Kandidatnummer 103

OSLOMET

Masteroppgave

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Studiested Pilestredet

Master i anestesisykepleie kull 2017

MANES 5900

Juni 2020

TVANG I BARNEANESTESI -

Hvor går grensen?

Veiledere: Berit Taraldsen Valeberg

Biveileder: Vibeke Lohne

Antall ord: 16513

FORORD

Å jobbe med denne masteroppgaven har vært lærerikt, interessant og utfordrende. Temaet tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn er noe jeg har ønsket å fordype meg i. Dette er en problemstilling som jeg som anestesisykepleier ofte må ta stilling til i mitt arbeid i en anestesiavdeling.

Aller først vil jeg takke de tre anestesisykepleierne som har delt tanker, opplevelser og erfaringer i forholdt til temaet med meg. Det har gitt meg innsikt i, kunnskap og lærdom om hvordan de opplever og erfarer situasjoner med grader av tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn. Uten dere hadde det ikke vært mulig å skrive denne oppgaven.

En varm takk til mine veiledere Berit T. Valeberg og Vibeke Lohne ved Oslomet-Storbyuniversitetet, som tålmodig har ledet meg gjennom prosessen fra begynnelse til slutt. Deres konstruktive tilbakemeldinger og tro på mitt arbeid hele veien har vært til stor inspirasjon.

Jeg takker også min mann og mine tre barn som har latt meg holde på med studier i en travel hverdag.

Bente S. Riddervold 05-06-2020

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Anestesisykepleieren møter mange barn i aldersgruppen 3-6 år som skal til operasjon. Barn i denne aldersgruppen kan være uforutsigbare og plutselig motsette seg hele eller deler av prosedyren rundt innledningen av anestesi. Dette utløser spørsmål om en skal fortsette å innlede anestesien med grader av tvang, om prosedyren bør avsluttes, endres eller om hele operasjonen må utsettes.

Tvang i barneanestesi- hvor går grensen? setter fokus på anestesisykepleierens opplevelser og erfaringer med barn som motsetter seg anestesi. Spørsmål som utforskes er: Hvordan forstår anestesisykepleieren fenomenet tvang? Hvordan oppstår tvang? Hvilke refleksjoner gjør anestesisykepleieren når tvangen oppstår? Hvordan erfarer anestesisykepleieren samarbeid eller fravær av samarbeid mellom anestesisykepleier, foreldre og barn når tvang oppstår?

Metode: Studien har et kvalitativt design med individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode. Analysen av intervjuene er utført etter Kvale og Brinkmann (2015) sin metode for intervju- og dataanalyse.

Resultater: Fire hovedtema ble funnet: *Mot barnets vilje*, beskriver hva anestesisykepleier forstår med fenomenet tvang. *Fra mild til brutal tvang* der anestesisykepleierne deler erfaringer med grader av tvang og hvilken mulighet barnet har til å bestemme noe selv. *Point of no return,* beskriver de etiske dilemmaene som oppstår når barnet motsetter seg innledning av anestesi. Skal prosedyren avbrytes eller fortsettes med bruk av tvang? *Samarbeid med foreldre* beskriver hvilken rolle foreldre har når tvang oppstår og hvordan de reagerer.

Konklusjon: Anestesisykepleierne erfarer at tvangssituasjoner oppstår plutselig og det oppleves som utfordrende å endre plan. De opplever graden av tvang som mild eller brutal. Barnet inkluderes ved å gi de enkle valgmuligheter. Foreldre deltar i beslutningstaking rundt bruken av tvang, men dette skjer først når de ankommer operasjonsavdelingen. Tvang aksepteres ved høy hastegrad, men det forekommer også tvang ved inngrep som kan vente.

Nøkkelord: Anestesi, anestesisykepleie, barneanestesi, førskolebarn, tvang og ufrivillig fastholding

ABSTRACT

Background: The anesthetic nurse meets many children in the age group 3-6 years who are going to surgery. Children in this age group may be unpredictable and suddenly oppose all or part of the procedure around induction of anesthesia. This trigger the question of whether one should continue to initiate anesthesia with degrees of restraint, whether the procedure should be terminated, altered, or whether the entire surgery must be postponed.

Restraint in pediatric anesthesia- where is the boundary? focuses on the anesthetic nurse's experience with children who oppose anesthesia. The research questions addressed in this thesis are: How does the anesthetic nurse understand the phenomenon of restraint? How do situations with restraint occur? What considerations do the nurse make when situations with restraint occur, and how do they experience cooperation or the absence of cooperation between anesthetic nurse, parents and children when situations with restraint occurs?

Method: The study has a qualitative design with individual interviews as a data collection method. The analysis of the interviews was performed according to Kvale and Brinkmann (2015) 's method for interview and data analysis

Results: Four main themes have been identified: *Against the child's will*, describe how the anesthetic nurse understand the phenomenon of restraint. *From mild to brutal restraint*, shares experiences with degrees of restraint and the possibility for the child to decide for themselves. *Point of no return*, describes the ethical dilemmas that arise when the child opposes induction of the procedure. Should the procedure be interrupted or continued with the use of restraint? *Cooperation with parents* describes the role of parents when restraint occurs and how they react.

Conclusion: Anesthetic nurses experience that restraint situations occur suddenly and that it is challenging to change plans. They experience the degree of restraint as mild or brutal. The child is enforced by providing simple choices related to induction of anesthesia. Parents participate in decision-making around the use of restraint, but this does not happen until they arrive at the operating room. Restraint is accepted at a high degree of urgency, but there is also restraint for surgery that can wait.

Keywords: Anesthesia, anesthetic nursing, pediatric anaesthesia, pre-schoolers, coercion and involuntary restraint

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON 7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA 7
1.2 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL 8
1.3 AVGRENSNING 9
2.0 KLINISK RELEVANS 9
2.1 ANESTESISYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR 9
2.2 PATERNALISME OG TVANG 11
2.3 AKTUELT LOVVERK 12
2.4 KUNNSKAPSSØK 13
2.4.1 Kildekritikk 16
2.5 UTVIKLINGSPSYKOLOGI 16
2.6 FORSKNINGSLITTERATUR OM TVANG 17
2.6.1 Helsepersonells perspektiv på tvang 17
2.6.2 Barneperspektivet 20
2.6.3 Foreldreperspektivet 21
3.0 METODE 22
3.1 DESIGN, METODE OG METODISKE OVERVEIELSER 22
3.2 UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER 22
3.3 DATASAMLING 23
3.4 DATAANALYSE 25
3.5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER 28
4.0 RESULTATER 30
4.1 MOT BARNETS VILJE 30
4.2 FRA MILD TIL BRUTAL TVANG 31
4.2.1 Barnets valgmuligheter 32
4.2.2 De minste barna 33
4.2.3 Til barnets beste? 33
4.3 POINT OF NO RETURN 34
4.3.1 Barnets tidligere erfaringer 35
4.3.2 Barnets uforutsigbare natur 37
4.3.3 Når barnet likevel ikke vil 38
4.4 SAMARBEID MED FORELDRE 39
5.0 DISKUSJON 40
5.1 MOT BARNETS VILJE 40
5.2 FRA MILD TIL BRUTAL TVANG 40
5.3 POINT OF NO RETURN 43
5.4 SAMARBEID MED FORELDRE 48
5.5 METODEDISKUSJON 49
6.0 AVSLUTNING 51
6.1 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS 51

LITTERATURLISTE **53**
VEDLEGG 1 SØKNAD OM TILLATELSE - PILOTINTERVJU **57**
VEDLEGG 2 SØKNAD OM TILLATELSE TIL EN KVALITATIV STUDIE **58**
VEDLEGG 3 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE **59**
VEDLEGG 4 SAMTYKKEERKLÆRING **61**
VEDLEGG 5 INTERVJUGUIDE **62**
VEDLEGG 6 MELDESKJEMA NSD **63**
VEDLEGG 7 GODKJENNELSE NSD **68**
VEDLEGG 8 MELDESKJEMA PERSONVERNOMBUD **70**
VEDLEGG 9 MAILKORRESPONDANSE ANGÅENDE PERSONVERN OG TILLATELSER **72**

1.0 INTRODUKSJON

Hele 90% av barn på sykehus opplever minst en skremmende hendelse og familier forteller om en eller flere tilfeller hvor det har vært ufrivillig holding (Gjems & Diseth, 2011). Foreldre er en naturlig del av barnets hverdag. De er med når barn er på sykehus, og foreldre og barn blir ofte sett på som en enhet (Grønseth, 2017). Barn er sårbare fordi de har en begrenset autonomi i kraft av sin lave alder (P. Nortvedt, 2016). De har begrenset mulighet for å sette seg inn i behandlingsprosedyrer og har ikke de samme referansene for å forstå fordi de ikke har det samme erfaringsgrunnlaget som oss voksne (Grønseth, 2017; Hazinski, 2013; Slota, 2013). Barn vil derfor være utsatt for tvang dersom de motsetter seg innledning av anestesi og er avhengige av at foreldre og helsepersonell tar gode avgjørelser til deres beste.

Tvang i barneanestesi - hvor går grensen? er en masteroppgave som setter fokus på anestesisykepleierens opplevelse og erfaring med barn som motsetter seg innledning av anestesi. Barn i aldersgruppen 3-6 år defineres som førskolebarn og er en stor del av pasientgruppen i tilknytning til ulike inngrep i operasjonsavdelingen. Andelen barn som legges inn på sykehus til anestesi og operasjon er høy og 60% av barna er under skolealder (Grønseth, 2017; Søjbjerg, 2011).

Studien baserer seg på kvalitative individuelle intervjuer med anestesisykepleiere som til daglig gir anestesi til barn mellom 3 og 6 år. Jeg ser dette i sammenheng med tidligere forskning og litteratur om tvang.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår hverdag som anestesisykepleiere er det ikke uvanlig at vi møter barn som motsetter seg hele eller deler av prosedyren rundt innledningen av anestesi. Med innledning av anestesi menes i denne sammenhengen, det tidsrommet fra barnet kommer inn på operasjonsstuen til det sover av narkosemidler. Barn kan gjennom sin natur være uforutsigbare i forhold til at de i det ene øyeblikket ønsker å samarbeide under innledning av anestesi, for så i det neste øyeblikket, endre mening. I situasjoner der de ikke lenger ønsker å samarbeide blir det utfordrende for anestesipersonell og foreldre, da strategi og tilnærming raskt må endres (Runeson, Proczkowska-Bjorklund & Idvall, 2010). I forbindelse med innledning av anestesi er det av erfaring i hovedsak to ting som får barn til å protestere: innleggelse av perifer

venekanyle og/eller det å puste oksygen, eller eventuelt anestesigass på maske. Dette er prosedyrer som er nødvendig for å starte intravenøs anestesi, inhalasjonsanestesi eller for å sikre at barnet får nok oksygenreserver slik at det ikke oppstår et oksygenmetningsfall under anestesi innledning. Det å bli ufrivillig holdt fast for å gjennomføre disse prosedyrene kan oppleves som utfordrende, vanskelig og ubehagelig for barnet, foreldre og anestesipersonell (Crellin et al., 2011; Kangasniemi, Papinaho & Korhonen, 2014). Situasjonen utløser en etisk problemstilling men kan også utløse juridiske spørsmål når anestesipersonell innleder anestesi til barnet med tvang. Erfaringsmessig oppleves det at anestesipersonell er usikre på hvilke retningslinjer som gjelder ved bruk av tvang eller holding ved innleggelse av perifer venekanyle, preoksygenering eller maskeinnledning av barn. Det kan vise til at det kan bli en uheldig avstand mellom det vi burde gjøre etter anbefaling i litteratur og det vi faktisk gjør (M. W. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Det finnes ingen oversikt over hvor mye tvang som benyttes på barn i norske sykehus i dag (Svendsen, Pedersen, Moen & Bjork, 2017). Ved å øke bevissthet og kunnskap rundt problemstillingen, kan anestesisykepleieren lettere identifisere når grenser krysses, og for hva som er tvang.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap og erfaringer fra anestesisykepleiere som jobber med barn hver dag. Gjennom intervju kan eventuelle utfordringer og forslag til forbedringer komme opp og målet er at studien kan bidra til en økt bevissthet rundt bruk av tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn. Alle former for tvang skaper etiske og følelsesmessige reaksjoner hos anestesisykepleieren. Utfordringen er at en grad av tvang noen ganger kan være nødvendig. Lærebøker i anestesi til barn har ingen definisjoner eller begreper som sier noe om hva det ligger i ordet tvang, eller retningslinjer for utøvelse av tvang og det er lite litteratur som er publisert innenfor vårt spesialfelt relatert til tvang.

Forskningsspørsmål som jeg ønsker svar på i denne oppgaven er: Hvordan forstår anestesisykepleieren fenomenet tvang? Hvordan oppstår tvang? Hvilke refleksjoner gjør anestesisykepleieren seg når tvangen oppstår? Videre utforsker jeg hvordan anestesisykepleier opplever samarbeid eller fravær av samarbeid mellom anestesisykepleier, foreldre og barn når tvang oppstår.

1.3 Avgrensning

I denne studien ser jeg på anestesisykepleierens perspektiv på tvang, og hvordan de gjennom intervjuene beskriver foreldre og barnets perspektiv sett fra anestesisykepleierens ståsted. Avgrensningen er barn i alder 3-6 år som følger en normal fysisk og kognitiv utvikling. Anestesilegen er med under innledning til barn i denne aldersgruppen, men jeg kommer bare til å komme inn på anestesilegens rolle, der det er naturlig.

2.0 KLINISK RELEVANS

2.1 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar

I henhold til Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (2016), for etisk refleksjon i praksis plikter anestesisykepleieren å sikre pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger og ivareta pasientens integritet. Videre er vi forpliktet å tale pasientens sak ved å engasjere oss i etiske avgjørelser. Under området klinisk kompetanse forplikter anestesisykepleieren seg til å utføre anestesisykepleie på en forsvarlig måte ved å beskytte autonomi, integritet og medbestemmelsesrett (ALNSF, 2016a).

Yrkesetiske retningslinjer for anestesisykepleiere (2016), ivaretar at pasientens sak skal ivaretas ved at anestesisykepleieren involverer seg i etiske avgjørelser og bidrar til etisk praksis. Videre deltar anestesisykepleieren i undervisning og opplæring om etiske utfordringer, fordeler og utfall. Retningslinjene innebærer også å inkludere annet relevant personell dersom pasientsikkerheten krever det, eller en hendelse går utover anestesisykepleierens kompetansenivå (ALNSF, 2016c). Under prinsippet for velgjørenhet handler anestesisykepleieren slik at det er til barnets beste. Bruken av tvang skal begrenses og de voksne skal beskytte mot krenkende handlinger (ALNSF, 2016c). Under autonomiprinsippet, handler anestesisykepleieren slik at barnets selvbestemmelse og egenverdi blir respektert (ALNSF, 2016c). Ikke skade prinsippet gir anestesisykepleieren retningslinjer for ikke å påføre barnet ubehag og unødig plage. (ALNSF, 2016c; P. Nortvedt, 2016; Aalen, 2016).

En femtrinns refleksjonsmodell kan hjelpe anestesisykepleiere til å ta valg i etiske dilemmaer (P. Nortvedt, 2016; Rådet for sykepleieetikk, 2015).

Fakta i saken	**Etisk problem - verdier under press**	**Involverte parter**	**Handlingsalternativer**	**Mulige råd**
Medisinsk, pleiefaglig, annet?	Hva er det etiske problemet? (normativt formulert: ”kan jeg”? / ”bør jeg”?)	Hvem er de berørte parter?	Hvilke alternativer ser jeg/vi?	Hvilken vekt skal jeg legge på de ulike faktorer som er kommet fram i drøftingen?
Hva sier tjenestemottaker? Kan han/hun ha skiftet mening? Er han/hun samtykke-kompetent?	Hva står på spill i situasjonen? Er det etiske verdier som er i konflikt med hverandre?	Hva er deres syn og interesser i saken?	Hva er sammenhengen mellom et alternativ, interessene til de berørte parter, verdier, etiske prinsipper og normer som f.eks. lover og forskrifter som aktualiseres i saken?	Hva skal veie tyngst og hvorfor når jeg ser alt under ett?
Er det usikkerhet her jeg bør erkjenne?	Er det lover, forskrifter mv som setter rammer eller gir føringer i saken?	Er det aktuelt å invitere dem med i drøftingen av saken?		

Refleksjonsmodellen anbefales brukt når anestesisykepleieren står overfor et etisk og eventuelt juridisk valg om å tvinge barnet til å gjennomføre prosedyrer. Anestesisykepleieren må også reflektere over om prosedyren må avbrytes (P. Nortvedt, 2016; Rådet for sykepleieetikk, 2015).

Norsk standard for anestesi (2016), har kompetansemål for anestesisykepleier innen ulike områder. Preanestetisk vurdering innebærer å monitore og vurdere vevsoksygenering kontinuerlig ved bruk av pulsoksymetri og klinisk se etter tegn på hypoksi. Minimum overvåkning på barn er pulsoksymetri. Samtidig sier standarden at overvåkningen som et minimum skal innebære klinisk vurdering av respirasjon og sirkulasjon. Ansvarlig anestesilege avgjør hvilke parametre som skal overvåkes. Perifer venekanyle kan unnlates hos barn dersom anestesilege har bestemt at barnet skal maskeinnledes (ALNSF, 2016b). Videre skal anestesisykepleieren under preanestetisk kompetansemål, formidle nøyaktig og forståelig informasjon for å hjelpe pasienten til å gi sitt informerte samtykke. Det utarbeides en plan sammen med anestesilegen om anestesiforløp og mulige risikofaktorer. Det stilles krav til at det skal innhentes opplysninger om tidligere anestesierfaring og at pasienten bør informeres om og få anledning til å delta ved valg av premedikasjon og anestesimetode. Informasjonen skal tilpasses situasjonen, pasientens alder og tilstand (ALNSF, 2016b). Anestesisykepleier vil etter dagens praksis benytte det tidsrommet som man hilser på barn og

foreldre, der barn og foreldre oppholder seg før de blir hentet inn til operasjon. Anestesisykepleieren gjør seg opp en formening om barnets fysiske og psykiske funksjonsnivå og oppgaven er å styrke barns mestring ut fra hvor de befinner seg (Søjbjerg, 2013)

Anestesilegen har det overordnede ansvaret i forbindelse med medisinske beslutninger rundt anestesimetode og er alltid med i oppstart av narkose til barn i denne aldersgruppen. De er en naturlig del av teamet rundt innledning av anestesi, sammen med anestesisykepleier (ALNSF, 2016b).

