

# **Verdighet: Anestesisykepleieres erfaringer i møte med pasienter med rusavhengighet**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Anestesisykepleie**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student: Amalie Johansen Sjulstad, Anna Evebø Senneset**

**Veileder: Aina Lillian Bjerkeli Lekens**

**Dato: 04.05.2023**

**MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Anestesisykepleie**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Vår - 2023

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Amalie Johansen Sjulstad, Anna Evebø Senneset

**VEILEDER:** Aina Lillian Bjerkeli Lekens

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Verdighet: Anestesisykepleieres erfaringer i møte med pasienter med rusavhengighet

**Engelsk tittel:**

Dignity: Nurse anesthetists' experiences when caring for patients with substance dependence

**EMNEORD/STIKKORD:**

Verdighet, rusavhengighet, kvalitativ, anestesisykepleier, erfaringer, ivaretagelse

**ANTALL ORD: 16 064**

**STAVANGER 04. MAI 2023**

## **Forord**

Det nærmer seg slutten på en toårig masterutdannelse, som startet med digital undervisning og “hjemmekontor”. Det har på mange måter vært et krevende studie, men likevel ser vi nå frem til å ta fatt på jobben som anestesisykepleiere. Vi har underveis i masteroppgaven lært utrolig mye, både om hverandre og om anestesisfaget.

Vi erfarte tidlig under studiet at å gi anestesi til pasienter med rusavhengighet kunne være utfordrende. Derfor ønsket vi mer kunnskap om ivaretagelsen av disse pasientene. Når vi ser tilbake på dette prosjektet, er det med stor takknemlighet for at valget falt på nettopp denne tematikken. Vi har fått innblikk i rike erfaringer fra våre anestesisykepleiere, som har delt sine erfaringer og opplevelser. Vi vil med dette takke informantene våre for å ha delt av sin kunnskap og gjort oss klokere.

Vi takker også hverandre for godt humør gjennom skriving, omskriving og sletting underveis. Takk til våre medstudenter for alle innspill på masterseminarer, som bidro til å drive oppgaveskrivingen videre. Vi vil rette en stor takk til vår veileder Aina, for gode råd og veiledning. I tillegg ønsker vi å takke samtlige familiemedlemmer for håndteringen av to stressede studenter, og bidrag til korrekturlesing.

Amalie & Anna

Stavanger, mai 2023

## SAMMENDRAG

**Hensikt:** Formålet med studien var å utforske anestesisykepleieres erfaringer i møte med pasienter med rusavhengighet, og ivaretagelse av pasientens verdighet. Målet var å få en dypere forståelse av fagfeltet og bidra til økt bevissthet rundt denne sårbare gruppen.

**Metode:** Studien ble gjennomført ved et universitetssykehus i Norge. Åtte anestesisykepleiere ble intervjuet ved individuelle, semistrukturerte intervjuer. Analyser av intervjuene ble gjennomført ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

**Funn:** Gjennom analysen fremkom det to hovedkategorier som beskrev hva som var viktig for anestesisykepleieren i møte med rusavhengige pasienter. Funnene våre indikerte at det var viktig for anestesisykepleieren 1) Å legge til side egne fordommer i relasjonsbygging, for å kunne se mennesket bak diagnosen, og at det er 2) Personlig krevende og faglig utfordrende å ha ansvar for pasienter med rusavhengighet.

**Konklusjon:** For anestesisykepleierne kunne det oppstå oppgitthet, fortvilelse og usikkerhet i møte med den rusavhengige pasienten. Disse følelsene kunne føre til at anestesisykepleierne følte seg sårbare. Det var tydelig at anestesisykepleierne ønsket å ivareta pasientene på best mulig måte. Relasjonsbyggende faktorer som tid, tillit, ærlighet og gjensidig respekt var elementært for ivaretagelse av verdighet hos den rusavhengige pasienten. Det er essensielt at anestesisykepleiere har nok faglig kunnskap og personlige egenskaper til å møte disse pasientene.

## ABSTRACT

**Aim:** The purpose of the study was to explore nurse anesthetists' experiences in caring for patients with substance dependence, and the preservation of the patient's dignity. The aim was to gain a deeper understanding of the field and to increase the awareness of this vulnerable group.

**Method:** The study was conducted at a university hospital in Norway. Eight nurse anesthetists were interviewed by individual, semi-structured interviews. Analysis of the interviews were carried out by using qualitative content analysis.

**Findings:** Two main categories emerged from the analysis, describing what the nurse anesthetists' found important when caring for patients with substance dependence. Our findings indicated that it was important for the nurse anesthetist 1) To set aside their own prejudices in building relationships, in order to see the human behind the diagnosis, but at the same time it is 2) Personally and professionally challenging to have responsibility for patients with substance dependence.

**Conclusion:** For the nurse anesthetists, frustration, despair and uncertainty could arise when caring for patients with substance dependence. These feelings could lead to the nurse anesthetists feeling vulnerable. It was clear that the nurse anesthetists wanted to look after the patients in the best possible way. Factors such as time, trust, honesty and mutual respect were essential in order to protect the patient's dignity when building relationships. It's essential that the nurse anesthetists have sufficient professional knowledge and personal qualities in order to safeguard these patients.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	10
<i>1.1.1 Utfordringer med tillitsforhold og ivaretagelse av etiske aspekter</i> .....	10
<i>1.1.2 Behov for kunnskap, erfaring og tid</i> .....	11
<i>1.1.3 Følelse av usikkerhet og negative holdninger</i> .....	12
<b>1.2 STUDIENS FORMÅL OG PROBLEMSTILLING</b> .....	12
<b>1.3 BEGREPET RUSAVHENGIGHET</b> .....	13
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 BEGREPET VERDIGHET</b> .....	15
<b>2.2 ULIKE FORMER FOR LIDELSER I PLEIEN</b> .....	15
<i>2.2.1 Krenkelse av verdighet</i> .....	16
<i>2.2.2 Anestesisykepleieren og verdighet</i> .....	17
<b>3.0 METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 DESIGN</b> .....	18
<b>3.2 KONTEKST</b> .....	18
<b>3.3 UTVALG</b> .....	18
<b>3.4 INNSAMLING AV DATA</b> .....	19
<i>3.4.1 Intervjuforberedelse</i> .....	20
<i>3.4.2 Intervjuprosessen</i> .....	21
<i>3.4.3 Transkribering</i> .....	21
<b>3.5 ANALYSE</b> .....	22
<b>3.7 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER</b> .....	25
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1 Å LEGGE TIL SIDE EGNE FORDOMMER I RELASJONBYGGING, FOR Å KUNNE SE MENNESKET BAK     DIAGNOSEN</b> .....	28
<b>4.2 PERSONLIG KREVENDE OG FAGLIG UTFORDRENDE Å HA ANSVAR FOR PASIENTER MED     RUSAVHENGIGHET</b> .....	33
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>42</b>
<b>5.1 METODOLOGISKE OVERVEIELSER</b> .....	48
<i>5.1.1 Metode og design</i> .....	48
<i>5.1.2 Kontekst og forskernes forforståelse</i> .....	49
<i>5.1.3 Utvalg</i> .....	50
<i>5.1.4 Innsamling av data</i> .....	50
<i>5.1.5 Analyse</i> .....	51
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>53</b>

<b>7.0 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>54</b>
<b>8.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>56</b>
<b>VEDLEGG 1 – PIO SKJEMA .....</b>	<b>60</b>
<b>VEDLEGG 2 - INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>61</b>
<b>VEDLEGG 3 - INFORMASJONSSKRIV/SAMTYKKESKJEMA .....</b>	<b>62</b>
<b>VEDLEGG 4 – SKJEMA FOR DEMOGRAFISK DATA .....</b>	<b>66</b>
<b>VEDLEGG 5 - GODKJENNELSE FOR GJENNOMFØRING AV STUDIE FRA SYKEPLEIEFAGLIG RÅDGIVER VED DEN REPRESENTATIVE AVDELINGEN.....</b>	<b>67</b>
<b>VEDLEGG 6 - GODKJENNING FRA NSD SIKT (NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA).....</b>	<b>68</b>
<b>VEDLEGG 7 - GODKJENNING FRA FORSKNINGSAVDELINGEN VED DET REPRESENTATIVE SYKEHUSET.....</b>	<b>70</b>
<b>VEDLEGG 8 - COREQ CHECKLIST .....</b>	<b>71</b>
<b>VEDLEGG 9 – MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, SPESIFISERING AV STUDENTBIDRAG .....</b>	<b>73</b>

## 1.0 Introduksjon

Det å utøve anestesi til pasienter med rusavhengighet kan utfordre de mellommenneskelige forholdene. Det som utfordrer anestesisykepleiere kan være å klare å skape tillit hos pasienten, da den rusavhengige kan være redd for at sine behov ikke blir tatt på alvor (Quinlan & Cox, 2017). Det fører til at man må bruke ekstra tid og ressurser på å bygge et tillitsforhold mellom pasient og anestesisykepleier. For pasienten vil det ha betydning for hele det perioperative forløpet. Rusavhengighet kan oppleves som et sensitivt tema, og man kan som helsepersonell selv kjenne på at man ikke har tilstrekkelig kompetanse og personlige egenskaper i disse møtene.

Det kan være vanskelig å identifisere hvilke pasienter som har en rusavhengighet. Det å innhente en fullstendig anamnese hos disse pasientene kan være utfordrende fordi pasientene ofte har et mangelfullt tillitsforhold til helsepersonell, eller en frykt for ikke å få likeverdig behandling dersom de innrømmer aktivt misbruk. Andre konkrete problemområder er innleggelse av venekanyler, vanskelig luftveishåndtering, vansker med å gi en stabil anestesi og postoperativ smertebehandling. Pasienter med en aktiv rusavhengighet som mottar anestesi står i fare for uheldige konsekvenser av de anestetiske medikamentene, og har ikke minst høyere risiko for legemiddelinteraksjon og awareness under anestesi (Butterworth et al. 2018; Marley & Sheets, 2017; Quinlan & Cox, 2017). Alkoholavhengighet fører til at pasienten blir klassifisert som en ASA III pasient (American Society of Anesthesiologists, 2023). Det påpekes at det er større risiko for aspirasjon ved anestesi til alkoholpåvirkede pasienter. Bruk av en rekke andre rusmidler gir økt risiko for oksygenerings- og ventilasjonsproblemer i forbindelse med anestesi. Dersom pasientene er ruset, bør operasjonen utsettes, da uheldige hendelser kan oppstå, på grunn av interaksjoner sammen med anestesimidlene (Moran et al, 2015).

