

MASTEROPPGAVE

Barnesykepleie

Mai 2019

“de sa litt forskjellig, eh om hva som skulle skje”

Preoperativ informasjon til ungdom

“Hvordan opplever ungdom innlagt på sykehus den preoperative informasjonen?”

En kvalitativ studie

Amal Mohamoud Ibrahim og Kristin Ringerike

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

FORORD

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har kandidatene fått en bedre innsikt i ungdommers opplevelser og erfaringer med preoperativ informasjon.

Det har vært en utfordrende, lærerik og spennende prosess. Særlig har vi lært mye av å gjennomføre intervju og analysere det som har blitt formidlet.

Vi ønsker å takke Førsteamanuensis Ingrid Helen Ravn for konstruktive tilbakemeldinger og veiledning gjennom arbeidet.

En stor takk rettes til vår avdelingsleder og kollegaer som har lagt til rette og støttet oss hele veien.

Våre familier og venner har frivillig lest gjennom oppgaven og gitt oss tilbakemeldinger. De har også vist stor forståelse og vært tålmodige med oss, det setter vi stor pris på.

Størst takk skal ungdommene ha, som har stilt opp og svart på spørsmålene våre. Uten dem hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

Oslo, mai 2019

Amal Mohamoud Ibrahim og Kristin Ringerike

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ungdommer som trenger akutt eller planlagt operasjon har behov for preoperativ informasjon. I 2013 ble det laget en fagprosedyre, psykososial preoperativ forberedelse for barn 0-18 år, som brukes ved kirurgiske avdeling barn ved flere store sykehus på Østlandet. Fagprosedyren har som hensikt å tilstrebe trygge og godt forberede barn og pårørende. Klinisk erfaring viser at informasjonen ungdom får varierer, både hvilken informasjon som gis og i hvilken form den blir gitt.

Hensikt: Få økt kunnskap og innsikt i ungdommers erfaringer med preoperativ informasjon, når de er innlagt på en kirurgisk avdeling for barn. Studien søker å øke kunnskaper om innholdet i informasjonen, måten informasjonen blir formidlet og om dette samsvarer med ungdommens informasjonsbehov.

Problemstilling: Hvordan opplever ungdom som er innlagt på sykehus den preoperative informasjonen?

Metode: Dette er kvalitativ studie. Pasientene ble rekruttert av pasientansvarlig sykepleier i perioden november 2018 til januar 2019. Det ble gjennomført 5 semistrukturerte intervjuer med ungdommer innlagt på kirurgisk avdeling for barn før utskrivning. Alderen på ungdommen var 14- 16 år og begge kjønn er representert. Tematisk analyse ble brukt for å analysere data i studien.

Funn: Alle ungdommer hadde mottatt preoperativ informasjon. Flere ungdommer opplevde å bli godt informert, men en ungdom erfarte informasjon som noe mangelfull. Ungdommer ønsket en mer personlig tilpasset informasjon. Legene og ikke sykepleierne ble trukket frem i denne studien.

Konklusjon: Ungdommene i denne studien trakk fram samtale med leger som nødvendig for en god opplevelse av preoperativ informasjon.

Nøkkelord: preoperativ-informasjon, ungdom, barnesykepleie, kvalitativ metode, semistrukturert intervju

ABSTRACT

Background: Adolescents who need operation, either it is emergency or planned, needs preoperative information. In 2013 a clinical procedure, psychosocial preoperative preparation, was developed in a large hospital in eastern Norway. It is used for children between the ages of 0 and 18 in several childrens surgical departments. The aim of this procedure is to make children as well as parents safe and well prepared. Clinical experience show that information received by adolescents varies in terms of what type of information and the way information is given.

Purpose: Increase knowledge and insight in adolescents experience with preoperative information when children are hospitalized in surgical departments. The study seeks to increase knowledge on the content of the information and if this information is presented in the way adolescents wants.

Research question: How do adolescents experience the preoperative information when hospitalized?

Method: A qualitative study. Five semi-structured interviews were conducted with adolescents admitted to the surgical ward before discharge. The age of the adolescents was 14-16 years and both sexes are represented. Thematic analysis was used to analyze data in the study.

Results: All adolescents had received preoperative information. Several adolescents experienced being well informed, but a adolescent experienced information as being somewhat deficient. The adolescents wanted a more personalized information. The doctors and not the nurses was highlighted in this study.

Conclusion: The adolescents in this study highlighted conversation with doctors as necessary for a good experience of preoperative information.

Keywords: preoperative-information, youth, pediatricnurse, qualitative method, semistructured interview

FORORD	1
SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INTRODUKSJON	6
1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	8
1.3 Avgrensninger	9
2.0 LITTERATURSØK	10
2.1 Usystematiske søk	13
2.2 Tidligere forskning	14
3.0 TEORETISK RAMMEVERK	17
3.1 Preoperativ informasjon	17
3.1.1 Psykososial preoperativ forberedelse for barn 0-18 år	19
3.2 Ungdom	20
3.2.1 Ungdom på sykehus og foreldre	22
3.2.2 Ungdoms deltakelse i forskning	22
3.2.3 Lovverket og rettigheter	24
3.3 Barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder	25
3.4 Mestringsteori	26
4.0 METODE OG UTVALG	28
4.1. Kvalitativ metode	28
4.2 Utvalg	28
4.3 Kandidatenes forforståelse	29
4.4 Forskningsetikk	30
4.5 Validitet og reliabilitet	32
4.6 Godkjenning fra aktuelle instanser	33
4.7 Gjennomføringen av studien	34
4.7.1 Planleggingsfase	34
4.7.2 Datainnsamlingsfase	34
4.7.3 Analysefasen	39
5.0 RESULTATER	44
5.1 Hovedfunn	44
5.2 Utvalget i studien	45
5.3 Informasjon	46
5.3.1 Helsepersonell	46
5.3.2 Personlig tilpasset informasjon	47
5.3.3 Informasjonens form	48
5.3.4 Tid	49
	4

5.3.5	Informasjonens kvalitet	50
5.3.6	Ungdommers anbefalinger om preoperativ informasjon	51
5.4	Opplevelser og erfaringer	53
5.4.1	Trygghet	53
5.4.2	Smerter/smertelindring	54
5.4.3	Mestring	55
6.0	DISKUSJON	56
6.1	Informasjon	56
6.1.1	Helsepersonell	57
6.1.2	Personlig tilpasset informasjon	58
6.1.3	Informasjonens form	60
6.1.4	Tid	62
6.1.5	Informasjonens kvalitet	64
6.1.6	Ungdommers anbefalinger om preoperativ informasjon	65
6.2	Opplevelser og erfaringer	68
6.2.1	Trygghet	69
6.2.2	Smerter/smertelindring	70
6.2.3	Mestring	71
6.3	Metodekritikk, styrker og svakheter	73
7.0	KONKLUSJON	75
7.1	Hovedfunn	75
7.2	Kliniske implikasjoner	76
7.3	Videre forskning	76
REFERANSELISTE		77
Vedlegg 1 -	Vurdering av artiklene	83
Vedlegg 2 -	Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0-18 år	90
Vedlegg 3 -	Informasjonsskriv	92
Vedlegg 4 -	Samtykkeskjema	95
Vedlegg 5 -	Godkjenning psykolog	96
Vedlegg 6 -	Tilbakemelding fra REK	98
Vedlegg 7 -	Tilbakemelding fra personvern	99
Vedlegg 8 -	Godkjenning forskningsleder	101
Vedlegg 9 -	Godkjenning avdelingsleder	102
Vedlegg 10 -	Godkjenning seksjonsleder	103

1.0 INTRODUKSJON

I følge statistisk sentralbyrå var det i 2018 registrert totalt 158 713 barn mellom 10-19 år innlagt på somatiske sykehus (ssb.no, 2019). Sykehusinnleggelse i alderen 10-19 år skyldes ofte skader og forgiftninger (ssb.no, 2019).

Klinisk erfaring viser at ungdom er en gruppe pasienter som varierer stort i alder og adferd. Biologisk og psykologisk overgang fra barn til voksen skjer ikke innenfor en avgrenset aldersperiode. Blant annet utvikler barn seg fra konkret tankegang til kompleks abstrakt tankegang mellom de er 10 og 20 år (Lissauer & Clayden, 2010).

Ved sykehusinnleggelse er tap av kontroll, identitet, synlige arr og endringer av kroppen de største truslene i ungdomsårene. Ungdom har forståelse og interesse for hva som skjer i kroppen under, etter behandling og undersøkelse. De kan være tilbakeholdne med å stille spørsmål dersom de tror at det er kunnskap de burde ha (Søbjerg, 2013, s.133). Hvert barn er unikt og kommunikasjon med barn gjøres ved å møte dem ut i fra deres alder og utviklingsnivå (Søbjerg, 2013, s.133). For å gi ungdom følelse av trygghet og kontroll over egen situasjon, og styrke deres evne til å takle hendelser er konkret informasjon viktig.

Opplysninger om hvordan de vil føle seg etterpå, hvor de vil våkne opp og om de vil være tilkoblet medisinsk utstyr er viktig innhold i informasjonen (Søbjerg, 2013, s.134).

Forskning viser hvordan preoperativ informasjon også er med på å redusere stress og engstelse (Kain, Caldwell, Mayes, Weinberg,ME, Wang S-M, MacLaren JE, *Blount RL*, 2007).

Ungdommer som trenger operasjon enten det er akutt eller planlagt har behov for preoperativ informasjon (Slota, 2013, s.25). Preoperativ vil si perioden fra det er bestemt at pasienten skal opereres til pasienten kjøres inn på operasjonsstua (Holm & Kummeneje, 2009, s.15).

Barnesykepleieren har som ansvar å holde seg faglig à jour (Barnesykepleierforbundet, NSF, 2017, s.6-8). I tillegg har barnesykepleieren ansvar for å utvikle eget fagområde og delta i kvalitetsutvikling i den hensikt å forbedre praksis. Dette kan barnesykepleiere gjøre ved å ta initiativ til forskning, gjøre forskningen tilgjengelig og implementere forskningsresultatene i praksis (BSF, 2017, s.6-8).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studien ble gjennomført på bakgrunn av en felles interesse for ungdom som pasientgruppe. Ungdom blir av verdens helseorganisasjon definert som unge mennesker i alderen 10-19 år (WHO, 2014). Innenfor utviklingspsykologien definerer Tetzchner (2012, s.680) ungdomsårene fra 12 og 18 år og det er denne aldersrammen studiet forholder seg til. Ungdommer som pasientgruppe kan være sammensatte da de gjennomgår store forandringer på fysiske, psykiske og sosiale plan. Opphold på sykehus og oppbrudd til en ellers vanlig hverdag kan vise seg å være en utfordring for ungdom (Tveiten, 2012, s 58). Studien har som mål å undersøke hvordan ungdom blir forberedt og gitt informasjon før operasjon.

I artikkelen *Children's Desire for Perioperative Information* viser forskning at helsepersonell bør sørge for omfattende perioperativ informasjon og tilstrekkelig informasjon angående postoperativ smerte (Fortier, M.Chorney, J. Rony, R. Perret-Karimi, D. Rinehart, J. Camilon, F. Kain, Z. 2009).

Klinisk erfaring viser at noen er veldig interessert i informasjonen som skal gis i forkant av operasjon og andre viser ingen interesse.

Det er utviklet en fagprosedyre på OUS i 2013 om psykososial preoperativ forberedelse til barn i alderen 0 - 18 år (OUS, 2019). Fagprosedyren brukes ved flere store sykehus på østlandet. Barnesykepleiere forbereder og gir preoperativ informasjon til ungdom, og dette inngår i barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder.

Klinisk erfaring viser at informasjonen ungdom får varierer, både hvilken informasjon som gis og i hvilken form den blir gitt. Det kan noen ganger virke som det er sammenheng mellom informasjonen de har fått i forkant og hvordan ungdom takler forløpet etter operasjonen. God preoperativ informasjon kan gjøre ungdommen tryggere før operasjonen og fremme mestring (Tveiten, 2012, s.64).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven skal ungdom få si sin mening i alle spørsmål om egen helse fra de er 12 år, dette gjelder også på sykehus. Barneombudet påpeker viktigheten med at ungdom også får alenetid under samtale med lege (Barneombudet, fagrapport 2013).

I følge direktoratet for e-helse (2019) har man «rett på å få nok informasjon om ens rettigheter, helsetilstand og hva behandlingen går ut på i en form som man forstår. Dette skal gi helsepersonell tillatelse til å behandle deg og bidra til at du selv kan gjøre et valg» direktoratet for e-helse (2019). Altså, er korrekt videreformidling av informasjon viktig i forhold til juridiske forpliktelser, men også for å ivareta pasienters velvære og behov.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er økt kunnskap og innsikt i ungdommers erfaringer med preoperativ informasjon, når de er innlagt på kirurgiske avdeling for barn. Kandidatene ønsker å få kunnskap om innholdet i informasjonen, og om måten informasjonen blir formidlet samsvarer med ungdommens informasjonsbehov og blir presentert på en måte ungdommen selv ønsker. Målet er å rekruttere 3-5 ungdommer. Resultatet fra studien kan bidra til å belyse hvordan preoperativ informasjon til ungdom innlagt på kirurgisk avdeling for barn er, og om den kan forbedres. Dette kan dermed også bidra til kvalitetssikring av sykepleietjenesten som er en del av barnesykepleierens ansvar og funksjonsområde.

Problemstillingen i studien er «Hvordan opplever ungdom som er innlagt på sykehus den preoperative informasjonen?»

Forskningsspørsmålene ble derfor:

1. Hvordan vurderer ungdommen innholdet i preoperativ informasjon?
2. Hvordan opplever ungdommen at preoperativ informasjon blir formidlet på sykehus?

1.3 Avgrensninger

Studien inkluderer tidligere friske ungdommer og ikke de med alvorlige sykdommer. De tas ikke med på studien, fordi det etisk kan være vanskelig grunnet den ekstra belastningen det kan medføre hos pasienten. I følge Helsinki deklarasjonen er barn en sårbar gruppe, og vi ønsker derfor ikke å utsette de for ekstra påkjenninger (Helsinkideklarasjonen, 1989).

Foreldre og søsken er ikke fokus for oppgaven, selv om de sammen med ungdom utgjør en naturlig helhet i en familie (Søbjerg, 2013, s.186).

2.0 LITTERATURSØK

Det har blitt gjort litteratursøk til forskningsstudiet i perioden januar 2018 til april 2019.

Det er gjort 5 uavhengige litteratursøk, hvor 4 av dem har vært med ulike bibliotekarer.

Bibliotekarer ble brukt for å være grundig i søkene, sikre bredde og få innspill til databaser, søkeord og dermed øke kvaliteten på søkene som er gjort.

Det er mange studier som tar for seg virkningen av preoperativ informasjon, men få funn på bare ungdom og preoperativ informasjon.

Databasene dekker ulik forskning og artikler. Cinahl er særlig sterk på sykepleie og kvalitativ forskning. SveMed er fagspesifikk. Epistemonikos dekker internasjonale systematiske oversikter og enkeltstudier på helsefag. PubMed og MEDLINE er generelle databaser innenfor medisin, sykepleie og odontologi.

Søkeordene som er brukt er satt inn i PICO-skjema med norske og engelske søkeord.

Søkeordene er brukt på bakgrunn av studiens fokus. Dette for å kunne se hva som er gjort tidligere i feltet og om det er behov for å gjennomføre denne studien.

Inklusjonskriteriene i vårt søk er preoperativ informasjon, inneliggende pasienter, ungdomsalder innenfor 12-18 år, begge kjønn, alle typer etnisk bakgrunn, og ingen geografisk ramme. Kvalitative og kvantitative studier er med i søket, og lignende studier er blitt sett på for bedre sammenligningsgrunnlag.

Eksklusjonskriteriene er foreldrenes og søskens opplevelse. Forskning på andre språk enn engelsk, norsk, dansk eller svensk er utelukket på grunn av manglende ressurser og tid til oversetting av tekster. Dette er gjort med en bevissthet om at det kan være mye relevant forskning gjort i andre land som dermed blir ekskludert.

Tabell 1

PICO-skjema med norske og engelske søkeord

P Patient/problem/population	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Ungdom	preoperativ	informasjon	
Youth or Adolescence or Adolescent or Teenager or Teenagers or Teens	pre operative or perioperative or preoperative or before surgery or perioperative period or preoperative period or preoperative care or patient education as topic or patient education handout	information or prepared or preparation or patient education or education or educational or instruction or evaluation	patient satisfaction or qualitative or hermeneutical or interview or focus group or phenomenological or semistructured intervju semi or structured intervju

AND -----> -----AND-----> -----AND----->

Tabell 2

Presentasjon av siste søk 02.04.19. Det har blitt brukt andre kombinasjoner ved tidligere søk. Denne gangen ble disse kombinasjonene valgt for det ga best resultat ved tidligere søk.

Database	Antall treff	Antall relevante treff	Antall artikler trukket ut
Pubmed	Alle mulige forskningsdesign ga 5029 treff Kvantitative forskningsdesign ga 85 treff, begrenser til siste 10 år får vi 47 treff (alle på engelsk) Alle ord satt i kombinasjon som sett i PICO-skjema ga 100 treff, årstall og språk er ikke avgrenset. Lagt til evaluation og fikk 11 treff	4 relevante for oppgaven vår Ingen relevant for oppgaven	4 artikler trukket ut
Medline	Preoperativ 104 treff, Informasjon 0 treff, Information 1166 treff, Ungdom 177 treff Sammenslått preoperative and information and adolescent ga 5 treff	Ingen var relevante for vår oppgave	Ingen
Svemed	Preoperativ 452 treff Ungdom 9747 treff Kombinasjon preoperativ and ungdom ga 21 treff, hvorav 8 dansk, 8 svensk, 4 norsk og 1 engelsk	1 artikkel	Ikke valgt fordi den er veldig gammel og ikke tilgjengelig
Cinahl	Preoperative education or preoperative period ga 5746 treff, 5476 på engelsk, 1 dansk, 3 norsk, 2 svensk La til all child og fikk 789 treff preoperative and information and teen, all child 205 treff. (patient satisfaction) or pre operative and prepared and patient satisfaction all child, år 2010-2019 ga 3993 treff preoperative and information and evaluation, all child ga 66 treff	2 relevant 4 relevant	1 artikkel trukket ut til oppgaven
Epistemonikos	preoperativ and informasjon and ungdom, bare primary studys, last 5 years 27 artikler. Preoperative and information and adolescents, primary studys, 2017-2019 ga 36 treff.	Ingen relevante for vår oppgave	Ingen

2.1 Usystematiske søk

Kandidatene har også funnet artikler utenom litteratursøk. Disse er funnet når vi har lest artikler og fått noen artikler fra medstudenter og kollegaer. Via faglitteratur og bøker har vi gått til originalartikler og studier.

Tabell 3

Presentasjon av artikler utenom litteratursøk

Forfatter	Tittel	Årstall	Kort oppsummering
Clarke, V. & Braun, V.	<i>Using thematic analysis in psychology</i>	2006	Tilgjengelig og teori-fleksibel tilnærming til å analysere kvalitative data
Clarke, V. & Braun, V.	<i>Thematic analysis</i>	2017	Beskriver hvorfor tematisk analyse ofte er bedre for å forstå hvordan paraplybetegnelse brukes, til noen ganger ganske forskjellige tilnærminger enn en enkelt kvalitativ analytisk tilnærming
Trondsen M.V & Eriksen S.H	Mellom deltakelse og beskyttelse: Aksjonsforskningen s mulighetsrom for barn og unge	2019	Fire artikler der forfatterne bruker egen forskning i refleksjoner om utfordringer og muligheter i barne- og ungdomsforskning.
Pena, A.L.N. Rojas, J.G.	<i>Ethical aspects of childrens perceptions of information-giving in care</i>	2014	Understreker behovet for å fremme barns samtykke og deltakelse i sykepleieintervensjoner.
Busen, N.H.	Perioperative Preparation of the Adolescent Surgical Patient.	2001	Fagartikkel. Den belyser viktighet for ungdom om å få preoperativ informasjon.

2.2 Tidligere forskning

Kort sammendrag og presentasjon av artiklene relevante for oppgaven.

Kain, Z.N. Caldwell-Andrews AA. Mayes L C, Weinberg ME, Wang S-M, MacLaren JE, Blount RL. (2007). *Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children*. Forskningsartikkelen er en randomisert kontrollert studie som trekker frem hvordan preoperativ informasjon reduserer stress og engstelse. Studien inkluderte 408 barn fra 2-10 år, og utvalget var like med hensyn til karakteristika som alder, kjønn, etnisitet, foreldres vurdering av barns oppførsel under tidligere medisinske besøk, angst før operasjon, foreldringsattest, oppdragelsesstil og foreldres utdanning.

Resultatet var at godt forberedte barn før et kirurgisk inngrep opplever redusert stress ved innledning av anestesi. Det er mindre stress ved oppvåkning, redusert postoperativ forvirring og mindre behov for medikamenter. I tillegg ble de skrevet tidligere ut fra overvåkingen. Studien har overføringsverdi fordi den trekker frem hvordan preoperativ informasjon reduserer stress og engstelse. Derfor tas den med i kunnskapsgrunnet for problemstillingen.

Viktigheten av preoperativ informasjon kommer også frem i to oversiktsartikler, Copanitsanou &Valkeapää (2014). *Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety - a systematic review*.

Chow, C. H.T. Schmidt, L. A, Lieshout, R.J.V. Leung, P. Nejati,N. Pope,E. Michelangeli L. Shahzada,A.Buckley, N. (2006). *Managing Children's Perioperative Anxiety*. Barn opp til 12 år er tatt med. Siden Chow et.al., sin studie bare tar for seg barn kan dette være en svakhet å ha med i kunnskapsgrunnet. Likevel kan det ha overføringsverdi siden virkningen av preoperativ informasjon kommer klart frem.

Fortier, M.A.Chorney, J.M. Rony, R.Y.Z. Karimi, D.P. Rinehart, J.B. Camilon, F.S. Kain, Z.N (2009). *Children's Desire for Perioperative Information*. En tverrsnittstudie hvor de ønsket å undersøke hvilken preoperativ informasjon barn ønsket å få av helsepersonell. 143 barn i alderen 7-17 år deltok i studien, som foregikk på to forskjellige sykehus i USA. Selv om de har identifisert at flertallet av barn ønsker perioperativ informasjon, foretrekker et mindre antall barn å ikke motta omfattende informasjon. Det ble laget en oversikt på 16 spørsmål som de fleste barn følte de "virkelig må vite" før de skal opereres. En del av konklusjonen var derfor at informasjon preoperativt bør skreddersys så langt det lar seg gjøre til hver enkelt pasient.

