

# Masteroppgave

Masterstudium i anesthesisykepleie

November 2019

## Premedikasjon til barn

En kvalitativ masteroppgave om anesthesisykepleiernes erfaring med bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

Kandidatnavn: Jasmin Hagehelahi og

Anniken Normann

Emnekode: MANES5900

Antall ord: 17926

**Fakultet for helsevitenskap**

## **FORORD**

Denne masteroppgaven har vært en hard og langvarig prosess. Det har vært utfordrende å jobbe med denne oppgaven, i kombinasjon med å være nyutdannede anestesisykepleiere på nye arbeidsplasser. Det har vært vanskelig og til tider umulig å få avsatt nok tid i arbeidstiden, til masterskriving i en hektisk hverdag, med høy arbeidsbelastning. Vi har vært heldige som har hatt en fleksibel, forståelsesfull og dyktig veileder, som har gjort det mulig å fullføre denne masteroppgaven. Vi retter derfor en stor takk til vår veileder universitetslektor Anne Eikeland.

Vi vil selvfølgelig takke våre seks deltakere som stilte opp til intervju, og delte deres erfaringer med oss. Uten dere hadde vi aldri kunne gjennomført denne studien. Tusen takk!

Det har ikke vært enkelt å balansere masterskriving med en hektisk hverdag, vi vil derfor rette en stor takk til familie og venner for støtte og tålmodighet, for våre prioriteringer de siste mange, krevende månedene.

Avslutningsvis vil vi også takke hverandre for unikt samarbeid og forståelse for hverandres livssituasjon. Det har vært helt avgjørende å være to om denne masteroppgaven, og det kunne ikke vært noen andre oss som skrev denne oppgaven sammen.

## SAMMENDRAG

Vi har observert gjennom praksis at premedikasjon til barn blir benyttet i varierende grad, og hvilket medikament som velges ofte er avhengig av hvilken anestesilege som har gått previsitt. Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke erfaringer anestesisykepleieren har med midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

**Problemstilling:** *“Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn?”*

**Metode:** For å få svar på problemstillingen, valgte vi kvalitativ metode for dette forskningsarbeidet. Vi gjennomførte et fokusgruppeintervju med seks deltakere. Analysen av intervjuet er utført etter Malterud (2017) sin metode for systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Denne studien resulterer i fem temaer som belyser og beskriver anestesisykepleieren erfaringer om midazolam eller catapresan som premedikasjon. “Barn responderer forskjellig” med ønsket, ulik og flersidig effekt. “Administrering, tidsperspektiv og innvirkning” kan gi en utfordrende arbeidshverdag. “Manglende egen erfaring” om hemodynamiske endringer og amnesi. “Barn og deres nivå av mestring” betydningen av informasjonen og medikamentet innvirkning, og til slutt “anestesisykepleierens syn på forbedring”.

**Konklusjon:** Anestesisykepleierne erfarte at både midazolam og catapresan oppfyller de kravene som stilles til premedikasjon til barn. Men fremhevet viktigheten av at premedikasjon tilpasses individuelt etter barnets behov, alder og utvikling. Vi konkluderer med at anestesisykepleierne har verdifull og variert erfaring med midazolam og catapresan som premedikasjon til barn, på bakgrunn av den nære samhandlingen med barn og foreldre.

**Nøkkelord:** Premedikasjon, barn, anestesisykepleier, erfaringer, midazolam, catapresan(klonidin)

## ABSTRACT

We have observed through practice that premedication for children is used to varying degrees, and which drug is chosen often depends on which anesthesiologist have evaluated the child preoperative. The aim of this study is to shed light on what experiences anesthesia nurses have with midazolam or catapres as premedication for children.

**Thesis question:** *"What experiences do anesthesia nurses have with the use of midazolam or catapres as a premedication for children?"*

**Method:** We chose a qualitative method for this study. We conducted a focus group interview with six participants. The analysis of the interview was performed according to Malterud's (2017) method for systematic text condensation.

**Results:** This study results in five themes that illustrate and describe the anesthesia nurse's experiences of midazolam or catapres as premedication. "Children respond differently" with the desired, different and multifaceted effect. "Management, time perspective and impact" can provide challenging working day. "Lack of own experience" about hemodynamic changes and amnesia. "Children and their level of coping" the importance of information and the impact of drugs, and at last "anesthesia nurses' view of improvement".

**Conclusion:** The anesthetic nurses experienced that both midazolam and catapres meet the requirements for premedication in children. But emphasized the importance of customizing premedication according to the child's needs, age and development. We conclude that the anesthetic nurses have valuable and varied experience with midazolam and catapres as premedication for children, based on the close interaction with children and parents.

**Keywords:** Premedication, children, anesthetic nurse, experience, midazolam, catapres (clonidine)

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	8
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstillingen .....	8
1.2 Hensikt .....	9
1.3 Avgrensing .....	9
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	10
2.1 Redegjørelse av innhentet litteratur .....	10
2.2 Kildekritikk .....	14
2.3 Sammenfatning av forskningsbasert kunnskap .....	20
<b>3.0 TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	21
3.1 Premedikasjon .....	21
3.1.1 Vurdering av premedikasjon. ....	21
3.1.2 Midazolam. ....	22
3.1.3 Catapresan. ....	23
3.2 Den preoperative fasen .....	23
3.2.1 Anestesi til barn. ....	23
3.2.2 Preoperativ informasjon om premedikasjon og narkose. ....	24
3.2.3 Barn og mestring. ....	25
3.3 Anestesisykepleierens ansvars - og funksjonsområder .....	26
<b>4.0 METODE OG UTVALG</b> .....	28
4.1 Bakgrunn for valg av metode .....	28
4.2 Utvalg, datainnsamling og transkripsjon .....	28
4.2.1 Utvalg. ....	29
4.2.2 Datainnsamling. ....	30
4.2.3 Transkripsjon. ....	31
4.3 Analyse og tolkning .....	32
4.3.1 "Å få et helhetsinntrykk" .....	32
4.3.2 "Å identifisere meningsbærende enheter" .....	33
4.3.3 "Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene" .....	34
4.3.4 "Å sammenfatte betydningen av de foregående trinn" .....	35
4.4 Forskningsetiske overveielser .....	36

4.5 Forskerens for forståelse .....	37
<b>5.0 RESULTATER</b> .....	40
5.1 Barn responderer forskjellig.....	40
5.1.1 Den ønskede effekten. ....	40
5.1.2 Flersidig effekt.....	42
5.1.3 Effekten kan være ut i det postoperative forløp.....	42
5.2 Administrering, tidsperspektiv og innvirkning.....	43
5.2.1 Ufordringer med administrering og tidsperspektiv. ....	43
5.2.2 Innvirkning på andre anestesimidler. ....	44
5.3 Manglende egen erfaring.....	45
5.3.1 Om hemodynamiske endringer. ....	45
5.3.2 Om Amnesi. ....	45
5.4 Barn og deres nivå av mestring .....	46
5.4.1 Betydning av preoperative forberedelser. ....	46
5.4.2 Innvirkningen premedikasjonen kan ha på mestringsfølelsen. ....	47
5.5 Anestesisykepleiernes syn på forbedring .....	47
5.5.1 Betydningen av previsitt. ....	48
5.5.2 Informasjon om medikamentet. ....	48
5.5.3 God rutine.....	49
<b>6.0 “HVILKE ERFARINGER HAR ANESTESISYKEPLEIERE MED BRUK AV MIDAZOLAM ELLER CATAPRESAN SOM PREMEDIKASJON TIL BARN?”</b> .....	51
6.1 Barn responderer forskjellig.....	51
6.2 Administrering, tidsperspektiv og innvirkning.....	55
6.3 Manglende egen erfaring.....	58
6.4 Barn og deres nivå av mestring .....	60
6.5 Anestesisykepleierens syn på forbedring .....	63
<b>7.0 STUDIENS KVALITET</b> .....	67
7.1 Reliabilitet.....	67
7.2 Validitet.....	67
<b>8.0 KONKLUSJON</b> .....	70
<b>REFERANSELISTE</b> .....	71
<b>VEDLEGG 1 Godkjennelse NSD</b> .....	77

<b>VEDLEGG 2 Godkjenning fra avdelingsleder .....</b>	<b>79</b>
<b>VEDLEGG 3 Godkjenning fra Personvernombudet .....</b>	<b>80</b>
<b>VEDLEGG 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....</b>	<b>82</b>

## 1.0 INNLEDNING

Den ideelle premedikasjonen bør ifølge Elisha og Belson (s.1123, 2018) ha rask og pålitelig effekt, og den bør ha minimale bivirkninger. Midazolam som premedikasjon har blitt omtalt som “gullstandarden” til barn i mange år. Mens catapresan(virkestoff: klonidin, i denne oppgaven anvendes catapresan) er et medikament som de siste årene har blitt benyttet som premedikasjon til barn, i større grad enn tidligere (Fanghol & Valla, s. 366, 2015; Holm-Knudsen, s. 102, 2015).

Det teoretiske grunnlaget og den forskningsbaserte kunnskapen hevder og konkluderer med ulike effekter og resultater ved bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Vi har ikke funnet forskning som beskriver og har fokus på anestesisykepleierens erfaringer om bruken av midazolam eller catapresan som premedikasjon. Vi ser på det av stor betydning å belyse disse erfaringene gjennom et kvalitativt studie, da kvalitativ metode er forskningsstrategi for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper, og bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger (Malterud, s. 30, 2017).

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstillingen

I praksis har vi observert at premedikasjon til barn blir benyttet i varierende grad, og hvilket medikament som velges kan være avhengig av hvilken anestesilege som har gått previsit. På bakgrunn av dette, ønsker vi å se på hvilke synspunkter og erfaringer anestesisykepleierne har med bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn, og vi har dermed kommet frem til følgende problemstilling:

*“Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn?”*



## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap om anestesisykepleierens ulike synspunkter og erfaringer med midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

Ved å undersøke hvilke erfaringer anestesisykepleierne har, kan det tenkes at ny kunnskap kan avdekkes og bringes til feltet.

## **1.3 Avgrensing**

Avgrensning for oppgaven er barn mellom 2-12 år, uavhengig av kjønn. Vi velger å ikke undersøke “ikke-medikamentell behandling” som en mulig tiltak for premedikasjon til barn.

Vi nevner foreldrenes rolle i forbindelse med informasjon og forberedelser knyttet til premedikasjon, narkose og mestring til barnet, men vi velger å ikke gå dypere inn på foreldrenes rolle, da det er anestesisykepleierens erfaringer om barnet vi søker kunnskap om. Hvorfor barnet skal i anestesi er ikke av betydning for denne oppgaven. Vi har kort gjort rede for hvordan barn kan oppnå mestring i forbindelse med premedikasjon, narkose og operasjon. Men vi har valgt å ikke gjøre rede for andre psykososiale faktorer som kan påvirke barnet i forbindelse med premedikasjon, narkose og operasjon. Dette på grunn av oppgavens omfang.

## **2.0 BAKGRUNN**

I dette kapitlet beskriver vi hvordan vi har innhentet kunnskap om midazolam og catapresan som premedikasjon til barn, og hvordan litteratursøket ble lagt opp. I tillegg har vi gjort rede for inklusjon- og eksklusjonskriterier for litteratursøket. Vi har lagt frem oversikt over vårt systematiske litteratursøk i tabell 3. Videre viser vi fremgangsmåten for hvordan vi kritisk har vurdert forskningsartiklene (tabell 4). Til slutt i kapitlet er det en sammenfatning av forskningsbasert kunnskap.

### **2.1 Redegjørelse av innhentet litteratur**

For å innhente kunnskap om problemstillingen vår benyttet vi oss av både primær- og sekundærlitteratur (se referanseliste). For å innhente kunnskap om anestesisykepleie til barn, inkludert premedikasjon og preoperative forberedelser benyttet vi oss av Hovind (2011) og relevante kapitler i Henneberg og Hansen (2015), Coté, Lerman og Anderson (2019) og Nagelhout (2018). De tre sistnevnte er sekundærlitteratur. Denne kunnskapen danner det teoretiske grunnlaget i kapittel 3.0, samt noe av grunnlaget for utarbeidelse av intervjuguiden i denne studien (se tabell 5).

For å innhente kunnskap om den metodiske tilnærmingen for studien, benyttet vi primær- og sekundærlitteratur av Malterud (2012, 2017) og Kvale og Brinkmann (2015). Dette presenteres i kapitlet 4.0.

Vi benyttet oss av sekundærlitteratur i form av relevante kapitler i Grønseth og Markestad (2017) og Lazarus og Folkman (1984), for å innhente kunnskap om barn og mestring, etter at dette temaet ble oppdaget som funn av datamaterialet fra intervjuet (viser til 4.3.1).

Videre i prosessen med å innhente kunnskap undersøkte vi hva som fantes av tidligere forskning. Vi utførte et systematisk litteratursøk, dette er en systematisk måte å gå frem på, for å komme frem til den litteraturen som er av relevans for egen problemstilling. Ifølge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (s. 49, 2012) skal litteraturen både være kunnskapsbasert og kvalitetssikker. Vi benyttet PICO-skjema (tabell 1) for å lage en søkestrategi.

Tabell 1: PICO-skjema

	<b>Patient</b> Person/problem	<b>Intervention</b> Eksponering	<b>Comparison</b> Sammenligning	<b>Outcome</b> Utfall
<b>Søkeord</b>	Barn 2 til 12 år	Premedikasjon		Midazolam Klonidin

S-pyramiden benyttet vi som et hjelpemiddel i litteratursøket. De aktuelle databasene ble valgt på bakgrunn av at det er helsefaglige databaser vi var godt kjent med fra tidligere, samt at de benyttes i de ulike trinnene i s-pyramiden.

Vi startet litteratursøket i SveMed+ for å finne engelske MeSh-ord, disse benyttet vi videre i litteratursøket i de større helsefaglige databasene. I UptoDate og på Helsebibliotekets sider, som er kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer (Nortvedt, et al., s. 45, 2012), fikk vi ingen treff eller funnet noe av relevans (tabell 2). Disse er ikke med i oversikten over litteratursøket. Vi gjorde i tillegg litteratursøk i databasene til helseforetakene ved egne arbeidsplasser, og fant ikke prosedyrer om midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

Videre i litteratursøket, benyttet vi Cochrane Library, på bakgrunn av at det er en helsefaglige database for systematiske oversikter om effekt av forebygging, behandling, rehabilitering og i senere til diagnostikk (Nortvedt et al., s. 51, 2012). Artikkene var ikke av relevans for vår problemstilling (tabell 2).

Til slutt i litteratursøket benyttet vi Medline og PubMed, som er helsefaglige databaser for enkeltstudier. Vi fikk til sammen 60 treff. Ved gjennomlesning av sammendragene, var det tre artikler av relevans. Disse presenteres i 2.3. Resterende var ikke av relevans (tabell 2).

Vi søkte hjelp av bibliotekar, som hjalp oss med å avansere litteratursøket vårt, ved å tilføye avgrensninger til litteratursøket. Forskningsartikkene vi har omtalt som “ikke av relevans” er på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2).

Tabell 2: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• barns alder 2-12 år</li> <li>• artikler fra 2008-2019</li> <li>• midazolam</li> <li>• catapresan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• artikler eldre enn 2008</li> <li>• andre aldersgrupper enn 2-12 år</li> <li>• andre legemidler enn midazolam og catapresan benyttet som premedikasjon</li> <li>• ikke medikamentell behandling for å redusere angst perioperativt.</li> <li>• medisinerings i kombinasjon med midazolam eller catapresan</li> <li>• uro/delirium blant pediatriske pasienter</li> </ul>

Etter å ha tilføyd inklusjonskriteriene i litteratursøket. Fortsatte vi litteratursøket i de helsefagelige databasene for enkeltstudier, Embase og Cinahl. Vi fant 24 artikler i Embase. Av disse var det 10 artikler som hadde relevans for vår problemstilling. Disse presenteres i 2.3. De 14 andre artiklene var ikke av relevans (tabell 2). I Cinahl var det kun én artikkel som oppfylte inklusjonskriteriene. Denne presenteres i 2.3. I tabell 3 viser vi oversikt over vårt systematiske litteratursøk.

Tabell 3: Oversikt over systematisk litteratursøk

Database	Søk nr.	Søkeord/Søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søk/treffliste
SveMed+	1	Premedikasjon AND midazolam AND klonidin	0	Ingen relevante Men vi fant MeSh ordene: premedication, midazolam, clonidine, child

Cochrane Library	2	Premedication AND clonidine AND midazolam	3	Ingen relevante artikler
Medline via Ovid	3	Premedication AND child AND clonidine AND midazolam	27	2 relevante artikler funnet, som vi har brukt i oppgaven
PubMed	4	Premedication AND children AND clonidine AND midazolam	33	1 relevant artikkel funnet, som vi har brukt i oppgaven
Embase via Ovid	5	(1)Midazolam (2)Clonidine (3) 1 AND 2 (4) 3 AND limit (Child or preschool <1 to 6 years> or school child <7 to 12 years>) (5) Premedication (6) 4 AND 5 (7) 6 AND Limit (yr = 2008- current)	41.360 36.885 1.611 239  17.774 51 24	Vi fant 10 relevante artikler av de totalt 24 artiklene .
Cinahl	6	(1)Premedication + limit child 2-12 yr, 2008-2018 (2)Clonidine + limit child 2-12 yr, 2008-2018 (3)Midazolam + limit child 2-12 yr, 2008-2018 (4) 1 AND 2 AND 3	57 62 140 1	Ikke relevant for vår problemstilling.

Vi undersøkte konsekvent referanselistene til våre valgte forskningartikler for å kontrollere at disse ikke inneholdt andre artikler, som ikke ble funnet ved våre litteratursøk. Samtlige av forskningsartiklene som ble funnet i litteratursøket vårt, var også tilgjengelig på de aktuelle referanselistene, vi mener dette reflekterer et grundig og aktuelt søk.

Flere av forskningsartiklene beskrev fordeler og ulemper, midazolam eller catapresan hadde i det pre-, per- og postoperativeforløp som premedikasjon til barn. Dette er fordelaktig til vårt forskningsintervju, da vi mener at det kan gi et bredere perspektiv av anestesisykepleierens erfaringer. Vi har derfor valgt å inkludere disse. Artiklene som var av relevans blir beskrevet i kapittel 2.3.

## **2.2 Kildekritikk**

Malterud (s.222, 2017) hevder at kritisk lesning og vurdering er en forutsetning i kvalitativ forskning. En sjekklister må aldri bli et mål, men fungere som et hjelpemiddel. Med det menes at man har en huskeliste over spørsmål som operasjonaliserer kriteriene om litteraturen og tidligere forsknings relevans og validitet. Det er alltid spørsmål om samlet skjønn når man tar stilling til om artikkelen er god eller dårlig (Malterud, s. 222, 2017).

Alle artikler og bøker vi har anvendt er av bevisst nyere publikasjon, fra 2008 til 2019. Dette på bakgrunn av at medisinsk forskning er i kontinuerlig utvikling.

Samtlig av sekundærlitteraturen er skrevet på engelsk, noe som vil bære preg av vår forståelse. Dette kan være en svakhet, da vår forståelse kan være manglende i forhold til vår subjektive oversetting av engelsk fagspråk.

Alle forskningsartiklene vi har funnet er kvantitative studier. Vi har ikke funnet kvalitative studier som belyste anestesisykepleierens erfaringer med bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Dette kan være en svakhet, da vi for eksempel ikke har noen tidligere studier vi kunne sammenlignet anestesisykepleierens erfaringene med.

Samtidig er det erfaringene til anestesisykepleierne vi forsker på, og disse mener vi best lar seg svare på ved en kvalitativ studie. I tillegg egner kvalitativ studie seg godt til å undersøke fenomener man ikke kjenner så godt til (Johannessen, Tufte og Christoffersen s.28, 2016). Se mer i kapittel 4.0. Dette mener vi kan være et styrke.