“Code of Ethics for nurses” omtaler en rekke profesjonelle verdier en sykepleier må inneha. Under punkt 1.8 i retningslinjene, står det at sykepleiere skal vise respekt, rettferdighet, handlekraft, omsorg, medfølelse, empati, troverdighet og integritet. Samtidig skal sykepleieren ivareta og respektere verdighet og universelle rettigheter hos alle. Videre i punkt 1.11 presiseres det at sykepleiere sikrer at bruk av teknologi er forenlig med menneskers sikkerhet, verdighet og rettigheter (ICN, 2021, s. 8). Verdighetsbegrepet står derfor sentralt i internasjonale retningslinjer for alle sykepleiere.



Det er flere krav til anestesisykepleieren i møte med pasienter, både i form av lovfestede krav og rettigheter, samt retningslinjer og grunnlagsdokumenter. “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 2000, § 4). I Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (ANSF, 2022) står det at man skal forsikre seg om at pasientens og pårørendes rettigheter, verdier, ønsker og behov respekteres. I tillegg skal man yte tjenester med respekt for menneskeverd og den unike pasienten, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, religion, seksuell legning, sosial status, politisk ståsted, funksjonshemming og/eller sykdom. Grunnlagsdokumentet tar også for seg begrepet verdighet, i form av at anestesisykepleier skal overvåke og respondere på situasjoner hvor pasientsikkerhet, privatliv eller verdighet kan være truet. I Norsk Standard for anestesi (ANSF & NAF, 2016) presiseres det at pasienten skal gis informasjon, og få anledning til å medvirke i egen behandling, inkludert anestesiforløp og smertelindring. Informasjonen skal også tilpasses den enkelte situasjon og pasientens tilstand.

Faglitteraturen beskriver at anestesi til rusavhengige er komplekst og krever lang erfaring (Butterworth et al. 2018, s. 633-634; Dihle, 2021, s.102). Dette utfordrer oss, spesielt med tanke på hvordan vi som sykepleiere i spesialisering skal tilegne oss nok kunnskap om denne pasientgruppen, underveis i utdanningen. Hvordan skal vi være best mulig forberedt på å utføre anestesisykepleie, i henhold til gjeldende retningslinjer, grunnlagsdokumenter og lovgivning og ikke minst med tanke på pasientens verdighet? Quinlan & Cox (2017) peker på at for å kunne yte omsorg for pasienter med rusavhengighet, burde vi som anestesisykepleiere ha kunnskaper om farmakologi, rusavhengighet, kommunikasjon, evne til samarbeid og ha en ikke-dømmende holdning.

Hos pasienter med rusavhengighet kan bekymringer som frykt for abstinenser eller frykt for at smertene deres ikke blir tatt på alvor, oppstå ved innleggelse på sykehus. På den andre siden kan helsepersonell kjenne på mistro og mistillit til pasienter med rusavhengighet, eller at de føler at pasienten overrapporterer smertene sine ut fra et ønske om rus (Quinlan & Cox, 2017). Dette kan føre til ekstra utfordringer i et høyteknologisk miljø med økende krav til effektivitet. Det kan bety at tid til “den gode samtalen” kan

forsvinne. Tid til samtale og å bli sett på som et “helt” menneske, kan være ekstra viktig for akkurat denne pasientgruppen.

Det pågår stadig en faglig og allmenn debatt om rus i Norge. Økende bruk blant unge mennesker, er det som bekymrer politiet og samfunnet mest. I 2019 la Rusreformutvalget frem sin utredning for Stortinget, med blant annet flere forslag for omorganisering av rusomsorgen (NOU, 2019: 26). Hvordan vil dette påvirke pasienter med rusavhengighet i møte med helsevesenet? Er dette også med på å utforme anestesisykepleieres egne holdninger? Formålet med denne studien var derfor å utforske hvilke erfaringer anestesisykepleiere har i møte med pasienter med rusavhengighet, og ivaretagelse av verdighet hos denne pasientgruppen.

### **1.1 Tidligere forskning**

Det første søket ble gjennomført i august 2022. Vi søkte systematisk i forskningsdatabasene Cinahl og Medline. Søkeordene vi brukte er fremstilt i et PIO-skjema (vedlegg 1). For og i det hele tatt få treff i databasene, måtte vi kutte ut flere av de relevante søkeordene. Resultatet ga kun en artikkel som omhandlet anestesisykepleiers erfaringer med anestesi til tidligere rusavhengige (Forsberg et al., 2016). På grunn av få resultater valgte vi derfor å utvide søket ytterligere. Vi valgte å søke på forskning som innbefattet helsepersonell generelt, og fikk også hjelp av bibliotekar på universitetsbiblioteket. Det resulterte i enda en artikkel, som omhandlet sykepleieres erfaringer med pasienter med rusavhengighet på sykehus (Neville & Roan, 2014). Vi gjennomgikk litteraturlistene til de valgte artiklene, for å se om vi kunne finne annen relevant forskning, uten at dette ga nye resultater. Resultatene fra litteratursøkene er presentert i tematiske avsnitt under. Det påpekes i begge artikler at det trengs mer forskning som omhandler dette temaet, for å bedre forståelsen og yte god pleie til pasientene i denne komplekse situasjonen. Søket ble gjentatt i mars 2023, uten å gi nye resultater. På bakgrunn av det overnevnte mener vi derfor dette bidrar til å øke denne studiens relevans.

#### ***1.1.1 Utfordringer med tillitsforhold og ivaretagelse av etiske aspekter***

Både sykepleierne og anestesisykepleierne var klare på at rusavhengighet er en sykdom som skal bli behandlet på lik linje som andre sykdommer. En del av dem rapporterte at de hadde sympati for pasienter med rusavhengighet, men opplevde det som vanskelig å

kunne sette seg inn i pasientens situasjon, da den skilte seg i så stor grad fra deres eget liv (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Anestesisykepleierne var tydelig på at alle fortjente lik behandling, uavhengig av diagnose, men at det kunne være utfordrende på grunn av en forutinntatthet om den rusavhengige pasienten eller pasienter med tidligere rusproblematikk (Forsberg et al., 2016).

Anestesisykepleierne og sykepleierne uttrykte at de kunne betvile legitimiteten i pasientens rapporterte plager og smerter. Vurdering av smertenivå opplevdes forvirrende og vanskelig da de var bekymret for å bli manipulert (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Anestesisykepleierne trakk frem at å lytte til pasienten ble tatt på alvor, og var med på å anerkjenne den rusavhengige som person, og ikke en diagnose (Forsberg et al., 2016). Enkelte sykepleiere fortalte at selv om de kunne betvile pasientens smerter, valgte de likevel noen ganger å gi smertestillende etter avtale med pasienten. De så på det som den etiske omsorgsplikten av det å være sykepleier (Neville & Roan, 2014). Å gi pasienten tilstrekkelig informasjon, og være ærlig forut for anestesi kunne bidra til å styrke tillitsforholdet mellom anestesisykepleier og pasient. Dette innebar at anestesisykepleierne informerte pasienten om alternative anestesimetoder, og deres fordeler og ulemper (Forsberg et al., 2016).

### ***1.1.2 Behov for kunnskap, erfaring og tid***

Anestesisykepleiere hadde i stor grad positive holdninger til situasjoner som kunne gi dem en faglig utfordring, men uttrykte samtidig tvetydighet for negative holdninger for å forstå pasientens rusproblem. Mangel på tid og planlegging preoperativt var andre faktorer som kunne påvirke behandlingen, og flere følte at dette førte til at man ga problemene videre til den postoperative avdelingen (Forsberg et al., 2016). Sykepleiere generelt rapporterte om mangel på kunnskap og erfaring, og opplevde det som svært utfordrende å yte tilstrekkelig behandling (Neville & Roan, 2014). Dette var også fremtredende hos anestesisykepleiere, som ofte kunne engste seg, og utsette å ta stilling til planlegging av postoperativ smertelindring. De ga også uttrykk for utfordringer med tanke på å skille fysisk smerte, psykisk smerte og abstinenser (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014).

Både sykepleiere og spesialsykepleiere etterlyste mer konkrete retningslinjer som kunne hjelpe dem med å sikre en tryggere omsorg og mindre usikkerhet i arbeidet med disse høyrisiko pasientene (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014).

### ***1.1.3 Følelse av usikkerhet og negative holdninger***

Anestesisykepleierne gjorde seg opp formeningene om pasienten på forhånd, med bakgrunn i hva de hadde lest i journalen. Til tross for denne stigmatiseringen ønsket de å yte lik pleie til pasienter både med - og uten rusavhengighet. Mange opplevde det som vanskelig da de ofte hadde negative fordommer knyttet til pasientgruppen. På bakgrunn av manglende kunnskap og erfaring fra fagfeltet, fryktet mange vold og utagering i møte med pasienten. Dette bidro til å skape usikkerhet (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Anestesisykepleierne spesielt sa at det som skapte usikkerhet var hvordan pasienten ville reagere på narkose, hvor store doser de trengte, og patofysiologi rundt rusavhengighet og anestesimedikamentene (Forsberg et al., 2016). Sykepleierne generelt kjente på en følelse av håpløshet, da pasientene ofte ble reinnlagt med lignende problemstillinger. Frustrasjonen økte i takt med antall ganger man måtte gi gjentatt pleie til samme pasient. Noen følte at de var med på å opprettholde pasientens rusproblem (Neville & Roan, 2014).