Toruner & Bartik (2017). *Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Children's Emotional States and Parental Anxiety*. En enkeltblindet randomisert-kontrollert studie som ønsker å evaluere effekten av en strukturert preoperativ forberedelse på barn og foreldres angst, barnets adferdsmessige forandringer og foreldres tilfredsstillelse. 73 barn og en av sine omsorgspersoner (vanligvis en forelder) ble tilfeldig fordelt i to grupper. Kontrollgruppen fikk standard praksis uten spesifikk preoperativ forberedelse, og den eksperimentelle gruppen fikk en preoperativ forberedelse, inkludert en fotofil, demonstrasjon av utstyr ved hjelp av en rollemodelleringsmetode og en omvisning. Resultatene viste at preoperativ forberedelse viste noen fordel for å redusere foreldres angst, men ikke i deres tilfredshet. Preoperativ informasjon hadde ingen effekt på barns angst og posthospital adferd, men var gunstig for å redusere postoperativ smerte. Forfatterne konkluderte med at undervisning bør inkludere foreldre og kunne tilrettelegges på måter som er mer praktiske for foreldre med familie- og arbeidsforpliktelser.

Alle artiklene er presentert og vurdert i detalj i et eget skjema (vedlegg 1). Vurderingen er basert på sjekklister utarbeidet for å vurdere randomisert kontrollert studie, tverrsnittstudie og systematisk oversikt (fhi, 2014).

Oppsummering av valgte relevante artikler er at alle studiene hadde klart formulerte formål. Alle studiene hadde også beskrevet i detalj utvalg, datainnsamling og analyse.

Det finnes mulige svakheter ved studien til Kain et.al., (2007) og Toruner et.al., (2017) fordi det var vanskelig å blinde deltakerne. Grunnen til dette var at foreldre/familie var med barna

og dermed kunne avsløre hvilken gruppe de tilhørte. De har beskrevet hvilke tiltak som er gjort for å optimalisere å gjennomføre prosjektene så blindt som mulig.

Ingen av studiene går i detalj på forskerens forforståelse.

Alle studiene har blitt gjennomført med informert samtykke, og tillatelse fra etiske komiteer. Sett samlet er resultatet for studiene at informasjon før operasjon er med på å redusere stress, engstelse og postoperativ smerte. Der det lar seg gjøre bør informasjonen være skreddersydd til den enkelte og være oppmerksom på at ikke alle ønsker omfattende informasjon.

Det har vært utfordrende å finne tidligere forskning som bare tar for seg ungdom og preoperativ informasjon og forberedelse. Derimot finnes det mye forskning som går på preoperativ informasjon generelt og viktigheten av denne. Forskningsstudiene som ble funnet er gjennomført i andre land enn Norge. Dette styrker at det trengs mer kunnskap på området.

3.0 TEORETISK RAMMEVERK

3.1 Preoperativ informasjon

Informasjon vil si å informere, opplyse og underrette. Informasjon er viten som blir formidlet ved ulike former for kommunikasjon mellom mennesker. Informasjon kan bearbeides, lagres, tolkes og formidles (Rossen, 2018).

Preoperativ informasjon må inneholde hva som skal skje før, under og etter narkosen slik at de får en opplevelse av kontroll, som igjen er vesentlig for følelse av mestring (Søbjerg, 2013, s.135). Barnesykepleieren skal systematisk forberede, undervise og veilede barn og ungdom innlagt på sykehus. Informasjonen skal være tilpasset ulike alderstrinn, samt tilpasse metoder og innhold til barn og ungdoms læreforutsetninger (BSF, 2017, s.6-8).

God preoperativ informasjon og forberedelse i forkant av operasjon kan bidra til at ungdom opplever trygghet og mestrer sykehusinnleggelse (Tveiten, 2012, s.64).

Ungdom bør forberedes på sensoriske inntrykk som de kan erfare før, under og etter operasjon (Holm & Kummeneje, 2009, s.49). Eksempler på sensoriske inntrykk kan være skarp lys og kjølig på operasjonsstua. Det kan også være mye teknisk utstyr rundt pasienten som kan gi en del støy (Holm & Kummeneje, 2009, s.49). God preoperativ forberedelse på hva ungdom kan se og oppleve kan redusere angst (Holm & Kummeneje, 2009, s.49). På grunn av bred mangfold i alder, fysisk, kognitiv og psykologisk modning kan tilpasset informasjon til ungdom være en utfordring i preoperativ forberedelse (Busen, 2001).

Preoperativ informasjon fungerer best når informasjonen gis en uke før innleggelse og så gjentatt rett etter innleggelse (Holm & Kummeneje, 2009, s.48). Ungdom som legges inn for planlagt operasjon har vært innom poliklinikk forkant før operasjon for preoperativ informasjon (Holm & Kummeneje, 2009, s.17).

Aktuell praksis er at ungdom som skal til elektiv operasjon ofte har fått informasjon hos lege ved en poliklinisk time. Det kan ta dager til måneder før de skal opereres. De fleste kommer til avdelingen rett etter en poliklinisk time og får preoperativ informasjon fra barnesykepleier, sykepleier eller hjelpepleier, og erfaringsmessig reiser de så reiser hjem i påvente av operasjonsdagen.

Studien til Kain et.al., (2007) viser at godt forberedte barn før et kirurgisk inngrep opplever redusert stress ved innledning av anestesi. Det er mindre stress ved oppvåkning, redusert postoperativ forvirring og mindre behov for sedative medikamenter. I tillegg ble de skrevet tidligere ut fra overvåkingen.

Ungdom frykter tap av kontroll og død (Westhorpe & Davies, 2018). De misliker at aktivitet blir begrenset og tap av privatliv, og det er mer sannsynlig at de har underliggende emosjonelle problemer. De anbefaler derfor at foreldrene på bakgrunn av dette bør starte forberedelse av ungdom preoperativt minst i en uke (Westhorpe & Davies, 2018 ;OUS, 2019).

Slota skriver at ungdom ønsker å være aktive deltakere i egen helse, både planlegging og iverksetting av omsorg. Når de blir godt forberedt reduseres frykt og de beholder en form for kontroll over situasjonen. De har vanskelig for å innrømme om det er noe de ikke forstår og at barnesykepleieren derfor må vurdere ungdommens kunnskap og tilpasse informasjonen til hver enkelt (Slota, 2013, s.35). Ungdom kan bekymre seg om behandlingen påvirker deres utseende (Finrud, 2017, s.145). Derfor er det viktig at helsepersonell gir utfyllende informasjon om behandlingen etter operasjonen (Finrud, 2017, s.145). Ungdom bør informeres om aktuelle prosedyrer som for eksempel innleggelse av urinkateter og veneflon (Finrud, 2017, s.145).

3.1.1 *Psykososial preoperativ forberedelse for barn 0-18 år*

I 2013 ble det laget en fagprosedyre, psykososial preoperativ forberedelse for barn 0-18 år som brukes ved kirurgiske avdeling for barn ved flere store sykehus på østlandet (Vedlegg 2).

Denne prosedyren har som hensikt å tilstrebe trygge og godt forberedte barn og pårørende.

Dette innebærer at barn skal få alderstilpasset informasjon som de har krav på, den er kvalitetssikret og er med på å forebygge komplikasjoner postoperativt.

I prosedyren anbefales det å gi informasjon i rolige omgivelser, at forberedelsen starter hjemme av foreldrene og at tiden i forkant avhenger av alder, og for ungdom en eller flere uker før operasjon. Prosedyren inneholder film, bildeperm og kiste med utstyr som ungdommen kan se på og bli kjent med. Noen fellestrekk når man kommuniserer med barn er å møte dem i forhold til alder og utviklingsnivå. Informasjonen skal være planlagt, konkret, ærlig og fortalt på en forståelig måte. Det skal være rom for spørsmål (OUS, 2019).

Fordi godt forberedte barn er mer tilpasningsdyktige gjennom en innleggelse (Slota, 2013, s.25) er det viktig å finne ut om ungdommen får den informasjonen de trenger. Og da er det viktig at ungdommen selv får si noe om dette.

3.2 Ungdom

Ungdomsalderen fra 12-18 år er en overgang fra barn til voksne. Ungdom utvikler en selvstendig og uavhengig tilværelse. I den perioden skjer en kroppslig og emosjonell endring (Tetzchner, 2012, s.680). Kvalem og Wichstrøm skriver at det mellom 12- og 18-åringer er enorme forskjeller i kroppens utseende, måten å tenke på og sosial kompetanse. Både fysisk modning, læring/erfaringer, sosiale forhold og kultur er med på å danne resultatet av denne utviklingen (Kvalem & Wichstrøm, 2007, s.17).

Klinisk erfaring viser også at ungdom er en gruppe pasienter som varierer stort i alder og atferd. Noen er veldig interessert i informasjonen som skal gis i forkant av operasjon og andre viser ingen interesse. Dette er i følge Tetzchner (2012, s.697) en tid hvor ungdommene bekymrer seg mer og er emosjonelt negative til hendelser som de opplever. Det kan også skyldes sosiale relasjoner og ikke minst de fysiske forandringene og puberteten (Tetzchner, 2012, s.697).

Ungdom prøver i denne perioden å finne egen identitet og utvikler sider ved seg selv som hittil har vært ukjent. Siden ungdomsalderen er en periode hvor de løsriver seg mer fra foreldrene er tap av kontroll og identitet, synlige arr, endringer av kroppen og atskillelse fra jevnaldrende noen av de største truslene ved en sykehusinnleggelse i ungdomsårene (Sjøbjerg, 2013, s.126).

I en fagartikkel kommer det også frem at ungdom frykter adskillelse fra andre, spesielt jevnaldrende, de frykter smerter, kroppslig lemlestelse, pleie av fremmede og forstyrrelse av deres normale rutiner (inkludert skole og sportsaktiviteter). Mangel på privatliv og mobilitet er også en frykt ungdom har (Busen, 2001).

I samtaler med ungdom kan noen virke voksne i måten de svarer og tenker rundt egen sykdom sammenlignet med for eksempel skolebarn. Dette skyldes nok, som Slota skriver, at de kognitivt begynner å tenke mer abstrakt og at evnen til å tenke logisk, se konsekvenser for sykdom og deres handlinger blir mer fremtredende. De er selvopptatt men klarer å se ting fra

andre perspektiv. De har dermed bedre forståelse for sykdom, behandling og prognoser (Slota, 2013, s.35).

Derfor er det viktig at vi som barnesykepleiere bidrar slik at de føler kontroll over egen situasjon og dermed mestrer sykehusinnleggelsen bedre.

For ungdom gir mediautviklingen, med mobilbruk og bruk av internett, nye muligheter og utfordringer (Kvalem & Wichstrøm, 2007, s.8-9). Ungdommene har muligheten til å finne informasjon på nett som kan være vanskelig å forstå eller være skremmende.

For ungdommer som er etnisk minoriteter kan veien til voksenlivet være enda vanskeligere. Dette skyldes at de blir mer bevisste på sin hudfarge og etnisitet. I tillegg må de forholde seg til forventninger fra jevnaldrende, storsamfunnet og folk fra samme etnisk bakgrunn. Altså, forventninger som kan være motstridende og som kan føre til en generasjonskonflikt mellom minoritetsbarn og deres foreldre. En konflikt som kan ha sitt utspring i valg som barna gjør som er annerledes enn det foreldrene ønsker. Dette kan for eksempel være i forbindelse med valg av utdanning og jobb (Tetzchner, 2012, s.697).

Kjersti Lassen (2014) forklarer at det for mange kan det være svært krevende å skulle behandles ut fra en helt annen forståelse enn den de selv bærer med seg. Også for helsepersonell kan det være vanskelig å forstå pasientens og de pårørendes ønsker, behov og atferd (Lassen, 2014).

3.2.1 *Ungdom på sykehus og foreldre*

Ungdom kan kjede seg under sykehusinnleggelse og kan føle seg isolert og alene. Mangel på internetttilgang og egne rom kan begrense mulighetene til det ungdom liker, for eksempel se på filmer, høre på musikk (Grønseth & Markestad, 2017, s.87).

Dårlig egnede lokaler kan gjøre at det blir lite kontakt med jevnaldrende venner, skolekamerater og søsken (Grønseth & Markestad, 2017, s.87). Egne samtalerom og ungdomsrom bidrar til at ungdom lettere kan treffe jevnaldrende.

Barnesykepleieren skal tilrettelegge slik at ungdom får anledning til lek, meningsfulle aktiviteter og samvær med søsken og venner (BSF, 2017).

I regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021 anbefales det opprettelse av ungdomsråd ved alle sykehus (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

Lytting til ungdommens egne råd og forslag kan ha innflytelse på ungdommens egen sykehushverdag. Fleste foreldrene kan bli usikre, engstelig når ungdom legges inn på sykehus. Stress hos foreldrene kan føre til at ungdom blir engstelig og kan svekke foreldrenes oppmerksom mot barnets behov (Grønseth & Markestad, 2017, s.87). Fortløpende informasjon til foreldrene om pasientens tilstand kan hjelpe til å redusere stress og bedre foreldrenes mestring (Grønseth & Markestad, 2017, s.87).

3.2.2 *Ungdoms deltakelse i forskning*

Å gi barn og unge muligheten for å delta i forskning som angår deres liv og levevilkår er viktig (Trondsen & Eriksen, 2019, s.49-65). Videre i artikkelen trekker de frem at barn og ungdom har rett til beskyttelse og ivaretagelse av integritet. Maktbalansen mellom forsker og deltaker er en utfordring i all forskning med barn og unge, og forskeren må være bevisst på kompleksiteten i relasjonen til deltakeren (Trondsen & Eriksen, 2019, s.49-65). I forskning med barn og unge vil forskeren ikke bare kunne besitte makt ut fra alder og posisjon, men også basert på språk, akademisk kunnskap og kulturelle forhold (Trondsen & Eriksen, 2019, s.49-65).

Det stiller krav til forskeren om etisk bevissthet, kunnskap om feltet som studeres, sensitivitet for maktforhold og dialog med deltakerne underveis (Trondsen & Eriksen, 2019, s.49-65).

I 2017 ble det innført en ny forskrift i den norske helseforskningsloven som utvider barns selvstendige mulighet til forskningsdeltakelse, ved at barn i alder 12–16 år gis mulighet til å delta uten foresattes samtykke i særskilte, begrensede forskningsprosjekter. Ved barns deltakelse i forskning må samfunnsnyttene være større enn ulempene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Barn og unges rett til å si sin mening og bli hørt og respektert er et grunnleggende prinsipp i FNs barnekonvensjon (Barnekonvensjonen, 2018).

I regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021 presenteres det blant annet som mål at barn og unges stemme skal høres i utformingen av tjenester som berører dem både på systemnivå og på individnivå (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

Det legges frem at barn og unges egne erfaringer og synspunkter må stå sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester. Dette er fordi det tidligere ofte har vært foreldre, foresatte eller andre voksne som har uttalt seg, når tjenester til barn og unge skal utformes eller evalueres. Ungdom har derfor i liten grad blitt invitert til å si sin mening (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). «Ingen beslutninger om meg – uten meg.» I nasjonale brukerundersøkelser kommer ikke de unges stemme tydelig nok frem. Unge ser ut til å ha relativt få arenaer for å medvirke i utformingen av tjenester på systemnivå. På individnivå synes brukermedvirkning å være bedre etablert (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

Tjenestene må tilpasses slik at barn og unges rett til medvirkning blir oppfylt.

Initiativ til forskning, gjøre forskningen tilgjengelig og implementere forsknings resultatene i praksis er også et ansvarsområde for barnesykepleieren (BSF, 2017).

Ungdom kan bidra til at helsepersonell får bedre kompetanse. Ungdoms pasient- og pårørende- erfaring bør brukes som kunnskapskilde for å forbedre sykehusets tilbud til denne gruppen pasienter og pårørende (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

3.2.3 Lovverket og rettigheter

Det er utarbeidet egne forskrifter om barns opphold på sykehus, hvor det blant annet er presisert at personalet skal ha kunnskap om barns utvikling, informasjon, veiledning, behov og retten til å ha foreldrene hos seg (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Som barnesykepleier skal man sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten. I FN's barnekonvensjon er retten til å bli hørt og tatt hensyn til kanskje særlig viktig for ungdom som er i en alder hvor de blir mer selvstendig og gradvis mer frigjort fra foreldrene. Ungdom fra 16 år kan ha samtale med lege uten foreldrene (FN barnekonvensjon, 1989). Sykehusekspertenes 10 bud gjenspeiler barn og unges behov for kunnskap av helsepersonell. De 10 budene er laget av barn som har erfaring fra sykehusopphold (Barneombudet, 2011). Ungdom ønsker å bli møtt imøtekommende med vennlighet og respekt av helsepersonell (Barneombudet, 2011). Videre ønsker ungdom at helsepersonell snakker direkte med dem og ikke bare foreldrene (Barneombudet, 2011). De har rett til informasjon om deres tilstand, behandling og det som skal skje under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s.71). Ungdom ønsker informasjon om rutiner og tilgang til internett ved sykehusopphold. Dette for å opprettholde kommunikasjon med jevnaldrende og holde seg oppdatert i forhold til skolearbeid (Grønseth & Markestad, 2017, s.71). I følge pasientrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett til informasjon som nødvendig for sin helsetilstand og innholdet av helsehjelpen.

3.3 Barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder

Barnesykepleieren har et faglig ansvar i møte med syke barn og ungdommer, disse er beskrevet som funksjon og ansvarsområder. Alle funksjon og ansvarsområder er viktige å ivareta. Vi trekker her frem noen områder som er aktuelle for barnesykepleieren som ivaretar ungdom som skal til operasjon og som tydeliggjør hvorfor det er viktig å forske på ungdom og preoperativ informasjon (BSF, 2017).

Forebyggende og undervisende funksjon er ansvarsområder som blant annet ivaretar ungdoms behov for informasjon før og etter operasjon. Lindrende funksjon er blant annet hvordan barnesykepleieren gir god smertelindring etter operasjon (BSF, 2017).

Barnesykepleieren skal holde seg faglig à jour, har ansvar for utvikling av eget fagområde og for å delta i kvalitetsutvikling i den hensikt å forbedre praksis. Intervju av ungdom kan være en måte å kvalitetssikre at informasjonen som gis er alderstilpasset og gis på en måte som ungdom selv ønsker.

For barnesykepleieren er det viktig å ivareta den faglige kvaliteten på preoperativ informasjon, og med pasientkunnskap belyse områder som er viktige for ungdom. Dermed kan praksis bli forbedret og kvaliteten opprettholdes, som gjør at barnesykepleieren ivaretar sin funksjon og ansvar (BSF, 2017).

Barnesykepleieren må også forholde seg til yrkesetiske retningslinjer (ICN, 2006).

Barnesykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet. Retten til omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp, medbestemmelsesrett og retten til ikke å bli krenket (ICN, 2006).

3.4 Mestringsteori

I følge Lazarus og folkmann (1984) skrives mestring defineres kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende eller som overskrider ens ressurser (Tveiten, 2012, s.59). For en barnesykepleier vil det være viktig å ha en grunnleggende forståelse av felles utfordringer og utviklingsoppgavene som tilhører ungdomstiden. Selv om ungdomstiden har mange fellestrekk, vil faktorer som pubertetstiming, familieforhold, vennskap, skole, samfunn og kultur lede til at ethvert individuelt utviklingsforløp får sin unike profil (Kvalem, & Wichstrøm 2007, s.31).

Kombinert med utviklingsteori om ungdom er det viktig å ha med seg hvordan ungdom mestrer. Det er flere teorier og modeller for mestring, hvor de mest kjente nok er Lazarus og Folkman, Baileys og Clarks, og Havik.

Vi ønsker kort å presentere Haviks modell for mestring og tilpasning av somatisk sykdom. Denne er vesentlig for forståelse av psykologiske reaksjoner og har 3 kontrollområder; kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll.

Med kognitiv kontroll er det viktig med tilgang på informasjon som kan føre til forutsigbarhet og entydighet i situasjonen. Om man mangler forutsigbarhet kan det føre til frykt eller unnvikelser. For ungdom kan det være at de blir involvert i valg og beslutninger om egen helse, dette er lovbestemt fra de er 16 år (FN's barnekonvensjon, 1989). Det er ikke all informasjon ungdom ønsker å dele med foreldrene og det er viktig å tilby samtaler med og uten foreldrene til stede.

Instrumentell kontroll er pasientens evner og muligheter for å fjerne og forebygge negative hendelser og nå ønskede mål (Havik, 1989). Det er viktig at pasienten har en opplevelse av

kompetanse av at de innehar de nødvendige ferdighetene. Når man ivaretar instrumentell kontroll gir det pasienten en opplevelse av mestring. Barnesykepleieren kan gi ungdom innsikt i hva som skal skje og hva de selv kan gjøre.

Emosjonell kontroll handler om å opprettholde emosjonell likevekt gjennom tilhørighet og nærhet. Nærhet til foreldre og emosjonell støtte er særlig viktig for barn. For ungdom er det viktig å opprettholde kontakt med venner og ha de på besøk når det er mulig, i tillegg til å respektere ungdoms integritet og grenser. Kontrollområdene kan påvirke hverandre gjensidig og være aktuelle på tvers av dimensjonene. Slik forstås det at tiltak som fremmer kognitiv kontroll også kan fremme emosjonell kontroll (Havik, 1989).

4.0 METODE OG UTVALG

4.1. Kvalitativ metode

Ungdommens opplevelser av informasjon som blir gitt preoperativt er det forsket lite på og man ønsker derfor mer kunnskap om dette temaet.

Kvalitativ metode er hensiktsmessig når fenomener som vi ikke kjenner særlig godt skal undersøkes. Det er gjerne fenomener som er forsket lite på og som man ønsker å forstå mer grundig (Malterud, 2017, s.30).

Kvalitativ metode kjennetegnes ved å få fram enkeltmenneskets meninger, erfaring og opplevelser. Hensikten er å forstå, ikke forklare. Materialet er tekst som kan være fra samtaler eller observasjoner, og er en måte å presentere mangfold, nyanser og subjektive opplevelser (Malterud, 2017, s.31). Klinisk erfaring viser at ungdommer er en økende gruppe på barneavdelinger, som igjen stiller andre krav til oss som barnesykepleiere.

Semistrukturert individuelle intervju velges for å få fram ungdommens opplevelse eller erfaringer om preoperativ informasjon (Malterud, 2017, s.31). Ved å intervjuer enkeltvis gir vi ungdommer mulighet for å snakke fritt om deres erfaringer, de får tid og rom til å hente frem disse erfaringene (Kvale & Brinkmann 2017, s.46).

4.2 Utvalg

Ungdoms opplevelser og erfaringer er fokus for denne studien. Derfor er det ungdom som har vært igjennom operasjon og som i forkant har fått preoperativ informasjon som best kan si noe om disse erfaringene og opplevelsene.

Utvalget ble rekruttert av pasientansvarlig sykepleier. Ungdommen fikk selv bestemme hvor intervjuet skulle foregå, på pasientrom eller samtalerom, og om pårørende skulle være tilstede.

Det var totalt 8 ungdommer som ble rekruttert til studien, men bare 5 ungdommer deltok i semistrukturert intervjuer. Det var ulike grunner til dette. En ungdom trakk seg fordi den hadde lang reisevei hjem og ønsket ikke å utsette hjemreisen. To ungdommer ble etter rekrutteringen tildelt kandidatene som pasienter og måtte dermed ekskluderes fra studien.