2.2 Paternalisme og tvang

Paternalisme er en holdning som utrykker at ”vi vet best”. Begrepet omfatter at man tar på seg retten til å bestemme hva som er best for en annen, uten å forhøre seg med eller lytte til den andre. Denne begrensningen av autonomi bestemmes av en annen person som rettferdiggjør handlingen ut fra målet om å hjelpe personen (Hofmann, 2009). Det skilles mellom svak og sterk paternalisme der den svake paternalismen aksepterer at personers autonomi reduseres under vilkår som er knyttet til for eksempel personens alder og om de forstår alvoret i situasjonen. Beslutningen baserer seg på frivillighet. Sterk paternalisme har som mål å beskytte eller hjelpe en person, selv om det skjer mot personens autonome vilje. At et barn blir behandlet mot sin vilje dersom liv og helse står på spill er et eksempel på dette. Paternalisme er knyttet til bruk av makt. Helsepersonells respekt for pasienters autonomi sørger for at pasienten beholder makt til å beslutte over egen situasjon. De sitter med kunnskap og kyndighet og en pasient oppsøker helsepersonell for å få hjelp ved sykdom eller skade. Det beskrives derfor at det ligger en moralsk asymmetri i form av makt i bunnen i forholdet mellom pasient og helsepersonell. Denne ubalansen i makt utjevnes til en viss grad ved at pasienten har tillit til helsepersonell (Hofmann, 2009; Martinsen, 2005).

Tvang blir beskrevet som ”å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe, enten ved vedtak med hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler”. Beslutning om alle former for tvang krever vedtak med hjemmel i lov og tvang uten lovlig vedtak, er i prinsippet er straffbart (Storvik & Førde, 2018).

Ufrivillig fastholdelse er et norsk begrep som blir brukt om tvang (Svendsen, Moen, Pedersen & Bjork, 2015). En begrensning av pasientens bevegelsesfrihet, forstås som det engelske begrepet restraining. Barnet blir mot sin vilje fastholdt av foreldre og/eller helsepersonale med det formål, å få barnet til å holde seg i ro under en pleie og behandlingsprosedyre (Crellin et al., 2011). Crellin (2011), har utviklet et kategoriseringssystem for å fange opp nyansene av hvor mye makt som brukes ved holding.

Holding	**Makt**
Ingen	Ingen
Målrettet	Forsiktig
Delvis	Moderat
Full fastholding	Mye makt

Dette ses i sammenheng med hvor stor del av kroppen som blir holdt fast. Med målrettet frivillig holding menes den delen av barnets kropp hvor prosedyren skal gjøres, som for eksempel en hånd der det skal settes inn en perifer venekanyle. Holding av torso og en eller to ekstremiteter beskrives som delvis fastholding. Full fastholding beskrives som at hele kroppen inkludert alle fire ekstremiteter holdes (Crellin et al., 2011). Delvis og full fastholding forstås som tvang når det kombineres med utøvelse av moderat og mye makt. Royal College of Nursing (2019), har laget en retningslinje for holding av barn under forskjellige prosedyrer. De bruker begrepet clinical holding når de beskriver at det brukes begrenset makt for å holde barnet i ro. Et eksempel som blir brukt er hvordan de holder en arm for å legge inn perifer venekanyle. Begrepet restrictive physical intervention innebærer at det brukes mere makt i et forsøk på å begrense eller forhindre bevegelse (Royal College of Nursing, 2019). Mange begreper og uttrykk i internasjonale artikler blir brukt for å beskrive holding og tvang. Det mangler en presis beskrivelse for anestesipersonell i forbindelse med innledning av barn til anestesi.

2.3 Aktuelt lovverk

FN´s barnekonvensjon har som mål å beskytte barns rettigheter. Konvensjonens målsetting er at alle barn skal behandles som egne individer, sikre at deres rettigheter blir overholdt og er veiledende for hvordan barn skal bli behandlet i helsevesenet (FN, 1989). Det er flere artikler i FN's barnekonvensjon som er relevante for min problemstilling. Konvensjonens artikkel 3

handler om at alt som vedkommer barnet skal være til barnets beste. Artikkel 9 skal sikre at barnet har foreldrene hos seg, artikkel 12 handler om retten til å si sin mening og bli hørt i de sakene som handler om dem selv og artikkel 13 ivaretar retten til informasjon. Artikkel 42 handler om sykepleierens ansvar for at disse retningslinjene blir overholdt og ikke minst forstått av barn og foreldre (FN, 1989; Richardson, 2011). FN´s barnekonvensjon er guideline for at bruk av tvang ikke er akseptabelt overfor barn, men det er per i dag ingen nasjonale retningslinjer eller standarder i Norge som sikrer at vår praksis er akseptabel. Det mangler prinsipper for når og om tvang skal brukes, og det gjør at det blir etiske utfordringer for helsepersonell (FN, 1989; Svendsen et al., 2017).

Norges Grunnlov §104, presiserer at ”barn har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og det skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling. Ved handlinger og i avgjørelser som berører barn, skal barnets beste, være et grunnleggende hensyn” (Justis og beredskapsdepartementet, 2020).

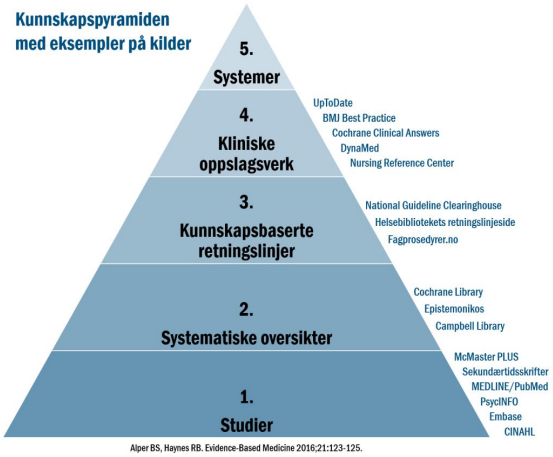
Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), belyser viktigheten av at barn har rett til og tas med på råd når barnets utvikling og modenhet tilsier det og at barn skal høres. Foreldre har rett til å samtykke på vegne av barn under 7 år. Når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal barnet etter §4-4, få informasjon og muligheten til å få si sin mening. Ifølge §§ 3-4 og 3-5 har barnet krav på informasjon som er tilpasset barnets forutsetninger som alder og modenhet. Informasjonen skal også inneholde ulike behandlingsalternativer og mulige konsekvenser. Dersom barnet har behov for flere narkoser skal det i følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §2-5 og Helsepersonelloven §4, legges en individuell plan for narkose (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Barnet skal i størst mulig grad være enig i beslutninger som tas (Barnelova, 1981; Oslo Universitetssykehus, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I forskrift om pasientjournal §8-a presiseres det at opplysninger om det faktiske og rettslige grunnlaget for bruk av tvang skal dokumenteres (Pasientjournalforskriften, 2019).

2.4 Kunnskapssøk

Kunnskapssøket har som hensikt å finne forskningsbasert kunnskap om emnet (M. W. Nortvedt et al., 2012).

Litteratursøket startet med usystematiske søk i Google Scholar og Oria. Jeg har i den usystematiske søkingen sett på artikler som handler om temaet barn, anestesi, og tvang. Jeg brukte også den såkalte snøballmetoden ved å se på referansene til artiklene for å finne andre relevante artikler. Deretter kombinerte jeg de ulike ordene i et systematisk søk for å finne artikler som handler om anestesisykepleiers, foreldres, og barnets rolle ved utøvelse av grader av tvang når barnet skal til anestesi. Engelske søkeord ble brukt i de internasjonale databasene og norske søkeord i de skandinaviske databasene. Søkene ble systematisert ved hjelp av MeSH ord og enkeltord i ulike kombinasjoner.

Jeg har brukt kunnskapspyramiden som utgangspunkt for systematisk søk (Folkehelseinstituttet, 2016).



Nivå fire inneholder kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer (M. W. Nortvedt et al., 2012). Søk i Uptodate viser at det finnes generelle retningslinjer om barn og anestesi, men de har ikke noe innhold om tvang.

Under nivå tre er det retningslinjer og fagprosedyrer (M. W. Nortvedt et al., 2012). Det finnes fagprosedyrer for psykososiale forberedelser til barn og unge mellom 3-6 år (Oslo Universitetssykehus, 2017), men de inneholder ingen beskrivelser eller definisjoner på hva tvang er. Jeg fant ingen andre fagprosedyrer eller retningslinjer om tvang overfor barn til anestesi som er publisert og som kan knyttes til problemstillingen.

På nivå to finnes oppsummerte systematiske oversikter, systematiske oversikter, og oppsummerte enkeltstudier (M. W. Nortvedt et al., 2012). Cochrane Library ble brukt, der fikk jeg ingen relevante treff.

Nederst i kunnskapspyramiden er det enkeltstudier (M. W. Nortvedt et al., 2012). Det ble gjort systematiske søk i Medline, CINAHL, Sve-med+. For kvalitetssikring av søkene ble de gjennomgått i samarbeid med spesialbibliotekar. Artiklene ble inkludert ut fra overskrifter og abstract til artiklene. Artikler på andre språk enn skandinavisk og engelsk, artikler som var publisert før år 2000 og artikler som ikke inneholdt emnene tvang, barn, helsepersonell eller foreldre ble ekskludert. Jeg ekskluderte artikler som handler om psykiatri, som faller utenfor aldersgruppen 3-6 år eller artikler om barn med ulike funksjonshemminger eller spesielle behov da anestesisykepleierens tilnærmingsmetoder og roller vil være annerledes.

Jeg fikk tre treff på CINAHL. Artiklene handlet om barn, engstelse og stress og det å unngå tvang. Noen av artiklene handlet om barn som ikke samarbeidet i forbindelse med innledning av narkose. Alle artiklene var anestesirelatert og ble inkludert.

Det beste søket ble gjort 25/2-20 og ga 93 treff på Medline.

1	Restraint, Physical/	11737
2	Coercion/	4541
3	Treatment Refusal/	11743
4	1 or 2 or 3	27325
5	(physical adj2 (restraint* or force* coercion or holding)).tw,kw,kf.	1840
6	”therapeutic holding”.tw,kw,kf.	16
7	5 or 6	1854
8	4 or 7	28146
9	Anesthesiology/	30971
10	Anesthesia, Inhalation/	16548
11	Anesthesia, Intravenous	10964
12	Anesthesia/	62326
13	Anesthesia, General/	39335
14	Perioperative Nursing/	6655
15	Nurse Anesthetists/	2651
16	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	145907
17	Anesthesia.tw,kw,kf.	165313
18	16 or 17	245631
19	Child, Preschool/	903276
20	Child*.tw,kw,kf.	1396218
21	19 or 20	1823003
22	8 and 18 and 21	93
23	4 and 16 and 19	44

Jeg gikk videre med syv av artiklene som alle var anestesirelatert og kom inn på betraktninger rundt bruk av tvang. Tilsvarende søk i Sve Med+ ga ett treff og denne artikkelen ble

inkludert. Denne artikkelen er forskning på prosedyrerelatert tvang utført av barnesykepleier, der overførbarheten til anestesi er god. Alle artiklene brukt i denne oppgaven ble vurdert i forhold til Kunnskapssenterets sjekkliste (Folkehelseinstituttet, 2014).

2.4.1 Kildekritikk

Kildene er representert med mange artikler fra tidlig 2000 tallet og en av nyere dato. De anestesirelaterte artiklene tar for seg dilemmaer i forhold til informert samtykke til barn og foreldre, forståelse av fenomenet tvang, og tiltak som er viktig for å unngå eller redusere tvang. Mange av studiene er fra skandinaviske land, som gjør det lett å lese og de kan overføres til norske virksomheter. Noen studier er gjennomført i Storbritannia, USA eller New Zealand. Overførbarheten til norsk praksis blir vurdert til å være god, selv om helsevesenet ikke er bygget opp likt. Anestesistudiene er få og mange av dem går på å unngå tvang. Studiene til anestesilegene og anestesisykepleierne er relevante men det er ingen forskning på barnets perspektiv på tvang. I og med at det er få anestesiartikler har jeg valgt å inkludere nyere og representative artikler fra barnesykepleiere som har forsket på prosedyrerelatert tvang overfor barn i førskolealder blant annet Svendsen (2015, 2016, 2017, 2018) og Karlsson (2014, 2015, 2016). Tvang i forbindelse med innleggelse av perifer venekanyle kan relateres til anestesi. Artiklene tar for seg helsepersonell, foreldre og barnets perspektiv på tvang.

Alle artiklene brukt i denne oppgaven er ikke anestesirelaterte. Det kan derfor diskuteres om det kan være gyldig for anestesisykepleiere. Ulempene med å se på barnesykepleier artiklene er at de baserer seg på at de har mer tid til rådighet og kan gi barnet pauser, mens anestesisykepleiere ofte har kortere tid på seg i den preoperative fasen. I artiklene blir fenomenet tvang forstått forskjellig. I litteraturen blir tvang forstått som et dynamisk begrep med flytende overganger mellom holding og tvang. Det er også lite forskning på tvang i forbindelse med maskeinnledning i forhold til bruk av tvang ved innleggelse av perifer venekanyle.

2.5 Utviklingspsykologi

Kunnskap om barns alder og utviklingsnivå er nødvendig for å kunne gi kunnskapsbasert og faglig forsvarlig sykepleie til barn. Barn mellom 3-6 år er i et preoperasjonelt stadie og i en kognitiv utvikling (Søjbjerg, 2013). Språket blir bedre og de utvikler evne til å forstå sine

omgivelser og hvordan ting henger sammen. For eksempel forstå hvordan en leirklump som rulles ut til en pølse, kan rulles tilbake og bli en ball. De klarer ikke å forholde seg til mer enn noen få sider av en situasjon av gangen og er derfor avhengig av god og tilpasset informasjon for å forstå sammenhenger mellom hendelser, slik at informasjonen ikke misforstås (Henneberg & Hansen, 2015; Slota, 2013; Søjbjerg, 2013). Preoperasjonelt stadie bærer preg av magisk tenkning, og en livlig fantasi. Barnet er fortsatt egosentrisk frem til omtrent 4 års alderen men dette avtar ettersom barnet blir eldre. De har vanskeligheter med å skille mellom virkelighet og fantasi, noe som kan føre til misforståelser. Barn i denne aldersgruppen har kommet langt på vei i utviklingen av motoriske, verbale og sosiale ferdigheter. De har en entusiastisk og energisk tilnærming til læring og de utforsker mye (Grønseth, 2017; Hazinski, 2013; Slota, 2013) Regresjon er vanlig ved stressende opplevelser, noe som er viktig å være klar over fordi barnet midlertidig kan være på et lavere nivå i utvikling og man må tilpasse tilnærming til barnet der hvor barnet er (Grønseth, 2017; Hazinski, 2013; Oslo Universitetssykehus, 2017; Slota, 2013; Søjbjerg, 2013). Barn i denne aldersgruppen kan være utfordrende å samarbeide med, da de har en naturlig skepsis til nye mennesker og omgivelsene rundt seg (Hazinski, 2013; Henneberg & Hansen, 2015; Runeson et al., 2010). Samtidig er de mindre redd for fremmede og kan stole på dem. Dette gjør at de kan samarbeide med mennesker de ikke kjenner (Grønseth, 2017; Hazinski, 2013; Slota, 2013). Barnet er fortsatt avhengig av sine foreldre, forholdsvis sterkt bundet til visuelle inntrykk, er nysgjerrige og spørrende og trenger forklaring på hvorfor for eksempel prosedyrer er nødvendig. I forhold til narkose er det viktig å fortelle at barnet våkner igjen etter narkosen, siden de gjerne forbinder det ”og sovne” med å dø (Coyne, 2011; Grønseth, 2017; Oslo Universitetssykehus, 2017; Slota, 2013; Søjbjerg, 2013). Barnet er i en alder hvor det i mange situasjoner er enkelt å avlede samtidig er barnets reaksjoner fortsatt utagerende og fysiske i form av fysisk motstand, skrik og gråt dersom det er noe det ikke vil. (Slota, 2013; Söderbäck, 2013; Søjbjerg, 2013). Barnet kan ha hatt anestesi mange ganger før, og opplevelsen derfra vil kunne påvirke tåleevnen til barnet og tvang kan raskere oppstå (Folkes, 2005).

2.6 Forskningslitteratur om tvang

2.6.1 Helsepersonells perspektiv på tvang

Helsepersonell beskriver tvang på ulike måter og studier viser at det er en ulik forståelse av hva tvang er. Begreper som coercion, gentle restraint, restraint, physical restraint, child

refusal blir brukt uten å komme nærmere inn på hva det ligger i begrepene (Lewis, Burke, Voepel-Lewis & Tait, 2007). Partial restraint blir beskrevet som å holde en maske foran ansiktet og holde en arm for å sette inn en venekanyle. Whole-child restraint blir forstått som at barnet blir gitt en god klem ved at foreldre eller helsepersonell holder hele barnets kropp. Det er uenighet om det å gi ”en god klem” eller det å holde en arm for å sette inn kanyle er tvang og om det å gi premedikasjon er kjemisk tvang (Homer & Bass, 2010). ”Holding” blir av andre beskrevet som alle former for fysisk makt som blir brukt i forbindelse med for eksempel innleggelse av venekanyle og at ”restraint” blir forstått som negativt ladet (Svendsen et al., 2017). Therapeutic holding blir beskrevet som immobilisering av for eksempel en arm for å legge inn perifer venekanyle for å hjelpe barnet gjennom en ubehagelig eller smertefull prosedyre. ”Restrictive physical intervention” blir beskrevet som siste utvei, der graden av makt skal begrenses til hva som er nødvendig (Royal College of Nursing, 2019).

Anestesipersonell er avhengig av å få til et godt samarbeid med barn og foreldre og anestesiinnledning er potensielt mer stressende for alle som er tilstede, dersom barnet ikke samarbeider (Feinstein, Pannunzio, Lobell & Kodish, 2018; Lewis et al., 2007). I en studie kommer det frem at helsepersonell eller foreldre er de som holder barn fast i forbindelse med prosedyrer selv om barnet protesterer (Lucy Bray et al., 2018).