Å ivareta og respektere pasientens verdighet er en av sykepleiefagets hjørnesteiner. De overnevnte betraktningene kan stå i veien for nettopp dette, og vanskeliggjør anestesisykepleierens arbeid med å yte en helhetlig omsorg.

## **1.2 Studiens formål og problemstilling**

Formålet med vår studie var å utforske anestesisykepleiers erfaringer med ivaretagelse av verdighet hos pasienter med rusavhengighet. Nettopp fordi det beskrives at erfaring er nødvendig, ønsket vi å avdekke hva som gjør den verdifull og hvordan anestesisykepleieren bruker den for å verne om pasientens verdighet. Studien hadde som formål å få en dypere forståelse av fagfeltet og bidra til økt bevissthet rundt denne sårbare gruppen. Gjennom økt forståelse vil vi kunne bedre omsorgen for pasienten og være i stand til å yte en bedre, helhetlig og omsorgsfull sykepleie. Ut fra de overnevnte betraktningene formulerte vi derfor følgende problemstilling:

*Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere i møte med pasienter med rusavhengighet og ivaretagelse av pasientens verdighet?*

### **1.3 Begrepet rusavhengighet**

En rekke begreper brukes både i dagligtale og i litteraturen for å beskrive mennesker som er avhengige av rusmidler. De mest brukte er rusmisbruker, rusavhengig, narkoman eller stoffmisbruker. Begrepene kan oppleves som stigmatiserende og er ofte dessverre negativt ladet. Allerede i 1964 gikk WHO aktivt ut for å redusere stigmaet knyttet til begrepet. De bestemte at «addiction» og «habituation» skulle erstattes med «dependence» (WHO, 1964). På norsk har dette dessverre liten betydning da begge oversettes med avhengighet. Paralleller kan trekkes til det norske, mer negativt ladede begrepet «misbruker». Vi presiserer derfor begrepet “rusavhengighet”, som vi vil benytte konsekvent i vår studie.

Når man snakker om rusavhengighet i medisinsk forstand, er dette en tilstand hvor spesifikke diagnostiske kriterier må være oppfylt. Helsedirektoratet (2012) viser til hvilke kriterier som er nødvendig for å stille diagnosen “avhengighet” i henhold til ICD-10 (kodeverket for internasjonal klassifisering av sykdommer). Dette gjelder bruk av psykoaktive stoffer (for eksempel alkohol eller diazepam), opioider eller samtidig bruk av flere av disse. For å kalle det avhengighet, må minst tre av følgende kriterier være oppfylt. Disse kriteriene må være til stede minst en måned eller flere ganger i løpet av et år (Helsedirektoratet, 2012, s. 18). Kriteriene er fremstilt i tabell 1.

**Tabell 1***Diagnosekriterier for rusavhengighet (ICD-10)*

1.	Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
2.	Problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde
3.	Fysiologiske abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet eller bruk av samme stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
4.	Utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga
5.	Føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av et eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken
6.	Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang.

(Helsedirektoratet, 2012, s. 18)

Folkehelseinstituttet anslår at 12-måneders skadelig bruk av alkohol eller avhengighet i Norge, gjelder om lag 5-8 % av befolkningen. Dette utgjør om lag 175-350 000 mennesker. De anslår at tall fra Norsk pasientregister viser at om lag 20 000 får behandling for sine alkoholrelaterte problemer hvert år (Folkehelseinstituttet, 2022b). Statistikk fra 2020 viser at antall personer som var i behandling i spesialisthelsetjenesten for sin rusmiddelavhengighet, utenom alkohol, var cirka 18 200 personer (Folkehelseinstituttet, 2022a). Likevel presiserer de at det finnes store mørketall.

## **2.0 Teoretisk rammeverk**

De forente nasjoners (FN) verdenserklæring om menneskerettigheter (1948) fastslår at alle mennesker har en iboende og medfødt verdighet. Dette betyr at alle mennesker har uavhengelige rettigheter, som er grunnlaget for rettferdighet, frihet og fred. Som teoretisk rammeverk for studien har vi derfor valgt begrepet verdighet. Hva er verdighet, og hvilke kunnskaper må vi som anestesisykepleiere ha om begrepet, for å unngå krenkelse av pasientens verdighet? Dette kapittelet tar for seg vår valgte definisjon av begrepet verdighet, inspirert av sykepleier og omsorgsteoretiker Katie Eriksson.

### **2.1 Begrepet verdighet**

Eriksson (2012) skriver at begrepet har flere dimensjoner. Den indre dimensjonen består av troverdighet, æresfølelse og moral. Den ytre dimensjonen består blant annet av karakteristiske egenskaper som ære, rang, status, nobelhet, utseende og omdømme. Både den indre og den ytre dimensjonen er med på å utgjøre hele mennesket. Hun presiserer at å ha verdighet involverer å ha verdi, men er ikke synonymt. “Alle mennesker har i dybeste forstand samme verdi og værdighet, men alle mennesker har også en oppfattelse af deres egen værdighed” (Eriksson, 2012, s. 82). Følelser som skyld og skam kan bidra til at pasienten føler seg verdiløs. Eriksson (2012) knytter dette til at helsepersonell tillegger ulike pasienter ulik verdi. Hun snakker også om at alle mennesker har en absolutt og en relativ verdighet. Den absolutte verdigheten handler om at man som menneske har en verdighet i kraft av det å være menneske. Den relative verdigheten er den verdigheten man tillegger seg selv, eller tillegges av andre, og på den måten er foranderlig (Eriksson, 2012, s. 82).

### **2.2 Ulike former for lidelser i pleien**

“At være nødt til at be om hjelp til at få oppfylt de mest fundamentale behov, at oppleve at ingen ser og forstår, hvad man behøver, ikke at oppleve fuld værdighed som menneske er en lidelse” (Eriksson, 2012, s. 43). Til tross for at helsetjenester har som intensjon å lindre menneskelig lidelse, kan pasienter likevel oppleve det som følge av møtene man har mellom pasient og helsepersonell. Katie Eriksson (2012) deler former for lidelse i pleien i tre kategorier; sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. De kan ligne på hverandre, men dersom vi som anestesisykepleiere har kunnskaper om dem og forstår dem, har vi mulighet til å aktivt forhindre lidelse hos pasienten. Hun presiserer også at å finne måter å hindre lidelse på er en av sykepleiens største utfordringer (Eriksson, 2012, s. 76). På

bakgrunn av studiens formål, fokuserer vi videre på pleielidelse. Under vises hvordan Eriksson mener at man kan dele pleielidelse videre inn i ulike underkategorier (tabell 2).

**Tabell 2**

*Erikssons kategorisering av pleielidelse*

Former for pleielidelse	Krenkelse av pasientens verdighet
	Fordømmelse og straff
	Maktutøvelse
	Manglende pleie

(Eriksson, 2012, s.81)

Selv om Eriksson deler pleielidelse inn i fire overordnede kategorier, skriver hun at alle former for pleielidelse kan føres tilbake til krenkelse av pasientens verdighet og verdi som menneske. Det å få bekreftelse på sin egen verdighet kan gi mennesket en vei ut av skyldfølelse og selvførdømmelse (Eriksson, 2012, s. 81-83).

### ***2.2.1 Krenkelse av verdighet***

Eriksson (1996, s. 82) skriver at verdighet er omsorgens mest fundamentale verdi, men hvordan vi oppfatter verdighet har konsekvenser for omsorgen vi gir. Hun peker på at verdighet alt for ofte krenkes i omsorgen, og innebærer at vi fratrar pasienten muligheten til å oppleve seg som et fullstendig menneske. Krenkelse av verdighet trekkes frem som en av de viktigste årsakene til at vi påfører pasientene pleielidelse. En krenkelse eller tap av verdighet kan også være selvforskyldt, ved å ikke oppføre seg som den man egentlig ønsker å være eller ikke ta ansvar for sine medmennesker (Eriksson, 1996, s. 83).

Verdigheten kan krenkes direkte eller abstrakt. Direkte krenkelse påføres gjennom hva vi sier eller gjør knyttet til omsorgstiltak, mens den abstrakte krenkelsen kan ligge mer skjult i manglende etiske holdninger eller det å ikke se den andre personen (Eriksson, 2012, s. 81). Videre forteller hun om begrepet ikke-pleie eller manglende pleie, som kan være en annen måte å krenke pasientens verdighet på. Dette bunner i grunnholdningene som



sykepleieren har overfor pasienten. Manglende pleie er direkte en form for maktutøvelse gjennom utelatte pleietiltak (Eriksson, 2012, s. 86).

### ***2.2.2 Anestesisykepleieren og verdighet***

Som tidligere nevnt skal anestesisykepleier overvåke og respondere når pasientens verdighet kan være truet, og behandle alle pasienter med lik verdighet (ANSF, 2022). Det blir derfor vår oppgave å verne om pasientens verdighet på alle mulige måter, og unngå alle former for krenkelse. Vår pensumlitteratur peker på at viktige forutsetninger for en anestesisykepleiers evne til å observere og respondere i ulike pasientsituasjoner, er empati og medfølelse (Nortvedt, 2021, s. 45). Likevel skrives det at hvordan vi formidler informasjon til pasientene, hvordan håndlaget er, og ikke minst hvordan blickene våre faller på pasientene, aldri kan være uten holdninger. I verste fall kan relasjonen mellom anestesisykepleier og pasienten bli vanskelig, dersom pasienten ikke føler seg ivaretatt. I ytterste konsekvens kan det gå på bekostning av faglig forsvarlighet (Nortvedt, 2021, s. 44-45).

Eriksson (2012) skriver at det er pleiepersonalet som skal gi pasienten mulighet til å oppleve sin fulle verdighet. En av måtene å bevare pasientens verdighet på, er å individualisere pleien og bekrefte den enkeltes verdighet. På en annen side må anestesisykepleieren tørre å tilnærme seg forskjellige pasienter på ulike måter (Eriksson, 2012, s. 82-84). I kraft av det å være anestesisykepleier er vi i en maktposisjon og har en faglig autoritet overfor pasienten. Den fagkunnskapen vi innehar, gjør at vi har tanker om hva vi mener er det beste for pasienten. Det er dette som kan være grobunnen for fordømmelse, hvor anestesisykepleieren antar at det er sin jobb å bestemme hva som er rett eller galt for pasienten. En måte å utøve makt på, for anestesisykepleieren, er å ikke ta pasienten på alvor (Eriksson, 2012, s. 85-86).

