk om andre ting ble mest brukt når barnet mestret. Barnet viste mestring når anestesilegen ga det medisinske utstyret nytt navn/mening, men det hadde ikke samme virkningen på barnet når foreldrene gjorde det samme.	påvirker barnet.	
Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermeren, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study	2002	Observasjonsstudie	24 barn i alderen 5 til 18 år (gjennomsnitt 6,5år) innlagt på et universitetssykehus. 2 jenter, 22 gutter.	Å beskrive barnas grad av deltagelse i bestemmelser rundt sin egen pleie, både grad av deltagelse, aktuell og hva som er optimal ift alder/utvikling/situasjon. Å beskrive hvordan barn- Foreldre og helsepersonell samhandler rundt bestemmelsene.	Barn blir ikke alltid tatt med i beslutninger som gjelder dem, selv i situasjoner som ble vurdert som mulig ut fra barnets utviklingsnivå. Aldri så man at barnet ble tvunget til å ta beslutninger der han/hun ikke var moden for det. Foreldre støtter ikke alltid barnet i avgjørelser, og helsepersonell informerer ofte uten å gi alternativer eller spørre etter barnets mening.	Barn må bli sett mer som individer, og helsepersonell må bli mer bevisste på å inkludere barna i bestemmelser rundt deres egen helse.	Litt høy alder for min studie. Tar allikevel opp viktige etiske spørsmål.
Shiley, P.J., Thompson, N., Kenward, M. & Johnston, G. Parenteral anxiety before elective surgery in children. (nr.18)	1998	Spørreskjema	100 foreldre til barn som skulle inn til elektiv kirurgi.	Å undersøke angst nivå hos foreldre til kirurgiske barn. Og finne faktorer som kan bedre på angstnivået, samt sammenligne med andre studier på samme tema gjort andre steder	42% av foreldrene var signifikant engstelige. Mødre var mer engstelige enn fedre.	Alle foreldrene uansett grad av engstelse, reduserte sin engstelse gjennom preoperativ informasjon fra personalet, å få følge barnet til operasjonsstua og være der under innledning av narkosen	Gammel studie. Brukes i mye ny forskning fortsatt. Har ikke klart å finne en nyere som er akkurat på dette temaet Forelderens angst kan overføres til barnet og forlenge den postoperative perioden, samt at det har negativ effekt på familiedynamikken.
Kain, Z. N., Mayes, L. C., & Caramico, L. A. Preoperative preparation in children: A cross-sectional study	1996	Cross-sectional studie. *(= analyse av informasjon relatert til personer i en populasjon eller gruppe til et bestemt tidspunkt. Der fokus ligger på en spesiell sykdom, eller karakteristikk som kan gi sykdom)* *En slags RCI ut fra hva som er gjort?*	143 barn inne til dagkirugi og deres foreldre.	Å evaluere effekten av et forberedelses program for å redusere engstelse hos barn og deres foreldre før elektiv kirurgi	Det var faktisk ikke signifikant forskjell mellom gruppen som fikk forberedelses program, og de som ikke fikk. Men barna over 6 år, som gjennomgikk forberedelses programmet 5-7 dager før kirurgi var mindre engstelige ved seperasjon fra foreldre. Programmet hadde en negativ effekt på barna under 3 år, og de med tidligere hospitalisering.	Barn som er minst 6 år bør forberedes minst 1 uke før kirurgi. Barnets alder og når forberedelsen finner sted har betydning	Gammel studie. Foreldrene og bana ble skilt fra hverandre før opersjonsstua, mens barnet enda var våken. EASI scringsverktøy til barnet (gammelt?) VPT Selvrapportering for barn (over 2 år) ved hjelp av bilder. VAS observert engstelse hos barna, og selv rapportering fra foreldre STAI scoring av foreldre (brukes fortsatt) CARS observert engstelse av barn ved seperasjon fra foreldre PHBO måling av endring av oppførsel etter sykehusinnleggelse