Tvang i forbindelse med maskeinnledning og innleggelse av perifer venekanyle forekommer oftere hos yngre barn enn eldre barn og i en studie synes 32% av anestesipersonell at det var greit å bruke tvang i aldersgruppen 1-4 år mens forekomsten ble mindre jo eldre barnet var. 90% av anestesipersonell ville bruke en form for tvang under innledning av anestesi dersom barnet ikke samarbeidet (Lewis et al., 2007) Undersøkelsen viser at 12 år er gjennomsnittsalder for når anestesilegene respekterer barnets ønske om å ikke fortsette prosedyren med anestesi innledning. Anestesipersonell holder barnet fast ganske ofte i 48% av tilfellene, eller veldig ofte i 33% av tilfellene. I forhold til når anestesipersonell avbryter en prosedyre på grunn av tvang kommer det frem at 45% har avbrutt en innledning av anestesi minst en gang i løpet av karrieren (Lewis et al., 2007). Når det gjelder terskelen for når en anestesiinnledning blir avbrutt kom det frem at en høy andel ville endre strategi hvis barnet protesterte, litt færre hvis foreldre protesterte og i cirka femti prosent av tilfellene hvis en kollega protesterte. 60% av anestesipersonell ville utøve tvang overfor et barn som protesterte dersom foreldre godtok dette (Homer & Bass, 2010). I en annen studie der barnet protesterte

fysisk og plutselig ikke ville samarbeide når det så masken, ble maskeinnledning utført med tvang. Mange var med på å holde når maskeinduksjon ble gjennomført. Barnets stemme ble ikke hørt, barnets rettigheter ble ikke nok vektlagt og barnets muligheter for medbestemmelse ble begrenset. Det viser at det settes store krav til anestesisykepleieren i forhold til det å kunne legge større vekt på barnets behov, ønsker, verdier, og gi barnet en stemme i forhold til alder og modenhet (Runeson et al., 2010). Det at barna er deltakende i beslutninger om tvang, er ikke gitt. Mange ber om enten skriftlig eller muntlig samtykke til tvang og noen mener at samtykke ikke er nødvendig (Lewis et al., 2007). Barnet bør få muligheten til å ta beslutninger på bakgrunn av forståelse om fordeler og risiko samt alternativer til behandlingen. Barnets mulighet til å være med i beslutningstaking, og gi sitt samtykke reduseres dersom inngrepet haster (Walker, 2009). Helsepersonell gir uttrykk for at de ikke vet at de skal be om samtykke (L. Bray, Snodin & Carter, 2015). Noen har fått en form for opplæring i forhold til innhenting av samtykke fra barn og foreldre i forhold til bruk av tvang (Lucy Bray et al., 2018; Lewis et al., 2007). Funn tyder på at de som har hatt opplæring i forhold til bevissthet rundt bruk av tvang, har en mindre frekvens av tvang eller holding av barn enn de som ikke har denne opplæringen. Det påpekes at helsepersonell er redde for å be om samtykke til holding, at de er redde for at foreldrene skal nekte eller bli sinte eller at de opplevde å ikke ha tid til å få samtykke (Lucy Bray et al., 2018). En studie viser også at anestesipersonell bruker hele spekteret fra å vise avsky mot tvang til å ikke se problemet med bruk av tvang (Homer & Bass, 2010). I delprosjekter til et doktorgradsarbeid innenfor barnesykepleie om bruk av tvang i prosedyrerelatert arbeid, kommer det frem at helsepersonell vet lite om hvordan barn uttrykker motstand mot prosedyrer som ender med ulike grader av tvangsbruk (Svendsen, 2018; Svendsen et al., 2015; Svendsen, Moen, Pedersen & Bjork, 2016; Svendsen et al., 2017). Helsepersonells ønske om å hjelpe barnet, men samtidig må utføre prosedyrer som barnet ikke ønsker er ingen enkel dobbeltrolle (Svendsen et al., 2017). Helsepersonell opplever at tvang har større konsekvenser enn selve nålestikket og at de ønsker at prosedyren skal bli fort gjort, så de ikke trenger å bruke tvang over så lang tid (K. Karlsson, Rydström, Enskär & Englund, 2014). De veksler mellom å være barnets advokat ved å beskytte dem fra unødig tvang, støtte foreldre og til å utøve tvang (Kangasniemi et al., 2014). De beskriver det som å balansere på en stram line, i en uforutsigbar situasjon (K. Karlsson et al., 2014)

2.6.2 Barneperspektivet

Mange barn blir holdt i forbindelse med prosedyrer i forbindelse med sykepleie til barn (Lucy Bray et al., 2018). Innleggelse av perifer venekanyle på barn krever en form for makt eller tvang (Crellin et al., 2011; Svendsen et al., 2015). Det å sette på saturasjonsmåling krever lite bruk av tvang, og maskeinnledning av barn mellom 3-6 år krever moderat bruk av tvang (Homer & Bass, 2010). En studie viser at noen barn foretrekker å få perifer venekanyle istedenfor maskeinnledning (Lewis et al., 2007).

Det er et større spekter av variasjon og uforutsigbarhet i forbindelse med innledning av anestesi til barn enn hos voksne (Andersson, Johansson & Almerud Österberg, 2012; Lewis et al., 2007). Et rolig barn kan uventet skifte mening og ikke ville samarbeide mer, og anestesipersonell må raskt bestemme seg for en ny strategi som avledning, premedisinering, holding eller tvang (Lewis et al., 2007). Barn mellom 3 og 6 år ønsker å aktivt delta i situasjoner som gjelder dem og ønsker at prosedyren er gjennomførbar uten tvang (Katarina Karlsson, Englund, Enskär, Nyström & Rydström, 2016; Katarina Karlsson, Enskär & Eriksson, 2015; Katarina Karlsson, Rydström, Nyström, Enskär & Englund, 2016; Svendsen et al., 2015). Barn opplever frykt for stikk men samtidig opplevelse av skam dersom de ikke gjør som de får beskjed om. Den største frykten kom når de voksne brukte makt og tvang (Katarina Karlsson, Englund, et al., 2016; Katarina Karlsson et al., 2015; Katarina Karlsson, Rydström, et al., 2016).

Barn reagerer med ulike uttrykk når de motsetter seg prosedyrer som er ubehagelige for dem og som kan innebære bruk av holding eller tvang. Barna går gjennom ulike faser som starter med ”protest”, og går over i ”escape”. Helsepersonell hadde mulighet og tid til å gjøre gode overveielser når det gjaldt grad av holding og andre alternative strategier. Alle barna fikk plaster med lokalanestesi før innleggelse av perifer venekanyle samt premedikasjon. ”Protest”, forekom i alle faser av prosedyren og var mest vanlig. Barnet protesterte på prosedyren som skulle utføres med gråt, rop eller skrik. Det ble ofte brukt uttrykk som ”nei” eller ”ikke” eller andre korte nektende ord. ”Escape” fasen kom i det øyeblikket barnet forsto at noen var i ferd med å overkjøre dem og startet prosedyren uten å høre på protesten. Barnet prøvde å vri seg unna med raske bevegelser og forsto ikke at helsepersonell snakket i en hyggelig tone samtidig som de skulle prøve å stikke. Barnet prøver å flykte, får panikk, og trekker til seg hånden når det ble forsøkt å ta den. Barnet kan rope ”au”, selv om sykepleieren

ikke har rørt på armen. ”Escape” kom ikke uten først å ha vært innom ”protest” stadiet Sammenhengen og overgangen fra motstand til tvang er utfordrende. Barnets motstand er deres måte å vise at de ikke er komfortable i situasjonen eller er uenig (Svendsen et al., 2015).

Det brukes premedikasjon til barn som i utgangspunktet er engstelige for en prosedyre og bruk av emlakrem før stikkprosedyrer er utbredt (Svendsen et al., 2015). De barna som i utgangspunktet er stresset eller engstelige er også de som i størst grad ikke samarbeider om innledning av anestesi (Tan & Meakin, 2010)I forhold til premedikasjon er det i et annet studie liten bruk av premedikasjon første gang barnet kom til operasjon mens over dobbelt så mange barn fikk premedikasjon andre gang (Homer & Bass, 2010). Studier viser at selv etter at barn blir premedisinert med midazolam, så er 60% av barna engstelige og viser tegn på stress. Barn som får leke med maske som er lik den som brukes ved preoksygenering eller maskeinnledning i en tid før de blir tatt inn på operasjonsstuen viser mindre tegn på stress og engstelse enn kontrollgruppen som ikke fikk denne muligheten (Aydin et al., 2008).

2.6.3 Foreldreperspektivet

Foreldre har et sterkt ønske om å delta og støtte barnet gjennom anestesiinnledning og er viktige støttespillere for barnet siden de kjenner barnet godt og at barnet stoler på dem (Kangasniemi et al., 2014; Katarina Karlsson, Englund, Enskär & Rydström, 2014; K. Karlsson et al., 2014). Flere studier har funnet at det er foreldrene som i stor grad utøver den tvangen som skal til for å få gjennomført prosedyrer (L. Bray et al., 2015; Homer & Bass, 2010; Svendsen et al., 2016; Svendsen et al., 2017). Å bli holdt eller bli utsatt for tvang for å få utført en prosedyre kan være traumatisk for barn og deres foreldre (L. Bray et al., 2015; Folkes, 2005). Det er et utfordrende samarbeid mellom foreldre og anestesipersonell når barn protesterer mot å få lagt inn perifer venekanyle eller maskeinnledning der det brukes en form for tvang (Homer & Bass, 2010; Lewis et al., 2007). Foreldre ser på motstand som et sunnhetstegn, men mener også at det er viktig å kunne tolke barnets kroppsspråk og ansiktsuttrykk for å se etter tegn på om barnet er redd. Noen ganger er det vanskelig og barn kan underestimere, og ikke vise hvor redde de er (Katarina Karlsson et al., 2014). Foreldre føler seg maktesløse og at de svikter barnet sitt. Overveldende følelser som ukjente omgivelser, uforutsigbar situasjon, usikkerhet og bekymring er noe foreldrene kjenner på og selv om de er eksperter på sitt eget barn, så er de ikke eksperter på omgivelsene rundt (Katarina Karlsson et al., 2014; Svendsen et al., 2015). Høyest grad av disse følelsene er

beskrevet ved anestesi innledning der foreldrene opplever følelsen av å miste kontroll. De opplever et overveldende ønske om å beskytte barnet sitt. Anestesi innledningen beskrives av foreldre som om at barnet dør når de sovner av anestesimidler og behov for informasjon, deltakelse og støtte er etterspurt for å kunne støtte barnet på best mulig måte (Andersson et al., 2012). Foreldre har en opplevelse av at det er ødeleggende å delta i tvang i forbindelse med prosedyrer men foreldre tar ikke nødvendigvis barnets side for å beskytte dem når barnet uttrykker at det ikke vil, og fremmer ikke krav om en ny tilnærming i løpet av en ubehagelig prosedyre (Alexander, Murphy & Crowe, 2010; Svendsen et al., 2015; Svendsen et al., 2016). Foreldrene ønsker at barnets beste er gjeldende og uttrykker at de har behov for mer veiledning for å kunne støtte sitt eget barn i tvangssituasjoner (Katarina Karlsson et al., 2014). I en studie ønsket 62% av foreldrene å gi premedikasjon til barnet dersom muligheten var der. De ønsker også at forekomst av delvis og full fastholding av barn blir betraktelig redusert (Alexander et al., 2010).

3.0 Metode

3.1 Design, metode og metodiske overveielser

I denne studien brukes kvalitativt design med semistrukturert intervju som metode, da ønsket er å få frem detaljert informasjon om fenomenet tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn. Kvalitativt design bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring, systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale og transkribert tekst. Målet er å utforske fenomenet tvang og erfaringer og opplevelser anestesisykepleiere har med bruk av tvang i forbindelse med innledning av anestesi (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Jeg valgte å gjøre individuelle intervjuer for å få frem anestesisykepleierens opplevelser og hva som påvirker bruk av tvang. Fordi det å snakke om tvang er et etisk vanskelig tema, kan det være enklere å komme med eksempler, erfaringer og opplevelser i en individuell samtale uten påvirkning fra andre. Ettersom det er begrenset med litteratur om tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn, er individuelt intervju en egnet metode (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016; Kvale et al., 2015).

3.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Utvalget hadde noen inklusjonskriterier som avdelingsledere ved de ulike sykehusene hadde å forholde seg til. Det ble gjort et strategisk utvalg siden det ønskes anestesisykepleiere som har

daglig kontakt med barn i sin praksis og som har over ett års erfaring med barn i målgruppen 3-6 år som har behov for anestesi. Informantene ble valgt ut fra et strategisk utvalg fordi jeg ønsket data som belyste forskningsspørsmålene på en best mulig måte og at de som vet mye om temaet ble med i undersøkelsen (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). Kvalitative studier bygges ofte på materiale fra 5-25 informanter (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Med tidsbegrensningen som ligger i denne studien, ble det valgt ut tre informanter fra tre forskjellige sykehus på Østlandsområdet, som kunne nås i aktuell tidsperiode. Informantene er anestesisykepleiere representert fra dagkirurgi på et lite sykehus og fra større sykehus som både har barn til dagkirurgi og andre operative inngrep med mere komplekse sykdomsbilder. Jeg har fått informanter som er ansatt ved andre sykehus enn der jeg selv jobber.

Jeg utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt til avdelingssjef ved de respektive sykehusene. Dette ble deretter sendt via avdelingssykepleier til aktuelle kandidater de mente passet til kriteriene. Avdelingssykepleiere formidlet kontaktinformasjon til informantene, og resten av kommunikasjonen rundt avtale om intervju gikk direkte med de utvalgte anestesisykepleierne. Informasjonsskrivet som ble sendt til informantene inneholdt en kort presentasjon av undersøkelsens hensikt, formål og samtykkeskjema.

Tre informanter fra tre forskjellige sykehus er et lite antall, men jeg opplevde at jeg fikk rikelig med beskrivelser og gode historier etter ett pilotintervju og to andre intervjuer og derfor store mengder tekst. Materiale fra intervjuene ble vurdert til å gi en forståelse av fenomenet tvang, samt beskrivelser av praksis og dynamikk som opptrer i situasjoner med tvang. I samråd med veiledere ble vi enige om at dette var tilstrekkelig materiale for å kunne svare ut problemstillingen.

3.3 Datasamling

Jeg valgte å gjennomføre et semistrukturert intervju med en overordnet intervjuguide med hovedtemaer og hjelpespørsmål. Jeg hadde spørsmål som jeg mente fikk frem data som kunne gi et best mulig svar på forskningsspørsmålene. Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene i samarbeid med veiledere (vedlegg 5). Intervjuguiden er utformet slik at det er åpne spørsmål som gjør at svarene blir lengre og mer utfyllende. Ved intervju får forskeren tilgang til dybdekunnskap med en informant som kan mye om barn, og

erfaringer med bruk av grader av tvang. For videre tilnærmelse til problemstillingen har jeg valgt å støtte meg til Kvale og Brinkmann (2015) og deres fem trinn i en kvalitativ studie der datasamlingen begynner med intervju, og fortsetter med transkripsjon, analysering, verifisering og rapportering.

Det ble gjennomført ett pilointervju som ble inkludert i studien. Pilotintervju er anbefalt siden intervjuer er uerfaren og spørsmål fra pilotintervjuet kan eventuelt korrigeres til de påfølgende intervjuene. Det kan være en fordel å være to i en intervjusituasjon siden en kan være moderator og den andre kan notere funn og tolkninger (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). Jeg hadde med meg veileder på pilotintervjuet og jeg fikk da se verdien i å være to tilstede ved å kunne få hjelp til å se det litt utenfra. Veileder kom med konstruktive tilbakemeldinger etter pilotintervjuet, og var fornøyd med hvordan jeg brukte pauser mellom spørsmålene og hvordan jeg fulgte opp informantene med ”kan du utdype”, ”hvis jeg forstår deg riktig så...” eller ”kan du gi noen eksempler”. Det ble lagt til et spørsmål i intervjuguiden etter dette. De to andre intervjuene gjennomførte jeg selv.

Jeg brukte lydopptaker under intervjuene fordi jeg på den måten kunne konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk i stedet for å miste fokus ved å ta notater underveis (Kvale et al., 2015). Alle intervjusituasjonene startet med en presentasjon av meg selv og hvilken bakgrunn og erfaring jeg har. Ved oppstart av intervjuene ble de ulike forskningsetiske delene av hvordan datasamlingen skulle foregå presisert og samtykkeskjema underskrevet (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). Intervjuets varighet ble satt til å vare i omtrent en time. Ved hjelp av intervjuguiden ledet jeg informantene gjennom intervjuet ved hjelp av forskningsspørsmålene og informantene delte erfaringer og situasjoner med bruk av tvang.

I starten av intervjuene opplevde jeg at informantene var litt avventende og skeptiske og det ble lagt mye vekt på hvordan de ønsket å unngå tvang. Da jeg spurte om de kunne gi konkrete eksempler på om de hadde opplevd å bruke tvang og der det eventuelt ble brukt unødvendig tvang, kom alle tre med rike beskrivelser. Intervjuet kan på denne måten bli selvkorrigerende der intervjuer kan få en umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av hva informanten forteller. Ved å fortolke meningen av det informanten sier ved å sende meningen tilbake, kan misforståelser oppklares eller at informanten får anledning til å utdype temaet (Kvale et al., 2015).

Jeg opplevde stemninger under intervjuet gjennom høyere toneleie, gestikulering, lett irritasjon, stillhet, sukking og engasjement. Hvordan jeg påvirker deltakeren vil ha betydning for resultatet, og respekt innbyr til tillit. Dette kan ha betydning for hvor mye vedkommende ønsker å dele av sine erfaringer (Kvale et al., 2015). Det å ha en løs, ledig tone, være høflig men bestemt og det å bruke humor underveis for å skape en god atmosfære mener jeg er viktige elementer for å respektere informanten. Samtidig har jeg også et ansvar for å drive samtalen videre.

Kvaliteten på et intervju avhenger av flere faktorer. Jeg forberedte meg på intervjuene ved å ha en tilgjengelig intervjuguide, en notatblokk og lydopptaker og hadde gjort noen test lydopptak i forkant for å sjekke lyd. Jeg hadde også forberedt avdelingslederne på sykehusene at det var viktig å kunne sitte uforstyrret (Kvale et al., 2015).

I og med at det ble liten tid mellom intervjuene fordi det passet best slik for informantene, ventet jeg med å transkribere intervjuene i sin helhet til alle 3 intervjuene var gjennomført. Siden jeg har transkribert uten hjelp av andre, har jeg vært nøye med å høre gjennom lydopptaket flere ganger og har etter beste evne forsøkt å transkribere ordrett inkludert oppståtte pauser. Jeg har lest gjennom intervjuteksten for å få med meg helheten. Nonverbal kommunikasjon som håndbevegelser, kroppsspråk, stemmebruk, pauser og stillhet ble notert (Kvale et al., 2015).

Ved flere anledninger kom vi under intervjuet inn på flere etiske dilemmaer som skapte engasjement og alle tre opplevde spørsmålene om tvang som spesielt utfordrende. Etter intervjuet kan det for informanten oppstå en følelse av å ha delt mye av seg selv eller oppleves som en berikelse (Kvale et al., 2015). De uttrykte at de gjennom intervjuet var blitt mer bevisst sine kunnskaper og holdninger og ga uttrykk for at de hadde et ønske om at besvarelsene kunne bidra til å øke kunnskapen om et vanskelig tema.