Eksempelvis er det anestesisykepleieren som administrerer smertestillende, og bestemmer når det skal gis. Det er i møte med pasienter med rusavhengighet at vi har mulighet til å bekrefte pasientenes verdighet. Det gjør vi gjennom å vise omsorg i hva vi sier og gjør, eller gjennom å se det andre mennesket og ikke ha fordomsfulle holdninger (Eriksson, 2012, s. 81-83). Det betyr at vi som anestesisykepleiere må ha et bevisst forhold til begrepet verdighet, for å kunne unngå alle former for krenkelse av den.

## **3.0 Metodisk tilnærming**

### **3.1 Design**

Det finnes ulike metoder for å belyse det fenomenet man ønsker å undersøke. Ut fra problemstillingens ordlyd, med ønske om å avdekke erfaringer, falt vår studie naturlig til den kvalitative forskningsmetoden. Det særegne med kvalitativ forskning er et ønske om økt forståelse av fenomener man i utgangspunktet har lite eller begrenset tilgang til fra før. Resultatene lar seg ikke kvantifisere, noe som står i motsetning til den kvantitative forskningsmetoden (Thagaard, 2018, s.15). Derfor hadde vår studie et kvalitativt, eksplorerende design. Et eksplorerende design er hensiktsmessig, fordi det tar utgangspunkt i hva som blir avdekket underveis, for å få nye synspunkter rundt et komplekst tema (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 106).

Innen kvalitativ metode finnes det en rekke muligheter for å samle data, blant annet ved intervju eller observasjon. Nettopp fordi vi ønsket å avdekke anestesisykepleieres egne erfaringer med fenomenet, valgte vi intervju som metode for innsamling av data. Gjennom intervju som metode ville vi innhente verdifulle førstehåndserfaringer fra dem som opplever fenomenet selv (Polit & Beck, 2021, s.511). Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2), med åpne spørsmål. Gjennom å ha en semistrukturert intervjuguide, sikret vi oss å komme innom bestemte temaer, men som ga informantene mulighet til å snakke fritt om sine egne tanker rundt det (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 130). Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med vår veileder.

### **3.2 Kontekst**

Studien ble gjennomført ved et norsk universitetssykehus med akuttfunksjon, i perioden november 2022 til februar 2023. Sykehuset har en egen anesthesiavdeling, hvor personalet rullerer mellom ulike seksjoner innad i klinikken. Anestesisykepleierne jobber som regel tredelt turnus i vaktordning. Operasjonsteamets medlemmer kan variere gjennom dagen, og fra dag til dag, men består som regel av minst to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, ansvarlig anestesilege og kirurg.

### **3.3 Utvalg**

For å rekruttere informanter ønsket vi å invitere anestesisykepleiere fra avdelingen, i aktivt arbeidsforhold, og med helst mer enn to års erfaring. Det var ønskelig med

kjønnsfordeling, og alle kjønn var velkomne til å delta i studien. Vi ønsket både de som jobbet turnus, samt ledere og fagsykepleiere. Vi tok derfor utgangspunkt i utvelgelse av informanter ved bruk av strategisk utvalg, med bakgrunn i fastsatte kriterier for hvem som best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58; Thagaard, 2018, s. 54). Vi valgte individuelle intervjuer med tanke på gjennomførbarhet i avdelingen, tidsbruk og studiens varighet (Polit & Beck, 2021, s. 514-516). På grunn av en spisset problemstilling og et valgt teoretisk rammeverk, ville et mindre utvalg kunne gi oss tilstrekkelig informasjonsstyrke (Malterud et al, 2016, s. 1755).

Informantene ble rekruttert gjennom leder i avdelingen, og fikk tilsendt informasjonsskjema/samtykkeskjema før gjennomføring av intervjuer (vedlegg 3) i en e-post. E-posten inneholdt kort informasjon om studiens formål og hensikt, samt detaljert informasjon i form av samtykkeskjema. Informantene kunne melde sin interesse gjennom leder eller direkte til oss. Informantene ble deretter kontaktet direkte, for å avtale tidspunkt for gjennomføring av intervju. Utvalget bestod til slutt av totalt åtte anestesisykepleiere, hvorav det var tre menn og fem kvinner. De hadde mellom 2 og 15 års erfaring som anestesisykepleier, og i gjennomsnitt hadde de arbeidet 6,7 år som anestesisykepleier. Tre av informantene hadde videreutdanning og fem hadde masterutdanning. Informantene var mellom 31-47 år, og gjennomsnittsalderen var 38,8 år.

Generell informasjon om informantene ble innsamlet ved bruk av et skjema for demografisk data (vedlegg 4). Skjemaet inneholdt korte spørsmål om kjønn, alder, utdanning og arbeidserfaring. Informantene fikk utdelt skjemaet i forkant av intervjuet, og skjemaet hadde til hensikt å samle informasjon som kunne hjelpe oss å beskrive utvalget vårt.

### **3.4 Innsamling av data**

Intervjuene ble gjennomført på et egnet kontor i avdelingen, og det var satt av en time per intervju. Informantene ble intervjuet i arbeidstiden, slik at de skulle slippe å delta på egen fritid. Intervjuene ble gjennomført på dagtid i ukedagene. Det ble gjort opptak av intervjuene ved bruk av Diktafonapp, som sender data for sikker lagring over i [www.nettskjema.no](http://www.nettskjema.no). Det ble brukt to enheter for opptak av intervjuene, hvorav begge brukte Diktafonapp. Samtykkeskjema og skjema for demografisk data ble lagret separat

i en virtuell kryptert harddisk, VeraCryptVolum, på privat datamaskin. Formelle godkjenninger av studien og videre redegjørelse for forskningsetiske vurderinger blir presentert i kapittel 3.7. Alt datamateriale slettes etter at masteroppgaven er godkjent. Alle data ble behandlet i henhold til UiS sine retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern,

<https://www.uis.no/nb/student/om-informasjonssikkerhet-og-personvern-ved-uis>.

### **3.4.1 Intervjuforberedelse**

Intervjuguiden ble utarbeidet med tanke på at informantene ville oppleve spørsmålene som aktuelle og relevante for vårt valgte tema. Spørsmålene ble formulert på en slik måte at informantene hadde mulighet til å fritt presentere sine erfaringer. Derfor valgte vi spørreord som “hva”, “hvilke” og “hvordan” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 133; Thagaard, 2018, s. 97). Vi supplerte med spesifikke spørsmål som ville spørre informantene om de kunne komme på eksempler fra egne erfaringer. På den måten ville vi forsøke å få frem spesifikke pasientsituasjoner fra deres egen arbeidshverdag, og hvordan anestesisykepleieren hadde opplevd situasjonen.

Før vi sendte ut forespørsel om deltakelse i studien, gjennomførte vi et pilotintervju. Pilotintervjuet ble gjennomført for å teste intervjuguiden, med tanke på om vi fikk besvart våre spørsmål og om varigheten som var avsatt var tilstrekkelig. Dette var også en god måte for oss å teste vår fremgangsmåte og få erfaring med å intervju (Polit & Beck, 2021, s. 623). I tillegg til at piloten ga oss øvelse i å gjennomføre intervju, var det også en utmerket måte å vurdere om det valgte rommet egnest seg for de videre intervjuene. Etter gjennomføring av piloten ble intervjuet lyttet til og transkribert, og vi konkluderte med at det ga oss innholdsrike svar. Vi valgte derfor å inkludere pilotintervjuet i vår studie.

Vi hadde på forhånd bestemt oss for å gjennomføre annet hvert intervju som hovedintervjuer, men der begge kunne komme med oppfølgingsspørsmål underveis. Behovet for oppfølgingsspørsmål ville variere ut fra hvor utfyllende informantene eventuelt måtte svare, og vår evne til aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer at forskeren klarer å oppfatte hva som blir sagt og hvordan det blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 138) Den semistrukturte tilnærmingen ville hjelpe oss å komme innom tema vi på forhånd ikke hadde forestilt oss. Intervjuguiden ble medbragt til hvert intervju, for å sikre

at alle spørsmål ble stilt til samtlige informanter, og som kan bidra til å styrke dataenes evne til sammenlignbarhet i etterkant (Thagaard, 2018, s.90-91).

### **3.4.2 Intervjuprosessen**

Den første forespørselen om deltakelse i studien ble sendt ut i avdelingen i oktober 2022. Vi fikk kun tre informanter i første runde, og så oss derfor nødt til å sende ut ny forespørsel og be om hjelp fra avdelingsleder på nyåret 2023. I etterkant av det, opplevde vi at flere tok kontakt med ønske om å delta, og vi fikk da ytterligere fem informanter. I utgangspunktet var det avsatt 60 minutter per intervju, men varigheten varierte mellom 17 til 35 minutter. Under intervjuet var det kun informanten og oss forskere til stede i rommet.

Før gjennomføringen av selve intervjuene, startet vi alltid med å presentere oss selv og takke informanten for at de hadde stilt opp til intervju. Vi presiserte deretter at vi var ute etter deres egne erfaringer, og at det ikke var noen rette og gale svar. Det ble gjentatt at all informasjon ble anonymisert, og at materialet blir slettet ved studiens slutt. I tillegg ville vi minne om at samtykket kunne tilbaketrekkes når som helst, og ba om tillatelse til å starte opptak av intervjuet.

Da vi hadde gjennomført åtte intervjuer, opplevde vi at flere hovedpunkter gikk igjen hos de fleste informantene. Ved gjennomføring av de siste intervjuene fremkom det ikke ny kunnskap eller nye tema hos deltakerne, og vi opplevde at det ikke ga oss ytterligere forståelse av fenomenet. Vi var da tilfreds med utvalgets størrelse, ved å ha oppnådd et rikt datamateriale. Dette i kombinasjon med en spisset problemstilling, utvalgets spesifisitet og studiens grad av teoretisk forankring er med å styrke studiens informasjonsstyrke (Malterud et al., 2016, s. 1756: Malterud, 2017, s. 63).

