

Foreldres opplevelse av mottak og innledning av generell anestesi til barn



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Anestesisykepleie

Student: Hanne Revheim og Benedicte Brattaas

Veileder: Britt Sætre Hansen, Øystein Myrstad (med-veileder)

Dato: 10.05.22

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: VÅR 2022

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Benedicte S. Brattøas, Hanne Reuheim

VEILEDER: Britt Johansen, Øystein Myntad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: FORELDRES OPPLEVELSE AV MOTTAK OG INNLEDNING AV
GENERELL ANESTESI TIL BARN

Engelsk tittel: PARENTS' EXPERIENCE OF RECEIVING AND INITIATING
GENERAL ANAESTHESIA FOR CHILDREN

EMNEORD/STIKKORD: FORELDRE, OPPLEVELSE, GENERELL ANESTESI, BARN,
INFORMASJON, FAMILIE-SENTRERT OMSORG

ANTALL ORD: 16 854

STAVANGER 5/5 - 2022

DATO/ÅR

(Dette skjemaet brukes som side 2 i masteroppgaven)

Forord

Det å skrive en masteroppgave har vært både utfordrende og spennende. Vi fant tidlig ut at vi ville gjøre en kvalitativ studie og erfarte i praksis at arbeid med barn og foreldre var krevende på en annen måte enn vi hadde trodd. Det ble derfor naturlig for oss å dykke ned i denne problemstillingen, og det er vi glade for at vi valgte. Vi har feilet og lært underveis og hatt flere åpenbaringer omkring planlegging, gjennomføring og IT.

Ved å gjøre denne studien har vi lært mye om rollen som anestesisykepleier i møte med foreldre og barn, samtidig som det var spennende å utforske foreldres syn på anesthesiavdelingen og deres arbeid.

Vi må først og fremst takke våre veiledere Britt Sætre Hansen og Øystein Myrstad for god veiledning og oppmuntring underveis i arbeidet med vår masteroppgave. En takk må også rettes til bibliotekar som vi har fått hjelp av ved flere anledninger. Vi innså tidlig i prosessen at våre kunnskaper om Word, EndNote, hurtigtaster og IT generelt var på et labert nivå. Vi må derfor rette en stor takk til vår kjære svigerinne som har mottatt utallige SOS telefoner til alle døgnets tider og vår fantastiske faglærer Aina som har stilt opp når vi har hatt behov. Som vår veileder påpekte var det skriftlige språket ikke alltid «on fleek» og vi takker derfor Torhild for nøye korrekturlesing av oppgaven.

Sammendrag

Bakgrunn: I praksis har vi erfart at arbeid med foreldre og barn kan være krevende for anestesipersonellet. Erfaring fra praksis gjorde at vi satt igjen med tanker om hvordan anestesiforløpet opplevdes for foreldre.

Hensikt: Hensikten med studiet var å belyse hva foreldre opplevde som viktig når barnet deres legges i generell anestesi.

Mål: Vi ønsket å få en bredere forståelse av hva foreldre syntes var viktig i møte med anestesipersonell når barnet ble lagt i generell anestesi. Vi håper at våre funn kan inngå som en del av forbedringsarbeidet i anesthesiavdelingen i forbindelse med mottak og innledning av generell anestesi til barn.

Metode: Det ble utført 12 individuelle intervju med semistrukturert intervjuguide. Dataene ble analysert ved Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultat: Vi fant at foreldre har behov for å bli trygget i foreldrerollen. De understreket betydningen av at barnet ble ivaretatt av anestesipersonell. Foreldre vektla måten anestesipersonellet brukte god tid, og ikke-medikamentelle metoder som avledning og lek. Foreldre hadde behov for individuelt tilpasset informasjon, både før innleggelse og underveis i anestesiforløpet. Foreldre ga uttrykk for at informasjonen som ble gitt av anestesipersonell til barnet, burde tilpasses utviklingsnivå og alder.

Konklusjon: Det er viktig at vi som anesthesisykepleiere og teamet for øvrig gir klar og tydelig informasjon under anestesiforløpet og identifiserer de individuelle behovene hos foreldre og barn. I møte med foreldre må vi etterstrebe og skape trygghet for dem i foreldrerollen ved å møte dem med respekt, gi støtte og inkludere dem som en ressurs i teamet – samtidig som vi skal trygge barnet.

Abstract

Background: Through practical experience, we assessed that working with parents and children can be demanding for anaesthesia staff, and left us with reflections regarding how the anaesthesia process was experienced by parents.

Purpose: The purpose of the study was to shed light on what parents experienced as important in relation to when their child is placed under general anaesthesia.

Aim: We wanted to gain a broader understanding of what parents thought was important in meeting with anaesthesia staff when their child was placed in general anaesthesia. We hope our findings can be implemented to improve the processes in the anaesthesia department when receiving and initiating general anaesthesia on children.

Method: Twelve individual interviews were conducted with a semi-structured interview guide. The data was analysed by Graneheim and Lundman's qualitative content analysis.

Result: We found that parents have a need to be assured in their role as a parent. They emphasised the importance of anaesthesia staff being the ones looking after their child. Parents pointed out the significance of anaesthesia staff spending larger periods of time and non-drug related methods for diverting and playing with the children. Parents required individually tailored information, both before admission and during the course of anaesthesia. Parents expressed that the information provided by anaesthesia personnel to the child should be adapted in accordance to level of development and age.

Conclusion: It is important that as anaesthesia nurses we, in combinations with the rest of the team, provide clear and specific information during the anaesthesia process, whilst simultaneously identifying the individual needs of the parents and children. When meeting the parents, we must strive to create security for them in their role as parents by meeting them with respect, providing support and including them as a resource in the team, whilst simultaneously securing the child

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Studiens relevans	3
1.3 Tidligere forskning	3
1.4 Hensikt og formål.....	6
1.5 Problemstilling	6
2.0 Teoretisk rammeverk	7
2.1 Familie-sentrert omsorg	7
2.2 Anestesisykepleiers rolle og funksjon.....	9
2.3 Begrepsavklaring.....	9
3.0 Metode og metodiske overveielser	11
3.1 Design.....	11
3.2 Utvalg av informanter	12
3.2.1 Rekruttering av informanter	12
3.3 Innsamling av data	13
3.3.1 Intervjuforberedelse	14
3.3.2 Intervjuprosessen.....	15
3.3.3 Transkribering	15
3.4 Analyse	16
3.5 Troverdighet.....	19
3.6 Forskningsetiske vurderinger.....	20
3.7 Kontekst	22
3.7.1 Informasjon i forkant av innleggelsen	22
3.7.2 Operasjonsdagen	22
3.8 Metodekritikk.....	23
3.8.1 Metode og design	23
3.8.2 Utvalg av informanter	24
3.8.3 Innsamling av data	25
3.8.4 Transkribering	25
3.8.5 Analyse	26
4.0 Presentasjon av funn	27
4.1 Å bli trygget i foreldrerolle.....	27
4.1.1 Bli møtt med respekt	27
4.1.2 Å trygge barnet	30
4.2 Å motta individuelt tilpasset informasjon	32
4.2.1 Relevant informasjon til foreldre.....	32

4.2.2 Informasjon til og forberedelse av barnet	35
5.0 Diskusjon.....	38
5.1 Å bli trygget i foreldrerollen.....	38
5.1.1 Bli møtt med respekt	38
5.1.3 Å trygge barnet	42
5.2 Å motta individuelt tilpasset informasjon	43
5.2.1 Relevant informasjon for foreldre	44
5.2.2 Informasjon til og forberedelse av barnet	47
6.0 Konklusjon.....	50
7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	51
8.0 Litteraturliste.....	53
Vedlegg 1 Intervjuguide	57
Vedlegg 2 Søkehistorikk	59
Vedlegg 3 PICO-SKJEMA.....	62
Vedlegg 4 Informasjonsskriv 1	63
Vedlegg 5 Informasjonsskriv 2	69
Vedlegg 6 Informasjonsskriv 3	74
Vedlegg 7 Godkjenning fra Personvernombudet (PVO)	80
Vedlegg 8 COREQ Checklist.....	81
Vedlegg 9 Samtykkeskjema.....	83
Vedlegg 10 Godkjenning Klinikk A	86
Vedlegg 11 Analyseprosess.....	88

1.0 Introduksjon

I 2020 var 180 318 barn i alderen 0-9 år innlagt på somatisk sykehus i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2021). Rabbits et al., (2020) sin artikkel fra USA viser at det i gjennomsnitt blir gjennomført 3,9 millioner operasjoner på barn i alderen 0-17 hvert år (Rabbits et al., 2020). Flere av disse barna har frykt for sykehus og spesielt undersøkelser og behandling som kan oppleves skremmende og ubehagelig. Forelders rolle ved innleggelse av barn på sykehus er uvurderlig og har stor betydning for trygghet i stressituasjon både for små og store barn (Tveiten et al., 2012). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har barn krav på å ha minst en forelder til stede, da «barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvar under hele oppholdet i helseinstitusjon» (Pbrl,1999, §6-2). Forhold skal derfor legges til rette slik at barnet har minst en forelder hos seg ved innsoving og oppvåking av generell anestesi.

Grønseth og Markestad (2017) understreker viktigheten av å ha foreldre til stede og hvordan det kan bidra til økt trygghet og bedre toleranse for stress hos barnet i ukjente omgivelser. Det kan være en stor utfordring for foreldre at barn er innlagt på sykehus- uavhengig om innleggelsen skyldes et elektivt- eller er akutt inngrep (Tveiten et al., 2012). Dette kan forverres hvis barnet opplever smerte og ubehag som følge av både behandling og sykdom. På sykehuset må både foreldre og barn forholde seg til et høyteknologisk miljø, som inkluderer blant annet overvåkingsutstyr, ansattes uniform og beskyttelsesutstyr, undersøkelser og behandlinger. Videre er det flere nye mennesker å forholde seg til og for noen er det mye ventetid. Det er gunstig for barnet at foreldre forholder seg rolig og støttende, og prøver å unngå tegn til uro eller bekymring, da dette kan påvirke barnet negativt. Alle foreldre reagerer forskjellig. Noen kan utagere verbalt, andre kan oppleves usikre og tar lett til tårene, mens noen kan fremstå rolige og rasjonelle, men med en indre uro (Tveiten et al., 2012). Det er viktig å minske faktorer som skaper stress for foreldre og barn. Vi som anestesipersonell har en viktig oppgave i å ivareta foreldre samtidig som de kan være en ressurs for både barnet og anestesipersonell på sykehus. Det er ønskelig å skape et

nært samarbeid mellom helsepersonell og familien, hvor målet er å gjøre det best mulig for barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Foreldre har ofte et stort informasjonsbehov når barnet deres innlegges eller skal gjennom kirurgi på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017). I praksis som studenter i anestesisykepleie opplevde vi foreldre som var uvitende om hva generell anestesi innebar og hadde flere spørsmål omkring dette. Noen foreldre tok i bruk internett som kilde og fremstod velinformerte og sikre, men hadde misforstått det de hadde lest eller blitt fortalt, spesielt hvis det var første opplevelse for barnet. Ifølge pbrl §3-2 første ledd følger det at barn og foreldre har krav på informasjon om mulig risiko og bivirkninger (Pbrl, 1999). Informasjonen som blir gitt til barn må tilpasses barnets forståelse og hvor de er i utvikling, og dette kan bidra til å minske stressnivå for både forelder og barn (Grønseth & Markestad, 2017).

Vår erfaring fra praksis var at foreldre i mange tilfeller var en god ressurs og at samarbeidet mellom anestesipersonell og foreldre fungerte fint. Vi opplevde også krevende situasjoner hvor barnet ikke var samarbeidsvillig og foreldre som ikke visste hva de kunne bidra med. Det kunne eksempelvis være barn som motsatte seg å få innlagt veneflon- eller at man måtte holde masken fast for å innlede generell anestesi. Videre erfarte vi at det for enkelte foreldre var utfordrende når barnet sovnet inn i deres armer, for deretter å bli fulgt ut av operasjonsstuen og miste kontrollen over barnet. Det var tydelig å se at foreldre ble sterkt påvirket og at det i den spesifikke stunden kunne oppleves skremmende. Erfaring fra praksis gjorde at vi satt igjen med tanker om hvordan hele situasjon opplevdes for foreldrene, og ikke minst hva som fungerte og hva som kunne blitt gjort annerledes. Det stilles krav til oss som anestesisykepleiere at vi arbeider kunnskapsbasert, og vi må selv ta initiativ og ansvar for egen læring og forbedre kvaliteten, slik at pasientsikkerheten ivaretas (NAF & ALSNF, 2016).

1.2 Studiens relevans

Denne studien var en blanding av egen interesse og faglig nysgjerrighet, samt en bestilling fra en anestesivdeling på Vestlandet hvor de har barn som blir operert i generell anestesi daglig. Det har blitt formidlet fra fastleger, hvor barn har vært til etterkontroll for gjennomgått kirurgi, at foreldre har hatt dårlige erfaringer eller vonde opplevelser i forbindelse med generell anestesi for deres barn. Vi opplevde i praksis at arbeid med barn og pårørende var ekstra krevende, spesielt for de som ikke jobber med det hver dag.

Denne studien er relevant for anestesipersonell og annet helsepersonell, som arbeider med barn og deres foreldre. Vi håper den kan bidra med ny kunnskap som kan anvendes i avdelingens kontinuerlige forbedringsarbeid. Videre kan det også være fordelaktig for foreldrene ved at de får uttrykt sine opplevelser og erfare at de har bidratt til hvordan dette best kan utføres for andre foreldre og barn i fremtiden.

1.3 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning som omhandlet pårørendes opplevelse i forbindelse med generell anestesi gitt til barn, gjorde vi søk i EBSCOhost databasene Cinahl og MedLine. Vi brukte søkeordene: Parents, parental attitudes/experiences/perceptions/nurse-parent relations/communication, day surgery og general anesthesia. For å avgrense søket satte vi en begrensning på publiserte studier fra 2010 til 2022 (Vedlegg 2). Søket i MedLine og Cinahl bestod av flere artikler som omhandlet spesifikke prosedyrer som eksempelvis MR uten generell anestesi til barn, kronisk syke barn, tannkirurgi og kirurgiske inngrep innen urologi. Vi valgte å ekskludere disse da de ikke hadde relevans for vår problemstilling. Samtidig fant vi kvalitative studier som var relevante for vår problemstilling og inkluderte disse i vår studie.

Vi har valgt å presentere tidligere forskning tematisk. Tidligere forskning har undersøkt foreldre og anestesisykepleieres erfaring med generell anestesi til barn, hvor de belyser foreldres behov for støtte, informasjon og forberedelse i den perioperative fasen (Andersson et al., 2012; Danielsson et al., 2018; Sjöberg et al., 2017). Noen studier setter søkelys på hvilke komponenter den perioperative fasen består av- og

hvordan dette bør påvirke informasjonens innhold og form (Chorney & Kain, 2010; Romino et al., 2005). Andre studier er mer rettet mot effekten av foreldres tilstedeværelse under anestesi innledningen (Chorney & Kain, 2010; Erhaze et al., 2016), mens andre tema var «ikke medikamentelle metoder» i forhold til avledning og trygging av barnet i den innledende anestesifasen (Bizzio et al., 2020)

Informasjonens innhold og form

Chorney og Kain (2010) deler den perioperative fasen inn i forberedelse av barn og foreldre før operasjon, samarbeid mellom familie og helsepersonell, foreldres tilstedeværelse under anestesiinnledning og foreldres tilstedeværelse under oppvåkning. De vektlegger viktigheten av å forberede foreldre og barn i form av informasjon og faktorer som må tas hensyn til er; hvilken informasjon som blir gitt, hvor og når den blir gitt og hvem som gir dem. Videre vektlegges betydningen av at informasjonen må være tilpasset utviklingsnivå både hos foreldre og barn, og bære preg av ærlighet (Chorney & Kain, 2010). Romino et al., (2005) har utviklet et studieprogram med bestemte intervensjoner som kan brukes for å forberede foreldre og barn som skal gjennomgå anestesi. De mener at de nåværende forberedelsesteknikkene ikke er tilstrekkelige og at informasjonsbrosjyre samtidig som en gir detaljert muntlig informasjon kan øke foreldres tilfredshet. De påpeker at sykepleiere har en unik mulighet til å påvirke tilfredsheten foreldre og barn erfarer når de forberedes for kirurgi (Romino et al., 2005). Teknikker som å vise film til barn og foreldre, tilfredsstillende informasjonsbrosjyre med bilder og detaljert muntlig instruksjon kan redusere stress og øke tilfredsheten (Nilsson et al., 2016; Romino et al., 2005). I en studie utført av Chartrand et al., (2017) undersøkte de hvilken effekt preoperativ DVD hadde på foreldres kunnskap, deltagelse og stress, da de hevdet at foreldre ikke var godt nok forberedt. Resultatene viste at kombinasjonen av preoperativ DVD og veiledning av foreldre kunne øke de positive resultatene ved foreldres deltakelse og hvordan dette skulle gjøres av helsepersonell (Chartrand et al., 2017).

Effekten av foreldres tilstedeværelse

En studie gjort av Erhaze et al., (2016) fant at det ikke var noe signifikant forskjell i nivå av stress hos foreldre eller barn- med eller uten foreldres tilstedeværelse. De fant at

premedikasjon var en mer effektiv metode, men at barn og foreldre likevel bør få valget om forelderen skal være deltagende (Erhaze et al., 2016). Chorney og Kain (2010) hevder at foreldres tilstedeværelse er en fordel for å minske stress hos barnet da de ikke blir separert fra foreldrene. Noe som kan resultere i et redusert behov for premedikasjon (Chorney & Kain, 2010). Det er en debatt omkring foreldres tilstedeværelse hvor det påpekes at fremtidige studier bør utforske foreldres og barns tilfredshet og opplevelse under anestesiiinnledning samt ikke-medikamentelle teknikker (Erhaze et al., 2016).

Ikke-medikamentelle metoder for å redusere stress og redsel hos barn

Vi fant artikler som omhandlet ikke-medikamentelle metoder for å redusere stress og redsel hos barn relatert til kirurgi og anestesi. Bizzio et al., (2020) sin kvalitative studie intervjuet anestesipersonell hvor de utforsket hvilke erfaringer anestesipersonell hadde med ikke-medikamentelle metoder og kommunikasjon med barn i alderen 1-6 år. Studien synliggjorde betydningen av å skape et bånd til barnet, ha forståelse for familiedynamikken og måten man kommuniserer med foreldre og barn (Bizzio et al., 2020) I Sundal og Lykkeslet (2019) sin studie utforsket man samarbeidet mellom foreldre og sykepleiere i prosedyrer og behandlingssituasjoner. Studiet fant at et godt samarbeid mellom foreldre og sykepleiere kunne bidra til å skape et bedre forhold med barna gjennom ikke-medikamentelle metoder som å motivere, avlede og trøste barna. Forskerne fremhevet at sykepleierne må være klar over foreldres bidrag og kompetanse når det gjelder samarbeidet (Sundal & Lykkeslet, 2019). En avledningsmetode som har vist seg å være effektiv er bruk av VR-briller til barn under prosedyrer (Leonardsen & Shateri, 2022). Anestesisykepleierne påpekte i studien at samspillet mellom foreldre og barn var avgjørende for at det skulle fungere optimalt (Leonardsen & Shateri, 2022).

Foreldre og anestesisykepleiers erfaring med barn som blir lagt i generell anestesi

To relevante artikler for vår oppgave var studier gjort av Andersson et al., (2012) og Sjöberg et al., (2017). De har gjennomført kvalitative studier hvor de intervjuet foreldre for å belyse opplevelsen av å være forelder under deres barns generelle anestesi ved kirurgi. Studiene fant at foreldrene har forskjellige følelser og tanker omkring anestesi til barnet. Det var viktig for foreldrene å oppleve individuell tilpasset

informasjon, deltagelse, støtte og bli sett som en familie (Andersson et al., 2012; Sjöberg et al., 2017). Forfatterne fremhevet viktigheten av at sykepleierne hadde fokus på hvordan man imøtekommer foreldres behov, i tillegg til barnas, og er støttende for at foreldrene skal klare å være til stede for barnet ved innledning av anestesi (Andersson et al., 2012; Miles, 2003; Sjöberg et al., 2017). Dette understøttes av en annen studie hvor forskerne intervjuet anestesipersonellet. Anestesipersonellet i studiet til Danielsson et al., (2018) understreket at når man møter et barn i anestesisammenheng, så innebærer det mer enn bare kunnskap om teknisk utstyr og prosedyrer, men også kunnskap om foreldres behov vil være avgjørende for å kunne gi en best mulig omsorg. Anestesisykepleierne som ble intervjuet fremhevet viktigheten av at forelderen skulle få god nok informasjon om hva som skulle skje da det var med på å skape trygghet både for forelderen og barnet (Danielsson et al., 2018).

Det bemerkes at vi fant få studier som ser på foreldres opplevelse og anestesipersonellets rolle når et barn legges i generell narkose. Dette mener vi styrker studiens relevans, og peker i retning av at dette er et tema som er viktig å sette ord på og som vil være nyttig for videre praksis.

1.4 Hensikt og formål

Hensikten med studiet var å belyse hvordan foreldre til førskolebarn opplever at de blir informert, behandlet og ivaretatt av anestesipersonellet fra de ankommer forberedelsesrommet før operasjon, til foreldre blir fulgt ut av operasjonsstuen når barnet har sovnet. Dette ville vi undersøke for å få frem foreldres opplevelse av hele anestesiforløpet og på denne måten bedre vår praksis. Vi ønsket å belyse hva som gjorde at foreldre hadde en god opplevelse eller en utfordrende og vanskelig opplevelse. Vi håper at våre funn kan inngå som en del av forbedringsarbeid i anesthesiavdelingen i forhold til mottak og innledning av generell anestesi til barn.

1.5 Problemstilling

“Hva opplever foreldre som viktig når barnet deres legges i generell anestesi?”

2.0 Teoretisk rammeverk

Vi har i praksis erfart at det er viktig med god kommunikasjon og at foreldre opplever trygghet og støtte i foreldrerollen. Et godt samarbeid kan bidra til å gjøre opplevelsen og situasjonen bedre for både foreldre og barn. Anestesipersonell har en viktig rolle i møte med foreldre og barn hvor de skal informere, gi støtte og se de enkeltes behov. Dette gjorde at vi valgte å ta utgangspunkt i teorien om familie-sentrert omsorg (Grønseth & Markestad, 2017).

2.1 Familie-sentrert omsorg

Ifølge Grønseth og Markestad (2017) forsøker man å jobbe mot familie-sentrert omsorg som innebærer omsorg preget av forpliktelse, god kommunikasjon, likhet, tillit, respekt og gode ferdigheter (Grønseth & Markestad, 2017). Familie-sentrert omsorg er viktig fordi vi vet at foreldre og barns stressnivå stiger og synker samtidig. Ved å redusere forhold som kan skape stress vil man samtidig kunne styrke ressursene til foreldre som har et barn på sykehus. Foreldre har behov for å føle seg trygge, for å kunne videreformidle trygghet til barnet. Andre behov foreldre har er opplevelse av kontroll, kommunikasjon med personalet, delta i omsorg og føle seg som kompetente foreldre (Grønseth & Markestad, 2017). Det ble på 2000-tallet utarbeidet en modell som heter "Nurse-Parent Support Model" og illustrerer støtten som sykepleiere kan gi til foreldre som har barn på sykehus, og modellen består av følgende fire overlappende komponenter (Miles, 2003).