Vi benyttet sjekklisten til Nortvedt et al., (s.124, 2012) for randomisert kontrollert studie (RCT) til kritisk vurdering av valgte forskningsartikler. Dette på bakgrunn av at samtlige av valgte forskningsartikler er RCT. Vi kan ved RCT få kunnskap om den sammenlignbare effekt av midazolam og catapresan som premedikasjon til barn (Nortvedt, s.197, 2012). Se tabell 4. Som nybegynnere er denne måten å kritisere artikler på, en god måte å strategisk vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten (Nortvedt, et al., s. 68, 2012).

Tabell 4: Eksempel på kritisk vurdering av *Intranasal Clonidine vs. Midazolam as premedication in children: A randomized controlled trial* (Mitra, S., Kazal, S. & Kanand L, 2013)

<b>Sjekkliste</b>	<b>Vår begrunnelser</b>
Er formålet med studien klart formulert?	Ja, formålet med studien er å sammenligne effekten av catapresan og midazolam som premedikasjon, for å se om de gir tilfredsstillende nivå av angstdemping til barn som skal til kirurgi. Det kommer tydelig frem at det er 60 barn som er inkludert i studien. Intervensjonen i studien blir beskrevet ved at barnet får administrert midazolam eller catapresan nasalt. Resultatet kommer også tydelig frem.
Er et randomisert kontrollert forsøk et velegnet design for å besvare spørsmålene?	Ja, på bakgrunn av at Nortvedt et al., (s.114, 2012) hevder randomiserte kontrollerte forsøk vil gi best svar på studier der formålet gjelder effekten av et tiltak innen forebygging, behandling eller rehabilitering. I dette tilfelle: effekt av behandling.

<p>Ble utvalget fordelt til tiltaks- og kontrollgruppene ved bruk av tilfredstillende randomiseringsprosedyre?</p>	<p>Ja, på bakgrunn av at pasientene ble først vurdert etter inklusjonskriterier, og ble ekskludert fra studien dersom de ikke passet profilen forskerne ønsket. Totalt 16 av 76 pasienter ble ekskludert, fem av disse oppfylte ikke inklusjonskriteriene og 11 ønsket ikke å delta. Deltakerne ble delt i to grupper, med 30 deltakere i hver gruppe. Deretter ble deltakerne randomisert ved hjelp av en datamaskin som genererer deltakerne tilfeldig til en nummerliste, og igjen tilfeldig tildeler numrene i en av de to gruppene ved å bruke kodede og forseglede transparente konvolutter, som ble gitt til den personen som skal administrere legemiddelet. Etter randomiseringen fikk gruppe 1 catapresan, mens gruppe 2 fikk midazolam som premedikasjon 30 minutter før kirurgi start.</p>
<p>Var gruppene like ved oppstart av studien (like grupper ved baseline)?</p>	<p>Det var en overvekt av gutter fremfor jenter med i denne studien, men til tross for dette fordelte det seg likt i begge grupper, så randomiseringen fungerte. Medianalderen var ikke lik i begge gruppene (Gruppe 1: 2,5 år, Gruppe 2: 4 år), dette tenker vi kan ha innvirkning på resultatet, da barnets kognitive utvikling og forståelse kan ha noe å si for administreringen og aksepteringen av medikamentet.</p> <p>Forskerne har ikke beregnet effektestimater med standardavvik, og har heller ikke oppgitt nok informasjon til at vi kan beregne dette.</p>
<p>Ble gruppene behandlet likt bortsett</p>	<p>Ja, begge gruppene fikk administrert</p>



<p>fra tiltaket som evalueres?</p>	<p>medikamentet 30 minutter før kirurgi, samme person evaluerte barna i studieperioden. En annen person administrerte medikamentet som ble valgt og ble ikke med i evalueringen av angstnivå, sedasjonsnivå og maske aksept.</p>
<p>Ble deltakere, helsepersonell og forskere blindet mht. tiltaks- og kontrollgruppen?</p>	<p>Ja, studien var blindet på bakgrunn av at, de kodede sprøytene med medikamentene ble gjort i stand av en person som ikke var involvert i studien. Personen som skulle gi medikamentet visste ikke selv hva de ga, det gjorde heller ikke anestesipersonalet når de mottok pasienten på operasjonsstua. På denne måten ble alle involverte (forskere, deltakere og helsepersonell) i studien blindet og det er lite sannsynlig at de har påvirket resultatet.</p>
<p>Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p>	<p>Ja, det var ingen frafall etter randomiseringen og deltakerne ble analysert i den gruppen de ble randomisert.</p>
<p>Hva er resultatet i denne studien?</p>	<p>Denne studien resulterer med at catapresan har vist seg å gi tilsvarende effekt på sedasjon og angstdemping som midazolam etter 30 minutter. Og at catapresan gir bedre maske aksept og bedre postoperativ forløp enn midazolam. Studien tok for seg tre indikatorer: maske aksept, sedasjonsnivå etter 30 min og "wake-up" nivå. Studiet kom det frem til at 100 % av pasientene i gruppe 1 hadde tilfredsstillende/aksepterende verdi for alle tre utfallsmålene. Mens i gruppe 2, var resultatene svært varierende fra 53,3 % til 83,4 %.</p>

	<p>Bivirkningene var også signifikant høyere i gruppe 2 versus gruppe 1.</p>
<p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Nei, alle p-verdiene var signifikante på bakgrunn av forskernes oppgitte p-verdigrense på 0,05. Dette betyr at forskjellen er reell og statistisk signifikant, som vil si at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter (Nortvedt et al., s.139, 2012). Begge gruppene hadde samme administrerings teknikk(samme posisjon og lik mengde av medikamentet), samt at pasientene fikk lik type anestesi.</p>
<p>Kan resultatene overføres til den lokale befolkningen/pasientgruppen?</p>	<p>Nortvedt et al., (s.129, 2012) hevder at det må utøves skjønn når man snakker om overførbarhet. Gjennom studiens inklusjonskriterier tydeliggjør forskerne hvilke barn som inngår i studien. Hvis pasientene vi møter i vår praksis tilfredsstiller disse inklusjonskriterier, er antakelig resultatene direkte overførbare (Nortvedt et al., s. 129, 2012). I tillegg er tiltaket(anvende midazolam eller catapresan som premedikasjon) godt gjennomførbart i Norge, da dette er observert på ulike avdelinger på østlandsområdet. Det er klar overvekt av guttebarn i studien, så er vi usikre på om dette kan svekke overførbarheten. Da denne studien har blitt gjennomført i et ikke-vestlig land (India), kan dette ha noe å si for overførbarheten til Norske sykehus. Men på den andre siden, tenker vi at så lenge barna vi møter i vår praksis har samme inklusjonskriterier som nevnt i</p>

	<p>artikkelen, og medikamentene er tilgjengelige, kan det ha en overførbarhet. I studien fikk en av foreldrene til barnet lov til å bli med på induksjon frem til barnet sovnet, dette gjør at studien kan styrke overførbarhet til vår praksis, da dette er noe vi har erfart fra egen praksis.</p>
<p>Ble alle viktige utfalls-/resultatmål evaluert i denne studien? Dersom ikke, vil dette ha betydning for hvorvidt du vil bruke resultatene i studien?</p>	<p>Det er i studien kun nevnt hvilke indikatorer forskerne ønsker å se på, operasjonaliseringen av disse indikatorene er ikke beskrevet. De opplyser at de brukte “six-point Ramsay sedasjons score” og “four-point scale” til å score angst, men forklarer ikke hvordan og hva disse måleverktøyene legger til grunn for å score sedasjon eller angst. Hva legges til grunn når man for eksempel scorer 1 i sedasjon? Vi stiller oss kritiske til om dette er valide måter å score indikatorene på.</p> <p>Artikkelen opplyser at studien ikke har fått hjelp til finansiering eller konkurrerende interesserer. Dette styrker studien, da resultatene ikke kan bli påvirket av for eksempel legemiddelindustrien.</p>
<p>Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</p>	<p>Dette er en studie som kun involverer 60 deltakere, noe som kun utgjør en begrenset andel av populasjonen. Vi stiller vi oss undrende til om praksis bør endres som følge av resultatene i denne studien.</p>

### 2.3 Sammenfatning av forskningsbasert kunnskap

Samtlige av studiene resulterer med at barna som fikk catapresan ble bedre sedert enn barna som fikk midazolam (Trevor et al., 2012; Mahajan et al., 2012; Cao, Shi, Miao & Xu, 2009; Galleti et al., 2013; Thamilselva & Sekaran, 2017; Kodra et al., 2013). Mens barna som fikk midazolam hadde mindre grad av angst ved innleggelse av venekateter (Trevor, et al., 2012; Das, Das, Baruash, Krishnatrey & Katak, 2016; Thamilselva & Sekaran, 2017; Kodra et al., 2013; Qteshat, 2011). Anslagstiden til sedasjon og angstdempende effekt signifikant raskere hos barna som fikk midazolam (Mitra, Kazal & Kanand, 2013; Kumari, Agrawal, Usha, Talwar & Gupta, 2017; Mahajan et al., 2012; Azad et al., 2015; Qteshat, 2011).

Samtlige av studiene resulterte med at barna som fikk catapresan var mer samarbeidene og rolige, aksepterte masken bedre, hadde mindre postoperativ kvalme og oppkast og mindre skjelvinger enn barna som fikk midazolam som premedikasjon (Mitra et al., 2013; Mahajan et al., 2012; Azad et al., 2015; Das et al., 2016; Galleti et al., 2013; Dhamani et al., 2010).

I forhold til foreldre-separasjon, mente to artikler at catapresan var bedre og førte til mindre separasjonsangst (Cao et al., 2009; Galleti et al., 2013), mens Kumari et al., (2017) og Qteshat (2011) hevdet det motsatte.

Flere av artiklene oppga at midazolam ga mindre hemodynamiske endringer enn catapresan (Kumari et al., 2017; Mahajan et al., 2012; Azad et al., 2015; Thamilselva et al., 2017; Kodra et al., 2013), mens artikkelen til Das et al., (2016) oppga at catapresan ga en bedre hemodynamisk stabilitet peroperativt enn midazolam.

Disse forskningsartiklene danner noe av grunnlag for utarbeidelse av intervjuguide i denne studien (se tabell 5).

## **3.0 TEORETISK GRUNNLAG**

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for premedikasjons betydning og vurdering, videre har vi gjort rede for midazolam og catapresan som premedikasjon. Det blir deretter gjort rede for den preoperative fasen, barn som skal i anestesi, og barnets mestring. Til slutt har vi gjort rede for anestesisykepleierens funksjon- og ansvarsområder i forhold til premedikasjon til barn.

### **3.1 Premedikasjon**

Ifølge Elisha og Belson (s. 1123, 2018) krever valg og administrering av premedikasjon til barn, kompetanse om hva som er hensikten med å gi barnet premedikasjon, planlagte prosedyre og eventuelt tidligere erfaring med den valgte premedikasjonen. Den ideelle premedikasjonen bør ha rask og pålitelig effekt, og den bør ha minimale bivirkninger (Elisha og Belson, s. 1123, 2018). Eksempel på bivirkning av midazolam og catapresan kan være svimmelhet. Ifølge Elisha & Belson (s. 1123, 2018), er blant annet målene for premedikasjon: angstdemping, hukommelsessvekkelse, smertelindring, redusert behov for anestesimidler, minimaliserer postoperative kvalme og oppkast.

Premedikasjon kan administreres på ulike måter (Coté, s. 2774, 2015). Ifølge Coté (s. 2774, 2015) er man avhengig av et samarbeidende barn ved oral administrasjon, men det er ikke smertefullt. Virkningen kan ha langsom effekt og barnet kan spytte det ut. Da premedikasjon kan ha en vond smak.

Midazolam er et veldokumentert medikament som dominerer som premedikasjon på grunn av dets korte anslagstid og raske utskillelse (Holm-Knudsen, s. 102, 2015; Fanghol & Valla, s. 366, 2011). Anvendelse av catapresan som premedikasjon har i de senere år blitt benyttet i større grad. Catapresan gir ikke like god angstdempende effekt som midazolam, men gir tyngre sedativ effekt. I tillegg gir ikke catapresan amnesi. Men anslagstiden og varigheten av virkningen er lengre (Holm-Knudsen, s. 102, 2015).

#### *3.1.1 Vurdering av premedikasjon.*

Ifølge Coté (s. 2774, 2015), er nesten alle sedativa effektive som premedikasjon.

Premedikasjon skal kun gis på indikasjon ifølge Fanghol og Valla (s. 366, 2011). Det er viktig

at premedikasjonen er individualisert i form av hvilket medikament og hvilken dose barnet trenger. Dette i forhold til barnets alder, modning og utvikling, underliggende medisinske tilstander, lengde på kirurgi og den ønskede anestesi induksjonen, og barnet og familiens psykologiske status. Det er anestesilegen som avklarer om barnets behov for premedikasjon, samt hvilket medikament som er best egnet til barnet (Coté, s. 2774, 2015; Elisha & Belson, s. 1123, 2018). Som anestesisykepleier stilles det krav til kompetanse om de farmakologiske egenskapene til valgt premedikasjon (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund(ALNSF), 2016).

God informasjon under previsitt før narkose og operasjon, kan redusere og ofte fjerne behovet for premedikasjon i følge Fanghol & Valla (s. 366, 2011). Premedikasjon kan dempe engstelsen hos barn, og effekten kan forsterkes av at foreldrene er til stede når anestesen innledes. Det er viktig å informere foreldrene om hvordan premedikasjon kan virke på barnet (Fanghol & Valla, s. 366, 2011; Finrud, s. 146, 2017). Ifølge Finrud (s.147, 2017) bør det alltid vurderes behov for premedikasjon hos barn som er engstelige, og hos barn som har dårlige erfaringer fra tidligere inngrep.

### *3.1.2 Midazolam.*

Midazolam gir angstdempende, beroligende og hukommelses svekkende effekt(amnesi) (Fanghol & Valla, s. 366, 2011; Holm- Knudsen, s. 103, 2015; Butterworth, Mackey og Wasnick, s.181, 2013). Midazolam kan potensere andre barbiturater og sentralnervestimulerende midler og gi forlenget oppvåkning. Det er ikke kjent at midazolam har noen analgetisk effekt (Butterworth, Mackey og Wasnick, s.181, 2013; Næss og Strand, s. 168,2011; Holm- Knudsen, s.103, 2015; Gazal et al., s. 44, 2019). Midazolam kan administreres på ulike måter og gis som premedikasjon 20-60 minutter før kirurgi. Doseringen av medikamentet avhenger av alder og hvilken administrasjonsform som velges (Felleskatalogen, 2018). Det er kjent at midazolam administrert oralt, har en vond og bitter smak (Coté, s.2774, 2015; Holm- Knudsen, s.103, 2015;Gazal et al., s. 43, 2019; Fanghol og Valla,s. 366, 2011). Midazolam kan påvirke barnet negativt, med at de kan bli agiterte og få paradoksale reaksjoner (Norsk legemiddelhåndbok, 2017; Holm- Knudsen, s. 103, 2015). Frykten for uro og agitasjon på grunn av paradoksale reaksjoner skal ifølge Holm- Knudsen

(s. 103, 2015) ikke være grunn til at man velger å avstå fra å gi premedikasjon. Og at man eventuelt kan reversere uønsket effekt med flumazenil.

### *3.1.3 Catapresan.*

Catapresan er en alfa 2-agonist som gir doserelatert sedasjon og angstdempende effekt (Butterworth, Mackey og Wasnick, s. 245, 2013; Holm, Knudsen, s. 102, 2015). Catapresan kan administreres på ulike måter, og gis som premedikasjon 60 min før kirurg (Ghazal, Mason & Cotè, s. 43, 2018). Catapresan har lengre virketid enn midazolam, og man unngår paradoksale reaksjoner (Fanghol & Valla, s. 366, 2015; Holm-Knudsen ,s.102, 2015). Fordelen med Catapresan er at det i liten grad påvirker respirasjonen (Hansen, s 66, 2015). Catapresan virker både sentralt og perifert ved gi hemodynamiske endringer, som redusere blodtrykk (Ghazal, Mason & Cotè, s. 43, 2018). Catapresan reduserer bruken av intravenøs barbiturat. De første 12 timene etter kirurgi gir catapresan mindre postoperative smerter og redusert bruk av andre analgetika (Ghazal, et al., s. 43, 2018).

## **3.2 Den preoperative fasen.**

Den preoperative fasen er tiden før operasjon. Det er i denne fasen barnet eventuelt får premedikasjon og det er her man innhenter informasjon fra og om barnet, som er av betydning for premedikasjon og narkosen(Valeberg, s. 317-320,2015; Holm-Knudsen, s.98, 2015). Dette kan for eksempel være: allergier, disposisjon for kvalme, erfaringer fra tidligere narkose og tidligere effekt av premedikasjon. Den preoperative fasen kan være stressende og angstfylt for barnet og familien (Østgaard & Ulvik, s. 752, 2010), se kapittel 3.2.3.

### *3.2.1 Anestesi til barn.*

Anestesi til barn stiller spesielle krav til kompetanse og erfaring om barnet (Østgaard & Ulvik, s.755, 2010). For anestesisykepleieren er det viktig å ha kompetanse om hvordan premedikasjon og narkose påvirker barnet fysiologisk, barnets normale utvikling og hvordan disse forandringene påvirker både responsen på sykdommen og farmakologien (Marciniak, s.8, 2019; Finrud, s. 143, 2017). Kompetanse om den farmakologiske virkningen av

midazolam og catapresan som premedikasjon er av stor betydning for anestesisykepleieren, for å kunne gi anestesi på en tilfredsstillende måte (Næss og Strand, s 151). Ved å ha ovennevnte kompetanse vet man mer om hvordan man behandler og nærmer seg barnet for å vinne deres tillit og redusere den stressende opplevelsen, som kan bidra til dårlige erfaringer (Marciniak, s. 8, 2019). Det er viktig at anestesisykepleieren får kjennskap til barnet som skal opereres og at premedikasjon og narkosen planlegges godt (Finrud, s. 144, 2017).

### *3.2.2 Preoperativ informasjon om premedikasjon og narkose.*

Ifølge Finrud (s.144, 2017) kan barnet oppleve mindre stress ved anestesiinduksjon og oppvåkning, dersom barnet er godt forberedt i forkant av et kirurgisk inngrep og det postoperative forløpet. Samt at et godt forberedte barn har mindre behov for analgetika og sedative legemidler.

Hvor engstelig barnet og foreldre er før et kirurgisk inngrep, kan ha sammenheng med om de har fått tilstrekkelig og tilpasset preoperativ informasjon om premedikasjon og narkose (Finrud, s 144, 2017). Det er viktig at foreldre som skal følge barnet, er forberedt på hva som vil møte dem på operasjonsstuen (Østgaard & Ulvik, s. 752, 2010). Holm-Knudsen (s.99, 2015) mener at man alltid skal være ærlig overfor barna, men at typen og mengden av informasjon om premedikasjon, narkose og operasjon må tilpasses avhengig av barnets utviklingstrinn. Ifølge Grønseth og Markestad (s.66- 67, 2017) blir behovet for informasjon endret etter som barnet vokser og utvikler seg. Holm- Knudsen (s. 99, 2015) hevder at det er viktig å unngå bruk av negativt ladet ord, og anbefaler at anestesipersonell bruke positive ord, som virker mindre farlig. Da barnet oppfatter informasjon veldig konkret, er det viktig å tenke over hvilke ord man anvender. Videre sier Holm-Knudsen (s. 100, 2015), Côté (s. 2773, 2015) og Ghazal et al., (s.37-38, 2019) at man kan gjøre informasjonen mer konkret ved å vise bildebøker og film som handler om hvordan det er å få premedikasjon og narkose. Dette kan barna lese og se sammen med foreldrene sine. Dette er for å trygge barnet og lettere kunne fange barnets oppmerksomhet og kunne avledet det (Holm-Knudsen, s. 100, 2015).



### *3.2.3 Barn og mestring.*

Barnets og familiens evne til å mestre stress i forkant av premedikasjon, narkose og kirurgi avhenger av familiedynamikken og barnets utvikling og modenhet (Gazal, Mason og Cote, s. 37, 2019; Grønseth og Markestad, s.67, 2017; Lazarus og Folkman, s.214, 2006). Frykt forbundet med premedikasjon og narkose bygger ofte på barnets egen fantasi, forestilling og misforståelser og kan være langt verre enn virkeligheten. Takler barnet stresset, får barnet mulighet til å mestre nye situasjoner (Grønseth og Markestad, s. 67-73, 2017; Sørensen, s.108, 2015; Fanghol og Valla, s. 353, 2011).