### **3.4.3 Transkribering**

Det å overføre intervjusamtale fra opptak til skriftlig form kalles transkribering. Transkribering tar sikte på å gjenskape intervjusituasjonen i sin helhet, med både verbal og nonverbal kommunikasjon (Thagaard, 2018, s. 111). Intervjuene ble transkribert fortløpende og umiddelbart etter gjennomføring av intervju. Under transkriberingen byttet vi på å skrive og å styre lydfilen, mens vi lyttet til lydfilen sammen. Det at begge var til stede under både intervju og transkribering, bidro til at vi kunne komplementere hverandres minne av intervjusituasjonen. Samtidig ble dette gjort for å sikre at vi ikke

transkriberte på ulik måte, og dermed ga alle intervjuene likt sammenligningsgrunnlag (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 180; Malterud, 2017, s. 79-80).

Vi hadde på forhånd bestemt oss for at intervjuene skulle transkriberes til bokmål, for å anonymisere informantene med tanke på språk og dialekt. Vi valgte å inkludere alle pauser, og uttrykk som “eh/ehm” samt følelsesuttrykk som latter. Det vil si at vi hovedsakelig valgte å fokusere på den verbale kommunikasjonen. Fraser som fremstod å være sagt med engasjement ble markert med utropstegn for å få frem stemningen. Dette var for å sikre at transkripsjonen ble mest mulig lik det opprinnelige materialet (Malterud, 2017, s. 77). Fortløpende transkribering var også et godt hjelpemiddel for oss, for å oppnå bedre flyt til de kommende intervjuene. Stedsnavn eller informasjon som kunne identifiseres ble anonymisert med blank markering i teksten, eller erstattet med et generalisert uttrykk som for eksempel “... avdeling”.

### **3.5 Analyse**

For å kunne bryte ned resultatene fra intervjuene benyttet vi oss av kvalitativ innholdsanalyse, forankret i Graneheim & Lundman (2004). Metoden tar utgangspunkt i å analysere den kvalitative dataen, gjennom å fokusere på innholdet og variasjoner innen forskjellige deler av teksten, som gjennom ulik grad av tolkning vil resultere i kategorier eller tema (Graneheim et al., 2017). Gjennom hele analyseprosessen satt vi sammen og arbeidet med analyser av hvert enkelt intervju.

Analysemetoden kan enten ha en induktiv, deduktiv eller abduktiv tilnærming (Graneheim et al., 2017). Ut ifra studiens hensikt fikk vi en induktiv tilnærming, også kalt tekstdrevet eller datadrevet tilnærming. Her er hensikten å gå fra det konkrete til det generelle eller abstrakte, og hvor vi ser etter likheter og ulikheter i den innsamlede dataen. Deretter sorteres dataene i meningsenheter, koder dataene for senere å samle dem i subkategorier og kategorier. Til slutt sammenfattes de i hovedkategorier og tema, dersom man lykkes i å finne det (Graneheim et al., 2017).

Vår analyse startet med at vi leste gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger, for å danne oss et helhetlig bilde av innholdet. Videre vurderte vi hvordan vi skulle gå frem i selve analyseprosessen. Analyseprosessen startet med at vi søkte etter domener, altså lett identifiserbare tekstområder, og som ved lav grad av tolkning sammenfalt med

spørsmålene i intervjuguiden (Graneheim & Lundman, 2004). Dette valgte vi på bakgrunn av at spørsmålene i intervjuguiden var åpne, men konkrete.

Deretter gjennomgikk vi hvert intervju for å identifisere de meningsbærende enhetene. Dette er første steg i å bryte datamaterialet fra hverandre, og skal være nær originalteksten, men tolkningen startet også i noen grad her. Vi identifiserte det vi mente var meningsbærende enheter i intervjuene, og satte dem inn i tabeller fortløpende. Etter at meningsenhetene var samlet, startet prosessen med å kondensere meningsenhetene, og deretter kode hver enkelt meningsenhet. Kondenseringen forkorter meningsenheten, uten å ta bort budskapet (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Vi leste meningsenhetene høyt flere ganger, for å sikre at vi beholdt det originale innholdet i utsagnet. Etter kondenseringen kontrollerte vi mot meningsenheten for å sjekke at meningen var intakt. Deretter lagde vi koder, som skulle gjøre det enklere for oss i det videre sorteringsarbeidet. Under presenteres et eksempel på hvordan vi gjennomførte kondensering og koding av meningsenheten (tabell 3).

**Tabell 3***Eksempler på meningsbærende enhet, kondensering og koding*

Meningsenhet	Kondensering	Kode
Jeg pleier å alltid tenke både når jeg skal ha de (rusavhengige) i narkose og for eksempel om du skal på en post å legge veneflon, at jeg møter de veldig åpent og ærlig	Jeg møter dem (rusavhengige) åpent og ærlig, både ved narkose eller at jeg skal legge veneflon på post.	Jeg møter dem åpent og ærlig
...og så tenker jeg at det er viktig i at jeg i hvert fall tar utgangspunkt i at vi må ha et relasjonelt forhold der hvor pasienten også er ærlig overfor meg og i forhold til hva de bruker.	Vi må ha et relasjonelt forhold hvor pasienten også er ærlig overfor meg om hva de bruker	Ha et relasjonelt forhold hvor pasienten også er ærlig.
Faktum er jo at problemet er jo ikke å gi dem narkosen, men det å komme dit er det som kan være en utfordring å forsøke og få dem til å samarbeide for at vi skal få lov til å hjelpe dem.	Problemet er ikke å gi rusavhengige narkose, men å komme dit til at vi får samarbeidet nok for å få lov å hjelpe dem.	Vanskelig å komme i posisjon til å få hjelpe dem
De kommer der med kanskje en forutinntatthet om hvordan de forventer sykehuset og vi kommer med en forutinntatthet, kanskje noen ganger en forutinntatthet i hvordan vi forventer at en rusavhengig vi kommer til å møte.	Pasientene har kanskje en forutinntatthet om hvordan de forventer at sykehuset er, og vi har en forutinntatthet om hvordan en rusavhengig er.	Både vi og pasienten har en forutinntatthet om oppførsel

Etter at vi hadde samlet og sortert kodene med lignende innhold i tabeller, la vi til side kodene. Deretter forsøkte vi å se denne sorteringen i et nytt lys, for å forstå det faktiske innholdet på et høyere plan. Ved å se på kodenenes mening, endte vi opp med å sortere på ny gjentatte ganger. Det var fordi vi etter sortering stilte oss selv spørsmålet om hva informantene egentlig fortalte oss i utsagnet. Gjennom to felles veiledninger og masterseminar ved universitetet, fikk vi større forståelse og hjelp til videre sortering av både medstudenter og andre veiledere. Dette gjorde det lettere for oss i videre analysearbeid. Etter kodingen gikk vi tilbake for å sikre at kodene samsvarte med meningsenhetene, deretter sorterte vi etter kodene på ny. Kodene var ofte tekstnære, men



noen av kodene var løftet opp, eller hadde varierende grad av tolkning som gjorde at vi identifiserte det som en eller flere subkategorier (Lindgren et al., 2020).

På seminarene og felles veiledninger, fikk vi også innspill til formulering av subkategorier og kategorier. I tillegg ble analysen gjennomgått under veiledning med vår veileder. Vi endte opp med fem kategorier med underordnede subkategorier. I starten opplevde vi at subkategoriene ofte ble korte, og kunne mangle nyansering. Derfor var innspillene fra seminarene ekstra nyttige, som bidro til å gi dem liv. Ved å se nærmere på hva de fem kategoriene omhandlet, klarte vi å samle dem i to hovedkategorier. I formuleringen av subkategorier og kategorier forsøkte vi å ha liten grad av tolkning, men ved formulering av hovedkategori ble innholdet løftet opp til et høyere nivå av tolkning. Da vi hadde formulert våre to hovedkategorier, var det viktig å kontrollere at de kunne gi oss et svar på problemstillingen. Et viktig aspekt ved formuleringen av hovedkategorier er at de skal gi svar på hensikten, uten å inneholde problemstillingens ordformulering (Lingren, et al., 2020).

### **3.7 Forskningsetiske vurderinger**

Før studien startet ble det søkt om tillatelse, og støtte til å gjennomføre studien ved den aktuelle avdelingen, gjennom klinikksjef og sykepleiefaglig rådgiver i avdelingen (vedlegg 5). Dette ble godkjent under forutsetning om at studien formelt ble godkjent av forskningsavdelingen ved sykehuset og NSD Sikt. Det ble søkt formell godkjenning via NSD Sikt, som ble godkjent 03.10.22 (vedlegg 6), og etter dette kunne vi søke godkjenning ved forskningsavdelingen på det aktuelle sykehuset. Forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset konkluderte med at det ikke var nødvendig med en egen vurdering, da de støttet seg til NSD Sikts vurdering og godkjenning av studien (vedlegg 7). Først etter de formelle godkjenningene var på plass, startet rekrutteringen av informantene.

Vi benyttet oss av standard mal for samtykkeskjema fra NSD Sikt (vedlegg 3), for å innhente informert samtykke fra informantene. De ble informert om valgfri deltakelse og muligheten for å trekke samtykket tilbake når som helst. Alle innsamlede data ble kryptert og aidentifisert, dette var for å verne om informantenes anonymitet. For å gjøre lydopptak av intervjuene benyttet vi, som tidligere nevnt, Diktafonapp, via egen mobiltelefon. Informantenes navn ble erstattet med tilfeldige tall i alt skriftlig materialet,

og benevnes videre i sitater ved “A” for anestesisykepleier, etterfulgt av det tildelte tallet. Både samtykkeskjema og skjema for demografisk data ble skannet inn og lagret på en virtuell kryptert harddisk, VeraCryptVolume, som var passordbeskyttet og kun tilgjengelig for oss. Etter skanning ble papirene makulert. Transkripsjonene av intervjuene ble også lagret på kryptert harddisk, og deretter ble lydfilene slettet. Alle disse tiltakene ble gjort for å sikre deltakernes anonymitet og konfidensialitet. Etter endt prosjekt vil alle data slettes.