Fortløpende kommunikasjon og informasjon handler om at realistisk og ærlig informasjon til foreldre øker opplevelsen av kontroll og bedre mestring av situasjonen med et innlagt barn på sykehus. Som sykepleier kan man bidra med informasjon om rekkefølgen i hva som skal skje, hvordan og hva de kan hjelpe til med i situasjonen og hva de faktisk deltar på. Det er lett å glemme å gi informasjon om det som er en selvfølge for personalet, men som er helt nytt for forelderen. Man kan også med fordel få kartlagt hvilken kunnskap forelderen innehar, før man gir informasjon om det som skal skje (Grønseth & Markestad, 2017).

Følelsmessig støtte beskriver behovet for å bli sett og anerkjent i vanskelige og utfordrende situasjoner. Foreldres behov for støtte kan være større enn det sykepleierne først antar. Det kan gi en god følelse hos foreldre hvis helsepersonell viser medfølelse, oppmuntrer foreldre til å gi beskjed og uttrykke følelser samt lytter aktivt til det som blir sagt. De trenger også bekreftelse på at barnet er i trygge omgivelser og informasjon om vanlige reaksjonsmønstre hos foreldrene. Dersom foreldre føler de blir ivaretatt og at sykepleieren bryr seg om hvordan de håndterer situasjonen, kan det være lettere for foreldre å stole på at barnet får god omsorg (Grønseth & Markestad, 2017)

Støtte i foreldrerollen handler blant annet om at foreldre skal involveres i beslutninger. Det kan gjøres ved å lytte til deres synspunkter og ønsker, som igjen kan styrke samarbeidet. Ved å anerkjenne foreldre som en ressurs kan vi bidra til at de får bedre selvtillit i foreldrerollen og dermed gjøre det lettere for foreldre å ta del i barnets pleie og behandling. Foreldre har behov for tilstrekkelig informasjon, samtidig som det er viktig at sykepleier faktisk spør om hvilke opplysninger som kan ha betydning for barnets behandling. Når barn er på sykehus har foreldre behov for råd og veiledning som kan bidra til at foreldre er mindre stresset i situasjonen, mer oppmerksom på barnets signaler og føler seg mer kompetente og tryggere i foreldrerollen. Det kommer med erfaring at sykepleiere klarer å lage en empatisk og varm relasjon med foreldre, samtidig som man har nødvendig distanse slik at hovedrollen som omsorgsperson er foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017).

Sykepleie av god kvalitet handler om å gi pleie med respekt, anerkjennelse og verdighet for foreldre og barnet. Det er av stor betydning for foreldre at sykepleierne bryr seg og er genuint interessert i å bli kjent med barnet. Sykepleierne må se de enkelte foreldres behov, og forsikre dem om at de mottar ærlig informasjon omkring barnet deres og behandlingen. Tillit skapes mellom sykepleier og foreldre ved at foreldre får klare beskjeder og at sykepleierne utviser en empatisk holdning (Grønseth & Markestad, 2017).

2.2 Anestesisykepleiers rolle og funksjon

Vi som anestesisykepleiere har et grunnlagsdokument som beskriver vår rolle og funksjon i norsk helsetjeneste (ANSF, 2020). Norsk Standard for anestesi definerer roller og funksjoner til anestesisykepleier og anestesileger. Hensikten er å ivareta pasientsikkerhet og sørge for god og bortimot lik praksis i hele Norge (NAF & ALNSF, 2016). I grunnlagsdokumentet for anestesisykepleie står det beskrevet at vi skal sørge for at pasientens og pårørendes rettigheter, verdier, ønsker og behov blir respektert (ANSF, 2020). Vi skal kommunisere med pasient og pårørende på en trygg og forståelig måte. Ved å opprettholde konfidensialitet og diskresjon sikrer man pasientforståelse, respekt og tillit. (ANSF, 2020). Ifølge Norsk standard for anestesi (NAF & ALSNF, 2016) skal pasienten og pårørende informeres tilstrekkelig om anestesiforløpet og bør få anledning til å ta del i egen behandling. Det følger av Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 §3-2 og §3-3 at pasientene har rett til fullstendig informasjon om helsehjelpen som blir gitt og vi som helsepersonell er forpliktet til å informere (Pbrl, 1999). Vi som anestesisykepleiere skal vise forsiktighet til barn i forhold til erfaring og kompetanse, og pasienten skal alltid være i fokus ved anesthesiologisk virksomhet (NAF & ALNSF, 2016).

2.3 Begrepsavklaring

Generell anestesi: Pasienten får smertestillende, hypnotika og eventuelt muskelavslappende anestesimiddel med hensikt å oppnå bevisstløshet og amnesi (Bjørnstad & Halstensen, 2021).

Anestesipersonell: Denne betegnelsen brukes om både anestesisykepleier og anestesilege. Når man arbeider med barn, vil det alltid være anestesilege til stede sammen med anestesisykepleier, og vil på lik linje være delaktig i forberedelsen av foreldre og barn. Vi fant det derfor nødvendig å bruke et begrep som omfavner begge disse yrkene fordi denne oppgaven vil være like relevant for begge gruppene/yrkene.

Sykepleier: Gjennomført bachelorgrad i sykepleie. I noen av artiklene og i teorien om familie-sentrert omsorg brukes begrepet sykepleier. Vi mener det er overførbart også til anestesisykepleiere i deres daglige virke.

Forelderen: I denne oppgaven bruker vi forelderen/informanten om mor, far eller foresatt som følger barnet sitt til generell anestesi. Det er kun en forelder som får lov til å følge barnet inn på operasjonsstuen. I de aktuelle informasjonsskrivene fra vårt sykehus brukes også begrepet forelder.

Dagkirurgi: Pasienter som møter på sykehuset den dagen de skal opereres, for så å bli utskrevet samme dag etter gjennomgått kirurgi (Tsesmetsis, 2021).

Veneflon: Ofte omtalt som perifer venekanyle (PVK). Denne nålen føres inn i en vene, eksempelvis på hånden, hvor et plastrør blir liggende igjen i venen og festet med et plaster. Denne tilgangen blir brukt av anestesipersonell til å gi medisiner intravenøst.

Forberedelsesrommet: Området hvor pasienter, barn og foreldre blir tatt i mot av anestesipersonell. Her blir det gjennomgått sjekklister for kirurgi og gjort forsøk på innleggelse av veneflon. Det kan også gis premedikasjon her i de tilfellene det er nødvendig.

3.0 Metode og metodiske overveielser

3.1 Design

Innenfor forskning finnes det flere forskjellige metoder å belyse et fenomen på. Kvalitativ metode omhandler strategier for å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter ved de studerte fenomenene (Malterud, 2017). En kvalitativ tilnærming innebærer at man utforsker forskjellige prosesser som eksempelvis samarbeid, utvikling, erfaringer og forventninger. Vi får innsikt i kunnskap slik den opptrer naturlig ved å gå inn i de forholdene det gjelder. Relevante spørsmål innenfor kvalitativ metode er “Hva betyr ...?”, “Hvordan oppleves ...”, “Hvordan foregår ...”, hvor målet er en forståelse og ikke en forklaring på eksempelvis en konkret problemstilling (Malterud, 2018). I følge Polit & Beck (2017) er det forskerne selv som avgjør hvor og hvem man skal forske på basert på forskningsspørsmålene og hvilken informasjon man vil ha tak i. I dette studiet ønsket vi å utforske foreldres opplevelse, erfaringer og tolkninger og hadde derfor vårt ståsted i den kvalitative metoden.

Innenfor kvalitative forskningsmetoder finnes det et stort utvalgt av strategier for innsamling, organisering, tolkning og analyse av skriftlig materiale på en systematisk måte (Malterud, 2012). Det er ingen satte regler for antall informanter, men at det bør baseres på hvilken informasjon man søker (Malterud, 2012). Et grunnleggende prinsipp er data saturasjon, også kalt metning, hvor man samler inn data frem til det ikke kommer mer ny informasjon og man når overflod (Polit & Beck, 2017). Vi valgte på bakgrunn av dette å gjennomføre individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide. Her fikk informantene rom og tid til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer. Noe som krevde trygghet fra oss som intervjuere. Vi etterstrebet informasjonsrike samtaler hvor de detaljert kunne beskrive opplevelser med egne ord, og metningsgraden var da avhengig av hvor mye informantene var villige til å fortelle oss (Polit & Beck, 2017).

3.2 Utvalg av informanter

Vi valgte å anvende et strategisk utvalg som i størst mulig grad kunne belyse studiens problemstilling (Malterud, 2017). Strategisk utvalg innebærer at informantene ikke velges ut tilfeldig, men ut fra bestemte kriterier (Thagaard, 2018). Inklusjonskriteriene var foreldre som hadde fulgt barnet til generell anestesi i forbindelse med kirurgi, samt at barnet måtte være i førskolealder. Videre måtte foreldrene kunne snakke og forstå norsk slik at det ikke ble rom for mistolkning under intervjuene. Vi konkluderte med at vi ikke ekskluderte barn med kroniske sykdommer eller psykisk utviklingshemming, fordi vi i vår hverdag som anestesisykepleiere møter ulike barn og foreldre, og alle situasjoner og opplevelser vil kunne berike vår forståelse og gi forbedringspotensial. Vi ønsket å inkludere 10-12 deltakere i vår studie. Ifølge Malterud (2016) er det informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer hvor mange deltakere man trenger for å belyse en problemstilling.

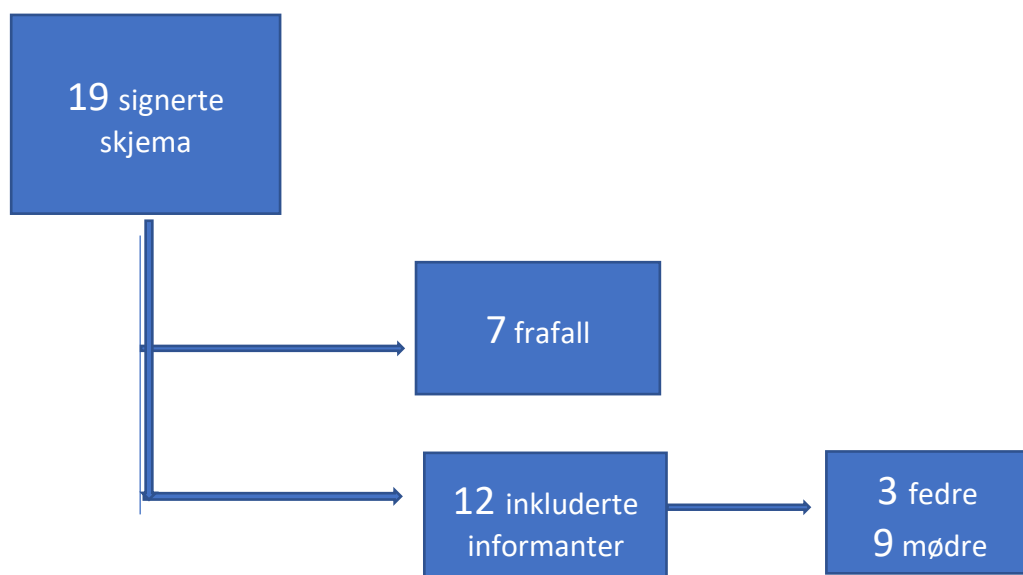
3.2.1 Rekruttering av informanter

For å rekruttere informanter til vår studie etablerte vi et tett samarbeid med avdelingssykepleieren på oppvåkningsavdelingen, hvor barna oppholdt seg etter kirurgi. Vi utarbeidet et informasjonsskriv som ble godkjent av personvernombudet (PVO). I samarbeid med vår med-veileder, ble skjemaet utdelt til de ansatte ved oppvåkningsavdelingen. Vi hadde en løpende dialog med oppvåkningsavdelingen, hvor de delte ut skjemaene til foreldre. Sammen med veileder hadde vi ansvaret for innsamling av skjemaene og videre oppfølging. Ved utlevering av informasjonsskrivet informerte de ansatte om at det var to masterstudenter som skulle skrive en oppgave om opplevelsen av å være forelder i en slik situasjon og at de derfor var aktuelle kandidater. Gjennom godt samarbeid med avdelingsleder på oppvåkningen som ledet inkluderingsarbeidet, samlet vi inn skjemaene fortløpende og kom raskt i gang med å kontakte de inkluderte foreldrene. Dagene vi ikke var på sykehuset, tok vår med-veileder kontakt med oss for å informere om hvor mange som ønsket å delta og hadde signert informasjonsskjemaet. Vi vekslet på hvem som ringte til de inkluderte foreldre for å avtale tid og sted for intervju. Grunnet Covid-19 situasjonen var det i den første rekrutteringsperioden lav aktivitet i avdelingen fordi færre barn ble operert. De siste to ukene i vår inkluderingsfase var det normal drift på operasjonsavdelingen.

3.3 Innsamling av data

Informantene fikk selv velge hvor intervjuene skulle finne sted. Dette fordi småbarnsforeldre ofte har travle hverdager. Vi valgte derfor å være fleksible med tanke på tid og lokalisasjon. Foreldre fikk tilbud om egnet lokale på Universitet, hjemme hos dem selv eller på digital plattform som Teams eller Skype. Vi understreket på telefon at vi var tilgjengelige både på dag- og kveldstid, og de kunne velge tidspunktet som passet deres hverdag. Første intervju ble avholdt med fysisk tilstedeværelse, grunnet Covid-19 restriksjoner og begrenset med tid valgte resterende av informantene å ha intervjuene på Teams.

Ved oppstart var det ikke et problem å få informanter fra postoperativ avdeling. Vi kontaktet informantene kort tid etter operasjonsdagen slik at de ikke skulle glemme oss og vår studie. De aller fleste fikk vi kontakt med per telefon. Noen tok verken telefonen eller svarte på SMS. Det var en avveining hvor mye vi etterstrebet med tanke på å inkludere informanter til vår studie. Vi fulgte godkjent praksis fra PVO: Vi ringer én gang. Dersom de ikke svarte sendte vi en oppfølging pr SMS med informasjon om hva telefonen angikk. På den måten kunne de selv velge om de ønsket å ta kontakt med oss eller ikke. Vi mottok totalt nitten signerte skjemaer fra oppvåkningen og endte opp med tolv inkluderte informanter (Figur 1). Vi erfarte at mulige informanter meldte avbud grunnet sykdom og at det da var vanskelig å finne annet tidspunkt som passet for alle, samtidig var det informanter vi ikke fikk kontakt med etter signert samtykkeskjema.



Figur 1 Oversikt rekruttering av informanter

Vi valgte å gjøre et pilotintervju i forkant av intervjuene med en av våre informanter. Dette for å sikre oss at vi fikk svar på problemstillingen, at spørsmålene var lett forståelige og for å øve oss på å være i en intervjusituasjon. Etter pilotintervjuet hørte vi gjennom lydopptaket to ganger før vi transkriberte. Dette gjorde vi for å høre hvordan spørsmålene var, om vi fikk svar på det vi lurte på, fremdriften i samtalen, hva var bra og hva kunne vi gjort bedre. Etter å ha hørt gjennom intervjuet opplevde vi det som innholdsrikt intervju med mange beskrivelser som svarte på vår problemstilling. Vi valgte derfor å inkludere pilotintervjuet som et av våre intervju. Under pilotintervjuet dukket det opp et tema vi ikke hadde spørsmål om i vår intervjuguide. Temaet omhandlet informasjonsskrivet som foreldre mottok i forkant av innleggelse og valgte å inkludere tilleggsspørsmål om dette i intervjuguiden til de fremtidige intervjuene.

3.3.1 Intervjuforberedelse

Spørsmålene i intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utarbeidet slik at informantene kunne snakke fritt om ulike synspunkter og erfaringer innenfor de mest sentrale temaene i dette studiet (Thagaard, 2018). Vår jobb som intervjuer var å oppfordre informantene til å fortelle sine historier med egne ord og unngå lukkede spørsmål som gir ja/nei svar. Vi ville anvende oppfølgings spørsmål som eksempelvis «kan du utdype og-/eller fortell mer om det», avhengig av hvor villige de var til å fortelle. Spørsmålene skulle gi informantene mulighet til å bidra med beskrivende og detaljert informasjon om det studerte fenomen (Thagaard, 2018). Vi ble enige om at vi skulle starte hvert intervju med å si at vi hadde etablert en intervjuguide, men at de likevel stod fritt til å fortelle om sine opplevelser uavhengig av spørsmålene vi stilte fra intervjuguiden. Vi hadde på forhånd lastet ned og testet diktafonprogramvaren, slik at vi visste hvordan dette skulle brukes før vi begynte intervjuene. Under intervjuene var vi begge deltakende for å minimere risikoen for feiltolkning, og ledet intervjuet hver sin gang. Vi forsøkte å begrense hvert intervju til 60 minutter.

3.3.2 Intervjuprosessen

Vi startet hvert intervju med å presentere oss selv, ga en kort gjentakelse av studiens hensikt og formål, og takket informantene for deres deltakelse. Det var også viktig å presisere at all data skulle anonymiseres, at de hadde rett til å trekke seg fra studiet og at dokumentene ville bli slettet etter levert oppgave. Det falt oss naturlig å stille annethvert spørsmål fra intervjuguiden, men samtidig var det rom for å utfylle hverandre underveis. Det første spørsmålet vi stilte dem var åpent og bredt, slik at de fikk anledning til å uttrykke sine opplevelser ut ifra det de selv opplevde var viktigst. Vi tok feltnotater underveis slik av vi fikk frem det viktigste samtidig som vi fikk beskrevet kroppsspråk og stemning under intervjuene.

Etter 12 gjennomførte intervjuer erfarte vi at det var de samme opplevelsene som gikk igjen. Vi hadde derfor en dialog med våre veiledere om hvor lenge vi skulle fortsette å innhente data fra informanter. Det var stor variasjon i varighet på intervjuene da de hadde en varighet mellom 13-60 minutter. I følge Malterud et al., (2016) bestemmer informasjonsstyrken i utvalget hvor mange informanter vi trenger og kvaliteten på intervjuene. Vi opplevde en tilfredsstillende informasjonsstyrke i våre data fordi informantene hadde variert og fyldig informasjon, det var innholdsrike samtaler og det var variasjon i både alder, kjønn, erfaring og sosial status (Malterud et al., 2016). Etter gjennomlesning av alle intervjuene opplevde vi at de siste intervjuene ikke tilførte ny kunnskap og derfor at metning var oppnådd. Vi hadde tilstrekkelig data til å lage et analyse-tre og starte analyseprosessen. På dette tidspunktet hadde vi gjennomført alle de planlagte intervjuene, og avtalte derfor ikke nye samtaler.

3.3.3 Transkribering

Transkribering innebærer at samtalen mellom intervjuer og informant blir fiksert og abstrahert i skriftlig form. Når transkripsjon er gjennomført kan man betrakte dem som grunnleggende empiriske data i vår forskning (Kvale & Brinkman, 2010). Ved oppstart av transkriberingsprosessen ble vi enige om å samarbeide og veksle på hvem som styrte lydopptaket og hvem som skrev. Lydopptakene var tydelige - det var ingen utfordringer tilknyttet støy eller avbrytelser. På forhånd hadde vi diskutert at vi ville skrive intervjuene på informantenes dialekt- slik at den skriftlige formen synliggjorde

budskapet som egentlig kom frem i intervjuene. Informantene fikk fiktive navn i form av bokstaver og når de omtalte barnet benyttet vi kjønnsnøytralt pronomen da det ikke var behov for å definere kjønn. Vi valgte å transkribere uttalelsene ordrett, og inkluderte alle «eh, ehm» og følelsesuttrykk som latter og sukk, men ekskluderte pauser (Kvale & Brinkman, 2010). Alle intervjuene ble transkribert fortløpende da vi fortsatt hadde intervjuet friskt i minne.

3.4 Analyse

Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse og vi satt sammen gjennom hele prosessen. Vi benyttet denne analysemodellen da vi hadde kjennskap til den fra undervisning og opplevde den som godt egnet for vår forskning fordi vi fikk belyst både likheter og ulikheter i foreldrenes opplevelse.

Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på tolkning av tekster og den metodiske tilnærmingen kan være både induktiv og deduktiv (Graneheim et al., 2017). I vårt tilfelle hadde vi en induktiv tilnærming. Dette innebærer en forutsetningsløs analyse av tekster som er basert på foreldres fortellinger om sine opplevelser. Utfordringen ved induktiv tilnærming er å unngå beskrivelser som er overfladiske og generelle sammenfatninger (Graneheim et al., 2017). I denne type analyse er det fokus på manifest og latent innhold, enheter av analyse, meningsenheter, kondensering, abstraksjon, koding, kategori og tema (Lindgren et al., 2020). Det manifeste innholdet handler om det tekstnære og det åpenbare innholdet og kommer frem på en beskrivende måte i form av kategorier. Det latente innholdet handler om det som ligger mellom linjene og er på et mer tolkende nivå og uttrykkes i form av tema (Lindgren et al., 2020).

Vi benyttet konkrete spørsmål og antok derfor at dataene ville bestå av manifest innhold. Særlig grad av abstrahering og fortolkning av dataene var ikke nødvendig da svarene ikke hadde så mange lag eller grader av underliggende mening (Lindgren et al., 2020). Første steg ble å finne domener i tekstene. Domene er deler av en tekst som handler om et spesifikt tema, som kan identifiseres uten noe særlig grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Eksempler på domener vi brukte var informasjon før

innleggelse og underveis og samarbeid med foreldre og barn. Vi laget en tabell for hvert intervju slik at vi hadde god oversikt over stegene i analyseprosessen.

Videre fortsatte vi med å finne meningsenheter. Meningsenheter er ord, setninger eller paragrafer som inneholder aspekter relatert til hverandre gjennom deres innhold og kontekst (Lindgren et al., 2020). Vi var oppmerksomme på at meningsenhetene ikke ble for store eller små slik at deler av innholdet gikk tapt. Da vi gikk gjennom meningsenhetene opplevde vi at det var mange lange, ikke-sammenhengende tekster med for eksempel mye ehh, ehm, liksom. Siden vi begge deltok på intervjuene og hadde en forståelse av hva informantene prøvde å si, var det enklere å forstå teksten på en tydelig måte. Etter at vi hadde organisert alle meningsenhetene i tabell, startet vi på kondenseringen. Når man kondenserer meningsenhetene gjør man den om til en mindre tekst, men beholder det viktigste innholdet (Lindgren et al., 2020). Vi fikk inspirasjon av eksempelet i bokkapittelet til Graneheim og Lundheim (2012) og brukte dette i kondenseringen av alle data (tabell 1). Vi opplevde at det var utfordrende å kondensere fordi vi var redd hoved essensen skulle forsvinne. Etter at alle meningsenhetene var kondensert, ble de kodet (Lindgren et al., 2020).