Fanghol og Valla (s.363, 2011) poengterer at barnet skal bli informert på forhånd dersom noe kommer til å bli ubehagelig. Grønseth og Markestad (s.73, 2017) skriver at hovedårsaken til engstelse hos barn er knyttet til barnets begrensede forståelse og mangel på kontroll. Barn som gjennomgår prosedyrer og innleggelse gjentatte ganger kan grue seg desto mer for hver gang. Dette fordi det kan skape negative ettervirkninger med utrygghet og engstelse. Gjentatt informasjon og forberedelser er derfor viktig for å korrigere eventuelle misforståelser og bearbeide hendelsene (Grønseth og Markestad, s. 74, 2017).

Barn har ifølge Fanghol og Valla (s.363, 2011) begrenset evne til å bruke egne mestringsmekanismer effektivt. For å støtte barnets mestring, finnes ulike mestringsstrategier. Avledningsteknikker er en av dem (Grønseth og Markestad, s.78-80, 2017; Fanghol og Valla, s.364, 2011). Ved å utnytte barns nysgjerrighet og egen fantasi, kan man hjelpe barnet i å konsentrere seg om annet, enn det barnet gruer seg til, dette kan sammenlignes med Lazarus og Folkman (s.152-154, 1984) emosjonelt fokuserte mestringsstrategi. Som også nevner at emosjonell støtte i form trøst, ros og eventuell annen belønning som diplom eller klistremerker, kan brukes for å veie litt opp for den negative opplevelsen barnet eventuelt har opplevd med premedikasjon og narkose (Grønseth og Markestad, s. 79-80, 2017; Fanghol og Valla, s.363- 364, 2011).

Noen barn ønsker ofte detaljerte opplysninger og kan ha mange spørsmål, for eksempel om hvilken premedikasjon det vil få, om narkosen og operasjonen. Å spørre er en måte å mestre

den usikre situasjonen på (Grønseth og Markestad, s 66-67, 2017). Dette kan sammenlignes med Lazarus og Folkman (s. 152-154, 1984) problemfokuserede mestringsstrategi.

### **3.3 Anestesisykepleierens ansvars - og funksjonsområder**

Barneanestesi stiller spesielle krav til kompetanse som nevnt tidligere. Dette gjør at anestesisykepleieren alltid vil jobbe i team med en anestesilege eller barneanestesiolog (Fanghol & Valla, s. 353, 2011; Helsepersonelloven, §4, 1999). Det er i følge Norsk standard for anestesi (ALNSF, 2016) viktig at anestesisykepleieren må ha særskilt kompetanse til aldersvariabel fysiologi og farmakologi. Anestesisykepleieren har på lik linje som sykepleiere et personlig ansvar for at sykepleien man utøver er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Og at denne sykepleien skal bygge på forsknings, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleieforbund (NSF), 2011; Helsepersonelloven, § 4, 1999). I lys av dette ser vi det spesielt viktig at anestesisykepleieren erkjenner sine grenser for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2011; Helsepersonelloven, §4, § 5, 1999). Eksempel på vanskelig situasjon kan være når barnet motsetter seg administrering av premedikasjon.

For store og små barns trygghet betyr foreldrene mye, og derfor skal det tilrettelegges for at minst en av foreldrene kan være hos barnet ved innsovning og oppvåkning av narkose, hvis det ikke vanskeliggjør behandlingen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, §6, 2000; Fanghol & Valla, s. 363, 2011). For eksempel: Ved at foreldrene er hos barnet ved innsovning, skapes ikke ekstra engstelse for barnet. Og barnet beholder den eventuelle beroligende og sedative effekten det har fått av premedikasjonen.

Som nevnt ovenfor er det viktig at anestesisykepleieren gjør individuelle tilpasninger i samhandling med barn, for eksempel ved informasjon. Denne skal tilpasses etter barnets alder, modenhet og erfaring (ALNSF, 2016., Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5, 1999; NSF, 2011). Det skal også vektlegges hva barnet mener, når barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1, 1999).

I følge Norsk standard for anestesi (pkt.4, 2016) skal barnet få anledning til å delta ved valg av premedikasjon, men endelig beslutning tas av anestesilege på bakgrunn av medisinsk vurdering. Barn har begrenset autonomi i forhold til ansvar og valg (Fanghol og Valla, s. 363, 2011). Men det er viktig som anestesisykepleier at man lar barnet velge innenfor visse rammer ut i fra alder og utvikling. For eksempel om barnet vil drikke rød eller gul saft, som inneholder premedikasjon. Barn har redusert evne til å si ifra og det er viktig at anestesisykepleieren forklarer praktiske gjøremål og møter dem med respekt og vennlighet (Fanghol & Valla, s.363, 2011; NSF, 2011).

## **4.0 METODE OG UTVALG**

I dette kapitlet har vi gjort rede for den metodiske tilnærmingen av studiet. Vi har beskrevet betraktelser i forbindelse med utvalget, datainnsamlingen og transkripsjonen. Videre har vi gjort rede for analyse og tolkning. Der vi har valgt systematisk tekstkondensering som analysetilnærming. Forskningsetiske overveielser blir også lagt frem i dette kapitlet. Til slutt i kapitlet presenterer vi vår forforståelse om temaet.

### **4.1 Bakgrunn for valg av metode**

I den samfunnsvitenskapelige metodelære skiller det mellom kvalitative og kvantitative metode. Kvantitativ metode egner seg når en ønsker å analysere noe som er målbart (Johannessen et al., s. 28,2016). Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper, og bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger (Malterud, s. 30, 2017).

Hensikten med denne masteroppgaven er å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer ved bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Det å skulle få kunnskap om erfaringer ved bruk av tall er lite hensiktsmessig, så kvalitativ metode og fokusgruppeintervju vil egne seg for dette forskningsarbeidet. I fokusgrupper står samhandling mellom deltakerne sentralt. Og det er en god metode når man vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer. Denne metoden egner seg også når vi skal studere erfaringer og synspunkter til flere anestesisykepleiere (Malterud, s. 70, 2017; Johannessen et al., s.147, 2016). Ved å bruke dynamikken mellom deltakerne i fokusgruppen kan man få innsikt av en annen karakter enn den vi kan få ved individuelle intervjuer (Malterud, s. 18, 2012).

### **4.2 Utvalg, datainnsamling og transkripsjon**

I dette underkapitlet har vi gjort rede for betraktelsene som er tatt angående utvalget, samt fremgangsmåte og gjennomføring av datainnsamlingen. Intervjuguiden er presentert under kapittel datainnsamling. Videre har vi gjort rede for transkripsjonen.

#### *4.2.1 Utvalg.*

Utvalget for fokusgruppeintervjuene skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale (Malterud, s. 58, 2017). Man må ifølge Johannessen et al., (s.115, 2016) bestemme seg for to ting: antall fokusgrupper og antall deltakere i hver gruppe. Vi gjennomførte ett fokusgruppeintervjue med seks anestesisykepleiere i gruppen, noe som tilsvarer et ordinær fokusgruppe-antall (Johannessen, s. 115, 2016). Vi ønsket å avdekke en bredde av erfaringer og synspunkter fremfor detaljert informasjon fra enkeltindivider. Dette for at deltakerne kunne dele og sammenligne erfaringer, som ga oss som forskere en unik innsikt i deres erfaringer. I grupper med færre enn seks deltakere, kan man få begrenset med informasjon, og det kan være vanskelig å få til en diskusjon. I større grupper kan noen av deltakerne bli mindre synlige, og overlate de øvrige deltakerne til å diskutere temaet (Johannessen et al., s.116, 2016; Malterud, s. 70, 2017; Kvale & Brinkmann, s. 179, 2015). Det er enklere å fylle opp en mindre gruppe, noe vi ser på som sentralt, da det er enklere for avdelingsleder å tilrettelegge intervjuet i arbeidstiden. I tillegg kan det være lettere å åpne seg opp og ta ordet i mindre grupper. Mindre gruppe gir også deltakerne lengre taletid (Johannessen et al., s. 116, 2016). Det stilte krav til oss som moderatorer å styre diskusjonen i ønsket retning, samt involvere de andre deltakerne.

Deltakerne ble valgt ut fra et strategisk utvalg som er sammensatt slik at vi skulle få nok materiale til å belyse problemstillingen (Malterud, s 58, 2017; Johannessen et al., s.114, 2016). Vi mener at et homogent- og variert utvalg vil gi oss mangfold og styrke gruppedynamikken, da vi er ute etter å avdekke mulige felles og ulike erfaringer innenfor en relativt homogen gruppe. Denne type utvelgelse er vanlig ved fokusgrupper da vi ønsker at deltakerne lett skal kunne kommunisere med hverandre, og lettere kan gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer (Johannessen et al., s.118, 2016; Malterud, s.59, 2017). For å sikre at vi får en balanse mellom homogent- og variert utvalg, ønsket vi å ha med anestesisykepleiere(samme utdanningsnivå) av begge kjønn, ulik alder og mer enn to års arbeidsansiennitet innenfor anestesisykepleie. Dette håper vi vil oss erfaringer i flere nyanser, som i analysen vil gjøre det mulig å utvikle nye og relevante beskrivelser av anestesisykepleierens erfaringer.

Det var hensiktsmessig for oss å rekruttere fra østlandsområdet, da vi begge er bosatt i Oslo. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt til avdelingsleder som ga informasjonen videre til anestesisykepleierne. Etter en gitt tid tok vi kontakt med avdelingsleder som hadde rekruttert seks anestesisykepleiere som ønsket å delta i studien. Avdelingsleder ved sykehuset hadde lagt forholdene til rette, slik at intervjuet ble gjennomført på et forhåndsreservert møterom, uforstyrret i arbeidstiden.

#### *4.2.2 Datainnsamling.*

I løpet av begrenset tid sørget vi for at deltakerne etablerer en relasjon til oss og hverandre, som ga best mulig forutsetning for god samhandling, og skapte en god atmosfære (Malterud, s. 68, 2012). Vi var to stykker som utførte fokusgruppeintervjuet, der den ene hadde rollen som moderator, mens den andre tok skribentrollen. Dette gav moderator mulighet til å konsentrere seg om intervjuet og følge opp deltakernes utsagn. Vi valgte å bruke to lydopptakere under fokusgruppeintervjuet. Ved bruk av lydopptak ved intervjuet kunne vi konsentrere seg om intervjuets problemstilling og dynamikk. Ordbruk, tonefall, pauser og lignende ble tatt opp, samt at vi kunne lytte til lydbåndet opptil flere ganger ved analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, s.205, 2015).

Allerede i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen var det viktig å forberede spørsmål til en intervjuguide (Malterud, s. 32, 2012). Problemstillingen vår er det samme som forskningsspørsmål i denne studien, på bakgrunn av at problemstillingen er konkret. Kapittel 2.3 sammenfatning av forskningsbasert kunnskap og 3.0 teoretisk grunnlag, danner grunnlaget for intervjuguiden i tabell 5(Malterud, s.32, 2012). For denne masteroppgaven ble det valgt et semistrukturert intervju. Vi hadde en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, men spørsmål, temaer og rekkefølge kunne variere (Johannessen et al., s. 148, 2016;Malterud, s. 133, 2017).

Det er viktig at spørsmålene var åpne, og under-spørsmålene mer konkrete. Det er også viktig å stille spørsmål med åpne svaralternativer, svar som ja/nei er lite egnet i en kvalitativ studie (Malterud, s. 32, 2012).

Tabell 5: Intervjuguide

Effekter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er det etter dine erfaringer som kjennetegner barna som har fått midazolam/catapresan i den preoperative fasen, som du synes er viktig å trekke frem?</li> <li>• Hva er dine erfaringer med midazolam/catapresan når det gjelder anslagstid og effekt ved ankomst til operasjonsstua?</li> <li>• Under operasjonen, har du gjort noen erfaringer eller opplevelser om barn som har fått midazolam/catapresan, du vil trekke frem?</li> </ul>
Klinisk hverdag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du noen opplevelser av midazolam/catapresan som er spesielt positivt? Har du eksempler fra din kliniske hverdag?</li> <li>• Har du hatt noen opplevelser med midazolam/catapresan som du synes har vært av negativ karakter? Har du eksempler fra din kliniske hverdag?</li> </ul>
Avslutning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du noen forslag til forbedringsbehov av rutiner rundt premedikasjon med midazolam/catapresan til barn?</li> <li>• Har du sagt det du synes er relevant å belyse om tema?</li> </ul>

Siden vi gjennomførte et fokusgruppeintervju, hevdet Malterud (s.72, 2012) at vi kunne tillate oss å ha mindre grad av standardisering av intervjuet. Ved at vi unngikk dette mistet vi ikke spontanitet og konstruktive sidespor (Malterud, s.72, 2012). Dette bidro til at deltakerne ga hverandre assosiasjoner som brakte opp nye historier. Slike ytringer kan indikere at vi er på sporet av ny kunnskap. Mot slutten av intervjuet spurte vi som anbefalt om hvilke forbedringsbehov deltakerne hadde om temaet (Malterud, s.68-78, 2012).

#### 4.2.3 Transkripsjon.

Samme dag som vi gjennomførte intervjuet, startet vi med transkripsjonen. Transkripsjon er oversettelser fra talespråk til skriftspråk, den blir strukturert slik at datamaterialet er bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, s. 206, 2015). Vi brukte to lydopptakere, så vi begge kunne transkriberte hele intervjuet hver for oss. Deretter leste vi over hverandres transkriberte uttalelser og endret eventuelle uttalelser vi hadde hørt og tolket forskjellig. Malterud (s.79-80,

2017) forklarer at dette er fordelaktig, da dette kan være en omfattende jobb. I tillegg hadde begge deltatt på intervjuet, som kan styrke transkripsjonen ved at vi husket detaljer og momenter som kan oppklare uklarhetene (Malterud, s.80, 2017). Transkripsjonen endte totalt på 20 sider tettskrevne sider. Analysen og tolkningen av disse sidene starter vi med i kapitlet under.

### **4.3 Analyse og tolkning**

I kvalitativ metode vil analyse og tolkning gli over i hverandre (Johannessen et al., s. 162, 2016). Å analysere er å dele datamaterialet opp i biter og elementer (Kvale & Brinkmann, s. 219, 2015). Målet er å avdekke et budskap eller en mening, samt å finne et mønster i datamaterialet. Når dataene er analysert, trekker forskeren en konklusjon som skal svare på problemstillingen (Johannessen et al., s. 162, 2016).

Til å analysere vårt datamateriale valgte vi systematisk tekstkondensering av Malterud. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis og modifisert av Malterud (Malterud, s. 95-97, 2017). Det er viktig at vi har et reflektert forhold til vår egen innflytelse på datamaterialet vi har fått fra intervjuet (se kapittel 4.5). På denne måten kan vi best mulig gjenfortelle deltakerens erfaringer og meningsinnhold, uten at våre egne tolkninger blir fasit (Malterud, s.44-46, 2017).

I likhet med Giorgis formål med analyse, består systematisk tekstkondensering av fire hovedtrinn. Vi presenterer disse fire hovedtrinnene her, og beskriver vårt analysearbeid under hvert trinn.

#### *4.3.1 "Å få et helhetsinntrykk".*

I det første trinnet i analysen gjorde vi oss kjent med datamaterialet. Dette gjorde vi ved å lese gjennom de 20 transkriberte tettskrevne sidene, for å danne oss et helhetsbilde. Etter flere gjennomlesninger begynte vi å vurdere mulige foreløpige temaer som representerer anestesisykepleierens erfaringer med premedikasjon til barn. Vi skrev deretter ned hver for oss mulige temaer som vi mente var sentrale i teksten. På denne måte bemerket vi flere nyanser av teksten og fikk øyne opp for andre detaljer av relevans. Deretter kom vi i fellesskap frem til totalt åtte foreløpige temaer som kunne tenkes å belyse vår



problemstilling. Temaer som festet seg på dette trinnet var eksempelvis: “rutiner”, “kjennetegn”, “samarbeid”, og “mestring”. Videre i analysen drøftet vi hvilken betydning temaene har for å belyse problemstilling vår. Vi samlet 6 reviderte foreløpige temaer for videre analyse. De foreløpige temaene sammenfalt ikke med hovedtemaene i intervjuguiden, noe som er et godt tegn på kreativ analyse (Malterud, s 100, 2017). Under dette analysetrinnet bemerket vi at vi hadde fått et annet datamateriale, enn vi hadde forutsett på forhånd. Dette var temaer og erfaringer deltakerne selv kom inn på, som vi fulgte opp videre. Som for eksempel mestring, informasjon om medikamentet og previsitt. Temaene vi utviklet i dette trinnet representerte et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet.

#### 4.3.2 “Å identifisere meningsbærende enheter”.

Det andre trinnet ble teksten lest mer systematisk for å identifisere meningsbærende enheter. Med meningsbærende enheter menes tekstelementer som har sammenheng og bærer med seg kunnskap om de foreløpige temaene vi kom frem til i analysetrinnet (Malterud, s.101, 2017). De meningsbærende enhetene ble fargelagt i forskjellige farger, som markerte hvilken kode de tilhørte, det er dette som kalles koding. En kode er en samling av tekstbiter som har noe til felles. Kodingen gjør at man kan kategorisere det som står i teksten (Malterud, s.101, 2017). I kodearbeidet ble de tekstbitene vi anså som betydningsfulle “godkjent” for videre bruk i forskningsarbeidet.

Underveis i analysen justerte vi flere av kodene som representerte fenomener av samme budskap. Eksempel på dette var kodene: “påvirket” og “paradoksal virkning”, som vi samlet i ny kode “flersidig effekt”.

Videre i analysen la bemerket vi at også noen av temaene omhandlet ulike sider av samme sak. Eksempelvis temaene: “kjennetegn av barnet” og “negative og positive effekter av premedikasjon” som vi samlet i nytt tema “barn responderer forskjellige”.

Tabell 6: Eksempel på systematisk tekstkondensering

Meningsbærende enhet	Tema	Kode
----------------------	------	------

<p>“Jeg tenker at det er en veldig stor fordel at barnet er våkent, selv om det er sedert, uavhengig av hvilken premedikasjon man gir barnet. Dette til barnets fordel, slik at barnet kan huske situasjonen og få mestringsfølelse”.</p> <p>“I enkelte, erfarte situasjoner der barnet har fått forberedt seg, så kan Midazolam bidra til at barnet får amnesi og ødelegge det forberedte”.</p>	<p>Barn og deres nivå av mestring</p>	<p>Betydning av preoperative forberedelser</p> <p>Innvirkningen premedikasjonen kan ha på mestringsfølelsen</p>
--	---------------------------------------	---

#### 4.3.3 “Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene”.

I tredje trinn i analysen abstraherte vi kunnskapen vi etablerte i andre analysetrinn. Dette gjorde vi ved å systematisk hente ut mening fra de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Vi kondenserte innholdet. I arbeidet videre, sorterte vi de meningsbærende enhetene, og vurderte hvorvidt de hører hjemme under det aktuelle temaet eller under andre temaer. Vi vurderte også i dette trinnet om noen av temaene var for omfattende, og at det muligens var mer hensiktsmessig å dele dem opp. På dette trinnet hadde vi fem temaer sortert med meningsbærende enheter. Vi fortsatte arbeidet med å ta for oss et tema av gangen, og sorterer materialet i koder, som ga ulike nyanser og beskrivelser av temaet. Deretter tok vi for oss en kode av gangen under hvert tema og lagde kondensat- et kunstig sitat, som bærer med seg innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene, og omsetter dem til en mer generell form. Det skal være en gjenfortalt og sammenfattet tekst. Og ble skrevet i jeg-form (Malterud, s.107, 2017). I dette trinnet er det viktig å holde fokus på at vi skal representere deltakerne og gjenfortelle slik de har uttrykt seg under intervjuet. Dukkete det opp meningsbærende enheter som ikke vi klarte å inkludere i kondensatet, la vi den til side, og vurderte det på nytt senere. Dette er en tekst som til sammen bærer i seg summen av innholdet fra de meningsbærende enhetene under denne koden. Deretter valgte vi “gullsitat” som Malterud (s.108, 2017) beskriver det, som best mulig illustrerer kondensatet. Vi arbeidet på denne måten fra tema til tema, og kode til kode. Underveis i arbeidet vurderte og justerte vi også temaene og kodene, etterhvert som de ga oss ny innsikt.