## 4.0 Resultater

Gjennom analysen av datamaterialet identifiserte vi to hovedkategorier med sine kategorier og subkategorier. Hovedkategoriene vil bli presentert i påfølgende delkapitler, sammen med sine tilhørende kategorier. Under presenteres resultatene i en tabell (tabell 4) for å synliggjøre hvordan subkategoriene ble samlet i kategorier, og deretter hvordan de sammenfalt i hovedkategorier. Vi kom frem til følgende to hovedkategorier: "Å legge til side egne fordommer i relasjonsbygging, for å kunne se mennesket bak diagnosen" og "Personlig krevende og faglig utfordrende å ha ansvar for pasienter med rusavhengighet".

**Tabell 4**

*Resultat fra analysen*

Subkategorier	Kategorier	Hovedkategorier
Viktigheten av ærlighet Utfordrende med tillit Behovet for respekt Mangel på tid Bruken av humor	Legge til rette for en gjensidig relasjon	Å legge til side egne fordommer i relasjonsbygging, for å kunne se mennesket bak diagnosen
Verdighet Stigma rundt diagnosen Omsorgsfulle handlinger Likeverd Kollegers holdninger	Å se mennesket bak diagnosen	
Fordommenes makt Mistenker at de kommer inn for rus	Å bli konfrontert med egne fordommer	
Vi er også sårbare Følelse av usikkerhet Følelse av fortvilelse Følelse av oppgitthet Stille til kort Stressende hverdag	Personlig krevende for anestesisykepleieren	Personlig krevende og faglig utfordrende å ha ansvar for pasienter med rusavhengighet
Å komme i posisjon til å hjelpe Utfordringer postoperativt Trygg i egen rolle Smertelindring Risikovurdering Psykososiale forhold Prosedyrer som kan være utfordrende Planlegging er viktig Medikament toleranse Individuell plan Felles situasjonsforståelse	Anestesiologiske utfordringer	

#### **4.1 Å legge til side egne fordommer i relasjonsbygging, for å kunne se mennesket bak diagnosen**

Det anestesisykepleierne hadde tydelig fokus på var å legge til rette for en gjensidig relasjon. Det gjorde de ved å gå i dialog, slik at pasientene fikk tillit til dem som helsepersonell. De forsøkte å fokusere på å møte pasienten med åpenhet og ærlighet, særlig med tanke på rusmiddelbruk. Det var viktig å avklare hvilke type rusmidler pasienten benyttet seg av, for å kunne gi adekvat smertelindring og ta hensyn til det under anestesi. De forventet at pasientene var ærlige, og de opplevde at de fleste var ærlige om man hadde fått en god relasjon.

*“Jeg pleier å alltid tenke, både når jeg skal ha dem i narkose og for eksempel om du skal på en post å legge veneflon, at jeg møter dem veldig åpent og ærlig” (A7)*

*“...og så tenker jeg at det er viktig, at jeg i hvert fall tar utgangspunkt i at vi må ha et relasjonelt forhold, der hvor pasienten også er ærlige overfor meg og i forhold til hva de bruker” (A1)*

Noen av informantene vegret seg for å spørre pasienten om bruken av rusmidler, fordi de følte at det var ukomfortabelt å spørre. De understreket likevel overfor pasienten hvorfor man spurte slike spørsmål. Da opplevde flere av dem at den rusavhengige pasienten forstod viktigheten av å være ærlig, og gjennom ærlighet oppnå et tillitsforhold. Ærlighet inkluderte også at man fortalte pasienten at man skulle gjøre sitt beste, men samtidig være tydelig på at det kunne bli utfordrende, med for eksempel venøs tilgang eller andre tekniske prosedyrer. Gjennom gjensidig ærlighet var det mulig for anestesisykepleierne å lage et individuelt anestesiopplegg tilpasset den enkelte pasient.

*“Hvis de ikke er ærlige så faller det jo gjerne tilbake på dem, ikke sant, fordi vi kanskje ikke doserer medisinene så optimalt som vi kunne ha gjort og det er jo en ting som jeg opplever at de skjønner at det er til sitt eget beste. Det er jo ikke fordi at jeg skal bruke det til noe annet enn akkurat å gjøre anestesen til denne pasienten så optimal som mulig” (A1)*

*“Og han trengte noe helt vanvittig store doser, og det var da det var sånn at hvis ikke han hadde sagt at han tok litt ekstra på fest, så hadde jo jeg lurt på «Hva er det som skjer her liksom?»” (A6)*

Samtlige trakk frem respekt som en viktig del av relasjonsbyggingen. Både å vise respekt for pasienten som enkeltindivid, men også det å kunne forvente å selv bli møtt med respekt fra pasienten. Informantene var tydelige på at den rusavhengige pasienten skulle bli behandlet som alle andre pasienter, og det at de brukte rusmidler, ikke skulle påvirke behandlingen. Tidligere erfaringer som pasienten hadde, kunne prege møtene dersom de tidligere hadde blitt møtt med mistro. Selve narkosen var ikke hovedproblemet, men å klare å komme i posisjon til å få lov å hjelpe pasienten. En av informantene trakk frem at humor kunne være et godt virkemiddel, dersom man hadde klart å skape en god relasjon for å avvæpne situasjonen. Særlig viktig var det å ta seg tid til å vise at man var der for dem, og ønsket dem vel ved å lytte til deres behov.

*“Forklare hvorfor en har de spørsmålene en har og det opplevde jeg at fungerte at den pasienten responderte og en fikk til et godt samarbeid. Så jeg tenker at det er ikke en mer omsorgsfull måte, enn sånn en ville gjort med en hvilken som helst annen person” (A3)*

Det å se mennesket bak diagnosen handlet om å verne om den sårbare pasienten. For å kunne verne om den sårbare pasienten var det viktig å kunne skille mellom individ og diagnose. Derfor ble det essensielt at man heller inkluderte diagnosen som en del av pasientens problem, og ikke som selve problemet. Flere informanter pekte på at man må møte pasientene der de er, fordi de nå har havnet i en situasjon som de ikke har kontroll over, altså på operasjonsavdelingen.

*“Det er veldig sårbare mennesker som kommer inn i en setting som nødvendigvis de ikke har kontroll på” (A8)*

*“At du ser dem. Ikke at du bare ser deres sykdom, men at du ser den syke personen. Foruten det at de har den problematikken. Som er belastende fra før” (A5)*

En av informantene trakk frem at rusavhengige pasienters verdighet er like viktig som alle andres verdighet. De fleste fortalte at de opplevde å klare å ivareta pasienten med lik verdighet, til tross for at mange av møtene kunne by på faglige og sosiale utfordringer. For å ivareta verdigheten fremkom det at man må forsøke å møte pasientene der de er, trygge dem i møtet med oss og behandle dem med respekt. Samtlige informanter trakk frem at de fortjener akkurat samme behandling som alle andre pasientgrupper, men noen mente det kunne være utfordrende i en travel arbeidshverdag på grunn av pasientens avhengighet.

*“I forhold til verdighet så tenker jeg jo at de er jo vanlige medmennesker. Så deres verdighet er jo like viktig som alle andre sin” (A4)*

Eksempelvis ble det å be om tillatelse til å i det hele tatt berøre pasienten, trukket frem som et viktig aspekt ved det å ivareta pasienten. En av informantene trakk frem en situasjon som hadde gått særlig inn på henne, der pasienten hadde kommentert at det var spesielt omsorgsfullt å spørre om det på forhånd.

*“Bare det å spørre om tillatelse til å røre henne før man startet i det hele tatt, det er jo en del av vår jobb å faktisk gjøre det... Så for meg så ble det et bevis på at ja, vi gjør sikkert et bedre arbeid enn vi selv tror, mange ganger. Og det er de gangene vi skal påminne hverandre, når vi står og sloss med noen som sparker og både forulemper oss fysisk og psykisk. Så da tenker jeg at det finnes de som faktisk ser at vi gjør det her lille ekstra som de faktisk fortjener” (A5)*

Flere synes det var viktig å vise overfor pasienten at de ble behandlet som alle andre. For anestesisykepleierne innebar det å vise pasienten at de er medmennesker, og behandle dem som “Ola Nordmann” og at det ikke er vår plass å dømme dem eller opptre annerledes. En av informantene brukte et eksempel som at det å brette en fot er like vondt for alle, uavhengig av tilleggsdiagnoser. En annen forklarte at hun ikke ga verken mer eller mindre omsorg, selv om pasienten hadde en rusavhengighet.

*“Bare det å sette en veneflon på dem, man merker på dem at de skjems over hvordan deres kropp ser ut etter alt slitet liksom. Og da tenker jeg at det gir oss en mulighet til å faktisk vise at de fortsatt er mennesker” (A5)*

*“Jeg tenker at man møter de sånn som man ville møtt en hvilken som helst annen person, at en er hyggelig, at en viser forståelse for deres situasjon, og at en ivaretar pasientens autonomi, inkludere de” (A3)*

Informantene var tydelige på at de forsøkte å gi pasienten en god opplevelse, i den tiden de var i anesesiavdelingen. Omsorg var et sentralt begrep, med en intensjon om å ville det beste for pasienten, men at dette noen ganger ikke samsvarte med hva pasienten selv mente var best. Det var viktig for dem å ikke sy puter under armene på pasienten, men inkludere rusmiddelbruken som en del av pasientens problemstilling. En av informantene trakk frem at hun trodde pasienten følte seg godt ivaretatt dersom vi var tydelige på at vi hadde laget en god plan for anestesien og inkluderte pasienten i planen. Noen informanter ytret bekymring for awareness under anestesi, og undret seg derfor noen gang i etterkant for hvordan pasienten hadde opplevd det.