4.3 Kandidatenes forforståelse

I følge Malterud (2017, s.44) er forforståelsen den ryggraden vi bringer med oss før oppstart av studien. Kandidatene har med seg egne tanker, følelser og tidligere erfaringer i møtet med ungdom. I tillegg er forforståelsen at ungdom har behov for informasjon før de skal til operasjon. Det er ikke alle ungdommer som gir uttrykk for hvordan de oppfatter informasjonen og om det er noe de lurer på. Klinisk erfaring viser også at det er varierende hvor mye tid som blir brukt på å gi preoperativ informasjon. Noen faktorer som kan påvirke tiden som er tilgjengelig til å gi informasjon kan være om ungdommen kommer for elektiv operasjon eller som øyeblikkelig hjelp. Andre faktorer kan være at ungdommen virker uinteressert eller interessert, har vært operert flere ganger tidligere, og kapasitet til ansvarlig barnesykepleier.

Masterstudenter må være klar over egen forforståelse og være reflektert og bevisst til egen rolle og innflytelse i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s.45). Forforståelsen kan bidra som motivasjon i en studie, men kan også være begrensende for kandidatens evne til å lære av datamaterialet sitt. Forforståelsen og de forskjellige trinnene i forskningsprosessen blir beskrevet. På denne måten blir studiens troverdighet ivaretatt. Leseren får dermed mulighet til selv å vurdere gyldigheten av studien (Malterud, 2017, s.46) .

4.4 Forskningsetikk

Prosjektet er ikke ute etter opplysninger om ungdoms helse og sykdom, men deres opplevelser av informasjon gitt preoperativt. Forskningsetiske retningslinjer skal ivareta informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå å skade er fulgt. Dette er særlig viktig i forhold til barn som er en sårbar gruppe (Helsinkideklarasjonen, 1989).

Deltakelsen er basert på skriftlig informert samtykke og informanten kunne når som helst trekke seg fra å være med, uten noen begrunnelse eller form for ubehag (Kvale & Brinkmann, 2017 s.104). Det ble i informasjonsskrivet gitt informasjon om at ungdommen fortsatt ville få god hjelp på sykehuset selv om de skulle ønske å trekke seg fra deltakelse i studien. Ungdom fra 12-18 år fikk et informasjonsskriv (vedlegg 3), men begge foreldrene måtte skrive under samtykkeskjema (vedlegg 4). Når barnet har fylt 12 år har det rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder barnets helseforhold. Om det imidlertid skulle være uenighet mellom barnet og foreldrene, skal foreldrenes syn legges til grunn (pasientrettighetsloven, §44, 5.ledd). Selv om foreldrene samtykker har det blitt lagt størst vekt på at ungdommen selv skal ha lyst til å være med.

Er ungdommen over 16 år kan de selv skrive på dette skjemaet. Det er viktig at ungdommen er klar over at de når som helst, uten å gi begrunnelse, kan trekke seg fra å delta (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s 91).

Kandidatene har i denne studien forholdt seg til forskningsetiske retningslinjer som ivaretar ungdoms autonomi og rett til selvbestemmelse. I tillegg har ikke-skade og frivillighetsprinsippet stå sentralt gjennom forskningen. Fortløpende vurderinger ble gjort underveis slik at uforsvarlige konsekvenser ble unngått. Dette samsvarer også med barnesykepleieren må forholde seg til yrkesetiske retningslinjer (ICN, 2006).

Selv om fokuset i studiet er hvordan ungdom opplever preoperativ informasjon, kunne vi ikke utelukke at dette tema kunne utløse noen psykiske reaksjoner under intervjuet. Det var derfor avtalt at ungdommen kunne få tilbud om å snakke med psykolog på avdelingen ettersom det ble behov for det (Vedlegg 5).

Denne studien ble gjennomført ved egen avdeling fordi det kun var der det ble gitt tilgang til feltet. Svakheter ved dette er ved å hente materiale bare fra egne meningsfeller kan det bli vanskelig å utfordre forforståelsen (Malterud, 2017, s.68).

Styrker ved å forske i egen avdeling er kjennskap til rutiner, prosedyrer og hvordan pasienter kommer inn til avdelingen. Noen ungdommer blir lagt inn som elektive pasienter eller som øyeblikkelig hjelp. Det kan være en fordel om ungdommene har sett kandidatene på avdelingen. Kandidatene vil da være litt kjent, og ungdommene har et forhold til hvem kandidatene er og terskelen for å si ja til å la seg intervju kan bli lavere.

Kunnskap til feltet og feltblindhet er fordeler og ulemper som forskere skal være bevisste på gjennom prosjektet.

Grunnen til at kandidatene ikke kan eller bør rekruttere selv er at forskerrollen ikke skal bli blandet med den kliniske rollen vi har som barnesykepleier til ungdommen. Dermed minskes utvalgsbias (Staff, 2015).

Kandidatene har vært bevisst på etiske overveielser gjennom hele studien. Data fra informantene er gjort private, og anonymisert gjennom studien (Kvale & Brinkmann, 2017, s.106). Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer informanter blir oppbevart adskilt. Masterstudentene har oppbevart lydopptak og samtykkeskjema i hver sin safe som har vært innelåst på hver sine rom med begrenset tilgang.

I følge inklusjons- og eksklusjonskriteriene har kandidatene ikke hatt ansvar for ungdom som ble rekruttert til studien. Pasientansvarlig sykepleier rekrutterte ungdom til prosjektet.

Kandidatene avtalte tidspunkt sammen med pasientansvarlig sykepleier og møtte opp i private klær, og med id-kort.

4.5 Validitet og reliabilitet

Studien gjennomføres fordi det er relevant for praksis. Hva ungdommene mener om preoperativ informasjon er viktig å ha kunnskap om for de som gir denne informasjonen. Problemstillingen må da være formulert på en slik måte at kandidatene får svar på det de søker kunnskap om (Malterud, 2017, s.192).

Validitet vil si vurdering av intervjuet og transkriberingenes gyldighet (Malterud, 2017, s.192). Validitet kan være om metoden er egnet til å undersøke fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2017 s.211). Validitet sjekkes ved å gå gjennom data og kontrollere feilkilder. Kandidatene har gjennomgått og kommet frem tema hver for seg og så sammenlignet resultatene. Hvis det ikke har vært enighet har det blitt diskutert hva slags tema som best beskriver dataene. Kandidatene skal ha kritisk syn på sine fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 279).

Reliabilitet brukes til måling av konsistens eller troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2017 s.276). Det stilles spørsmål om intervjuerens reliabilitet i intervjuforskningen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 211). Ved å transkribere hver for oss, deretter gå gjennom teksten sammen vil man på den måten foreta reliabilitet og validitetssjekk (Kvale & Brinkmann, 2017, s.211).

4.6 Godkjenning fra aktuelle instanser

Det ble sendt en fremleggingsvurdering til REK. Tilbakemelding fra REK (vedlegg 6) var at prosjektet ikke faller inn under helseforskningsloven som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Da vi fikk tilbakemelding fra personvernet (vedlegg 7) ved sykehuset, kom det frem at de skal ha ansvar for prosjektet og vi avsluttet dermed søknaden ved NSD.

Søknader ble sendt med det samme prosjektet startet og ble godkjente før vi starter innhenting av data, november 2018.

Avdelingsledelsen og forskningsledelsen godkjente at prosjektet kunne gjennomføres. Ved sykehuset er det personvern som har hatt overordnet ansvar for forskningsprosjektet vårt. Vedlagt ligger kopi av godkjenninger, vedlegg 6-10.

Av hensyn til personvern er det gjennom oppgaven anonymisert navn på leger, sykepleiere, sykehus og avdeling. Også dialekter er skrevet om til bokmål, uten å ta bort pauser og tenkende lyder/ord som “mmm”, “ehm”, “såeh” og lignende. Dette er gjort slik at det ikke skal være mulig å identifisere eller gjenkjenne ungdommene som har deltatt.

4.7 Gjennomføringen av studien

I dette avsnittet presenterer vi hvordan studien ble gjennomført og har delt det inn i planleggingsfase, datainnsamlingsfase og analysefasen.

4.7.1 Planleggingsfase

Planlegging av denne studien startet med godkjenning av prosjektbeskrivelse. Det ble sendt ut søknader til REK, personvern og NSD (som beskrevet i avsnitt 4.6 Godkjenning fra aktuelle instanser).

Personvernet ved aktuelt sykehus har ansvaret for studien, og har i tillegg blitt godkjent av forskningsleder, avdelingsleder og seksjonsleder ved sykehuset (vedlegg 8-10).

Nytt litteratursøk ble gjennomført i påvente av godkjenninger.

Informasjon om prosjektet har blitt gitt i avdelingen, og klargjøring av informasjonsskriv (vedlegg 3) og samtykkeskjema (vedlegg 4) som har blitt lagt i avdelingen.

Intervjuguiden vi har brukt har vi sendt til ungdomsrådet som en pilot og fått tilbakemelding på de ulike spørsmålene. Kandidatene ønsket tilbakemelding på hvordan spørsmålene i intervjuguiden var formulert og ønsket tilbakemelding om det var andre spørsmål som burde tas med. På bakgrunn av tilbakemeldingene ble det gjort noen justeringer. Endringene ble gjort i forhold til hvordan spørsmålene ble forstått og hvordan de var formulert.

4.7.2 Datainnsamlingsfase

Rekruttering av ungdom har pågått i perioden november 2018 til januar 2019.

Ungdommene var innlagt ved kirurgisk avdeling barn og hadde gjennomgått operasjon.

Intervjuene ble gjennomført og tatt opp på diktafon 1-3 dager før hjemreise.

Inklusjonskriterier er ungdom mellom 12 og 18 år, både jenter og gutter, fordi dette er rammene som fagprosedyren og Tetzchner (2012) regner som aldersgruppen ungdom. Det gir oss muligheter for at utvalget kan bli mer variert og representativt. Det er også et inklusjonskriterie at ungdommen må ha fått informasjon preoperativt og vært gjennom en

operasjon. Slik at kan de evaluere informasjonen som ble gitt mot det som faktisk skjedde i praksis. Kan ha ulik etnisk bakgrunn, men snakke, skrive og forstå norsk. De må ikke trenge tolk fordi det krever ressurser som ikke er tilgjengelig i masterstudien. Inneliggende pas som har gjennomgått operasjon. Ungdommer som tidligere har blitt operert kan også være med på studien. Intervjuene skal gjennomføres før hjemreise.

Eksklusjonskriterier er om de ikke ønsker å delta eller andre omstendigheter som gjør at et intervju er belastende.

Studien inkluderer tidligere friske ungdommer og ikke de med alvorlige sykdommer. De tas ikke med på studien, fordi det etisk kan være vanskelig grunnet den ekstra belastningen det kan medføre hos pasienten. I følge Helsinki deklarasjonen er barn en sårbar gruppe, og vi ønsker derfor ikke å utsette de for ekstra påkjenninger (Helsinkideklarasjonen, 1989).

For å ivareta kandidatenes forskerrolle har det blitt satt ned ønske om at kandidatene ikke tildeles ansvar for ungdom som kunne være aktuelle å rekruttere til intervju. Dersom dette av praktiske årsaker ikke har gått, har disse ungdommene blitt eliminert bort og dermed ikke blitt en del av utvalget.

Kandidatene har informert om prosjektet på personalmøter, slik at pasientansvarlig sykepleiere kunne starte rekruttering. Masterstudentene har gjort informasjon om prosjektet tilgjengelig, slik at flest mulig har hatt tilgang på rett og lik informasjon.

Det har tatt tid å rekruttere ungdom til intervju. Noen av utfordringene kan skyldes at det nylig er startet opp med nytt dokumentasjonsprogram i sengepost. Dette gjør at personalet har nok med å sette seg inn i dette i tillegg til å ivareta pasienten, slik at rekruttering blir glemt. En forelder følte at det ble for tett på utreise og forlenget oppholdet unødig. Siden de hadde lang reisevei ønsket de å dra så snart det lot seg gjøre.

Personalet ved avdelingen fikk en mail om prosjektet for å gi en påminnelse om rekruttering av ungdommer. I tillegg ble det tatt opp på personalmøte og ved vaktstart hver dag. Legene og postsekretær på avdelingen ble informert om prosjektet slik at de kunne gi kandidatene tilbakemelding hvis det var aktuelle informanter til studien.

Fagprosedyren “psykososial preoperativ forberedelse for barn 0-18 år” danner grunnlaget for spørsmålene i intervjuguiden. Intervjuguiden er blitt bygd opp fra brukerkunnskap, pasientkunnskap, forskningskunnskap og ut fra problemstillingen.

Tabell 4

Intervjuguide

Innledning til intervju (5-10 min)	Løs prat og informasjon om intervjuet blir gitt. Forklarer at kandidatene ønsker å vite ungdommens erfaringer om informasjon som ble gitt i forkant av operasjon, hva informasjonen skal brukes til, taushetsplikt, anonymitet, og at det er frivillig og delta med rett til å trekke seg. Start av opptak
<i>Start av intervju (5-10 min)</i>	<i>Enkle spørsmål som kan bidra til at den som er rekruttert føler seg trygg og åpner seg litt opp.</i>
Enkeltspørsmål	Utdypende/hjelpespørsmål
1. Kan du begynne med å fortelle hvordan det er å være på sykehus?	
2. Hvordan ble du forberedt til operasjon?	<p>Var du alene eller hadde du noen sammen med deg? Fikk du tilbud om samtale alene? Tok det lang tid fra du fikk informasjonen til du ble operert? Kan du si noe om hvor dere satt under samtalen ? (pasientrom, samtalerom) Var du/dere alene på rommet eller var det andre pasienter til stede? Kan du si om hvem som ga deg informasjon om operasjon? Var det noe du opplevde som var vanskelig under samtale med lege/ sykepleie?</p>
3. Kan du fortelle om informasjon du fikk før operasjonen?	

<i>Fokusering (15-20 min)</i>	<i>Mer fokus på erfaringene til ungdommene, det kandidatene er interessert i å finne ut gjennom intervju.</i>
Kjernespørsmål	Utdypende/hjelpespørsmål
4. Hvordan opplevde du informasjon som ble gitt forkant av operasjon?	Hvordan vurderer du informasjonen som ble gitt forkant av operasjon? Var det noe som var vanskelig å forstå? Var det for enkelt? Var den forståelig? Fikk du mulighet til å stille spørsmål/hadde du spørsmål? Var det noe informasjon du savnet? Hva gjør du hvis du ikke forstår informasjonen som blir gitt? (sier du ifra til helsepersonell?)
5. Hvilken måte ble informasjonen gitt?	Muntlig, skriftlig, film, kiste med sykehusutstyr, annet?
6. Har du forsøkt å skaffe deg informasjon om operasjon før du ble innlagt på sykehus?	1.Hva/hvilke kilder har du brukt?(venner, internett, voksne) 2. Hva har familie fortalt i forkant/hvor mye informasjon har du fått av familie?
7. Opplevde du at informasjonen stemte med det du har opplevd?	
8.Hva tenker du er viktig for ungdom å få informasjon om før en operasjon?	Hvor bør informasjon være tilgjengelig for ungdom? Hvor kunne du tenkt deg å finne informasjon ?
Avsluttende/ Oppsummering (5-10 min)	Gjennomgang og oppsummering av funn, har vi forstått det riktig
Kjernespørsmål/hovedspørsmål	Utdypende/hjelpespørsmål
9. Er det noe vi ikke har pratet om som du vil fortelle?	

Under intervjuene satt kandidatene på en stol ved siden av sengen og rett overfor ungdommene. Det ble bestemt ut i fra hvilket rom intervjuene ble gjort på og hva ungdommene ønsket. Intervjuene var korte og varte mellom 5-12 min. Kandidatene opplevde likevel at ungdommene svarte på alle spørsmål, selv om svarene var korte og direkte.

Transkribering av intervjuene har blitt gjort fortløpende etter hvert intervju. Transkriberingen har blitt gjennomført hver for oss og så gått gjennom etterpå for å sammenligne at det ikke er avvik. Dette for å redusere mulighet for fortolkning av det ungdommen faktisk sa. Det var ingen uenighet og transkripsjonene var like. Dette øker også reliabiliteten på forskningsresultatene. Lydbåndopptakene vil bli slettet i samsvar med avtale som er gjort med personvern, og som er beskrevet i informasjonsskriv.

4.7.3 Analysefasen

Etter intervju og transkribering startet vi med analysefasen.

Tematisk analyse (TA) er valgt som metode for analysen.

Victoria Clark og Virginia Braun (2017) forklarer at tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og tolke mønster av betydning.

Målet med TA er ikke bare å oppsummere datainnholdet, men å identifisere og tolke hovedtema, men ikke nødvendigvis alle, dataegenskapene, styrt av forskningsspørsmålet (Clarke & Braun, 2017).

Fordelene med TA er fleksibilitet, relativt enkel og rask metode å lære seg. Den er tilgjengelig for forskere med lite eller ingen erfaring.

Clark og Braun (2006) presenterer seks faser i TA, her satt i tabell 5.

Tabell 5

Seks faser av tematisk analyse

1. Gjøre deg kjent med dine data	Transkribering av data, lesing og gjenlesing av dine data, samtidig som man skriver ned sine tanker.
2. Lage innledende koder	Kode interessante data på en systematisk måte over hele datasettet, samle data som er relevante for hver kode
3. Søke/Lete etter tema	Samle koder inn i potensielle temaer, samle alle data relevant for potensielle tema
4. Gjennomgang av tema	Sjekke om tema fungerer i relasjon til kodene utdratt (nivå 1), og hele datasettet (nivå 2), lage et tematisk kart av analysen
5. Definere og navngi tema	Pågående analyse for å forfine detaljene for hvert tema og den helhetlige historien som analysen forteller, lage en klar definisjon og navn til hvert tema
6. Produsere rapport	Siste mulighet for analyse. Utvalg av levende, overbevisende utvalg av eksempler, avsluttende analyse av de utvalgte eksemplene, relatere analysen tilbake til forskningsspørsmålet og teori, produsere en vitenskapelig rapport av analysen

Oversikt og eksempler fra analyseprosessen i masterstudien er basert på Braun og Clark (2006) sin metode. Eksempelet viser prosessen fra data blir trukket ut av transkribert intervju og prosessen frem til endelige tema.

Trinn 1: Intervjuene ble fortløpende transkribert, lest og gjenlest, notater av de første ideene ble skrevet ned.

Trinn 2 og 3: I følge metoden skal man trekke ut alle relevante data. Fordi det var interessante data er alle data har blitt trukket ut og kodet. Fordi materialet var relativt lite kunne vi også ta med alle dataene. Mesteparten svarer på forskningsspørsmålene.

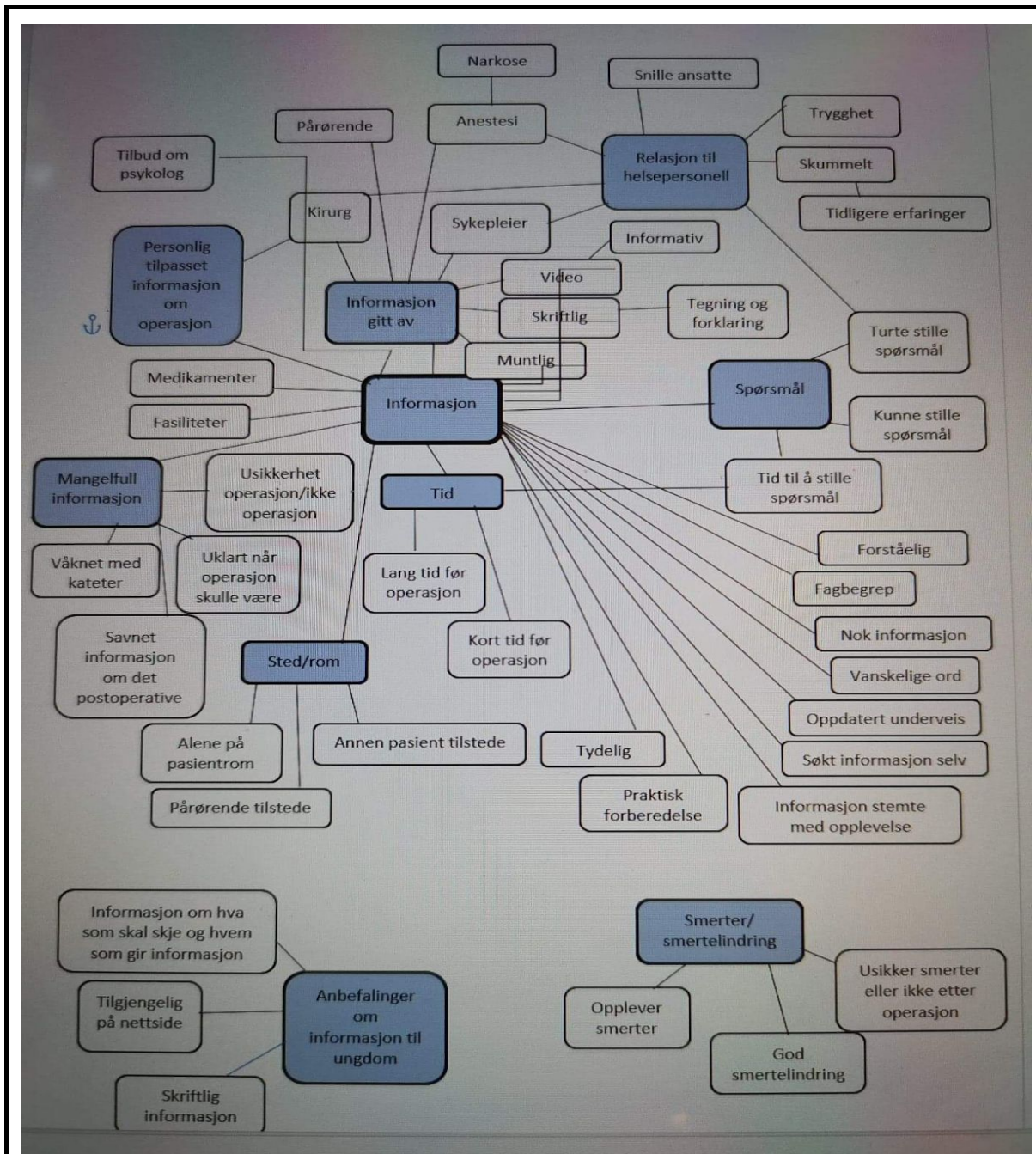
Et utdrag og eksempel vil presenteres under, ungdom blir forkortet til U og tallet (1-5) er nummer på ungdommen i den rekkefølgen de har blitt rekruttert. Her hentet fra U1 og U4 sine uttalelser på spørsmål nr 2 fra intervjuguiden «Hvordan ble du forberedt til operasjon?». Dette viser hvordan ungdom har svart ulikt på samme spørsmål og som gir ulike temaer.