Tabell 1 Kondensering av meningsenheter

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet
Jeg følte det var litt sånn, etter de hadde gitt narkosen, så gikk det veldig raskt og de nesten dro han utav fanget mitt, for barnet ville ikke ligge på sengen. Jeg skjønnte ikke hvorfor det var så travelt, det hadde jeg ikke fått informasjon om (F)	Jeg skjønnte ikke hvorfor det var så travelt etter barnet sovnet, det hadde ingen informert om
Jeg vet ikke hvorfor dere velger sovemedisin fremfor maske, men det er en ting det ikke blir sagt noe om, hvorfor liksom, det har jeg faktisk googlet i ettertid (C)	Det ble ikke sagt noe om hvorfor dere velger sovemedisin fremfor maske
Jeg var fornøyd med informasjon, stod aldri som et spørsmålstegn, altså barnet trengte ikke være redd og ikke jeg heller for de forklarte så godt (E)	Jeg var fornøyd med den gode informasjonen, hverken barnet eller jeg var redde

De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert til et høyere nivå, og ble deretter gitt en kode som senere ble til en kategori eller en hovedkategori (Lindgren et al., 2020). For å bevare gyldigheten av kodene må man kontrollere kodene mot meningsenheter og den kondenserte teksten. Koden er en kort beskrivelse av innholdet og kan bistå oss som forskere med å reflektere over våre data på en ny måte. Vi identifiserte likheter og forskjeller i allerede kondenserte meningsenheter og kodene, hvor kategorier ble opprettet ut fra dette. Kategoriene skal svare på spørsmålet «hva?» (Lindgren et al., 2020). Underkategorier fra de forskjellige kategoriene, ble abstrahert inn i de kategoriene de tilhørte. Videre så vi gjennom teksten som helhet og fant to hovedkategorier som beskrev innholdet på et manifest nivå. Gjennom analysing av teksten hadde vi et lavt nivå av fortolkning og varierende grad av abstrahering hvor vi som forskere hadde gjort funn som hadde nærhet til teksten (Lindgren et al., 2020). Vi valgte på bakgrunn av dette å ende analysen på et deskriptivt nivå og presenterer derfor hovedkategorier og kategorier med de følgende underkategoriene i våre funn (tabell 2,3). Se vedlegg for et utdrag av mer utfyllende analysesteg (Vedlegg 11). De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert til et høyere nivå, og ble deretter gitt en kode som senere ble til en kategori eller en hovedkategori (Lindgren et al., 2020). For å bevare gyldigheten av kodene må man kontrollere kodene mot meningsenheter og den kondenserte teksten. Koden er en kort beskrivelse av innholdet og kan bistå oss som forskere med å reflektere over våre data på en ny måte. Vi identifiserte likheter og forskjeller i allerede kondenserte meningsenheter og kodene, hvor kategorier ble opprettet ut fra dette. Kategoriene skal svare på spørsmålet «hva?» (Lindgren et al., 2020). Underkategorier fra de forskjellige kategoriene, ble abstrahert inn i de kategoriene de tilhørte. Videre så vi gjennom teksten som helhet og fant to hovedkategorier som beskrev innholdet på et manifest nivå. Gjennom analysing av teksten hadde vi et lavt nivå av fortolkning og varierende grad av abstrahering hvor vi som forskere hadde gjort funn som hadde nærhet til teksten (Lindgren et al., 2020). Vi valgte på bakgrunn av dette å ende analysen på et deskriptivt nivå og presenterer derfor hovedkategorier og kategorier med de følgende underkategoriene i våre funn (tabell 2,3). Se vedlegg for et utdrag av mer utfyllende analysesteg (Vedlegg 11).

Tabell 2 Hovedkategori 1 med kategorier og underkategorier

Underkategori	Kategori	Hovedkategori
Følelse av å være inkludert i teamet	Bli møtt med respekt	Å bli trygget i foreldrerollen
Støtte under innledningsfasen		
Bruke god tid med barnet	Å trygge barnet	
Avledning og lek med barnet		

Tabell 3 Hovedkategori 2 med kategorier og underkategorier

Underkategori	Kategori	Hovedkategori
Oppdatert informasjon i forkant av innleggelse	Relevant informasjon til foreldre	Å motta tilpasset og oppdatert informasjon
Tilpasset informasjon etter foreldres behov under anestesiforløpet		
	Informasjon til og forberedelse av barnet	

3.5 Troverdighet

Når man skal vurdere kvaliteten av kvalitativ forskning brukes ofte begrepet troverdighet. Begrepet kan være utgangspunkt for hvordan andre forskere og deltakere kan vurdere fremgangsmåten eller prosessen i prosjektet og funnene en kommer frem til (Thagaard, 2018). For å sikre høy troverdighet, benyttet vi trinnene (32) i COREQ guideline (Vedlegg 8).

For å oppnå troverdighet er det viktig å finne informanter med erfaring innenfor fenomenet en studerer og kan fortelle om dette (Graneheim et al., 2017). Et annet spørsmål gjelder antall informanter. Det må være nok data for å oppdage signifikante

variasjoner og mangfold. Vi hadde laget oss en formening om hvor mange omtrent vi ønsket å intervju, men det er studiens hensikt og kvalitet av data som har betydning. Det er ikke gitt at dataens fylde øker med økt antall informanter (Graneheim et al., 2017).

I fasen når kategorier opprettes, er utfordringen å bestemme hvilke koder og sitater fra den opprinnelige teksten som skal inkluderes i en kategori (Graneheim et al., 2017). Dette er et spørsmål om pålitelighet. En utfordring med pålitelighet er at en må være oppmerksom på vår forforståelse, da disse kan påvirke hvordan spørsmål stilles, hvilke oppfølgingsspørsmål som brukes, og hvordan informantenes fortellinger oppfattes og tolkes. Vi hadde allerede en viss tilknytning til det miljøet vi studerte og valgte derfor å forholde oss til en intervjuguide og oppfølgingsspørsmål slik at de samme spørsmålene ble stilt i alle våre intervjuer. Vi har vært to forskere under hele intervju- og forskningsprosessen. Noe som styrker påliteligheten ettersom vi har ulike fortolkende repertoarer og kan komme med ulike tolkninger (Graneheim et al., 2017). Det var tilknyttet to veiledere til vårt prosjekt som bidrog i forskningsprosessen.

I kvalitative studier forsøker man å utvikle en forståelse for det vi studerer, hvor tolkningen av funnene vil være grunnlaget for overførbarhet. Videre handler overførbarhet om potensialet for at funnene kan overføres til andre situasjoner eller sammenhenger. Det er vårt ansvar som forskere- at vi beskriver våre data så utfyllende som mulig, slik at leseren kan evaluere anvendeligheten av resultatene inn i andre kontekster (Graneheim et al., 2017).

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Det følger av Helseforskningsloven (2008) kapittel 2, § 5,6 og 7 at det er krav om taushetsplikt, forsvarlighet og organisering av forskning. På bakgrunn av dette måtte vi avvente innsamling av data før det forelå tillatelse fra avdelingsledere og sykehusets personvernombud. Vi hadde behov for godkjenning fra Personvernombudet ble da vår forskning inkluderte informanter (Vedlegg 7). Det ble også innhentet godkjennelse fra klinikkjefen og avdelingssykepleieren på anesthesiavdelingen (Vedlegg 10).

Forskningen vår er i tråd med forskningsetiske retningslinjer om anonymisering. Dette

sikret vi ved å bruke fiktive navn på deltakerne (Malterud, 2017). Vi transkriberte innholdet fra lydopptak til skriftlig format og lagret dokumentene i krypterte filer. Intervjuene ble tatt opp på bånd ved hjelp av sikker diktafonfunksjon på egen mobil (UIS, Nettskjema, 2022). Lydfilene ble umiddelbart kryptert og var kun tilgjengelig for oss gjennom passord beskyttet pålogging via nettleser. All data ble lagret i en virtuell kryptert harddisk, VeraCryptVolume, i henhold til UIS retningslinjer for fortrolige data (UIS, VeraCrypt, 2022). Samtykkeskjema som var underskrevet av foreldre samt feltnotater ble oppbevart i egnet skap med lås og ble makulert når studien var avsluttet. Etter transkripsjon ble lydfilene umiddelbart slettet.

Sykepleierne på den postoperative oppvåkningsavdelingen leverte ut informasjonsskriv med samtykkeskjema (Vedlegg 9). Informasjon ble gitt skriftlig i form av informasjonsskrivet til foreldre, samtidig som de fikk muntlig informasjon av sykepleierne på oppvåkningsavdelingen om hva studiet innebar. Dette forsikret oss at foreldrene hadde mottatt og forstått informasjonen om hva studien innebar og hvilke rettigheter de selv hadde som informanter. I informasjonsskrivet med rubrikk for skriftlig samtykke kom det tydelig frem at de kunne trekke seg når som helst og at lydopptaket ville bli slettet. I følge Pbri (1999) § 3-4 og § 3-5 skal informasjonen tilpasses den enkelte pasient og foreldre kan samtykke på barnets vegne når de er under 16 år. I dette tilfelle gjaldt det kun samtykke fra én forelder for å være med i studien hvis de takket ja til deltakelse. Foreldre samtykket på vegne av barnet da studien omfattet foreldre til barn i førskolealder.

Fordeler med å delta i prosjektet var at foreldre kunne bidra med viktig informasjon til avdelingen. Anestesiavdelingen arbeider kontinuerlig med å forbedre sine tjenester og brukernes opplevelse av tjenestene vi yter- tilbakemelding er derfor viktig. Det kunne oppleves som meningsfullt å få dele gode og dårlige opplevelser når hensikten var forbedring av tjenesten. En annen fordel var at de kunne gjøre det bedre for andre foreldre og barn som skal gjennomgå det samme, og på den måten bidra til ny forståelse og økt kunnskap omkring temaet.

Ulemper med å delta i prosjektet var at det kunne være utfordrende for foreldre å snakke om hendelser dersom de hadde hatt en dårlig opplevelse. Videre ville

foreldrene måtte stille sin fritid til disposisjon for deltakelse i studien. En annen ulempe var at foreldre måtte forholde seg til forskere som var ukjent for dem. Vi visste ikke hvilke opplevelser og/eller erfaringer deltakerne hadde fra tidligere og en ulempe var derfor at vi ikke visste hvilke spørsmål som kunne oppleves som sensitive for dem. Det var derfor viktig at vi viste ydmykhet og forsiktighet overfor deltakerens grenser.

3.7 Kontekst

3.7.1 Informasjon i forkant av innleggelsen

På vårt Universitetssykehus finnes det tre informasjonsskriv som foreldre til barn mottak før de innlegges til kirurgi på en øre- nese- hals og plastikkirurgisk avdeling. De var til henholdsvis fjerning av polypper eller mandler og innleggelse av øredren. Det som gikk igjen i skrivene var informasjon om selve inngrepet, fasterutiner, medikamenter og vanlige komplikasjoner etter kirurgi. Informasjonsskrivene hadde mangelfull informasjon om hva som skjer før, under og etter anestesiforløpet. Det ble kun nevnt at foreldre kan påføre EMLA-krem én time før oppmøte for å lette situasjonen rundt innleggelse av venekanyler. Videre kunne en forelder være med inne på sykehuset frem til barnet sovnet (Vedlegg 4,5,6).

3.7.2 Operasjonsdagen

Når foreldre og barn ankommer sykehuset på operasjonsdagen er det ulikt om de møter på dagkirurgisk post, eller direkte på operasjonsavdelingen til gitt tidspunkt. De som møter opp på dagkirurgisk post blir tatt imot av helsepersonell og deretter undersøkt av lege. De vil så bli fulgt til operasjonsavdelingen. Barn og foreldres første møte med anestesipersonellet er på selve operasjonsavdelingen. På forberedelsesrommet er det noen stoler til foreldre - barna kan velge mellom seng eller foreldres fang. Her lagres medisinsk utstyr og det er forheng som kan brukes til skjerming. Forberedelsesrommet er i en korridor hvor det kan være mye lyd og folk som passerer i alle retninger. Siden både barn og voksne opereres i samme operasjonsgang vil det til tider være ganske fullt i dette forberedelsesrommet. Barn og forelder blir tatt imot av en anestesisykepleier som gjennomgår sjekkliste for kirurgi og legger inn veneflon. Deretter får barnet eventuelt premedikasjon. Både barn og voksne

sitter på forberedelsesrommet til de blir fulgt inn på operasjonsstuen av anestesipersonell. Helsepersonell på denne operasjonsgangen er kledd i grønn uniform, hetter og de har munnbind på. Før Covid-19-pandemien var det tilgang på leker til barn for avledning og tidsfordriv, men lekene ble fjernet av smittevernhensyn. Når barnet sovner på operasjonsstuen blir forelderen fulgt ut og må vente på et annet oppholdsrom til de får informasjon om at barnet er overført til oppvåkningsavdelingen. Når operasjonen er ferdig, blir barnet flyttet til oppvåkningsavdelingen sammen med anestesipersonell og blir videre overvåket av intensivsykepleiere. Her er foreldre velkomne inn og får sitte med barnet til neste overgang.

3.8 Metodekritikk

3.8.1 Metode og design

Kvalitativ metode innebærer å utforske menneskelige erfaringer, opplevelser, holdninger og tanker (Malterud, 2017). Vi opplevde at denne metoden sammenfalt med det vi skulle forske på - foreldres opplevelser. Det er ulike måter å samle inn data på i kvalitativ metode, som eksempelvis ulike typer intervju og observasjon. Ved å bruke individuelle intervju ville det være lettere for foreldrene å fortelle åpent om opplevelsene som for noen hadde gitt sterke inntrykk. Fokusgruppeintervju med flere foreldre var et alternativ. Det er vanskelig å si om vi ville fått andre data ved bruk av denne type datainnsamling. For noen foreldre kunne det trolig vært lettere å fortelle om egne erfaringer i dialog med likesinnede, og vi kunne ha utnyttet samhandlingen mellom deltakerne (Malterud, 2017). På en annen side kunne det vært en risiko for at noen av deltakerne delte mindre enn andre. Noe som kunne gjort at dataene ble mindre nyansert og variert enn hva vi ønsket.

Gjennom egen yrkesutøvelse har vi opparbeidet en egen forforståelse av hva det innebærer å være anestesisykepleier. Vår forforståelse kan forstås som en styrke ved at vi har vært studenter på anesthesiavdelingen og fått innblikk i hvordan alle har hver sin måte å jobbe på. Som anestesisykepleier jobber en ofte alene og har derfor begrenset anledning til å observere hvordan andre jobber og ta lærdom av dette. Ulempen er at vi allerede har vært i praksis og har opparbeidet en viss tilknytning til

arbeidsplassen. Derimot er vår tilknytning til arbeidsplassen begrenset til praksisoppholdets varighet. Vi har forsøkt å være forforståelsen bevisst og ikke la den skygge for ny kunnskap. Vi erkjenner at den kan ha preget våre forskningsspørsmål, måten vi gjennomførte intervjuene og analysen. Vi har presentert og diskutert analysen med veiledere og medstudenter på masterseminar og etterstrebet å få inn andre sine inntrykk av intervjuene og analysene. Forforståelsen kan også ha påvirket hvilke funn vi har presentert. Videre var vår forforståelsen en del av motivasjonen for å gjennomføre denne studien. Vi hadde begrenset erfaring med forskning og intervjueteknikk fra før. Forforståelsen kan ha preget vår forskning- i både intervju og forskningsprosess - til tross for at vi har forsøkt å unngå at forforståelsen vår påvirket i for stor grad.

3.8.2 Utvalg av informanter

Vi hadde begge tilknytning til Universitetssykehuset deltakerne ble rekruttert fra og vi hadde erfaring med foreldre og barn fra praksis. Erfaringen vår bidro til kunnskap og forståelse for temaet vi forsket på noe som etter vår mening førte til økt kvalitet under intervjuene. Det kunne trolig vært en fordel å ha valgt et annet sykehus da det kunne ha bidratt til økt distanse, som kunne bidratt til et eksternt blikk på dataene. Vår medveileder var tilknyttet sykehuset vi rekrutterte informantene fra. Det forenklet prosessen for oss gitt oppgavens omfang, tid og tilgjengelige ressurser.

Rekrutteringen foregikk på selve operasjonsdagen av sykepleierne på oppvåkingsavdelingen. Det kan diskuteres om tidspunktet for utlevering av samtykkeskjemaet var et gunstig tidspunkt for foreldrene. Vi hadde en dialog med våre veiledere angående tidspunkt for utlevering av skjema. Alternativene vi tok i betraktning var å legge det som vedlegg i informasjonsskrivet eller gi informasjon til foreldre på forberedelsesrommet før kirurgi. Vi besluttet at det var størst sannsynlighet for at foreldre var mer mottakelige for informasjon på oppvåkingsavdelingen etter kirurgi når barnet sov.

I følge Polit og Beck (2017) finner man likheter på tvers av demografi. Det innebærer informanter i ulike aldersgrupper, kjønn, tradisjoner, erfaring og sosial status som har

en felles opplevelse av samme fenomen. Det kan skape mangfold blant informantene våre og være med på å styrke funnene våre (Polit & Beck, 2017). Av studiens tolv informanter hadde vi ni mødre og tre fedre hvor alder varierte fra 20- 50 år. De hadde ulike erfaringer med generell anestesi til barn og det var kun to av informantene som erfarte dette for første gang. Det var variasjon i både type kirurgi, varighet på operasjon og alder på barna. Noe som belyser høy konsistens i datamaterialet.

Vi kunne med fordel ha rekruttert flere informanter til studiet, men grunnet uforutsette utfordringer som å få kontakt med informantene, endring av tidspunkt og sykdom, ble gjennomføring mer tidkrevende enn først antatt. Det er vanskelig å si om det ville påvirket funnene våre dersom vi hadde inkludert flere i studiet.

3.8.3 Innsamling av data

Vi hadde tolv intervjuer over en periode på fire uker. Informantene hadde opplevd ulik kirurgidrift, i form av lav aktivitet i tillegg til delvis- og full drift grunnet Covid-19-pandemi. I etterkant av hvert intervju diskuterte vi hva vi gjorde bra, hva kunne vi gjort bedre og hva vi ønsket å få ut av neste intervju. De samme spørsmålene fra vår intervjuguide ble stilt til alle informantene.

Av de tolv intervjuene var det kun ett som ble avholdt fysisk, mens resterende intervjuer foregikk på digitale plattformer. Vi erfarte ulikheter mellom det fysiske og de digitale intervjuene. Vår erfaring var at vi fikk en nærmere tilknytning til informanten som var fysisk til stede. I de digitale intervjuene var det derimot lettere å overholde intervjuguiden. Noe som bidro til en mer systematisk gjennomgang av forskningsspørsmålene vi ønsket svar på. Videre var det noe utfordrende å lese kroppsspråket ved digitalt intervju og vi hadde derfor fokus på å skrive gode feltnotater. Det hadde vært fordelaktig om alle intervjuene ble avholdt fysisk for å få en mer dynamisk og flytende samtale, men grunnet Covid-19 ble det ikke dette gjennomførbart. Det opplevdes likevel som om de fleste intervjuene hadde god flyt og vi fikk svar på våre spørsmål.

3.8.4 Transkribering

Fordi flertallet av intervjuene ble gjennomført digitalt hadde vi fokus på å dokumentere den ikke-verbale kommunikasjonen. Vi hadde på forhånd laget en plan

for hvordan vi skulle transkribere med tanke på bokmål eller dialekt, og hvordan oppsettet skulle se ut. Informantene ble anonymisert via bokstavene A-K og vi brukte kjønnsnøytralt pronomen. Vi var tro mot budskapet slik at skriftlig form gjenspeilte det som fremkom muntlig. Noe som bidrog til at vi ivaretok det etiske. Det opplevdes utfordrende å transkribere betydningsfulle og sammensatte setninger grunnet forskjell på talespråkstil og skriftspråkstil. Det var til vår fordel at vi var to som kunne sørge for at det muntlige budskapet ble formidlet i skriftliggjøringen (Kvale & Brinkman, 2010).

3.8.5 Analyse

Intervjuprosessen tok lenger tid enn antatt og vi fikk derfor bearbeidet analyseprosessen over tid før vi startet selve analysen. Dette opplevde vi var med på å styrke vår analyseprosess. En mulig svakhet ved studien kan være vår manglende erfaring med analyse. Det har vært utfordrende å vite hva vi kunne tillate oss i forhold til abstraksjon og fortolkning, samtidig som det skulle være i tråd med Graneheim og Lundmans innholdsanalyse. I følge Graneheim og Lundman (2017) kan man bruke med-forskere for å adressere påliteligheten ved å få alternative tolkninger i analysen. Vi valgte derfor å bruke våre veiledere og medstudenter fra masterseminarene for å få et kritisk blikk utenfra.

For å oppnå troverdighet har vi presentert informantenes stemmer, beskrevet analysestegene og gjort abstraksjonsprosessen transparent. Vi har begge vært deltakende under intervju, foretatt dataanalysen, og oppnådd konsensus i valgte kategorier og hovedkategorier. Dette ble gjort for å forhindre ensidige tolkninger av datamaterialet og styrke troverdighet i studien (Graneheim et al., 2017). Funnene våre kan være overførbare til anestesipersonell og annet helsepersonell, som arbeider med barn og deres foreldre. Metoder for innsamling av data og analyse kan også være overførbare. Funnene må likevel tolkes ut ifra at det baseres på erfaringer fra et begrenset utvalg foreldre fra et bestemt sykehus.

4.0 Presentasjon av funn

Problemstillingen vår omhandlet hva foreldre opplevde som viktig når deres barn ble lagt i generell anestesi. Vi fant to overordnede hovedkategorier som begge besvarte problemstillingen: Foreldre har behov for å bli trygget i foreldrerollen og foreldre og barn har behov for individuelt tilpasset informasjon. Hovedkategoriene vil bli presentert i de påfølgende kapitler med sine tilhørende kategorier og underkategorier.

4.1 Å bli trygget i foreldrerolle

Under denne hovedkategorien har vi analysert oss frem til to kategorier. Kategoriene omhandler foreldres behov for å bli møtt med respekt og foreldres behov for at barnet blir trygget av anestesipersonell. Kategoriene vil bli presentert hver for seg med sammenhengende underkategorier i det følgende kapitlet.

4.1.1 Bli møtt med respekt

Følelse av å være inkludert i teamet

Det kom tydelig frem at foreldre syntes det var viktig at anestesipersonellet hadde barna i fokus, men at de selv også hadde et behov for å bli trygget i foreldrerollen. For noen innebar dette å føle seg ivaretatt ved at det var rom for å stille spørsmål, og på denne måten kunne foreldre føle seg sett. Dette ble ivaretatt ved at anestesipersonellet henvendte seg til både foreldre og barna, at personalet lyttet til hvilke opplevelser og erfaringer de hadde med seg og at deres behov ble møtt på en respektfull måte.

«Jeg fortalte at den siste gangen var en dårlig opplevelse og måtte ha beroligende, og da hentet anestesi det med en gang, og prøvde ikke å legge veneflon uten, og det føltes som jeg ble skikkelig hørt på»

Flertallet av foreldre hadde tidligere erfaring med generell anestesi til barnet og de gav uttrykk for at det var betydningsfullt å få bekreftelse av anestesipersonellet om at barnet hadde gjort det før, og på den måten øke følelsen av trygghet. Bruk av

bekreftelser eller løft som «vi skal passe på barnet ditt, dette har jo gått bra tidligere» kan man gi foreldrene en følelse av ivaretagelse og dermed lettere kunne overlate barnet i anestesipersonellets hender. Noen foreldre verdsatte at anestesipersonellet tok seg tid til å spørre hvordan det gikk med mor/far underveis, hvor foreldre fikk beskjed om at de var flinke, noe som viste seg hadde stor betydning i en slik sårbar situasjon. Likevel er dette ikke alltid slik det skjer i praksis, og en foreldre savnet nettopp dette.