Kondensatet skal brukes som utgangspunkt for presentasjon av resultat i fjerde og siste fase (Malterud, s.106, 2018).

Tabell 7: Eksempel på tredje trinn i analysen

<b>Tema</b>	<b>Kode</b>	<b>Eksempel på kondensat</b>
Administrering, tidsperspektiv og innvirkning.	Utfordringer med administrering og tidsperspektiv	Vi erfarer med midazolam som premedikasjon at det er varierende hvor mye barna får i seg. Det spørs litt på hvor god tid sykepleierne på avdelingen har fått til å gi midazolam, og hvor lang tid det tar før barna aksepterer det. "Midazolam smaker vondt, så vi vet at det er en utfordring å få alle barna til å ta det".

#### *4.3.4 "Å sammenfatte betydningen av de foregående trinn".*

I det fjerde og siste trinnet ble de kondenserte tekstene og sitatene fra forrige analysetrinn omgjort til analytisk tekst for hver kode. Anestesisykepleierens ulike erfaringer og synspunkter ble sammenfattet til en beskrivende tekst innenfor hver kode. Denne gjenfortellingen ble skrevet i tredjeperson-form (Malterud, s. 108-109, 2017). Våre valgte overskrifter har røtter fra de opprinnelige temaene og kodene vi utarbeidet i de første analyse trinnene. Men bærer nå preg av økt innsikt som analyseprosessen og teorigrunnlaget har åpnet opp for. Helt til slutt leste vi gjennom de originale transkriberte intervju tekstene det ikke var notert eller markert noe på. Dette for å få et helhetsinntrykk av det originale materialet og for å se om sammenfatningen stemte overens med utgangspunktet. Her kontrollerte vi også at alle deltakernes bidrag har blitt inkludert i de sammenfattende tekstene, og at det ferdige resultatet ikke kun stammet fra enkeltindivider i fokusgruppen. Det har vært viktig å arbeide mest mulig nært opp mot det opprinnelige datamaterialet, for å beholde informantenes stemme gjennom en lojal og riktig fremstilling. Malterud (s.110, 2017) beskriver dette trinnet som en rekontekstualiserende fase, der en setter sammen bitene fra den dekontekstualiserende fasen ved å støtte delene opp mot helheten.

Oversikt over temaer og koder finnes som en oppsummering før 5.0 resultatdelen, i tabell 8.

#### **4.4 Forskningsetiske overveielser**

Ifølge forskningsetikkloven § 4 (2017) er vi som forskere underlagt å opptre aktsomt for å sikre at all forskning skjer i henhold til forskningsetiske normer.

Vi har i vår studie forsket på anestesisykepleiere. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som vi skal forske på. Vi må derfor bruke vår beste skjønn til å utøve en forsvarlig forskningsetikk til deltakerne som forteller om sin kunnskap og erfaringer. Vi må prøve å tenke på hvordan vi selv ville reagert hvis vi ble eksponert på en negativ måte i etterkant av intervjuet (Malterud, s.214, 2017).

Datainnsamlingen vi foretok oss er personlig, noe som forutsetter god kontakt mellom deltakerne og oss. Dette forutsetter at partene opplever gjensidig tillit og respekt. Her er det viktig at vi håndterer det som blir sagt, på en måte som mest mulig samsvarer med hvordan det var ment (Malterud, s.212, 2017; Helseforskningsloven, 2008,§5). Viktig kunnskap om erfaringer og tanker kan komme frem, der deltakerne er villig til å framstille seg selv nakent og ærlig. Dette stiller strenge krav til informert og skriftlig samtykke. Det vil si at deltakeren skal ha fått nok informasjon og kjenner prosjektet godt nok, til å kunne ta stilling til om deltakeren ønsker å bidra med sin erfaring eller ikke (Malterud, s. 214, 2017; Helseforskningsloven, 2008,§13). Vi fikk godkjenning av klinikkleder og avdelingsleder for å utføre prosjektet (Vedlegg 2). Informasjonsbrevet ble sendt videre til deltakerne, og skriftlig samtykkeerklæring ble innhentet. Om deltakeren angret på noe som var sagt eller at det utviklet seg annerledes enn man hadde tenkt, var det klare forutsetninger som gjør det mulig å slette datamaterialet (Helseforskningsloven, 2008, § 16).

Vi sørget for at anonymiteten ble tilfredsstillende ivaretatt, samt at vi overholdt taushetsplikten overfor deltakerne (Malterud, s. 214, 2017; Helseforskningsloven, 2008,§7). I fokusgruppeintervjuer er det en viktig forutsetning med gjensidig taushetsplikt, uansett om temaet på forhånd defineres som sensitivt (Malterud, s 142, 2012). Moderator gav tydelig beskjed om dette på forhånd av fokusgruppeintervjuet. Demografiske data som kjønn og alder

ble ikke spurt om, og derfor ikke inkludert, da det ikke var av betydning for problemstillingen vår.

Vi sørget for at transkribert datamaterialet ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for utenforstående, dette i henhold til datatilsynets regelverk (Malterud, s. 215-216, 2017). Å etablere et fysisk skille mellom tekst for analyse og persondata om deltakerne er viktig. Det ble allerede gjort i transkripsjonen, ved at vi ga deltakerne pseudonymer. Vi brukte lydopptak i vårt intervju, noe som krevde streng tilgangsregulering med passordbeskyttelse (Malterud, s. 216, 2017). Vi meldte prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2018), på bakgrunn av at vi gjorde lydopptak (vedlegg 1). Lydfiler ble slettet etter transkripsjonen.

Det var ikke nødvendig å få forhåndsgodkjennelse er av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette på bakgrunn av at vi i vår studie ikke endrer på, eller lar pasientene gjennomgå noe som ellers ikke er av den normale rutine-behandlingen (REK, 2015; Malterud, s. 218, 2017). Vi sendte melding til internt personvernombud ved helseforetaket, vi gjennomførte studien vår ved, og fikk godkjent dette (Vedlegg 3).

#### **4.5 Forskerens forforståelse**

Forforståelse er den faglige kunnskapen, erfaringene og hypoteser vi som forskere bringer inn forskningsprosessen (Malterud, s. 44-46, 2017). Forforståelsen kan både styrke og svekke forskningsprosjektet. Den kan gi påfyll og være motivasjon for hvorfor man setter i gang med det valgte tema, men den kan også hindre oss i å tilegne oss ny kunnskap underveis i prosessen og at vi går inn i studien med skylapper og begrenset horisont. Som forskere bør vi derfor ha et bevisst og aktivt forhold til vår forforståelse (Malterud, s.44-46, 2017). Vår utgangsposisjon som forskere var at begge er anestesisykepleiere, og begge har god kjennskap til midazolam med ulike erfaringer. Ingen av oss hadde god kjennskap til catapresan som premedikasjon, foruten den kunnskapen vi tilegnet oss under videreutdanningen i anestesisykepleie. Vi intervjuet andre anestesisykepleiere, som kan gjøre det lettere å identifisere oss med de som ble intervjuet. Formålet med denne forskningsprosessen var å få fram deltakerens erfaringer og synspunkter om tema, ikke å få bekreftet eller avkreftet våre egne forutinntatte meninger om midazolam og catapresan som premedikasjon. Etter at vi

hadde gjort et litteratursøk, ble vi påvirket av både de negative aspektene som kan forekomme ved midazolam som premedikasjon, samt hvilke gode kvaliteter og få bivirkninger catapresan kan gi. Dette var noe vi var svært bevisste på, og gikk flere runder med oss selv, der vi skrev ned våre egne tanker om prosjektet og hva vi egentlig ville finne ut av. Denne prosessen gjorde at vi klarte å fortsette studien og intervjufasen med et mer åpent sinn, og unngikk at forforståelsen hadde for sterk innvirkning. Forforståelsen kan ikke fjernes helt og er en realitet i kvalitativ forskning (Malterud, s 97, 2012). Under intervjuet fikk vi et annet datamaterialet enn det vi hadde forutsett på forhånd. Som vi har beskrevet under kapittel 4.3.1. Vi fulgte opp de temaene og trådene deltakerne selv kom inn på, noe i følge Malterud (s.44-46, 2017) er et tegn på at man har lyktes med å ta imot nye data og kunnskap som følge av studiens åpne og systematiske tilnærming. Når vi sammenligner vår forforståelse med sammenfattelsen av resultatene vi fikk av analysen, er det flere forskjeller, dette kan også være tegn på at man har lyktes i å ta i mot ny kunnskap fra deltakerne (Malterud, s. 44-46, 2017).

Tabell 8 viser en oversikt over temaer og koder utarbeidet i kapittel 4.0. Disse temaene og kodene benytter vi for å presentere våre resultater i 5.0.

Tabell 8: oversikt over temaer og koder fra analysematerialet

<b>Tema</b>	<b>Kode</b>
<b>Barn responderer forskjellig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flersidig effekt</li> <li>• Den ønskede effekten</li> <li>• Effekten kan vare ut i det postoperative forløp</li> </ul>
<b>Administrering, tidsperspektiv og innvirkning.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfordring med administrering og tidsperspektiv</li> <li>• Innvirkning på andre anestesimidler</li> </ul>
<b>Manglende egen erfaring</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om hemodynamiske endringer</li> <li>• Om amnesi</li> </ul>

<b>Barn og deres nivå av mestring</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Betydning av preoperative forberedelser</li><li>• Innvirkningen premedikasjonen kan ha på mestringsfølelsen</li></ul>
<b>Anestesisykepleiernes syn på forbedring</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Betydningen av previsitt</li><li>• Informasjon om medikamentet</li><li>• God rutine</li></ul>

## 5.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres analysen av datamaterialet som resulterte i totalt fem temaer med 12 koder. Disse resultatene viser hvilke erfaringer anestesisykepleierne i vårt forskningsprosjekt hadde om midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

### 5.1 Barn responderer forskjellig

I løpet av intervjuet kom det frem erfaringer om hvordan barn kan respondere ulikt på midazolam eller catapresan som premedikasjon. Det ble beskrevet at medikamentene kunne gi både variasjon, med atypiske effekter, men også ønskede effekter som sedasjon, samarbeid og redusert grad av angst. Anestesisykepleierne hadde erfaringer med at barna kunne oppleve redsel på grunn av medikamentets virkning, samt at effekten av medikamentene kunne vedvare i det postoperative forløpet, dersom varigheten av operasjon ble kortere enn forventet.

#### *5.1.1 Den ønskede effekten.*

Alle anestesisykepleierne i studien mente at et godt premedisinert barn er sedert, rolig og samarbeidende. Samt at barnet har redusert grad av angst. En av deltakerne beskrev følgende: “Det at barnet har fått dempet den verste angsten, og at barnet klarer å samarbeide, selv om det er redd og ikke har lyst til å være der”.

Deltakerne trakk frem at barna som hadde fått catapresan som premedikasjon, var enklere å avlede og lot seg samarbeide med, noe som gjorde prosedyrer som for eksempel veneflon innleggelsene enklere å utføre. En av anestesisykepleierne fortalte om følgende opplevelse: “Vi hadde et barn som hadde reist langt og var kjempe sliten. Han lå å ynket seg, og du visste at han egentlig var redd, men han var så fredelig på grunn av effekten av catapresan. Så selv om han ikke ville bli stukket, så var han lett å avlede ved veneflon innleggelsen- han trakk ikke til seg hånden, og det gikk kjempe fint”. En annen deltaker hadde lignende erfaring med catapresan.



En av anestesisykepleierne beskrev dette om bruken av midazolam: “Anestesilegen avledet barnet, mens jeg fikk lagt inn en veneflon. Barnet merket ikke til veneflon innleggelsen, og det gikk kjempebra”. Videre beskrev anestesisykepleieren at barnet opplevdes som “smårusa”- i positiv forstand, og at barnet ikke fikk med seg hva som skjedde: “Dette gjør at vi kommer enklere i mål med det vi skal”. Og påpekte at disse beskrivelsene var gjeldende dersom “barnet har fått midazolam med god sedasjon”. Deltakeren beskrev ikke hva som lå bak beskrivelsen “god sedasjon”.

En av anestesisykepleierne beskrev barna som hadde fått catapresan som premedikasjon på følgende måte: “Med catapresan så oppleves de sederte. De kan gjerne komme sovende inn på operasjonsstua, men samtidig være enklere å samarbeide med”. Flere av anestesisykepleierne var enige i denne beskrivelsen. Videre forklarte anestesisykepleieren at: “barna våkner i det de flytter seg over på operasjonsbordet. På tross av dette lar barna seg jobbe med, og oppleves rolig”. Under dette temaet kom det frem at samtlige av deltakerne hadde erfaring med et annet medikament som heter dexdor, som også blir brukt som premedikasjon til barn. Deltakerne drøftet om catapresan fungerte på samme måte som dexdor. En av deltakerne spurte de andre om følgende: ”Får dere noen gang til å legge inn veneflon når barnet sover, slik som man gjør med dexdor?”. En annen anestesisykepleier svarte som følger: “Nei, jeg synes ikke det. Fordi med dexdor går barnet gjerne fra søvn til søvn, og man kan i noen tilfeller legge inn veneflon uten at barnet våkner”. Mens med catapresan hadde deltakeren denne erfaringen: “Barna er mer våkne på catapresan generelt sett, selv om de er sederte. Så vi får gjerne et forsøk med å legge inn veneflon, uten at det plager barnet noe mer”. Noe samtlige av deltakerne bekreftet.

Flere av anestesisykepleierne beskrev barna som hadde fått catapresan som rolige, avslappet og sederte. De erfarte at barna var mindre motorisk urolige, og at de ikke var agiterte når de ble overflyttet til postoperativ avdeling, selv etter at barnet hadde fått inhalasjonsanestesi. To av deltakerne hadde gode erfaringer med catapresan fra to ulike sykehus i Skandinavia. En av disse deltakerne fortalte: “De brukte mye catapresan, om ikke som premedikasjon, så ga de det peroperativt. Det var mye for å forhindre postoperativ agitasjon etter inhalasjonsanestesi. Barna var også roligere og hadde det bedre postoperativt. De hadde nærmest “halleluja stemning” til catapresan.” En annen anestesisykepleier beskrev effekten av catapresan på denne måten: “Man merker at noen av barna har en redsel inni seg, men at de er så trøtte at de

“overgir” seg”. I tillegg synes jeg at barna ikke har den rusen og uroen. Så jeg synes det fungerer veldig bra med catapresan”.

### *5.1.2 Flersidig effekt.*

Det var flere av anestesisykepleierne som beskrev barna som “smårusa”, sløve og hyperaktive når de hadde fått midazolam som premedikasjon. En av deltakerne syntes midazolam hadde varierende effekt, og at man ikke kunne forutse hvordan barnet ville reagere. En annen deltaker mente at barna enten ble agiterte eller sederte. En av deltakerne syntes at noen av barna som hadde fått midazolam som premedikasjon fikk atypiske effekter, som at de ble veldig agiterte. Anestesisykepleieren uttrykte det slik: “De var egentlig på en snikende rus, de var overalt i senga, og litt hyperaktive. Samtidig hadde de ikke helt kontroll og opplevdes som svimle, med balanseproblematikk”. Deltakeren har ikke erfart at barna fikk denne type effekt av catapresan.

Det kom tydelig frem at en av deltakerne hadde hatt negative opplevelser med barn som hadde fått midazolam som premedikasjon. Deltakeren beskrev det på følgende måte: “Noen barn som har fått midazolam, kjenner at de synes at det er ekkelt, fordi de mister kontroll”. Noen av barna hadde uttrykt dette verbalt og noen nonverbalt. Anestesisykepleieren beskrev de minste barna på denne måten: “Man kan se at de blir usikre og at de uttrykker at noe var feil. Barna kunne oppleves som redde, og at de ikke forstod hva som skjedde”. Deltakeren fikk en fornemmelse av at barna følte at det “snurret” for dem, eller at det var noe var galt med kroppen deres, og at barna ble redde av den grunn. Denne redselen oppfattet anestesisykepleieren som en annen type redsel enn den redselen barn kan ha knyttet opp til operasjon og narkose.

Deltakeren beskrev videre at noen av de eldre barna kunne uttrykke seg verbalt, og si “Oi, det var kjempe ekkelt, nå ble jeg kvalm og svimmel, og dette føltes ikke bra”.

### *5.1.3 Effekten kan vare ut i det postoperative forløp.*

Samtlige av anestesisykepleierne hadde erfart at barna som hadde fått midazolam som premedikasjon var urolige og måtte overvåkes, slik at de ikke skadet seg. Dette ble beskrevet i tidsrommet fra barnet ble kjørt ut av operasjonsstua og over i den postoperative fasen. En av

deltakerne omtalte det på følgende måte: “Noen barn turnet veldig”. En annen deltaker undret seg over om det bare var på grunn av midazolam. Anestesisykepleierne var enige i at barna var påvirket av premedikasjonen dersom operasjonen ble kortere enn forventet, og hadde erfart dette under og etter oppvåkning. En av deltakerne kommenterte dette om temaet: “Ja, det henger igjen. Når barna har fått catapresan eller midazolam, så sover de en god stund på postoperativ avdeling”.

## **5.2 Administrering, tidsperspektiv og innvirkning**

Et av samtaleemnene under intervjuet omhandlet erfaringer om ulike utfordringer knyttet til administreringen av premedikasjon, samt hvilken innvirkning premedikasjonen kunne ha på andre anestesimidler. Anestesisykepleierne opplevde at de kunne ha en utfordrende hverdag når det gjaldt dette temaet. Utfordringene var knyttet opp til barnets aksept av medikamentet og hvor stor del av dosen barnet inntok til rett tid, slik at effekten var tilstede når barnet ankom operasjonsstua. Det kom også frem at midazolam og catapresan kunne ha innvirkning på andre anestesimidler.

### *5.2.1 Utfordringer med administrering og tidsperspektiv.*

Anestesisykepleierne erfarte at det varierte hvor stor mengde av dosen barnet får i seg av midazolam som premedikasjon. Dette handlet både om hvor god tid sykepleierne på avdelingen har fått til å administrere midazolam, samt hvor lang tid det hadde tatt før barnet aksepterte medikamentet. En av deltakerne poengterer at: “midazolam smaker vondt, så vi vet at det er en utfordring å få alle barna til å ta det”. En annen deltaker kommenterte: “Noe får barna i seg, noe spytter de ut”. En av anestesisykepleierne hadde erfart at: “Hos barna som er veldig skeptiske og har mye angst for leger og hele settingen, kan utfordringen være å få barna til å akseptere ta midazolam. Og det nettopp disse barna som trenger premedikasjon.” Samtlige av anestesisykepleierne hadde erfart at avdelingen kunne bruke lang tid på å få barnet til akseptere midazolam, og at dosen i noen tilfeller ble inntatt rett før ankomst til operasjonsstua. Dette kunne gi dårligere effekt på grunn av medikamentets anslagstid. Anestesisykepleierne poengterte hvor viktig det er at barnet får i seg hele dosen.

En av anestesisykepleierens erfaringer om midazolam var: “Fordi midazolam har kortere anslagstid enn catapresan, så opplever jeg at midazolam når å ha effekt, innen avdelingen har fått beskjed om å administrere premedikasjon, til operasjonsstua og operasjonsteamet er klare til å ta imot barnet”. Og la til følgende: “Så hvis barnet aksepterer midazolam, så pleier den å ha effekt til rett tid”.