3.4 Dataanalyse

Kvale og Brinkmann (2015), beskriver analyseprosessen som en prosess der forskeren er i en kontinuerlig frem- og tilbake prosess der forskeren stadig får en dypere forståelse av teksten. Analysen beskrives som å dele opp tekst i elementer eller biter. Dataanalysen bør gjøres så

nøyaktig som mulig og helst av 2 personer. Ved å gjøre analysen alene kan forskeren miste litt av innholdet, og forskjellige nyanser fanges ikke så lett opp og intervjuet gjenfortelles ikke så nøyaktig som når man er flere om det (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Jeg har diskutert analysen med mine veiledere underveis slik at jeg kunne få korrigering og innspill. Jeg har etter beste evne ivaretatt informantene på en respektfull måte. Systematisering av tekst, fortolkning for så å gå tilbake til teksten på nytt, ga stadig nye dimensjoner ved teksten og forskerens forståelse av temaet ble differensiert eller utvidet ut fra svarene på forskningsspørsmålene.

Den første delen av analysen starter allerede under intervjuet hvor informantene beskriver opplevelser, og eksempler på tvang i forbindelse med anestesiinnledning av barn. De deler hvordan disse opplevelsene påvirker dem og beskriver hvordan de følelsesmessig blir berørt. Analyseprosessen fortsetter med transkripsjon, analysering, verifisering og rapportering (Kvale et al., 2015).

Selve dataanalyseprosessen har fem trinn. Trinn en i analyseprosessen startet ved å lese intervjuene flere ganger for å få oversikt over intervjuene og få en helhetsforståelse (Kvale et al., 2015).

Under trinn to har dataanalysen til hensikt å systematisere, strukturere og trekke en mening og sammenheng ut av de innsamlede data (Kvale et al., 2015). De lange muntlige setningene som er rådata, ble strukturert og organisert. Nøkkelord som handlet om det samme ble merket med ulike fargekoder for å kunne få en struktur og oversikt over hvilke nøkkelord som går igjen. I og med at jeg er nybegynner har det vært viktig for meg å forsøke og få en struktur på et tidlig tidspunkt.

Trinn tre var en krevende prosess da jeg opplevde at flere nøkkelord kunne høre under samme meningsbærende enheter. Etterhvert var det mulig å sortere teksten i meningsbærende enheter ettersom jeg utover i prosessen fikk en dypere forståelse av teksten. De meningsbærende enhetene med muntlig språk var usammenhengende og informantene hoppet gjerne fra ett tema til et annet. Dette er helt vanlig i en muntlig fremstilling, men utfordrende å lese. Foreløpig subtema og hovedtema begynte å ta form og det ble strukturert slik det oppfattes at intervjupersonen uttrykker det. Deretter leste jeg teksten på nytt med det formålet å få frem en

ny helhet. På denne måten kunne nye og spennende sider ved teksten dukke opp (Kvale et al., 2015).

På det fjerde trinnet ble teksten kondensert for å skape flyt i språket. Sakte men sikkert førte kondenseringen til at det dukket opp naturlige subtemaer. De subtemaene som ikke belyste forskningsspørsmålene godt nok ble forkastet. Tekstmaterialet ble lest flere ganger, og ulike undertemaer har variert, blitt slått sammen eller har endret innhold etter å ha diskutert funn med veiledere. Temaer fra anestesisykepleierens perspektiv på tvang ble prioritert. Jeg kommer også inn på barnets og foreldres perspektiv selv om det ikke blir vektlagt i like stor grad. Hvordan anestesisykepleieren unngår tvang er naturlig å ta med noe om i og med at alle anestesisykepleierne bruker metoder for dette før tvang utøves. Veilederne har vært en god støtte i og jeg med at jeg er uerfaren og ikke har andre å samarbeide med. Min forforståelse og bakgrunn kan prege temaer som blir valgt og påvirke perspektivet jeg leser fra (Kvale et al., 2015).

Under trinn fem ble de utvalgte subtemaene knyttet opp mot hovedtemaer som belyser forskningsspørsmålene. I denne fasen gir analysen mer mening og fragmentene fra tidligere fase blir satt sammen (Kvale et al., 2015). Etterhvert så jeg at noen av subtemaene kunne passe inn under samme hovedtema, og slo disse sammen. Jeg endte etterhvert opp med 4 hovedtemaer. Jeg har i presentasjonen av data valgt å benytte meg av en utstrakt bruk av informantenes sitater for å belyse ulike sider av forskningsspørsmålene.

Tabellen viser noen eksempler fra analysen på hvordan jeg kom frem subtema og hovedtema.

Tabell eksempel fra analysen			
Meningsbærende enhet	Kondensering	Subtema	Hovedtema
”Jeg vil si det finnes grader av tvang. Absolutt. Det finnes nyanser i hvordan tvang utføres. Det går jo an å gi barnet valg, si at prosedyren skal gjennomføres og at sånn er det, men vil du gjøre det på den måten eller på den måten. Ikke sant, skal vi gjøre det sånn eller sånn, så prøver en å bruke det rommet en har, sånn at barnet får bestemt noe selv. Hvor vil du ha metningsmåleren? Vil du ha den masken eller den masken. Vil du starte	*”Det finnes nyanser i hvordan tvang utføres. Du kan gi barnet valg, si at prosedyren skal gjennomføres, men la barnet få bestemme noe selv. Hvor vil du ha metningsmåleren? Vil du ha den masken eller den masken. Hvis barnet er redd for*	”Barnets valgmuligheter”	Fra mild til brutal tvang

med maske eller hvis de er redde og ikke vil det tilbyr vi, spør vi om de vil starte med venflon i steden.	*masken kan man tilby de å få en venflon i steden".*		
"Foreldrene vil at de skal det, men det er strengt tatt ingen nødvendig kirurgisk operasjon. Det er det ikke, men jeg har være med på å holde de også. Og da når det er sånne inngrep så får man litt dårligere smak i munnen etter å ha startet anestesi med tvang, når du vet at det er et inngrep de egentlig ikke behøver. Det er det".	*"Foreldrene vil at de skal ta en operasjon som strengt tatt ikke er nødvendig. Når du vet at det er et inngrep de egentlig ikke behøver så får man litt dårligere smak i munnen etter å ha startet en anestesi med tvang".*	"Til barnets beste?"	Fra mild til brutal tvang
Ofte så har vi jo barn som er er helt rolige og leker og koser seg borte på sengeposten, så når de kommer til oss så bare snur ting helt rundt og det er litt vanskelig å catche. Men det er jo litt av utfordringen og litt av det morsomme med jobben også".	*"Barn kan være helt rolige før de kommer til oss. Så snur ting helt rundt og det er litt vanskelig å catche. Det er jo utfordrende men også litt av det morsomme med jobben".*	"Barnets uforutsigbare natur"	Point of no return

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Prosjekter som utløser meldeplikt er der det utføres en forskningsstudie hvor enkeltpersoner som er med kan stå i fare for å bli identifisert. Anestesimiljøet i Norge er lite, og ved studier som involverer anestesipersonell må man være ekstra varsom (Johannessen et al., 2016). Meldeplikt til Regional Etisk Komité (REK) utløses dersom behandling av personopplysninger og andre opplysninger helt eller delvis lagres elektronisk (Johannessen et al., 2016). I og med at personopplysninger i denne studien ikke lagres elektronisk, utløser det ikke meldeplikt til REK. Det ble utført intervju med lydopptaker og derfor har prosjektet meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 6). Meldeskjema ble godkjent av NSD 14.05.2018 og prosjektet har referansenummer 60498 (vedlegg 7). Personvernombudet (PVO) i helseforetakene ble kontaktet og godkjente prosjektet (vedlegg 8 og 9). Forespørsel og presentasjon av undersøkelsens hensikt og formål og ble sendt til de 3 sykehusenes avdelingsledelse (vedlegg 1 og 2). Forespørselen ble via avdelingsledelsen sendt til avdelingssykepleier ved sykehusene som deretter sendte forespørselen videre til anestesisykepleiere de mente kunne mest om temaet (vedlegg 3). Dette ble gjort for å sikre at

informantene ikke skulle oppleve noe press i forhold til å delta og at det var frivillig. Jeg hadde ingen påvirkning på prosessen rundt hvilke anestesisykepleiere som ble valgt.

Det stilles krav til samtykke i all forskning. Et samtykke kan gis muntlig eller skriftlig og deltakelsen skal være frivillig. En informert erklæring fra informantene om at de godkjenner behandling av opplysninger om seg selv skal underskrives (Johannessen et al., 2016). Anestesisykepleierne fikk tilsendt informasjon om konfidensialitet og anonymitet først via sin leder. De fikk informasjon om at de når som helst i prosessen kunne trekke seg. Det ble presentert hvordan datamateriale skulle oppbevares og håndteres samt et samtykkeskjema som skulle tas med på intervjuet med underskrift (vedlegg 3 og 4) Konfidensialitet bevares ved å oppbevare besvarelsene innelåst og at de makuleres når prosjektet er ferdig (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015).

Lydopptaker, etter OsloMet retningslinjer for elektronisk utstyr ble brukt under intervjuet. OsloMet retningslinjer i forhold til oppbevaring og bruk ble fulgt. Mellom hvert intervju ble lydopptaker oppbevart i låsbart skap. Lydopptak fra intervjuene ble transkribert rett etter at alle intervjuene var gjennomført og deretter slettet. Ingen lydfiler ble oppbevart på pc og pc ble oppbevart i låsbart skap når den ikke var i bruk.

Det er krav til anonymitet ved at intervjuet ikke skal kunne spores tilbake til informanten. Samtykkeskjema og andre dokumenter som inneholder navn som kan føres tilbake til informantene ble oppbevart separat fra transkripsjonene og innelåst i skap (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). De blir makulert ved undersøkelsens slutt, senest Juni, 2020. Transkripsjonen ble anonymisert og lagret på pc. For eksempel har jeg brukt 1-L, 2-K, 3-T når jeg bruker sitater.

Det kan oppleves etisk utfordrende å sette fokus på andre anestesisykepleieres opplevelser og vurderinger i forbindelse med tvang i barneanestesi. Det er viktig å tenke gjennom at under et intervju kan ømtålig tema rundt barn og tvang berøres og det kan oppstå situasjoner som oppleves belastende (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). Det var derfor ekstra viktig å informere informantene om sine rettigheter og gjøre de oppmerksomme på at dersom de enten under intervjuet eller i etterkant skulle ønske å slette et utsagn eller noe av materialet, gis det anledning til det. Intervjuene er ikke foretatt i egen avdeling eller med egne kollegaer. Under dataanalysen har jeg forsøkt å fremstille informantene så riktig og lojalt som mulig. Jeg

har forsøkt å gjengi informantene så nøyaktig som mulig uten å fortolke sitatene for mye (Kvale et al., 2015). Hele tiden har mitt ønske vært å få frem det informantene sier og ikke noe annet.

4.0 RESULTATER

I denne studien ønsket jeg å få svar på forskningsspørsmålene:
Hvordan forstår anestesisykepleieren fenomenet tvang? Hvordan oppstår tvang? Hvilke refleksjoner gjør anestesisykepleieren seg når tvang oppstår? Hvordan opplever anestesisykepleier dynamikken og samarbeid, eller fravær av samarbeid mellom anestesisykepleier, foreldre og barn når tvang oppstår?

Ved dataanalyse av intervjuene ble det identifisert disse hoved- og subtemaene:

1. Mot barnets vilje

2. Fra mild til brutal tvang med subtemaene: ”Barnets valgmuligheter”, ”De minste barna”, ”Til barnets beste?”

3. Point of no return med subtemaene: ”Barnets tidligere erfaringer”, ”Barnets uforutsigbare natur”, ”Når barnet likevel ikke vil”

4. Samarbeid med foreldrene

Resultatene presenteres som hovedtemaer, med subtemaer som underkapitler. For å vise til de aktuelle funnene, bruker jeg sitater fra intervjuene.

4.1 Mot barnets vilje

Gjennom intervjuene kom det frem at anestesisykepleierne opplever situasjoner der barn ikke vil samarbeide om innledning av anestesi som *”en veldig vanlig situasjon som vi kommer opp i”* og *”en situasjon man ser nesten daglig”*.

De forstår tvang som at barnet gjør noe mot sin vilje når foreldre eller anestesipersonell holder det i forbindelse med prosedyrer i forbindelse med innledning av anestesi.

> *(2-K) ”Mot noens vilje, legger jeg i tvang, at vi må gjennomføre prosedyren selv om de ikke vil”.*

En anestesisykepleier forteller at foreldre og anestesipersonell samarbeider om å tvinge barnet i narkose. I disse situasjonene beskriver anestesisykepleieren at det er vanskelig å tolke barnets signaler og at barnets motstand kommer til uttrykk gjennom uro, gråt og at de forsøker å vri seg unna.

> *(1-L) ” Det er klart hvis barnet ikke vil så blir det jo til at man holder barnet med makt og tvinger en maske foran ansiktet. Ja. Det er jo det vi gjør”.*

En annen anestesisykepleier mener at det er barnets subjektive opplevelse av om prosedyren gjøres med tvang, som er av betydning for om det oppleves som tvang.

> *(3-T) ”(stillhet) Tvang går på den opplevelsen av den som blir tvunget til noe har. Om barnet opplever å være med på noe som de ikke vil, så vil jo det oppleves som tvang”.*

I forhold til de litt større barna, så forstås barnets fysiske protest som avgjørende for om det oppleves som tvang.

(1-L) ”...har du en sterk 4 åring og liksom 5 personer som må holde, det føles jo ikke riktig. De få gangene jeg har vært med på at man må tvinge en 6 åring, det sitter langt inne. Det er ikke noe ålreit i det hele tatt”.

4.2 Fra mild til brutal tvang

I dette kapitlet beskrives de ulike gradene av tvang og hvilke muligheter barnet har til påvirkning og medbestemmelse. Undertemaene: ”Barnets valgmuligheter”, ”De minste barna”, ”Til barnets beste?” beskriver graden av tvang slik anestesisykepleierne opplever det.

Prosedyrer som innleggelse av perifer venekanyle, preoksygenering på maske eller maskeinnledning med sevofluran er det som flest ganger fører til tvang overfor barn mellom 3-6 år.

> (*1-L) "Innledning er den situasjonen hvor det oppstår tvangssituasjoner som jeg er med på. Jeg tenker at du skal starte narkosen med intravenøst eller maske, barnet vil ikke, og man gjennomfører det allikevel.*

Det skilles mellom mild og brutal tvang. En mild form for tvang blir beskrevet som å støtte en arm for å få lagt inn en venekanyle og blir i denne sammenhengen sett på som akseptabelt.

> *(2-K)"Altså holding, eller en støtte for å få lagt inn nåla, det, om det er tvang, godt spørsmål egentlig. De vil jo ikke ha nåla og du må holde de så da er det på en måte tvang tenker jeg, men en mild form for tvang.*

En brutal form for tvang blir beskrevet slik:

> *(2-K)"Vi forklarer, setter på maske, og det er litt brutalt, men jo mer de skriker jo fortere sovner de er erfaringen min. De puster inn mere gass. Det gjør noe med deg når du gjør det, jeg er ikke komfortabel med det, men jeg vet at de trenger den hjelpen de får og da må det bare gjøres med tvang.*

Anestesisykepleieren uttrykker at det oppleves ukomfortabelt å innlede et barn på maske med gass med bruk av tvang, men trøster seg med at det er nødvendig.

4.2.1 Barnets valgmuligheter

Barnet får ulike valg for å gi de muligheten til å være medbestemmende og deltakende i forbindelse med narkoseinnledning. Valgene barnet får er med på å begrense bruk av tvang. Enkle valgmuligheter som hvor metningsmåleren skal være og om de ønsker å få perifer venekanyle eller bli innledet på maske gjør at barnet blir trukket inn i det som skjer og valgene er med på å vekke interesse hos eller er med på å avlede barnet. Anestesisykepleierne kommuniserer med barnet og benytter den lille stunden for å opprette tillit hos barnet.

> *(1-L)"Det finnes nyanser i hvordan tvang utføres. Du kan gi barnet valg, si at prosedyren skal gjennomføres, men la barnet få bestemme noe selv. Hvor vil du ha metningsmåleren? Vil du ha den masken eller den masken. Hvis barnet er redd for masken kan man tilby de å få en venflon i steden."*

Valgene blir i denne sammenhengen beskrevet som tiltak for at barnet kan bestemme noe selv og tiltak for å unngå stor grad av tvang. Barnet får ikke velge om de vil gjøre prosedyren eller ikke og valgene fører til det samme resultatet, å få lagt barnet i narkose.

4.2.2 De minste barna

Barnets evne til å sette seg inn i situasjonen blir trukket frem som en faktor som påvirker hvor mye tvang som blir brukt. Anestesisykepleier har en opplevelse av at tvang i større grad blir brukt på de minste barna. Det begrunnes med at barnet oppleves som for lite til å ha forutsetninger for å sette seg inn i hva som er best for det i situasjonen. Det oppleves derfor lettere å forsvare bruk av tvang.

> *(1-L)"Det brukes større grad av tvang på de minste barna, og det er jo kanskje også lettere å forsvare for seg selv, ikke sant, i forhold til at det ikke går an å argumentere på samme måte med en 3 åring".*

Videre sier anestesisykepleieren at med en gang barnet har språk, aksepteres ikke tvang.

> *(1-L)" Jeg vil tenke at jo yngre barnet er desto mer ok er det å tvinge fordi det ikke har mulighet til å klare å forstå, men det er jo klart at med en gang man har språk og kan snakke. Jeg synes liksom at når du begynner og bli 4 år så blir det feil å holde de. Grensen er nok litt der".*

4.2.3 Til barnets beste?

Anestesisykepleier trekker frem at tvang oppleves som en nødvendighet i de tilfellene der inngrepet er akutt eller haster. *"Tvang til barnets beste"* blir brukt i situasjoner der anestesisykepleier utøver tvang for å hindre unødig skade.

> *(3-T) "En gutt som er utagerende, mistenker hodeskade, vil ikke samarbeide med noen som helst, vil ikke blir stukket, vil ikke ha maske foran, vi vet ikke om han har en hodeskade, hva må vi gjøre, vi må jo bare holde, legge inn nål, og sove han ned og intubere han. Da gjør du alt mot hva tilsynelatende barnet ikke vil at du skal gjøre, og det er ganske brutal form av tvang, for alt går veldig fort og det skjer veldig mye. Da må man holde han veldig godt fast. Da er det nødvendig med den tvangen".*

I disse tilfellene så er det ikke tvil om det skal brukes tvang eller ikke. Til tross for den følelsesmessige påvirkningen beskriver de at det er lettere å akseptere tvang i en akutt eller hastesituasjon.