«Hadde de sagt sånn: ditt barn har jo hatt narkose før, liksom betrygget meg med det, da vet jeg at de vet det liksom, men det sa de heller ikke»

For foreldre opplevdes det som positivt at de fikk delta i beslutninger omkring barnet - å bære barnet inn til operasjonsstuen selv, kysse barnet før de forlot rommet og ha barnet på fanget til det sovnet. Det gav dem en følelse av og bli anerkjent i foreldrerollen, samtidig som de opplevde de var en ressurs i teamet. Foreldre verdsatte at de ble inkludert i samarbeidet, noe som gjorde at foreldre erfarte å bli sett som enkeltindivider fremfor som ren rutine. I situasjoner som opplevdes utfordrende for foreldre var det avgjørende at de ble hørt. Foreldre gav uttrykk for at de hadde opplevelser hvor anestesipersonell prøvde å legge veneflon opptil flere ganger, uten at de ble inkludert i diskusjonen om hvor mange forsøk de skulle bruke.

«Selv om anestesi jobber med dette hver dag og det er rutine, klarer de likevel se deg, og se barnet, og ikke bare et navn på listen og haste videre»

«Det ble mange forsøk på veneflon, og de kunne kanskje spurt meg om hva jeg tenkte om det»

Relasjonen mellom foreldre og anestesipersonell skapes hovedsakelig på forberedelsesrommet hvor de oppholder seg før de blir fulgt inn på operasjonsstuen. På forberedelsesrommet er det lettere å skape en relasjon mellom anestesisykepleier, foreldre og barn, da det kun er de som er involvert i samtalen. Når foreldre og barn ankommer operasjonsstuen blir de møtt av et større operasjonsteam som består av

både operasjonssykepleiere, kirurger og anestesipersonell. Dette opplevdes overveldende og utrygt for foreldre da de ikke hadde møtt operasjonsteamet tidligere. Fokuset til teamet er da oftest på barnet. Noen foreldre satt igjen med et inntrykk av en uavklart rollefordeling mellom personalet som skulle ta seg av barnet. De følte seg utrygge når operasjonsteamet ikke presenterte hvem de var og hvilken rolle de hadde innad i teamet.

«Når man kommer inn på stuen, kunne man kjapt sagt hvem som er hvem i rommet, trenger ikke bruke mye tid på det, det er jo et samleband, men da kan jeg liksom ha fokus på barnet, kose på kinnet og liksom. Det gjør nok mye for både forelder og barnet tror jeg»

Foreldre erfarte at viktig tid med barnet ble frarøvet fordi det opplevdes utfordrende for foreldre å holde fokus på barnet når alt annet var ukjent og opplevdes som utrygt. De beskrev det som en lite tidkrevende handling, og operasjonsteamet burde kunne avse et halvt minutt på presentasjon slik at foreldre kunne bruke sin fulle tid og oppmerksomhet på barnet.

Støtte under innledningsfasen og ventetiden

Den mest utfordrende opplevelsen for foreldre gjennom hele prosessen var da barnet sovnet i fanget på operasjonsstuen – og dette gikk igjen i samtlige intervjuer. Det var mye følelser tilknyttet akkurat dette og det var tydelig at noen reagerte sterkt i denne situasjonen. Foreldre beskrev det som at de hadde barnet trygt i armene sine og i neste sekund var all muskelkraft borte og barnet sank sammen.

«Det er litt tøft når barnet plutselig bare dør og må bare legge barnet fra deg»

Overgangen fra da barnet sovnet, og foreldre plutselig måtte overgi barnet til operasjonsteamet virket overveldende for flere foreldre. Foreldre satte stor pris på at

anestesisykepleier tok seg tid til å støtte foreldre under denne fasen, ved at de tok seg tid til å spør hvordan det gikk med mor/far før de ble fulgt ut på et venteværelse. Som småbarnsforeldre er de vant til å ta seg av barnet og sørge for at deres behov blir dekket, mens de nå var i en situasjon hvor foreldre mistet kontroll og overlot ansvaret til «ukjente» personer. Noen foreldre forsøkte å være sterke ved å holde følelsene inne og da barnet sovnet slapp følelsene løs. De beskrev det som at de fikk en sterkere reaksjon enn først antatt når barnet ble båret til operasjonsbordet. Foreldre gav uttrykk for at de i denne situasjonen hadde behov for mer støtte og omsorg fra anestesipersonell. Når foreldre så ble fulgt ut av operasjonsstuen følte de seg overlatt til seg selv med masse spørsmål, men ingen å henvende seg til. Flere foreldre følte seg litt glemt. De erfarte at det ikke var lett å få tak i noen fordi det opplevdes som travelt. Noen foreldre fortalte at de hadde hatt behov for å snakke med noen i løpet av ventetiden, men fikk aldri et tilbud om dette. Foreldre ga uttrykk for at en slik opplevelse kunne gi sterke inntrykk og at de trolig kunne dratt nytte av en samtale hvor de fikk luftet sine tanker og følelser omkring det de opplevde.

4.1.2 Å trygge barnet

Bruke god tid med barnet

Under intervjuene med foreldre hadde vi ingen direkte spørsmål om barnas opplevelse, men det kom tydelig frem hvor viktig de synes det var at barna ble ivarettatt på en tilfredsstillende måte. Ved spørsmål om hvordan foreldre opplevde situasjonen på anesthesiavdelingen, handlet det hovedsakelig om hvordan anestesipersonellet tilnærmet seg barna og hvilke metoder de brukte for å engasjere barnet, og dermed skape et samarbeid både med barnet og foreldre. En metode som opplevdes viktig for foreldre var at anestesipersonellet brukte god tid med barna og måten de kommuniserte med dem på.

«Hovedsakelig tok de barnespråket gjennom barnet og anestesipersonalet brukte korte beskjeder, forenklet ting, så på barnet og forholdt seg til barnet, var rolige og de rushet ikke på og brukte god tid»

Informantene vektla at barn har forskjellige behov og at anestesipersonellet var flinke til å lese barnets signaler. Foreldre beskrev hvordan anestesipersonellet viste på

forelderen først, da de bemerket seg at barnet var redd og ventet til de fikk mer kontakt med barnet før de gikk videre. Dette medførte at foreldre og barna opplevde trygghet ved at de erkjente at barnet var redd, og på denne måten tok hensyn til barnets behov. Noen syntes at det var et genuint fokus på barna som medførte at barna ble mer medgjørlig for behandling. De understreket hvordan anestesipersonellet satte seg ned på barnets nivå, tok av munnbindet og snakket direkte til barnet. Noen erfarte også at barnet hadde behov for at forelderen forklarte hva som skulle skje, fremfor at anestesipersonellet gjorde det, og at de la til rette for dette.

Foreldre med tidligere erfaring opplevde generell anestesi til barn før pandemien og under nåværende pandemi. For noen foreldre kom det fram at Covid-19 pandemien påvirket opplevelsen til foreldre i positiv forstand, fordi det var roligere omgivelser og anestesipersonellet hadde mer tid til dem og barna.

«Selv om det var en ekkel følelse å være på sykehuset i corona pandemi så var det naturlig rolig, det er jo ikke sånn det skal være, men allikevel tenker jeg det var mye bedre»

Avledning og lek med barnet

En annen metode som foreldre mente hadde god innvirkning på barna, var at anestesipersonellet brukte avledning og lek som hjelpemidler. De gav uttrykk for at dette skapte en god relasjon mellom barnet deres og anestesipersonellet, som igjen gjorde at det opplevdes mer trygt for barnet.

«De var veldig flinke til å distrahere barnet, kom med en tryllestav og kommenterte barnets fine fletter og barnet lot seg distrahere».

«Anestesisykepleierne prøvde alt for å få barnets oppmerksomhet, tullet med hetten og gjorde det litt morsomt, han var veldig flink».

Avledningsmetoder som foreldre mente fungerte godt for barna var såpebobler, premier, lek med anesthesiapparat, tryllestav og komplimenter. Foreldre beskrev at bruk av premier gjorde at barna opplevde mestring og hvordan de stolt viste frem premiene på avdelingen og til øvrige familiemedlemmer når de kom hjem fra

sykehuset. Barna fikk tillit til anestesipersonellet ved at de snakket om felles interesser, eksempelvis hvilket favorittdyr de hadde eller hva de likte å se på barne-tv. Bruk av avledning gjorde at barnet kunne fokusere på fantasi og lek fremfor det ukjente og kanskje skremmende i barns øyne som sprøyter, medikamenter og annet anesthesiutstyr.

4.2 Å motta individuelt tilpasset informasjon

Under denne hovedkategorien har vi analysert oss frem til to kategorier. Kategoriene omhandler relevant informasjon til foreldre i forkant av kirurgien og underveis i forløpet, og informasjon og forberedelse av barn. Kategoriene vil bli presentert hver for seg med sammenhengende underkategorier i det følgende kapittelet.

4.2.1 Relevant informasjon til foreldre

Oppdatert informasjon i forkant av innleggelse

For at foreldre skulle erfare at de var tilstrekkelig forberedt for å følge barnet sitt til kirurgi, spilte informasjon en vesentlig rolle. Forberedt innebar i denne sammenheng informasjonen de fikk i forkant, i form av informasjonsskrivet de hadde mottatt i postkassen. Flere foreldre satt igjen med følelsen av at de ikke var tilstrekkelig forberedt, til tross for informasjonsskrivet de hadde lest på forhånd.

«Jeg trodde det stod nok i informasjonsskrivet, men når jeg kom på sykehuset var jeg ikke forberedt på alt som skulle skje»

Foreldre savnet informasjon om alle overgangene på sykehuset fra de møtte opp på morgenen, til de reiste hjem fra sykehuset. Det virket overraskende på foreldre at de skulle gjennom flere ledd før selve kirurgien. Foreldre prøvde å undersøke på sykehusets hjemmeside etter informasjon om barn og narkose, da informasjonsskrivet opplevdes som veldig generelt og lite informativt om narkose til barn. Flere foreldre gav uttrykk for at de savnet en film eller bilder fra sykehuset slik at de og barnet kunne gjenkjent omgivelsene og utstyret. Samtidig var det andre foreldre som mente at det

ikke var hensiktsmessig med film eller bilder til små barn og påpekte at alle barn har forskjellige behov.

«Det hadde vært greit med et eget skriv til barn med tegninger og lage en barneverisjon av den prosessen, at barnet får se bilder av sommerfuglen, masken, personalet i grønt osv.»

Det var flere foreldre som påpekte at det var mye tekst som ikke var relevant og at det var vanskelig å forstå alle fremmedord. Særlig for de som ikke arbeidet i helsesektoren. Det virket som at foreldre syntes det var vanskelig å skille mellom hva som var viktig å lese i informasjonsskrivet. Det var lite strukturert og bidro til at foreldre i liten grad ble forberedt på bakgrunn av informasjonsskrivet alene.

Tilpasset informasjon etter foreldres behov under anestesiforløpet

I tillegg til informasjonsskrivet de mottok i forkant var informasjonen de fikk fra anestesipersonell på operasjonsdagen avgjørende for at foreldre skulle kjenne på mestring i foreldrerollen. Foreldre ga uttrykk for at de hadde ønsket å få mer informasjon underveis, slik at de selv kunne hatt fokus på barnet og ikke bruke energi på å lure på hva som foregikk rundt.

«Jeg stod med barnet i armene, og da ville jeg helst liksom ha fokus på barnet, barnet ser meg i øyene og jeg snakker med rolig stemme, men så ble jeg litt sånn hva er det for noe, og det er jo små detaljer, det var ikke plagsomt, men lurte i ettertid på hva alt var»

Foreldre hadde stor forståelse for at fokuset var på barnet, men mente likevel at det var viktig at foreldre fikk nok informasjon slik at de kunne føle seg trygge i sin egen foreldrerolle, og på den måten ta vare på barnet i den grad de selv ønsket. Noen foreldre erfarte at de fikk lite informasjon om hva slags medikamenter barnet fikk og konsekvensene omkring generell anestesi. Det var også foreldre som i ettertid undret seg over hvorfor det ble brukt sovemedisin fremfor maske, da dette ikke ble informert om på selve operasjonsdagen. Det var flere foreldre som gruet seg til deres barn skulle legges i narkose. Den situasjonen som ofte ble beskrevet, var opplevelsen når barnet

sovnet og de måtte forlate operasjonsstuen. Informantene opplevde overgangen som skremmende og var ikke forberedt på at overgangene skulle skje så raskt. Fokuset skiftet raskt fra at foreldre satt med barnet i fanget sitt og passet på til de plutselig måtte overlate barnet i anestesipersonellets hender.

«Jeg følte det var litt sånn, etter de hadde gitt narkosen, så gikk det veldig raskt og de nesten drog barnet ut av fanget mitt, for barnet ville ikke ligge på sengen. Jeg skjønnte ikke hvorfor det var så travelt, det hadde jeg ikke fått informasjon om»

«Barnet blir helt slapt, også legges de på bordet også er det rett ut, en setning i forkant at når barnet sovner går det veldig fort, ikke meningen å jage deg ut, men da må vi skynde oss»

Noen foreldre hadde behov for informasjon om hvorfor ting måtte gå så raskt når barnet sovnet, og opplevde at de måtte gjøre mange resonnement på egen hånd. Foreldre fortalte at anestesipersonellet stort sett var flinke på å si at det kunne føles rart når barnet sovnet og mister all muskelkraft. De mente anestesipersonellet spiller en viktig rolle i å formidle dette tydelig nok, slik at foreldre er mer rustet og forberedt når det skjer. Samtidig var det foreldre som opplevde det motsatte, at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon omkring hvordan det kunne føles for foreldre når barnet sovnet. Foreldre påpekte at tidspunkt for når sensitiv informasjon skulle gis, opplevdes utfordrende da barna satt like ved. Dette resulterte for noen foreldre i at de ikke fikk stilt spørsmålene de hadde behov for på dette tidspunktet, da de ville skjerme barnet for informasjon som kunne virke skremmende og for detaljert. Det ble foreslått Ipad med høretelefoner eller å kunne snakke lavt mellom anestesisykepleier og forelder når barnet selv gikk inn til operasjonsstuen.

Flertallet av foreldre i vår studie hadde tidligere erfaring med generell anestesi til barn og det ble derfor et naturlig samtaleemne under intervjuene. Det viste seg å ha betydning for opplevelsene som ble beskrevet. Foreldre beskrev forskjellige nyanser av tidligere erfaringer, hvor flere påpekte at det opplevdes ulikt når man hadde

gjennomgått det samme før, fordi man visste hva man gikk til og hvordan man kunne reagere.

«Jeg har jo opplevd den narkosen tre ganger, vært litt forskjell på første og tredje gang. Altså det har vært nokså likt med at folk har vært like med meg og sånn, men opplevelsen var annerledes i og med at jeg ikke visste hva jeg gikk til første gangen og hvordan jeg reagerte da»

Foreldre beskrev hvordan tidligere erfaring gjorde at de allerede visste om de ulike overgangene på sykehuset og satt med informasjon som de kunne viderebringe til barna. Det fremstod som om foreldre med tidligere erfaring hadde en følelse av å være mer forberedt, da de ved tidligere opplevelser hadde fått informasjon som de kunne nyttiggjøre under den nåværende anestesen.

«Av erfaring så kunne jeg fortelle barnet hva som skulle skje, men første gang aner man ikke hva man går til»

På den annen side var det andre informanter som fortalte om sine tidligere erfaringer til anestesipersonellet og opplevde det som at relevant informasjon ble utelatt fordi anestesipersonellet regnet med at foreldre visste hva som skulle skje og når. Flere foreldre påpekte at de heller ville hatt for mye informasjon tross erfaring, fordi man lett kan glemme og at det kan ha gått lang tid mellom opplevelsene.

«For deres perspektiv er det kanskje noe å ta med seg, å sikre at informasjonen er gitt og gjentatt, eller så må jeg neste gang late som jeg er uerfaren og ikke har gjort det før»

4.2.2 Informasjon til og forberedelse av barnet

Som tidligere nevnt opplevdes det viktig for foreldre at de var forberedt, men samtidig var det flere foreldre som mente det også var av stor betydning at barna ble forberedt på det som skulle skje på operasjonsdagen.

«I forhold til informasjon, så er det noe med å undergrave barnet, at vi voksne skal være forberedt, men faktisk hvem er det som skal gjennom dette. Når vi er så opptatt av at barnet ikke skal bli skremt, så tenker jeg det er en viktig forberedende faktor»

Foreldre snakket om forskjellige faktorer som var viktige når det angikk å forberede barnet for generell anestesi. For noen omhandlet det at barna måtte få informasjon om hva som skulle gjøres i de forskjellige situasjonene. Et eksempel kunne være at anestesisykepleier forklarer hva man skal gjøre når man legger inn veneflon, eksempelvis ved å si at veneflonen ser ut som en sommerfugl og at du kan leke spiderman med denne. Foreldre fortalte hvordan anestesisykepleierne beskrev sovemedisinen som «drømmemelk», noe som bidro til at barnet ble mer nysgjerrig enn redd. En annen forberedende faktor var at barna fikk muligheten til å bli kjent med utstyret som anestesipersonellet brukte gjennom lek.

«Når de satte på staseslangen så var den rosa, barnet fiklet med den, de slo på hånden og barnet var ikke noe utrygg på noe tidspunkt. Så det er honnør til gjengen altså, det gikk veldig bra. Barnet hadde en positiv opplevelse, det er jeg helt sikker på».

Noen foreldre fortalte at ved første opplevelse med anestesi hadde barnet fått lov å leke og bli kjent med masken på forhånd, da de var avhengig av at barnet skulle puste lenge i den. Dette mente de var et godt tips, og reagerte på at anestesipersonellet ikke gjorde dette denne gang. En annen erfaring foreldre hadde var at lukt i masken gjorde det mer spennende for barnet å bruke den inne på operasjonsstuen.

Foreldre hadde erfaring med at anestesipersonellet hadde utfordringer med å legge inn veneflon på barnet og prøvde tre ganger. Da bestemte de seg for å fortsette inne på operasjonsstuen, og foreldre mente det var bedre å fortsette forberedelsene når de var mer skjermet og omgivelsene omkring dem var roligere. Det kom også frem at det kunne være utfordrende for enkelte foreldre og barn at det var mye rare lyder og utstyr synlig på forberedelsesrommet.

«Det rommet før operasjonsstuen hvor vi venter synes jeg er lite trivelig og er ikke optimalt for et engstelig barn å sitte der, litt på utstilling. Man ser en del utstyr som kan virke skremmende og det er rare lyder som barna kan henge seg opp i».

5.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hva foreldre opplevde som viktig da deres barn ble lagt i generell anestesi. Vi fant at måten vi som anestesipersonell trygger foreldre og barn når vi møtes på forberedelsesrommet er av stor betydning. Det betyr mye for foreldre at vi møter dem med respekt og inkluderer dem som en del av teamet. Foreldre understreket også deres og barnets behov for tydelig og individualisert informasjon i forkant, underveis og etter innledning. Vi vil nå diskutere funnene våre kategori for kategori.

5.1 Å bli trygget i foreldrerollen

Foreldre formidlet under intervjuene at de selv hadde et stort behov for å bli ivaretatt av anestesipersonellet. Når barnet skulle gjennomgå generell anestesi påvirket det foreldre på forskjellige måter og ulike behov meldte seg

5.1.1 Bli møtt med respekt

Informantene understreket betydningen av å bli møtt med respekt. Det var viktig at anestesipersonellet lyttet til deres eventuelle behov, spørsmål og ønsker. De satte pris på støtte fra anestesipersonellet med oppmuntrende ord som gjorde at de følte seg tryggere i egen foreldrerolle. Betydningen av å respektere foreldre understrekes også i «Nurse-Parent Support Model». Det er viktig at anestesisykepleier utviser respekt for foreldres ulike syn, tradisjoner og ønsker, og på denne måten kan man gi sykepleie av god kvalitet (Grønseth & Markestad, 2017). Til tross for at foreldre i vår studie forstod at generell anestesi var en risiko, følte de seg likevel ivaretatt av anestesipersonell. Dette bidro til at informantene følte at noen hadde stilt opp for dem hvis de hadde hatt behov for det. Anestesisykepleieren har en viktig rolle overfor forelderen, hvor anestesisykepleieren skal respektere forelderen og vise empati i en slik sårbar situasjon (ANSF,2020).

Foreldre i våre funn hadde behov for å bli inkludert i teamet. Informantene fikk muligheten til å delta i beslutningstaking ved at de fikk velge om barnet skulle sitte på fanget eller ligge på operasjonsbordet når de sovnet. Foreldre uttrykte takknemlighet

for at de fikk være deltakende så lenge som mulig og at barnet slapp å bli etterlatt til ukjente før innledning av generell anestesi. Det å få ta del i prosessen og ha et godt samarbeid med anestesipersonellet, økte følelsen av at foreldre kjente seg nyttige. Foreldre har et behov for å vite at de er en del av teamet rundt barnet og at deres tilstedeværelse er verdifull for barnet, men også for det øvrige teamet (Andersson et al., 2012; Grønseth & Markestad, 2017). Familie-sentrert omsorg kan bidra til at foreldre kan være deltakende i beslutninger og oppfølging av barnet, men dette krever at tillit skapes mellom personal og forelder. Ved at anestesipersonellet har kunnskap om familie-sentrert omsorg kan det bidra til at anestesipersonellet kan støtte foreldre og skape tillit ved å vise en empatisk holdning og møte foreldre og barn på en ansvarlig og trygg måte. Foreldre kan få tillit til helsepersonell ved at de blir behandlet med respekt og anerkjenner betydningen av foreldres rolle (Grønseth & Markestad, 2017). Dette støttes av Andersson et al., (2012) hvor de fant at anestesisykepleierne må muliggjøre foreldres deltakelse og legge til rette for at foreldrene kan støtte deres barn på best mulig måte. Når foreldre involveres kan det bidra til økt velvære hos barnet og ivareta pasientsikkerheten (Andersson et al., 2012). I våre funn ble det beskrevet en situasjon hvor foreldre opplevde og ikke få delta i beslutningen omkring veneflonn innleggelse på barnet. Foreldre gav uttrykk for at det var merkelig at barnet ble stukket opptil flere ganger, uten at anestesipersonellet tok initiativ til å spørre om dette var greit for forelderen. En slik erfaring kan føre til at foreldre opplever redusert tillitt til anestesipersonellet ved at foreldre ikke fikk ta del i beslutningstaking. Foreldre har ofte et ønske om å delta og være en ressurs, som igjen kan føre til at barnet opplever mindre stress (Chorney & Kain, 2010; Grønseth & Markestad, 2017). Bizzio et al., (2020) understreker at foreldre er en god informasjonskilde og ekspert på barnet sitt. Foreldre i våre funn beskrev hvordan de ble hørt på deres tidligere erfaring med premedikasjon til barnet og at anestesipersonellet lyttet og tok hensyn til dette. Som anestesisykepleier er det vår oppgave å sørge for at pårørendes ønsker og behov respekteres (ANSF,2020). Foreldres tilstedeværelse er likevel et omdiskutert tema i tidligere forskning. Dette vises blant annet i studien til Erhaze et al., (2016), hvor man ikke fant en signifikant forskjell i stressnivåer hos de som hadde foreldrene med seg eller ikke. Det er bekymringer omkring foreldres tilstedeværelse under innledning av generell anestesi og hvordan det kan påvirke rutinene i operasjonsrommet og kan

medføre stress blant operasjonsteamet. Foreldre reagerer ulikt inne på operasjonsrommet og det er vanskelig å vite på forhånd hvilke foreldre som klarer å være en ressurs for barnet og hvilke som ikke klarer dette (Chorney & Kain, 2010). Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (2000) §6 skal foreldrene ha mulighet til å følge barnet sitt til sykehuset dersom det er barnets ønske og at behandlingen ikke vanskeliggjøres. Vi som anestesipersonell er underlagt denne loven og er forpliktet til å følge den.