Anestesisykepleierne erfarte at det var ulike faktorer som gjør at premedikasjon ikke har blitt ordinert eller at det hadde blitt gitt for sent. Det kunne være forandringer i operasjonsprogrammet, kommunikasjon på operasjonsstua; om det er anestesisykepleieren eller operasjonssykepleieren som skulle gi beskjed til avdelingen om premedikasjon, eller ulike beskjeder fra kirurgen. Dette kunne ha innvirkning på om catapresan har fått lang nok tid til å virke, da erfaringene til anestesisykepleierne var at catapresan har lengre anslagstid enn Midazolam, og at det derfor må tas høyde for at det skal gies tidligere. En av deltakerne hadde erfart at de hadde god rutine på avdelingen til å administrere catapresan til rett tid, til de pasientgrupper der catapresan var vanlig som premedikasjon. En annen anestesisykepleier sa følgende om catapresan “ Jeg synes hvertfall at jeg har blitt mer kjent med catapresan, og jeg har bare gode erfaringer som regel, dersom barnet har fått riktig dose, til rett tid.”

### *5.2.2 Innvirkning på andre anestesimidler.*

To av deltakerne fortalte at midazolam ble administrert til en spesiell pasientgruppe etter fast regime. Dette av hemodynamiske årsaker, for å holde barnet sirkulatorisk stabil. En av deltakerne fortalte videre: “Vi har allerede startet sedasjonen, så ja, vi gir redusert dose barbiturater ved innledning. Istedent gir vi større doser med opiater og kanskje mer midazolam”.

Samtlige anestesisykepleiere forklarte at man trengte reduserte doser opiater når barnet hadde fått catapresan som premedikasjon. Mens de var usikre på om barna trengte mindre barbiturat. En av deltakerne delte egen erfaring fra et annet sykehus i Skandinavia: “Det var markant redusert opiatbruk peroperativt, når barna hadde fått catapresan”.

### **5.3 Manglende egen erfaring**

I løpet av intervjuet kom det frem at det var to emner som anestesisykepleierne hadde manglende egen erfaring om. Det ene emne omhandlet hemodynamiske endringer og medikamentet catapresan. Der flere kommenterer at de ikke har kunne relatere hemodynamiske endringer spesifikt til catapresan. Det andre emne omhandlet amnesi. De erfaringene anestesisykepleierne hadde om emne var knyttet opp til det de hadde lest, hørt og fått referert av andre. Det var likevel kjent for alle deltakerne at midazolam kunne gi amnesi.

#### *5.3.1 Om hemodynamiske endringer.*

Anestesisykepleierne hadde begrenset med erfaringer om hvorvidt catapresan kunne gi hemodynamiske endringer, når det var gitt som premedikasjon. Det var flere som sa at de ikke kunne relatere eventuelle hemodynamiske endringer spesifikt til catapresan. Men to av deltakere sa likevel at de ikke trodde at catapresan ble standard premedikasjon til kritisk syke barn. En av deltakerne hadde erfart at catapresan gitt intravenøst kunne gi bradykardi, men forklarte videre at: “Av de som har fått catapresan peroralt i premedikasjon, har jeg ikke lagt merke til hemodynamiske endringer”. En annen deltaker poengterte følgende: “Vi har ikke barn som får catapresan som premedikasjon jevnlig, så jeg får ikke den flyten i å faktisk legge merke til det”, og fortsatte med: “hvis jeg hadde hatt den pasientgruppen som får catapresan som premedikasjon fast, så hadde jeg kanskje kunne gjort en ordentlig vurdering på om barna får hemodynamiske endringer”.

#### *5.3.2 Om Amnesi.*

Erfaringene anestesisykepleierne hadde om amnesi var knyttet til hva de hadde lest, hørt og fått referert av andre. Ingen av deltakerne hadde egne erfaringer om dette, og begrunnet det med at de ikke får fulgt barnet i den postoperative fasen. En av deltakerne sa følgende: “Man får jo en blackout av midazolam. Jeg har hørt fra andre som sier at det er utrolig ubehagelig å ikke huske noen ting”. En annen deltaker gjenfortalte en annen sykepleiers erfaring: “Barna som kommer gjentatte ganger og har fått midazolam som premedikasjon, har fortsatt hatt angst neste gang de kommer. Dette fordi det blir et “svart hull” i hukommelsen, de husker

ikke hva som skjedde sist gang. Det hadde vært enklere å fått barna til å samarbeide over tid og flere ganger, om barna hadde fått dexdor i stedet for midazolam”. En av anesthesisykepleierne mente at barnet ikke opplever amnesi med dexdor og catapresan, når barnet våkner opp igjen fra narkose. Dette ble bekreftet av en annen deltaker.

## **5.4 Barn og deres nivå av mestring**

I løpet av intervjuet kom anesthesisykepleierne selv inn på temaer i tilknytning til premedikasjon. Barnets nivå av mestring var ett av dem. Alle deltakerne var samstemte om at det var viktig at barnet skal kunne mestre en situasjon det har gruet seg til. Deltakerne diskuterer seg imellom om premedikasjon var nødvendig dersom barnet er godt forberedt, ved hjelp av film og hefter. Videre hadde samtlige deltakere erfart at et av medikamentene i studien kunne ha innvirkning på barnets mestringsfølelse på grunn av medikamentets mulige bivirkning i form av amnesi.

### *5.4.1 Betydning av preoperative forberedelser.*

Alle deltakerne var enige i at det er til barnets fordel, at barnet skal kunne mestre en situasjon som det gruer seg til, som det å skulle operere og få narkose. Deltakerne nevnte gjentatte ganger at det er viktig at barnet skal kunne oppnå mestringsfølelse i forbindelse med narkose. En av deltakerne beskrev dette på følgende måte: “Jeg tenker at det er en veldig stor fordel at barnet er våkent, selv om det er sedert, uavhengig av hvilken premedikasjon man gir barnet. Dette til barnets fordel, slik at barnet kan huske situasjonen og få mestringsfølelse”. Samtlige av anesthesisykepleierne erfarte at dersom barnet er godt forberedt, så bidrar det til at barnet kan oppnå mestringsfølelse i forbindelse med narkose. Med å være godt forberedt mente deltakerne at barn og foreldrene hadde lest hefter og sett film, og var godt informert om narkosen. En av anesthesisykepleierne hadde erfart følgende: “Noen av barna og foreldrene som har gjort et godt forarbeid, ved å se film og lese hefter, blir veldig godt informert. Disse barna synes jeg klarer seg overraskende bra. Det er stor forskjell på om de har fått forberedt seg, og har forventninger til hva som skal skjer, versus de som ikke har gjort det”. Flere av deltakerne fremhevet viktigheten av å være kritiske til premedikasjon, og diskuterte seg imellom om det er nødvendig med premedikasjon dersom barnet er godt forberedt. En av

deltakerne fortalte videre om en erfart situasjon der det ble valgt å ikke gi premedikasjon: “Det kan ha blitt vurdert på avdelingen at barnet ikke trenger premedikasjon, men da er jo barnet i trygge omgivelser. Men så kommer barnet til operasjonsstua og synes det er kjempe skummelt, og det går ikke an å samarbeide med barnet”. Deltakeren understreket at selv om barnet er godt forberedt og tilsynelatende ikke trenger premedikasjon når barnet er på avdelingen, så er det alltid en risiko med å unnlate å administrere eller ordinere premedikasjon.

#### *5.4.2 Innvirkningen premedikasjonen kan ha på mestringsfølelsen.*

En av deltakerne hadde erfart at midazolam kunne ha innvirkning på barnets mestringsfølelse, og fortalte om følgende opplevelse: “Det var snakk om et barn på avdelingen, hvor foreldrene hadde vært veldig flinke til å forberede barnet til operasjon og narkose, ved å vise hefter med informasjon om det barnet skulle igjennom. Dette for å skape en en god opplevelse. På avdelingen fikk barnet midazolam som premedikasjon, ble operert, våknet og husket ingenting. Barnet ble selvfølgelig kjempe lei seg, og husket dermed ikke at han mestret situasjonen han hadde jobbet så mye for”. En annen deltaker uttrykte skepsis til midazolam, på bakgrunn av egne antakelse om at barnet ikke alltid har evnen til å bearbeide situasjonen i etterkant, dette i forhold til at barnet skal kunne oppnå mestring. Og en annen sa følgende: “I enkelte, erfarte situasjoner der barnet har fått forberedt seg, så kan midazolam bidra til at barnet får amnesi og ødelegge det forberedte”.

### **5.5 Anestesisykepleiernes syn på forbedring**

I løpet av intervjuet ble deltakerne spurt om de hadde forslag til forbedringspotensialer for å identifisere barnets behov for premedikasjon, og andre tanker de anså som viktig for å optimalisere rutiner rundt premedikasjon. Anestesisykepleierne var samstemte om at en grundig previsitt er viktig for å undersøke barnets behov for premedikasjon. Samt at barn og foreldrene ble informert om hvilken effekt premedikasjonen kan ha på barnet. Videre trakk deltakerne frem at det er viktig med en god rutine for hvilket tidspunkt premedikasjonen skal administreres.

### *5.5.1 Betydningen av previsitt.*

Anestesisykepleierne var samstemte om at en grundig previsitt er viktig for å undersøke barnets behov for premedikasjon. De trakk frem viktigheten av at anestesilegen tar seg tid til å vurdere hva barnet trenger. En av deltakerne kommenterte følgende: «ikke bare gjøre et elektronisk journal-tilsyn». To av deltakerne påpekte at anestesilegene har blitt flinkere til å vurdere når barnet ikke trenger premedikasjon. En av de andre deltakerne la til følgende: “Min erfaring fra flere steder er at anestesilegene som gjorde grundige previsitter, var bedre til å forutse hvordan situasjonen kunne bli”.

På spørsmål angående anestesisykepleierens innflytelse om premedikasjon, svarte en av deltakerne “Har vi hatt barnet som pasient tidligere, og vet at barnet virkelig trenger premedikasjon, så snakker vi med anestesilegen på forhånd”. Og påpekte at det kun er anestesilegene som kan ordinere premedikasjon. Videre ble det fortalt at det er personavhengig hvilket medikament anestesilegen foretrekker som premedikasjon. Dette var alle anestesisykepleierne enige i. En av deltakerne fortalte at ved en anesthesiavdeling hadde en anestesilege forsøkt å innføre catapresan som premedikasjon til barn, og møtt noe motstand, fordi medikamentet var så dyrt. Men vedkommende hadde god erfaring med catapresan, og ønsket å innføre dette som premedikasjon til barn, på bakgrunn av at barna ble roligere, og fikk bedre smertelindring.

En av deltakerne fortalte om et frustrasjonsmoment: “Når anestesilegen har gått previsitt og gjort vurderingen om å ordinere premedikasjon etter samtale med barn og foreldre. Så kommer barnet kom til operasjonsstua, uten at det har fått premedikasjon. Så kan man spørre seg selv; “hvorfor det?” Da kan barnet ha vært rolig og samarbeidende på avdelingen, og sykepleier på avdelingen har derfor vurdert at barnet ikke trengte premedikasjon”. Dette var noe alle anestesisykepleierne hadde erfart flere ganger, og syntes var frustrerende.

### *5.5.2 Informasjon om medikamentet.*

Flere av anestesisykepleierne hadde ikke oppfattelse av at barnet blir informert om hva slags effekt premedikasjonen kan ha. Og stilte seg usikre til om barnet kun ble informert om det preoperative forløpet som finner sted på operasjonsstua. En av deltakerne bekreftet dette, og



forklarte: “Jeg har vært med på previsitter. Da forklarte anestesilegen at de blir søvnige, trøtte og kommer til å sove, og hva vi vanligvis gjør. Men det er sikkert store variasjon fra anestesilege til anestesilege”. Samtlige av deltakerne var enige om viktigheten med å informere foreldrene om hvilken effekt premedikasjonen kan ha på barnet deres. En av anestesisykepleierne beskrev det på følgende måte: “Jeg tenker at det er til fordel for foreldrene med informasjon. Dersom foreldrene er rolige, er barnet rolig. Det er synergieffekter”. En annen forklarte det på følgende måte: “Jeg tror det er bedre for foreldre å få informasjon om at barnet kan oppleves rusa. Slik at foreldrene vet at det er normalt. Jeg tror det er bedre for foreldrene å ha et barn som samarbeider, enn et barn som er engstelig. Det tror jeg er av større belastning”.

En av deltakerne hadde erfart at det er personavhengig hvor mye informasjon anestesilegene vurderer som nødvendig, og viktig å informere barn og foreldre om. Deltakeren hadde erfart at enkelte anestesileger gjør informasjonen mer positiv enn det den er, for å ikke skremme barnet. Og eksemplifiserte dette med vevsirritasjonen som kan oppstå ved intravenøs administrering av propofol: “Det blir litt varmt, som at solen steker på hånden”. Samtlige av anestesisykepleierne syntes at denne beskrivelsen var for beskjeden i forhold til hva enkelte barn faktisk kan oppleve. En av deltakerne kommenterte følgende til beskrivelsen: “Herregud, det er jo mye verre enn det”.

### *5.5.3 God rutine.*

Flere av deltakerne beskrev erfaringer hvor det kom frem at det var manglende rutine på tidspunktet premedikasjon skulle administreres for at medikamentet skulle ha effekt innen barnet ankom operasjonsstua. En av deltakerne fortalte følgende: “På den anesthesiavdelingen jeg jobber, så har moderavdelingen god tid til å dosere premedikasjonen til barnet. Fordi det kun er to inngrep om dagen, blir det ikke mye tull med administreringen av midazolam. Det er nøye gjennomtenkt, og det er gjort en god previsitt. Mens på en annen anesthesiavdeling, så er det mer “flytende” operasjonsprogram, og det er vanskeligere å time. Så da strykes barnet fra operasjonsprogrammet”. En annen deltaker bekreftet dette, og kommenterte: “Fordi det er mange flere avdelinger involvert”. Samtlige var enige i at det viktigste i forbindelse med rutiner rundt premedikasjon, var at både anesthesiavdelingene og avdelingen som administrerer premedikasjonen har en god rutine. En av deltakerne avsluttet samtalen om dette temaet med:

“Det viktigste av alt er at ting blir satt i system”. Dette var noe samtlige anestesisykepleiere bekreftet.

Det var en av deltakerne som følte at det var en god rutine rundt premedikasjon på anesthesiavdelingen deltakeren arbeidet ved. Dette handlet hverken om catapresan eller midazolam, men om dexdor, et legemiddel vi har nevnt tidligere i resultatdelen. Deltakeren følte at anesthesiavdelingen hadde forbedret seg på bakgrunn av at denne avdelingen hadde tatt i bruk dexdor.

## **6.0 “HVILKE ERFARINGER HAR ANESTESISYKEPLEIERE MED BRUK AV MIDAZOLAM ELLER CATAPRESAN SOM PREMEDIKASJON TIL BARN?”**

I dette kapittelet skal vi drøfte egne resultater og annen litteratur opp mot studiens problemstilling. For oss er det naturlig å videreføre kapittelinnholdet fra kapittel 5.0 som tar utgangspunkt i våre fem temaer fra resultatdelen som belyser anestesisykepleierens erfaringer om catapresan eller midazolam som premedikasjon til barn: Barn responderer forskjellig, Administrering, tidsperspektiv og innvirkning, Manglende egen erfaring, Barn og deres nivå av mestring og til slutt: Anestesisykepleierens syn på forbedring. Kodene (se tabell 8) kommer naturlig under tilhørende tema.

### **6.1 Barn responderer forskjellig**

Anestesi til barn stiller spesielle krav til kunnskap og erfaring om barnet, som nevnt i kapittel 3.2.1 (Østgaard & Ulvik, s.755, 2010). For anestesisykepleieren er det viktig å ha kompetanse om hvordan anestesi og premedikasjon påvirker barnet fysiologisk, barnets normale utvikling og hvordan disse forandringene påvirker både responsen på sykdommen og farmakologien (Marciniak, s.8, 2019; Finrud, s. 143, 2017). Dette står i samsvar med Norsk standard for anestesi (ALNSF, 2016) og anestesisykepleierens ansvar- og funksjonsområder. Ut i fra våre resultater i studien, kom det tydelig frem at deltakerne hadde erfaringer med hvordan barn kan respondere forskjellig på midazolam eller catapresan som premedikasjon. Alle deltakerne beskrev et godt premedisinert barn som “rolig, sederte og samarbeidende”. Samt at barnet har redusert grad av angst.

Vi tar utgangspunkt i hva våre funn og litteratur sier om den ønskede effekten.

Det kommer frem av våre resultater at catapresan gir sedativ effekt, noe som blir bekreftet av Ghazal, Mason & Cotè(s. 43, 2019), Sahoo et al., (2013), Mahajan et al., (2012), Kodra et al., (2013) og Trevor et al.,(2012). Ifølge Holm-Knudsen (s.102, 2015), Sahoo et al.,(2013), Kodra et al., (2013) og Dahmani et al., (2010) gir catapresan sterkere sedativ effekt sammenlignet med midazolam. I motsetning gir midazolam bedre angstdempende effekt

sammenlignet med catapresan (Holm-Knudsen, s.102, 2015; Cao et al, 2009; Sahoo et al, 2013; Kodra et al, 2013). Mahajan et al., (2012) konkluderer at både midazolam og catapresan ga tilfredsstillende nivå av angstdempende effekt. Men at catapresan faktisk hadde bedre angstdempende effekt preoperativt. Disse motsetningene ble ikke belyst i våre resultater. Deltakerne hadde ikke erfart noen forskjell mellom medikamentene.

Anestesisykepleierne i vår studie erfarte at catapresan administrert som premedikasjon, gjør barnet rolig og avslappet. De erfarte barna som våkne, men samtidig sederte. Dette blir også beskrevet av Das et.al (2016).

Etter at barna hadde blitt premedisinert med midazolam eller catapresan, beskrev deltakerne i studien vår barna som samarbeidene. Med midazolam var barna beskrevet som samarbeidene dersom: “barnet har fått midazolam med god sedasjon”. Deltakeren beskrev ikke hva som lå bak beskrivelsen “god sedasjon”. Men vår tolkning av “god sedasjon” er når barnet ikke får paradoksale/atypiske effekter, men den ønskede effekten som blir beskrevet ovenfor. Sahoo et al., (2013), Das et al., (2016), Trevor et al., (2012) og Kodra et al., (2013) bekrefter samarbeidene barn i den forstand at barnet aksepterte maske og innleggelse av perifert venekateter(heretter kalt venekateter).

Ifølge funn fra egen studie var utførelsen av prosedyren innleggelse av venekateter, en av indikatorene på om barnet hadde fått den overnevnte ønskede effekt av premedikasjon. Das et al., (2016) og Trevor et al., (2012) benyttet også prosedyren innleggelse av venekateter som en indikator på hvor god sedativ og angstdempende effekt medikamentene har som premedikasjon til barn. Deltakerne fra vår studie erfarte at barna som hadde fått catapresan som premedikasjon, gjorde innleggelse av venekateter enklere å utføre fordi barnet var enklere å samarbeide med og lot seg avlede. En av anestesisykepleierne hadde følgende erfaring: “ Han lå å ynket seg, og du visste at han egentlig var redd...selv om han ikke ville bli stukket, så var han lett å avlede ved veneflon innleggelsen- han trakk ikke til seg hånden, og det gikk kjempe fint”. Cao et a.l, (2009) og Mahajan et al., (2012) bekrefter at effekten til catapresan, gjør prosedyrer som innleggelse av venekateter enklere å utføre.

En av deltakerne fra studien vår hadde denne erfaringen om midazolam og innleggelse av venekateter: “Anestesilegen avledet barnet, mens jeg fikk lagt inn en veneflon. Barnet merket ikke til veneflon innleggelsen, og det gikk kjempebra”. Deltakeren påpekte at barnet

opplevdes som “smårusa”- i positiv forstand, og at barnet ikke fikk med seg hva som skjedde. Holm-Knudsen (s.104, 2015) bekrefter at man ofte kan legge inn venekateter på barna som har fått midazolam som premedikasjon, uten at barnet reagerer.

Thamilselva og Sekaran(2017), Das et al., (2016), Sahoo et al., (2013) og Kodra et al., (2013) påpeker at midazolam som premedikasjon til barn, gir bedre angstdempende effekt, sammenlignet med catapresan, ved innleggelse av venekateter. De beskrev barna som hadde fått midazolam som mer motorisk rolig og at barna gråt mindre, enn ved administrasjon av catapresan. Dette blir bekreftet av Holm-Knudsen (s.102, 2015), som hevder at catapresan gir tyngre sedativ effekt enn midazolam.