I forhold til utøvelse av tvang i forbindelse med innledning av narkose til operative inngrep som ikke haster sier en anestesisykepleier at*"vi må tenke oss om"* i forhold til om tvang i det hele tatt skal brukes.

> *(2-K) Foreldrene vil at de skal ta en operasjon som strengt tatt ikke er en nødvendig. Når du vet at det er et inngrep de egentlig ikke behøver så får man litt dårligere smak i munnen etter å ha startet en anestesi med tvang".*

4.3 Point of no return

I dette temaet beskriver anestesisykepleierne at de noen ganger opplever at uansett hvor godt de gjør jobben sin, så kan barnet når som helst i prosessen ombestemme seg og plutselig ikke ville samarbeide. De kommer ofte i situasjoner der det er vanskelig å snu situasjonen og opplever at de har kommet til point of no return. Situasjoner med "point of no return" oppstår på daglig basis. Utløsende årsaker som oppgis er at: barnet er for lite til å ha forutsetninger for å sette seg inn i situasjonen, at barnet ombestemmer seg, at det har utilstrekkelig effekt av eller ikke har fått premedikasjon, utfordringer i forhold til at forsinkelser medfører at oppsatt operasjonsprogram ikke lar seg gjennomføre, og tidligere opplevelser eller erfaringer med tvang hos barnet som ikke er fanget opp på forhånd. Undertema som: "Barnets tidligere erfaringer", "Barnets uforutsigbare natur", "Når barnet likevel ikke vil", går igjen.

Anestesisykepleierne beskriver at de bruker strategier som avledning, småprat, og forsøker så godt de kan og få barnet til å samarbeide. De beskriver at de på et eller annet tidspunkt opplever at det ikke er noen vei tilbake.

> *(3-T) "Det punktet der du bare må skjære gjennom, kommer når barna absolutt ikke vil. Vi forsøker å ta en pause. Barnet sier nei vent litt flere ganger. Jeg er profesjonell, tydelig og trygg i min rolle. Mor gir barnet en "god klem", holder armene så barnet ikke får tak i maska og jeg hjelper til å holde bena til barnet så det ikke får sprellet så mye. Anestesilegen holder maska med en høy inspiratorisk sevo. Så sier vi til barn og foreldre at: "Dette er kjempekjedelig, men nå må vi gjøre det. Jeg vet du ikke har lyst til dette her, men dette her må vi gjøre"".*

Videre sier anestesisykepleieren at det er et fåtall som bruker uakseptabel tvang men at det beskrives at det oppstår tvang hvis alle andre muligheter er forsøkt.

> *(3-T) "Jeg synes, man havner jo ofte der. Det er uakseptabelt å starte der uten å ha prøvd alle andre måter å komme til mål på".*

Informantene opplever til tross for at de uttrykker motstand mot tvang, at de ofte kommer til et punkt hvor de ikke har noe annet valg enn å utøve tvang. De opplever at de har forsøkt alle muligheter for å unngå tvang.

4.3.1 Barnets tidligere erfaringer

Overføring av informasjon i forhold til om barnet tidligere har hatt erfaring med tvang i forbindelse med anestesi varierer på de forskjellige sykehusene informantene kommer fra. Det finnes ikke noen klare retningslinjer for skriftlig dokumentasjon eller system for hvor man skal dokumentere tidligere bruk av tvang og det oppleves som veldig tilfeldig hvor man finner denne typen informasjon.

Anestesisykepleierne får informasjon om barnets tidligere erfaringer på to forskjellige måter:

1) Barn som har hatt mange narkoser har noen ganger en individuell tilpasset plan for å unngå eller begrense bruk av tvang. Anestesisykepleieren kategoriserer disse barna som

”gjengangere”. Da kan anestesisykepleieren bruke barnets tidligere erfaringer og følge fremgangsmåten for innledning av anestesi slik som barnet og foreldrene ønsker.

2) Tidligere bruk av tvang, eller negative opplevelser fanges opp fra erfaringer foreldre deler, når de henter barnet inn til operasjon.

> *(1-L) ”Det klart at har du hatt en negativ opplevelse så kan man ikke snu den på 5 minutter inne på operasjonsstua. Det får man ikke til”.*

Videre forklarer anestesisykepleieren at dette ofte ligger utenfor anestesiavdelingens kontroll og uttrykker oppgitthet og frustrasjon.

> *(1-L) ”Jeg opplever at en tar hensyn til barnets erfaring. Absolutt. Men mye av den jobben må jo gjøres før barnet havner på stua hos oss kl 08 på morgenen”.*

Anestesisykepleieren opplever det som utfordrende at informasjon og dokumentasjon om tidligere bruk av tvang er mangelfulle.

Ved et annet sykehus er individuell tilpasset plan til barn som ofte har behov for anestesi under utarbeidelse. Det påpekes at det foreløpig ikke er noe skriftlig system som standard for å fange opp eller dokumentere utøvelse og bruk av tvang.

> *(3-T) ”Nei, vi har ikke noe sånn skriftlig som følger pasienten enda, men vi håper at vi kan få til om ikke så alt for lenge på de barna som kommer tilbake”.*

Anestesisykepleieren opplever at de i liten grad er involvert før barnet skal til anestesi gjør at det blir en ”her og nå” tilpasning.

> *(3-T) ” Jeg tror jo at opplevelsen eller graden av tvang vil begrenses ganske kraftig hvis barn og pårørende har en forutsigbarhet på hva som kommer til å skje”.*

Barn til dagkirurgi eller planlagte inngrep som ikke har hatt anestesi før har ikke individuelle tilpasninger eller planer, da de kommer samme dag. Anestesisykepleieren har ofte ikke vært inne i bildet før de kommer inn på operasjonsstua.

4.3.2 Barnets uforutsigbare natur

En anestesisykepleier uttrykker at allerede fra barnet er 3-4 år så er målet at barnet kommer gjennom situasjonen uten premedikasjon. Utfordringen er at flere av anestesisykepleierne erfarer at barn i aldersgruppen 3-6 år er uforutsigbare og at det er vanskelig å forutsi hvilke barn som plutselig ikke samarbeider. Anestesisykepleierne forklarer dette med et skiftende miljø for barnet. Barnet blir tatt ut av sine trygge rammer ved barneavdelingen eller det de er vant til hjemmefra.

> *(3-T) "Barn kan være helt rolige før de kommer til oss. Så snur ting helt rundt og det er litt vanskelig å catche. Det er jo utfordrende men også litt av det morsomme med jobben".*

Dette fører til at barnet som virker trygt når det hentes til operasjon plutselig klamrer seg til foreldrene når de blir tatt ut av den trygge settingen for å gå inn i operasjonsavdelingen. Ukjente lyder, grønnkledde mennesker og teknisk utstyr opplever anestesisykepleierne kan utløse at barnet ikke samarbeider. En anestesisykepleier uttrykker at det har vært forsøkt en tilnærming med lirking og luring og gjort tiltak for å forsøke å få barnet til å samarbeide før det utøves tvang .

> *(2-K) "Du prøver liksom å lirke og lure og få barnet med inn på stua og få de til å gjøre dette her frivillig".*

En annen anestesisykepleier uttrykker det slik:

> *(1-L)" Noen ganger så er det jo sånn at barna samarbeider veldig godt helt fram til maska kommer og så kommer alvoret innover, og da mister de kontroll over følelsene sine, ikke sant. Vi har vært enig frem til da og frem for da og stoppe og så prøve å snu et barn som er helt fra seg og for lite til å klare det så tar man på masken også innleder man. Det er noe med å skape tillit, mellom både barn og voksne. Faktisk strekker ikke det til, altså det er små barn, det er uforutsigbart".*

4.3.3 Når barnet likevel ikke vil

Noen barn blir vurdert til å få premedikasjon fordi de er engstelige, gråter, er tydelig urolig eller ikke samarbeider før de blir tatt inn på operasjonsstuen. Vurderingene rundt om barnet skal ha premedikasjon blir gjort av lege. De vanligste formene for premedikasjon er dormicum og dexdor. I de tilfellene der barnet er vurdert til å ha behov for premedikasjon og dette ikke har ønsket effekt opplever anestesisykepleieren at tvang ofte oppstår. Utilstrekkelig effekt av premedikasjon beskrives som at barnet ved berøring eller stikking våkner. En påpeker at god effekt av dexdor er et dosespørsmål. Trenden har vært at det gis for lite dexdor og at den har utilstrekkelig effekt fordi barnet våkner ved flytting, berøring eller forsøk på å legge inn perifer venekanyle. Det oppleves som utfordrende, da tvang kan oppstå.

> *(3-T) "Skal man lure på litt gass på maske eller skal man stikke de, legge inn nål. Skulle hatt klare prosedyrer på hvordan de barna skal håndteres".*

Informanten utrykker at det er en utfordring når det er gitt premedikasjon men at tiltaket ikke er tilstrekkelig. Barnet samarbeider ikke godt nok og tvang blir brukt under innledning av anestesi. De påpeker at det ikke finnes rutiner for å supplere premedikasjon eller å gi annen type premedikasjon som virker raskt nok og er enkelt å gi. To av anestesisykepleierne opplever at store avstander ved sykehuset gjør det utfordrende å sende barna tilbake til avdeling for å starte forberedelsene på nytt, da det ofte tar mye av dagen og påvirker operasjonsprogrammet.

> *(3-T)"...ofte spiser det så mye av dagen, det spiser så mye av operasjonsprogrammet og i verste fall så må andre pasienter strykes for å vente på at premedikasjon får virke*".

De velger derfor noen ganger å gjøre innledningsprosedyren med tvang, men bruker så kort tid som mulig fordi de der og da opplever at det er det beste for barnet. De opplever at det er utfordrende å kunne observere barnet godt nok, men gjør så godt de kan ut fra forutsetningene. Informanten opplever å bli følelsesmessig påvirket og er ambivalent. De er med på stor grad av tvang, hvor mange er med på å holde for å få barnet i narkose.

4.4 Samarbeid med foreldre

Foreldrene er av stor betydning for barnet og er den trygge voksne som barnet stoler på, samtidig er de ofte med på å holde eller utøve tvang overfor sitt eget barn. I dette temaet beskriver anestesisykepleierne hvordan de opplever samarbeid med foreldrene når tvangssituasjonen oppstår og dilemmaet de opplever at foreldrene står i.

Anestesisykepleierene beskriver at de ikke bruker et formelt eller skriftlig samtykke til tvang, men at samtalen mellom foreldre, barn og anestesipersonell forstås som et muntlig samtykke til tvang. En anestesisykepleier sier at *"jeg opplever ikke at de har fått noen informasjon eller veiledning".* Som oftest blir det snakket om tvang først dersom det oppstår en tvangssituasjon inne på operasjonsstuen.

> *(3-K) "Vi presenterer jo bare at sånn kommer vi til å gjøre det og så er det jo ingen som stort sett sier nei til det. Om vi direkte går for å prate med foreldrene for å innhente samtykke, det tror jeg ikke skjer. Da forventer man hvertfall at foreldrene sier nei at dette her vil vi ikke være med på".*

En annen anestesisykepleier at:

> *(2-K) "Jeg tror ikke at jeg har opplevd motstand fra foreldrene ved at de prøver å avbryte det du holder på med, men at de reagerer nesten med avsky mot det vi gjør. Noen ganger sier foreldrene at "bare kjør på kan dere ikke bare holde?"".*

I forhold til juridiske hensyn så er anestesisykepleieren klar på at det er foreldrene som bestemmer hva barnet skal være med på. *"Bruk av tvang er en avgjørelse mellom foreldre og lege, det er det viktigste. Sier legen nei, eller foreldrene nei, så må jeg akseptere det".*

Det kommer også frem at foreldre som er erfarne med å følge barnet til flere narkoser har ønsker. "*Da er det jo ofte for å begrense graden av tvang for barnet".*

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes resultatene opp mot tidligere forskning og teori.

5.1 Mot barnets vilje

Anestesisykepleier beskriver fenomenet tvang som at barnet mot sin vilje blir holdt for å få gjennomført prosedyrene som skal til for å innlede anestesi. De beskriver det som en vanlig situasjon som skjer nesten daglig. De trekker frem at foreldre har barnet på fanget og holder barnet med makt mens anestesipersonell tvinger en maske foran ansiktet til barnet for å maskeinnlede. Dette stemmer godt overens med Crellin (2011), sin forståelse av begrepet restraint.

En av anestesisykepleierne mener at barnets fysiske protest må ses i sammenheng med om det selv har en opplevelse av å bli tvunget. At barnets subjektive opplevelse er viktig vitner om at anestesisykepleieren er reflektert i sitt utsagn og setter barnet i fokus. Selv om helsepersonell ikke selv mener at de benytter faktisk tvang, kan barnet oppfatte det slik (Svendsen et al., 2015) Anbefalte retningslinjer er tydelige på at barnet skal involveres og setter klare krav til at barnet må inkluderes når tvang brukes. De mener også at dette skal unngås dersom det ikke er nødvendig i forhold til å beskytte barnet (Royal College of Nursing, 2019). Barn er fysiske og anestesisykepleieren opplever at det er vanskelig å skille mellom uro, gråt og det at barnet vrir seg unna som en reaksjon på tvang eller om det er en del av et naturlig reaksjonsmønster i forhold til en ny erfaring som oppleves skremmende.

5.2 Fra mild til brutal tvang

Anestesisykepleierne beskriver situasjoner der ulike grader av tvang brukes og under intervjuene kom det frem ulike syn på hva grader av tvang er. En av anestesisykepleierne uttrykker usikkerhet rundt om det å holde en hånd for å legge inn en perifer venekanyle er mild tvang eller om det er tvang i det hele tatt. Royal College of Nursing (2019), sin

forklaring på ”clinical holding” er begrenset makt for å holde barnet i ro. Det stemmer godt overens med beskrivelsen om å støtte en arm for å legge inn perifer venekanyle. En anestesisykepleier beskriver at maskeinnledning der barnet blir holdt fast og tvunget i narkose er brutal tvang mens det for andre forstås som en nødvendighet og at man ikke har noe annet valg. I forhold til hva som forstås med stor grad av tvang, ligger beskrivelsen til anestesisykepleierne tett opp til det som forstås som tvang når fastholdingen kombineres med moderat og mye makt (Crellin et al., 2011). Anestesisykepleierne beskriver at det sjelden er en mellomting og at de enten bruker liten grad av fastholding med lite makt, eller stor grad av fastholding med mye makt.

Å gi barnet valg viser at anestesisykepleierne som har tatt del i denne studien bruker virkemidler som å lirke og lure for å unngå stor grad av tvang. Valgene fører mot det samme målet å få barnet i narkose. Ved å forsøke å få barnet nysgjerrig og interessert bruker anestesisykepleieren en mild form for paternalisme. Denne milde formen for paternalisme er en ubalanse i maktforhold, men utføres i den hensikt å påføre barnet minst mulig ubehag og skade (Mortensen, 2019; P. Nortvedt, 2016). Anestesisykepleieren informerer og instruerer og identifiserer hvordan barnet på best mulig måte kan samarbeide. Dette er i tråd med anbefalinger om å hjelpe barnet gjennom prosedyrer ved inkludere barnet i beslutningsprosessen ved styrke barnets mestring gjennom avledning, positive tilbakemeldinger, lirking og luring og forklaringer på det som skal gjøres (Molven, 2019; Mortensen, 2019; Nordhaug, 2018; Søjbjerg, 2013). Ved å gjøre dette forsøker anestesisykepleieren å anerkjenne barnet. Anestesisykepleier bruker et vidt spekter av mellommenneskelige kunnskaper, de må være gode på å kommunisere og å møte barn og foreldre der de er (Slota, 2013; Søjbjerg, 2013). Anestesisykepleieren beskriver opplevelsen av å ha forsøkt alle muligheter før tvang oppstår. De opplever overgangene fra mild til brutal tvang som om en brå overgang fra lirking og luring til en situasjon med full fastholdelse av barnet hvor både overkroppen, armer og ben blir holdt.

En av anestesisykepleierne i studien påpeker at de minste barna er de som er mest utsatt for tvang. De begrunner det med at de er for små til å kunne sette seg inn i situasjonen men også at de har mindre fysiske forutsetninger for å kjempe imot at foreldre og anestesipersonell holder dem. Flere studier viser at de minste barna er mer utsatt for tvang (Homer & Bass, 2010; Katarina Karlsson, Englund, et al., 2016; Svendsen, 2018; Svendsen et al., 2017).

En av anestesisykepleierne som ble intervjuet foreslår at når barnet har språk så er de modne nok til å delta i deler av beslutningsprosesser som gjelder dem. En anestesisykepleier mener at når barnet blir rundt 4 år så blir det feil og holde. Uttrykk for gråt og uro kan i følge anestesisykepleieren være både en normal aldersreaksjon og på noe ukjent. Et lite barn reagerer ofte på tvang med en fight/flight reaksjon dersom de føler seg truet. De vil også kunne reagere med gråt (Nordanger & Braarud, 2014).

Anestesisykepleierne skiller mellom aksept for bruk av tvang ved akutte hendelser der liv og helse står på spill og inngrep som ikke haster. I situasjoner der anestesisykepleieren opplever at barnets liv og helse står på spill beskrives det at det ikke er tvil om at det er nødvendig å bruke tvang. Nødrettsbestemmelsen i Helsepersonelloven § 7 gir anledning til å bruke tvang uavhengig av samtykke fra barn eller foreldre. Beskrivelser av barnet med mistenkt hodeskade viser at anestesisykepleieren bruker faglig skjønn og prinsippet om nødrett der ”ikke-skadeprinsippet” og barnets beste blir satt i første rekke (ALNSF, 2016a, 2016c; FN, 1989; Aalen, 2016). For å handle til barnets beste settes barnets rett til å bestemme noe selv midlertidig ut av spill (P. Nortvedt, 2016; Aalen, 2016). Når disse to prinsippene kommer i konflikt med hverandre blir barnets beste prioritert, noe som er i tråd med etiske retningslinjer og lovverk (ALNSF, 2016a, 2016b, 2016c; Justis og beredskapsdepartementet, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg har anestesipersonell alltid en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med gjeldende krav til ”faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp”, uttrykt i Helsepersonelloven §4.

I forhold til inngrep som kan vente så mener anestesisykepleierne at det i mange tilfeller kan være faglig forsvarlig å unnlate å gi helsehjelp til barnet som motsetter seg (Helsepersonelloven, 1999). De forteller samtidig at de har eksempler på at det blir brukt tvang også i disse tilfellene. Norsk lov regulerer bruk av tvang hos barn ved akutte tilfeller der tvang kan være nødvendig for å gi livreddende behandling, men det er ingen spesifikk lovgivning som gjelder situasjoner hvor en mindreårig motsetter seg behandling, der det ikke haster (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom foreldrene ønsker å gjennomføre et inngrep som i utgangspunktet er av mindre betydning og som ikke haster, mener anestesisykepleierne at barnets vilje bør respekteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I slike situasjoner kan inngrepet utsettes eller man kan vente til barnet blir større og eventuelt endrer mening (Molven, 2019). Dersom det oppstår tvang anbefaler anestesisykepleieren i disse tilfellene bruk av mere tid til at barnet blir klar da det er viktig å ta barnet på alvor.