Det kan oppleves overveldende for foreldre å komme inn på en operasjonsstue hvor de plutselig blir møtt av et større operasjonsteam. Informantene påpekte at personalet burde presentert seg slik at de kunne være til stede for barnet i den grad de ønsket eller hadde behov for. I teorien om familie-sentrert omsorg fremheves det at foreldre har behov for å vite hvem som har ansvar for barnet deres og hvilke roller de har (Grønseth & Markestad, 2017). Dette samsvarer med våre funn, hvor foreldre reagerte sterkt når ansatte på operasjonsstuen ikke presenterte seg. Det ga en følelse av utrygghet når foreldrene ikke visste hvilken rolle eller funksjon teammedlemmet hadde i behandlingen av barnet. Ifølge våre funn mener foreldre at presentasjon er en handling som er lite tidkrevende, men som kan være betydningsfull for foreldre slik at de kan vie sin fulle oppmerksomhet til barnet i den verdifulle tiden. I studien til Danielsson et al., (2018) understreker anestesisykepleierne betydningen av å ha et velfungerende team og at det kun er personell med en viktig rolle i situasjonen som skal være til stede når barnet skal i generell anestesi. Dette mener de er viktig for å ikke bekymre foreldre og barn mer enn nødvendig (Danielsson et al., 2018).

For foreldre i vår studie opplevde de det som viktig at vi som anestesipersonell støttet dem under innledningsfasen og i ventetiden. For våre informanter var det selve innledningen av generell anestesi som gjorde størst inntrykk. Foreldre har behov for å beskytte barnet sitt og i en slik situasjon opplevde noen foreldre en form for maktesløshet da de ikke lenger hadde kontroll over situasjonen. Som anestesisykepleier har vi et ansvar for både foreldre og barn, og mye av fokuset er på barnet når de ankommer operasjonsstuen. Under innledningen av generell anestesi beskrev foreldre det som at barnet plutselig bare «dør» og deretter måtte de overlate barnet til ukjente personer og brått forlate operasjonsstuen. Det var vanskelig for noen

foreldre å holde følelsene inne og opplevde å «knekke sammen» når barnet sovnet. Dette samsvarer med studien til Andersson et al., (2012) hvor foreldre påpeker at de ikke var forberedt på hendelsen og hadde behov for mer støtte under innledningen av generell anestesi.

Informantene satt pris på at anestesipersonellet tok seg tid til å gi støtte til foreldre ved å spørre «hvordan går det med mor/far?» og gi komplimenter som «nå er du flink». Dette går i tråd med teorien om familie-sentrert omsorg hvor foreldre har behov for følelsesmessig støtte i vanskelige situasjoner. Dette kan gjøres ved å vise medfølelse, gi støttende bemerkninger og få bekreftelser på at foreldres reaksjoner og følelser er normale. Dersom vi som anestesisykepleiere klarer å ta vare på foreldre og gi de følelsesmessig støtte i situasjonen, kan det bli lettere for foreldre å være trygg på at barnet blir godt ivaretatt (Grønseth & Markestad, 2017). Av erfaring har vi opplevd at det har positiv virkning på foreldre å si eksempelvis “det er helt normalt at foreldre synes at det er litt skummelt når barnet plutselig sovner i armene deres etter de har fått sovemedisin», slik at de ikke føler seg alene i situasjonen.

Når foreldre i vår studie ble fulgt ut av operasjonsstuen uttrykte de en følelse av å bli forlatt med flere ubesvarte spørsmål, samtidig som det opplevdes som vanskelig å finne noen å spørre. De opplevde at de var kontaktsøkende, men de hadde ingen å henvende seg til. Etter en slik opplevelse hadde foreldre et behov for å snakke ut om sine opplevelser og følelser, men fikk ikke tilbud om dette. Studien til Andersson et al. (2012) viser at foreldre hadde behov for støtte i tiden etter at de er fulgt ut, da dette opplevdes tøft. Foreldrene gav uttrykk for at de hadde behov for oppdatering underveis og syntes ventetiden var slitsom (Andersson et al., 2012). I studien til Danielsson et al., (2018) forteller anestesipersonell nettopp om viktigheten av å møte barn og foreldre i etterkant for å snakke om opplevelsen, særlig hvis det hadde vært tøft for dem. Erfaring fra praksis tilsier at det er operasjonssykepleier som følger forelderen ut, og anestesipersonellets fokus er på barnet på dette tidspunkt. Vi kan likevel forberede foreldre på at når barnet sovner ligger fokuset vårt på barnet. På den måten blir overgangen mindre skremmende for forelderen. Det kan diskuteres om hvorvidt det hadde vært nyttig og hatt en ressursperson fra anestesipersonellet som

kunne stilt seg disponibel for foreldre i denne ventetiden, men da kreves det høyere bemanning og ressurser.

5.1.3 Å trygge barnet

Foreldres opplevelse på anesthesiavdelingen var tydelig preget av hvordan anestesipersonellet tilnærmet seg og ivaretok barnet. Foreldre viste til viktige metoder som å henvende seg direkte til barnet, bruke korte setninger og kommunisere på en måte som er enkel for barn å forstå. I følge Grønseth et al., (2017) er det viktig at sykepleier tar utgangspunkt i barnets utviklingstrinn i møte med barnet. Dette samsvarer med studien fra Bizzio et al., (2020) der anestesipersonellet mente at korte og enkle setninger på et barnevennlig språk var effektivt i kommunikasjon med førskolebarn. Det er viktig som anesthesisykepleier at man tar seg tid til å lytte til barnets behov og spørsmål, og forklare tydelig hva som skal gjøres og hvorfor. Det er også viktig å være oppmerksom på at barn ofte fungerer på et lavere alders- og utviklingsnivå i ukjente og skremmende situasjoner (Valla et al., 2020).

Vi fant at foreldre stort sett syntes anestesipersonellet var flinke på å skape trygghet gjennom lek, slik at barnet lot seg avlede under prosedyrer. Avledningsmetoder som premier, såpebobler og tryllestav ble nevnt som effektive metoder for å avlede og distrahere barnet i sammenheng med prosedyrer. Ikke-medikamentelle metoder som humor og lek er viktig for å styrke relasjonen til barna, samtidig som lek kan bidra til at barna klarer å bearbeide inntrykk og utfordringer de møter på sykehuset (Bizzio et al., 2020; Grønseth & Markestad, 2017). På en annen side kan barn føle seg lurt eller bli skremt under avledning dersom de ikke føler de har kontroll over situasjonen, som igjen kan by på utfordringer for det videre samarbeidet mellom anesthesisykepleier og barn. Det er derfor viktig at vi som anesthesisykepleiere er oppmerksomme på barns reaksjoner på avledningsmetoder, og på den måten tilpasse avledningsmetode til hver enkelt barn (Svendsen & Bjørk, 2014). En avledningsmetode som har vist seg å være effektiv for barn under ubehagelige, stressende eller smertefulle prosedyrer er bruk av VR-briller (Leonardsen & Shateri, 2022). Forskerne påpekte at viktige faktorer som alder, utviklingsnivå og samspill med foreldre var avgjørende for at VR-brillene skulle være til hjelp avledningssituasjoner. Til tross for at VR-briller kunne være en effektiv

avledningsmetode, ble det ikke brukt i den grad de ønsket grunnet tidspress og manglende kompetanse blant anestesisykepleierne (Leonardsen & Shateri, 2022). VR-briller vil være mest aktuelt for de eldste førskolebarna, da vi i vår studie har inkludert barn fra 1-6 år.

Det var også viktig for våre informanter at anestesipersonellet brukte god tid med barnet. De understreket at hvis man brukte noen minutter ekstra på barnet før innledning av anestesi, kunne man unngå at barnet gjorde seg vanskelig og motsatte seg behandling. En måte som noen foreldre mente fungerte bra, var å bruke tid på å vise utstyret på foreldrene først. Dette støttes opp av Sundal og Lykkeslet (2019) hvor foreldrene samarbeidet med helsepersonellet for å gjøre det ukjente kjent, ved eksempelvis å måle puls på mor først, som da gjorde at barnet var motivert for å prøve selv (Sundal & Lykkeslet, 2019). Et interessant funn i vår studie var at foreldre opplevde at Covid-19-pandemien hadde en positiv påvirkning på foreldre og barn ved at personalet hadde bedre tid. De beskriver det som at de før hadde sittet som «sild i tønne» og at omgivelsene var preget av mye støy, mens det ved denne anledningen var roligere og anestesipersonellet brukte god tid på hvert enkelt barn. Dette kan være et resultat av at det er et stort press på operasjonsavdelingen hvor man skal gjennom et operasjonsprogram, og tiden til å behandle hvert enkelt barn og deres foreldre blir utfordrende. Anestesipersonellet i studien til Bizzio et al., (2020) beskriver at det er avsatt like mye tid til voksne og barn som skal legges i generell anestesi. I behandlingen av barn skal anestesisykepleier fylle flere roller på samme tid, eksempelvis mor, beskytter og skytsengel for barna, samtidig som de også må være støttespillere for foreldre som har behov for det. Dette peker i retning av at tid kan være en utfordrende faktor i møte med foreldre og barn.

5.2 Å motta individuelt tilpasset informasjon

Foreldre i vår studie ga uttrykk for at de hadde et stort informasjonsbehov både i forkant, underveis og etter innledning av barnets generelle anestesi. Informantene opplevde stort sett at informasjonsskrivet ikke var tilstrekkelig for å føle seg godt nok forberedt. Foreldre hadde behov for informasjon for at foreldre skulle oppleve mestring i foreldrerollen samtidig som de skulle klare å ha fokus på barnet.

5.2.1 Relevant informasjon for foreldre

Informantene våre savnet oppdatert informasjon i forkant av innleggelsen. Foreldre opplevde informasjonsskrivet som mangelfullt, uoversiktlig og lite individualisert. Foreldre ga uttrykk for at informasjonsskrivet inneholdt tekst som var vanskelig å forstå, da de ikke arbeidet innenfor helsesektoren. Chorney og Kain (2010) antyder at skriftlig informasjon alene ikke er effektivt nok for å forberede foreldre og barn. Dette samsvarer med studien til Romino et al., (2005) hvor de understreker at informasjon bør gis både muntlig og skriftlig, dette for å redusere stress hos foreldre.

Operasjonsdagen er forbundet med økt stress hos foreldre og barn, og ikke alle er like mottakelige for informasjon (Chorney & Kain, 2010). Disse funnene belyser viktigheten av at informasjonsskrivet er tilstrekkelig informativt slik at foreldre og barn skal føle seg godt nok forberedt for generell anestesi. Vi observerte selv at de ulike informasjonsskrivene inneholdt mye tekst som omhandlet selve kirurgien, men lite anestesirelatert. Vi foretok søk på hjemmesidene til ulike sykehus i Norge og fant detaljert informasjon og illustrasjoner av barn i forskjellige alder på sykehus. Det fantes filmer av barn som forberedes til narkose og bildebok som illustrerer forløpet. Det inneholdt beskrivelser av operasjonsstuen, diverse utstyr og generelt om anestesiforløpet som barn og foreldre skulle gjennom. Dette illustrerer at det er svært ulik praksis mellom sykehusene hva angår informasjon til foreldre.

Informantene mente informasjonsskrivet burde vært mer barnevennlig i form av en barneversjon med bilder fra sykehuset eller filmer fra avdelingen, slik at barna kunne kjenne seg igjen og foreldre vært mer forberedt. I studien utført av Nilsson et al., (2016) viser det seg at foreldre som mottok et individuelt informasjonsskriv med bildebok opplevde dette som en verdifull måte å forberede små barn for generell anestesi og kirurgi. Foreldre opplevde det som lettere å forklare barna om prosedyrene de skulle gjennomgå, og med denne kunnskapen følte foreldre og barna seg tryggere (Nilsson et al., 2016). I Chorney og Kain (2010) sin studie hevder de at bruk av film, basert på jevnaldrende barn som gjennomgår den samme prosessen, er spesielt effektivt (Chorney & Kain, 2010). Samtidig tilsier en annen studie at også foreldre har nytte av å se film i den pre-operative forberedelses fasen. Studien viste at

foreldre som hadde sett en forberedende film opplevde mindre stress både før og etter innledning av generell anestesi (Romino et al., 2005). Foreldre i våre funn beskriver hvordan film kunne vært en god forberedende faktor, da noen har mer nytte av visuell forberedelse. På en annen side gav noen foreldre uttrykk for at det ikke var hensiktsmessig med film eller bilder i informasjonsskrivet, særlig til små barn som i mindre grad er i stand til å tilegne seg denne type informasjon på en selvstendig måte. Det kan diskuteres hvilke barn som vil ha nytte av dette, da vår studie har fokusert på førskolebarn og det vil være stor variasjon i utviklingsnivå og forståelse blant disse barna.

Foreldre beskrev hvordan tilpasset informasjon under anestesiforløpet var nødvendig for at de skulle klare å være til stede for barnet sitt slik de ønsket, og håndtere situasjonen de befant seg i. Chorney og Kain (2010) hevder i sin studie at foreldre har behov for informasjon om mulige komplikasjoner, detaljert informasjon om smerter og medisiner, samt premedikasjon. Videre viste studien at foreldre som hadde mottatt detaljert informasjon, var mindre nervøse eller stresset sammenlignet med foreldre som hadde fått minimalt med informasjon (Chorney & Kain, 2010). Vår studie tilsier at noen foreldre fikk lite informasjon om hvilke medisiner som ble gitt til barnet og hvilke konsekvenser generell anestesi egentlig kunne medføre. Foreldre beskrev det som underlig, da vi ellers i samfunnet får tilgang til informasjon om bivirkninger av medisiner som brukes. Det var foreldre som i ettertid undret seg om hvorfor sovemedisin ble gitt fremfor maskeinnledning, og stilte seg kritisk til hvorfor informasjon om dette ikke ble gitt. På en annen side var det foreldre som var svært fornøyd med at de fikk samme informasjon i alle overganger, noe som bidro til at de opplevde å være godt forberedt. Vår oppgave som anestesisykepleiere er å formidle informasjon på en måte som imøtekommer forelderens behov, og på den måten hjelpe dem gjennom den perioperative fasen (ANSF,2016). Det viste seg i våre funn at foreldre hadde ulike synspunkt når det kom til hvor mye informasjon de hadde behov for. Det er viktig at vi som anestesisykepleiere klarer å lese foreldres signal om hvor mye informasjon de er i stand til å motta. Av erfaring i praksis er det noen foreldre som ønsker mest mulig informasjon, andre kan oppleve det som skremmende med for detaljert informasjon, mens noen ønsker informasjon som er kort og presis.

Våre informanter opplevde at anestesipersonellet stort sett var flinke til å informere om vanlige reaksjoner hos barn ved innledning av generell anestesi, og hvordan det kunne føles rart når barnet sovnet og mistet all muskelkraft. Foreldre påpekte viktigheten av at denne informasjonen ble formidlet på en tydelig måte, slik at de følte seg mer forberedt når det skjedde. Ifølge teorien om familie-sentrert omsorg har foreldre et behov for informasjon om typiske reaksjoner en kan oppleve ved generell anestesi til barnet, og at informasjonen skal være ærlig og realistisk (Grønseth & Markestad, 2017). Når barnet først hadde sovnet på operasjonsstuen, opplevdes det for foreldre som at de nærmest ble jaget ut. Informantene skjønnte ikke hvorfor dette var informasjon som var blitt utelatt, og mente at hvis det hadde blitt nevnt i forkant hadde de vært bedre forberedt. Dette vises igjen i funnene til Andersson et.al., (2012) hvor foreldre savnet en forklaring på hvorfor de måtte så raskt ut av operasjonsstuen (Andersson et al., 2012). I studien til Danielsson et al., (2018) gjort fra ett anestesisykepleiers perspektiv, beskrev informantene at de ikke alltid følte det var tid til å forberede forelderen på hva som ville skje når barnet sovnet. Dette kunne medføre at foreldre ble mer usikre og redde, noe som opplevdes utfordrende for anestesisykepleierne. (Danielsson et al., 2018). Det er derfor viktig at vi som anestesipersonell er tydelige på å informere og forklare hva som skjer etter barnet har sovnet, noe som kan bidra til å øke foreldres forståelse og gi dem en følelse av å være mer forberedt.

Vi fant at anestesipersonellet stort sett var flinke på informasjon, men undret seg over når det var rett tidspunkt for å gi sensitiv informasjon med barna til stede. Chorney & Kain (2010) mener forberedelse er utfordrende i forhold til hvilken informasjon som skal gis, samt når og hvordan den skal formidles (Chorney & Kain, 2010).

Anestesipersonellet i studien til Danielsson et al.(2018), beskriver at de har begrenset med tid og hvordan de opplevde at informasjon noen ganger ble gitt på feil tid og sted. Av erfaring er det vanskelig å vite hvor og når en skal gi sensitiv informasjon til foreldre, da barnet som regel sitter på foreldres fang eller like ved. Det er derfor viktig at vi som anestesipersonell tenker over ordvalg når informasjonen blir gitt og unngår ord som kan oppleves skremmende for barnet. På en annen side er det avhengig av

hvor mye barnet forstår i forhold til utvikling, jo eldre de er jo mer forstår de av det som blir sagt.

Informantene beskrev hvordan tidligere erfaring bidro til at de allerede hadde en viss kunnskap om overgangene på sykehuset, og dermed lettere kunne forberede barnet på hva som skulle skje. Foreldre opplevde at de var mer forberedt når de allerede hadde kjennskap til medikamenter, utstyr og omgivelser. Likevel var det noen foreldre som erfarte at relevant informasjon ble utelatt når de fortalte at de hadde vært gjennom dette tidligere. De opplevde det som at anestesipersonellet tok det for gitt at de allerede visste hva som skulle skje og brukte mindre tid og ressurser på å informere. Foreldre understreket viktigheten av at informasjonen ble gitt og gjentatt, til tross for tidligere erfaring. De beskriver at de ved neste anledning vil spille uvitende, slik at de får all informasjon de har rett på. I studien til Sjöberg et al., (2017) beskrev foreldrene, på samme måte som våre informanter, at selv om de hadde vært gjennom dette før ønsket de informasjon på lik linje med de som gjennomgikk generell anestesi til barnet for første gang. I «Nurse-Parent Support Model» påpeker de at det kan være fordelaktig å innhente informasjon om hvilken kunnskap forelderen allerede har, før man gir informasjon. På den måten kan anestesisykepleieren individuelt tilpasse informasjonen til hver enkelt forelder og derav redusere risikoen for misforståelser og unnlattelse av informasjon (Grønseth & Markestad, 2017).

5.2.2 Informasjon til og forberedelse av barnet

Informantene påpekte betydningen av å huske på hvem som faktisk skulle gjennomgå kirurgiforløpet. De mente forberedelse av barnet deres var vel så viktig som å forberede dem og på den måten ikke undergrave barnets behov for informasjon. Ved anestesi til barn er det viktig at vi som anestesipersonell viser varsomhet (NAF & ALNSF, 2016). Chorney og Kain (2010) hevder i sin studie at det finnes klar evidens for at barn kan ha fordel av informasjon om prosedyrer og hvordan det kan oppleves for barnet. Familie-sentrert omsorg innebærer forberedelse i form av at informasjon bør tilpasses alder og utvikling, stimulere flere sanser og gi et realistisk bilde av hva barnet kan oppleve (Grønseth & Markestad, 2017).

Foreldre i vår studie beskrev hvordan anestesipersonellet stort sett var flinke til å forklare hva de skulle gjøre eksempelvis ved at de beskrev sovemedisinen som en hvit drømmemelk og at barna fikk gjøre seg kjent med utstyret på forhånd. Noen av barna fikk leke med masken i forkant, som gjorde det lettere for barnet å bruke masken inne på operasjonsstuen og opplevdes mindre skremmende. Noen barn synes det var spennende med lukt i masken mens noen synes det var interessant med rosa og blå bandasjer. Foreldre mente det var medvirkende til at barna ble mer nysgjerrige. Dette blir også beskrevet i studien til Danielsson et al., (2018) som henviser til at ved å stille spørsmål og vise utstyret underveis kan man stimulere barnets nysgjerrighet. I en annen studie påpekte foreldre viktigheten av at anesthesisykepleierne var fleksible og la til rette slik at barna kunne delta i forberedelsene i forkant av anestesi innledningen (Andersson et al., 2012). Dette understøttes av teorien om familie-sentrert omsorg hvor de mener at barna bør få se på og leke med utstyret som senere skal bli brukt (Grønseth & Markestad, 2017). Vi som anesthesisykepleiere bør tilstrebe at barnet skal kunne delta mer aktivt i eget behandlingsforløp for å redusere barnets frykt for prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017; Valla et al., 2020).

Samtidig som foreldre i vår studie stort sett var fornøyd med måten anestesipersonellet forberedte barnet på, virket det for noen som at det var tilfeldig ut ifra hvilken anesthesisykepleier de ble møtt av. Det var tydelig at foreldre som hadde tidligere erfaringer, hadde sett barnet bli forberedt på ulike måter. Foreldre spesifiserte hvordan anestesipersonellet hadde latt barnet leke med masken første gangen, men reagerte på hvorfor de ikke gjorde det også denne gangen, da det fungerte godt sist. Fra vårt ståsted som studenter, har vi sett at det er ulik tilnærming når det kommer til forberedelse av barn, og det vil også være avhengig av kunnskap og erfaring hos den enkelte anesthesisykepleier.

Noen foreldre påpekte at forberedelsesrommet ikke var gunstig for barn. De opplevde at det var rare lyder og utstyr som var skremmende for barnet. Det kan være ulikheter i hvordan anestesipersonellet tolker omgivelsenes påvirkning på foreldre og barn og hvilke tiltak de gjør for å skjerme dem. Noen informanter opplevde veneflonn-innleggelsen som utfordrende, og satte stor pris på at de ble skjermet ved å fortsette inne på operasjonsstuen, hvor det var færre mennesker og lite forstyrrelser. I studien

til Bizzio et al., (2020) mener de at anestesisykepleierne har en viktig rolle i å oppdage om miljøet barna befinner seg i, er passende for den perioperative fasen. Denne ferdigheten er nødvendig for å kunne identifisere eventuelle negative påvirkninger for barnets forberedelse. I avdelingen hvor vi rekrutterte informanter var forberedelsesrommet i samme korridor som operasjonsstuene, og det vil derfor være utfordrende å begrense eventuelle lyder for barna. Derimot kunne man ha skjermet barna fra medisinsk utstyr ved å bruke forheng mer aktivt eller bruke andre møbler for å skjule utstyret.