Oversiktsartikler + andre artikler							
Artikkel:	**Årstall**	**Design**	**Utvalg**	**Intervensjon**	**Funn/resultat**	**Konklusjon**	**Relevans/kommentar**
Erhaze, E. K., Dowling, M., & Devane, D. Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review	2016	Systematisk litteratursøk. 9 studier, med tilsammen 1021 barn ble inkludert. Randomiserte og kvasi-randomiserte studier er inkludert. Den siste oversiktsstudien (Yip et al) er inkludert. Siste søk 12.januar 2012.	Barn i alderen 0-16 år. ASA 1 og 2 barn til elektiv kirurgi eller diagnostikk som krever generell anestesi	Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse ved anestesiinnlednin gen for barnets engstelse.	Det var ingen signifikant forskjell i nivå av engstelse hos barna og foreldrene hverken ved seperasjon eller hos de barna som fikk ha foreldrene med ved innledning og de som ikke fikk. Heller ikke forskjell i gruppen; foreldre tilstede eller premedikasjon	Finner ingen signifikant forskjell på å ha foreldre tilstede eller ikke.	Stort spenn i alder. Trolig stor forskjell på en 2 åring og 15 åring ift seperasjon fra foreldre. Konkludert med at premedikasjon er mer effektivt enn foreldrenes tilstedeværelse på barnets engstelse der og da, men hva med for etterpå?
Panella, J.J. Preoperative Care of Childen: Strategies from a Child Life Perspective. (nr.3)	2016	Artikkel				Obs på hvordan språk vi bruker. Viktigheten av å involvere foreldre. At barna få tid til å se og leke med utstyret	Konkret om førskolebarns nivå, og behov for forberedelse der de ikke blir forberedt noe særlig på forhånd. Egentlig ment for sykepleier der det ikke finnes egne barnespesialister. Lite vitenskapelig?
Manyonde, A., Cyna, A.M., Yip, P., Chooi, C. & Chooi, C. Non-pharmacologial interventions for assisting the induction of anesthesia in childen (nr.1)	2015	Oversiktsartikkel Artikler fram til 2013	28 studier. 2681 barn	Å finne metoder for å redusere barns engstelse og øke barns evne til samarbeid ved innledning slik at man unngår bruk av preoperativ sedering.	Foreldre tilstede hadde ingen signifikant reduksjon på barns stress. Egenvalgt video under innledning viste signifikant reduksjon av engstelse. Ingen effekt av musikk. Videospill var reduserende på barns stress. Bruk av klovn/klovne doktor ble i en studie funnet positivt, men ikke signifikant i den andre. Hypnose ingen signifikant effekt. (barn av foreldrene som hadde fått akupunktur var mindre engstelige. Foreldrene hadde ingen effekt av å se video).		En oversikt over intervensjoner til 2013.
Copanitsanou, P. & Valkeapää. Effekts of education of paediatric patients underging elective surgical procedures on their anxiety (nr. 12)	2013	Litteratur review. Søk i MEDLINE, PsycInfo, Cochrane og CINAHL etter randomiserte forsøk. 475 ble funnet, 45 i fulltekst, og 16 ble inkludert. Søket ble startet i 2011 uten årstall begrensning bakover i tid.	Barn i alderen 2-12 år. (2168 barn) (..og 1671 foreldre)	Vurdere om bruken av preoperative læringsprogram mer for barn innlagt til elektiv kirurgi reduserer barns engstelse og andre negativer følelser.	I 12 av 16 studier viste undervisning seg som signifikant reduserende på barns engstelse. 2 av studiene fant at yngre barn (under 4 år, og yngre enn 6 år) kunne oppleve mer engstelse ved ekstra undervisning. Barn opplevde også generelt mindre negative følelser i gruppene med undervisning sammenlignet med kontrollgruppene. I 15/16 opplevde foreldene mindre engstelse og var mer fornøyd med sykehus oppholdet ved mer undervisning.		Hvordan er informasjonen gitt til de yngre? På en måte som de forstår? (art. Fra 1996 og 1998) Sprikende fra nyere forskning som muligens har lagt mer vekt på barns utviklingstrinn? Viktigheten av at foreldrene også deltar. Undervisning: terapeutisk lek, se og leking med medisinsk utstyr, forberedelse av en barnespesialist, spesial tilpasset informasjon, undervisningshefter, video, omvisning, rollespill. Ofte var flere av disse i kombinasjon.