*“Omsorgen skal være den samme for det om man har en pasient med rusproblematikk og du går ikke på kompromiss med behandlingen på grunn av det” (A2)*

*“Og da var jeg jo bekymret etterpå, hvordan hadde pasienten det? Hadde hun opplevd noe, husket hun noe av dette?” (A4)*

Det fremstod som at de fleste av anestesisykepleierne hadde et bevisst forhold til at pasientene ofte hadde dårlige erfaringer i tidligere møter med helsevesenet. Det var tydelig at de hadde et sterkt ønske om å ikke påføre pasienten ytterligere stigma i møte med oss på operasjonsavdelingen. Derfor var det enda viktigere for informantene å tenke over hvordan man selv møter dem som mennesker. Som tidligere nevnt begrunnet de dette med at rusmiddelbruk er en sykdom. På den andre siden hadde enkelte opplevd at stemningen i operasjonsteamet kunne endre seg dersom man for eksempel måtte utføre operasjonen på smittestue. Til tross for dette mente de at det ikke gikk ut over pasienten på noe vis.

*“Og så tenker jeg at dette er en gruppe som har opplevd mye stigma, og kanskje blitt møtt .... Vært i kontakt med mye hjelpeapparat, blitt møtt på forskjellige måter, så jeg synes det er veldig viktig å motta dem respektfullt” (A7)*

En av informantene fortalte at dersom hun opplevde negative holdninger fra operasjonsteamets medlemmer, var hun tydelig på å gi dem beskjed om at de måtte tenke over egen oppførsel. Det gikk igjen hos flere av informantene at man gjorde seg opp noen tanker på forhånd, når pasienter med rusavhengighet ble meldt til operasjon, men at alle hadde erfaring med at flertallet av kolleger opptrådte profesjonelt. På den andre siden sa en av informantene at ikke alt helsepersonell passer til å ivareta disse pasientene.

*“Jeg synes at det finnes fine holdninger i møte med dem, alt i alt. Det er veldig få kollegaer, som jeg kjenner at nei, du skal helst ikke røre den personen” (A5)*

Gjennom egne erfaringer fortalte informantene om ulike pasientsituasjoner, både i positiv og negativ forstand. Noe av det som fremkom gikk på at anestesisykepleier og den rusavhengige pasienten kunne ha forutinntatthet om hverandre, altså hvordan en forventer at den ene parten skulle forholde seg til den andre parten. En av informantene mente at dette kunne bidra til at det ble en selvoppfylgende profeti, som kunne påvirke muligheten for å bygge en relasjon.

*“De kommer der med kanskje en forutinntatthet om hvordan de forventer sykehuset og vi kommer med en forutinntatthet, kanskje noen ganger en forutinntatthet i hvordan vi forventer at en rusavhengig vi kommer til å møte” (A8)*

Forutinntattheten til informantene kunne knyttes til tidligere erfaringer, hvor man hadde med seg tidligere inntrykk inn i de nye situasjonene. Flere av informantene nevnte hvor gunstig det kunne være å spørre den rusavhengige om hvor en kunne finne gode årer for å anlegge venekanyler, men en av informantene beskrev en hendelse hvor dette hadde slått tilbake på henne selv. I dette tilfellet viste det seg at pasienten ikke var rusavhengig, og informanten ble oppmerksom på sin egen forutinntatthet. Det kunne også gjenspeile seg i en av de andre fortellingene, hvor informanten sa at hun slurvet med hanskebruk hos andre pasienter, men var raskt ute med å ta på hansker hos den rusavhengige pasienten.



*“Så er jeg kanskje litt raskere med å ta på meg hansker, når jeg legger veneflon på dem. Det kan jeg slurve med på andre mennesker, at jeg hiver inn veneflon og så ... uten hansker. Men hver gang jeg har en rusmisbruker så er jeg veldig rask på at jeg tar hanske på. For å unngå smitte selv da, om det skulle være noe” (A4)*

Flere av anestesisykepleierne erfarte at re-innleggelser av samme pasient kunne føre til at man kjente på oppgitthet og fortvilelse. Dette kunne også gjenspeile seg i operasjonsteamet. Noen av informantene brukte ordet stamgjest eller gjenganger, men ga tydelig uttrykk for at de ikke likte det begrepet. Andre kunne bekymre seg for at enkelte kollegaer hadde holdninger som det å ikke gi for mye medisiner, i fare for å “skjemme dem bort”, mens andre var klare på å anerkjenne pasientens smerter. Enkelte ga uttrykk for å ha et bevisst forhold til sine egne fordommer, men ble ofte positivt overrasket over hvordan forløpet utspilte seg.

*“Men om man bare fokuserer på fordommer, så blokkerer man litt sine muligheter til å møte dem også” (A5)*

*“Det kan komme helt an på hva de har gjort, operasjonsmessig, så klart har de vondt. De må få. Mens det er faste pasienter som kommer inn og på grunn av de vil ha rus, eller en flukt fra virkeligheten, så skal en ikke ta å så gi næring til rusen heller” (A4)*

#### **4.2 Personlig krevende og faglig utfordrende å ha ansvar for pasienter med rusavhengighet**

Våre informanter gjentok ofte at rusavhengige pasienter tilhører en sårbar gruppe, og at sårbarheten er det vi som helsepersonell som har ansvaret for å verne om. På den andre siden fremkom det at også vi som anestesisykepleiere kan være sårbare som mennesker.

*“Da følte jeg at jeg ikke var omsorgsfull. Og det gikk jo litt på det at.. det som skjedde, var det at han gikk til verbale angrep på meg som person og på mine kollegaer. Og det skyldes kanskje mangel på selvkontroll som vi har som du ser på i ettertid, men det er vanskelig å stå i den situasjonen. Det gjør jo noe med deg, å bli skjelt huden full” (A8)*

Det ble poengtert at selv om vi står med uniform på, betyr ikke det at vi ikke er sårbare når det er stor belastning fra alle hold. Enkelte ganger går belastningen ut over oss som helsepersonell, men det står også i fare for å gå ut over pasienten. I situasjoner hvor anestesisykepleierne møtte motgang, enten i form av avvisning eller aggressivitet, kunne de trekke seg unna. Det kunne påvirke hvordan de forholdt seg til pasienten. Det ble påpekt at det handlet om måten de ble møtt på, og ikke hvem som møtte dem.

*“Der tror jeg, i sånne situasjoner så har det ikke noe å si at de er rusmisbrukere, jeg er bare ikke omsorgsfull fordi de er ikke snille med meg” (A6)*

*“Vi er også mennesker, og det synes jeg er viktig å kjenne etter. ... Den dagen vi ikke kjenner noe sånn lenger, da er det tid for å bytte felt” (A5)*

Noen av informantene hadde antakelser om at pasienten mulig kunne bli møtt mer halvhjertet eller avvisende dersom de viste aggressivitet overfor hjelpeapparatet. De mente at dette kunne komme av usikkerhet og engstelse hos anestesisykepleierne. Det kunne bli forsterket dersom det for eksempel var smitte involvert. Sett i betraktning av dette sa samtlige at de håpet, og trodde at pasienten ikke bemerket seg dette. En av informantene sa likevel at vi ikke er bedre enn vårt nonverbale uttrykk, som dessverre er vanskelig å skjule.

*“Jeg tror ikke at det går ut over pasienten. Jeg håper ikke det, men vi er jo ikke ... vi er jo ikke flinkere enn det nonverbale uttrykket, så her kan jo sikkert noen ganger disse rusavhengige og kjenne på at de opplever oss som avvisende, det kan være. Men jeg tror de fleste av oss prøver å være profesjonelle” (A8)*

Utfordrende pasientsituasjoner førte til at flere av informantene våre ga uttrykk for usikkerhet, fortvilelse og oppgitthet. Usikkerheten kunne knyttes til følelsen av manglende kompetanse, særlig med tanke på medikamentdosering og hvis pasienten på forhånd hadde sterke ønsker om hva de ville ha av medikamenter. I situasjoner hvor informantene følte at de ikke hadde kontroll eller pasienten var utagerende, kunne noen også kjenne på usikkerhet. Flere trakk frem at de ofte støttet seg på kolleger med mer

erfaring, når det gjaldt medikamenthåndtering og dosering. Særlig gjaldt dette da de selv var nyutdannet.

*“Også er det vel det med å spille på folk som har god erfaring med den type pasienter, det er utrolig viktig, spesielt når du er ny” (A2)*

*“Vi har jo alle vært igjennom sånne situasjoner, så vi har godt av å snakke litt om det. For neste gang er det jo de eller dere som står i sånne situasjoner. Og vite da at vi kan støtte hverandre i det, for vi trenger det i det yrke vi står i” (A4)*

Samtlige informanter ga uttrykk for at det kunne være krevende å gi anestesi til rusavhengige pasienter. Det kunne skape følelser som både fortvilelse og oppgitthet. De ga uttrykk for at det var utfordrende på det personlige plan, og at hvordan man møtte dem kunne avhenge av hvordan man hadde det med seg selv. Fortvilelse var særlig fremtredende dersom de opplevde at samme pasient kom igjen gjentatte ganger, med samme problemstilling. En av informantene påpekte selv at det var fælt å si, men at pasientene noen ganger kunne være krevende å forholde seg til, selv om man selvfølgelig alltid ønsket det beste for pasienten. En annen sa at det som gjorde det ekstra vanskelig var det at pasientgruppen stadig blir yngre. Dette ble støttet opp av andre informanter, som påpekte at det var belastende for arbeidsgruppen å stå i disse situasjonene gang på gang.

*“Det er tungt for oss og å stå i det. For en ønsker pasientene vel. Men når pasientene gang på gang på gang, kommer inn som pasient, så er det vanskelig” (A4)*

*“Helsepersonell oppleve noen ganger en avmakt i møte med rusavhengige fordi at de kommer inn også gjør de det samme, på nytt og på nytt og på nytt” (A8)*

Noen av informantene fortalte at de synes det var utfordrende når pasientene nesten hadde mer kunnskap om medikamentene, og om hva som ga best ruseffekt, enn anestesisykepleieren selv. Det kunne skape usikkerhet i situasjoner hvor pasienten for eksempel krevde å få et spesifikt medikament. Her påpekte en av informantene at kompleksiteten rundt denne typen pasienter trolig fører til at man føler at man kommer

til kort. En annen informant fortalte at det kunne være veldig godt å levere dem fra seg på postoperativ avdeling, særlig hvis man hadde gjort sitt beste uten å komme i mål med smertelindringen.