6.0 Konklusjon

Vi fant at foreldre hadde ulike opplevelser knyttet til det å være forelder når barnet blir lagt i generell anestesi. Foreldre uttrykte usikkerhet, bekymring og følelse av uvitenhet, samtidig som de opplevde å bli sett, hørt og inkludert av anestesipersonellet. I møte med anestesipersonellet påpekte foreldre et behov for å bli trygget i foreldrerollen. Dette innebar at anestesisykepleier og teamet for øvrig møtte foreldre med respekt, støttet dem under innledningsfasen, var åpen for spørsmål og gav foreldre oppmuntrende ord. Det mest fremtredende funnet var foreldres behov for individuelt tilpasset informasjon og en følelse av å være tilstrekkelig forberedt. Foreldre opplevde standardisert informasjonsskriv som uoversiktlig, mangelfullt og lite barnevennlig. Foreldre beskrev hvordan relevant og oppdatert informasjon underveis var vesentlig for at de selv skulle håndtere situasjonen på best mulig måte. Foreldre vektla at anestesipersonell skapte trygghet for barnet ved at de brukte god tid, la til rette for at barna fikk delta i forberedelsene og hvordan de brukte avledning og lek i samarbeid med barna. Forberedelse av barn innebar at de fikk tilpasset informasjon og ble gjort kjent med utstyret som skulle brukes, slik at det opplevdes mindre skremmende. Det er viktig at vi som anestesisykepleier gir klar og tydelig informasjon under anestesiforløpet og at vi ser de individuelle behovene hos foreldre og barn.

7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Våre funn viser at vi som anestesisykepleiere kan bli bedre på å informere foreldre, inkludere dem i teamet og trygge dem i foreldrerollen. Dette kan vi gjøre ved å bruke tid på hver enkelt forelder og barn og møte dem med en åpen holdning. Ved å ha en individuell tilnærming kan vi se de enkeltes ønsker og behov, og på denne måten identifisere informasjonsbehovet hos foreldre og barn. Det gir anestesisykepleier en mulighet for å tilpasse informasjon til foreldre og behandlingen av barnet. Vi som anestesisykepleiere må hjelpe og støtte hverandre slik at det er tid til å ivareta både foreldre og barn.

Vi fant i våre funn at foreldre har behov for å vite hvem som har ansvar for barnet deres. Det kom tydelig frem at presentasjon av operasjonsteamet var av stor betydning for foreldre. Vi foreslår at avdelingsledere tar opp viktigheten av presentasjon på morgenmøte slik at alle er innforstått med at dette skal bli gjort med hver enkelt forelder og barn.

Det kom tydelig frem at foreldre syntes informasjonsskrivet ikke inneholdt tilstrekkelig informasjon. Her kan vi bidra med kunnskap fra vår studie ved å bistå barnegruppen i deres prosess i utbedring av informasjonsskrivet.

Ved å vektlegge hva hver enkelt forelder opplever som viktig under generell anestesi til barn håper vi at flere anestesisykepleiere blir mer bevisst på deres behov, og kan anvende dette i praksis. Dette kan muliggjøre at arbeidet med foreldre og barn blir enklere da de har kjennskap til funnene i vår studie. Det er også viktig å videreformidle de gode tilbakemeldingene vi fikk fra foreldre i denne studien. Det vil vi gjøre ved å presentere oppgaven for anesthesiavdelingen. På denne måten kan vi lære av hverandre og løfte blikket fra eget arbeid. Noe som gir oss en unik mulighet til å fortsette med forbedringsarbeidet på avdelingene som arbeider med foreldre og barn.

Vi vil foreslå at anestesisykepleiere utfører daglige evalueringer av arbeidet en har gjort i møte med foreldre og barn. Et forslag er å dele ut evalueringsskjema til foreldre, noe som kan være til hjelp for oss med videre forbedringsarbeid. Det kan også være en mulighet å legge ved et ekstra punkt om hvilken informasjon forelderen skal motta i den allerede eksisterende sjekklisten som brukes av anestesipersonellet. Dette for at informasjon ikke skal unnlates.

Hva angår videre forskning mener vi det kunne vært interessant og gjøre et kvalitativt fokusgruppe intervju med både foreldre og anestesipersonell. Da kunne man undersøkt de forskjellige synspunktene omkring hva som er viktig i relasjonen mellom foreldre og anestesipersonell og fått frem en diskusjon rundt dette tema. Dette kunne bidratt til å få ett innblikk i hva som er betydningsfullt for både anestesipersonell og foreldre, da vår studie kun undersøker en side av saken.

8.0 Litteraturliste

- Andersson, L., Johansson, I., & Almerud Åsterberg, S. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204-1210.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104433249&scope=site>
- ANSF (2020). *Grunnlagsdokument for anesthesisykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29K0m2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
- Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K., & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005>
- Bjørnstad, I., C, & Halstensen, T.-D. (2021). Peroperativ anesthesisykepleie. In A.-C. L. Leonardsen (Ed.), *Anesthesisykepleie* (3 ed., pp. 257). CAPPELEN DAMM AS.
- Chartrand, J., Tourigny, J., & MacCormick, J. (2017). The effect of an educational pre-operative DVD on parents' and children's outcomes after a same-day surgery: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 73(3), 599-611. <https://doi.org/10.1111/jan.13161>
- Chorney, J. M., & Kain, Z. N. (2010). Family-centered pediatric perioperative care. *Anesthesiology*, 112(3), 751-755.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade>
- Danielsson, L., Lundström, M.-L., Holmström, I. K., & Kerstis, B. (2018). Anaesthetizing children - From a nurse anaesthetist`s perspective - A qualitative study. *Nursing Open*, 5, 393-399. <https://doi.org/DOI: 10.1002/nop2.147>
- Erhaze, E. K., Dowling, M., & Devane, D. (2016). Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(4), 397-407. <https://doi.org/10.1111/ijn.12449>

- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg. ed.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helseforskningsloven (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning LOV-2008-06-20-44. Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2008-06-20-44/%C2%A75>
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Gyldendal Akademisk.
- Leonardsen, A. C., & Shateri, A. (2022). VR-briller kan avlede barn før anestesi. *Sykepleien*(110). <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2022.88431>
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal Of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalyse. In M. Granskar & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (2 ed., pp. 186-199). Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2 ed.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power *Qualitative Health Research*, 26(13). <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

- Miles, M. S. (2003). Support for parents during a child's hospitalization. *American Journal Of Nursing*, 103(2), 62-64. <https://doi.org/10.1097/00000446-200302000-00030>
- NAF og ALSNF (2016). *Norsk standard for anestesi*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYGJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf>
- Nilsson, E., Svensson, G., & Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during surgery *Nursing Children and Young People*, 28, 30-35. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2016.e749>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999- 07-02- 63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Rabbitts, J. A., Groenewald, C. B., & Cravero, J. (2020). Epidemiology of Pediatric Surgery in the United States. *Pediatric Anesthesia*, 30(10), 1083-1090. <https://doi.org/10.1111/pan.13993>
- Romino, S. L., Keatley, V. M., Secret, J., & Good, K. (2005). Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal*, 81(4), 780-783, 785-789, 792; quiz 793-786. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)60357-8](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)60357-8)
- Sjöberg, C., Svedberg, P., Nygren, J., M., & Carlsson, I. (2017). Participation in paediatric perioperative care: «what it means for parents». *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4246-4254. <https://doi.org/10.1111/jocn.13747>
- Spesialisthelsetjenesteloven (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (LOV-1999-07-02-61-§3-6)
 Lovdata: <https://lovdata.no/sok?q=forskrift+om+barns+opphold> dato: 5.5.2021
- Statistisk sentralbyrå, SSB (2021, 13.04). *Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, kjønn, alder, diagnose*. Hentet fra [ssb.no](https://www.ssb.no) 10.03.2022 <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Sundal, H., & Lykkeslet, E. (2019). Hospitalized Children--Parents' and Nurses' Collaboration in Procedural Situations. *Pediatric Nursing*, 45(4), 174.

- Svendsen, E. J., & Bjørk, I. T. (2014). Experienced nurses' use of non-pharmacological approaches comprise more than relief from pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforlag.
- Tsesmetsis, C. (2021). Dagkirurgiske pasienter. In A.-C. L. Leonardsen (Ed.), *Anestesisykepleie* (pp. 357). CAPPELEN DAMM.
- Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie* (1 ed.). Gyldendal akademisk.
- UIS, Nettskjema (2022) [Nettskjema | Universitetet i Stavanger \(uis.no\)](https://uis.no/nettskjema)
- UIS, VeraCrypt (2022) [Lagring av informasjon | Universitetet i Stavanger \(uis.no\)](https://uis.no/lagring-av-informasjon)
- Valla, A., J, Fanghol, R., & Lian, S., I. (2020). Anestesi til barn. In A. C. Leonardsen (Ed.), *Anestesisykepleie* (3. utgave ed., pp. 276-296). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1 Intervjuguide

Problemstilling:

“Hva opplever foreldre som viktig når barnet deres legges i generell anestesi?»

Vi har utarbeidet noen forskningsspørsmål, som skal inngå i intervjuguiden:

Hvordan opplevde du situasjonen på anesthesiavdelingen?

- *Hvordan opplevde du å bli møtt av anestesipersonalet?*
- *Hvordan var det å delta på innledning av narkose til barnet?*
 - *dersom barnet motsatte seg behandling i form av ikke ønsket veneflon, ikke ønsket maske eller annet overvåkingsutstyr, hvordan følte det?*
- *Kunne vi gjort noe annerledes i forkant av narkosen, for at du skulle hatt en opplevelse av å være godt nok forberedt?*
- *Hvordan opplevde du informasjonen i forkant og underveis?*
- *Hvordan opplevde du ventetiden fra du ble fulgt ut av operasjonsstuen til du traff barnet igjen på oppvåkings avdelingen?*
- *Har du tidligere erfaring med narkose til barn/barna dine? Hvis ja, hvordan opplevdes det?*
- *Mot avslutning: Er det noe mer du vil tilføye ut ifra det som har blitt sagt til nå?*

Vi vil underveis i intervjuet tillate oss å stille oppfølgende/utfylle spørsmål som:

- vil du fortelle mer om det?
- kan du beskrive?
- kan du utdype det litt mer?

I tillegg vil vi stille spørsmål til deltakerne, som “har jeg forstått deg rett når du sier at...” for å sørge for at vi ikke mistolker eller misforstår hverandre, og dette er med på

å øke validiteten når det kommer til transkribering og analysering. Avslutningsvis vil vi gjøre en slags oppsummering med deltakerne om hva som har blitt sagt, slik at vi har felles forståelse for rammene av samtalen. Det er også viktig å understreke nok en gang, at de har mulighet til å trekke seg fra deltakelsen og at lydopptakene selvfølgelig vil slettes. De vil også få informasjon om at vi har taushetsplikt og at resultatene vil bli anonymisert.

Vedlegg 2 Søkeshistorikk

Sunday, October 10, 2021 6:23:07 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	preparing parents to be present for their childs anesthesia induction:	Limiters - Published Date: 20140101-20161231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	125
S7	preparing parents to be present for their childs anesthesia induction:	Limiters - Published Date: 20140101-20211231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	382
S6	preparing parents to be present for their childs anesthesia induction:	Limiters - Published Date: 20120101- Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	462
S5	preparing parents to be present for their childs anesthesia	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S4	family-centered preparation for surgery improves perioperative	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1
S3	S1 AND S2	Limiters - Published Date: 20110101-20211231 Narrow by SubjectAge: - child, preschool: 2-5 years Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	112

S2	surgery or sugical or anesthesia or anaesthesia	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	628,042
S1	(parent* or mother* or father*) N2 (experience or perception or perspective or attitude)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	28,370

Friday, March 25, 2022 9:34:09 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	S5 AND S6 AND S7	Limiters - Date of Publication: 20100101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	Display
S7	"day surgery" or "general anesthesia"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	Display
S6	"parental attitudes" or "parental experiences" or "parental perspectives" or "nurse-parent relations" or "nurse-parent communication" or "cooperative behavior" or cooperation or trust or confidence or misinformation or distress or anxiety	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	Display

S5	parents or mother* or *father*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	Display
S4	S1 AND S2 AND S3	Limiters - Date of Publication: 20100101- 20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	150
S3	"day surgery" or "general anesthesia"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	45,311
S2	"parental attitudes" or "parental experiences" or "parental perspectives" or "nurse-parent relations" or "nurse-parent communication" or "cooperative behavior" or cooperation or trust or confidence or misinformation or distress or anxiety	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,386,782
S1	parents or mother* or *father*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	593,969

Vedlegg 3 PICO-SKJEMA

<i>P- populasjon</i>	<i>I- intervensjon/tiltak</i>	<i>Co- comparison</i>
<i>Foreldre</i>	<i>Opplevelser</i>	<i>Generell anestesi</i>
<i>Parents</i>	<i>Parental attitudes/experiences/perceptions</i> <i>Nurse-parent relations/communication</i> <i>Cooperative behavior</i> <i>Cooperation</i> <i>Trust/confidence</i> <i>Misinformation</i> <i>Distress</i> <i>Anxiety</i>	<i>General anesthesia</i> <i>Day surgery</i>

Vedlegg 4 Informasjonsskriv 1

Innkalling til [REDACTED]

Tirsdag 18.05.21 klokken 07:15

Lege i spesialisering [REDACTED]

Oppmøtested: Inngang [REDACTED]

Du kan også bruke hovedinngangen. Følg de gule stripene på gulvet til du har passert kantinen. Gå til høyre, følg de gule stripene og ta trapp/heis opp [REDACTED]. Følg så de gule stripene til [REDACTED].

Når du ankommer sykehuset skal du registrere deg.

Det kan du gjøre enten via SMS som du mottar på smarttelefonen din, eller på en automat på sykehuset. Etter timen, så snart faktura er klar, mottar du SMS med betalingsinformasjon. Du kan betale hjemme via Vipps eller motta faktura uten fakturagebyr.

Besøkende og ledsagere

Sykehuset har innført adgangskontroll og tiltak for å redusere risikoen for smitte til pasienter og medarbeidere. Du møter derfor en vakt som vil hjelpe deg ved inngangen vår. Dersom det er nødvendig, kan du ha med én foresatt/ledsager til undersøkelse/kontroll. Mer informasjon om hvilke smitteverntiltak som må følges finner du på sus.no/besok

"Vi oppfordrer alle sterkt til å møte opp på oppsatt time. På grunn av betydelig kapasitetsproblemer ved [REDACTED] vil det IKKE være mulig å bytte/flytte timer til et annet tidspunkt med mindre det foreligger helt spesielle årsaker."

BLODFORTYNNENDE MEDISINER:

Dersom du bruker blodfortynnende medisiner må det avklares med fastlege om du kan slutte med disse før operasjonen.

I praksis gjennomføres dette som regel på følgende måte:

Pasienter som bruker Albyl-E, Persantin, Plavix eller Dispril/Disprin skal i utgangspunktet slutte med disse 14 dager før operasjonen.

Er du hjerteklaffoperert og bruker blodfortynnende medisiner, vennligst ta kontakt med pasientkoordinator [REDACTED] (mellom kl. 08:00-15:00) slik at vi kan avklare med hjertespesialist om det er trygt at du slutter med medisinene.

Webadresse: [REDACTED]

Besøksadresse: [REDACTED]

Kontaktinformasjon: [REDACTED]

Side 1/6

Dette gjelder også slagpasienter som står på blodfortynnende medisiner.

Bruker du Marevan må du slutte med disse 3 dager før operasjonen.

Dersom du bruker Pradaxa, Eliquis eller Xarelto, anbefales det at du slutter med disse 24-48 timer før operasjonen, avhengig av hvilken operasjon som skal utføres.

NB! Slutt aldri å bruke disse medisinene før du har klarert det med din fastlege.

Informasjon om faste og andre forberedelser

Du må ikke spise mat eller drikke melkeprodukter etter kl. 24:00 kvelden før operasjonen.

VOKSNE: kan drikke klare væsker, (vann, saft, eplejuice, te og kaffe uten melk) og de kan røyke, bruke snus, drops og tyggegummi inntil 2 timer før oppmøte.

BARN: (opptil 12 år) kan drikke klare væsker, (vann, saft og eplejuice) inntil 1 time før oppmøte. Banan, yoghurt og morsmelk/morsmelkserstatning kan gis inntil 4 timer før oppmøte.

NB! Dersom du bruker faste medisiner skal disse ikke tas om morgenen operasjonsdagen, men medbringes til sykehuset sammen med en oppdatert liste over medisinene du bruker. Anestesilege ordinerer hvilke av dine faste medisiner du kan ta før operasjonen. Du kan imidlertid bruke eventuell inhalasjonsmedisin som vanlig og ta denne med til sykehuset.

Ringer, klokke, smykker, piercing, kontaktlinser, neglelakk og sminke må fjernes før du kjøres til operasjonsavdelingen. Brillor, høreapparat og tannproteser kan beholdes på. Disse blir lagt til side før narkosestart.

Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon. Ta derfor gjerne med lesestoff eller annet tidsfordriv (f.eks. I-Pad e.l.).

Ved behov for følge ber vi deg om å kun ta med en pårørende.

Barn kan ha følge av en pårørende til det sover og til oppvåkningsavdelingen etter operasjonen.

Barn kan få på Emla-krem på begge håndrygger ca. 1 time før oppmøte. Kremen bedøver området hvor narkosemiddelet settes og kan kjøpes reseptfritt på apoteket.

Viktig!

Aktuelle røntgenbilder, CT eller MR undersøkelse som er tatt andre steder enn ved Stavanger Universitetssjukehus (f.eks. Curato eller Aleris), må du selv sørge for å få overført til Radiologisk avdeling ved Stavanger Universitetssjukehus. Bilder på CD leveres senest 3 dager før timeavtalen.

Er du over 60 år, vennligst ta EKG (elektrokardiogram) hos din fastlege og ta med utskrift av EKG til operasjonen (Må ikke være eldre enn 6 mnd.).

Blir du syk samme morgen, og av den grunn ikke kan komme til operasjon, vennligst ring oss på [REDACTED]

Dersom du bruker medisiner fast, tar du med en oversikt over disse når du kommer til timen.

Ta kontakt dersom du ikke trenger timen eller ikke kan møte.

Logg inn på www.helsenorge.no for å sende en melding. Dersom det er mindre enn to virkedager igjen til timen din må du kontakte oss direkte på telefon [REDACTED] mellom kl. 08.00 og 15.00

Postadresse: [REDACTED] Webadresse: [REDACTED] Besøksadresse: [REDACTED] Kontaktinformasjon: [REDACTED]

Side 2/6

Har du vært utenfor Norden det siste året?

Har du vært innlagt, fått helsehjelp eller fått tannbehandling på helseinstitusjon utenfor Norden, eller arbeidet i helsetjenesten utenfor Norden siste året? Da må du av smittevern hensyn ta prøver hos fastlegen din for å sjekke om du er smittet av motstandsdyktige bakterier (MRSA). Dette gjelder også hvis noen i husstanden din tidligere har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør være klart før du møter til timen.

Transport til sjukehus

Som hovedregel organiserer du reisen selv, og reisen blir dekket med standard kilometersats, uavhengig av hvilket transportmiddel du bruker. Reisen må vere lengre enn ti kilometer hver veg og gå over mer enn en takstzone for å få reisegodtgjørelse

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikke kan bruke egen bil, kan du ringe [redacted] for å få råd eller hjelp til transport.

Dersom du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har henvist deg til sykehuset. Trenger du transport til oppfølgingstimer eller kontroller, kan du ta kontakt direkte med sykehuset. Mer informasjon finner du på [redacted]

Betaling

Ved poliklinisk besøk må du betale egenandel etter fastsatt takst. Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Ved psykiatrisk behandling gjelder dette barn og ungdom under 18 år. Takst for poliklinisk besøk er for tiden 375 kroner. Utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmiddel kan komme i tillegg.

Dersom du ikke møter opp og ikke har varslet oss om det senest 24 timer på forhånd, må du betale et gebyr. Gebyr ikke-møtt er for tiden 1125 kroner for somatisk helsetjeneste og 374 kroner for konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utgifter til bandasjemateriell, bedøvelsesmiddel og ikke-møtt gebyr må betales selv om du har frikort eller av andre årsaker er fritatt for egenandel.

I forbindelse med smitteutbrudd med Koronaviruset, vil det ikke bli krevd ikke-møtt gebyr fra mandag 07. desember 2020 og frem til 30. juni 2021.

Du finner mer informasjon på www.helsenorge.no.

Dersom helsetilstanden forverrer seg vesentlig, må du kontakte fastlegen eller den som har henvist deg til time på sykehuset. Fastlegen kan også gi deg råd og oppfølging i ventetiden.

Velkommen til oss!

Vennlig hilsen
[redacted]
[redacted]

Send melding og få oversikt via [redacted]

Logg deg inn og se status på henvisningen din, og oversikt over timene dine. Her kan du også sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Postadresse:

[redacted]
[redacted]

Webadresse:

[redacted]

Besøksadresse:

[redacted]

Kontaktinformasjon:

[redacted]

Side 3/6

ADENOTOMI (Fjerning av polypper/"falske mandel") HOS BARN

Operasjonsdagen: Dusj med hårvask hjemme, eventuelt kvelden før.

Dersom behov for bedøvelse av hud før innleggelse av venekanyle (plastrør som legges inn i blodåre før operasjonen), legges Emla bedøvelseskrem på begge håndflater ca. 30 minutter før oppmøte. Emla kan kjøpes reseptfritt på apotek.

Barnet møter fastende på [redacted] (dette gjelder også pasienter som skal til hotellet eller innlegges på avd. [redacted] etter operasjonen). Her møter dere personell som tar imot dere og gir dere videre informasjon. Vi har låsbare skap der personlige eiendeler kan oppbevares. Før operasjonen blir barnet undersøkt av lege. Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon.

Dersom barnet bruker faste medisiner skal disse ikke tas om morgenen operasjonsdagen, men medbringes til sykehuset. Anestesilege ordinerer hvilke av barnets faste medisiner som skal inntas før operasjonen.

Barnet kan imidlertid bruke eventuell inhalasjonsmedisin som vanlig og ta denne med til sykehuset.

Beroligende medisiner før operasjonen kan vurderes ved behov.

Eventuell sminke, neglelakk, smykker, piercing (inkludert ørepynt) og kontaktlinser (alle typer) må fjernes før pasienten kjøres til operasjonsavdelingen. Brillor og høreapparat kan beholdes på, disse blir lagt til side før narkosestart.

Dagkirurgi: Etter operasjonen observeres barnet på oppvåkingsavdelingen. En pårørende kan være hos barnet så fort det er praktisk mulig. Vanligvis vil dere kunne reise hjem etter minimum 2 timers observasjonstid. Pasienten må ha følge hjem og ikke være alene den første kvelden og natten etter operasjonen.

Pasienthotell: I noen tilfeller kan det være aktuelt å overnatte på pasienthotellet. Etter operasjonen må barnet observeres i minimum 2 timer før innsjekking på hotellet (innsjekking etter kl. 15.00). Barnet må ikke være alene den første kvelden og natten etter operasjonen, og må derfor ha med en voksen pårørende på hotellrommet. Hotelloppholdet for pasient og pårørende blir dekket av SUS og informasjonsskriv om oppholdet utleveres fra dagkirurgisk avdeling. Neste dag møter dere kl. 09.00 på avdeling 2AB hvor dere får utskrivningssamtale med lege.