Warr, D. J. «It was fun…but we dont't usually talk about these things»:	2005	Diskusjon av metoden fokusgruppe		Artikkelen retter fokus mot hvilken kunnskap som kommer fram som en del av gruppeprosessen. Eksempler er hentet fra en studie om kjærlighet der fokusgruppe er benyttet som metode.			Artikkelen er basert på en større kvalitativ studie med flere fokusgrupper. Der informantene var personer som kjente hverandre fra før. Temaet var kjærlighet
Romino, S., Keatley, V., Secrest, J., & Good, K.. Home Study Program: Parental presence during anesthesia induction in children.	2005	Samleartikkel.	?	Enkel oversikt over litteratur som tar for seg betydningen av foreldrenes tilstedeværelse under innledning ift barnets engstelse	Ha godt forberedte foreldrene tilstede er positivt for barn og foreldre. Foreldre har effekt av å se en forberedelses video, informasjonshefte og blir informert direkte.	Dersom foreldrene blir bedre forberedt slik at de vet hva som skjer, vil de bli mindre engstelige. Og det vil være engstelses reduserende på barnet.	Aktuelt for førskolebarn: Frykt for seperasjon fra foreldre Frykt for fremmede Kan tro at kirurgi er en straff, som kan skyldes "magisk tenkning". Magisk tenkning gir også frykt for maska eller andre skumle ting på operasjonsstua. Mer som en oversikt. Det er ikke gjort systematiske søk. Veldig mange aspekter er undersøkt uten at det er gått noe inn i noen av dem
Watson, A. T., & Visram, A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour	2003	Samleartikkel	Uvisst?	Undersøke barns engstelse før anestesi, aktuelle intervensjoner og hvordan dette påvirker det postoperative	Foreldre tilstede og god forberedelse av både barn og foreldre kan gjøre noen barn mindre engstelige. Det er viktig at familien blir en del av behandlingen/forberedelsen. Muligens kan foreldrene være med å avlede barnet fra det som er skremmende, gjerne ved lek. Benzodiasepiner kan redusere barns engstelse, men her trengs mer forskning på om alle barn bør bli premedisinert.		En gammel oversiktsartikkel. Lite redegjørelse for metode ved utplukking av aktuelle artikler. Mye innhold, lite spesifikt.

Vedlegg 2. Søkehistorikk

Database	UpToDate
Dato	16.august 2016
Søkehistorie	Preoperative Preoperative care Nurse Anaesthetists
Antall treff	Ingen aktuelle som omhandlet barn og det psykososiale aspektet før innledning av anestesi. Heller ingen om møtet mellom anestesisykepleier og barn.

Database	Cochrane	
Dato	17. august 2016	
Søkehistorie	#1 Preoperative care #2 Preoperative preparation #3 #1 OR #2 #4 Child #5 preschool child #6 #3 AND #5 #7 #3 AND #4 #8 psychososial #9 #6 AND #8 #10 #7 AND #8 #11 Anesthesia #12 #11 AND #4 AND #3	5492 1045 6137 88763 31360 558 805 8312 4 (ingen aktuelle) 12 (ingen aktuelle) 38262 398 →
Antall treff	Av de 398 treffene, var det 29 Cochrane reviews og 3 andre reviews.	
Forkastet etter å ha lest overskrift/abstrakt	Av de 29 Cochrane ble 28 forkastet da de handlet om voksne, farmakologiske tiltak, andre fysiske forberedelser (fasting etc), eller av andre grunner falt utenfor inklusjonskriteriene. Av de andre reviews'ene var det ingen aktuelle (farmakologiske tiltak, voksne pasienter)	
Kommentar:	For å få treff på større reviews om intervensjoner til barn ved innlending av anestesi som ikke omhandlet farmakologiske tiltak, måtte jeg gå bort fra eksklusjonskriteriet; alder utenfor 3-6 år. Dette tas i betraktning ved gjennomlesing av oversiktsartikkelen.	