Tabell 6

Eksempel hvordan sitat ender opp i tema

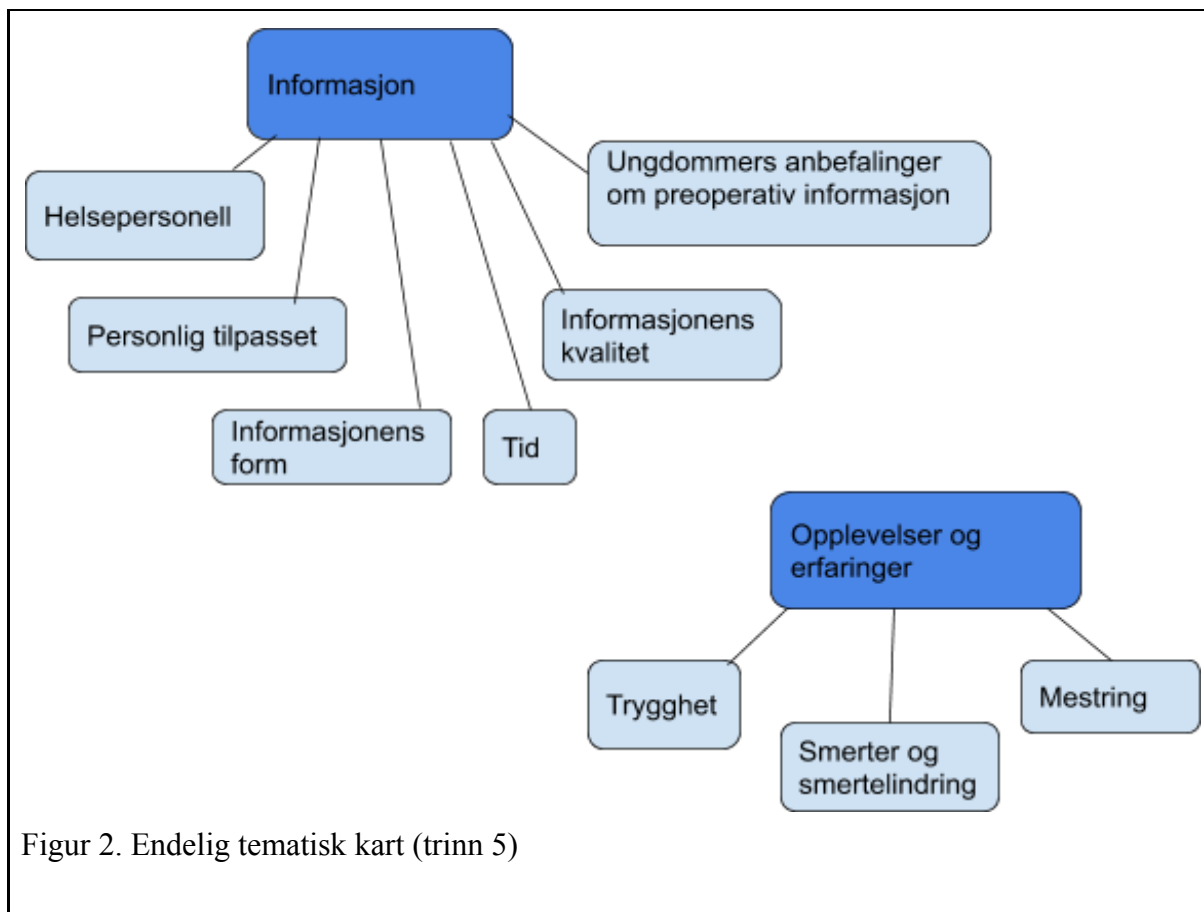
Data trukket ut (trinn 2)	Innledende kode(trinn 3)	Potensielle tema	Endelig tema (trinn 4 og 5)
U1: 1: Mmm. Ehm, den første operasjonen jeg tok på (navn på avdeling), så var det jo et sånnt ehm, informasjonsmøte i forkant. Ehm, så vi var på det, og så har jeg vært dagen før operasjon, så kom jeg hit og tok litt blodprøver og sånt. Og så snakka jeg med anestesilegen og kirurgen, og litt leger som skulle følge meg etter operasjonen. Og så fortalte de hva de skulle gjøre og hvordan det kom til å bli og sånn etterpå.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjon dagen før operasjon 2. samtale med anestesilege og kirurg, leger som skulle ha oppfølging. 3. Hva skulle gjøres og hvordan det kom til å bli 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjon og tid 2. informasjon/samtale fra ulikt helsepersonell(kun leger sier denne ungdommen, ikke helsespersoneell generelt? 3. Informasjon om hva som skal gjøres og hvordan det blir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjon Tid 2. Leger 3. Innhold i informasjonen
U4: ehm, jeg fikk en sånn liten video som jeg fikk se på. Hvor de forklarte hva som skjedde, og hva man måtte liksom få på seg før operasjon og sånn. Så den videoen var fin, og så i tillegg så kom det en lege som eller en sykepleier som forklarte hva som skulle skje under min operasjon da og hvordan de skulle gjøre det. Og så kunne jeg spørre om så mye jeg ville før de starta, så jeg fikk egentlig vite alt jeg hadde lyst til å vite.	<ol style="list-style-type: none"> 1 sett video 2 lege/sykepleier forklarte om forklarte om min operasjon 3 kunne stille spørsmål 4 fikk vite alt jeg hadde lyst å vite 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Informasjon fra video 2 informasjon fra helsepersonell 3 spørsmål 4 Nok informasjon 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjonens form (video?) 2. Helsepersonell både leger og sykepleiere informerte 3. Spørsmål- fikk stille spørsmål 4. Mestring

Trinn 4: Basert på tema som kom frem i trinn 2 og 3, ble disse sjekket opp mot kodene og hele datasettet for sikre at det fortsatt fungerte i relasjon til hverandre. Deretter ble første tematisk kart laget over alle temaer vi kom frem til (figur 1). Dette er et kart som inneholder mye informasjon, derfor er hovedtemaene (et tema som favner om flere andre) markert med blått.



Figur 1. Første utkast av tematisk kart av analysen

Trinn 5: Prosess med å forfine detaljer for hvert tema. Siden flere tema går inn i hverandre ble inndelingen, etter en refleksjonsprosess, delt i to og satt opp mot forskningsspørsmålene. Inndelingen er innhold i informasjonen og opplevelser og erfaringer fra ungdommen (mørk blå). Under temaet informasjon sa ungdom noe om hvem som gir informasjon, innholdet i informasjonen, i hvilken form informasjonen ble gitt, tidsperspektiv og hva ungdommene anbefalte at annen ungdom bør få informasjon om (lys blå). Under temaet opplevelser og erfaringer er trygghet, smerter og smertelindring, og mestring noe ungdommen fortalte om (lys blå). Det fremstilles i denne oversikten (figur 2)



Trinn 6: Produsere rapport. En presentasjon av resultater (5.0 Resultater) med sitater fra ungdom. I diskusjon (6.0) drøftes resultatene opp mot forskningsspørsmålene, som i trinn 6 er beskrevet som å relatere resultatet tilbake til forskningsspørsmålet og teori. Til slutt kommer konklusjon (7.0) som blir i trinn 6 en rapport av analysen.

5.0 RESULTATER

Først presenteres hovedfunn kort og en demografisk presentasjon av ungdommene i studien. Med utgangspunkt i studiens hovedtema og undertema blir resultatene presentert. Resultatene blir beskrevet og underbygget med utdrag fra intervjuene, som igjen underbygger hovedtemaene. For å ivareta anonymitet og konfidensialitet er alle diagnoser, steder og andre gjenkjennbare uttalelser fjernet fra ungdommenes utsagn.

5.1 Hovedfunn

Ungdommene fortalte hvem som ga informasjon, her nevnte de lege/kirurg, sykepleier, anestesi og psykolog. Hvordan informasjonen ble tilpasset dem og den operasjonen de skulle ha. Hvilken form informasjonen ble gitt. Tidsperspektiv, om det var lang tid eller kort tid før operasjonen varierte mellom ungdommene. Hvordan ungdom forstår informasjonen som er gitt. Ungdommene ble bedt om å si hva de tenker er viktig for annen ungdom å få informasjon om før operasjon, de hadde flere forslag.

Derfor ble det første hovedtemaet informasjon med undertema helsepersonell, personlig tilpasset informasjon, informasjonens form, tid, informasjonens kvalitet og anbefalinger fra ungdom til ungdom.

Ungdommene fortalte om trygghet, smerter og smertelindring, og mestring som beskriver deres opplevelser og erfaringer. Derfor er det andre hovedtemaet opplevelser og erfaringer med undertema trygghet, smerter og smertelindring, og mestring.

Ungdommene fikk bestemme selv om de ønsket å ha med foreldrene eller ikke. De fleste ønsket at foreldrene skulle være tilstede og en ønsket det ikke. Der foreldrene var tilstede ble det i forkant bedt om at ungdommen fikk snakke først og at foreldrene kunne få mulighet til å tilføre sine kommentarer til slutt. Dette for å gi foreldrene en følelse av å bli hørt selv om dette ikke skulle bli tatt med i analyse og resultat. Det var ingen foreldre som hadde noe de ønsket å tilføre.

5.2 Utvalget i studien

Ungdommene som deltok var operert, noen kom som elektive og noen øyeblikkelig hjelp pasienter.

Tabell 7: Utvalget i studien

Ungdom (U) nr	Kjønn	Alder	Elektiv operasjon	Øyeblikkelig hjelp	Foreldre tilstede	Intervju antall dager etter operasjonen	Sted for intervju
U 1	Jente	14 år	x			3	Pasientrom alene
U 2	Gutt	14 år		x	x	1	Pasientrom alene med en forelder
U 3	Jente	16 år		x	x	1	Møterom med en forelder
U 4	Jente	14 år		x	x	2	Pasientrom alene med en forelder.
U 5	Gutt	15 år	x		x	2	Pasientrom alene med en forelder.

Det er to gutter og tre jenter med i forskningsstudien. Alderen varierer fra 14 til 16 år. To var elektiv (planlagt) og 3 var øyeblikkelig hjelp. Intervjuene ble gjennomført fra 1 til 3 dager etter operasjon. Fire ungdommer ble intervjuet på pasientrom og en på et møterom. Fire ungdommer hadde også med en forelder under intervjuet.

5.3 Informasjon

Ungdommene fortalte om flere aspekter ved informasjonen som har blitt gitt. Informasjon om operasjon har blitt gitt av ulikt helsepersonell og hvordan informasjonen ble personlig tilpasset. Ungdommene fortalte om informasjonens form og tiden det tok fra informasjonen ble gitt til det ble operasjon. Informasjonens kvalitet forteller ungdom noe om informasjonen var forståelig og hvordan den ble formidlet. Til slutt fortalte ungdom om hva de anbefalte at andre ungdommer skulle få informasjon om preoperativt.

5.3.1 Helsepersonell

Under intervjuet var det ulikt helsepersonell som ungdommen selv trakk frem når de forklarte informasjonen ble gitt.

U1: *”Mmm. Ehm, den første operasjonen jeg tok på (Sted), så var det jo et sånnt ehm, informasjonsmøte i forkant. Ehm, så vi var på det, og så har jeg vært dagen før operasjon, så kom jeg hit og tok litt blodprøver og sånnt. Og så snakka jeg med anestesilegen og kirurgen, og litt leger som skulle følge meg etter operasjonen. Og så fortalte de hva de skulle gjøre og hvordan det kom til å bli og sånn etterpå”*

Lege og sykepleier hadde ulikt fokus i informasjonen som ble gitt før operasjon.

U1 *“mm, ja de har, de sa litt forskjellig, eh om hva som skulle skje. Menne ehm, kirurgen fortalte jo hva de skulle gjøre (diagnose). Og så fortalte sykepleier at eh, jeg kom til å få litt medisiner og at det kunne hende at jeg måtte dele rom. Eh, og, og så tror jeg ikke det var så veldig mye mer enn det.”*

Anestesilege ga informasjon om narkose, i tillegg så ungdommen forberedelsesfilm.

U2: *“eh, jeg fikk se en sånn video og så kom det en dame som snakket om narkose. Som jeg syns hjalp og så var det en lege som snakket om hva som skulle skje og sånn. Såeh, jeg visste vel egentlig hva som skjedde før jeg kom dit. Mmm”.*

5.3.2 Personlig tilpasset informasjon

Flere av ungdommene trekker frem at de har fått både generell informasjon og personlig tilpasset informasjon.

U3: Eehm, jeg fikk først se den filmen og så ehmn, det var sånn to dager før operasjon tror jeg. Eehm, også fortalte legene litt hva de skulle gjøre og hvordan operasjonen, litt sånn, fordiatte den videoen er veldig generell. Eehm og så fortalte de legene litt sånn, angående min operasjon da på en måte.

Noen leger tegnet og forklarte slik at ungdommen så hvordan operasjonen skulle gjennomføres.

U2: "ehm, på den videoen tenker du på eller? Jaeh, jeg fikk eh, fikk vite om den søvndosen jeg skulle ha og så fikk jeg, og så kom kirurgen å teinte(tegnet) hvordan de skulle skjære opp og sånn. Som jeg syns hjalp. men han måtte vaske det ut da, sånn at det ikke skulle operere feil (sted). Ler. og så ja, og så"

Brutt av sykepleier som kommer inn i rommet og informerer om (avtale). (U2 fortsetter uten å virke forstyrret) "og så ..mm..og så så jeg på den videoen, da var det jo en jente som skulle opereres. Da var det mye om blodprøver og sånn. Menne..ja, mm(bekreftende)"

Flere har sett forberedelse filmen først og så snakket med lege angående operasjonen. En ungdom beskriver at opplevelsen hadde vært annerledes om det ikke hadde vært samtale med lege.

U2: "ehm, jeg opplevde den som veldig nødvendig. Eh..tror det hadde vært annerledes opplevelse selve operasjonen hvis jeg ikke hadde fått snakke med mange av legene og sånn. Selv om den videoen, kan være hjelper for andre, men jeg syns ikke den hjalp så veldig mye.

Men var greit å se den alikavel. Det var veldig(litt trykk på veldig) greit å snakke med legene. Mmm.”

I tillegg til forberedelse og informasjon fra ulikt helsepersonell, beskriver ungdom at det var rom for å stille spørsmål slik at de fikk vite det de hadde lyst til å vite.

U4: *“ehm, jeg fikk en sånn liten video som jeg fikk se på. Hvor de forklarte hva som skjedde, og hva man måtte liksom få på seg før operasjon og sånn. Så den videoen var fin, og så i tillegg så kom det en lege som eller en sykepleier som forklarte hva som skulle skje under min operasjon da og hvordan de skulle gjøre det. Og så kunne jeg spørre om så mye jeg ville før de starta, så jeg fikk egentlig vite alt jeg hadde lyst til å vite.”*

Andre ungdommer hadde ikke noen spørsmål.

U5: *“Jeg fikk tilgang til å stille spørsmål, men jeg hadde ingen særlige spørsmål”.*

5.3.3 Informasjonens form

Informasjonen ble gitt på forskjellige måter, muntlig, skriftlig og forberedelsesfilm. Noen hadde søkt informasjon selv og andre hadde fått informasjon av foreldre.

U1: *“mmn, jeg så en video”.. “Og så fikk jeg det muntlig”*

Noen ungdommer hadde sett forberedelsesfilm, men trekker særlig frem samtale med lege.

U2: *“...Selv om den videoen, kan være hjelper for andre, men jeg syns ikke den hjalp så veldig mye. Men var greit å se den alikavel. Det var veldig(litt trykk på veldig) greit å snakke med legene. Mmm.”*

Flere synes at forberedelsesfilmen var generell. Informasjon fra helsepersonell ga mer konkret informasjon om diagnose og operasjon som ungdommen skulle gjennom.

U4: "Jeg synes noe var veldig fin, den videoen, eh, var vel egentlig ganske forklarende. Så det var veldig fint at de viste meg den. Og så da, men da var det en på den videoen så var det en som skulle operere (diagnose), men det skulle ikke jeg så etter den videoen så forklarte de hvordan det foregikk med (diagnose) da så da fikk jeg liksom, eh, ekstra informasjon spesielt til meg da. Etterpå, så det funka veldig bra."

Noen ungdommer hadde fått informasjon av familie.

U4: "Nei, for jeg var jeg visste ikke helt om jeg skulle operere eller ikke. Så vi hadde egentlig ikke sett noe på det i det heletatt. men menne pappa var jo med meg en del og han har jo hatt (operasjon) før, så han ga meg litt informasjon, men alt jeg trengte å vite fikk jeg jo beskjed om av de sykepleierne."

Andre ungdommer hadde søkt informasjon om operasjon selv.

U5: "eeh, jeg har fått litt informasjon om at det, eh, vi har liksom søkt litt etter typ lignende (diagnose) på nettet og sett på noen bilder som som vi kunne sammenligne litt med. Men ikke noe mer enn det."

5.3.4 Tid

Under intervju kom det fram at tidsperspektivet var ulikt. Noen av ungdommer tok det tid fra informasjon til operasjon .

U2: "vi visste ikke helt når operasjonen skulle være i starten."

En ungdom beskriver at det var kort tid mellom informasjonen og operasjonen, plutselig var det klart for operasjon.

U4: ” eh, nei fordi vi fikk egentlig informasjon i god tid men så plutselig så var det ledig på operasjonssalen så da dro vi litt før. Så eh, for meg tok det ikke så lang tid mellom informasjon og operasjon. Men det var sikkert meningen at jeg skulle få litt mer tid da..hehe..men det gikk helt fint”.

5.3.5 Informasjonens kvalitet

Under intervjuet har det kommet fram at alle ungdommene har fått preoperativ informasjon, men at kvaliteten på informasjonen er forskjellig.

U1: “Eh jeg synes det gikk ganske fint at jeg synes jeg fikk vite den informasjonen jeg trengte. Så jeg gikk ikke rundt å var usikker på noe og så sa de også at vist jeg. Hvis det var noe jeg lurte på så kunne jeg bare spørre om det.”

Underveis under intervju reflekterer ungdommene at de forstod meste men at det ble brukt noen vanskelige fagbegreper.

U1 “Det var litt sånn fagbegreper og sånn som kirurgen brukte for det han har jo studert ganske mye og sånn. Så han kan bruke litt kompliserte ord og sånt. Men jeg fikk det liksom ganske greit forklart.”

Opplevelsen av operasjon hadde for noen ungdommer vært annerledes hvis de ikke hadde fått snakke med legene.

U2: “ehm jeg opplevde den som veldig nødvendig. Eh tror det hadde vært annerledes opplevelse selve operasjonen hvis jeg ikke hadde fått snakke med mange av legene og sånn”

Noen ungdommer kom det fram at forklaringen av informasjonen var gode.

U3: *“Ehm nei de forklarte det på en god måte”*

En ungdom opplevde preoperativ informasjon som mangelfull

U3: *“eh hmm. De kunne sagt, fordi jeg jeg fikk et sånn kateter etterpå ehmm og det sa de ikke noe om. Det kunne de sagt om det. Men ellers forklarte de ellers sa de alt andre.”*

Ungdommene sier at informasjonen ble forklart på en god måte og ikke var vanskelig. Noen reflekterer gjennom eget svar sin egen forståelse.

U5: *“ehm nei ikke no ikke noe vanskelig. Jeg forsto det meste. Jeg forsto alt”.*

5.3.6 Ungdommers anbefalinger om preoperativ informasjon

Under intervjuet har det kommet fram ulike synspunkter om hva som er viktig for annen ungdom å få preoperativ informasjon om.

Noen er konkrete på at informasjonen bør inneholde hva som skjer på sykehuset.

U1: *“mm, liten pause, kanskje litt om hva som kommer til å skje mens du, de ligger på sykehuset og hvem som kommer til å snakke med dem og litt sånt.”*

Forberedelsesfilmen var til hjelp, men det at helsepersonell kom å pratet med ungdommen opplevdes nyttig.

U2: *“Eh så jeg synes det var veldig deilig når de kom med, kom å snakke med deg da. Det synes jeg fungerer veldig bra. Hvis eh ja video hjelper også da. Men jeg fikk mest nytte av når de kom å snakket med meg”*

Noen ungdommer forteller hvor informasjonen bør være tilgjengelig

U1: *“mmm Kanskje på nettsiden og sånt.”*

Andre tenker at informasjon om selve operasjonen, tiden det tar og forløpet etterpå er viktig.

U2: *“ehm litt hvordan operasjonen hva de skal gjøre, og hvor lang tid de kommer til å ta og sånn. Og også hva, hvor sliten du blir og sånn. Sånn at du kan forberede det litt på det. Mm hvor lenge om du blir søvning eller etterpå ja.”*

Ungdommene kom med flere forslag på hvor de ønsker at informasjonen skal være tilgjengelig.

U5: *“eh nettet og mye av bøker da. Sånn der at man kan lese, lese om situasjonen og (diagnose).”*

5.4 Opplevelser og erfaringer

5.4.1 Trygghet

Noen ungdommer trakk frem at de tidligere har vært redd for å komme på sykehus men at ungdommene etterhvert har opplevd trygghet ved ivaretagelse av helsepersonell.

Relasjon til helsepersonell trekker ungdom frem som betydningsfullt for en god opplevelse av sykehusoppholdet.

U1: Hmm. Tenkende . Det blir ganske kjedelig hvis man er her ganske lenge. Fordi hvertfall sånn som jeg da har jo (diagnose) så kan jeg ikke gjøre så veldig mye . eh. Men men sykepleierne er veldig sånn veldig flinke til å komme inn og snakke med deg og sånt. Så jeg føler at jeg liksom blir kjent med de og da blir det litt greiere å være her.

I starten kunne det oppleves skummelt å være på sykehus, men det ble en trygg og bra opplevelse.

U5. "Eh det er litt spennende. Eh synes det var litt skummelt å komme hit i starten men det føles bra, føles trygt."

Relasjon til helsepersonell trekker ungdom frem som betydningsfullt for en god opplevelse av sykehusoppholdet.

U2: "veldig positiv overrasket faktisk. Mm. De folkene som jobber her er veldig snille"

Ungdommer trakk fram at de hatt medpasient tilstede på rommet under sykehusoppholdet.

U2: "det var 2 mannsrom men det var skille i mellom da. Og de holdt jo på sitt"

Fleste ungdommer hadde pårørende tilstede.

U3: *“ehmm mamma var med inn helt til jeg sovna.”*

og en annen ungdom (U2) sa at : *“eh Pappa var med”*

Noen ungdommer varierte på hvem som var sammen med dem.

U1: *“eh Mamma og pappa var litt med meg sånn litt annen hver dag og sånt.”*

Det kom fram at det ble ulike tidspunkt for når ungdommene ble operert.

U2: *“vi visste ikke helt når operasjonen skulle være i starten.”*

U3: *“ehm 2 dager tror jeg”*

5.4.2 Smerter/smertelindring

Det kom fram at flere ungdommer hadde smerter og at de hatt behov for smertestillende under sykehusoppholdet.

U2: *“eh, jeg har det bra, jeg har bynt å gå med (hjelpemiddel). Men det gjør litt vondt fortsatt”.. “veldig vondt..(ler litt)”*

En ungdom fortalte at helsepersonell var tilstede også etter at smertestillende var gitt.

U2: *“Det har vært veldig flott, det er jo sånn som da jeg fikk morfin så var hun her og satt helt til jeg sovna og sånn. Mmm”*

Forventningene til hvordan det er å være på sykehus og hvordan ivaretagelsen fra helsepersonell er, kommer frem slik hos en ungdom.