I sammenheng med temaet om innleggelse av venekateter kom deltakerne i vår studie inn på et annet medikament som heter dexdor. Dexdor blir benyttet som premedikasjon til barn, og er i likhet med catapresan en alfa-2-agonist (Holm-Knudsen, s. 102, 2015). Deltakerne diskuterte seg imellom, om man får lagt inn venekateter mens barnet sover, på tilsvarende måte som man gjør ved administrasjon av dexdor. Dette hadde ingen av deltakerne erfart, og en av dem svarte: “Nei, jeg synes ikke det. Fordi med dexdor går barnet gjerne fra søvn til søvn, og man kan i noen tilfeller legge inn veneflon uten at barnet våkner”. En annen hadde erfart at barna som hadde fått catapresan som premedikasjon ofte kommer sovende inn på operasjonsstua, men at barnet gjerne våkner når det skal forflytte seg til operasjonsbordet. Thamilselva og Sekaran, (2017) bekrefter at barnets grad av sedasjon reduseres ved prosedyrer som innleggelse av venekateter, på bakgrunn av at barn som har fått catapresan har evne til å reagere på stimuli. Til sammenligning er dette grunnen til at midazolam har sterkere angstdempende effekt når det kommer til slike prosedyrer (Thamilselva & Sekaran, 2017). Selv om barnet våkner ved stimuli etter administrasjon av catapresan, erfarer samtlige deltakere i vår studie at dette ikke påvirker barnets evne til samarbeid ved innleggelse av venekateter.

Tidligere forskning samsvarer ikke med våre funn. Da våre deltakere ikke erfarte noen forskjell på medikamentene, og har erfart at både midazolam og catapresan gjør innleggelse av venekateter enklere å utføre, i form av at barnet er enklere å avlede og ikke trekker til seg hånden. Vi tenker at grunnen til at innleggelse av venekateter er tilfredsstillende med begge

medikamentene, på bakgrunn av catapresan sin sterke sedativ effekt, muligens veier opp for midazolam sin sterke angstdempende effekt.

Det er ikke tvil om hva som legges i den ønskede effekten av premedikasjon.

Men erfaringene anestesisykepleierne fortalte om i intervjuet vårt, tilsier at dette ikke alltid er tilfelle. Effekten av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn, kan også være ulik og flersidig. Med dette beskrev deltakerne barna som hadde fått midazolam som “smårusa”, sløve og hyperaktive. Hva deltakerne mente med “smårusa” er vi usikre på. Men vi tolker det som en grad av påvirket/ en grad av rus. Deltakerne erfarte at midazolam gav varierende effekt, og at man ikke kunne forutse hvordan barnet ville reagere. Dette mener vi kan knyttes til det Norsk legemiddelhandbok (2017), Holm- Knudsen (s. 103, 2015), Das et al., (2016), Azad et al., (2015), Qteshat (2011), Cao, Shi, Miao og Xu (2009) og Trevor et al., (2012) beskriver som “paradoksal effekt og agitasjon”. En av deltakerne fra vår studie beskrev barna som hadde fått paradoksal effekt av midazolam slik: “De var egentlig på en snikende rus, de var overalt i senga, og litt hyperaktive. Samtidig hadde de ikke helt kontroll og opplevdes som svimle, med balanseproblematikk”. Cao et al., (2009), Trevor et al.,(2012) og Qteshat, (2011) knytter paradoksal effekt opp mot agitasjon, hyperaktivitet og uheldig postoperativ adferd. Trevor et al., (2012) beskrev at det var et barn som ble voldelig og aggressiv etter administrasjon av midazolam som premedikasjon. Deltakerne i vår studie hadde også erfart at denne paradoksale effekten kunne vedvare ut i det postoperative forløpet, når barna hadde fått midazolam som premedikasjon. Barna ble beskrevet som urolige og måtte overvåkes, slik at de ikke skadet seg. En av deltakerne fra studien vår omtalte det på følgende måte: “Noen barn turnet veldig”. Selvom midazolam kan gi slike paradoksale effekter mener Holm- Knudsen (s. 103, 2015) at paradoksale reaksjoner ikke skal være grunnen til at man velger å avstå fra å gi premedikasjon til barnet.

Dette ses i kontrast til catapresan som premedikasjon. Da egne funn og Fanghol og Valla (s. 366, 2015), Cao et al., (2009), Holm-Knudsen (s.102, 2015) og Sahoo et al.,(2013) bekrefter at man unngår disse paradoksale effektene med catapresan. Deltakerne i vår studie beskrev barna som hadde fått catapresan som rolige og ikke agiterte når de ble overflyttet til postoperativ avdeling, selv etter at barnet hadde fått inhalasjonsanestesi. Inhalasjonsanestesi er forbundet med at det kan gi agitasjon hos barn i oppvåkingsfasen (Fanghol og Valle,s.

368, 2015; Hansen, s 56, 2015). Deltakerne nevnte at catapresan i tillegg brukes for å forhindre postoperativ agitasjon, noe som blir bekreftet av Hansen (s. 56, 2015).

Azad et al., (2015), Sahoo et al., (2013), Das et al., (2016), Qteshat (2011) og Ghazal, Mason og Cotè, (s. 43, 2018) bekrefter at det er stor tilfredshet hos anestesipersonell på grunn av catapresan sine positive egenskaper som blant annet gir redusert postoperativ smerte, redusert bruk av andre analgetika, rolige og avslappet barn.

Anestesisykepleierne i vår studie hadde også erfaring med at barna kunne oppleve redsel på grunn av effekten av midazolam som premedikasjon. “Noen barn som har fått midazolam, kjenner at de synes at det er ekkelt, fordi de mister kontroll”. Deltakeren beskrev videre at noen av de eldre barna kunne uttrykke seg verbalt, og si “Oi, det var kjempe ekkelt, nå ble jeg kvalm og svimmel, og dette følte ikke bra”. Vi har ikke funnet litteratur som beskriver barns reaksjon på effekten av midazolam, slik som for eksempel redsel. Ut i fra personlig og faglig synspunkt tenker vi at det er av relevans at dette tas i betraktning ved vurdering av premedikasjon til barn. Hos for eksempel barn som kommer til gjentatte narkoser og operasjoner, og der barnet har reagert på denne måten av midazolam som premedikasjon, bør man ta barnet på alvor og overveie et annet medikament. Dette vil vi drøfte senere i kapittel 6.5.

## **6.2 Administrering, tidsperspektiv og innvirkning**

Elisha og Belson (s. 1123, 2018) hevder at den ideelle premedikasjonen til barn bør ha rask effekt, være pålitelig, og ha minimale bivirkninger.

Anestesisykepleierne i studien vår har erfart at de kunne ha en utfordrende hverdag når det gjaldt dette temaet.

Hos barn som er skeptiske og har mye angst for leger og sykehus-settingen, kan utfordringen være knyttet til å få barnet til å akseptere premedikasjon. En deltaker fra vår studie poengterer: “Og det er nettopp disse barna som trenger premedikasjon”.

Premedikasjon kan administreres på ulike måter (Coté, s.2774, 2015). Utfordringer knyttet til administrasjon av premedikasjon kom klart frem av våre resultater. Deltakerne erfarte at det var variabelt hvor stor mengde av dosen barnet får i seg av midazolam. Dette på bakgrunn av to ting: hvor god tid sykepleierne på avdelingen har fått til å administrere midazolam, samt hvor lang tid det hadde tatt før barnet aksepterte medikamentet. En av deltakerne poengterer at: “Midazolam smaker vondt, så vi vet at det er en utfordring å få alle barna til å ta det”. En

annen deltaker kommenterte: “Noe får barna i seg, noe spytter de ut”. Dette er i tråd med funn fra Coté (s.2774, 2015), Holm- Knudsen (s.103, 2015), Gazal et al., (s. 43, 2019) og Fanghol og Valla, (s. 366, 2011). Og at man derfor er avhengig av samarbeidene barn ved oral administrering av midazolam som premedikasjon. Kumari et al., (2017), Mitra et al.,(2013) og Sahoo et al., (2013) bekrefter også dette, samt at de beskriver midazolam som bitter, til tross for tilsetning med honning. I motsetning til midazolam, hevdes det at catapresan ikke har uttalt smak, og ingen av barna i disse studiene hadde reagert på smaken (Kumari et al., 2017, Sahoo et al., 2013).

Sett i lys av egne funn og litteratur, ser vi hvor store kontraster det er mellom smaken av premedikasjon til barn. Kan det tenkes at smaken i noen tilfeller er avgjørende for om barnet aksepterer premedikasjonen? Og vi spør oss selv, er denne risikoen tatt med i betraktningen når man velger medikament? Vi mener at konsekvensen av uteblitt administrering av ovennevnte grunn, kan føre til at barnet ikke får den ordinerte premedikasjonen. Dette mener vi kan forsterke barnets redsel, nivå av stress og redusere evnen til mestring i forbindelse med narkose.

Tidspunktet for når barnet aksepterer premedikasjonen vil ha innvirkning på effekten av medikamentet, i følge egne funn. Har barnet fått i seg dosen rett før ankomst til operasjonsstua, er effekten naturligvis dårligere, enn hvis virketiden hadde vært optimal. At barnet får i seg hele dosen av medikamentet er også av stor betydning. Mitra et al., (2013) Mahajan et al., (2012), Sahoo et al., (2013), Fanghol og Valla (s 366, 2011), Holm-Knudsen, (s. 102, 2015) og Gazal et al., (s. 46, 2019) hevder at midazolam har effekt etter 15-30 minutter ved oral administrering, og at catapresan har effekt etter 45- 120 minutter ved oral administrering.

Ifølge våre deltakere, må det av erfaring tas høyde for at catapresan som premedikasjon administreres tidligere, enn midazolam. En av deltakerne poengterer dette med følgende beskrivelse: “Fordi midazolam har kortere anslagstid enn catapresan, så opplever jeg at midazolam når å ha effekt...” innen barnet kommer til operasjonsstua. Og la til følgende: “Så hvis barnet aksepterer midazolam, så pleier den å ha effekt til rett tid”. En av de andre deltakerne hadde likevel erfart at de hadde god rutine på avdelingen til å administrere catapresan som premedikasjon til rett tid.



Mahajan et al.,(2012) og Cao et al., (2009) poengterer viktigheten med at catapresan får lang nok virketid for å oppnå full effekt. I studien til Kumari et al., (2017) ble effekten av midazolam og catapresan som premedikasjon evaluert etter 60 minutter. Resultatet av studien var at catapresan gav lavere grad av sedasjon enn midazolam. Forskerne diskuterte om resultatet hadde vært annerledes, dersom catapresan hadde fått virke i lengre tid. Da det ifølge Kumari et al., (2017) tar det 105-120 minutter før catapresan oppnår optimalt sedasjonsnivå.

Det er kjent at catapresan som premedikasjon har innvirkning på andre anestetika. I den forstand at man ofte kan redusere dosene på barbiturater og andre opioider (Butterworth, Mackey og Wasnick, s. 245, 2013; Holm-Knudsen, s 103, 2015; Gazal et al., s. 46, 2019; Qteshat, 2011; Sahoo et al., 2013;Cao et al., 2009; Azad et al., 2015). Vi tenker at det er til barnets fordel at man kan gi reduserte doser av barbiturat og opioider. Vi mener: “jo mindre doser barnet får, jo færre eventuelle bivirkninger får barnet”. For eksempel gir opioider respirasjonsdepresjon og kvalme (Næss og Strand, s. 169, 2011).

Samtlige av deltakerne i vår studie bekreftet at barnet trengte reduserte doser opioider når barnet hadde fått catapresan som premedikasjon. Men de var usikre på om barna trengte mindre barbiturat. Deltakerne hadde ingen erfaringer på det generelle plan om mindre opiat- og barbituratbehov ved midazolam, foruten til en spesiell pasientgruppe, som beskrevet i 5.3.1.

Butterworth, Mackey og Wasnick (s.181, 2013), Næss og Strand (s. 168, 2011), Holm-Knudsen (s.103, 2015) og Gazal et al., (s. 44, 2019) hevder at samtidig bruk av barbiturater og andre sentralnervestimulerende midler sammen med midazolam, kan forlenge oppvåkingsfasen. For eksempel kan et barn som skal til dagkirurgisk behandling måtte bli lengre på sykehuset, som en konsekvens av forlenget oppvåkning av ovennevnte grunn (Holm- Knudsen, s. 103, 2015).

Det er kjent at midazolam ikke har noen analgetisk effekt (Butterworth, Mackey og Wasnick, s.181, 2013; Næss og Strand, s. 168,2011; Holm- Knudsen, s.103, 2015; Gazal et al., s. 44, 2019; Fanghol og Valla, s.366, 2011). Dette blir bekreftet av Sahoo et al.,(2013) og Cao et al., (2009), og resulterer i at behovet for analgetika perioperativ og postoperativ var større etter administrering av midazolam som premedikasjon til barn.

I følge Gazal et al., (s. 46, 2019), Holm,-Knudsen ( s 102, 2015), Das et al., (2016) og Qteshat, (2011) er en av de store forskjellene mellom catapresan og midazolam som premedikasjon til barn, at catapresan gir postoperativ smertelindring på grunn av medikamentets egenskaper og virketid. Dette styrker og bekrefter våre resultater.

### **6.3 Manglende egen erfaring**

I løpet av intervjuet kom det frem fra våre seks deltakere at de hadde manglende egen erfaring om hvilken virkning premedikasjonen kan ha: hemodynamiske endringer og amnesi.

Anestesisykepleierne hadde likevel kjennskap til at medikamentene kunne gi hemodynamiske endringer og amnesi.

Vi har valgt å beholde dette tema da både hemodynamiske endringer og amnesi kan være konsekvenser og virkning ved bruken av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Dette er tydelig beskrevet og gjort rede for i litteratur, noe som viser at andre har erfaring om dette. Derfor mener vi at det er av betydning å belyse temaet.

To av våre deltakere sa at de ikke trodde at catapresan ble standard premedikasjon til kritisk syke barn. På tross av dette utsagnet kunne de ikke relatere eventuelle hemodynamiske endringer spesifikt til catapresan administrert som premedikasjon.

Tidligere forskning er svært tvetydig. Sahoo et al.,(2013) opplyser at catapresan og midazolam administrert som premedikasjon, ikke ga noen hemodynamiske endringer. Azad et al., (2015) og Kodra et al., (2013) konkluderer med at det er forskjell, og at catapresan gir hemodynamiske endringer i hjerterefrekvens og blodtrykk sammenlignet med midazolam. Dette blir bekreftet av Ghazal et al., (s. 46, 2018), Nagelhout (s.169, 2018) og Das et al., (2016) ved å redusere blodtrykket og hjerterefrekvensen. Butterworth, Mackey og Wasnick(s. 245, 2013) opplyser at catapresan forbedrer og stabiliserer den perioperative sirkulasjonen under generell anestesi. Noe som samsvarer med forskningen til Das et al., (2016). En av deltakerne hadde ikke erfart catapresan som premedikasjon ved peroral administrasjon ga hemodynamiske endringer. En annen deltaker påpekte at :“hvis jeg hadde hatt den pasientgruppen som får Catapresan som premedikasjon fast, så hadde jeg kanskje kunne gjort en ordentlig vurdering på om barna får hemodynamiske endringer”.

Næss og Strand (s.168, 2011) hevder at midazolam som premedikasjon gir få hemodynamiske endringer, noe Butterworth, Mackey og Wasnick (s. 180, 2013) støtter. Men påpeker at midazolam i noen tilfeller kan redusere blodtrykket og øke hjerterefrekvensen, særlig i kombinasjon med opioider. Dette bekreftes av Das et al., (2016). Vi antar at dersom catapresan eller midazolam administrert som premedikasjon til barn hadde gitt uttalte hemodynamiske endringer, så hadde det vært større sannsynlighet for at våre deltakere hadde hatt flere erfaringer om dette.

Ifølge Mitra et al.,(2013), Qteshat, (2011), Dahmani et al., (2010), Mahajan et al., (2012), Butterworth, Mackey og Wasnick (s.181, 2013), Holm-Knudsen, s. 103, 2015) og Nagelhout, (s.104,2018) kan midazolam administrert som premedikasjon gi amnesi hos barn. Våre deltakere hadde ikke egne erfaringer om dette, og begrunnet det med at de ikke får fulgt barnet i den postoperative fasen. Men en av deltakerne sa følgende: “Man får jo en blackout av midazolam. Jeg har hørt fra andre som sier at det er utrolig ubehagelig å ikke huske noen ting”.

Butterworth, Mackey og Wasnick (s.181, 2013) og Dahmani et al., (2010) skriver at selv om midazolam kan gi amnesi, kan dette være en nyttig egenskap som premedikasjon til barn. Det blir ikke beskrevet hvorfor. Dette blir bekreftet at Holm-Knudsen (s.103, 2015). Hos de svært redde og engstelige barna som får midazolam, og er fortsatt redde ved anestesiinduksjon, er det en fordel at barnet får amnesi, så barnet ikke husker den dårlige opplevelsen. Vi stiller oss undrende til om midazolam bør gis som premedikasjon til barn av ovennevnte grunn, og om dette kan etisk forklares.

Holm-Knudsen (s.103, 2015) hevder at amnesi ikke bør påvirke en eventuell senere narkose. Men dette står ikke i samsvar med hva som kan være tilfelle i praksis. Hvor en av våre deltakere gjentatte ganger fortalte en annens sykepleiers erfaring: “Barna som kommer gjentatte ganger og har fått midazolam som premedikasjon, har fortsatt hatt angst neste gang de kommer. Dette fordi det blir et “svart hull” i hukommelsen, de husker ikke hva som skjedde sist gang. Det hadde vært enklere å få barna til å samarbeide over tid og flere ganger, om barna hadde fått dexdor i stedet for midazolam”.

Mahajan et al., (2012) oppgir at midazolam sin amnestiske effekt kan bidra til at barnet kan få en rolig anesthesiinduksjon med maske, selv når barnet var våkent. Men at catapresan som premedikasjon uansett ga bedre maske aksept enn midazolam. Dette blir bekreftet av Mitra et al., (2013). Studien beskriver videre at amnesi på grunn av midazolam, kunne forårsake dårligere og lengre oppvåkning, samt tidlig postoperativ agitasjon. I tillegg kan amnesi være med på å forsinke utskrivelsen av barnet. Dette ses i motsetning til catapresan som ga bedre oppvåkning, samt rolige, samarbeidene barn, i tillegg til at det gav postoperativ analgesi (Mitra et al., 2013).

I motsetning til midazolam, gir ikke catapresan amnesi (Holm-Knudsen, s.102, 2015; Cao et al., 2009; Sahoo et al., 2013; Legemiddelhåndboka, 2017). Dette blir bekreftet av våre funn.

#### **6.4 Barn og deres nivå av mestring**

Det var viktig for deltakerne i vår studie at barn som skal få premedikasjon, narkose og skal opereres, skulle kunne mestre situasjonen de er i. En av deltakerne beskrev det på denne måten: “Jeg tenker at det er en veldig stor fordel at barnet er våkent, selv om det er sedert, uavhengig av hvilken premedikasjon man gir barnet. Dette til barnets fordel, slik at barnet kan huske situasjonen og få mestringsfølelse”.

Grønseth og Markestad (s.73, 2017) hevder at hovedårsaken til engstelse hos barn som skal få premedikasjon og narkose er knyttet til barnets begrensede forståelse og mangel på kontroll. Frykt forbundet med premedikasjon og narkose bygger ofte på barnets egen fantasi, forestilling og misforståelser (Grønseth og Markestad, s.67-73, 2017). Vi tenker at et eksempel på dette kan være redsel for hvordan premedikasjonen kan påvirke dem, eller redsel for å ikke våkne opp etter narkose. Ifølge Grønseth og Markestad (s. 74, 2017) er gjentatt informasjon og forberedelser viktig for å korrigere eventuelle misforståelser og bearbeide hendelsene.