Innleggelse: I noen sjeldne tilfeller kan det være aktuelt med overnatting på avdeling 2AB. Dere får da utskrivningssamtale med lege neste formiddag.

Etter hjemkomst: Barnet bør være hjemme fra barnehage/skole i 1-2 dager. Unngå varm dusj i 2 dager og tung fysisk aktivitet i 3 dager etter operasjonen. Barnet kan spise som vanlig, men kald/lunken mat om kvelden operasjonsdagen, og fortsette med lunken mat og drikke i 2 dager etter operasjonen.

Ta smertestillende etter legens anbefaling.

Ta kontakt med avdelingen ved blødning, nedsatt allmenntilstand, feber, økte smerter og problemer med væskeinntak.

Til deg som skal fjerne deler av mandlene (Tonsillotomi)

Dette er et informasjonsskriv til deg som skal fjerne deler av mandlene, om selve operasjonen og om hvordan du skal forholde deg i tiden etter operasjonen.

Mandlene er lymfatiske organer som befinner seg på hver side i halsen bak fremre ganeseil.

I tidlig barndom bidrar mandlene til å danne immunstoffer og utvikle immunforsvaret i kroppen.

Disse immunstoffene varer hele livet. Lignende vev finnes også andre steder i svelget og i øvre luftveier.

Delvis fjerning av mandlene har derfor ingen innvirkning på immunforsvaret i kroppen.

Delvis fjerning av mandlene blir utført for å bedre plassforhold hos barn med OSA (obstruktiv søvnapne)

Postadresse:

Webadresse:

Besøksadresse:

Kontaktinformasjon:

[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]

Side 4/6

Dokumentet er godkjent av [redacted] Tidspunkt for godkjenning: 15.04.21 13:28

eller dersom barnet har spisevansker.
I mange tilfeller er det også nødvendig å fjerne adenoider (polypper/«falske mandler»), spesielt dersom barnet er plaget med nesetetthet.

Delvis fjerning av mandler utføres i narkose. Dette er ikke et komplisert inngrep, men det finnes en risiko for etterblødning. Slike blødninger forekommer imidlertid langt sjeldnere etter delvis fjerning av mandlene enn ved fullstendig fjerning.

I forkant av inngrepet må det avklares om barnet har andre sykdommer eller om det bruker medisiner som kan ha betydning for operasjonen eller narkosen.

Dersom barnet bruker blodfortynnende medisiner må de t avklares med fastlege om det kan slutte med disse før operasjonen.

I enkelte tilfeller vil barnet bli kalt inn til en forundersøkelse innen 3 uker før operasjonen.

Operasjonsdagen

Dusj med hårvask hjemme, eventuelt kvelden før.

Bruk eventuelt Emla bedøvelseskrem på begge håndrygger ca. 1 time før oppmøte. Kremen bedøver området hvor narkosemiddelet settes.

Barnet møter fastende på Dagl rurgi  st til avtalt tid (dette gjelder også pasienter som skal til hotellet eller innlegges på sengepost 2AB etter operasjonen). Her møter dere personell som tar imot dere og barnet får utdelt sykehuskl r og seng. Vi har l sbare skap til personlige eiendeler.

V r forberedt på at det kan bli noe venting f r det er klart til operasjon.

Barn kan ha følge av en pårørende til det sover og til oppvåkningsavdelingen etter operasjonen.

Om operasjonen

En munnsp rre eller gag (et instrument som trykker ned tungen) brukes for å holde munnen  pen. Deler av mandlene fjernes enten ved bruk av termisk energi i form av en elektrisk saks eller med laser. Selve inngrepet tar 15 - 30 minutter.

Etter operasjonen

I utgangspunktet kan alle barn over 2 år som f r utført tonsillotomi reise hjem samme dag.

Tilleggssykdommer eller andre forhold kan imidlertid gjøre innleggelse nødvendig.

Barn under 2 år skal være inneliggende 1 døgn etter operasjonen.

Til deg som skal reise hjem samme dag

Etter operasjonen observeres barnet på oppvåkningsavdelingen. En pårørende kan være hos barnet så fort som praktisk mulig. Kirurgen vil informere om operasjonen og eventuelle forholdsregler. Hjemreise er vanligvis 1-2 timer etter inngrepet.

Til deg som skal være inneliggende

Barnet overnatter sammen med en pårørende på pasienthotellet eller på sengepost 2AB.

Etter operasjonen må barnet observeres 1-2 timer f r dere kan sjekke inn på pasienthotellet.

Hotelloppholdet for pasient og en pårørende blir dekket av SUS.

Neste dag m ter dere på sengepost 2AB ca. kl. 09:00 til en utskrivingsamtale med lege.

Fravær fra barnehage/skole i 3 - 4 dager

Foreldre til barn som har blitt operert må bruke egenmelding for sykt barn.

Frav rserkl ring til skole blir utlevert f r hjemreise.

Resepter

Resepter på smertestillende medisiner blir registrert (eResept) på forundersøkelsen. Det anbefales at disse medisinene kjøpes før operasjonen.

Postadresse: Webadresse: Besøksadresse: Kontaktinformasjon:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Side 5/6

Dokumentet er godkj nt av [Redacted] Tidspunkt for godkjenning: 18.04.21 13:28

Ved blødning etter operasjonen

Ved tegn til blødning etter operasjonen, ta direkte kontakt med AMK tlf. 113

Blødning etter fjerning av deler av mandlene er sjelden, men kan være alvorlig. Vi ønsker derfor at dere tar kontakt så fort dere er det minste i tvil og har lav terskel for å ringe 113.

Barn bør observeres nøye de første dagene etter operasjonen. Det anbefales å sove hos barnet eller se til barnet flere ganger om natten. En mulig blødning etter operasjonen vil ses ved blod fra nese eller munn, blodig hoste eller mørk avføring. Også en stadig svelgetendens hos barn kan tyde på en eventuell blødning.

Forholdsregler for å redusere risiko for blødning etter operasjonen:

Trening/aktivitet

Unngå fysisk anstrengelse (sport/gym) og tunge løft i 7 dager. Når blodtrykket stiger utvider blodkarene seg og dermed øker blødningsfaren.

Dusj/bad

Unngå varmt vann i dusj/bad i 3 dager.

Mat og drikke

Unngå varm mat/drikke og mat med skarpe kanter (knekkebrød, brødskorper, nøtter etc.) i 3 dager.

Generell risiko/komplikasjoner

De fleste har en del smerter i halsen etter operasjonen. Gi smertestillende medisin etter legens anbefaling. Det er ikke uvanlig at øresmerter oppstår ca. 2 dager etter operasjonen. Øresmertene skyldes hevelse rundt nervene som går fra halsen opp til øret. Dersom barnet ligger med hode/overkropp hevet, kan det redusere ubehag.

Det er viktig at barnet drikker rikelig/ofte for å hindre dannelse av harde skorper på sårflatene da dette kan gi økte smerter.

Andre følger etter operasjonen kan være endret smaksans, hevelse i drøvelen som kan medføre brekningsrefleks og svelg-vansker, lett dårlig ånde (dersom barnet blir plaget med sterk dårlig ånde, kan dette være tegn på infeksjon), tannskader, hud- og bløtvevsskader.

Ved nedsatt allmenntilstand, feber, økt smerte eller problemer med væskeinntak, ta kontakt med:

[Redacted contact information]

Med vennlig hilsen personale [Redacted signature]

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
--------------	-------------	----------------	---------------------

[Redacted contact details]

Side 6/6

Dokumentet er godkjent av [Redacted] Tidspunkt for godkjenning: 15.04.21 13:28

1 praksis gjennomføres dette som regel på følgende måte:

Pasienter som bruker Albyl-E, Persantin, Plavix eller Dispril/Disprin skal i utgangspunktet slutte med disse 14 dager før operasjonen.

Er du hjerteklaffoperert og bruker blodfortynnende medisiner, vennligst ta kontakt med pasientkoordinator [REDACTED] (mellom kl. 08:00-15:00) slik at vi kan avklare med hjertespesialist om det er trygt at du slutter med medisinene.

Dette gjelder også slagpasienter som står på blodfortynnende medisiner.

Bruker du Marevan må du slutte med disse 3 dager før operasjonen.

Dersom du bruker Pradaxa, Eliquis eller Xarelto, anbefales det at du slutter med disse 24-48 timer før operasjonen, avhengig av hvilken operasjon som skal utføres.

NB! Slutt aldri å bruke disse medisinene før du har klarert det med din fastlege.

Informasjon om faste og andre forberedelser

Du må ikke spise mat eller drikke melkeprodukter etter kl. 24:00 kvelden før operasjonen.

VOKSNE: kan drikke klare væsker, (vann, saft, eplejuice, te og kaffe uten melk) og de kan røyke, bruke snus, drops og tyggegummi inntil 2 timer før oppmøte.

BARN: (opptil 12 år) kan drikke klare væsker, (vann, saft og eplejuice) inntil 1 time før oppmøte. Banan, yoghurt og morsmelk/morsmelkserstatning kan gis inntil 4 timer før oppmøte.

NB! Dersom du bruker faste medisiner skal disse ikke tas om morgenen operasjonsdagen, men medbringes til sykehuset sammen med en oppdatert liste over medisinene du bruker. Anestesilege ordinerer hvilke av dine faste medisiner du kan ta før operasjonen. Du kan imidlertid bruke eventuell inhalasjonsmedisin som vanlig og ta denne med til sykehuset.

Ringer, klokke, smykker, piercing, kontaktlinser, neglelakk og sminke må fjernes før du kjøres til operasjonsavdelingen. Brillor, høreapparat og tannproteser kan beholdes på. Disse blir lagt til side før narkosestart.

Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon. Ta derfor gjerne med lesestoff eller annet tidsfordriv (f.eks. I-Pad e.l.).

Ved behov for følge ber vi deg om å kun ta med en pårørende.

Barn kan ha følge av en pårørende til det sover og til oppvåkingsavdelingen etter operasjonen.

Barn kan få på Emla-krem på begge håndrygger ca. 1 time før oppmøte. Kremen bedøver området hvor narkosemiddelet settes og kan kjøpes reseptfritt på apoteket.

Viktig!

Aktuelle røntgenbilder, CT eller MR undersøkelse som er tatt andre steder enn ved Stavanger Universitetssykehus (f.eks. Curato eller Aleris), må du selv sørge for å få overført til Radiologisk avdeling ved Stavanger Universitetssykehus. Bilder på CD leveres senest 3 dager før timeavtalen.

Er du over 60 år, vennligst ta EKG (elektrokardiogram) hos din fastlege og ta med utskrift av EKG til operasjonen (Må ikke være eldre enn 6 mnd.).

Postadresse:

[REDACTED]
[REDACTED]

Webadresse:

[REDACTED]
[REDACTED]

Besøksadresse:

[REDACTED]
[REDACTED]

Kontaktinformasjon:

[REDACTED]
[REDACTED]

Side 2/5

Dokumentet er godkjent av [REDACTED] Tidspunkt for godkjenning: 30.04.21 13:20

Blir du syk samme morgen, og av den grunn ikke kan komme til operasjon, vennligst ring oss på [redacted]

Dersom du bruker medisiner fast, tar du med en oversikt over disse når du kommer til timen.

Ta kontakt dersom du ikke trenger timen eller ikke kan møte.

Logg inn på [redacted] for å sende en melding. Dersom det er mindre enn to virkedager igjen til timen din må du kontakte oss direkte på telefon [redacted] mellom kl. 08.00 og 15.00

Har du vært utenfor Norden det siste året?

Har du vært innlagt, fått helsehjelp eller fått tannbehandling på helseinstitusjon utenfor Norden, eller arbeidet i helsetjenesten utenfor Norden siste året? Da må du av smittevern hensyn ta prøver hos fastlegen din for å sjekke om du er smittet av motstandsdyktige bakterier (MRSA). Dette gjelder også hvis noen i husstanden din tidligere har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør være klart før du møter til timen.

Transport til sjukehus

Som hovedregel organiserer du reisen selv, og reisen blir dekket med standard kilometersats, uavhengig av hvilket transportmiddel du bruker. Reisen må vere lengre enn ti kilometer hver veg og gå over mer enn en takstzone for å få reisegodtgjørelse

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikke kan bruke egen bil, kan du ringe [redacted] for å få råd eller hjelp til transport.

Dersom du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har henvist deg til sykehuset. Trenger du transport til oppfølgingstimer eller kontroller, kan du ta kontakt direkte med sykehuset. Mer informasjon finner du [redacted]

Betaling

Ved poliklinisk besøk må du betale egenandel etter fastsatt takst. Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Ved psykiatrisk behandling gjelder dette barn og ungdom under 18 år. Takst for poliklinisk besøk er for tiden 375 kroner. Utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmiddel kan komme i tillegg.

Dersom du ikke møter opp og ikke har varslet oss om det senest 24 timer på forhånd, må du betale et gebyr. Gebyr ikke-møtt er for tiden 1125 kroner for somatisk helsetjeneste og 374 kroner for konsultasjoner innen psykiisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utgifter til bandasjemateriell, bedøvelsesmiddel og ikke-møtt gebyr må betales selv om du har frikort eller av andre årsaker er fritatt for egenandel.

I forbindelse med smitteutbrudd med Koronaviruset, vil det ikke bli krevd ikke-møtt gebyr fra mandag 07.desember 2020 og frem til 30.juni 2021.

Du finner mer informasjon på [redacted]. Dersom du ikke er bruker av digitale tjenester, kan du ta kontakt med avdelingen.

Dersom helsetilstanden forverrer seg vesentlig, må du kontakte fastlegen eller den som har henvist deg til time på sykehuset. Fastlegen kan også gi deg råd og oppfølging i ventetiden.

Velkommen til oss!

Vennlig hilsen

Postadresse: [redacted] Webadresse: [redacted] Besøksadresse: [redacted] Kontaktinformasjon: [redacted]

Side 3/5

Dokumentet er godkjent av: [redacted] tidspunkt for godkjenning: 30.04.21 13:20



Send melding og få oversikt via helsenorge.no

Logg deg inn og se status på henvisningen din, og oversikt over timene dine. Her kan du også sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Øredrensinnleggelse barn

De fleste barn opplever en eller flere episoder med akutt mellomørebetennelse. Det går oftest over av seg selv eller må behandles med antibiotika. I noen tilfeller blir ørebetennelsen og væskedanningen i mellomøret kronisk. Barnet kan da oppleve nedsatt hørsel, noe som kan påvirke språkutviklingen. I slike tilfeller kan det bli aktuelt å legge inn et ventilasjonsrør (dren) i trommehinnen.

Ventilasjonsrør blir satt inn i øret under en operasjon. Operasjonen skjer som oftest i narkose. Hos eldre barn og voksne brukes noen ganger lokalbedøvelse. Som regel kan pasienten opereres og reise hjem samme dag.

Et ventilasjonsrør er en liten plast- eller titansylinder som blir plassert gjennom trommehinnen slik at luft kan strømme fritt inn i mellomøret. Det er to typer ventilasjonsrør: korttids- og langtidsventilasjonsrør. Du vil få informasjon om hvilken type ventilasjonsrør som skal brukes. Den første typen er minst, den står på plass i ca. 6 til 12 måneder og faller som oftest ut av seg selv. Langtidsventilasjonsrøret er større og sitter bedre fast i trommehinnen. Av den grunn faller det sjelden ut. Dersom rørene fortsatt sitter i etter 1,5 – 2 år, blir de fjernet ved operasjon. Noen ganger faller ventilasjonsrøret ut raskt og det kan bli behov for ny operasjon hvis det har dannet seg væske.

Noen barn blir bra med rørinleggelse en gang, mens andre har behov for rørinleggelse flere ganger.

Før

Barn som skal legges i narkose må faste før operasjonen. Det vil si at barnet ikke kan spise eller drikke fra midnatt kvelden før inngrepet, og heller ikke om morgenen operasjonsdagen. Dersom operasjonen skal skje litt ut på formiddagen, kan barnet drikke inntil et halvt glass sukkerholdig saft senest to timer før narkosen blir gitt.

På operasjonsdagen vil pasienten bli undersøkt av lege. De får informasjon om operasjonen, mulige komplikasjoner og andre viktige opplysninger.

Det kan bli noe venting før operasjonen, fordi andre operasjoner kan ta lengre tid enn planlagt. En pårørende kan være med inne på operasjonsstuen fram til pasienten sovner.

Under

Kirurgen lager et lite hull i trommehinnen og væske i mellomøret kan suges ut. Ventilasjonsrøret blir satt på plass. I noen tilfeller drypper kirurgen inn øredråper som også skal brukes hjemme i noen dager etter operasjonen. Inngrepet tar kort tid.

Tidsperspektiv: 15 min.

Etter

Etter operasjonen blir pasienten observert på et oppvåkingsrom. Hvis inngrepet har gått fint og det ikke er komplikasjoner, kan pasienten reise hjem etter noen timer.

Inngrepet gir lite eller ingen smerter, men narkosen kan gi lett ubehag, irritabilitet og kvalme. Paracetamol kan brukes i dosering etter vekt.

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Side 4/5

Dokumentet er godkjent av [Redacted]. Tidspunkt for godkjenning: 30.04.21 13:20

Hørselen vil ofte være bedre allerede like etter operasjonen.

Lege skriver ut resept på øredråper eller andre medisiner ved behov.

Kontroll etter operasjonen skjer hos fastlege med mindre annet er avtalt. I enkelte tilfeller kontrolleres pasienten videre hos privatpraktiserende [redacted].

Pasienten kan vanligvis gå tilbake til barnehage/skole dagen etter operasjonen.

Pasienten skal holde øret helt tørt den første uken etter operasjonen. Deretter kan en bade uten beskyttelse i øret. Skal pasienten til utlandet, bør øret beskyttes ved bading grunnet en annen bakterieflora enn i Norge. Bruk for eksempel en bomulldott med fet salve/vaselin i øregangen eller spesialprodukt fra apotek.

Vanlige komplikasjoner

Behandling med ventilasjonsrør er en vanlig og trygg prosedyre med få komplikasjoner. Komplikasjoner som kan inntreffe er:

Sekresjon: Noen vil få problemer med renning fra det opererte øret/ørene. Dette skjer som oftest i forbindelse med en øvre luftveisinfeksjon. Observer i et par dager før du eventuelt forsøker med eddikskylling: Bland 1 del husholdningseddik 7 % med 3 deler kokt vann. Avkjøl til omtrent kroppstemperatur. Drypp/skyll i øret to ganger daglig med en 10 ml sprøyte.

Trommehinneperforasjon: Kan inntreffe dersom ventilasjonsrøret faller ut eller et langtidsventilasjonsrør blir fjernet og hullet ikke gror. Hullet lukkes ved hjelp av en operasjon når barnet blir større.

Arr: Alle former for irritasjon av trommehinnen (som gjentatte ørebetennelser og flere ventilasjonsrørbehandlinger) kan gi kalkdannelse på trommehinnen. Dette er ufarlig og påvirker som oftest ikke hørselen.

Infeksjon: Ørebetennelse kan oppstå selv om et ventilasjonsrør er på plass. Det kan også oppstå infeksjon i trommehinnen rundt selve ventilasjonsrøret. Øredråper er som regel tilstrekkelig behandling.

Ved renning fra det opererte øret/ørene i tiden etter operasjonen, ta kontakt med fastlege eller henvisende [redacted]. Dersom du ikke får kontakt med hverken fastlege eller henvisende [redacted], kan du [redacted].

Postadresse: [redacted] Webadresse: [redacted] Besøksadresse: [redacted] Kontaktinformasjon: [redacted]

Side 5/5

Dokumentet er godkjent av [redacted] Tidspunkt for godkjenning: 30.04.21 13:20

[Redacted]

Innkalling til innleggelse [Redacted] ØNH

Onsdag 26.05.21 klokke 08:00.

Oppmøtested: [Redacted] følg de gule stripene i gulvet til du har passert kantinen. Ta heis opp til [Redacted]

Vi trenger informasjon om din helse i forkant av timen, slik at vi kan stille mest mulig forberedt.

Vi har derfor laget et skjema på helsenorge.no, som vi trenger at du fyller ut i god tid før timen:

Alternativt kan du printe og sende til sykehuset ved å gå på [Redacted]

Dersom du ikke får svart på skjema (pga at du ikke kan/vil printe eller bruke tjenestene på [Redacted]) må du kontakte oss snarest.

"Vi oppfordrer alle sterkt til å møte opp på oppsatt time. På grunn av betydelig kapasitetsproblemer ved ØNH-avdeling, vil det IKKE være mulig å bytte/flytte timer til et annet tidspunkt med mindre det foreligger helt spesielle årsaker."

BLODFORTYNNENDE MEDISINER:

Dersom du bruker blodfortynnende medisiner må det avklares med fastlege om du kan slutte med disse før operasjonen.

I praksis gjennomføres dette som regel på følgende måte:

Pasienter som bruker Albyl-E, Persantin, Plavix eller Dispril/Disprin skal i utgangspunktet slutte med disse 14 dager før operasjonen.

Er du hjerteklaffoperert og bruker blodfortynnende medisiner, vennligst ta kontakt med pasientkoordinator på tlf. [Redacted] (mellom kl. 08:00-15:00) slik at vi kan avklare med hjertespesialist om det er trygt at du slutter med medisinene.

Dette gjelder også slagpasienter som står på blodfortynnende medisiner.

Bruker du Marevan må du slutte med disse 3 dager før operasjonen.

Dersom du bruker Pradaxa, Eliquis eller Xarelto, anbefales det at du slutter med disse 24-48 timer før operasjonen, avhengig av hvilken operasjon som skal utføres.

Postadresse: [Redacted] Webadresse: [Redacted] Besøksadresse: [Redacted] Kontaktinformasjon: [Redacted]

NB! Slutt aldri å bruke disse medisinene før du har klarert det med din fastlege.

Informasjon om faste og andre forberedelser

Du må ikke spise mat eller drikke melkeprodukter etter kl. 24:00 kvelden før operasjonen.

VOKSNE: kan drikke klare væsker, (vann, saft, eplejuice, te og kaffe uten melk) og de kan røyke, bruke snus, drops og tyggegummi inntil 2 timer før oppmøte.

BARN: (opptil 12 år) kan drikke klare væsker, (vann, saft og eplejuice) inntil 1 time før oppmøte. Banan, yoghurt og morsmelk/morsmelkserstatning kan gis inntil 4 timer før oppmøte.

NB! Dersom du bruker faste medisiner skal disse ikke tas om morgenen operasjonsdagen, men medbringes til sykehuset sammen med en oppdatert liste over medisinene du bruker. Anestesilege ordinerer hvilke av dine faste medisiner du kan ta før operasjonen. Du kan imidlertid bruke eventuell inhalasjonsmedisin som vanlig og ta denne med til sykehuset.

Ringer, klokke, smykker, piercing, kontaktlinser, neglelakk og sminke må fjernes før du kjøres til operasjonsavdelingen. Brillor, høreapparat og tannproteser kan beholdes på. Disse blir lagt til side før narkosestart.

Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon. Ta derfor gjerne med lesestoff eller annet tidsfordriv (f.eks. I-Pad e.l.).

Ved behov for følge ber vi deg om å kun ta med en pårørende.

Barn kan ha følge av en pårørende til det sover og til oppvåkningsavdelingen etter operasjonen.

Barn kan få på Emla-krem på begge håndrygger ca. 1 time før oppmøte. Kremen bedøver området hvor narkosemiddelet settes og kan kjøpes reseptfritt på apoteket.