En vurdering anestesisykepleieren i denne studien gjør er om tvangen går utover barnets sikkerhet og om tvang er faglig forsvarlighet i forhold til at motstanden er så stor at vitale parametre vanskelig lar seg overvåke. Ved anestesi til barn skal det utvises høy aktsomhet med hensyn til personellets kompetanse og erfaring. Når barnet er veldig urolig og ved preoksygenering og ikke samarbeider om pulsoksymetri kan det være stor fare for at barnet får hypoksi som kan være en potensielt livstruende tilstand (Hazinski, 2013; Nilsson & Sandström, 2016). Det skal gjøres en klinisk undersøkelse av respirasjon og sirkulasjon (ALNSF, 2016b), som vanskeliggjøres dersom barnet er veldig urolig. Ved maskeinnledning av barn der det ikke legges perifer venekanyle, er det viktig å holde tett maske i 1-2 minutter for å sikre at barnet får tilstrekkelig nivå av anestesigass for at det skal sovne (Ræder, 2016). Dersom barnet ikke samarbeider, må man ha en planlagt strategi på forhånd og begrense preanestetisk overvåkning til minimum. Samtidig sier litteraturen at preoksygenering kan sløyfes hvis det synes vanskelig (Søjbjerg, 2011). I disse tilfellene bør anestesiinnledning avbrytes i forhold til anbefalinger i teori og retningslinjer (ALNSF, 2016b; Hazinski, 2013; Nilsson & Sandström, 2016; Ræder, 2016).

Anestesisykepleierne beskriver at grensen for hva som er tvang er uklar og de har etter hva jeg forstår forskjellige oppfatninger av hva de opplever som akseptabel tvang og uakseptabel tvang. De har allikevel en felles forståelse for at hastegrad er avgjørende for om det aksepteres bruk av tvang eller ikke. Fag og etikk går ofte i hverandre. Tiltak som etter en faglig vurdering er forsvarlig er ikke uten videre etisk forsvarlig. Det bør foretas en konkret vurdering av tiltaket i hver enkelt sak der det minst inngripende effektive tiltaket velges (ALNSF, 2016a, 2016b, 2016c; Molven, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Uavhengig av grunnlaget for hvorfor tvang er nødvendig, skal det dokumenteres i følge Forskrift om pasientjournal §8-a (Pasientjournalforskriften, 2019).

5.3 Point of no return

Anestesisykepleierne i denne studien beskriver hva som utløser point of no return. Barnets tidligere erfaringer, barnets uforutsigbare natur og forsøk med premedikasjon som ikke har ønsket effekt fører til at barnet ikke ønsker å samarbeide om innledning av anestesi. Dette er problemstillinger som fører til etiske dilemmaer. Anestesisykepleierne opplever etiske dilemmaer med tvang overfor barn på daglig basis. Dilemmaene veksler mellom det å

respektere barnets autonomi og å handle i forhold til prinsippene om ”ikke skade” og ”barnets beste”.

Anestesisykepleieren trekker frem at barnets tidligere erfaringer med tvang er av stor betydning for om man kan forvente stor grad av engstelse og fare for tvang også ved senere anledninger. Barnets muligheter for å tåle tvang under prosedyrer som de forbinder som smertefulle avhenger av forhold som alder, utvikling, temperament, kultur, mulighet til å samarbeide i nye og utfordrende situasjoner og tidligere erfaringer med smertefulle prosedyrer i forhold til tidligere erfaringer med helsevesenet (Reid, 2014). Tidligere bruk av tvang kan i følge teori og forskning føre til post traumatiske stress symptomer (Gjems & Diseth, 2011; Nordanger & Braarud, 2014). Barn som tidligere har traumatiske opplevelser med tvang kan ha et redusert toleransevindu (Nordanger & Braarud, 2014). Det skjer endringer i hjernen dersom barnet er utsatt for gjentatte traumatiske opplevelser med tvang. Eksempelvis kan dette være der foreldre er deltakende i tvangen (Gjems & Diseth, 2011). Undersøkelser viser at barn ikke vil at den trygge omsorgspersonen som mor eller far er holder de fast, men at de heller har en trøstende funksjon (Katarina Karlsson et al., 2014; Svendsen et al., 2016).

I Intervjuene med anestesisykepleierne kommer det frem at det er variasjon mellom praksis på de tre sykehusene. Noen har etablert individuelle planer når barn kommer tilbake for flere narkoser, mens det andre steder ikke er noe system for dette. En anestesisykepleier forteller at de har gode rutiner for bruk av en individuelt tilpasset plan hos barna som de kategoriserer som ”gjengangere”. Samtidig kommer det frem at barn til dagkirurgi, som har tidligere erfaringer med tvang ikke har slike planer. De to andre fortalte at det er tilfeldig om opplysninger om tidligere opplevelser med tvang blir fanget opp. Slike opplysninger blir gjerne fanget opp av erfaringer foreldre deler. Det påpekes at det både er tidkrevende og utfordrende å forsøke å unngå tvang på disse barna dersom man ikke er forberedt på forhånd og at det er utfordrende å få til i det korte tidsrommet før barnet skal i narkose. Anestesisykepleierne etterlyser bedre preoperativ forberedelse av barna. Det er av stor betydning at denne typen informasjon kommer klart frem, slik at det kan lages en individuell plan, slik som barnet har krav på ifølge Pasient- og Brukerrettighetsloven § 2-5 og Helsepersonelloven § 4. Viktigheten av at barnet i større grad kan få ”bestemme over tiden” er det ikke ikke rom for i en travel hverdag som anestesisykepleierne beskriver i forhold til å

kunne sende barnet tilbake for å forberede seg, eller kunne gi premedikasjon. De er styrt av flyten på operasjonsstua og at man ikke har så mye tid til rådighet.

I følge informantene er det ikke så lett å forutsi hvilke barn som samarbeider eller ikke, noe som samsvarer med tidligere forskning (Runeson et al., 2010). Barn som også tilsynelatende virker rolige og samarbeidende også kan snu om og ikke ønske å samarbeide. Barna er ikke vurdert til å ha behov for premedikasjon og dersom disse barna plutselig ikke vil så er det en vanskelig situasjon å komme opp i. Anestesisykepleieren gjør bruk av tiltak for å unngå tvang, men opplever raskt at situasjonen blir fastlåst. Det er ikke uvanlig at barn er engstelige før narkoseinnledning og barnet og foreldrene er i en ny situasjon som er ukjent for dem (Søjbjerg, 2013).

I de situasjonene der barnet er vurdert til å få premedikasjon og den ikke virker etter hensikten, beskriver en anestesisykepleier at de mangler klare prosedyrer på hvordan barna skal håndteres. Forskning viser at barn som i utgangspunktet protesterer, har vanskeligheter med å endre kurs for så å begynne å samarbeide (Svendsen et al., 2015). Det at et barn allerede har vært vurdert til å få premedikasjon kan indikere at det har vært vanskelig å samarbeide med før det kommer på operasjonsstuen. Tidligere forskning på barn og engstelse tilsier at de barna som i utgangspunktet er engstelige også er engstelige når de kommer til innledning av anestesi (Bjørnå, 2016; Tan & Meakin, 2010) Det beskrives at barn får for lite premedikasjon, våkner ved stikking eller berøring og at det ikke finnes rutiner for å supplere med mer premedikasjon og at dette også er utfordrende i forhold til den tiden som er til rådighet. Studier om premedikasjon med dexdor viser at det er trygt å kunne gi opp til 4ug/kg til barn opp til 10 år (Bakkalia & Dysvik, 2018). Anestesisykepleieren opplever at barns lave nivå av samarbeid ofte fører til mislykket forsøk med å legge inn perifer venekanyle. Det kan trekkes paralleller til at barn heller ikke i dette stadiet er kapable til å kunne samarbeide om maskeinnledning. I begge disse eksemplene beskriver anestesisykepleierne at det på et tidspunkt ikke er mulig å nå inn til barnet på grunn av massiv protest og alle er med på å holde barnet. Dette forstås som en protest og escape reaksjon hos barnet slik Svendsen (2015), beskriver når barnet blir utsatt for tvang. Når barn blir tvunget finner de ikke mening i avledning, og intensjonen om å avlede med prat blir mindre virksom (Svendsen et al., 2015).

Den etiske problemstillingen som gjelder bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn gjør seg gjeldende. Problemstillingen er konkret og situasjonsbestemt. Den oppstår i det

øyeblikket barnet er på operasjonsstuen og ikke lenger vil samarbeide om prosedyrene som skal føre til innledning av narkose. Anestesisykepleieren opplever at det ikke er noe annet valg en å fortsette prosedyren med tvang. Forskning, teori, etikk og lovverk viser til at svaret kan være mer nyansert. Når tvangssituasjonen med opplevelse av point of no return oppstår må anestesisykepleieren ta avgjørelser som er basert på prinsippene om ”barnets beste” og å forhindre skade (ALNSF, 2016c; FN, 1989). I slike situasjoner er det viktig med faglig innsikt og kompetanse, etisk skjønn og gode kommunikasjonsevner (P. Nortvedt, 2016; Søjbjerg, 2013).

Det kan her være nyttig å gjøre bruk av en etiske refleksjonsmodell (P. Nortvedt, 2016). Det første spørsmålet anestesisykepleieren må spørre seg, er om inngrepet er nødvendig, noe som er et faglig spørsmål. Det å respektere barnets motvilje og kansellere inngrepet, eller om man skal bruke tvang er et etisk og eventuelt juridisk spørsmål (P. Nortvedt, 2016). Tvang er en sterk intervensjon og et alvorlig inngrep i barnets integritet. I tillegg kan belastningen på barnet føre til opplevelse av tap av kontroll, økt grad av stress og engstelse (Reid, 2014). Tvang fratar barnets mulighet til medbestemmelse og beslutninger om helsehjelp til barnets beste må derfor tas på et best mulig beslutningsgrunnlag der alle som er en del av teamet rundt barnet skal være inkludert og i tillegg inkludere og rådføre seg med foreldre. Helsehjelp kan da gis hvis dette anses å være i barnets interesse og det er sannsynlig at barnet ville ha gitt tillatelse til slik hjelp (P. Nortvedt, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Barn mellom 3-6 år er i utgangspunktet ikke samtykkekompetente etter loven og foreldre samtykker på vegne av barnet (Barnelova, 1981; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Autonomien utfordres i høy grad fordi rett til å medvirke forutsetter samtykkekompetanse (P. Nortvedt, 2016). Det er opp til den som yter helsehjelpen å vurdere om barnet har evne til å medvirke og ha medbestemmelse eller ikke. Beslutningskompetanse kan barnet ha og forutsetter at barnet har evne til å uttrykke et valg og har evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutninger som gjelder tvang (P. Nortvedt, 2016). I de fleste tilfeller er det foreldrene som tar avgjørelser og som gir samtykke til helsehjelp på vegne av barna slik pasient- og brukerrettighetsloven §4-4 uttrykker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtidig er det anestesipersonell som vurderer om barna kan ha beslutningskompetanse på noen områder. Det er lite forskning på hvordan helsepersonell vurderer barns beslutningskompetanse. Barnet kan ha delvis kompetanse på noen områder men det kan også være kompleks informasjon som kan være vanskelig for barnet å forstå (P. Nortvedt, 2016).

Det er ikke dermed sagt at foreldre i samarbeid med anestesipersonell kan treffe avgjørelser uten å trekke barnet med i beslutningsprosessen. Barnets rett til deltakelse i avgjørelser som berører dem har fått gradvis større betydning både i nasjonal og internasjonal lovgivning (FN, 1989; Justis og beredskapsdepartementet, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Anestesisykepleierne i denne studien beskriver at det ikke innhentes noe skriftlig samtykke til tvang men at samtalen inne på operasjonsstuen blir betraktet som et muntlig samtykke. Helsehjelp uten samtykke kan være ulovlig, uetisk og faglig uforsvarlig (P. Nortvedt, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom det ut fra barnets handlemåte og omstendighetene forøvrig er sannsynlig at barnet ville ha godtatt bruk av tvang kan man anta at det foreligger et samtykke. Barnet må informasjon og mulighet til å si sin mening før spørsmålet om innledning av anestesi med tvang blir avgjort (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Anestesisykepleierne i denne studien følger ikke nødvendigvis anbefalingene om samtykke til tvang. I følge barnets reaksjoner med skrik og gråt kan det ikke sies å være enig i beslutningen om at tvang brukes. Det kan være i strid med anbefalinger fra FN´s barnekonvensjon (1998) arikkel 12, 13, og 42 og Pasient- og brukerrettighetsloven §4-4 som skal sikre at helsepersonell beskytter mot uetiske handlinger.

Foreldrenes muntlige samtykke på vegne av barnet betyr heller ikke nødvendigvis at barnet kan tvinges til behandling. Tatt i betraktning at foreldre er i en stressende situasjon som innledning av anestesi er kan ikke foreldre sies å være å være i en situasjon der de er kapable til å ta gode beslutninger i forhold til barnet når tvang oppstår. (Andersson et al., 2012; Mortensen, 2019). Barn og foreldre er avhengig av tilliten til at anestesisykepleieren tar de rette avgjørelsene. I en slik situasjon mener jeg at viktig informasjon om at man kan forvente noe bruk av tvang ved anestesiinnledning kommer for sent. Forskning foreslår at dette tas opp på en preoperativ samtale i og med at problemstillingen kan forventes å oppstå (Andersson et al., 2012). Grader av tvang kan også påføre barnet unødig lidelse ved at det kan få langvarige kognitive og emosjonelle konsekvenser (Nordanger & Braarud, 2014; Oslo Universitetssykehus, 2017; Ruud, 2011; Søjbjerg, 2013). Det er viktig at barn og foreldre er med på å gi samtykke og at det diskuteres med barn og foreldre hva som skjer dersom det oppstår en situasjon der grader av tvang er nødvendig for å kunne innlede anestesi (Andersson et al., 2012; Homer & Bass, 2010; K. Karlsson et al., 2014; Page, Warren & Vanes, 2017; Svendsen et al., 2015).

Det er ikke til å komme fra at retten til selvbestemmelse og samtykke er en helt fundamental menneskerett som må være bærende i all sykepleie og behandling (P. Nortvedt, 2016). Samtidig er ikke alltid mulig å oppfylle barns ønsker, men det er fortsatt viktig å ta hensyn til barnets kompetanse og perspektiv, og bruke tvang med varsomhet (Svendsen, 2015).

5.4 Samarbeid med foreldre

Anestesisykepleierne beskriver at foreldresamarbeidet har flere sider. Foreldrene ønsker å ta hensyn til barnets ønsker samtidig som de ønsker å samarbeide med anestesipersonell og deltar ved tvang. Alle anestesisykepleierne fra studien opplever at foreldrene ofte samarbeider og følger anestesipersonellets instrukser om å holde barnet i forbindelse med innledning av anestesi. Det kan være å hjelpe til å holde en arm eller hele kroppen i forbindelse med innleggelse av perifer venekanyle eller maskeinnledning. Noen var bevisste at de i størst mulig grad skulle la foreldrene ha en støttende rolle og ikke delta i tvangen mens andre ikke tenkte over dette i like stor grad. Foreldres muligheter til å være støttende overfor sine barn blir påvirket når barnet blir utsatt for tvang og meningen med å gjennomføre prosedyren blir vanskelig å forstå (Andersson et al., 2012; Svendsen et al., 2016). De fleste foreldre har lite erfaring i hvordan de er foreldre i holde eller tvangssammenheng og kan derfor bli ambivalente eller usikre i sin rolle (Svendsen et al., 2016). Studien fra Bray (2015) gir en indikasjon på at foreldre ubevisst ikke hjelper barnet sitt til tross for barnet protester (L. Bray et al., 2015). Dette kan indikere at barnets stemme blir ikke hørt og sett på som mindre viktig i situasjonen (Lucy Bray, Carter & Snodin, 2016) Det samsvarer med tidligere forskning om at foreldredeltakelsen i forbindelse med bruk av tvang kan forandre seg utover i forløpet (Svendsen et al., 2016). Foreldre sitter med verdifull innsikt i forhold til barnets tidligere erfaringer, og når barnet kommer til gjentagende narkoser vil foreldrene sitte på viktig informasjon som for eksempel tidligere smertefulle forsøk på perifer venekanyle eller maskeinnledning med tvang. De kan hjelpe oss i forhold til en suksessfull plan i forhold til innledning av narkose (Elisha & Belson, 2018). Bruke nok tid til at barnet henger med blir også trukket frem av foreldre for at barnet skal få nok tid til å bli klar (Katarina Karlsson et al., 2014).

Reaksjonen fra foreldre når de sier til anestesipersonell at ”kjør på kan dere ikke bare holde” eller at de ”viser avsky” kan være et uttrykk for at de ønsker at innledningen bare skal bli

raskt overstått og ikke nødvendigvis at de ønsker å bruke tvang. Dette blir beskrevet i flere studier der foreldre og helsepersonell samarbeider om at prosedyren fullføres til tross for at barnet protesterer for at det skal bli fort gjort (L. Bray et al., 2015; Katarina Karlsson et al., 2014; Svendsen et al., 2016). I og med at tidligere studier har vist at foreldre ikke nødvendigvis tar barnets side når tvang oppstår (Svendsen et al., 2016), er dette en viktig dimensjon å ta hensyn til når avgjørelsen om det skal brukes tvang skal tas.

Anestesisykepleier påpeker at det er foreldre som bestemmer om barnet skal gjennom en behandling eller ikke og at tvang er en avgjørelse mellom foreldre og lege. Dersom foreldrene har samtykket til en behandling som barnet nekter må anestesipersonell vurdere nærmere hva som er faglig forsvarlig å gjøre. I følge Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere punkt 2.1 og 2.2 er ikke anestesisykepleier fritatt fra å delta i denne avgjørelsen men pliktet til å ivareta barnets side i forhold til de etiske avgjørelsene. Barnets beste skal i følge Grunnloven§ 104 og FNs barnekonvensjon, artikkel 3, være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som gjelder barn (FN, 1989; Justis og beredskapsdepartementet, 2020). Dersom tvang er noe anestesisykepleieren mener er feil, skal dette påpekes og dokumenteres selv om den endelige avgjørelsen vil ligge hos legen (Molven, 2019). Ved uenighet blant helsepersonell i teamet, skal overlege inkluderes i denne diskusjonen og ha den endelige avgjørelsen (Molven, 2019). Dette betyr at anestesipersonell må foreta en selvstendig vurdering av om tvang mot barnet er nødvendig, forsvarlig og til barnets beste i den aktuelle situasjonen. Det må også vurderes om tvang kan forsvares i forhold til plikten til å gi barnet ”omsorgsfull hjelp”. Ved vurdering om behandlingen skal iverksettes, har det også betydning hvilke midler som tas i bruk for å gjennomføre innledning av anestesi. Jo sterkere grad av overtalelse og maktbruk som må til, desto mer nødvendig må helsehjelpen være for at den kan iverksettes (Molven, 2019).