Samtlige av anestesisykepleiere hadde erfart at godt forberedte barn, bidro til økt mestringsfølelse. Barna og foreldrene som hadde lest hefter og sett film, samt fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon etter barnets utviklingstrinn om premedikasjon og narkose, ble omtalt av våre deltakere som “godt forberedt”. Effekten av at barna er godt forberedt ble beskrevet som følger: “...Disse barna synes jeg klarer seg overraskende bra. Det er stor forskjell på om

de har fått forberedt seg, og har forventninger til hva som skal skje, versus de som ikke har gjort det”. Denne beskrivelsen blir bekreftet av Finrud (s.144, 2017), Holm-Knudsen (s. 100, 2015), Østgaard & Ulvik (s. 752, 2010), Ghazal et al., (s.37-38, 2019), Coté (s. 2773, 2015), ALNSF (2016), Pasient- og brukerrettighetsloven (§3-5, 1999), Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) og Grønseth og Markestad(s 66-67, 2017).

Vi mener at ved å bruke historier og figurer fra heftene og filmen barna har sett under forberedelsene, kan anestesisykepleieren benytte dette som en avledningsteknikk. Dette er en mestringsstrategi, der man i følge Grønseth og Markestad (s.78-80, 2017), Fanghol og Valla (s.364, 2011), Holm-Knudsen (s.100, 2015), Coté (s.2773, 2015) og Ghazal et al., (s.37-38, 2019) utnytter barns nysgjerrighet og egen fantasi, for å hjelpe barnet i å konsentrere seg om noe annet, enn det barnet gruer seg til. Dette kan sammenlignes med emosjonelt fokusert mestringsstrategi av Lazarus og Folkman (s.152-154, 1984). Men kan også gi emosjonell støtte i form trøst, ros og eventuell annen belønning som diplom eller klistremerker, som kan brukes for å veie litt opp for den negative opplevelsen barnet eventuelt har opplevd med premedikasjon og narkose (Grønseth og Markestad, s. 79-80, 2017; Fanghol og Valla, s.363-364, 2011).

Noen barn ønsker detaljerte opplysninger og kan ha mange spørsmål. Som for eksempel hvilken premedikasjon det vil få, om narkosen og operasjonen. I følge Grønseth og Markestad (s 66-67, 2017) er å spørre en måte å mestre den usikre situasjonen på. Dette kan sammenlignes med Lazarus og Folkman (s.152-154, 1984) sin problemfokuserte mestringsstrategi. Det skal ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven(§3-1, 1999) vektlegges hva barnet mener, når barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter. Et annet eksempel på hvordan anestesisykepleieren kan øke barnets mestring er ved å gi det valg innenfor faglige rammer, dette kan for eksempel være om barnet vil ha premedikasjon blandet ut i appelsinsaft eller jordbærsaft. Dette kan også styrke barns autonomi. Og blir bekreftet av Norsk standard for anestesi (ALNSF, pkt.4, 2016; Fanghol & Valla, s.363, 2011).

Vi mener at anestesisykepleieren kan benytte slike mestringsstrategier for å bidra til å redusere barnets nivå av stress og redsel i forbindelse med premedikasjon og narkose, og eventuelt øke barnets mestringsfølelse, samt at barnet får bedre effekt og utnyttelse av premedikasjonen.

Et spørsmål vi stiller oss, er om barnet har behov for premedikasjon, dersom barnet og foreldrene er godt forberedt til narkosen og operasjon. Finrud (s. 144, 2017) hevder at et godt forberedte barn har mindre behov for analgetika og sedative legemidler. Det var flere av våre deltakere som fremhevet viktigheten av å være kritiske til premedikasjon til barn.

En av deltakerne fortalte om en erfart situasjon der det ble valgt å ikke gi premedikasjon til barnet: “Det kan ha blitt vurdert på avdelingen at barnet ikke trenger premedikasjon, men da er jo barnet i trygge omgivelser. Men så kommer barnet til operasjonsstua og synes det er kjempe skummelt, og det går ikke an å samarbeide med barnet”. Dette mener vi er et godt eksempel på at man nøye må vurdere barnets behov for premedikasjon, og ha i bakhodet at barnets nivå av stress og redsel kan endre seg når barnet kommer til operasjonsstua, og påvirke mestringsfølelsen.

På motsatt side, vet vi fra kapittelet 6.3 at midazolam som premedikasjon kan gi amnesi. En av deltakerne fra vår studie hadde erfart at midazolam kunne ha innvirkning på barnets mestringsfølelse, og fortalte om følgende opplevelse om et barn som hadde forberedt seg godt til narkose og operasjon: “...På avdelingen fikk barnet midazolam som premedikasjon, ble operert, våknet og husket ingenting. Barnet ble selvfølgelig kjempe lei seg, og husket dermed ikke at han mestret situasjonen han hadde jobbet så mye for”. I dette eksempelet ser vi hvordan virkningen av midazolam i form av amnesi kan påvirke mestringsfølelsen til det negative. Vi tenker at dette er av stor betydning og bør tas med i betraktning ved valg av premedikasjon til barn.

Ifølge Azad et al.,(2015), Kumari, et al., (2017) og Mahajan et al., (20) har både midazolam og catapresan som premedikasjon til barn en positiv innvirkning på foreldre-separasjonen, i form av at den blir mindre angstfull. Ut fra egen erfaring har vi ikke sett denne foreldre-separasjonen, da det i følge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (§6, 2000) og Fanghol og Valla (s. 363, 2015) skal det tilrettelegges for at minst en av foreldrene kan være hos barnet ved innsovning og oppvåkning av narkose, hvis det ikke vanskeliggjør behandlingen. Barnet beholder den eventuelle beroligende og sedative effekten det har fått av premedikasjonen. Dette er gjeldende for både store og små barns trygghet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6, 2000; Fanghol & Valla s. 363, 2015). Vår erfaring er at dette tilstrebes i høy grad på norske sykehus.

Vi har ikke funnet forskning som beskriver hvordan anestesisykepleieren kan bidra til økt mestringsfølelse hos barn som har fått premedikasjon. Dette fordi vi ønsker å belyse de erfaringene anestesisykepleierne hadde om midazolam eller catapresan som premedikasjon. Hovedfokuset var av den grunn ikke knyttet til barnets mestring.

## **6.5 Anestesisykepleierens syn på forbedring**

Anestesisykepleiere i studien vår hadde tre ulike forslag til forbedringspotensialer for å identifisere barnets behov for premedikasjon og andre erfaringer de anså som viktig for å optimalisere rutiner: betydningen av previsitt, informasjon om medikamentet og god rutine.

Det er som nevnt tidligere, anestesilegen som går previsitt på barnet og avgjør hvilket medikament barnet eventuelt skal få som premedikasjon. For deltakerne i vår studie var det helt avgjørende at anestesilegen tar seg tid til å vurdere barnets behov for premedikasjon. En av dem hadde følgende kommentar: “ikke bare gjøre et elektronisk journal-tilsyn”. En annen la til: “Min erfaring fra flere steder er at anestesilegene som gjorde grundige previsitter, var bedre til å forutse hvordan situasjonen kunne bli”. I følge Elisha og Belson (s. 1123, 2018) krever valg og administrering av premedikasjon til barn forståelse for hva som er hensikten med å gi barnet premedikasjon, planlagte prosedyre og kjennskapen med og eventuelt tidligere erfaring med den valgte premedikasjonen. Trevor et al., (2012) påpeker viktigheten av at premedikasjon alltid skal være til barnets beste, og gi et positiv utbytte for barnet. For eksempel som sedert, angstdempende og samarbeidende. Dette er et viktig budskap vi mener er sentralt. Og ser i likhet med våre deltakere viktigheten av å gjøre en grundig previsitt for å identifisere barnets behov.

På spørsmål angående anestesisykepleierens innflytelse om premedikasjon, svarte en av deltakerne “Har vi hatt barnet som pasient tidligere, og vet at barnet virkelig trenger premedikasjon, så snakker vi med anestesilegen på forhånd”. Vi mener at anestesisykepleierne har god trening i å evaluere hvilken effekt premedikasjonen har på

barnet, og at deres erfaringer kan være verdifulle på bakgrunn av at vi samhandler tett med både barnet og foreldrene når barnet ankommer operasjonsstua.

Vi har egen erfaring med at det er personavhengig hvilket medikament anestesilegen foretrekke som premedikasjon til barn. I likhet med våre anestesisykepleiere i studien. En av deltakerne fortalte om en anestesilege som hadde forsøkt å innføre catapresan som premedikasjon til barn, og ble møtt med motstand, fordi medikamentet var så dyrt. Men anestesilegen hadde god erfaring med catapresan som premedikasjon, og ønsket å innføre dette, på bakgrunn av at barna ble roligere, og fikk bedre smertelindring. Som blir bekreftet av Azad et al.,(2015), Sahoo et al.,(2013), Das et al.,(2016), Qteshat, (2011) Ghazal et al.,og Cotè (s. 43, 2018).Vi stiller oss litt undrende til om prisen på catapresan var så høy, at man av den grunn bør velge et annet medikament, som kanskje ikke gir de fordelene akkurat dette barnet er i behov av, bare på grunn av at medikamentet er rimeligere. Vi forstår at økonomi er en sentral del av Helse-Norge, men hvor går egentlig grensen for at pris er i større betydning enn barnets beste? Og hva veier tyngst, erfaringene til fagpersonell eller pris?

En viktig erfaring en av deltakerne i studien vår fortalte om: “Når anestesilegen har gått previsitt og gjort vurderingen om å ordinere premedikasjon etter samtale med barn og foreldre. Så kommer barnet kom til operasjonsstua, uten at det har fått premedikasjon. Så kan man spørre seg selv; “hvorfor det?” Da kan barnet ha vært rolig og samarbeidende på avdelingen, og sykepleier på avdelingen har derfor vurdert at barnet ikke trengte premedikasjon”. Dette var noe alle anestesisykepleierne hadde erfart flere ganger, og syntes var frustrerende. Som sagt tidligere blir premedikasjon blant annet vurdert og ordinert på bakgrunn av barnets behov, erfaringer fra tidligere narkose og barnets nivå av angst. Vi tar utgangspunkt i at det blir tatt med i betraktningen at barnet mest sannsynlig synes det er mer skremmende å være på operasjonsstua med ukjent helsepersonell. Vi forstår derfor anestesisykepleierens frustrasjon, når andre enn anestesipersonell vurderer at barnet ikke trenger premedikasjon i en setting som mest sannsynlig oppfattes som tryggere. Premedikasjon blir ordinert av lege med spesialkompetanse innenfor anestesi, er det da riktig at sykepleier på avdeling går i mot en forordning på bakgrunn av egne synspunkter? En fremgangsmåte vi mener er hensiktsmessig er å ringe til ordinerende anestesilege og diskutere behovet. Dette blir også bekreftet av Grønseth og Markestad (s.147, 2017).



Det kom frem av vårt intervju at anestesisykepleierne ikke hadde oppfattelse av at barnet blir informert om hva slags effekt premedikasjonen kan ha. Og stilte seg usikre til om barnet kun ble informert om det preoperative forløpet som finner sted på operasjonsstua. En av deltakerne bekreftet dette, og forklarte: “Jeg har vært med på previsitter. Da forklarte anestesilegen at de blir søvnige, trøtte og kommer til å sove, og hva vi vanligvis gjør. Men det er sikkert store variasjon fra anestesilege til anestesilege”. Fanghol og Valla (s.363-366, 2011) og Finrud (s. 145-147, 2017) bekrefter at barnet skal bli informert om hva skal virkning premedikasjonen har på barnet, de poengterer at det også er viktig at foreldre blir informert om hvilken effekt midazolam og catapresan har på barnet. Dette ble bekreftet av våre funn: “Jeg tenker at det er til fordel for foreldrene med informasjon. Dersom foreldrene er rolige, er barnet rolig. Det er synergieffekter”. En av de andre beskrev det fra denne siden: “Jeg tror det er bedre for foreldre å få informasjon om at barnet kan oppleves rusa. Slik at foreldrene vet at det er normalt. Jeg tror det er bedre for foreldrene å ha et barn som samarbeider, enn et barn som er engstelig. Det tror jeg er av større belastning”. Vi har ikke funnet forskning som sier noe om dette.

Ifølge deltakerne i vår studie erfarte de at enkelte anestesileger gjør informasjonen mer positiv enn det den er, for å ikke skremme barnet. Holm-Knudsen (s.99-100, 2015) bekrefter dette, med at man bør unngå bruk av negativt ladet ord. Anestesisykepleierne i vår studie hadde følgende eksempel på hvordan anestesilegen kunne gjøre informasjonen positiv: “Det blir litt varmt, som at solen steker på hånden”. Dette ble sagt ved intravenøst administrering av et anestetikum ved navn Propofol, som er kjent for at kan gi vevsirritasjon. Denne beskrivelsen synes samtlige av anestesisykepleierne var for beskjeden i forhold til hva enkelte barn faktisk kan oppleve. En av deltakerne kommenterte følgende til beskrivelsen: “Herregud, det er jo mye verre enn det”. Fanghol og Valla (s.363, 2011) poengterer at barnet skal bli informert på forhånd dersom noe kommer til å bli ubehagelig. Vi ser at det kan være vanskelig å vite hvordan man skal ordlegge seg til barn som er i stadig utvikling. Hvordan man skal ordlegge seg, hvor mye og hvilken type informasjon om premedikasjon og narkose må bør gi barnet, er kanskje noe vi som anestesisykepleiere blir flinkere til etterhvert som vi får flere erfaringer. Gjennom praksisbasert kunnskap.

Et annet forbedringspotensial anestesisykepleierne i studie vår erfarte, handlet om rutine i forbindelse med tidspunkt for administrering av premedikasjon til barn. “Det viktigste av alt er at ting blir satt i system”. En av deltakerne erfarte på anesthesiavdelingen vedkommende jobbet ved: “...så har moderavdelingen god tid til å dosere premedikasjonen til barnet. Fordi det kun er to inngrep om dagen, blir det ikke mye tull med administreringen av midazolam”. Dette oppfattet vi som en positiv erfaring for både anestesisykepleieren, og for barnet som fikk den ordinerte premedikasjonen til riktig tidspunkt.

En annen erfaring deltakerne våre hadde var på anesthesiavdelinger, der det var mer “flytende” operasjonsprogram, altså flere operasjoner per operasjonsstue, er tidspunktet for administreringen vanskeligere å time. Utfallet av dette kunne være: “Så da strykes barnet fra operasjonsprogrammet”. En annen deltaker fra studien bekreftet dette, og kommenterte: “Fordi det er mange flere avdelinger involvert”.

Ved for eksempel valg av catapresan som premedikasjon, kan muligens medikamentets lange anslagstid, være utslagsgivende på om barnet blir strøket, dersom det er et fullt operasjonsprogram den dagen.

Vi har ikke funnet litteratur som belyser erfaringer om rutine ved tidspunkt for administrering av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn.

Vi mener det er verdt å nevne at en av deltakerne i vår studie, mente at anesthesiavdelingen vedkommende jobbet ved, hadde god rutine med premedikasjon til barn, og at anesthesiavdelingen hadde forbedret seg. Dette var på bakgrunn av at de hadde begynt å ta i bruk medikamentet dexdor som premedikasjon til barn. Vedkommende begrunner ikke hvorfor. Dette kan også tolkes som en erfaring anestesisykepleieren har om midazolam og catapresan som premedikasjon, ved at vedkommende erfarer at det er et annet medikament som også kan gi tilfredsstillende effekter av premedikasjon til barn.

## **7.0 STUDIENS KVALITET**

I dette kapittelet skal vi drøfte studiens pålitelighet og gyldighet, som vi heretter omtaler som reliabilitet og validitet. Ifølge Kvale og Brinkmann (s. 272, 2015) kan man kvalitetssikre en kvalitativ studie ved å vurdere og drøfte studien validitet. Vi vil derfor legge hovedvekt på dette begrepet i dette kapittelet. Reliabilitet er likevel et viktig og sentralt begrep.

### **7.1 Reliabilitet**

Reliabilitet «har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre» (Kvale & Brinkmann, s.250, 2015). Reliabiliteten henviser til hvor pålitelig og presise resultatene er.

Man kan drøfte reliabilitet til transkripsjonen. Kvale og Brinkmann (s.211, 2015) forklarer at man ved å la to personer hver for seg transkribere uttalelsene fra intervjuopptaket og på denne måten foreta en kvantifisert reliabilitetsjekk. Det er også viktig å lytte til lydopptaket og sikre seg at man ikke har hørt feil. Hvilken skrivestil en har, og hvor man skal sette punktum og komma er vanskelig å overføre fra talespråk (Kvale og Brinkmann, s.212, 2015). I vår transkripsjon var vi to med lik utdannelse og ansiennitet som anestesisykepleiere, som utførte transkripsjonen. Vi ble enig på forhånd om å være nøyaktige og få med alle ordene. Vi hadde brukt to lydopptakere under intervjuet, så begge kunne transkribere hele intervjuet hver for oss, og lytte til opptakene så mange ganger en selv ønsket for å høre hva deltakerne sa. Deretter leste vi over hverandres transkriberte uttalelser. Her bemerket vi at den ene av oss skrev kortere og mer sammenhengende skriftlig stil, mens den andre tok med flere ord, skrev mer muntlig og kommenterte pauser, latter og avbrytelser. Vi hørte deretter på opptaket i plenum og endret noen setninger som vi hadde tolket forskjellig. Ut i fra vår utførelse og kunnskap finner vi transkripsjonen som reliabel.

### **7.2 Validitet**

I henhold til Kvale og Brinkmann (s.275, 2015) omhandler validitet i kvalitativ forskning seg om hvorvidt metoden som anvendes egner seg i studiet, og om validitetsarbeidet kan bidra til å kvalitetssikre alle stadiene i studiet. Ifølge Malterud (s. 23, 2017) viser intern validitet

hvordan resultatet reflekterer temaet for studiet ved bruk av metode, og om intervjuguiden har vært egnet til å belyse problemstillingen. Overførbarhet er ifølge Malterud (s.24, 2017) knyttet til utvalget og på hvilken måte resultatene kan være med på å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng. I denne studien var formålet å belyse erfaringene til anestesisykepleiere hadde ved bruk av midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Problemstillingen er lite forsket på og ble vurdert som relevant som masteroppgave i anestesisykepleie. En svakhet ved valg av problemstilling er at det er lite forskning å sammenlikne funnene med. Det som ble funnet ble vurdert som tilstrekkelig for å undersøke tema.

Vi valgte ikke å gjøre en pilotstudie, men vi ser i etterkant at dette kunne vært hensiktsmessig for å validere spørsmålene i intervjuguiden på forhånd. Da vi ikke visste hvordan spørsmålene ville fungere i intervjuet, og eventuelt kunne gjort justeringer i spørremåter som muligens kunne gitt oss mer kunnskap (Malterud, s. 55, 2017).

Vi mener at vi har ivaretatt deltakerne på en etisk forsvarlig måte gjennom hele studien. Etiske forskningsoverveielser er beskrevet i kapittel 4.4.

Svakheten med utvalget må sees i forhold til rekrutteringen. Det kan tyde på at deltakerne som ble valgt av avdelingsleder, nødvendigvis ikke var de med mest erfaring om midazolam eller catapresan som premedikasjon til barn. Vi ville muligens gjort andre funn dersom anestesisykepleierne hadde større erfaring med bruk av catapresan, spesielt. Men dette blir spekulasjon. Utvalget er lite og hentet fra ett sykehus. Når det gjelder størrelsen på utvalget, er ikke dette det avgjørende prinsippet i kvalitative studier, ifølge Malterud(s.63, 2012). Svakheten ved å rekruttere fra ett sykehus er at datamaterialet kunne blitt mer variert ved å intervju deltakere fra flere sykehus. Dette kunne ha bidratt til å påvirke resultatet, ved at vi muligens hadde fått flere erfaringer som kunne bidra til å belyse problemstillingen med større variasjonsbredde (Malterud, s. 57, 2012).