U4: “eh, jeg har litt vondt, men jeg har det bra.” “Ja, eh, man er jo på sykehus fordi man har vondt, så sånn sett er det jo litt kjipt. Men det er veldig mange hyggelige sånn sykepleiere og leger og sånn rundt meg hele tiden, så jeg har hatt det veldig bra sånn sett. Alle har vært veldig hjelpsomme”

Noen ungdommer opplevde å ikke ha smerter etter operasjon.

U5: “eh, jeg har det bra. Hakke noe vondt eller noe, har det bra.” .. “og at det de ikke helt visste om det skulle gjøre vondt eller om jeg kom til å føle meg helt fin. Men jeg følte meg helt fin, så det var enten eller. Såh..”

5.4.3 Mestring

Ungdommene trakk fram ulike opplevelser under sykehusoppholdet.

U2: “ja eh jeg syns alt har vært eh så bra som det kan være jeg.”

Tidligere erfaringer som besøkende på sykehus kan ha vært skremmende, men ungdommen har hatt en bra opplevelse under eget opphold.

U2: “Har vært en bra opplevelse. Jeg har alltid syns det var, har vært litt skummelt å komme å besøke andre og sånn på sykehus. Men jeg syns det er veldig hyggelige folk som jobber her og sånn. Mmm”

En ungdom påpeker at helsepersonell hadde kontroll og var flinke til å forklare.

U5: “opplevde det det ah. Veldig bra. Det var , det så ut som de hadde kontroll og de var flinke til å forklare.”

6.0 DISKUSJON

Diskusjonen er inndelt på samme måte som funnene er presentert. Diskusjonen knyttes opp mot forskning, men også en del teori vil bli brukt fordi det ble funnet lite forskning om ungdoms erfaringer med preoperativ informasjon.

6.1 Informasjon

I følge pasientrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett til informasjon som er nødvendig for sin helsetilstand og innholdet av helsehjelpen. Tidligere forskning støtter viktigheten med preoperativ informasjon til ungdom (Chow.et.al., 2006). Alle ungdommene i denne studien sier at de har fått preoperativ informasjon før operasjon. De har fått personlig tilpasset informasjon muntlig og sett forberedelsesfilm. Ingen av ungdommene har kommentert å ha sett bildeperm eller fått demonstrert sykehusutstyr, som er en del av den preoperativ prosedyren (OUS, 2019).

Klinisk erfaring viser at det er ulike årsaker til at ikke hele prosedyren blir gjennomgått. Det kan skyldes tidspress i form av lite tid til å gå igjennom bildeperm og sykehusutstyr.

For eksempel kan noen ungdommer komme inn som øyeblikkelig hjelp og opereres raskt uten å ha fått tilstrekkelig tid til å gå gjennom bildeperm og sykehusutstyr.

På den ene siden får ungdommene informasjon, slik at de er forberedt på hva som kommer til å skje videre. På den andre siden viser dette at det kan forekomme noen tilfeller hvor man ikke går gjennom hele prosedyren.

Ungdom (U4) erfarte at forberedelsesfilmen var forklarende, men at personlig tilpasset informasjon i tillegg var viktig. Det samsvarer godt med at fagprosedyren sier at ungdom trenger informasjon på flere måter, omvisning, forberedelsesfilm, bildeperm, muntlig og personlig tilpasset informasjon (OUS, 2019).

For barnesykepleierens ansvar for kvalitetsutvikling og forskning er det viktig å ivareta den faglige kvaliteten på preoperativ informasjon. Med pasientkunnskap kan viktige områder for informasjon til ungdom belyses.

6.1.1 Helsepersonell

Ungdommene har fortalt om hvem som har gitt informasjon. Leger og sykepleiere blir nevnt ofte, som kan forventes siden klinisk erfaring viser at det ofte er de som gir preoperativ informasjon. Anestesileger og anestesisykepleiere har ofte et kortere møte overfor pasienten, men noen ungdommer trekker også disse frem som betydningsfulle.

En ungdom (U2) opplevde at det hjalp å ha en samtale om narkose.

Forskning viser at godt forberedte barn før et kirurgisk inngrep opplever redusert stress ved innledning av anestesi. Det er mindre stress ved oppvåkning, redusert postoperativ forvirring og mindre behov for medikamenter (Kain et.al., 2007).

I følge fagprosedyren for preoperativ forberedelse (OUS, 2019) har kirurg, anestesipersonell og barnesykepleiere i hovedsak ansvaret for forberedelsene av barn og foreldre.

På grunn av bredt mangfold i alder, fysisk, kognitiv og psykologisk modning kan ungdom være en utfordring i preoperativ forberedelse til kirurgiske prosedyrer for barnesykepleiere og annet helsepersonell (Busen, 2001). Ungdommens årsak til innleggelse, modenhet og interesse for preoperativ informasjon påvirker hvor mye informasjon helsepersonell kan gi og hva ungdommen har nytte av.

Ungdom som deltok i denne studien virket interessert i informasjonen de hadde fått. At helsepersonell ga de informasjon tilpasset dem synes å ha stor betydning for ungdom. Dette støttes også av "sykehusekspertenes 10 bud" (Barneombudet, 2011).

Klinisk erfaring viser at noen ungdommer virker uinteressert i informasjonen som skal gis, og helsepersonell kan dermed oppleve at de er mer til bry enn til hjelp. Dermed kan informasjonen som gis bli kuttet ned, og prosedyren blir ikke fulgt. Hvis man presser på ungdommene uønsket informasjon vil dette være i strid med det å gi tilpasset informasjon. Barnesykepleieren må ha ungdommenes behov som førende for hvilken informasjon som skal gis. På den andre siden må barnesykepleieren ha kunnskap om konsekvensene av manglende informasjon som kan være tap av kontroll, frykt og at ungdommen ikke mestrer egen situasjon (Havik, 1989).

Andre ungdommer viser interesse for informasjonen som gis, som kan bekrefte at informasjon er viktig for ungdommen.

Retten til informasjon er lik for alle ungdommer, og barnesykepleier har ansvar for å undervise barn og ungdom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.2000; BSF, 2017). Det betyr at informasjonen ikke skal variere slik som klinisk erfaring viser at det noen ganger gjør.

Mange av ungdommene som ble intervjuet forteller at de har fått informasjon fra ulikt helsepersonell og at det var informasjonen de trengte.

Ungdom (U2) uttrykker at forberedelsesfilm er vist, anestesilege eller sykepleier har gitt informasjon og at det har vært informasjon fra lege.

Forskning viser at noe av det ungdom virkelig ønsker å vite er om det kommer til å gjøre vondt, om de vil kjenne noe under operasjonen og om de kommer til å bli friske (Fortier et.al., 2009).

Ungdom (U4) sitt eksempel viser oss at tilpasset informasjon er viktig og bør tilstrebes i møte med ungdom. Dette understøttes av pasientrettighetsloven § 3-2 hvor retten til informasjon vedrørende innhold i pasienters helsehjelp betones.

I følge fagprosedyren skal det være rom for ungdommene å stille spørsmål, og informasjonen skal bli fortalt på en forståelig måte (OUS, 2019). Dette støtter opp om det å ha en samtale med helsepersonell som en del av forberedelsen før en operasjon. Forskningen til Kain et.al., (2007) understøtter viktigheten med preoperativ informasjon for å redusere stress og engstelse.

6.1.2 Personlig tilpasset informasjon

Ungdommene trakk frem at personlig tilpasset informasjon var viktig for dem. Tidligere forskning støtter at informasjon preoperativt bør skreddersys så langt det lar seg gjøre til hver enkelt pasient (Fortier et.al., 2009).

Ungdom (U3) erfarte at forberedelsesfilmen var for generell men at legen i tillegg har gitt personlig tilpasset informasjon om operasjonen. Ungdom (U3) reflekterer og virker å ha en

forståelse for at det var nødvendig med tilpasset informasjon som gjaldt egen operasjon. Det holdt ikke bare med forberedelsesfilmen.

Standardisert preoperativ informasjon kan spare tid og være med på å sette i gang en modningsprosess hos ungdommene. Dette kan gi ungdommene et sted å starte med spørsmål i forbindelse med egen operasjon. Helsepersonell kan dermed også fokusere på informasjon som kun gjelder den enkelte ungdom.

I fagprosedyren står det at informasjon bør gis i rolige omgivelser, for eksempel samtale- eller pasientrom, hvor relevant utstyr og leker er tilgjengelige (OUS, 2019).

Noen ungdommer fikk informasjon på pasientrom hvor det var medpasienter tilstede. Det fremkommer ikke i denne studien hvordan taushetsplikten blir ivaretatt. Informasjonen i fagprosedyren er generell og i utgangspunktet ikke sensitiv. Det er viktig at barnesykepleieren bidrar til ivaretagelse av pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger (ICN, 2006).

Det er når man går over til personlig tilpasset informasjon at taushetsplikten blir viktig å ivareta. Klinisk erfaring viser at diagnose og årsak til innleggelse ofte er hva ungdommene prater om for å bli kjent med hverandre under innleggelse. Dermed kan helsepersonell få utfordringer i ivaretagelsen av taushetsplikten.

Ut fra resultatet i denne studien er det vanskelig å vite hvorvidt ungdom fikk tilbud om samtale alene med lege.

Det var kun en ungdom (U2) som trakk fram å ha fått tilbud om samtale alene med lege. Det fremkommer heller ikke i denne studien om ungdommen kan ha blitt påvirket av tilstedeværelse av medpasient eller foreldre til å ta en beslutning om samtale alene med lege. Barnekonvensjonen (1989) sier at ungdommer over 16 år har rett på tilbud om samtale alene. Barneombudet påpeker også viktigheten av samtale med lege (Barneombudet fagrapport 2013). Om dette skjer i praksis er noe som bør undersøkes og vurderes nærmere. Dette på grunn av å forberede tjenester for ungdom i helsesektoren.

I klinisk praksis som barnesykepleier bør det reflekteres over om ungdommer har kunnskaper om sine rettigheter vedrørende sin helse og spesielt i samtale med lege alene.

Hvis ungdommene ikke er klar over sin rett til samtale alene med lege, kan dette ha innvirkning på hvorvidt ungdom er komfortable med å stille viktige spørsmål. Særlig for de ungdommene som hadde medpasient tilstede på pasientrommet.

Dette kan ses på i lys av forskning som viser at noen ungdommer er interessert i preoperativ informasjon, men kanskje ikke ønsker detaljert informasjon (Fortier.et.al., 2009).

Ungdom kan være interessert i å stille spørsmål, men at det ikke gis rom for å stille spørsmål grunnet omgivelsene. På andre siden kan det hende de opplevde at medpasient ikke utgjorde noen forskjell for hvordan de opplevde informasjonen. Det kan være at operasjonen ikke følte sensitiv og “farlig” å dele eller om andre fikk høre. Det kan være at ungdommen og medpasienten var blitt kjent og dermed hadde en felles forståelse for situasjonen. Kanskje medpasienten hadde eller skulle igjennom tilsvarende operasjon.

I følge yrkesetiske retningslinjer (2006) skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi informasjon som er tilstrekkelig og tilpasset. Sykepleieren skal også forsikre seg om at informasjonen er forstått (ICN, 2006). Dette samsvarer også med barnesykepleierens ansvar for undervisende funksjon. God preoperativ informasjon kan bidra til å gi ungdom mer kunnskap om hva som skal skje ved innleggelsen, dermed kan stress og usikkerhet bli mindre.

6.1.3 *Informasjonens form*

I følge fagprosedyren anbefales det at foreldre bør starte forberedelse av ungdom preoperativt i minst en uke (OUS, 2019). Fagprosedyren anbefaler at forberedelsen av barn og unge starter hjemme med innkallelsesbrev og/eller informasjonsskriv (OUS, 2019).

Informasjonen ble gitt på forskjellige måter, muntlig, skriftlig og forberedelsesfilm. Noen hadde søkt informasjon selv og andre hadde fått informasjon av foreldre.

Det fremkommer ikke i denne studien hvor ungdommen har søkt informasjon og om den er kvalitetssikret.

Flere ungdommer opplevde at informasjon fra helsepersonell ga mer konkret informasjon om diagnose og operasjon som ungdommen skulle gjennom. Ungdom (U2) fortalte om en lege som hadde tegnet og vist hvordan operasjonen skulle gjennomføres.

Noen ungdommer hadde fått informasjon fra foreldrene. Det fremkommer ikke hvilken kunnskap som ble delt og om informasjonen hadde nytteverdi for ungdommene. Derfor kan det også hende at foreldrene har gitt preoperativ informasjon fra innkallelsesbrev og/eller informasjonsskriv.

Studien til Toruner et.al., (2017) viser at terapeutisk kommunikasjonsverktøy er nyttig når man gir preoperativ informasjon. Gjennomgangen av preoperativ informasjon hjelper ikke bare barn og foreldre, men også helsepersonell. Helsepersonell får ved gjennomgang i tillegg en mulighet til å evaluere barnets behov ut ifra utviklingsnivå og kan dermed håndtere dette fortløpende.

Teori viser at ungdom ønsker å være aktive deltakere i egen helse, både planlegging og iverksetting av omsorg. Når de blir godt forberedt reduseres frykt og de beholder en form for kontroll over situasjonen. Noen ungdommer kan ha vanskeligheter for å innrømme om det er noe de ikke forstår og at barnesykepleieren derfor må vurdere ungdommens kunnskap og tilpasse informasjonen til hver enkelt (Slota, 2013, s.35; BSF, 2017). Fagprosedyren er utformet i flere deler, samlet skal dette gi grunnleggende informasjon om det preoperative forløpet (OUS, 2019).

I klinisk praksis må man stille spørsmål om tolking og spenningsfeltet mellom sykepleierens plikt til å følge prosedyrer og virkelighetens rom for å følge den. Spenningsfeltet mellom intensjonen om å gjøre dette og hvorvidt det er realiserbart under alle tider i praksis.

Barnesykepleieren skal bli kjent med ungdommen og skreddersy informasjon slik at den er best mulig tilpasset den enkelte ungdommen. Klinisk erfaring viser at dette kan være en utfordring når ungdommene kommer inn som øyeblikkelig hjelp. Det er flere forhold for hvordan preoperativ informasjon blir tilpasset og gitt i praksis. Det kan være at

barnesykepleieren ikke oppnår god nok relasjon til ungdommen eller at informasjonen ikke blir gitt på den mest hensiktsmessige måten.

Det kan være en subjektiv vurdering av at forberedelsesfilmen var nok for ungdommen fordi ungdommen ikke stilte spørsmål. Dermed kan barnesykepleieren misforstå og tolke at ungdommen har forstått alt, mens det egentlig er andre årsaker til at ungdommen ikke har stilt spørsmål.

Disse årsakene kan være flere, noen er sjenerte, andre kan føle seg til bry. Eller det kan være at de føler de burde ha forstått eller vite dette fra før og ikke tør spørre (Søbjerg, 2013, s.147).

Det kan også være rom for at barnesykepleierne kan tolke fagprosedyren forskjellig, og dermed velger ut elementer som de tenker ungdom bør få informasjon om, ved for eksempel å fokusere på å vise frem forberedelsesfilmen og ikke resten av fagprosedyren. En annen grunn til at hele prosedyren ikke blir fulgt er at barnesykepleieren har tilpasset informasjonen spesielt til den enkelte ungdom. Slik at det passer utviklingsnivå og modenhet.

Andre årsaker kan være tiden tilgjengelig og at barnesykepleieren derfor må velge ut det viktigste i fagprosedyren ut i fra det som er et oppfattet som et behov hos den enkelte ungdom.

6.1.4 Tid

Tidsperspektivet fra ungdommene fikk preoperativ informasjon til de ble operert er forskjellige. Tid er et subjektivt begrep, som både er alders og situasjonsbetinget.

Noen ungdommer fortalte det tok lang tid fra de fikk preoperativ informasjon til de ble operert. En av ungdommene (U2) erfarte at det var uvisst når operasjonen skulle finne sted.

En annen ungdom (U4) opplevde at det tok kort tid mellom informasjon og operasjon.

Ungdommene i denne studien beskriver også at de har fått informasjon om alt de trengte å vite. Det kan bety at kort tid mellom informasjon og operasjon ikke nødvendigvis betyr at informasjonens kvalitet går ned. Barnesykepleieren, eller annet helsepersonell, har kanskje gitt akkurat den informasjonen ungdommen trengte for å oppleve forutsigbarhet og mestre situasjonen.

Det kan også være at ungdommene under intervjuet ikke ville innrømme at det var noe informasjon som manglet.

Oversiktsartikkelen til Copanitsanou et.al., (2014) viser at det trengs mer forskning om metodene og timingen for når preoperativ informasjon blir gitt. Virkningen av preoperativ informasjon kommer likevel godt frem i deres studie.

I følge fagprosedyren skal informasjon gis en uke før innleggelse også rett etter innleggelse (OUS, 2019). Fagprosedyren anbefaler at informasjon gis i roligere omgivelser og startes hjemme av foreldrene og at tiden i forkant avhengig av alder.

Klinisk erfaring viser at ungdom som kommer inn øyeblikkelig hjelp blir forberedt samme dag de blir operert. Andre ungdommer får preoperativ informasjon på en poliklinikk eller ved innleggelse flere uker til dager før (Holm & Kummeneje, 2009, s.17).

Årsaken til innleggelse kan være en av grunnene til at det varierer blant ungdommene i studien mellom når preoperativ informasjon er gitt og når operasjonen er. I klinisk praksis vil fleste ungdommer som elektive pasienter få preoperativ informasjon ved poliklinisk konsultasjon. Denne konsultasjonen kan være uker eller dager før selve operasjonen. Barnesykepleierens undervisende funksjon innebærer å tilpasse metoder og innhold til barn og ungdoms læreforutsetninger (BSF, 2017). Da vil det være viktig for barnesykepleieren å prioritere den viktigste informasjonen først. Hva som vil være den viktigste preoperativ informasjonen vil avhenge av den enkelte ungdom. Ungdommen skal også være mottakelig for den informasjonen som blir gitt. Noen ungdommer kan ha nok med å forstå den nye situasjonen de har havnet i, og vil da ikke være like mottakelig for informasjon. Det kan da være et alternativ å få gitt preoperativ informasjon i etterkant av operasjonen slik at det de har vært igjennom kan bearbeides.

6.1.5 Informasjonens kvalitet

Ungdom (U1) opplevde at det ble tatt i bruk vanskelige fagbegreper under samtale med lege. Her er ungdommen tydelig på hva som var vanskelig, samtidig avsluttes det med at det ble greit forklart. Det kan bety at konteksten kom frem likevel og det dermed var forståelig. På andre siden har legen forklart med andre ord eller at ungdommen pynter på forståelsen etter å ha beskrevet noe som vanskelig å forstå.

Det kan bety at ungdommen ikke ønsket å innrømme overfor kandidaten som intervjuet at det var noe de ikke hadde forstått. De kan på bakgrunn av dette også ønske å "pynte" på sannheten for å beskytte seg selv og ikke virke uviten på noe de burde ha forstått.

Ungdom (U5) endrer svaret fortløpende med først å si at ikke noe var vanskelig, til å forstå det meste og så til å ha forstått alt. Ungdom (U5) kan også bare ha svart fortløpende etter hvordan tankegangen var, altså resonnert fortløpende.

Forskningen viser at ikke alle ungdommer ønsker så detaljert informasjon. Dette kan skremme mer enn det informerer og trygger ungdommer (Fortier et al., 2009).

Hos Fortier et al., (2009) var en del av resultatet at selv om de har identifisert at flertallet av barn ønsker perioperativ informasjon, foretrekker et mindre antall barn å ikke motta omfattende informasjon. Flere ungdommer fra studien erfarte at de hadde mulighet for å stille spørsmål om det var noe de ikke forstod. Teorien understøtter at ungdommer kan ha vanskeligheter med å innrømme om det er noe de ikke forstår (Slota, 2013, s.35). Klinisk erfaring viser at det er variasjon på hvorvidt ungdommer stiller spørsmål.

Barnesykepleieren undervisende funksjon blir å vurdere ungdommens kunnskaper og tilpasse informasjon til hver enkelt (Slota, 2013, s.35; BSF, 2017).

En ungdom (U3) fortalte at det ikke var informert om at det skulle legges inn urinkateter. Ungdom bør informeres om aktuelle prosedyrer som for eksempel innleggelse av urinkateter, og/eller veneflon (Finrud, 2017, s.145). Årsaken til at det ikke ble gitt informasjon om

kateterinnleggelse kan være at det ikke var planlagt på grunn av operasjonens form og varighet.

På den ene siden kunne barnesykepleieren informert om at det kunne bli lagt inn urinkateter, på den andre siden kanskje dette ikke var vanlig i praksis for denne type operasjon. Det kan også være at barnesykepleieren ikke ville skremme ungdommen med unødvendig informasjon hvis det var liten sannsynlighet for at urinkateteret skulle bli lagt inn.

Fordi godt forberedte barn er mer tilpasningsdyktige gjennom en innleggelse er det viktig å finne ut om ungdommen får den informasjonen de trenger (Slota, 2013, s.25). Det kan derfor være viktig at ungdommen selv får si noe om dette.

6.1.6 Ungdommers anbefalinger om preoperativ informasjon

Ungdommene i denne studien har gitt noen tilbakemeldinger for hva de mener annen ungdom bør få preoperativ informasjon om. Felles for ungdommene i denne studien er ønsket om fortløpende informasjon under oppholdet.

Ungdom (U1) ønsker at annen ungdom bør få informasjon om hva som kommer til å skje på sykehuset mens man er der, og hvem man får prate med i løpet av oppholdet. Ungdom (U2) ønsker at andre ungdommer får prate med lege.

I begge disse to utsagnene fremheves viktigheten av personlig samtale med helsepersonell. Ungdom (U1) presiserer at forløpet videre, og hvem de skal kommunisere med er noe som ønskes. I et annet utsagn erfarer ungdom (U1) i tillegg til å ha sett forberedelsesfilmen at informasjon ble gitt muntlig. Ungdommene i denne forskningsstudien presiserer at de har sett forberedelsesfilmen og fått muntlig informasjon av både lege og sykepleie. Ungdom (U2) derimot betoner at det var mest nytte av samtale med helsepersonell, skjønt at forberedelsesfilmen er behjelpelig.

Fortier et.al., (2009) sin studie kommer det frem 16 anbefalte spørsmål som barn ønsker svar på før kirurgi. Disse spørsmålene handlet blant annet om forløpet på sykehuset, om det ble å gjøre vondt og hvordan det kom til å bli etter operasjonen.

Ungdommenes ønsket om samtale med helsepersonell om preoperativ informasjon kan sees på i lys av sykehusekspertenes 10 bud. Dette gjenspeiler barn og unges behov og ønsker for kunnskap fra helsepersonell (Barneombudet, 2011). Ungdom har også rett til informasjon om deres tilstand, behandling og det som skal skje under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Ungdom ønsker informasjon om rutiner og tilgang til internett ved sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017, s.71). Ungdomsårene er en tid med mange bekymringer og ungdommen er, i følge Tetzchner (2012, s. 697) emosjonelt negative til noen situasjoner de opplever. Derfor kan det være essensielt at ungdommen opplever at de får informasjon som er utfyllende og som ikke er med på å forsterke disse bekymringene. Klinisk erfaring viser at godt forberedt ungdom mestrer sykehusinnleggelse bedre.