5.5 Metodediskusjon

Troverdighet er det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). For å sikre gyldighet og pålitelighet i denne studien, må flere elementer være på plass. Kritisk bevissthet rundt min egen rolle som forsker har vært viktig (Kvale et al., 2015). Kunnskap som kommer ut av intervju er på ingen måte helt

objektiv. Forskeren har med seg sin egen forforståelse inn i intervjuet men ser, lytter og påtvinger ikke informanten sin egen forforståelse (Kvale et al., 2015). I og med at jeg har mange års erfaring som anestesisykepleier og selv har vært med på å bruke tvang ved innledning av anestesi vil jeg ha en viss forforståelse. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å legge min egen forforståelse til side og stille med et åpent sinn og skape lett og ledig atmosfære under intervjuene. Informantene fikk korte spørsmål og jeg var bevisst på å la informanten få god tid til å svare uten avbrytelser. Det resulterte i lange og utfyllende svar. Jeg oppfordret informantene til å utdype så mye som mulig innenfor temaer i intervjuguiden og lot de få styre intervjuet i størst mulig grad. Samtalen og utveksling av mening vil dermed gjøre at intervjuene blir en blanding av objektiv og subjektiv (Kvale et al., 2015).

Gyldighet betyr i hvilken grad forskeren kan trekke gyldige slutninger ut fra resultatet av forskningen og om man har fått svar på det som er formålet med undersøkelsen. Dersom valg av problemstilling stemmer godt overens med teoretisk forståelse, vil det øke gyldighet. (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015). I forhold til gyldighet har jeg regelmessig forsøkt å sjekke min egen oppfatning av hva informantene svarer, med at jeg stiller spørsmål som ”har jeg forstått deg riktig når du sier at”, ”kan du utdype”. Dette kan føre til at det blir en økt forståelse mellom forsker og informant i forhold til utsagn, hvor uklarheter kan blir oppklart. Jeg gjorde ikke notater underveis, men valgt å fokusere fullt og helt på å være tilstede i intervjusituasjonen. Rett etter intervjuet tok jeg notater i forhold til om det var spesielle detaljer jeg måtte passe på å huske. Transkribering har blitt gjort så tett opptil intervjuene som mulig. Jeg har etter beste evne forsøkt å transkribere og gjenta intervjuene så ordrett som mulig inklusive oppståtte tenkepauser, bruk av stillhet og stemning underveis. Det vil alltid bli en viss fortolkning siden muntlig språk overføres til skriftlig språk, men jeg har forsøkt å gjøre dette så nøyaktig som mulig. Jeg har også forsøkt å redegjøre for fremgangsmåte etter beste evne ved så detaljerte beskrivelser som mulig (Kvale et al., 2015).

Påliteligheten styrkes ved å gjøre gode forberedelser med fokus på kvalitet (Kvale et al., 2015). Jeg informerte avdelingsledelsen ved alle sykehusene om at det er viktig for intervjuets kvalitet å få sitte uforstyrret. Ved to av intervjuene opplevde jeg forstyrrelser i form av å bli avbrutt ved et tilfelle av at noen banket på døren og av støy utenfor et vindu i to av tilfellene. I og med at det var god kvalitet på lydopptak av intervjuene mener jeg at det har hatt liten betydning for intervjuene som helhet. Jeg har forsøkt å beskrive konteksten og fremgangsmåten for intervjuene så detaljert som mulig for å styrke påliteligheten (Kvale et

al., 2015). Jeg hadde en overordnet intervjuguide som ble brukt under alle tre intervjuene. Det var til god hjelp for å sikre at alle temaene som jeg ønsket å snakke om ble berørt. Denne var også til god hjelp dersom informanten sporet av (Kvale et al., 2015). Intervju som metode mener jeg er riktig valg av metode da jeg er nybegynner (Malterud, 2017). Jeg har hatt god hjelp av to erfarne veiledere, noe som har vært nyttig fordi jeg er en uerfaren intervjuer. Gruppeintervju er også en metode som kunne være egnet, men jeg opplever at individuelle intervjuer har gitt meg lange utfyllende og detaljerte svar. Den enkelte anestesisykepleierens perspektiv på etiske betraktinger rundt bruk av tvang i forbindelse med innledning av anestesi til barn får komme frem, uten påvirkning fra andre (Kvale et al., 2015).

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget, konteksten og er relevant og anvendbart i andre situasjoner. I kvalitativ forskning er overførbarhet knyttet til at man kan kjenne igjen meningen og om denne meningen gir innsikt av betydning (Kvale et al., 2015). Data etter intervju med tre anestesisykepleiere er ikke mye sett i sammenheng med anbefalinger fra litteratur. Dataene som samles inn er gyldig for de anestesisykepleierne som er med, men kan også overføres til å gjelde i flere sammenhenger (Kvale et al., 2015). Mange av de samme erfaringene og dilemmaene gikk igjen i de tre intervjuene og de stemmer godt overens med tidligere forskning på temaet. Jeg mener derfor at resultatene fra undersøkelsen kan overføres til praksis.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Ved å sette fokus på ulike grader av tvang i barneanestesi, kan det stimulere til økt diskusjon og refleksjon rundt begrepene og hva det betyr for vår praksis. Anestesisykepleierne opplever i praksis at de har liten tid til rådighet og ofte er prisgitt det umiddelbare samspillet med barn og foreldre. Anestesisykepleierne i studien synliggjør et behov for en beslutningstaking basert på en bevissthet rundt etiske utfordringer som kommer til syne når barnet motsetter seg innledning av anestesi.

Informasjon og samtykke til tvang er noe som blir aktualisert i denne studien. Resultatet viser at anestesisykepleierne gir informasjon og mottar muntlig samtykke til tvang inne på

operasjonsstuen. I følge lovverk, etikk og forskning kan det tyde på at dagens praksis kan ligge i en gråsone og vurdering om informasjon og samtykke bør gjøres på et tidligere tidspunkt bør diskuteres.

Det er ulike rutiner for premedikasjon og ofte blir premedikasjon gitt til de barna som er mest urolig. Forskning, teori og utsagn fra anestesisykepleierne viser at det er utfordrende å vite hvilke barn som har behov for premedikasjon. Opplevelsen av at barn i denne aldersgruppen er uforutsigbare er et viktig funn som bør forskes mer på. Det foreligger fortsatt lite kunnskap om barnets perspektiv på tvang i forbindelse med anestesi. Slik jeg forstår anestesisykepleierne så er det variasjon på de ulike sykehusene i hvilken grad det er alternativer tilgjengelig i forhold til premedikasjon dersom anestesipersonell underveis i prosessen ser at det er nødvendig og ønsker å benytte seg av det. Det finnes heller ingen eksisterende retningslinjer for hva som bør gjøres hvis et premedisinert barnet motsetter seg. Styrken på barnets motstand, kompleksiteten og usikkerheten i situasjonen skaper et etisk dilemma.

Foreldre spiller i følge anestesisykepleier en avgjørende rolle i forbindelse med innledningen av anestesi. De har en rolle som støtte for barnet samtidig som de ønsker å samarbeide med anestesipersonell. Ifølge anestesisykepleierne må foreldrene selv ta initiativ til å si fra dersom de ikke ønsker å fortsette når barnet gjør motstand. Interaksjonen med foreldre og deres dilemma om hva som er barnets beste og samtidig støtte anestesipersonell er en vanskelig balansegang som anestesipersonell har behov for mere kunnskap om. Det er ikke alltid slik at foreldrene vet nok om hvor grensene går og når de går over til å utøve tvang. Som en del av de preoperative forberedelsene av barnet, bør det i større grad tas hensyn til at tvangssituasjoner kan oppstå.

Kunnskap om grader av tvang og grenser for bruk av tvang er viktig å kjenne til for å kunne ta riktige beslutninger på vegne av barnet. Mange foreslår at barnets beste og foreldrenes samtykke er ledende prinsipper når et barn ikke er samtykkekompetent selv om dette kan bety mulig bruk av en grad av tvang. Ved tvilstilfeller bør barnets beste stå i første rekke (Lucy Bray et al., 2016; FN, 1989; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tvang og makt bør unngås, og være siste utvei (Reid, 2014).

LITTERATURLISTE

Alexander, E., Murphy, C. & Crowe, S. (2010). What parents think about physical restraint of their child to facilitate induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia, 20*(11), 1056-1058.

ALNSF. (2016a). Grunnlagsdokument, funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere. Hentet 09.03.2018 fra https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument/grunnlagsdokument

ALNSF. (2016b). Norsk standard for anestesi. Hentet 10.03.2018 fra https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi

ALNSF. (2016c). Yrkesetiske retningslinjer Hentet 09.03.2018 fra https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/etiske-retningslinjer-og-standarder-for-klinisk-utovelse-overvaking-og-utdanning/130-etiske-retningslinjer-og-standarder-for-klinisk-utovelse-overvaking-og-utdanning/file

Andersson, L., Johansson, I. & Almerud Österberg, S. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 21*(20), 1204, 1206.

Aydin, T., Sahin, L., Algin, C., Kabay, S., Yucel, M., Hacioglu, A., . . . Kilicoglu, A. (2008). Do not mask the mask: use it as a premedicant. *Pediatric Anesthesia, 18*(2), 107-112.

Bakkalia, I. B. T. & Dysvik, E. (2018). Intranasal dexmedetomidine is of benefit as a paediatric premedication-from the perspective of anaestetic nurses. *Sykepleien forskning*, 25. doi: https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2018.71340

Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre (barnelova)*. Hentet fra www.lovdata.no

Bjørnå, S. I. (2016). *Preoperativ angst hos barn*. Høgskolen i Oslo og Akershus

Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T. & Blake, L. (2018). Holding children for procedures: An international survey of health professionals. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 205-215. doi: 10.1177/1367493517752499

Bray, L., Carter, B. & Snodin, J. (2016). Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered. *Research in Nursing & Health, 39*(1), 30-41. doi: 10.1002/nur.21700

Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nurs. Inq., 22*(2), 157-167. doi: 10.1111/nin.12074

Coyne, I. (2011). Childrens experience of hospitalisation and their paricipation in decision-making. I G. M. S. Brykczynska, J. (Red.), *Ethical and philosiphical aspects of nursing children* (s. 129-143). United Kingdom: Blackwell publiching Ltd.

Crellin, D., Babl, F. E., Sullivan, T. P., Cheng, J., O´Sullivan, R. & Hutchinson, A. (2011). Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatric Emergency Care, 27*, 622-627.

Elisha, S. & Belson, P. (2018). Pediatric Anesthesia. I J. J. E. Nagelhout, Sass. (Red.), *Nurse anesthesia* (6th. utg., s. 1117-1135). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Feinstein, M. M., Pannunzio, A. E., Lobell, S. & Kodish, E. (2018). Informed consent in pediatric anesthesia: a narrative review. *Anesthesia & Analgesia, 127*(6), 1398-1405.

FN. (1989). *FN´s konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekkliste kvalitativ 2014. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014-pdf

Folkehelseinstituttet. (2016). Kildevalg. Hentet 26.04 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg

Folkes, K. (2005). Is restraint a form of abuse? *Paediatric nursing, 17*(6), 41-44.

Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(9), 857-862.

Grønseth, R. M., Trond. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (4. utg.). Norge: Fagbokforlaget.

Hazinski, M. F. (2013). Children are different. I M. F. Hazinski (Red.), *Nursing care of the critically ill child* (3rd ed. utg., s. 1-17). St.Louis: Elsevier Mosby.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Henneberg, S. W. & Hansen, T. G. (2015). *Børneanæstesi* (2.udg. utg.). København: FADL's forlag.

Hofmann, B. (2009). Pasientautonomi som etisk rettesnor-en kritisk gjennomgang. *Sykepleien forskning, 03*. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0048

Homer, J. & Bass, S. (2010). Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthetists. *Pediatr. Anesth., 20*(7), 638-646. doi: 10.1111/j.1460-9592.2010.03324.x

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

Justis og beredskapsdepartementet. (2020). *Kongeriket Norges Grunnlov*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn

Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics, 21*(5), 608-620. doi: 10.1177/0969733013513214

Karlsson, K., Englund, A.-C., Enskär, K. & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9*. doi: 10.3402/qhw.v9.23759

Karlsson, K., Englund, A.-C. D., Enskär, K., Nyström, M. & Rydström, I. (2016). Experiencing support during needle-related medical procedures: A hermeneutic study with young children (3–7 years). *Journal of Pediatric Nursing, 31*(6), 667-677.

Karlsson, K., Enskär, K. & Eriksson, M. (2015). ”Jag är rädd, jag vill till mamma”: Yngre barns, föräldrars och sjuksköterskors levda erfarenheter av nålprocedurer i vården *“I’m afraid, I want my mommy”: Younger children's, parents', and nurses' lived experiences of needle procedures in health care*. Jönköping: Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare.

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A. C. D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9*(1), <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi: 10.3402/qhw.v9.23063

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K. & Englund, A.-C. D. (2016). Consequences of needle-related medical procedures: A hermeneutic study with young children (3–7 years). *Journal of Pediatric Nursing, 31*(2), e109-e118.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lewis, I., Burke, C., Voepel-Lewis, T. & Tait, A. R. (2007). Children who refuse anesthesia or sedation: A survey of anesthesiologists. *Paediatric Anaesthesia, 17*(12), 1134-1142. doi: 10.1111/j.1460-9592.2007.02331.x

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen* (Bind 1). Oslo: Akribe as.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg., Bind 1). Norge: Gyldendal Norsk Forlag.

Mortensen, A. H. N., Marita; Lohne, Vibeke. (2019). Nudging in nursing. *Nursing Ethics, 26(6)* 1601-1610. doi: 10.1177/0969733018779226

Nilsson, K. & Sandström, K. (2016). Barnanestesi. I S. W. Lindahl, Ola; Åkeson, Jonas (Red.), *Anestesi* (3. utg., s. 504-529). Stockholm: Liber AS.

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51*(7), 530-536.

Nordhaug, M. (2018). *Partiality and Justice in Nursing Care* (1. utg.). London: Routledge.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke en innføring i sykepleiens etikk* (1. utg., Bind 2). Norge: Gyldendal Norsk Forlag.

Oslo Universitetssykehus. (2017). Psykososial preoperativ forberedelse av barn og unge. Hentet 02.03.2018 fra http://ehandboken.oslo-universitetssykehus.no/document/49543

Page, A., Warren, A. & Vanes, N. (2017). Developing a website to demonstrate clinical holding techniques. *Nursing Children and Young People (2014+), 29*(2), 20. doi: 10.7748/ncyp.2017.e801

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient - og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven

Pasientjournalforskriften. (2019).
Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). Hentet fra https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168/§8

Reid, K. T., A.; Tuterra, D. (2014). Management of painful procedures. I A. D. Twycross, S; Stinson, J. (Red.), *Managing pain in children* (2nd. utg., s. 246-267). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

Richardson, J. (2011). A review of children's rights as applien to paediatric nursing. I G. M. S. Brykczynska, J. (Red.), *Ethical and philosophical aspects of nursing children and young people* (s. 36-42). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Royal College of Nursing. (2019). Restrictive physical intervention and clinical holding for children and young people. Hentet fra https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2019/october/007-746.pdf?la=en

Runeson, I., Proczkowska-Bjorklund, M. & Idvall, E. (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care, 14*(4), 345-354. doi: 10.1177/1367493510379610

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? : kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ræder, J. (2016). *Anestesiologi* (2. utg.): Gyldendal Akademisk.

Rådet for sykepleieetikk. (2015). Etisk refleksjonsmodell. Hentet fra http://yrkesetikk.nsf.no/hjelp-til-prosessen

Slota, M. C. (2013). Psychosocial aspects of pediatric critical care. I M. F. Hazinski (Red.), *Nursing care of the critically ill child* (3rd ed. utg., s. 19-47). St.Louis: Elsevier Mosby.

Storvik, M. & Førde, R. (2018). Store Norske Leksikon. Hentet 23/2-18 fra https://sml.snl.no/tvang

Svendsen, E. J. (2018). Restraint during medical procedures in hospitalized preschool children. An exploratory study. 123.

Svendsen, E. J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjork, I. T. (2015). Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatr, 15*, 190. doi: 10.1186/s12887-015-0508-3

Svendsen, E. J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjork, I. T. (2016). Parent-healthcare provider interaction during peripheral vein cannulation with resistive preschool children. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 620-630. doi: 10.1111/jan.12852

Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjork, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *Int J Qual Stud Health Well-being, 12*(1), 1363623. doi: 10.1080/17482631.2017.1363623

Söderbäck, M. (2013). Young (3-5 year-old) children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal Of Research In Nursing, 18*(7), 636-648. doi: 10.1177/1744987111434191

Søjbjerg, I. L. (2011). Barn. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg. utg., s. 353-373). Oslo: Akribe.

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

Tan, L. & Meakin, G. H. (2010). Anaesthesia for the uncooperative child. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 10*(2), 48-52.

Walker, H. (2009). The child who refuses to undergo anesthesia and surgery–a case scenario-based discussion of the ethical and legal issues. *Pediatric Anesthesia, 19*(10), 1017-1021.

Aalen, M. (2016). *Etikk i psykisk helsearbeid - etikk, menneskesyn og verdier*. Oslo: HiOA.

Vedlegg 1 Søknad om tillatelse - pilotintervju

OsloMet - storbyuniversitetet
Fakultetet for helsefag
Pilestredet 32
0130 OSLO

[redacted]
Anestesiavdelingen v/ Avdelingssjef
[redacted]

30.05.18

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE ET PILOTINTERVJU MED EN ANESTESISYKEPLEIER

I forbindelse med min masteroppgave i anestesisykepleie, ønsker jeg å utforske sider ved temaet: ”Tvang i barneanestesi - hvor går grensen”?

Jeg er ansatt ved anestesiavdelingen i [redacted] og har 15 års erfaring som anestesisykepleier. Jeg tar nå påbygging mastergrad i anestesisykepleie. I løpet av denne tiden har jeg vært i situasjoner der barn i forbindelse med innledning av anestesi ikke ønsker å samarbeide om for eksempel innleggelse av venekanyle eller preoksygenering. Det kan da oppstå ulike former og grader av tvang for å få gjennomført innledning av anestesi. Hensikten med denne studien er å undersøke hva anestesisykepleieren legger i begrepet tvang, hvordan anestesisykepleieren opplever og erfarer bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn mellom 3-6 år og hvordan anestesisykepleieren opplever at barn og foreldre reagerer på dette.