Vi tok intervjuet opp på lydbånd og lydopptakene hadde god lyd. Lydbåndopptakene ga oss nøyaktige beskrivelser av det deltakerne fortalte. Dette var med på å styrke validiteten til studien (Malterud, s. 81, 2017). Hva som er korrekt måte å transkribere på er ifølge Kvale og Brinkmann (s. 212, 2015) umulig å besvare. Men vi som forskere skal i stedet tenke på hva som er nyttig transkripsjon for vår forskning. For oss var det viktig å skrive en tekst som var

sammenhengende og valid innholdsmessig. Vi var ute etter hvilke erfaringer de hadde, med andre ord: hva de sa. Og ikke hvordan de sa det.

Vår evne til å intervju vil påvirke validiteten til studien. Intervjuspørsmålene skal ifølge Kvale og Brinkmann (s.170, 2015) være fri for akademisk språk. Svakheten med noen av spørsmålene våre er at de muligens var for generelle og abstrakte, noe som gjenspeilet seg i hvordan deltakerne kan ha oppfattet spørsmålene. Vi forsøkte å være bevisste på at spørsmål kunne oppfattes ulikt for deltakerne. For å unngå misforståelser valgte vi å tilpasse og eksemplifisere for å sikre at deltakerne har forstått spørsmålet. Malterud (s.193,2017) sier at validering underveis i intervjuet er viktig. Dette er med å styrke studiens validitet. Under selve intervjuet har vi tilstrebet å være åpne og påvirke minst mulig. Dette gjorde vi ved å lytte aktivt og legge så lite føringer i samtalen som mulig. Vi hadde noen steder i intervjuet glemt å spørre hva deltakerne mente med noen begrep de anvendte, noe som ga oss forskere mer rom for tolkning av hva deltakeren egentlig mente, for eksempel “smårusa”. Dette kan regnes som en svakhet. Ved å ikke stille oppfølgingsspørsmål kan det anses som en svakhet da det kan være sannsynlig at man ikke har forstått meningen i det deltakeren fortalte(Malterud, s193, 2017, Kvale og Brinkmann, s. 170, 2015).

Vi valgte systematisk tekstkondensering som analysemetode. Den er grundig beskrevet trinn for trinn i kapittel 4.0, og Malterud (s.97, 2017) anbefaler denne for nybegynnere. Vi har vært bevisst på vår nye rolle som forskere og at vi derfor har gjort analysen så nøyaktig som mulig. Leseren kan tilbakeføre funnene til den konteksten kunnskapen er hentet fra. På denne måten har vi ivaretatt intersubjektiviteten i oppgaven. Dette er ifølge Malterud (s.193, 2017) viktig i forhold til å styrke oppgavens troverdighet og ekstern validitet. Ifølge Malterud (s.24, 2017) skal vi som forskere vurdere funnenes eksterne validitet for studiens overførbarhet. Vi er oppmerksomme på at funn i denne studien er for lite til at det kan generaliseres. Men på en annen siden antar vi at de fremkomne funn i denne studien, er noe flere anestesisykepleiere kan relatere sine erfaringer til. Vi mener derfor at de erfaringene som er gitt av anestesisykepleiere i denne studien vil kunne være av nytteverdi i tilsvarende klinisk sammenheng, rundt om i landet.

Veileder var enig i inndeling av temaer og koder i denne studien

## 8.0 KONKLUSJON

Det kommer tydelig frem av egne funn og tilegnet kunnskap, at midazolam og catapresan oppfyller de kravene som stilles til premedikasjon til barn. Samtidig tydeliggjøres i denne studien at barn erfaringsmessig responderer ulikt og flersidig. Av den grunn erfarte anestesisykepleierne at det er viktig at premedikasjonen tilpasses individuelt etter barnets behov, utvikling og alder.

Anestesisykepleierne erfarte at dersom premedikasjon ble administrert og akseptert innenfor anbefalte tidspunkt, gav både midazolam og catapresan erfaringsmessig tilfredsstillende effekt. Deltakerne i studien erfarte at foreldrene til barnet har en viktig og sentral rolle når det kommer til å hjelpe barnet å forstå informasjonen som blir gitt, samt at deres tilstedeværelse kan virke positivt inn på barnets redsel. Dersom barnet og foreldrene var godt forberedt om premedikasjon og narkose, erfarte anestesisykepleierne i studien at dette kunne styrke barnets mestringsfølelse. Det blir også stilt spørsmålstegn til om man i noen tilfeller kunne unngått premedikasjon, dersom barnet var godt nok forberedt. Grundig previsitt, tilpasset informasjon og gode rutiner var forslag til forbedringspotensialer anestesisykepleierne erfarte kunne identifisere barnets behov for premedikasjon og optimalisere rutiner.

Vi anser dette som et tema det er viktig å gjøre ytterligere kvalitativt arbeid om. Dette fordi anestesisykepleiere, etter vår mening har verdifulle og varierte erfaringer om midazolam og catapresan som premedikasjon til barn. Dette på grunn av vår nære samhandling med barnet etter at barnet har fått premedikasjon, og vår kunnskap og kompetanse som anestesisykepleiere. Denne studien kan gi verdifull kunnskap til annet anestesipersonell om hvilke erfaringer anestesisykepleiere har om midazolam og catapresan som premedikasjon til barn.

## REFERANSELISTE

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (2016). *Norsk standard for anestesi*. Hentet fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-anestesisykepleierne-nsf/styringsdokumenter/norsk-standard-for-anestesi/151-norsk-standard-for-anestesi-2016/file>

Azad, A.K., Nazmul A & Islam, S. (2015). Oral clonidine and midazolam as premedication in pediatric anesthesia - efficacy and outcome in comparison with oral promethazine. *Acta Medica International*. 2(1), 92-95. doi: 10.232.74.22

Butterworth, J., F., Mackey, D., C., & Wasnick, J., D. (2013). *Intravenous Anesthetics*. I Butterworth, J., F., Mackey, D., C., & Wasnick, J., D. *Morgan & Mikhail's: Clinical Anesthesiology*. (5.th edition). United States: The McGraw- Hill Companies.

Cao, J., Shi, X., Miao, X & Xu, J. (2009). Effects of premedication of midazolam or clonidine on perioperative anxiety and pain in children. *BioScience Trends*. 3(3): 115-118. doi: 10.1097/EJA.Ob013e3283408931

Coté, C.J. (2015). Pediatric Anesthesia. I Miller, R.D (Red.), *Miller's Anesthesia, eighth edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Dahmani S., Brasher, C., Stany I., Golmard, J., Skhiri A., Bruneau, B., Murat I. ( 2010). Premedication with clonidine is superior to benzodiazepines. A meta-analysis of published studies. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*. 54: 397-402. doi:10.1111/j.1399-6576.2009.02207.x

Das, A., Das, K., Baruah, M., Krishnatreya M & Katak, A.C. (2016). Oral premedication for pediatric anaesthesia: a comparison between midazolam and clonidine, 4(6): 2341-2347. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20161812>

Elisha, S. & Belson, P. (2018). Pediatric Anesthesia. I Nagelhout, J.J. & Elisha, S. *Nurse Anesthesia, Sixth edition*. St. Louis, Missouri: Elsevier.

Fanghol, R. & Valla, A. (2011). Barn. I Hovind, I.L. (Red.). *Anestesisykepleie*. (2.utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Felleskatalogen (2018). *Midazolam Mikst.- Ozalin*. Hentet fra URL <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ozalin-primex-pharmaceuticals-664174>

Finrud, I A (2017). Pre - og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (4.utg) Bergen: Fagbokforlaget.

Forskningsetikkloven (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-2>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=Forskrift%20om%20barns%20opphold%20i>

Galletti, C., Genovese A., De Salvo G., Trimarchi G., Mazzeo, G. & Mandolino, T. (2013). Oral midazolam or clonidine as premedication in paediatric adeno-tonsillectomy? *European Journal of Anaesthesiology*. 30( SUPPL.51), 24-25. Hentet fra [https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2013/06001/Oral\\_midazolam\\_or\\_clonidine\\_as\\_premedication\\_in.75.aspx](https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2013/06001/Oral_midazolam_or_clonidine_as_premedication_in.75.aspx)

Ghazal, E. A., Mason, L.J. & Coté, C.J. (2018). Preoperative evaluation, premedication, and induction of anesthesia. I Coté, C.J., Lerman, J. & Anderson B.J. *Coté and Lerman's A practice of anesthesia for infants and children, sixth edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). Innleggelse i sykehus. I R, Grønseth & T, Markestad, (Red.), *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget.



Hansen, T.,G. (2015). Pædiatrisk anæstesiologisk farmakologi. I S., W, Henneber & T., G, Hansen (red), *Børneanestesi* (2.utg). København: FADL`s Forlag.

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holm- Knudsen, R. (2015). Præoperativ vurdering og forberedelse af barn og forældre. I S., W, Henneber & T., G, Hansen (red), *Børneanestesi* (2.utg). København: FADL`s Forlag.

Hovind, I.L. (Red.). *Anestesisykepleie*. (2.utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg). Oslo: Abstrakt forlag AS

Kodra N., Gani H., Beqiri V., Bedalli F., Naco M. & Doko P. (2013). Comparison of oral premedication between midazolam and clonidine on children that undergo urology surgery. *European Journal of Anaesthesiology*. 30 (SUPPL. 51), 157. Hentet fra: [https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2013/06001/Comparison\\_of\\_oral\\_premedication\\_between\\_midazolam.489.aspx](https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2013/06001/Comparison_of_oral_premedication_between_midazolam.489.aspx)

Kumari, S., Agrawal, N., Usha, G., Talwar, V & Gupta, P. (2017). Comparison of oral Clonidine, oral Dexmedetomidine, and oral Midazolam for premedication in pediatric patients undergoing elective surgery. *Anesthesia Essays and Researches*, 11 (1): 185-191. doi: 10.4103/0259-1161.194586

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lazarus, R. og Folkman, S. (1984). The Coping Process: An Alternative. I Lazarus, R. og Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Legemiddelhåndboka (2017). L8.7.3 Klonidin. Hentet fra URL <https://www.legemiddelhandboka.no/L8.7.3/Klonidin>
- Mahajan R.K., Singh I., Kataria A.P (2012). Comparison of oral clonidine and midazolam as premedication in children. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 6(5), 870-873. doi: JCDR/2012/4220:2213
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Marciniak, B. (2019). Growth and development. I Coté, C.J., Lerman, J. & Anderson B.J. *Coté and Lerman's A practice of anesthesia for infants and children, sixth edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders
- Mitra, S., Kazal, S. & Kanand, L. (2013). Intranasal Clonidine vs. Midazolam as Premedication in Children: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatrics*, 51(2), 113-118. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24277961>
- Nagelhout, J. (2018). Autonomic and Cardiac Pharmacology. I Nagelhout J.J & S. Elisha. *Nurse Anesthesia, sixth edition*. St.Louis, Missouri: Elsevier.

Nagelhout, J. (2018). Intravenous Induction Agents. I Nagelhout J.J &S. Elisha. *Nurse Anesthesia, sixth edition*. St.Louis, Missouri: Elsevier.

Norsk legemiddelhåndbok (2017). *Midazolam*. Henter fra:  
<https://www.legemiddelhandboka.no/L22.3.1.2.1/Midazolam>

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk senter for forskningsdata (2018, 31. januar). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet fra  
[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L. M. (2012.). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.

Næss, T., & Strand, T. (2011). Farmakologi- forståelse og klinisk utførelse. I Hovind, I.,L. (red). *Anestesisykepleie*. (2.utg). Oslo: Akribe Forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighet*. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Qteshat B.S. (2011). Use of oral clonidine and oral midazolam as preanesthetic medication in the pediatric patient undergoing tonsillectomy. *Rawal Medical Journal*. 36 (2), 114-115).  
Hentet fra  
[https://www.researchgate.net/publication/289163722\\_Use\\_of\\_oral\\_clonidine\\_and\\_oral\\_midazolam\\_as\\_preanesthetic\\_medications\\_in\\_the\\_pediatric\\_patient\\_undergoing\\_tonsillectomy](https://www.researchgate.net/publication/289163722_Use_of_oral_clonidine_and_oral_midazolam_as_preanesthetic_medications_in_the_pediatric_patient_undergoing_tonsillectomy)

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015, 26. juni). *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK*. Hentet fra:

[https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_dim=34999&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n)

Sahoo, S., Kaur, M., Tripatyh, H,K., Kumar, A., Kohli, S., and Nanda Samridhi. (2013). Comparative evaluation of midazolam and clonidine as pediatric oral premedication). *Anesthesia: Essays and researches*, 7 (2):May-Aug 2013. doi: [10.4103/0259-1162.118967](https://doi.org/10.4103/0259-1162.118967)

Sørensen, T. (2015). Sykepleie aspekter i børneanæsthesien. I S., W, Henneber & T., G, Hansen (red), *Børneanestesi* (2.utg). København: FADL`s Forlag.

Trevor, S., Upadaya, M., Sinha,C., & Kaur, M. (2012). A comparison of midazolam and clonidine as an oral premedication in pediatric patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 6(1), 8-11. doi: [10.4103/1658-354X.93045](https://doi.org/10.4103/1658-354X.93045)

Thamilselvam V. & Sekaran N.K. (2017). Comparison between oral midazolam and oral clonidine as a pre-anaesthetic medication in a paediatric age group for general anaesthesia. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 8(2), 36-44. doi: [0975-8585](https://doi.org/10.975-8585).

Valeberg, B. T. (2011). Preoperativ informasjon og vurdering. I Hovind, I.L. (Red.). *Anestesisykepleie*. (2.utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Ødegaard, G. & Ulvik, A. (2010). *Anestesi til barn*. Tidsskrift Norsk Legeforening, 2010 130:752-755. DOI: [10.4045/tidsskr.08.0529](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0529).

## VEDLEGG 1 Godkjennelse NSD

# Premedikasjon til barn- hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med bruk av midazolam eller klonidin som premedikasjon?

### Referanse

344003

- **NSD Personvern**

13.12.2018 13:53

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 344003 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.12.2018. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art.

5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

• N

## **NSD Personvern**

03.12.2018 17:36

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 344003 er innsendt og mottatt.

v61

## VEDLEGG 2 Godkjennelse fra avdelingsleder

**Fra:** [REDACTED]

**Sendt:** Friday, April 12, 2019 10:43:10 AM

**Til:** Anniken Normann; [REDACTED]

**Kopi:** Jasmin Hagehelahi

**Emne:** SV: søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt ved [REDACTED]

Hei Anniken – beklager at du ikke har fått svar fra oss på din forespørsel!

Det er selvsagt helt i orden at du og Jasmin gjennomfører deres forskningsprosjekt i vår avdeling. Dere kan benytte meg som kontaktperson for å finne anestesisykepleiere som kan delta i fokusgruppeintervju.

mvh

[REDACTED]

Avdelingsleder

Avdeling for anestesisykepleie | [REDACTED]

[REDACTED]

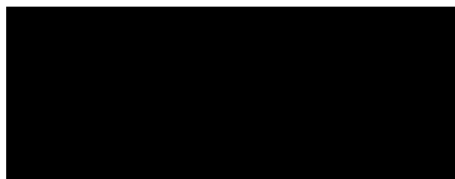
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

IKKE SENSITIVT INNHOLD

## VEDLEGG 3 Godkjennelse fra Personvernombudet



Postadresse:



## PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Sentralbord:

Til: Anniken Normann, Jasmin Hagehelahi  
[Redacted] avdeling for anestesisykepleie

[Redacted]

Kopi: [Redacted] avdelingsleder

Org.nr:

Fra: Personvernombudet [Redacted]



Dato: 28.05.19



Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Saksnummer: 19/12555

---

### Personvernombudets tilråding til behandling av personopplysninger for:

#### «Anestesisykepleierens erfaringer med bruk av premedikasjon med midazolam og klonidin»

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

Den dataansvarlige 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] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

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

Studien er frivillig og samtykkebasert. Det innmeldte samtykke skal benyttes. Studien har rettslig grunnlag i generell personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav a) og artikkel 9 nr. 2 bokstav a).



Personvernombudet tilrår at databehandlingen gjennomføres.

Med hilsen

[Redacted signature]

Personvernombud

[Redacted contact information]

## **VEDLEGG 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet?**

#### **”Premedikasjon til barn”**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse anestesisykepleierens erfaringer ved bruk av midazolam eller klonidin som premedikasjon til barn. Og undersøke hvilke synspunkter som ligger til grunn for at de eventuelt foretrekker det ene fremfor det andre. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne masteroppgaven er å få kunnskap om hvilke erfaringer anestesisykepleiere har med bruk av midazolam og klonidin som premedikasjon til barn. Prosjektet vårt kan bidra til at anestesisykepleiere blir mer opplyste om hvilken premedikasjon som erfaringsmessig er å foretrekke. Og gi indikasjon på om midazolam fortsatt bør være førstevalget innen premedikasjon til barn, eller om klonidin kan vurderes i høyere grad, enn det det gjør per dags dato.

Vi ønsker å besvare problemstillingen vår ved å gjøre et fokusgruppeintervjue med 4-6 informanter. Dette for å få frem ulike synspunkter, erfaringer og forståelse rundt problemstillingen.

Problemstillingen vi har valgt er: *“Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med bruk av midazolam eller klonidin som premedikasjon til barn?”*.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Anne Eikeland ved OsloMet- storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi har fått tillatelse fra leder ved sykehuset, til å fortsette forskningsarbeidet og trenger derfor respondenter til å delta i et fokusgruppeintervju. Vi ønsker oss respondenter som har erfaring fra barneanestesi, som er av begge kjønn, ulik alder og ulik ansiennitet innenfor anestesisykepleie. Dette håper vi gir oss erfaringer i flere nyanser, gir mangfold og styrke gruppedynamikken, som i analysen vil gjøre det mulig å utvikle nye og relevante beskrivelser av det vi skal studere.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det metodiske verktøyet valgt for masteroppgave vår er kvalitativ metode. Vi har innenfor kvalitativ metode, valgt å gjennomføre et fokusgruppeintervju med 4-6 respondenter. Vi vil samle inn erfaringene anestesisykepleierne har gjennom notater og lydopptak under hele fokusgruppeintervjuet.

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller deg disponibel rett etter dagvakt kl.1600. Fokusgruppeintervjuet vil ta 45-60 minutter. Temaer som vil tatt opp er; grad av sedasjon og angst, samarbeid med barnet, veneflonnleggelse, maskeaksept, anslagstid og dosering.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelsen eller om du velger å trekke deg vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Masterstudentene Jasmin Hagehelahi og Anniken Normann fra OsloMet-storbyuniversitet
- Anne Eikeland, vår veileder fra OsloMet-storbyuniversitetet
- Vi som prosjektansvarlige vil overholde taushetsplikten vi har ovenfor deltakerne, samt sørge for gjensidig taushetsplikt mellom deltakerne. Vi vil allerede i transkripsjonsfasen gi deltakerne pseudonymer. Det vil si at navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Vi vil sørge for at materialet oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Lydopptaket vi opptar vil være strengt tilgangsregulert med passordbeskyttelse som kun ovennevnte personer har tilgang til.

Deltakerne vil bli anonymisert og vil derfor ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Materialet vi får fra mini-gruppesamtalen vil benyttes i prosjektet og kan bli publisert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2019. Personopplysninger anonymiseres allerede ved transkripsjon. Og ved avslutning av prosjektet vil lydopptaket fra fokusgruppeintervjuet bli slettet.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet- storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet- storbyuniversitetet ved masterstudentene Jasmin Hagehelahi (jasmin.hagh@gmail.com) og Anniken Normann (annikennormann@hotmail.com), eller veileder/prosjektansvarlig Anne Eikeland (anne.eikeland@oslomet.no).
- Vårt personvernombud: *[sett inn navn på personvernombudet hos behandlingsansvarlig institusjon]*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

---

Anne Eikeland

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Jasmin Hagehelahi og Anniken Normann

Student

## **Samtykkeerklæring**

(Samtykkeerklæringen skrives under ved ankomst til fokusgruppeintervjuet, og erklæringen må være skrevet under på for å kunne delta i prosjektet).

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Premedikasjon til barn, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at det benyttes lydopptak under fokusgruppeintervju.
- overholde taushetsplikten overfor andre deltakere.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai 2019.

-----  
Dato/sted

Navn på deltaker

Underskrift