Viktig!

Aktuelle røntgenbilder, CT eller MR undersøkelse som er tatt andre steder enn ved Stavanger Universitetssjukehus (f.eks. Curato eller Aleris), må du selv sørge for å få overført til Radiologisk avdeling ved Stavanger Universitetssjukehus. Bilder på CD leveres senest 3 dager før timeavtalen.

Er du over 60 år, vennligst ta EKG (elektrokardiogram) hos din fastlege og ta med utskrift av EKG til operasjonen (Må ikke være eldre enn 6 mnd.).

Blir du syk samme morgen, og av den grunn ikke kan komme til operasjon, vennligst ring oss på **tf. 904 18 888 fra kl. 07:00.**

Dersom du bruker medisiner fast, tar du med en oversikt over disse når du kommer til timen.

Ta kontakt dersom du ikke trenger timen eller ikke kan møte.

Logg inn på www.helsenorge.no for å sende en melding. Dersom det er mindre enn to virkedager igjen til timen din må du kontakte oss direkte på telefon

██████████ mellom kl.08.00 og 15.00, eller vårt sentralbord ██████████

Har du vært utenfor Norden det siste året?

Har du vært innlagt, fått helsehjelp eller fått tannbehandling på helseinstitusjon utenfor Norden, eller arbeidet i helsetjenesten utenfor Norden siste året? Da må du av smittevernhensyn ta prøver hos fastlegen din for å sjekke om du er smittet av motstandsdyktige bakterier (MRSA). Dette gjelder også hvis noen i

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
--------------	-------------	----------------	---------------------

██████████ ██████████ ██████████ ██████████
██████████ ██████████ ██████████ ██████████
██████████ ██████████ ██████████ ██████████

Side 2/6

operasjonen.

Pasienthotell: I noen tilfeller kan det være aktuelt å overnatte på pasienthotellet. Etter operasjonen må barnet observeres i minimum 2 timer før innsjekking på hotellet (innsjekking etter kl. 15.00). Barnet må ikke være alene den første kvelden og natten etter operasjonen, og må derfor ha med en voksen pårørende på hotellrommet. Hotelloppholdet for pasient og pårørende blir utlevert til dere. Om oppholdet utleveres fra [redacted]. Neste dag møter dere kl. 09.00 på avdeling [redacted] hvor dere får utskrivingsamtale med lege.

Innleggelse: I noen sjeldne tilfeller kan det være aktuelt med overnatting på avdeling [redacted]. Dere får da utskrivingsamtale med lege neste formiddag.

Etter hjemkomst: Barnet bør være hjemme fra barnehage/skole i 1-2 dager. Unngå varm dusj i 2 dager og tung fysisk aktivitet i 3 dager etter operasjonen. Barnet kan spise som vanlig, men kald/lunken mat om kvelden operasjonsdagen, og fortsette med lunken mat og drikke i 2 dager etter operasjonen. Ta smertestillende etter legens anbefaling.

Ta kontakt med avdelingen ved blødning, nedsatt allmenntilstand, feber, økte smerter og problemer med væskeinntak.

Kontaktinformasjon:
[redacted] mellom kl. 08.00 og 15.30 mandag - fredag, lørdag mellom kl. 09.00 og 14.00. Utenom disse tider, kontakte [redacted] eller [redacted]

Til deg som skal fjerne mandlene (Tonsillektomi)

Dette er et informasjonsskriv til deg som skal fjerne mandlene, om selve operasjonen og om hvordan du skal forholde deg i tiden etter operasjonen.

Mandlene er lymfatiske organer som befinner seg på hver side i halsen bak fremre ganeseil. I tidlig barndom bidrar mandlene til å danne immunstoffer og utvikle immunforsvaret i kroppen. Disse immunstoffene varer hele livet. Lignende vev finnes også andre steder i svelget og i øvre luftveier. Fjerning av mandlene har derfor ingen innvirkning på immunforsvaret i kroppen.

Fjerning av mandlene blir utført dersom du har:

- Gjentatte akutte betennelser i mandlene.
- Kronisk betennelse i mandlene med symptomer som dårlig ånde, pusspropper fra mandlene eller lymfeknutehevelse på halsen.
- Forstørrede mandler som gir svelge- og pustevansker.
- Abscess/byll i mandlene.
- Mistanke om ikke-godartet forandring i mandlene.

Delvis fjerning av mandlene (Tonsillotomi) kan være et alternativ. Se egen informasjon.

Hos barn er det også ofte nødvendig å fjerne adenoider (polypper/«falske mandler»), spesielt dersom de er plaget med nesetetthet.

Fjerning av mandlene utføres i narkose. Dette er ikke et komplisert inngrep, men det finnes en risiko for etterblødning. Slike blødninger kan være alvorlige og man bør derfor ha god indikasjon og en grundig utredning før operasjonen.

I forkant av inngrepet må det avklares om du har andre sykdommer eller om du bruker medisiner som kan ha betydning for operasjonen eller narkosen.

Dersom du bruker blodfortynnende medisiner må det avklares med din fastlege om du kan slutte med disse før operasjonen.

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
--------------	-------------	----------------	---------------------

[redacted]
[redacted]
[redacted]


Side 4/6


Dokumentet er godkjent av [redacted]. Tidspunkt for godkjenning: 25.01.21 11:17

husstanden din tidligere har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør være 

Transport til sykehus

Som hovedregel organiserer du reisen selv og reisen dekkes med standard kilometersats, uavhengig av hvilket transportmiddel som benyttes. Reisen må være lengre enn ti kilometer hver vei og gå over mer enn en takstzone for å få reisegodtgjørelse.

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikke har mulighet til å benytte egen bil, kan du ringe Pasientreiser på  for å få råd eller hjelp til transport.

Hvis du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har henvist deg til sykehuset. Trenger du transport til oppfølgingstimer eller kontroller, kan du ta kontakt direkte med sykehuset. Mer informasjon finner du på .

Dersom helsetilstanden forverrer seg vesentlig, må du kontakte fastlegen eller den som har henvist deg til time på sykehuset. Fastlegen kan også gi deg råd og oppfølging i ventetiden.

Velkommen til oss!

Vennlig hilsen


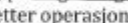

Send melding og få oversikt via

Logg deg inn og se status på henvisningen din, og oversikt over timene dine. Her kan du også sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Adenotomi (fjerning av polypper/»falske mandler») hos barn

Operasjonsdagen: Dusj med hårvask hjemme, eventuelt kvelden før.





Dersom behov for bedøvelse av hud før innleggelse av venekanyle (plastrør som legges inn i blodåre før operasjonen), legges Emla bedøvelseskrem på begge håndrygg ca. 30 minutter før oppmøte. Emla kan kjøpes reseptfritt på apotek.

Barnet møter fastende (se eget skjema) på  til avtalt tid (dette gjelder også pasienter som skal til hotellet eller innlegges på av  etter operasjonen). Her møter dere personell som tar imot dere og gir dere videre informasjon. Vi har låsbare skap der personlige eiendeler kan oppbevares. Før operasjonen blir barnet undersøkt av lege. Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon.

Dersom barnet bruker faste medisiner skal disse ikke tas om morgenen operasjonsdagen, men medbringes til sykehuset. Anestesilege ordinerer hvilke av barnets faste medisiner som skal inntas før operasjonen. Barnet kan imidlertid bruke eventuell inhalasjonsmedisin som vanlig og ta denne med til sykehuset. Beroligende medisiner før operasjonen kan vurderes ved behov.

Eventuell sminke, neglelakk, smykker, piercing (inkludert ørepynt) og kontaktlinser (alle typer) må fjernes før pasienten kjøres til operasjonsavdelingen. Brillere og høreapparat kan beholdes på, disse blir lagt til side før narkosestart.

Dagkirurgi: Etter operasjonen observeres barnet på oppvåkingsavdelingen. En pårørende kan være hos barnet så fort det er praktisk mulig. Vanligvis vil dere kunne reise hjem etter minimum 2 timers observasjonstid. Pasienten må ha følge hjem og ikke være alene den første kvelden og natten etter

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
			

Side 3/6

Dokumentet er godkjent av  Tidspunkt for godkjenning: 25.01.21 11:17

Du blir innkalt til en forundersøkelse 1-2 uker før operasjonen. Her møter du en lege som undersøker deg i øre-nese-hals området og du vil få informasjon om operasjonen og om forholdsregler før og etter operasjonen.

Blodprøver må tas innen 3 dager før operasjonen. Ta med blodprøveskjema, som blir utlevert på forundersøkelsen, til laboratoriet ved SUS inngang 2 (Blodprøvetaking).

Åpningstid mandag-fredag kl. 08:30 – 14:30.

Bruk eventuelt Emla bedøvelseskrem i begge albuebøyninger en time før blodprøven skal tas. Emla kan kjøpes reseptfritt på apotek.

Operasjonsdagen

Dusj med hårvask hjemme, eventuelt kvelden før.

Bruk eventuelt Emla-bedøvelseskrem på begge håndrygger ca. 1 time før oppmøte. Kremen bedøver området hvor narkosemiddelet settes.

Du møter fastende på [redacted] dette gjelder også pasienter som skal til hotellet eller innlegges på sengepost [redacted] etter operasjonen). Her møter du personell som tar imot deg og du får utdelt sykehusklær og seng. Vi har låsbare skap til dine personlige eiendeler.

Vær forberedt på at det kan bli noe venting før det er klart til operasjon.

For å redusere smerter etter operasjonen vil eldre barn, ungdom og voksne få smertestillende medisiner før operasjonen. Yngre barn får smertestillende medisiner under operasjonen.

Om operasjonen

En munnspærre eller gag (et instrument som trykker ned tungen) brukes for å holde munnen åpen.

Mandlene fjernes («skrelles ut») fra tonsillesengene. Selve inngrepet tar 15-45 minutter.

Vi bruker en såkalt kald teknikk, dvs. uten laser eller andre termiske prosedyrer. Alle studier har vist at det er minst risiko for etterblødning ved bruk av «kald teknikk».

Etter operasjonen

Til deg som skal reise hjem samme dag.

Etter operasjonen må du observeres i minimum 3 timer før du kan reise hjem. En lege undersøker deg før hjemreise.

Du må ha følge hjem, ikke kjøre bil selv og ikke være alene den første kvelden og natten etter operasjonen.

Til deg som skal være inneliggende

Du overnatter på pasienthotellet eller på sengepost [redacted]

Etter operasjonen må du observeres i minimum 3 timer før du kan sjekke inn på pasienthotellet. Du kan ikke være alene den første kvelden og natten etter operasjonen, og må derfor ha en voksen pårørende (over 18 år) med deg på hotellrommet. Hotelloppholdet for pasient og en pårørende blir dekket av SUS.

Neste dag møter du på sengepost [redacted] ca. kl. 09:00 til en utskrivingsamtale med lege.

Sykemelding eller fravær fra barnehage/skole i 14 dager

Sykemelding blir utlevert på forundersøkelsen.

Foreldre til barn som er blitt operert har rett til pleiepenger fra dag 1. Lege fyller ut søknadsskjema på forundersøkelsen.

Fraværserklæring til skole blir utlevert før hjemreise.

Resepter

Resepter på smertestillende medisiner blir registrert (eResept) på forundersøkelsen. Det anbefales at disse medisinene kjøpes før operasjonen.

Postadresse:	Webadresse:	Besøksadresse:	Kontaktinformasjon:
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Side 5/6

Ved blødning etter operasjonen

Ved tegn til blødning etter operasjonen, ta direkte kontakt med AMK tlf. 113

Blødning etter fjerning av mandlene kan være alvorlig. Vi ønsker derfor at du tar kontakt så fort du er det minste i tvil og har lav terskel for å ringe 113.

Barn bør observeres nøye de første dagene etter operasjonen. Det anbefales å sove hos barnet eller se til barnet flere ganger om natten. En mulig blødning etter operasjonen vil ses ved blod fra nese eller munn, blodig hoste eller mørk avføring. Også en stadig svelgetendens hos barn kan tyde på en eventuell blødning.

De første 24 timene etter operasjonen bør du ikke kjøre bil, drikke alkohol eller røyke/snuse.

Forholdsregler for å redusere risiko for blødning etter operasjonen:

Trening/aktivitet

Unngå fysisk anstrengelse (sport/gym) og tunge løft. Når blodtrykket stiger utvider blodkarene seg og dermed øker blødningsfaren.

Etter 14 dager kan du starte forsiktig og øke treningen gradvis. Det beste er å begynne med utholdenhetstrening og deretter forsiktig med styrketrening.

Dusj/bad

Unngå varmt vann i dusj/bad den første uken.

Mat og drikke

Unngå varm mat/drikke og mat med skarpe kanter (knekkebrød, brødskorper, nøtter etc.) den første uken.

Generell risiko/komplikasjoner

De fleste har en del smerter i halsen etter operasjonen. Ta smertestillende medisin etter legens anbefaling. Det er ikke uvanlig at øresmerter oppstår ca. 2 dager etter operasjonen. Øresmertene skyldes hevelse rundt nervene som går fra halsen opp til øret. Dersom du ligger med hode/overkropp hevet, kan det redusere ubehag.

Det er viktig at du drikker rikelig/ofte for å hindre dannelse av harde skorper på sårflatene da dette kan gi økte smerter.

Andre følger etter operasjonen kan være endret smaksans, hevelse i drøvelen som kan medføre brekningsrefleks og svelgvansker, lett dårlig ånde (dersom du blir plaget med sterk dårlig ånde, kan dette være tegn på infeksjon), tannskader, hud- og bløtvevsskader.

Ved nedsatt allmenntilstand, feber, økt smerte eller problemer med væskeinntak, ta kontakt med:

- [Redacted]
- [Redacted] kveld/natt/helg)

Med vennlig hilsen personalet ved [Redacted]

Postadresse: Webadresse: Besøksadresse: Kontaktinformasjon:


[Redacted] [Redacted] Bloch T [Redacted] [Redacted]

Side 6/6

Dokumentet er godkjent av [Redacted] Tidspunkt for godkjenning: 25.01.21 11:17

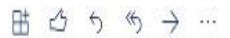
Vedlegg 7 Godkjenning fra Personvernombudet (PVO)

eProtokoll - Ferdig behandlet

 eProtokoll <noreplyeprotokoll [redacted]>

on. 19.01.2022 16:16

Til: Hanne Revheim



Skjema ferdig behandlet

[https://\[redacted\].net/form/2816/0A584D72080C488D](https://[redacted].net/form/2816/0A584D72080C488D)

Tilbakemelding

Hei,

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [redacted]. Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

Vedlegg 8 COREQ Checklist

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	18
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	1
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	1
Gender	4	Was the researcher male or female?	1
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	9
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	18
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	18
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	9
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	16
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	17
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	18
Sample size	12	How many participants were in the study?	19
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	19
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	18
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	18
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	20
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	ikke relevant
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	20
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	20
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	20
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	ikke relevant

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	21
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	22
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	23
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Not relevant
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Not relevant
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	31-40
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	31
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	31
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	31

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET FORELDRES OPPLEVELSE AV MOTTAK OG INNLEDNING AV NARKOSE TIL BARN

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler foreldre til barn som gjennomgår narkose. Formålet med studien er å belyse hvordan foreldre til førskolebarn opplever at de og barnet deres blir behandlet og ivaretatt fra de ankommer slusen før operasjon, til foreldrene blir fulgt ut av operasjonsstuen når barnet har sovnet. Dette vil vi utforske for å få frem foreldres opplevelse av hvordan de blir behandlet gjennom hele prosessen. Vi vil prøve å belyse hva som gjør at du har en god opplevelse, og hva som går galt dersom du har opplevd det som vanskelig eller utfordrende. Du blir spurt om å delta i dette studiet fordi du har fulgt barnet ditt til en operasjon, og derfor opplevd situasjon som beskrevet ovenfor.

Dette er et tema som er lite forsket på og vi mener derfor at du har en unik mulighet til å bidra til å bedre behandling og rutiner i fremtiden. Vi mener dette er et viktig tema som trengs å ha mer fokus på!

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

For deg som takker ja til å delta, vil vi ta kontakt med deg for å avtale tid til å møtes. Vi planlegger individuelle intervju med en varighet på maks 60 minutter, men avsluttes tidligere hvis du har fått fortalt det du ønsker å si. Deltakelse i dette prosjektet innebærer ingen endringer for barnets behandling eller oppfølging, men at du som forelder tar deg tid til å møte oss og fortelle det du har opplevd. Intervjuet vil bli tatt opp via en lydopptaker og vi vil ta notater underveis i samtalen. Denne data vil selvfølgelig bli slettet når prosjektet er ferdigstilt. Møtested for intervju kan være hjemme hos dere, på sykehuset eller på Universitetet i Stavanger, vi er fleksible for å imøtekomme ditt ønske.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Det innebærer navn og telefonnummer via samtykkeskjema, og bånd opptakelse. Lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt. I det skriftlige materialet vil ditt navn ikke bli nevnt da vi vil bruke fiktive navn i oppgaven. Det er viktig å understreke at vi ikke innhenter noen opplysninger om verken inngrepet til ditt barn eller andre journalopplysninger.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordeler med å være med på dette studiet er at du kan hjelpe anestesipersonell til å forbedre praksisen omkring narkose til barn, både for barn og pårørende, det kan også være godt for deg som forelder og snakke om opplevelsen når det enda er friskt i minnet. En annen fordel er at du kan gjøre det bedre for andre foreldre og barn som skal gjennomgå det samme, og på den måten bidra til ny forståelse og økt kunnskap omkring temaet. En ulempe kan være at det er utfordrende for deg som forelder å snakke om hvis du har hatt en negativ opplevelse, samtidig som du må sette av fritiden din til deltakelse. Det er vanskelig for oss å vite hvilke erfaringer og opplevelser du har fra tidligere, og om vi derfor kan komme innpå spørsmål som vil oppleves som sensitive for deg. Vi vil prøve å ta hensyn til dette og vise ydmykhet samt forsiktighet for dine grenser.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller ditt barn hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil den informasjon du har gitt bli slettet.


Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Benedicte Brattaas, mobil 91722680 (mail: bs.brattaas@stud.uis.no) eller Hanne Revheim, mobil 90875218 (mail: h.revheim@stud.uis.no)

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?



Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til Masteroppgave 2022. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.


Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Benedicte Brattaas og Hanne Revheim som har tilgang til denne listen.

FORSIKRING

Da vi er studenter på Universitetet i Stavanger og ansatte på  er vi ansvarlige for dette studiet.

GODKJENNINGER

SUS og prosjektleder Hanne Revheim og Benedicte Brattaas er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Prosjektet er godkjent av Sykepleiefaglig rådgiver ved anesthesiavdelingen/Klinikk A ved  mail: 

Vi behandler opplysningene basert på behandlingsgrunnlaget gjort av PVO på  (e-Protokoll nummer: 2816-3077)

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Hanne Revheim mobil 90875218 og mail: h.revheim@stud.uis.no. Benedicte Brattaas mobil 91722680 og mail: bs.brattaas@stud.uis.no. Kontaktopplysninger for ~~_____~~ er medveileder Øystein Myrstad, mail: ~~_____~~

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombudet@_____

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato:

Navn:

Telefon nummer:

Signatur:

Vedlegg 10 Godkjenning Klinikk A

Fra: [REDACTED]
Sendt: mandag 18. oktober 2021 07:06
Til: 'Hanne Revheim' <h.revheim@stud.uis.no>; [REDACTED]; Benedicte Skjefte Brattaas <bs.brattaas@stud.uis.no>
Emne: SV: Godkjennelse masterplan

Hei

Spennende tema.
Gjennomføring av intervju av foresatte er godkjent i avdelingen, under forutsetning av at personvernombudet på [REDACTED] har gitt sin godkjenning.

Lykke til!

Vennlig hilsen

[REDACTED]
Sykepleiefaglig rådgiver anesthesiavd/Klinikk A

Fra: Hanne Revheim <h.revheim@stud.uis.no>
Sendt: fredag 15. oktober 2021 14:56
Til: [REDACTED]; Benedicte Skjefte Brattaas <bs.brattaas@stud.uis.no>
Emne: Godkjennelse masterplan

Hei,

Vi er to studenter som tar master i spesialsykepleie, spesialisering i anesthesisykepleie. Temaet i vår studie er foreldres opplevelse av mottak og innledning av narkose til barn. Hensikten er å belyse hvordan foreldre til førskolebarn opplever at de og barnet deres blir behandlet og ivaretatt fra de ankommer mottaksrommet før operasjon, til foreldrene blir fulgt ut av operasjonsstuen når barnet har sovnet. Dette for å få frem foreldrenes opplevelse av hvordan de blir behandlet av anestesipersonalet. Vi håper at våre funn kan inngå som en del av forbedringsarbeid i anesthesiavdelingen i forhold til mottak og innledning av generell anestesi til barn.

Vi ønsker å intervju 10-12 foreldre gjennom individuelle intervju med semistrukkert intervjuguide. Studien vil bli søkt om godkjenning til personvernombud på sykehuset og forankret i ledelsen, Øystein Myrstad som har akseptert dette. Øystein er vår veileder i studien og vil hjelpe oss med å rekruttere informanter på [REDACTED]. Forskningen vår skal være i tråd med forskningsetiske retningslinjer om anonymisering og dette vil vi sikre gjennom fiktive navn på deltakerne. Vi vil ikke anvende sensitiv data som

alder, kjønn etc. Vi vil behandle våre data med varsomhet. Vi vil transkribere anonymt, slette alle data når prosjektet er ferdig og understreker til våre informanter at de kan trekke seg når som helst.

Mvh

Benedicte Brattaas og Hanne Revheim

Vedlegg 11 Analyseprosess

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori	Hovedkategori
Jeg trodde nok der og da når jeg fikk informasjonsskrivet at det stod nok ting, men når jeg kommer inn på sykehuset, jeg hadde jo ikke klart å se hele gangen i forkant. Også var det det der bedøvelsesgreiene, og så inn på operasjonsbenken	Jeg trodde det stod nok i informasjonsskrivet, men når jeg kom på sykehuset var jeg ikke forberedt på alt det som skulle skje	Var ikke forberedt på alt som skulle skje	Oppdatert informasjon i forkant av innleggelsen	Relevant informasjon til foreldre	Å motta individuelt tilpasset informasjon
Det infoskrivet, der må det gjøres, den blekka der, og det har kommet seg for nå står det ihvertfall oppmøte tid og sted først. Men det er så fullt av ord der som ikke er vesentlig for noe som helst, også midt inni kan det stå noe viktig, også kommer det mer og du må liksom lese alle 4 sidene hvor 70% kanskje ikke har relevans, mens det	Infoskrivet burde endres, mye tekst som ikke er relevant og de viktige tingene burde stå først	Mye irrelevant tekst			

som er liksom viktig kommer inniblant der					
hvis det hadde vært film eller bilder fra samme korridorene eller at bildene stemte i informasjonsskrivet, det har ganske mye for seg at ungene kjenner seg igjen	Ungene kunne kjent seg igjen hvis det hadde vært film eller bilder fra samme sted	Savnet bilder eller film for barna			
det kunne vært en egen brosjyre som var litt mer personlig eller litt mer om akkurat det som gjelder for deg	Det kunne vært en brosjyre som var mer rettet mot det som gjelder deg	Bedre om skrivet var mer rettet mot deg			