Database	Medline	
Dato	17.august 2016	
Søkehistorie	#1 exp Preschool child/ #2 exp Preoperative care/ #3 Anxiety/ #4 Anesthesia/ or exp Anesthesia, General/ #5 exp Communication #6 exp Nurses/ #7 #1 AND #2 AND #3 #8 (Avgrensing fra 2013 til i dag) Nytt søk 23.august #1 exp Nurse anaesthetists/ #2 exp Child, Preschool/ # #1 AND #2	16490 62573 66038 175403 414438 77116 199 19 → 2465 81703 49 →
Antall treff	19 treff Nytt søk 23.august: 49 treff (uten årstall begrensning)	

Forkastet etter å ha lest overskrift/abstact	Av de 19, ble 13 forkastet da de havnet utfor inklusjonskriteriene, ofte dreide de seg om voksne, fysiske forberedelser i hjemmet, farmakologiske tiltak, eller barn med psykiske og fysiske tilleggs sykdommer. 2 av de 13 fikk jeg heller ikke tak i. Av de 49 ved søk nr. 2, ble kun 1 beholdt.
Kommentar	Ved søk nr. 2 var jeg interessert i om det fantes noen studier som hadde tatt for seg møtet mellom anestesisykepleier og barnet i den preoperative perioden til innledning av anestesi. For å ikke gå glipp av noe søkte jeg derfor uten begrensning ift publiserings år, og med kun to søke ord. Jeg fikk da selvfølgelig mye som ikke var aktuelt for oppgaven, men 1 artikkel ble tatt med videre.

Database	CINAHL	
Dato	17.august 2016	
Søkehistorie	#1 (MH child, preschool) #2 (MH Infant+) #3 #1 OR #2 #4 (MH Preoperative care+) OR (MH Preoperative period+) OR (MH Preoperative Education) #5 (MH anxiety+) #6 #3 AND #4 AND #5 #7 (avgrensning fra 01.01.2013 til i dag) Nytt søk 23.august #1 (MH Nurse anesthetists) #2 (MH Child, preschool) #3 #1 AND #2	100846 129973 178992 12903 18768 65 15 → 1571 100893 12
Antall treff	15 Nytt søk 23.august: 12	
Forkastet etter å ha lest overskrift/abstrakt	8 av de 15 ble forkastet da de falt utenfor inklusjonskriteriene Av de 12 jeg fant på det nye søket, var det kun 1 som var aktuell, og det var den samme artikkelen som ble tatt med fra søk nr. 2 på Medline.	
Kommentar	Søk nr. 2 ble gjort av samme grunner som søk nr.2 i Medline.	

Database	Swemed+	
Dato	18.august 2016	
Søkehistorie	Preschool child AND exp ”preoperative care”	23
Antall treff	23	
Forkastet etter å ha lest overskrift/abstrakt	Alle ble forkastet. Ingen av nyere dato var aktuelle.	
Kommentar		

#Nytt søk 9/2- 2017

Cochrane Library 9/2 - 2017		
1	#Preoperative care	8271
2	#Preoperative preparation	1107
3	#Child	94121
4	#Preschool child	32919
5	#Anesthesia	39984
6	#1 OR #2	8557
7	#3 OR #4	94121
8	#6 AND #7 AND #5	263
	Ingen nye treff, samle artikkelen til Manyande et al står seg fortsatt.	

Medline 9/2 -2017		
1	#Anesthesia OR #Anesthesia, general	92390
2	#Child OR #Preschool, child	1671716
3	#anxiety	65426
4	#1 AND #2 AND #3	254
5	#5 fra 2013	28
	Kun en ny muligens aktuell siden forrige søk i høst. Om forberedelse av foreldre, hvordan det påvirker barnet.	

Cinahl 9/2 - 2017		
1	#Child	332928
2	#Preoperativ Care	11660
3	#1 AND #2	1227
	#3 fra 2013	166
	Et bredt søk for å havne videre. Mye som ikke omhandlet innledningssituasjon i det hele tatt, og mange med feil alder på barna i studien. Det var flere artikler jeg har plukket med fra søket i høst, men noen nye. Spesielt interessant med Berglund, et al.	