I tillegg til at noen av ungdommene ønsker å bli informert muntlig kom det fram at en ungdom (U5) ønsket å få informasjon digitalt og skriftlig. Her fremmes et ønske om å få lettere tilgang til informasjon slik at en selv kan lese seg til hva som skal skje og prognoser for operasjon.

Dermed kan en stille seg spørsmålet om hvorvidt spesifikk og detaljert informasjon vedrørende utvalgte operasjoner og potensielle komplikasjoner er tilgjengelige skriftlig og digitalt for ungdom.

En konsekvens på mangel på dette kan medføre at ungdommer ukritisk bruker andre kilder for å søke etter informasjon. Det er ikke sikkert at ungdom er kritisk til hvilke kilder informasjonen kommer fra, og kan dermed ende med å bli feilinformert.

Derfor må preoperativ informasjon som skal være tilgjengelig digitalt og skriftlig ha en god rutine for kvalitetskontroll, oppdatering og sørge for at den er tilgjengelig for ungdom.

I følge Grønseth & Markestad (2017, s.87) kan det å lytte til forslag og råd fra ungdommene influere ungdommens sykehushverdag. Den kan også bidra til at helsepersonell får bedre kompetanse.

For å forbedre ungdommens sykehusstilbud bør deres erfaring brukes som en kunnskapskilde (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Det er altså en politisk målsetning på makronivå at

ved utforming av tjenester som berører dem på system og individnivå skal barn og unges erfaringer høres, i følge helse og omsorgsdepartementet (2016). Dette understøttes også i barnekonvensjonen, som nevnt tidligere i oppgaven.

Nasjonale brukerundersøkelser viser også til at barn og unges medvirkning ikke kommer tydelig nok frem og at de har få arenaer hvor de kan medvirke i utformelsen av tjenester på systemnivå (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Altså forklares det eksplisitt at for å bedre barns sykehusopphold og for å sikre deres medvirkning er det viktig å ta barn og unges stemmer på alvor og at ungdommene inkluderes.

Å gi barn og unge muligheten for å delta i forskning som angår deres liv og levevilkår er viktig (Trondsen & Eriksen, 2019).

I følge Slota ønsker ungdom å engasjere seg aktivt i sin egen helse, i utformingen og iverksettingen av omsorg (Slota , 2013, s.35). Flere ungdommer i denne studien er ikke er passive deltakere, men de uttrykker hva de ønsker. Ungdommene vurderer det preoperative innholdet og formidlingen av dette etter sine ønsker og betraktninger.

Dermed kan denne undersøkelsen og ungdommens anbefalinger være nyttig innfallsvinkel for å få innsikt i deres erfaring med preoperativ informasjon.

Barnesykepleierens undervisende funksjon vil være å belyse og informere ungdom om deres rettigheter (BSF, 2017).

Ungdommenes anbefalinger om preoperativ informasjon er basert på deres opplevelser og erfaringer.

6.2 Opplevelser og erfaringer

Ungdommene har fortalt om sine opplevelser og erfaringer knyttet til preoperativ informasjon som de har fått. Resultatet i denne forskningsstudien viser at noen ungdommer trekker frem relasjoner mellom seg selv og helsepersonell som betydningsfullt.

Ungdommene beskriver snille ansatte og sykepleiere som har tatt seg tid til å bli kjent med ungdommene som viktig. Leger som har tatt seg tid til å tegne for å gi informasjon om operasjon har vært betydningsfull.

I denne studien erfarte flere ungdommer å ha smerter etter operasjon. Flere fortalte også om opplevelse av smertelindring og en ungdom (U5) sa at det ikke hadde vært smerter i det hele tatt.

Det bør i følge Toruner et.al., (2017) fremtidig legges vekt på at preoperativ informasjon bør inkludere smertebehandling. Det fremheves også betydningen av foreldres involvering i preoperativ forberedelse for barn (Toruner et.al., 2017).

I denne studien forteller noen ungdommer at tidligere erfaringer har gjort at sykehusinnleggelse virket skummelt, men at de ble positivt overrasket og fortalte at det ble en god opplevelse.

Lange sykehusopphold er kjedelig sier en ungdom (U1), særlig fordi aktivitet er begrenset i forhold til diagnose. Blant annet er atskillelse fra venner og mangel på mobilitet en frykt ungdom har (Busen, 2001).

Barnesykepleierens forebyggende funksjon skal i størst mulig grad hindre at den psykososiale utviklingen blir påvirket negativ ved sykdom og sykehusopphold (BSF, 2017). Blant annet kan barnesykepleieren forebygge ved å gi preoperativ informasjon som er tilpasset den enkelte ungdoms situasjon og behov. For å vite hva den enkelte ungdom trenger må barnesykepleieren være interessert og oppmerksom på ungdommens ønsker. Ved å spørre ungdommen og lytte til hva de forteller kan barnesykepleieren få innsikt i ungdommens behov. På denne måten kan barnesykepleieren hjelpe ungdommen til å oppleve trygghet og mestring av sin situasjon.

Flere av ungdommene fortalte at preoperativ informasjon stemte med opplevelsene de hadde hatt. Barn og ungdom som var mest engstelig rapporterte i studien til Fortier et.al., (2009) at de ønsket mest informasjon. Sannsynligvis er dette et forsøk på å skaffe nok informasjon slik at man mestrer sin angst og situasjon bedre.

Ungdom (U5) beskriver at det så ut som helsepersonell hadde kontroll. Det kan være med på å trygge ungdommene og at de opplever at de mestrer sin egen situasjon bedre.

6.2.1 Trygghet

En ungdom (U5) forteller at det først var spennende og skummelt å komme på sykehus, men at det føltes bra og trygt nå. Opplevelse av trygghet kan være at ungdommen har fått oversikt over egen situasjon og dermed får en følelse av trygghet. Ungdom (U5) forteller også at det ble gitt gode forklaringer og at det virket som de (underforstått helsepersonell) hadde kontroll. Helsepersonell kan ha vært trygge i egen rolle og gitt informasjon på en måte som uttrykker kunnskap og kontroll.

Forskningsartiklene viser alle at preoperativ informasjon reduserer stress og angst hos barn og ungdom (Chow et.al., 2006; Copanitsanou et.al.,2014 , og Kain et.al., 2009). Det kan også bety at preoperativ informasjon bidrar til å trygge ungdommer ved at de er forberedt på hva som skal skje. Innholdet i informasjonen kan gi en forutsigbarhet som ungdommen ikke hadde uten denne informasjonen.

Flere ungdommer har hatt pårørende tilstede. Ungdom (U3) forteller at mamma var med helt til ungdommen sovnet.

Preoperativ informasjon bør inkludere foreldre (Toruner et.al., 2017). Det kan oppleves trygt å ha pårørende tilstede når omgivelsene er ukjente i forhold til det de er mest vant til, selv om ungdomsalderen er en periode hvor de løsriver seg mer fra foreldrene (Sjøbjerg, 2013, s.126).

Ungdom under 18 år har etter forskriftene rett til å ha en pårørende hos seg (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Klinisk erfaring viser at ungdom opplever det som trygt at foreldre er tilstede under sykehusoppholdet, særlig når de skal til operasjon.

I følge Haviks kontrollmodell (1989) vil emosjonell kontroll opprettholdes likevekt mellom tilhørighet og nærhet. Emosjonell støtte og nærhet til foreldre er særlig viktig for barn og ungdommer. Ungdom trenger å opprettholde kontakt med venner. Kontakten kan bli opprettholdt ved å få tilrettelagt at vennene kan være på besøk når det er mulig. Ungdoms integritet og grenser skal også respekteres. Det er viktig å finne en balanse. Noen ungdommer vil trenge hjelp til å begrense besøk og noen må oppmuntres til å invitere venner. For ungdommene i denne studien hadde alle med seg en forelder til de sovnet. Barnesykepleierens forebyggende funksjon er å ivareta barn og ungdoms individuelle behov (BSF, 2017).

6.2.2 *Smerter/smertelindring*

Noen ungdommer opplevde smerter i etterkant av operasjonen og en ungdom (U4) forteller at man er på sykehus fordi man har smerter. Videre forteller ungdommen (U4) at sykepleiere og leger var tilstede hele tiden og var hjelpsomme. Det kan oppfattes som at ungdommen har fått smertelindring og har en opplevelse av at helsepersonellet har forsøkt å hjelpe. Det kan også forstås som at ungdommen bare har innfunnet seg med at det skal være smertefullt å være på sykehus.

Tidligere forskning viser at det kom frem fem viktige spørsmål som barn ønsket svar på, 91,5% ønsket å vite hvor lenge de kom til å ha smerter etter operasjonen. 89,3% ønsket å vite om jeg vil kjenne noe smerter, 88,4% lurte på om det vil være smerter og i så fall, hvor vondt det kom til å være. 87,7% ønsket å vite om operasjonen kom til å gjøre vondt og det femte barn måtte vite var om det kom til å gå bra, 86,2% (Fortier et.al., 2009). Fortier et.al., (2009) sitt resultat viser at informasjon om smerter og smertelindring er viktig. Dette blir også bekreftet av flere ungdommer i masterstudien.

I en fagartikkel kommer det også frem at ungdom blant annet frykter smerter (Busen, 2001). En annen ungdom (U2) opplevde det som positivt at barnesykepleieren var tilstede etter administrering av morfin, og ble sittende til ungdommen sovnet. Dette kan forstås som at

ungdommen opplevde ivaretagelse, trygghet og smertelindring. I klinisk praksis vurderer barnesykepleieren ungdommens smerter ved å ta i bruk skåringsverktøy for vurdering av smerter, og effekt av smertestillende. Barnesykepleierens lindrende og undervisende funksjon går ut på å gi god preoperativ informasjon om smertelindring postoperativt (BSF, 2017).

Toruner et.al., (2017) skriver i sin forskning at selv om intervensjonen, et preoperativt forberedelsesprogram, ikke hadde noen effekt på barns angst og posthospital adferd, var det gunstig for å redusere postoperativ smerte.

Barnesykepleierens lindrende funksjon går på å redusere smerter og ubehag. Hvis smerter reduseres kan barn og ungdommers krefter benyttes til mestringsopplevelser, utvikling og helbredende prosesser (BSF, 2017).

6.2.3 *Mestring*

Ungdom (U5) forteller at opplevelsen av preoperativ informasjon var veldig bra og at helsepersonell hadde kontroll og var flinke til å forklare.

Ut i fra hva ungdommen forteller kan det være at informasjonen som er gitt har vært akkurat hva ungdommen trengte. Det kan også bety at helsepersonell har ivaretatt ungdommen og formidlet det ungdommen hadde behov for. Eller det kan bety at ungdommen ikke ønsket å fortelle om det som ikke var bra. Enten fordi ungdommen da måtte innrømme at det var vanskelig å forstå det som var formidlet og dermed innrømme at situasjonen ikke ble mestret. Eller så kan ungdommen ha trodd at det var dette svaret som ble forventet og ikke ønsket å skuffe kandidaten som intervjuet.

Fortier et.al., (2009) viser at barn som tidligere var operert ikke varierte fra andre barn når det gjaldt hva de ønsket informasjon om før operasjon. Det blir presisert at disse barna kan ha blitt dårlig forberedt til tidligere operasjoner (Fortier et.al., 2009).

En annen ungdom (U2) forteller at det har vært en bra opplevelse, det har tidligere vært skummelt å komme på besøk til andre på sykehus. Ungdommen bemerker at det er hyggelige folk som jobber på sykehuset. Det kan bety at helsepersonell har brukt tid til å gi preoperativ informasjon og forberede ungdommene på hva som skal skje.

Det kan også bety at ungdommen har utviklet seg og fått en bedre forståelse for sykdom siden sist ungdommen var på sykehus. Fordi det først var skummelt, men ender opp i en bra opplevelse kan det virke som ungdommen har mestret situasjonen på en god måte. Dette skyldes nok, som Slota skriver, at de kognitivt begynner å tenke mer abstrakt og at evnen til å tenke logisk. De har dermed bedre forståelse for sykdom, behandling og prognoser (Slota, 2013, s.35).

God preoperativ informasjon og forberedelse i forkant av operasjon kan bidra til at ungdom opplever trygghet og mestrer sykehusinnleggelse, som også Tveiten (2012) beskriver. Ungdom ønsker informasjon om rutiner og tilgang til internett ved sykehusopphold. Dette for å opprettholde kommunikasjon med jevnaldrende og holde seg oppdatert i forhold til skolearbeid (Grønseth & Markestad, 2017, s.71).

Preoperativ informasjon må inneholde hva som skal skje før, under og etter narkosen slik at de får en opplevelse av kontroll, som igjen er vesentlig for følelse av mestring (Søbjerg, 2013, s.135). Instrumentell kontroll er pasientens evner og muligheter for å fjerne og forebygge negative hendelser og nå ønskede mål. Det er viktig at ungdom har en opplevelse av kompetanse av at de innehar de nødvendige ferdighetene. Når man ivaretar instrumentell kontroll gir det pasienten en opplevelse av mestring. Gi ungdom innsikt i hva som skal skje og hva de selv kan gjøre (Havik, 1989).

Klinisk erfaring viser også at ungdom som har fått kontroll over egen situasjon også mestrer sykehusoppholdet bedre.

Barnesykepleierens skal forebygge at ungdommer får negative sykehusopplevelse (BSF, 2017).

6.3 Metodekritikk, styrker og svakheter

Kandidatene har hatt som mål å intervju 3-5 ungdommer, og har gjennomført 5 intervjuer. Selv om intervjuene var korte i forhold til tid, ga ungdommen kandidatene mye og verdifull informasjon. Målet er at ungdommens erfaringer og opplevelser kommer fram i studien. Resultatet fra studien er relevante og erfaringene til ungdommen kan sannsynligvis være overførbare til praksis.

Svakhet i studien er at kandidatene er uerfarne i forskerrollen, og at det følgelig har vært vanskelig å utføre dybdeintervjuer med ungdommer. Styrken er at kandidatene har erfaring fra praksis med å prate med ungdommer. Det har vært vanskelig å se når og hvilke oppfølgingsspørsmål som burde bli stilt for å få utdypet svarene fra ungdommene. Man ser i ettertid at man kunne ha fått mer utfyllende svar fra ungdommene med oppfølgingsspørsmål. Trondsen og Eriksen (2019) beskriver at noen av utfordringene med å være forsker kan være å stille de riktige spørsmålene.

Forutinntatte spørsmål kan være lite relevante for den som får spørsmålet, men spørsmål som går mer inn til kjernen uten antagelser og fordommer kan gi rikere svar (Hagen & Lyng, 2019). Dette kan relateres til vårt prosjekt fordi kandidatene ikke har erfaring med forskning og intervju fra tidligere. Endringer i spørsmålene kunne gitt andre svar som ble mer relevante for vår forskningsstudie. Samtidig ser masterstudentene at spørsmålene er veldig knyttet til problemstillingen og preoperativ informasjon. Kandidatene har oppnådd tillit hos ungdommene som har fortalt oss sine synspunkter og opplevelser om informasjonen de har fått i forkant av operasjon.

Ungdommene virket ærlige og trygge når de svarte. Noen ungdommer delte veldig personlige opplevelser og følelser.

Ungdommen virket trygge i situasjonen. De pratet løst og avslappet, selv om de av og til var usikker. De kom med mye informasjon på kort tid, det virket som de synes det var gøy å fortelle hva de hadde vært igjennom.

Det ble kun gitt tillatelse og godkjenning for forskning på egen avdeling. Svakheter ved dette er ved å hente materiale bare fra egne meningsfeller kan det bli vanskelig å utfordre forforståelsen (Malterud, 2017, s.68).

I forhold til analysen kan egen forforståelse gjøre at man tillegger utsagnet mer positiv eller negativ verdi enn det kanskje har. Kandidatene har vært bevisste på egen forforståelse i bearbeiding av analysen og diskusjon. Ungdom svarer direkte og kort på spørsmål som gir lite rom for å tolke svarene feil.

Kvale & Brinkmann (2017) skriver at det stilles spørsmål om intervjuens reliabilitet i intervjuforskningen. Ved å transkribere hver for oss, deretter gå gjennom teksten sammen vil man på den måten foreta reliabilitetssjekk (Kvale & Brinkmann, 2017, s.211).

Kandidatene har jobbet hver for seg for trekke ut tema fra intervjuene, deretter sammenlignet og sett på dette sammen. Dette er for å sikre at kandidatene ikke tillegger meninger om utsagnene fra ungdommene. Dette styrker validiteten og reliabiliteten for denne studien.

Rekruttering av utvalget var ikke gjort strategisk, men på grunn av tidsrammen for studien har rekrutteringen blitt gjort fortløpende. Dermed ble ikke aldersspennet mellom 12 og 18 år, men 14 til 16 år. Det betyr at det er aldersgrupper som ikke blir representert og ikke får gitt sin mening. På den andre siden har intervjuene muligens i større grad fått mer dybde siden ungdommene var like i alder.

Kliniske erfaring viser at norsktalende ungdommer med annen etnisitet kan utgjøre en del av pasientbelegget, og det var ønskelig også å rekruttere dem i studien. Under rekrutteringen var ikke denne pasientgruppen representert i avdelingen og er derfor en gruppe som har ikke fått sagt noe i denne studien. Dette kunne svekke validiteten til studien.

Kandidatene har ivaretatt deltakerne på en etisk forsvarlig måte gjennom hele studien. De forskningsetiske overveielser er beskrevet i punkt 4.4.

Data fra informantene er gjort private, og anonymisert gjennom studien. Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer informanter blir oppbevart adskilt (Kvale & Brinkmann, 2017, s.106).

Kandidatene har gjennom studien aktivt brukt veileder, og har i tillegg fått hjelp fra en ekstern forskningssykepleier som kjenner posten og prosedyren.

7.0 KONKLUSJON

7.1 Hovedfunn

Utvalget for studien ble 5 ungdommer, i alderen 14-16 år. Hensikten til denne studien har ikke vært å generalisere funn, men å øke informasjonsverdien, belyse og skape dypere forståelse av fenomenet “preoperativ informasjon til ungdom”.

Ungdommene i denne studien vurderte at innholdet i preoperativ informasjon stemte med det de hadde opplevd. Informasjonens form var forberedelsesfilm, muntlig og visuell i form av tegning. Noen ungdommer fikk preoperativ informasjon kort tid før operasjonen. Andre ungdommer fortalte at det tok lang tid fra informasjonen ble gitt til operasjonen.

Noen ungdommer hadde fått informasjon av foreldre, og en annen ungdom hadde søkt informasjon selv. Det kommer ikke frem hvordan kvaliteten var på denne informasjonen. En ungdom opplevde også at det ikke var gitt informasjon om kateterinnleggelse, som gjør at noe informasjon var mangelfull.

Ungdommene kom med anbefalinger om preoperativ informasjon de mente annen ungdom bør få informasjon om. Ungdommene erfarte at informasjon om forløpet på sykehuset og hvem de skulle snakke med var viktig for annen ungdom å vite. Ungdommene ønsket å finne informasjon digitalt og i bøker, men fremhevet samtale som mest nyttig.

Ungdommene i denne studien opplever at informasjonen blir formidlet på en god måte, og at det virket som helsepersonell hadde kontroll. Ungdommene i denne studien ønsket mer personlig tilpasset informasjon.

Informasjon ble gitt av ulikt helsepersonell, hvor personlig tilpasset informasjon særlig ble trukket frem som viktig. Samtale med lege ble trukket frem som betydningsfull for en god opplevelse av preoperativ informasjon. Det var det oftest at leger ble nevnt, og ikke sykepleiere.

Opplevelser og erfaringer som ungdommene beskrev var trygghet, smerter/smertelindring og mestring. Flere av ungdommene opplevde sykepleierne som snille og tilstede.

7.2 Kliniske implikasjoner

Denne studien har gitt innsikt i hva ungdommer mener om preoperativ informasjon de har fått. Deres erfaringer kan brukes i videre i evaluering av hvordan preoperativ informasjon bør tilpasses ungdom.

Det planlegges at resultatene fra denne studien legges fram på kirurgisk avdelinger til barn. Dermed kan tilbakemeldingene tas til følge når andre ungdommer skal få preoperativ informasjon.

Det planlegges også å skrive en artikkel der funnene fra studien blir presentert. På denne måten kan ungdommenes meninger komme frem og bidra som opplysning for helsepersonell som gir preoperativ informasjon til ungdom.

7.3 Videre forskning

Kandidatene fant lite forskning på ungdommers opplevelse av preoperativ informasjon. Denne studien belyser ungdoms erfaringer om preoperativ informasjon. Det kommer frem i studien at ungdommer ønsker personlig tilpasset informasjon. Det bør gjøres videre forskning på preoperativ informasjon til ungdom.

Det er derfor ønskelig at framtidig forskning undersøker, kartlegger og identifiserer synspunkter til flere ungdommer om preoperativ informasjon. Det er særlig viktig å inkludere ungdommer som har en annen etnisk bakgrunn.

REFERANSELISTE

Barnekonvensjonen (2018), fn.no, sist lastet ned 01.04.19 og hentet fra

<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

Barneombudet 2017, sist lastet ned 04.04.19 og hentet fra

[https://barneombudet.no/dine-rettigheter/rettighetsplakaten/12-ar/?fbclid=IwAR2Ve9nNy4uy
aVhcGl8x4wp7y1-8fyM-usEAs671K5T6ArzdelJTa9Ud7Tk](https://barneombudet.no/dine-rettigheter/rettighetsplakaten/12-ar/?fbclid=IwAR2Ve9nNy4uy
aVhcGl8x4wp7y1-8fyM-usEAs671K5T6ArzdelJTa9Ud7Tk)

Busen, N. H. (2001). *Perioperative Preparation of the Adolescent Surgical Patient. Fagartikkel. AORN Journal*, 73: 335–363. doi:10.1016/S0001-2092(06)61977-7

Clarke, V. & Braun, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology* s. 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Clarke, V. & Braun, V. (2017). *Thematic analysis. The Journal of Positive Psychology* s.297-298. doi: 10.1080/17439760.2016.1262613

Chow, C. H., T., Schmidt, L., A., Lieshout, R., J., V. Leung, P., Nejati, N., Pope, E., Buckley, N (2006). *Managing Children's Perioperative Anxiety: Journal of Pediatric Psychology*, :41,(2) s.182–203.