Jeg ønsker å gjøre et individuelt pilotintervju med 1 anestesisykepleier, med mer enn 1 års erfaring med barneanestesi og som daglig jobber med barn i alderen 3-6 år.
Det er ønskelig å intervjue anestesisykepleier som fyller inklusjonskriteriene etter forslag fra og avtale med avdelingssykepleier. Informantene som ønsker å delta får et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring. Intervjutidspunkt vil avtales med avdelingssykepleier og den enkelte informant.
Studien er vurdert av personvernombud ved [redacted] og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (Utdannings- og forskningsdepartementet).

Vennlig hilsen

Bente S. Riddervold
Tlf: 48 24 42 40
Bente.riddervold@gmail.com

Veileder: Berit T. Valeberg
Tlf: 67 23 62 07
Berit.valeberg@oslomet.no

Veileder: Vibeke Lohne
Tlf: 67 23 61 40
Vibeke.Lohne@oslomet.no

Vedlegg 2 Søknad om tillatelse til en kvalitativ studie

OsloMet - storbyuniversitetet
Fakultetet for Helsefag
Pilestredet 32
0130 OSLO

[redacted]
Anestesiavdelingen v/ Avdelingssjef
[redacted]

30.05.18

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN STUDIE MED EN ANESTESISYKEPLEIER

I forbindelse med min masteroppgave i anestesisykepleie, ønsker jeg å utforske sider ved tema: ”Tvang i barneanestesi - hvor går grensen”?

Jeg er ansatt ved anestesiavdelingen i [redacted] og har 15 års erfaring som anestesisykepleier. Jeg tar nå påbygging mastergrad i anestesisykepleie. I løpet av denne tiden har jeg vært i situasjoner der barn i forbindelse med innledning av anestesi ikke ønsker å samarbeide om for eksempel innleggelse av venekanyle eller preoksygenering. Det kan da oppstå ulike former og grader av tvang for å få gjennomført innledning av anestesi. Hensikten med denne studien er å undersøke hva anestesisykepleieren legger i begrepet tvang, hvordan anestesisykepleieren opplever og erfarer bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn mellom 3-6 år og hvordan anestesisykepleieren opplever at barn og foreldre reagerer på dette.

Inklusjonskriterier: Jeg ønsker å gjøre et individuelt intervju av 1 anestesisykepleier, med over 1 års erfaring med barneanestesi og som daglig jobber med barn i alderen 3-6 år.

Rekruttering av informanter: Det er ønskelig å intervjue en anestesisykepleier som fyller inklusjonskriteriene etter forslag fra og avtale med avdelingssykepleier. Informanten som ønsker å delta får et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring. Intervjutidspunkt vil avtales med avdelingssykepleier og den enkelte informant.
Studien er vurdert av personvernombud ved [redacted] og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (Utdannings- og forskningsdepartementet).

Vennlig hilsen

Bente S. Riddervold
Tlf: 48 24 42 40
Bente.riddervold@gmail.com

Veileder: Berit T. Valeberg
Tlf: 67 23 62 07
Berit.valeberg@oslomet.no

Veileder: Vibeke Lohne
Tlf: 67 23 61 40
Vibeke.Lohne@oslomet.no

Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i en kvalitativ intervjustudie

OsloMet - storbyuniversitetet
Fakultetet for helsefag
Pilestredet 32
0130 OSLO 30.05.18

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

”Tvang i barneanestesi – hvor går grensen”

Bakgrunn og formål.
Jeg er ansatt ved anestesiavdelingen i [redacted] og har 15 års erfaring som anestesisykepleier. Jeg tar nå påbygging mastergrad i anestesisykepleie. I løpet av denne tiden har jeg vært i situasjoner der barn i forbindelse med innledning av anestesi ikke ønsker å samarbeide om for eksempel innleggelse av venekanyle eller preoksygenering. Det kan da oppstå ulike former og grader av tvang for å få gjennomført innledning av anestesi. Hensikten med denne studien er å undersøke hva anestesisykepleieren legger i begrepet tvang, hvordan anestesisykepleieren opplever og erfarer bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn mellom 3-6 år og hvordan anestesisykepleieren opplever at barn og foreldre reagerer på dette.

Hva innebærer studien?
Jeg ønsker at du deltar på et individuelt kvalitativt intervju som vil ta omtrent en time. Under intervjuet vil det brukes lydopptak. Opptak vil oppbevares nedlåst inntil det er transkribert og deretter slettes. Intervjutidspunkt og sted vil bli nærmere avtalt.

Mulige fordeler og ulemper.
Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av denne studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne brukes til å videreutvikle en bevisstgjøring rundt tema og kliniske alternativer.

Hva skjer med informasjonen om deg?
Intervjuet blir tatt opp og all informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg.

Frivillig deltakelse.
Det er frivillig å delta i studien. Du behøver ikke oppgi noen grunn hvis du ikke ønsker å delta. Du kan trekke deg fra deltakelse på ett hvert stadium før innlevering av masteroppgaven, og all informasjon om deg vil da bli makulert.

Samtykke.
Dersom du ønsker å delta, er det fint om du sender meg en bekreftelse på mail og undertegner samtykkeerklæringen på neste side. Denne leverer du til meg når intervjuet finner sted. Har du spørsmål til studien nå eller underveis, så kan du ta kontakt med meg på telefon eller mail. Tid og sted vil avtales videre via din leder.

Tillatelser.
Studien er godkjent av personvernombud [redacted] avdelingssjef og avdelingsleder ved din avdeling og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Utdannings- og forskningsdepartementet).

Vennlig hilsen

Bente S. Riddervold
Tlf: 48 24 42 40
Bente.riddervold@gmail.com

Veileder: Berit T. Valeberg
Tlf: 67 23 62 07
Berit.valeberg@oslomet.no

Veileder: Vibeke Lohne
Tlf: 67 23 61 40
Vibeke.Lohne@oslomet.no

Vedlegg 4 Samtykkeerklæring

[redacted]

30.05.18

SAMTYKKEERKLÆRING

Studien
”Tvang i barneanestesi - hvor går grensen”?

Jeg bekrefter å ha fått informasjon om studien Dato:	Jeg er villig til å delta i studien Dato:

Vedlegg 5 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE:

Hva legger du i begrepet tvang? Bruker dere det? Finnes det grader av tvang? Kan du gi noen eksempler eller situasjoner der dere har brukt noen former for tvang? Fortell

Hvilke situasjoner ved anestesiinnledning til barn mellom 3-6 år opplever du at kan kreve bruk av tvang? Gi eksempler.

Når brukes tvang? Knyttes til konkrete situasjoner.
Hvilke erfaringer har du om samspillet mellom barn, foreldre og anestesipersonell når det brukes tvang?

Helsepersonellrollen:
Hvordan opplever du som anestesisykepleier situasjonen dersom det utøves grader av tvang? I hvilke situasjoner har du erfart å måtte utøve tvang?

Hvordan samarbeider du med anestesilegen om bruk av grader av tvang? Hvordan er rollefordelingen dere imellom?

Barnerollen:
Ut i fra din erfaring, hva slags medvirkning har barnet? Blir det tatt hensyn til barnets tidligere erfaringer? Hvor finner man opplysninger om dette? Har barnet fått en individuell plan? Får barnet uttrykke sin mening, og har de noen påvirkningskraft?

Foreldrerollen:
Hvordan samarbeider du med foreldre om bruk av tvang? Hva slags informasjon og veiledning har foreldrene etter din erfaring fått i utøvelse av tvang? Utrykker foreldrene noen gang motstand mot det vi gjør og hvordan kommer dette evt til uttrykk? Får foreldrene anledning til å uttrykke sin mening?

Innhentes det noen form for samtykke fra barn og foreldre om bruk av tvang? og eventuelt når og hvem gjør det?

Har du noen eksempler på tilfeller du mener det var nødvendig å bruke tvang? Finnes det uakseptabel praksis?
Har dere retningslinjer i avdelingen for utøvelse og bruk av tvang?
Når stopper du opp? Hvor går din grense for hva som er tvang?

Oppfølgingsspørsmål: hva mener du...? Kan du klargjøre...? Hvordan opplevde du...?

Vedlegg 6 Meldeskjema NSD

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er. NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Hvis ja, hvilke?	□ Navn □ 11-sifret fødselsnummer □ Adresse □ E-post □ Telefonnummer □ Annet	
Annet, spesifiser hvilke		
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Hvis ja, hvilke	Yrke, stemme, kjønn	
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema.
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Tvang i barneanestesi - hvor går grensen?	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Berit	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig. Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Taraldsen Valeberg	
Stilling	Førsteamanuensis	
Telefon	67236207	
Mobil	99726919	
E-post	beritva@oslomet.no	
Alternativ e-post	berit.valeberg@hioa.no	

Side 1

Arbeidssted	OsloMet - storbyuniversitet	
Adresse (arb.)	Pilestredet 32	
Postnr./sted (arb.sted)	0130 Oslo	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Bente	
Etternavn	Skjeldrum Riddervold	
Telefon	48244240	
Mobil		
E-post	bente.riddervold@gmail.com	
Alternativ e-post	bente.riddervold@vestreviken.no	
Privatadresse	Brendsrudlia 30	
Postnr./sted (privatadr.)	1385	
Type oppgave	● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	I løpet av min tid som anestesisykepleier har jeg vært i situasjoner der barn i forbindelse med innledning av anestesi ikke ønsker å samarbeide om for eksempel innleggelse av perifer venekanyle eller preoksygenering. Det kan da oppstå ulike grader av tvang for å få gjennomført innledning av anestesi. Hensikten med denne studien er å undersøke hva anestesisykepleier legger i begrepet tvang, hvordan anestesisykepleier opplever og erfarer bruk av tvang ved innledning av anestesi til barn mellom 3-6 år, og hvordan anestesisykepleier opplever at barn og foreldre reagerer på dette.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	□ Barnehagebarn □ Skoleelever □ Pasienter □ Brukere/klienter/kunder □ Ansatte □ Barnevernsbarn □ Lærere ■ Helsepersonell □ Asylsøkere □ Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg.
Beskriv utvalg/deltakere	Anestesisykepleier	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Forespørsel om deltakelse sendes til avdelingssykepleier, som deretter tar kontakt med aktuelle anestesisykepleiere ved avdelingen.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Avdelingssykepleier ved sykehuset.	Beskriv hvordan førsstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegagskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider.
Alder på utvalget	□ Barn (0-15 år) □ Ungdom (16-17 år) ■ Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	3	

Side 2

Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	Les mer om sensitive opplysninger.
Hvis ja, hvilke?	□ Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning □ At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling □ Helseforhold □ Seksuelle forhold □ Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	□ Papirbasert spørreskjema □ Elektronisk spørreskjema ■ Personlig intervju □ Gruppeintervju □ Observasjon □ Deltakende observasjon □ Blogg/sosiale medier/internett □ Psykologiske/pedagogiske tester □ Medisinske undersøkelser/tester □ Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema,intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks.Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om forskningsmetoder.
	□ Registerdata	
	□ Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	■ Skriftlig ■ Muntlig □ Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer.Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema. Last ned en veiledende mal her. Les om krav til informasjon og samtykke. NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.
Samtykker utvalget til deltakelse?	● Ja ○ Nei ○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert. Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.
10. Informasjonssikkerhet		

Side 3

Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	□ På server i virksomhetens nettverk □ Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) □ Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten ■ Privat datamaskin □ Videoopptak/fotografi ■ Lydopptak □ Notater/papir □ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) □ Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter. Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon. NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver. Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskinen er beskyttet med dobbelt brukernavn og passord. Innlogging må skje i to sekvenser. Datamaskin oppbevares i låsbart rom. Når materialet er transkribert, slettes lydfilen.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja ○ Nei ●	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm. Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.
Hvis ja, beskriv?		
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja ● Nei ○	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?	Berit T. Valeberg, veileder, og Vibeke Lohne, biveileder, OsloMet - storbyuniversitetet, Pilestredet 32, 0130 Oslo	
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registereier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger.
Hvis ja, hvilken	Avdelingsledelse og Personvernombudet ved sykehuset.	
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	30.05.2018 30.06.2020	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter. Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skalanonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	□ Ja, direkte (navn e.l.) □ Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) ■ Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.

Side 4

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	■ Datamaterialet anonymiseres □ Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres.Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data.
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjekttittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. • brev_godkjenninger_masteroppgave_17_4_18_.pdf • intervjuguide.pdf • informasjonsskriv_deltakere.pdf	

Side 5

Vedlegg 7 Godkjennelse NSD

NSD

Berit Taraldsen Valeberg
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 14.05.2018 Vår ref: 60498 / 3 / HJP Deres dato: Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 25.04.2018 for prosjektet:

60498	*Tvang i barneanestesi - hvor går grensen?*
Behandlingsansvarlig	*OsloMet - Storbyuniversitetet, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Berit Taraldsen Valeberg*
Student	*Bente Skjeldrum Riddervold*

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2020 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av

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

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

personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dag Kiberg

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18 / hanne.johansen-pekovic@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Bente Skjeldrum Riddervold, bente.riddervold@gmail.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 60498

Vedlegg 8 Meldeskjema Personvernombud

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter Kompetansesenter for personvern og sikkerhet [redacted]

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til [redacted] sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se [redacted] for spørsmål og veiledning.

Når forenklet melding er sendt inn kan prosjektet starte, under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding.

1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) Berit T Valeberg Vibeke Lohne (biveileder Navn (STUDENT) Bente S Riddervold	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: [redacted]
Telefonnummer (STUDENT): 48244240	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): beritva@oslomet.no lohne@oslomet.no bente.riddervold@gmail.com
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgskolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet OsloMet - storbyuniversitetet	
2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
Tvang i barneanestesi – hvor går grensen?	
3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss): x En høgskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet x Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet. x Prosjektet meldes til NSD x Deltagerne samtykker skriftlig x Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning x Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset x Det registreres ingen informasjon om deltagernes helse x Det registreres ingen informasjon om andre personers helse x Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet x Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagernes arbeidstid (hvis aktuelt)	
4 LAGRING AV DATA	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? ☐ Ja x Nei Hvis ja, hvordan skal dette lagres?	
5 DATO FOR UTFYLLING	

Utskriftstidspunkt: 22.05.18 13:04 *Side 1 av 2*

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
[redacted]

Sted og dato	Utfylt av:
Asker, 22/5-18	Bente S Riddervold

Vedlegg 9 Mailkorrespondanse angående personvern og tillatelser

Fra: **Bente Riddervold** <bente.riddervold@gmail.com>
Date: tir. 22. mai 2018, 13:54
Subject: Personvern - Masteroppgave i anestesisykepleie
To: [redacted]
Cc: Bente Riddervold <bente.riddervold@gmail.com>, Berit Taraldsen Valeberg <beritva@oslomet.no>, Vibeke Lohne <lohne@oslomet.no>

Hei, jeg er i gang med en masteroppgave, påbygning mastergrad i anestesisykepleie ved OsloMet-storbyuniversitetet. Søknad om godkjenning er meldt til NSD og godkjent 14/5. Meldeskjemaet har referanse 60498.
Vedlagt er brev til avdelingsledelsen der undersøkelsen ønskes utført og informasjonsskriv og samtykkeskjema til anestesisykepleier. Jeg har tidligere vært i kontakt med [redacted] seksjonsoverlege ved dagkirurgisk avdeling, [redacted]

Ta gjerne kontakt dersom dere har behov for ytterligere informasjon.

Mvh Bente Riddervold
bente.riddervold@gmail.com
48244240

Fra: [redacted]
Date: ons. 23. mai 2018, 09:30
Subject: VS: Personvern - Masteroppgave i anestesisykepleie
To: [redacted]
Cc: [redacted] bente.riddervold@gmail.com <bente.riddervold@gmail.com> [redacted]

Hei [redacted]
Videresender til deg.
Fint hvis du kan se på det og gi klarsignal til [redacted] og Bente Riddervold.
Kopier gjerne meg inn i videre mailer.

Mvh [redacted]

[redacted]
Forskningskoordinator
Forskningsavdelingen
[redacted]

Fra: [redacted]
Date: ons. 23. mai 2018, 14:07
Subject: VS: Personvern - Masteroppgave i anestesisykepleie
To: [redacted], bente.riddervold@gmail.com <bente.riddervold@gmail.com>
[redacted]

Hei, OK herfra!

Mvh;
[redacted]
Informasjonssikkerhetsleder / Personvernombud
[redacted]

Fra: [redacted]
Date: tor. 24. mai 2018, 11:00
Subject: SV: Personvern - Masteroppgave i anestesisykepleie
To [redacted] bente.riddervold@gmail.com
<bente.riddervold@gmail.com>
Cc: [redacted]

Lykke til med masteroppgaven.
Hilsen [redacted]

[redacted]

Forskningssjef, [redacted]
[redacted]

Fra: Bente Riddervold [mailto:bente.riddervold@gmail.com]
Sendt: 6. august 2018 18:06
Til: [redacted]
Kopi: Bente Riddervold
Emne: Re: Mastergrad i anestesisykepleie

Hei
Personvernombudet ved [redacted] ønsker en bekreftelse fra deres avdeling om tillatelse til å intervjue en av deres ansatte. Fint hvis du kan sende meg en kort bekreftelse på mail til meg, så jeg kan videresende til de. Det er ikke behov for å oppgi navn på ansatt.
På forhånd takk.

Mvh Bente Riddervold.

Fra: [redacted]Personvern[redacted]
Date: man. 13. aug. 2018, 14:45
Subject: SV: Mastergrad i anestesisykepleie - tillatelse til å gjennomføre intervju
To: Bente Riddervold <bente.riddervold@gmail.com>
Cc: [redacted] Berit Taraldsen Valeberg <beritva@oslomet.no>, Vibeke Lohne <lohne@oslomet.no>

Hei!

Takk for tilsendt bekreftelse fra avdelingsleder, den er arkivert [redacted] på saksnummer [redacted]
Ønsker deg lykke til med masteroppgaven!

mvh
[redacted]
Personvernrådgiver
[redacted]

Fra: [redacted]
Date: tor. 16. aug. 2018, 15:32
Subject: VS: Mastergrad i anestesisykepleie
To: Bente Riddervold <bente.riddervold@gmail.com>
Cc: [redacted]

Hei Bente!

[redacted]

Jeg bekrefter at det fra undertegnede er gitt tillatelse til intervju av ansatt i Avdeling for anestesisykepleie i forbindelse med et mastergradsprosjekt i regi av Bente Riddervold.

mvh
[redacted]
Avdelingsleder
[redacted]

IKKE SENSITIVT INNHOLD