Swemed + 9/2 - 2017		
1	#anestesi	885
2	#barn	12369
3	#1 AND #2	101
	Valgte et veldig bredt søk pga størrelsen på databasen. Av de 101 valgt jeg 1 artikler utgitt i Inspira.	

Vedlegg 3. Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Preoperativ engstelse hos barn"

Bakgrunn og formål
Tidligere studier viser at mange barn som skal opereres er engstelige. Dette har betydning for selve anestesiinnledningen, men det har også flere negative konsekvenser for det postoperative forløpet.

Hensikten med studien er å få innblikk i anestesisykepleieres opplevelse og erfaring med preoperativ engstelse hos førskolebarn i alderen 3-6 år. Oppgaven kan avdekke behov for videre kvalitetsforbedring av psykososiale preoperative rutiner for førskolebarn. Studien er en del av min mastergradsoppgave ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

Metoden for min oppgave er kvalitativ, og datainnsamlingen vil være gjennom et fokusgruppeintervju. En fokusgruppe består av 5-8 deltagere, samt undertegnede og en moderator. Du forespørres om å delta fordi du har arbeidet som anestesisykepleier på denne arbeidsplassen i to år eller mer, og har jevnlig anestesi til barn.

Hva innebærer deltakelse i studien? Intervjuet vil ta ca 1t, og finne sted på sykehuset en hverdag på slutten av arbeidsdagen (kl.1400-1500) i starten av april. Vil komme tilbake til aktuell dato i samarbeid med dere som er villige til å delta. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og opplevelser i det preoperative møtet med barn og deres foreldre.

Hva skjer med informasjonen om deg?
Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun de som selv deltar i fokusgruppen vil kunne knytte deg til data som kommer fram under intervjuet. Alle deltagerne vil bli anonymisert, det vil ikke være mulig å gjenkjennes i den endelige oppgaven. Lydbåndet vil bli slettet når materialet er transkribert og transkripsjonene vil bli slettet etter eksaminasjonen desember 2017.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger bli behandlet konfidensielt.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med u.t.
Studien er godkjent av personvernombudet ved [redacted], og meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Med Vennlig Hilsen
Maren Thomasgaard, tlf: 92051991. E-post: m-thomasg@hotmail.com

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

---
(Signert av prosjektdeltaker, dato, mobilnummer)

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD

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

Vår dato: 29.03.2017 Vår ref: 52775 / 3 / STM Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52775	*Preoperativ engstelse hos barn*
Behandlingsansvarlig	*Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Berit Taraldsen Valeberg*
Student	*Maren Thomasgaard*

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, 20.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68
Vedlegg: Prosjektvurdering

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vedlegg 5. Godkjenning fra personvernforbundet

Sak 2017/3838

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)
Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern
[redacted]

69

Vedlegg 6. Intervjuguide

Forskningsspørsmål:
Hvilke erfaringer og opplevelser har anestesisykepleieren med å trygge engstelige barn før innledning av anestesi?

Intervjuguide

1. **Innledning:**
   Presentasjon av meg og moderator, rolleavklaring.
   Fortelle kort hva en fokusgruppe er, hensikten med oppgaven (hva jeg ønsker hjelp til)
   Regler: lydopptak (avdramatisere)
   Det som blir sagt i dette rommet, blir her.

2. **Starte lydbånd og intervju**

- *Kan dere fortelle om deres erfaringer med engstelige barn før anestesi?*
- *Kan dere fortelle en historie der du følte at du klarte å trygge barnet?*

- (evt Hva gjør dere?)

- *Hvordan opplever dere at forelderens tilstedeværelse påvirker barna?*

Oppfølging/Inngående spørsmål:
- Aktiv lytting, bekreftende nikk
- kan du si noe mer om det/den situasjonen..
- hvordan opplevde du det?
- Når du nevner....., hva mener du ..?
- hva tenkte du?
- hvordan påvirker det oss?
- hva tror du det skyltes?

3 oppsummering
- kort fortelle hva jeg har lært
- spørre om deltagerne har noen spørsmål til studien.