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*, (7-8) s.940-54. doi: 10.1111/jocn.12187

Direktoratet for e-helse, (2019) sist lastet ned 08.04.2019 og hentet fra
<https://helsenorge.no/rettigheter/helserettigheter-for-barn-og-unge>

Finrud, I. A. (2017). *Pre og postoperativ sykepleie til barn og ungdom* IN Grønseth, R. Markestad, T. (Red.) *Pediatri og pediatriisk sykepleie. 4 utgave. Fagforlaget. s.143-156.*

Folkehelseinstituttet.no(2014) sist lastet ned 03.04.2019 og hentet fra

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), Lovdata.no, lastet ned 03.04.19 og hentet fra

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

Fortier, M., Chorney, J., Rony, R., Perret-Karimi, D., Rinehart, J., Camilon, F., Kain, Z. *Children's Desire for Perioperative Information (2009) Anesthesia & Analgesia. 109(4) s.1085-1090 doi: 10.1213/ane.0b013e3181b1dd48*

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie.4 utgave. Fagbokforlaget.s.63-96.*

Hagen,A.L. & Lyng, S.T. (2019) *Barn og unges deltakelse i forskning: Muligheter og utfordringer, Norsk sosiologisk tidsskrift 01/2019,(3) lastet ned 17.02.19 og hentet fra <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-01-01>*

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

Helse og omsorgsdepartementet. (2016). *Ungdomshelse - regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021, lastet ned 01.04.19 og hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshel_sestrategi_2016.pdf*

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre-og postoperative sykepleie, (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS. s.17-50*

ICN – *International Council of Nurses (2006), 3, Place Jean-Marteau, CH - 1201 Geneva (Switzerland), sist lastet ned 24.04.19 og hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>*

Johannessen,A. Tufte, P.A.& Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag. s.235*

Johannessen, A. Tufte, P.A.& Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.(5. utg.) Oslo: Abstrakt forlag. s.91*

Kain, Z. N. Caldwell-Andrews AA. Mayes ,L.C. Weinberg, ME. Wang S-M, MacLaren,JE. Blount RL.(2007)*Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children. Anesthesiology 2007; 106(1): 65-74.*

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju. (3.utg.)*. Gyldendal Akademisk. s 211-279

Kvalem, I.L. & Wichstrøm, L. (2007). *Ung i norge, psykososiale utfordringer (2. opplag)* Oslo: Cappelen Forlag. s. 17

Lassen, K. (2014) *Gir dårligere behandling til minoriteter*, *Forskning.no*, sist lastet ned 10.04.19 og hentet fra

<https://forskning.no/helsepolitikk-etnisitet-partner/gir-darligere-behandling-til-minoriteter/571213>

Lissauer, T. & Clayden, G. (2010) *Pædiatri - en illustreret lærebog (1.utg.)*. København: FADL's Forlag.

Malterud, K. 2017. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring (4.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 30-192

Oslo Universitetssykehus (2019). *Psykososial preoperativ forberedelse av barn*,

<http://ehandboken.oslo-universitetssykehus.no/document/49509/fields/23>

Pasient og brukerrettighetsloven (2017) . *Lov om pasient og brukerrettigheter av*

LOV-1999-07-02-63. Sist endret 1.1.2018 og hentet fra

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=barns_rettighet_på

[informasjon#KAPITTEL_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=barns_rettighet_på_informasjon#KAPITTEL_7)

Pena, A.L.N. & Rojas, J.G. (2014). *Ethical aspects of childrens perceptions of information-giving in care*, *Nursing ethics* Vol 21(2) s.245-256

Rosse, E. (2019). *I Store norske leksikon*. Sist lastet ned 06.05.2019. og hentet fra <https://snl.no/informasjon>

Shields, L. (2010). *Perioperative care of the child : a nursing manual*. Oxford: Blackwell publishing Ltd

Slota, M.C. (2013). *Psychosocial aspects of pediatric critical care*. I.M.F.Hazinski (Red.) *Nursing care of critically ill child*. St Louis. Missouri: Esvier Mosby. s.19-49

Staff, A. (2015) *Bias*, sist lastet ned 19.06.18 og hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>

Statistisk sentralbyrå, 2019, sist lastet ned 08.04.2019 og hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Søbjerg, I.L. (2013). *Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom*. I.N.D.G. Stubberud (Red), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. s.115-151. Oslo: Gyldendal Akademisk

Søbjerg, I.L. Brandt, L.M. & Tunby, J. Barnesykepleierforbundet NSF (2017). *Funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier*. Lastet ned 15.01.2018 og hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3687638/cache=20180201185526/Barnesykepleier%2B-%2Bfunksjons-%2Bog%2Bansvarsområder%2B2017.pdf>

Tetzchner, S.V. (2012). *Utviklingspsykologi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag. s. 680-697

Trondsen, M.V. & Eriksen, S.H. (2019) *Mellom deltakelse og beskyttelse: Aksjonsforskningens mulighetsrom for barn og unge*. Norsk sosiologisk tidsskrift 01/19,(3) lastet ned 27.02.19, og hentet fra <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-01-04>

Tveiten, S. (2012). *Barns helse og livskvalitet*. In Wenninck, Steen, H,F sykepleie til barn. *Familiesentrert sykepleie (Red) (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag. s 42-78.

Verdens helseorganisasjon, (2014), WHO.int, lastet ned 01.04.19 og hentet fra <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-%20%20adolescence.html>

Westhorpe, R. & Davies, J. (2018), allaboutanesthesia.com.au, lastet ned 22.01.18 og hentet fra <http://allaboutanaesthesia.com.au/patient-information/preparing-your-child/>

Vedlegg 1 - Vurdering av artiklene

<p><i>RTC(randomized controlled trial/randomisert kontrollert studie)</i></p>	<p>Artikkel 1</p> <p>Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children.</p> <p>Kain, Z.N., Caldwell-Adrews, A.A., Mayes, L., Weinberg, M.E., Wang, S-M., MacLaren, J.E., Blount, R.L., 2007</p>	<p>Artikkel 5</p> <p><i>Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Children's Emotional States and Parental Anxiety (2017)</i></p> <p>Toruner, EK. Bartik, K.</p>
<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p>	<p>Undersøke om familierettet preoperativ informasjon er effektiv for reduksjon av preoperativ engstelse og forbedrer den postoperative fasen.</p>	<p>Studien ble utført for å undersøke effekten av et preoperativt forberedelsesprogram for barn og deres foreldre i en pediatrik kirurgisk poliklinikk.</p>
<p>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</p>	<p>Ja de ble randomisert ut i fra 4 kategorier. Gruppe 1) kontroll gruppe, får standar informasjon 2) Foreldre tilstedeværelse ved anesthesi innledning 3) ADVANCED familiesentrert forberedelse, adferds veiledning, video undervisning 4) fikk Midazolam</p>	<p>De ble randomisert ut fra 2 kategorier. Det er studie med 73 barn og deres foreldre. Gruppen delt i 2. En intervensjon gruppe og en kontroll gruppe.</p>
<p>3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p>	<p>Ja alle ble gjort rede for og tatt med i resultatet</p>	<p>Ja, alle ble gjort rede for og tatt med i resultatet</p>
<p>4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</p>	<p>Selv om deltakerne ikke kunne bli blindet til gruppeprosjekt, var det gjort så blindt som mulig for gruppearbeid. Oppdraget kunne ikke være helt blindet når foreldrene var til</p>	<p>Denne enkeltblindede randomiserte kontrollerte studien brukte en datamaskingenerert enkel randomisering, da det ikke var mulig for deltakerne å bli blindet. Familier ble bedt om ikke å informere</p>

	<p>stede, men utover disse to gruppene (barn med eller uten foreldre) var det ingen andre åpenbare opplysninger om gruppeinndeling som kunne fastslås via videobånd</p>	<p>forskeren om deres tildelte gruppe for å sikre at datainnsamlerne og forskeren som analyserte dataene, forblir blindet.</p>
<p>5. Var gruppene like ved starten av studien?</p>	<p>Vi fant at de fire studiegruppene var like med hensyn til karakteristika som alder, kjønn, etnisitet, foreldres vurdering av barns oppførsel under tidligere medisinske besøk, angst før operasjon, foreldringsattest, foreldrehåndteringsstil og foreldres utdanning.</p>	<p>Det var ingen forskjell mellom gruppene på alder, kjønn, foreldres tilstedeværelse, gitt premedikasjon, type operasjon, postoperative komplikasjon som kvalme og oppkast eller alvorlig smerte, barnemessig temperament og foreldres angst.</p>
<p>6. Ble gruppen behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</p>	<p>Ja, alle sykepleiere var blindet i forhold til gruppeinndeling på pasientene, så fikk lik behandling. I tillegg overvåket en psykolog alle evalueringene og administrasjon av de varierende observasjonsverktøyene.</p>	<p>En utdannet assessor blindet til gruppetildeling utførte atferdsevalueringer med bestemte intervaller.</p> <p>Data ble samlet inn på ni timepunkter av prinsippforsker, forskningssykepleier eller forskningsassistent</p>
<p>7. Hva er resultatene?</p>	<p>Godt forberedte barn før et kirurgisk inngrep opplever redusert stress ved innledning av anestesi. Det er mindre stress ved oppvåkning, redusert postoperativ forvirring og mindre behov for medikamenter. I tillegg ble de skrevet tidligere ut fra overvåkingen</p>	<p>Preoperativ forberedelse viste noen fordel for å redusere foreldresangst, men ikke i deres tilfredshet. Preparatet hadde ingen effekt på barns angst og posthospital adferd, men var gunstig for å redusere postoperativ smerte. Undervisning bør inkludere foreldre og kunne tilrettelegges på måter som er mer praktiske for foreldre med familie- og arbeidsforpliktelser.</p>

<p>8. Hvor presise er resultatene?</p>	<p>Foreldre og barn i gruppe 3 opplevde signifikant lavere engstelse sammenlignet med de andre gruppene og de ble også skrevet raskere ut av PO.</p>	<p>I studien var den totale angstpoengsummen lavere i forsøksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, men forskjellen var ikke statistisk signifikant. Dette kan forklares av det faktum at 35% av familiene deltok på preoperative besøk på grunn av uforutsette grunner utenfor den optimale forutbestemte forberedelsestidspunktet for deltakerens alder, noe som kan ha begrenset intervensjonens virkning</p>
<p>9. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja, at en preoperativ inngrep kan påvirke postoperative resultater, og gir interessante muligheter for å utvikle nye strategier for å påvirke postoperative resultater</p>	<p>Denne studien fremhever betydningen av foreldres involvering i preoperativ forberedelse for barn. Slike forberedelser bør også legge vekt på smerteutdanning, som er sentral for sykepleie. Imidlertid bør fremtidige utdanningsprogrammer begrense foreldres reise for forberedelsen.</p>
<p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p>	<p>Ja, de har satt opp et flytdiagram over studien. Primære og sekundære funn er presentert i hvordan de har kommet fram til resultatet.</p>	<p>De har satt opp flytdiagram over studien. De har også presentert funn over kontrollgruppen og gruppen som fikk intervensjon. Primær og sekundære funn er gjort rede for</p>
<p>11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?</p>	<p>Advance er en effektiv intervensjon, men også kostbar som forskerne mener kanskje bare er tilpasset de store sykehusene. De foreslår at fremtidige oppfølgingsstudier bør ta opp spørsmålet om kostnadsanalyse. Siden angstnivået var likt mellom barna som fikk midazolam og de som mottok advance-programmet stiller forskerne</p>	<p>Forskerne skriver ikke noe om eventuelle kostnader, men de skriver at ressurser kan tildeles til utvikling av nye måter å levere utdanning på, for eksempel nettbasert opplæringsforberedelse rettet mot barnets voksenstøtteperson. Ytterligere forskning er berettiget.</p>

	<p>spørsmål om det er behov for et slikt avansert forberedelses program. Særlig siden midazolam er så lett tilgjengelig.</p>	
--	--	--

Vurdering av to systematisk oversiktsartikler (fhi, 2014):

<i>Systematic review/ systematisk oversikt</i>	<i>Artikkel 2</i> Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety - a systematic review (2014) Copanitsanou, P., Valkepää, K	<i>Artikkel 3</i> Managing Children's Perioperative Anxiety: 2006 Cheryl H.T. Chow, Louis A. Schmidt, Ryan J. Van Lieshout, Pauline Leung, Nadine Nejati, Eliza Pope, Luis Michelangeli, Ali Shahzada, & Norman Buckley
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja, de ønsker å vurdere hvordan studier som bruker implementering av undervisning til barn i alderen 2 til 12 år som skal gjennomgå operasjon, og om undervisning er assosiert med forbedring i barns angst og andre følelser.	Ja, de ønsker undersøke effekten av audiovisuell intervensjoner som reduserer preoperativ angst og utfall hos barn ved elektiv kirurgi.

<p>2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?</p>	<p>Bare studier som inkluderte pasienter fra alderen 2-12 år ble inkluderte i oversikten. De fant 475 artikler, av disse var 45 i fulltekst som ble vurdert som aktuelle og fra disse igjen ble 16 inkludert i oversikten.</p>	<p>Ja, de gikk gjennom 129 studier og av disse ble 18 valgt som relevante. Søkene baserte seg på fire konsept, 1. vilkår relatert til angst, 2. vilkår relatert til preoperativ, 3. vilkår relatert til AV intervensjoner og 4. vilkår relatert til barn. Disse vilkårene er laget av de som skrev review sammen med bibliotekar</p>
<p>3. Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?</p>	<p>De brukte prisma som sjekklister og det reviewere som evaluerte studiene.</p>	<p>Ja to av reviewerne har hver for seg valgt ut aktuelle artikler. Etterpå sammenlignet og trukket ut til sammen 18 som de begge hadde felles.</p>
<p>4. Er kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?</p>	<p>Ja, det har blitt gått gjennom hver enkelt studiene, og satt opp en oversikt.</p>	<p>Ja, det har blitt vurdert ut fra 6 kriterier ved hjelp av cochrane verktøy.</p>
<p>5. Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig/forsvarlig?</p>	<p>Nei, kan ikke se at det er gjort en statistisk metaanalyse. De begrunner at de ikke har brukt statistisk analyse fordi programmene og skalaene av instrumentene som ble brukt var for heterogen.</p>	<p>Det var bare fire av alle studiene som var passende i forhold til effektiviteten av videointervensjonene som ble gjennomført.</p>

6. Hva forteller resultatene?	12 av de 16 studiene rapporterte barn i utdanningsgruppene lavere angstpoeng. Videre hadde utdanning en aldersrelatert effekt i to studier, ved å være mer effektiv for barn eldre enn fire til seks år, og har en negativ effekt på yngre barns angst. Foreldre til barn i utdanningsgruppene opplevde lavere angst.	Vår gjennomgang tyder på at AV-inngrep er et lovende og potensielt kostnadseffektivt verktøy for å bidra til å forbedre barns preoperative angst, samt forbedre en rekke andre ugunstige perioperative utfall.
7. Hvor presise er resultatene?	Selv om preoperativ informasjon er effektiv for å redusere stress hos barn fra 4år og opp, skriver forfatterne at det er behov for mer kunnskap om metodene og timingen, altså når informasjon blir gitt.	Fjorten av de 18 studiene førte til reduksjoner i barns preoperative angst. Resultatet viste at det var en total -11,4 (95% CI = -17,29 til -5,59, p <0,01) statistisk signifikant WMD reduksjon mellom preoperative angstscorer i AV-inngrep og kontroll / SC-grupper hos barn.

Tverrsnittstudie	Artikkel 4 Children's Desire for Perioperative Information Fortier, M.A, Chorney, J.M, Rony,R.Y.Z. Karimi, D.P. Rinehart, J.B. Camilon, F.S. Kain.Z.N (2009)
1. Er problemstillingen klart formulert?	Ja, de ønsker å identifisere hvilken preoperativ informasjon barn ønsket å få av helsepersonell
2. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja, det er 143 barn med i studien fra to forskjellige sykehus. 96 barn(68%) fra Yale-NewHavenChildren'sHospital in Connecticut og 47 barn (32%) fra Children's Hospital of Orange County in California.

3. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja, det var klare inklusjonskriterier for å delta i studien. Friske (ASA 1 og 2), som ikke hadde utviklingsforstyrrelser og som snakket engelsk. familiene ble ringt dagen før operasjon eller kontaktet samme dag på preoperativt venteområde.
4. Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert?	Det er redegjort for inklusjon og eksklusjonskriterier og hvordan rekruttering blir gjort. Det er ikke noen oversikt over de som ikke ønsket å delta i studien.
5. Er svarprosenten høy nok?	143 ble rekruttert og svarte på undersøkelsen. 95 % av 143 barn ville ha informasjon.
6. Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles?	Analyser av varians (ANOVA) ble brukt til å undersøke virkningen av gruppen på demografi, inkludert alder, temperament og angst. Betydningen ble akseptert ved P 0,05. Data ble analysert ved anvendelse av SPSS 16,0 (SPSS, Chicago, IL)
7. Er datainnsamlingen standardisert?	Ja de brukte et verktøy utviklet fra en kvalitativ studie, og alle svarte på samme spørsmål.
8. Er dataanalysen standardisert?	Dette tiltaket ble utformet for den nåværende studien for å undersøke barns interesse for bestemte elementer av preoperativ informasjon. Elementer fra den kvalitative studien av Smith og Callery ¹¹ ble gjennomgått av en gruppe helsepersonell (som representerer pediatrik anestesiolegi, klinisk psykologi, utviklingspediatrik, barneliv og sykepleie). Denne gruppen eliminerte elementer som ble ansett irrelevante å utøve i USA og la til flere relevante elementer. Det nye tiltaket ble gjennomgått av et praktisk utvalg av tre klasser av barn i alderen 7-15 år i skoler i Connecticut. Basert på deres tilbakemelding ble flere elementer lagt til, utelatt eller endret.
9. Hva forteller resultatene?	Analyser viste ingen signifikante forskjeller på de demografiske variabler av barnets alder (P 0,34), moder: status (P 0,19), eller familie inntekt (P 0,94)
10. Kan det overføres til praksis?	Ja. Selv om de har identifisert at flertallet av barn ønsker perioperativ informasjon, foretrekker et mindre antall barn å ikke motta omfattende informasjon, og det er derfor nødvendig å informere om dette. Resultatet er spesielt viktig for den praktiserende anestesilegen. Ikke uvanlig går anestesileger primært til foreldre under det preoperative intervjuet mens de henvender seg betydelig mindre til barnet

Vedlegg 2 - Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0-18 år

1. Endringer siden forrige versjon

Det er lagt til bildepermer som er oversatt til ulike språk for småbarn, skolebarn og ungdom og lagt til lenker til forberedelsesfilmer for barn og ungdom oversatt til ulike språk.

2. Hensikt og omfang

Barn som er godt forberedt til et kirurgisk inngrep og det postoperative forløpet opplever:

- Mindre engstelse ved anestesiinnledning
- Mindre stress ved oppvåkning
- Lavere forekomst av postoperativ agitasjon og akutt delir (forvirring)
- Mindre behov for analgetikum og sedative medikamenter
- Raskere utskrivning fra postoperativt enhet
- Mindre adferdsforstyrrelser som mareritt, separasjonsangst, spiseforstyrrelser og senevævtning postoperativt

Godt forberedte barn er også mer tilpassingsdyktige gjennom innleggelsen. Foreldre er også mer fornøyd og mindre engstelige når de er godt forberedt på barnets pre- og postoperative forløp (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Målgruppen innebefatter pasient/barn/ungdom, omsorgsperson, foresatte eller andre med foreldreansvar samt øvrig familie.

Hensikten med prosedyren er å:

- Tilrette trygge og godt forberedte barn og pårørende
- Oppfylle kravet om barnets rett til alderstilpasset informasjon (8)
- Kvalitetssikre alderstilpasset preoperativ informasjon
- Forebygge postoperative komplikasjoner

3. Ansvar

Flere faggrupper har ansvaret for den preoperative forberedelsen. Kirurg, anestesipersonell og sykepleiere/sykepleierassistenter har i hovedsak ansvaret for forberedelsen av barn og foreldre (se mer om oppgavefordeling i Tabell 3).

4. Fremgangsmåte

Tabell 1 Forslag til informasjonsfordeling og formidlingsform (4, 6, 7, 13, 14)		
Hvem	Hva	Hvordan
Kirurg	<ul style="list-style-type: none"> Forundersøkelser (hvilke, hvorfor, hvordan, når) Selve inngrepet (hvorfor, hvordan, prognose, tid, eventuelle komplikasjoner/risiko) Pre- og postoperativ forløp (hva, hvor, hvordan, når) Forventet smerte og smertelindrende tiltak (medikamentell og ikke medikamentell, hvorfor, hvordan) 	<ul style="list-style-type: none"> Tegn og fortell Demonstrasjonsmodell Bilder (tilpasset alder) Sykehustutstyr
Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelser (faste, faste medisiner, tidligere erfaringer: allergier og smerteanamnese) Pre- og postoperativ forløp Barnets medvirkning, hva vil barnet se, lukte og føle (i slusa og på operasjonsstuen) 	<ul style="list-style-type: none"> Tegn og fortell Demonstrasjonsmodell Bilder (tilpasset alder) Sykehustutstyr

(1, 5, 6, 7, 22-25)		
Ålder	Hvordan	Når
Små barn 0-3 år	<ul style="list-style-type: none"> Bildepermer for småbarn (vedlegg 3) Lek med sykehustutstyr 	<ul style="list-style-type: none"> 1-3 dager før sykehusinnleggelse Ved sykehusinnleggelse
Førskolebarn 3-4 år	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelsesfilmer for barn Bildepermer for småbarn/barn (vedlegg 3 og 4) Sykehustutstyr Lek, rollespill eller frilek med dukke (Kiwanis) og sykehustutstyr Omvising 	<ul style="list-style-type: none"> 3-6 dager før sykehusinnleggelse Ved sykehusinnleggelse
Skolebarn 6-12 år	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelsesfilmer for barn Bildepermer for barn/ungdom (vedlegg 4 og 5) Sykehustutstyr Lek, rollespill eller frilek med dukke (Kiwanis) og sykehustutstyr Omvising 	<ul style="list-style-type: none"> 6-12 dager før sykehusinnleggelse Ved sykehusinnleggelse
Ungdom 12-18 år	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelsesfilmer for ungdom Bildepermer til ungdom (vedlegg 5) Demonstrasjon og håndtering av sykehustutstyr Omvising 	<ul style="list-style-type: none"> En eller flere uker før sykehusinnleggelse Ved sykehusinnleggelse
Foreldre	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelsesfilmer barn og ungdom Muntlig og skriftlig informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Når kirurgi er bestemt Ved sykehusinnleggelse

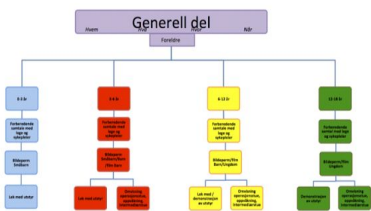
Forberedelsesfilmer for barn på ulike språk ([Norsk](#), [Arabisj](#), [Polsk](#), [Somali](#), [Utdub](#), [Engelsk](#))

Forberedelsesfilmer for ungdom på ulike språk ([Norsk](#), [Arabisj](#), [Polsk](#), [Somali](#), [Utdub](#), [Engelsk](#))

[Sjekkliste for psykososial forberedelse av barn og ungdom 0 - 18 år](#)

Flytdiagrammer 1 - 4

Flytdiagram 1 illustrerer alder og forslag til forberedelser ved hjelp av alderstilpasset utstyr.



<ul style="list-style-type: none"> Hva skjer før og etter operasjon Hvilket utstyr har de på seg Hvor våkne de er Premedikasjon (hvilke, hvorfor, hvordan, når, effekt) Forventet smerte og smertelindrende tiltak (PNB, PCA, EDA, effekt) 	<ul style="list-style-type: none"> Forberedelsesfilmer: Barn og ungdom Bildepermer (tilpasset alder) Demonstrasjon av- og/eller lek med sykehustutstyr Smertevurderingsverktøy Omvising på aktuelle avdelinger
Sykepleier/sykepleierassistenter <ul style="list-style-type: none"> Praktisk informasjon inkl. hygieniske forholdsregler (avdelingsrutiner) Rolleavklaring Pre- og postoperativ forløp (hva, hvor, hvordan, når) Preoperative forberedelser (hva, når, hvor, hvorfor, hvordan) Smertevurdering av barn 0-18 år (FLACC, FPS-B, NRS) Postoperativ smertelindring (metoder, medikamentell/ikke medikamentell, hvor og hvordan) Pårørendes tilstedeværelse og deltakelse pre-, peri- og postoperativt Mestringsstrategier (barn, foreldre) 	

Forberedelse av barn bør være godt planlagt og gjennomført i hensiktsmessig rekkefølge. Det er viktig å opparbeide tillit til både barnet og familien. Til dette er foreldrene viktige samarbeidspartnere. De kjenner barna sine, deres spesielle behov og vet hva de interesserer seg for (6, 7, 15, 16).

Foreldrene er barnets ressurspersoner og må innlemmes i forberedelsen til barnet. Foreldrenes stressnivå, toneleie og ansiktsuttrykk kan påvirke barnets oppfatelse av situasjonen. Ved å legge til rette for en aktiv rolle i forberedelsen av barnet, vil foreldrene føle mestring og redusere stressnivået som en sykehusinnleggelse medfører. Trygge foreldre kan bidra til å skape trygge barn (1, 6, 7).

Enkelte barn trenger også forberedelse utover det som ligger innenfor prosedyren. Det kan for eksempel være ved uttalt angst, ofte med bakgrunn i tidligere skremmende erfaringer eller utilitetsfull smertelindring. Barn og ungdom med uttalt væpnings og engstelse for prosedyrer og inngrep bør benyttes til barnesykehistorikk (gjente) i god tid før elektive prosedyrer eller inngrep.

Hvor

Informasjon bør gis i rolige omgivelser, for eksempel samtale- eller pasientrom, hvor relevant utstyr og leker er tilgjengelige. Husk å ta hensyn til barnets følelser, som lekrom, ventrom, gang og kjøkken. Et kjøkken skal ikke brukes til forberedelse. Tilrette trygge og barnevennlige omgivelser. Dette kan redusere stress hos barn (16, 17).

Når og hvordan

Forberedelse av barn og ungdom bør starte hjemme (innkalleelsesbrev/informasjonskriv). Det anbefales at barn forberedes 1 dag i forkant av innleggelse tilsvarende alder. Feks barn 5 år bør forberedes 5 dager før innleggelse (6, 7).

Tabell 2 og flytdiagram 1 - 4 illustrerer når og hvordan man kan forberede barn i ulike aldersgrupper.

Alderstilpasset informasjon (18, 19, 20, 21)

Hvert barn er unikt og det er ikke mulig å gi en standard oppskrift på kommunikasjon og forberedelse av barn. Likevel er det enkelte særtrekk som er felles:

- Ved kommunikasjon med barn er det viktig:
 - Å møte dem i forhold til alder og utviklingsnivå
 - Å tilby samtale med helsepersonell alene
 - At informasjonen er planlagt, ærlig, konkret og fortalt på en måte som barnet forstår
 - Å gi åpning for spørsmål, at det er samsvar mellom verbale og non-verbale signaler som ansiktsuttrykk og kroppsspråk

Sykehuskapitelenes 10 bud

Tabell 2 Alderstilpassede formidlingsstrategier/bjelpemidler og anbefalt tidspunkt for forberedelse		

Flytdiagram 2 illustrerer forslag til alderstilpassede forberedelser ved dagkirurgi.



Flytdiagram 3 illustrerer forslag til alderstilpassede forberedelser ved elektiv kirurgi.



Flytdiagram 4 illustrerer forslag til forberedelser ved akutt innleggelse.

Akuttinnleggelse

```

    graph TD
      Root[Akuttinnleggelse] --> B1[Forberedelse av operasjon]
      Root --> B2[Operasjon Lærings omg.]
      Root --> B3[Operasjon med 0-18 års barn]
      
      B1 --> T1[Forberedelse av operasjon for barn 0-18 år]
      B1 --> T2[Forberedelse av operasjon for barn 3-6 år]
      
      B2 --> T3[Forberedelse til innleggelse på et annet sykehus]
      B2 --> T4[Forberedelse for et annet sykehus]
      
      B3 --> T5[Forberedelse for akutt innleggelse]
      
      T1 --> D1[Preoperativ psykososial forberedelse av barn 0-18 år]
      T2 --> D2[Preoperativ psykososial forberedelse av barn 3-6 år]
      T3 --> D3[Preoperativ psykososial forberedelse av barn 0-18 år]
      T4 --> D4[Preoperativ psykososial forberedelse av barn 0-18 år]
      T5 --> D5[Preoperativ psykososial forberedelse av barn 0-18 år]
  
```

5. Referanser

- 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
- Perry J N, Hopper V D, Malongale J. (2012). Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery using age-appropriate teaching interventions. *Journal of peri Anesthesia Nursing*, 27 (2): 69-81.
- Bergmanns J, Weber F, van Akkelen C, Utrics E, Adriaenssens P. (2012). Audiovisual aid viewing immediately before pediatric induction moderates the accompanying parents anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 22: 386-392.
- Jaansite T, Hayes B, Von Baeyer C. (2007). Providing Children With Information About Forthcoming Medical Procedures: A Review and Synthesis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 14, 124-143.
- Kain Z N, Caldwell-Andrews A A, Mays L C, Weinberg M E, Wang S M, MacLaren J E, Blount R L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children. *Anesthesiology*, 106(1): 65-74.
- DeMaso, D. R. and C. Snell (2013). Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery* 22(3): 134-138.
- Harris, T.B., Sibley, A., Rodriguez, C. and Brandt, M.L. (2013). Reaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22: 161-166.
- Hatava P, Dilson G L, Lagerkranser M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Pediatric Anesthesia*, 10: 477-486.
- Delaney, D., Bayley, E. W., Olszewski, P., & Gallagher, J. (2015). Parental Satisfaction With Pediatric Preoperative Assessment and Education in a Pre-surgical Care Center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 290-300. doi:10.1016/j.jopan.2014.04.004
- Capurio, M. and B. Ragni (2016). "Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods." *Patient Education and Counseling* 99(2): 173-185.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2016. FOR-2016-09-12-1056. Hentet 26. oktober 2017.
- Pasient- og brukerrettsheløsen gldt, 2017. (er om pasient- og brukerrettsheløsen LOV-2017-06-02-34. Hentet 26 oktober 2017.
- Heckmann M., Beauchemin M. A. (2013). Pediatric preoperative education current practices: a national survey of children's hospitals in the united states. *The Journal of perioperative practice*, 23(5):100-106
- Joseph, P. C., Deborah, C. H., Anne M., S., Adrienne G. R., & James F. W. (2017) *Preparation for pediatric procedural sedation outside of the operating room*. UpToDate.
- Piaget, J.D. & Inhelder, B. (2000) *The Psychology of The child*. New York, Basic Books, Inc.
- Erikson, E. (2007). *Otte aldre i menneskets liv*. J. Jørlang, E. red.). Psykologiske tenkere. Et tekstvalg, s. 37-56. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hosseinpour M., Memarzadeh M. (2010). Use Of Preoperative Playroom to Prepare Children for Surgery. *European Journal of Pediatrics*: Unga 20, s. 408-411.
- Sjøberg, C., et al. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing* 24(19-20): 2945-2953.
- Øvreide H. (2009). *Samtaler med barn, metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand, Høykoleforlaget, 250.
- Hauer, J, Poplack, D.G Armsby, C. (2017). *Pediatric palliative care*. UpToDate
- Barneombudet, 2011; (hentet 2017-09-29). Tilgjengelig fra: <http://barneombudet.no/for-voksne/varer- og-tjenesteytelse/okkehuskontrener/>

Ver oppmerksom på at dokumenter kan være endret etter utsett.

Preoperativ psykososial forberedelse av barn 0 - 18 år	Utskriftstidspunkt: 03.05.2019
Dokumentversjon: 1 (Sjekkliste av Lynn Magna Tved)	Side 3 av 4

- Slota M C. Psychological Aspects of Pediatric Critical Care I M.F. Hazinski, (red.) (2013). *Nursing care of the critically ill child* 5th edns. Mosby, 24-25.
- Frisch A M, Johnson A, Timmons S, Weatherford C. (2010). Nurse Practitioner Role in Preparing Families for Pediatric Outpatient Surgery. *Pediatric nursing*, 36(1): 41-47.
- Nilsson, E., Svensson, G., & Holman Frimann, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing Children & Young People*, 28(8), 30-33. doi:10.7748/ncyp.2016.e749
- Fernandes, S., Arriaga, P., & Esteves, F. (2015). Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries. *Health Communication*, 30(12), 1190-1200. doi:10.1080/10410236.2014.89644

Vedlegg

- Bildeperm-skolebarn-operasjon-arabisk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-operasjon-engelsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-operasjon-polsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-operasjon-somali-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-operasjon-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-operasjon-urdu-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-arabisk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-engelsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-polsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-somali-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-TRYKK.pdf
- Bildeperm-smlbarn-operasjon-urdu-TRYKK.pdf
- Bildeperm-ungdom-operasjon-arabisk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-ungdom-operasjon-engelsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-ungdom-operasjon-polsk-TRYKK.pdf
- Bildeperm-ungdom-operasjon-somali-TRYKK.pdf
- Bildeperm-ungdom-operasjon-TRYKK.pdf
- Bildeperm-skolebarn-dagkirurgi-TRYKK-171017.pdf
- Bildeperm-smlbarn-dagkirurgi-TRYKK-171017.pdf
- Bildeperm-ungdom-dagkirurgi-TRYKK-171017.pdf
- Metoderapport (AGREI_B)_2014
- Metoderapport (AGREI_B)_2017
- Informasjon av literatursøk_2017
- Forberedelse av barn og unge til prosedyrer og kirurgi. Lommeformat.pdf
- Samslekjema 2014
- Samslekjema 2017.pdf
- PICC-skjema_2014 og 2017

Andre e-handboksdokumenter

- Sjekkliste - Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0 - 18 år
- Forslag til innhold i demonstrasjonskoffert - psykososial preoperativ forberedelse av barn
- Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0 - 3 år med foreldre
- Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3 - 6 år
- Psykososial preoperativ forberedelse av barn 6 - 12 år
- Psykososial preoperativ forberedelse av ungdom 12 - 18 år

Ver oppmerksom på at dokumenter kan være endret etter utsett.

Preoperativ psykososial preoperativ forberedelse av barn 0 - 18 år	Utskriftstidspunkt: 01.09.2019
Dokumentversjon: 1 (Sjekkliste av Lynn Magna Tved)	Side 4 av 4

Vedlegg 3 - Informasjonsskriv

Forespørsel om frivillig deltakelse i forskningsprosjektet

Preoperativ informasjon til ungdom

Vi er to barnesykepleiere og jobber på [REDACTED]

Vi er masterstudent i barnesykepleie og holder på med vår avsluttende masteroppgave.

I den forbindelse ønsker vi å komme i kontakt med ungdom i alderen 12-18 år og som har lyst til å stille til intervju. Målet med studien er å finne ut hva ungdom synes om informasjonen de fikk i forkant av operasjonen.

Intervjuet tas opp på lydbånd, men intervjueren vil også ta notat underveis, for å forsikre oss om at vi får med oss all informasjonen.

Hvordan foregår dette?

Dersom du har lyst til å fortelle om hvordan det var før operasjonen, kan du og dine foreldre skrive under på at du vil delta i prosjektet.

Vi blir da kontaktet og møter deg for et intervju. Intervjuet tar opp til ca en time, og du velger om du vil ha med foreldrene dine eller ikke.

Vi planlegger å gjennomføre intervjuene før du utskrives fra sykehuset. Det forutsetter at du er i såpass god form, at du orker å dele dine synspunkter om informasjonen med oss.

Samtalen tas opp på lydbånd slik at det blir lettere å få med oss og huske dine meninger.

Prosjektet skal avsluttes innen 31.12.2021. Lydbåndopptakene vil bli slettet når intervjuen er transkribert, senest 31.12.2021.

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet senest innen 31.12.2021.

Det er frivillig å være med på dette prosjektet. Du bestemmer selv, sammen med foreldrene dine.

Du kan når som helst ombestemme deg til å ikke delta i prosjektet uten å forklare deg.

Dersom du trekker deg, kan du be om opplysninger om deg bli slettet, forutsatt at de ikke har gått inn i analyser. Du vil fortsatt få god hjelp på sykehuset.

Hvis du ønsker å delta må du og dine foreldrene signere et samtykkeskjema.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål angående studiet, ta kontakt med

[REDACTED]
barnesykepleier og masterstudent i barnesykepleie på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Fakultet for helsevitenskap.

OsloMet storby universitetet
[REDACTED]

██████████
barnesykepleier og masterstudent i barnesykepleie på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Fakultet for helsevitenskap.

OsloMet storby universitetet.
██████████

Førsteamanuensis og veileder for prosjektet
██████████

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid på OsloMet - storbyuniversitetet.
██████████

Informasjon til foreldrene

Bakgrunn og formål

I forbindelse med vår mastergrad i barnesykepleie (ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet) ønsker vi å undersøke hvordan ungdom innlagt på sykehus opplever informasjon som blir gitt i forkant av operasjon.

Vi ønsker å undersøke hvordan ungdom innlagt på sykehus erfarer informasjonen som blir gitt i forkant av operasjon, Tidligere forskning viser at informasjonen som blir gitt før en operasjon er viktig for det postoperative forløpet, derfor ønsker vi å intervju ungdom som har blitt operert på ██████████

Data fra disse intervjuene skal brukes for å få bedre forståelse av hvordan ungdommen opplever informasjonen de har fått. De ungdommene som har fått spørsmål om å delta i studien, er mellom 12 og 18 år, har fått preoperativ (det vil si før operasjon) informasjonen før de ble operert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, kan du be om opplysninger om deg bli slettet, forutsatt at de ikke har gått inn i analyser. Du vil fortsatt få god hjelp på sykehuset.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil vare i cirka en time og blir tatt opp på lydbånd. Opptaket er for av vi lettere skal huske alt du sier. Spørsmålene vil handle om hvilken informasjon som ble gitt før operasjonen, erfaringer og opplevelser om informasjonen som ble gitt og eventuelle tanker om hva som kunne vært annerledes. Du bestemmer selv om du vil ha dine foreldre sammen med deg.

Vi planlegger å gjennomføre intervjuene før du utskrives fra sykehuset. Det forutsetter at du er i såpass god form, at du orker å dele dine synspunkter om informasjonen med oss.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er bare vi og min veileder som vil ha tilgang til intervjuene. Prosjektet skal avsluttes innen 31.12.2020. Lydbåndopptakene vil bli slettet når intervjuen er transkribert, senest 31.12.2021.

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet senest innen 31.12.2021.

Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

[Redacted]

barnesykepleier og masterstudent i barnesykepleie på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Fakultet for helsevitenskap.

OsloMet storbyuniversitetet.

[Redacted]

[Redacted]

barnesykepleier og masterstudent i barnesykepleie på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Fakultet for helsevitenskap.

OsloMet storbyuniversitetet.

[Redacted]

Førsteamanuensis og veileder for prosjektet

[Redacted]

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid på OsloMet - storbyuniversitetet.

[Redacted]

Studien er godkjent av

[Redacted]

Vedlegg 4 - Samtykkeskjema

Samtykke til frivillig deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker til at mitt barn

----- deltar i intervju.

(Signatur foresatt 1)

(Signatur foresatt 2)

Informasjon gitt av

()

Vedlegg 5 - Godkjenning psykolog

Fra: [REDACTED]

Sendt: 12. november 2018 21:10

Til: [REDACTED]

Emne: SV: Forespørsel

Hei!

Dette tror jeg helt sikkert er i orden, men jeg vil for ordens skyld få bekreftet fra min avdelingsleder.

Svarer dere endelig på onsdag hvis ok!

Mvh

[REDACTED]

[REDACTED]

Psykologspesialist

Avdeling for Barn og unges Psykiske helse på Sykehus

[REDACTED]

[REDACTED]

Fra: [REDACTED]

Sendt: 14. november 2018 15:09

Til: [REDACTED]

Emne: SV: Forespørsel

Hei,

Da har jeg konferert med min leder, og svar er som følger at dette kan jeg gjøre.

Dersom det skulle bli et behov for noen å snakke med meg i ettertid, OG de er inneliggende på [REDACTED]

[REDACTED] trenger vi en henvisning på dette, slik dere sender til oss på vanlig vis.

Håper dette høres Ok ut!

Lykke til videre med masteroppgaven!

Mvh

[REDACTED]

[REDACTED]

Psykologspesialist

Avdeling for Barn og unges Psykiske helse på Sykehus

[REDACTED]

[REDACTED]

Vedlegg 6 - Tilbakemelding fra REK

Vår ref. nr.: 2018/1930 D

████████████████████

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet "Preoperativ forberedelse til Ungdom" (2018/1930), mottatt den 02.10.2018.

REK har nå vurdert henvendelsen.

Det oppgis at forskningsspørsmålet er å utforske hvordan ungdommer opplever informasjonen de gis i forkant av en operasjon.

Endepunktene er ikke helse og sykdom, det er ungdommers opplevelse av preoperativ informasjon som er prosjektets formål. På bakgrunn av dette vurderer REK at prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet faller dermed ikke inn under helseforskningsloven som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

████████████████████

Rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22857547

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK sør-øst-Norge
(REK sør-øst) <http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 7 - Tilbakemelding fra personvern

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: [REDACTED]

Kopi: [REDACTED]

Fra: [REDACTED]

Saksbehandler: [REDACTED]

Dato: 12.11.18

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til behandling av personopplysninger

Saksnummer: 18/20446

Personvernombudets tilråding til behandling av personopplysninger for:

«Preoperativ informasjon til ungdom»

Formål: Dette er et masterstudium, og hovedmålet med studien er å få bedre innsikt i ungdommers erfaringer med preoperativ når de er innlagt på en barnekirurgisk avdeling.

Tidsrom: 12.11.18 – 31.12.2021

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [REDACTED]

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger [REDACTED] fore oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal den behandlingsansvarlige rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandlingen vil oppfylle kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her. Rådføringsplikten gjelder likevel ikke dersom det er utført en vurdering av personvernkonsekvenser etter personvernforordningen artikkel 35.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding etter forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 30.

Personvernombudet tilrår at databehandlingen gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. [redacted] ved adm. dir. er behandlingsansvarlig virksomhet.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder [redacted] er godkjent databehandlingen.
3. Databehandlingen skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen og i samsvar med sykehusets retningslinjer. Opptaksutstyr som benyttes eies [redacted] og oppbevares nedlåst og tilgangsstyr.
5. Oppslag i journal med formål å identifisere potensielle deltagere til studien gjøres av ansatte ved sykehuset som har selvstendig lovlig grunnlag for oppslaget. Se [redacted].
6. Studien er frivillig og samtykkebasert. Det innmeldte samtykke skal benyttes.
7. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet for de tas i bruk.
8. Den behandlingsansvarlige har rådført seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10.
9. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og i samsvar med sykehusets retningslinjer.
10. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes, hverken direkte eller indirekte.
11. Eventuelle krav fra tidsskrift om at grunnlagsdataene utleveres, skal behandles som en utlevering av helse- og personopplysninger, jf. sykehusets eHåndbok og dokumentet «Utlevering av personopplysninger», dokumentID 15408. Se [redacted]. Denne tilråding dekker ikke slik utlevering.
12. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2021 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen

[redacted]
Personvernrådgiver

[redacted]
Stab lag, pasientsikkerhet og samhandling
Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern

E-post: [redacted]
Web: [redacted]



Vedlegg 8 - Godkjenning forskningsleder

From

Date: tir. 20. nov. 2018 kl. 09:44

Subject: Re: Master - kort sammendrag.pdf

To:

Hei her virker alt i orden, så lykke til med studien!

Mvh

Sendt fra min iPhone

Ikke sensitivt innhold

Vedlegg 9 - Godkjenning avdelingsleder

Til den det måtte angå

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

06.11.2018

BEKREFTELSE PÅ TILLATELSE FOR GJENNOMFØRING AV MASTERGRADSPROSJEKT

Undertegnede bekrefter med dette at _____ og _____, begge spesialutdannede sykepleiere ansatt ved _____, gis tillatelse til å gjennomføre et kvalitativt, semistrukturert intervju ved _____. Prosjektet er et ledd i en mastergrad ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Masteroppgavens problemstilling er «Hvordan opplever ungdom som er innlagt på sykehus den pre operative informasjonen?».

Det forventes av kandidatene at de innhenter, behandler og sletter informasjonen etter sykehuset gjeldende regler og at ansatte, pasienter og pårørende anonymiseres. Det forventes også at kandidatene presenterer resultatene i egnet forum i avdelingen i etterkant av studiet og at de bidrar til eventuell nødvendig revisjon/forbedring av avdelingens pre operative informasjon til pasienter/pårørende.

Med vennlig hilsen

Vedlegg 10 - Godkjenning seksjonsleder

Fra: [REDACTED]

Sendt: 6. november 2018 10:24

Til: [REDACTED] Personvern

Kopi: [REDACTED]

Emne: Bekreftelse på godkjenning av prosjekt [REDACTED]

Bekreftelse på gjennomføring av prosjekt.

Jeg kan hermed bekrefte at jeg har gitt godkjenning til gjennomføring av prosjektet ved [REDACTED]

Det er søkt om tillatelse til å gjennomføre et kvalitativt, semistrukturert intervju ved barnekirurgisk avdeling. Prosjektet er ledd i master studie ved OsloMet og innsamlede data inngår i en mastergradstudie.

Masteroppgavens problemstilling er «Hvordan opplever ungdom som er innlagt på sykehus den preoperative informasjonen?»

Prosjektet gjennomføres [REDACTED]

mvh

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Leveres sammen med oppgaven i Inspira

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM OSLOMET – STORBYUNIVERSITETET, FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

OG STUDENT ___ Amal Mohanmoud Ibrahim og Kristin Ringerike _____

FØDT ___ 05.08.80 ___ og 31.10.84 _____

Studentnummer: ___ s106213 og s317750 Studieprogram: ___ Master i barnesykepleie _____

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan OsloMet – storbyuniversitetet med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.


Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Opgavens tittel:

_____ Preoperativ informasjon til ungdom _____

Adresse:	Harald Sohlbergsvei 32, 1064 Oslo og Skogveien 4, 1482 Nittedal
Telefon:	45228032 og 91154469
E-post:	amaalmohibrahim@gmail.com og kristin.ringerike@gmail.com

Faglig veileder:	Ingrid Helen Ravn	
Institutt:	Sykepleie og helsefremmende arbeid	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: Oslo	Dato: 13.05.19
	Veileders underskrift: 	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for ___ 2 ___ år og settes på grunn av:

_____ Artikkel _____



studentens underskrift