*“Jeg er så dårlig på, jeg kan ikke forskjellen på alle «drugs»” (A6)*

*“For at rusavhengige kan faktisk veldig mye om dette, og ofte opplever jeg det som om de kan mer av hvilke kombinasjoner som gir dem det beste «kicket». Og det er der jeg kjenner at det kan være en gruppe som er ekstra sårbare for oss å ha med å gjøre” (A5)*

To andre faktorer som førte til at de kunne bli personlig krevende for anestesisykepleieren var tid og stress. En av informantene fortalte at hun opplevde et stadig økende press for å arbeide raskere, som igjen ga mindre tid til å sette seg inn i den enkelte pasienten. Informanten kom med et eksempel fra en situasjon hvor manglende tid hadde ført til at det oppstod feil i pasientbehandlingen, som enkelt kunne vært unngått. Dette opplevde informanten som stressende.

*“Tid har blitt en luksusvare i vår hverdag, og faktisk blir det på bekostning av kvaliteten av den omsorgen vi gir .... Jeg kjenner at det blir på bekostning av vår yrkes stolthet på alle plan. Og det er trist, og det kommer til å koste mange kolleger, dessverre. Som ikke vokser på trær” (A5)*

Det kom tydelig frem i samtlige intervjuer at anestesisykepleierne opplevde mange faglige utfordringer i disse møtene. Et av de mest fremtredende problemområdene hos informantene var innleggelse av venekanyler. Informantene fortalte at det ofte kunne by på problemer, men at det var viktig å inkludere pasienten i prosedyren. De fleste så på pasienten som en viktig ressurs, og kunne spørre hvor pasienten selv mente at det fantes gode årer, men var ærlige om at de raskt også kunne benytte seg av ultralyd. De opplevde det som viktig at pasienten var deltakende i egen behandling.

*“De vet at de er vanskelig å stikke, de vet at de har brukt opp årer, sånn at jeg er veldig åpen og ærlig på at vi tenker at ... Vi prøver å gå i dialog med dem da. At ikke noe sånn okk og stønn, her er det ingen årer, men heller bare sånn jeg er ikke*

*redd for å legge meg flat og si at «Oi, dette ser jeg kan bli et problem, her tror jeg kanskje at vi må ha ultralyd»” (A7)*

Det var klokkeklart fra alle informantene at nøye planlegging var en av de viktigste faktorene, for å klare å gi rusavhengige best mulig behandling. Noen mente de behøvde en plan allerede fra innleggelse, for å få et optimalt periooperativt forløp. De påpekte at det var viktig med en plan, uavhengig av om det var i en akutt eller i en elektiv setting. Informantene var klare på at det ikke alltid gikk slik som planlagt, men at det da var viktig at man hadde tenkt gjennom alternativene, at man gjerne hadde en plan B og C. Det var viktig for informantene at pasienten hadde en plan som var tilpasset hver enkelt. En individuell plan var altså svært sentralt hos samtlige informanter.

*“Så vår jobb er jo den lille delen, og den store delen i det hele er jo at de må bli møtt helt i fra de kommer inn døren og så må de ha en konkret smerteplan preoperativt også må de ha en konkret smerteplan peroperativt og så må de ha klart en smerteplan postoperativt” (A8)*

Flere sa at å gjennomgå tidligere journaler og å se hva pasienten hadde hatt behov for tidligere, kunne gi en god pekepinn for planlegging av anestesian. Det var viktig å planlegge i forkant for hvilken type anesthesi man skulle velge, og hvilke tilleggsmedikamenter en kunne gi underveis. I gitte situasjoner var det tydelig at det ikke alltid var like enkelt å planlegge, for eksempel i akutte situasjoner. En av informantene brukte et eksempel fra en akutt situasjon, hvor pasienten hadde vært tydelig påvirket og dermed lagde mye “støy”, som førte til at pasienten ble lagt raskt i narkose uten særlig fokus på planlegging og informasjon til pasienten.

*“De fleste erfaringene jeg har gjort meg er jo i det som kommer inn kanskje på kveld og natt og helger. Altså i en mer akutt setting. Ikke sånn at vi ikke har hatt tid til å forberede oss, men at pasienten kanskje ikke er så godt forberedt” (A1)*

Den rusavhengiges høye toleranse for medikamenter, var også noe informantene var klare på at kunne bli utfordrende underveis i anestesian. Mange nevnte anesthesiinnledningen som spesielt utfordrende, og at det var vanskelig å si på forhånd hvor mye medisiner pasienten kom til å trenge. Andre påpekte at det var ubehagelig å gi så høye doser, til

tross for at de så at pasienten trengte det. En av informantene fortalte at man tok egne forholdsregler med tanke på hvor høye doser man måtte opp i, før man eventuelt burde vurdere å supplere med noe annet i tillegg. Dette ble støttet opp av en annen informant, som sa at man gjerne ofte ikke kom i mål med intravenøs anestesi, og at man ofte måtte gå over til eller legge til inhalasjonsanestesi. Eksempler som fremkom var at pasientene plutselig ble for lette, til tross for høye doser, og noen hadde opplevd at pasienten satte seg opp på operasjonsbordet i det kirurgen startet. Det kunne oppleves som svært skremmende eller ubehagelig. Slike erfaringer var noe som informantene bar med seg inn i fremtidige anestasier.

*“En annen gang så bommet jeg jo totalt. Da hadde jeg jo forrige pasient friskt i minnet, så dagen etterpå skulle jeg ha en ny rusavhengig pasient. Og da tenkte jeg at dette skal ikke skje på ny. Så jeg kjører jo pasienten veldig dypt. Og da tok det nesten en time å vekke pasienten etter anestesi” (A4)*

En annen sentral utfordring var å gi pasientene tilstrekkelig smertelindring. Til tross for at noen mente at det var bedre fokus på smertelindring hos rusavhengige, følte andre at de ofte havnet på etterskudd og pasienten våknet med smerter. Det som gjorde det utfordrende ifølge enkelte av informantene, var å klare å skille mellom smerter og ønske om rus. Flere presiserte at smertelindring er teamarbeid, og dermed et felles ansvar sammen med både kirurg og anestesilege. Konkrete eksempler informantene brukte, var å be kirurgen om å sette ekstra lokalanestesi, eller å spørre anestesilegen om å sette en blokade før pasienten våknet.

*“Det kan jo være mange faktorer som spiller inn, men her var det ting med pasienten som gjorde at vi ikke kom helt i mål da. Og så våkner pasienten og er jo fortsatt like urolig, ikke sant, og så at det biter seg jo selv litt i halen, klarte ikke smertelindre pasienten skikkelig og så blir det et videre løp inn på postoperativ” (A1)*

Det samtlige av informantene våre snakket om, var at det var viktig for alle i teamet å ha en felles situasjonsforståelse. For informantene innebar dette god dialog preoperativt, med alle involverte teammedlemmer. Dette kunne for eksempel være å snakke med operasjonssykepleierne om at det kunne ta tid med innleggelse av venekanyler eller andre

preoperative forberedelser. I tillegg var det viktig å få snakket med anestesilegen i forkant om planen for pasienten og spesielt å informere teamet om eventuell smittestatus.

*“Jeg tror i alle fall at det å snakke med anestesilegen som skal være med å gi anestesi, at en har en felles situasjonsforståelse, tror jeg er ganske viktig” (A3)*

*“Personlig når jeg får en sånn pasient meldt, så liker jeg å ha en dialog med mine kollegaer på operasjon ... For vi er jo et team, selv om vi har forskjellig fokus iblant” (A5)*

Halvparten av informantene påpekte at det kunne være risiko forbundet med anestesi til disse pasientene, spesielt med tanke på vaktarbeid. Dette var ekstra sårbart, når det var få anestesisykepleiere å spille på dersom det skulle komme noe akutt. Når det oppstod samtidighetskonflikter, minsket tiden for å planlegge og tilpasse anestesen til den rusavhengige. Samtidig kunne noen oppleve det som vanskelig at selvpåførte, rusrelaterte skader gikk på bekostning av fokus og behandling av for eksempel barn eller andre skader.

*“Jeg tenker alltid med en gang jeg ser at de har hatt en rusproblematikk, at dette kan bli vanskelig og at det er så forskjellig hvordan de håndterer anestesi” (A6)*

*“Uansett tid på døgnet så blir det liksom tidsfrist. Da er det ekstra sårbart. Det finnes ikke folk å ta av” (A5)*

Informantene trakk frem at den rusavhengige pasienten ofte har en sammensatt problemstilling, hvor pasientens psykososiale forhold også har betydning i relasjonsbyggingen. Til tross for at det kunne vanskeliggjøre relasjonsbyggingen, snakket informantene empatisk om disse utfordringene. Flere problematiserte at denne pasientgruppen ofte havnet mellom to stoler i helsevesenet, og trodde at pasienten ofte kunne føle seg sviktet og neglisjert av systemet. På grunn av kompleksiteten rundt den rusavhengige pasienten, førte dette til at anestesisykepleierne måtte ta ekstra hensyn når de planla det perioperative forløpet. En av informantene knyttet utagerende atferd eller verbale utrop til det å være skeptisk til helsevesenet, og frykt for å ikke bli trodd av helsepersonell.

*“Det kan være i forhold til den sammensatte problemstillingen det gjerne er med rusavhengige som har en medisinsk tilstand, og så er det jo gjerne en kanskje en psykiatri, pluss sosiale utfordringer også som alle tre innvirker på pasienten. Altså det er jo alle tre ting vi må ta hensyn til når vi planlegger anestesi, både før, under, men også etterpå inn i det postoperative forløpet” (A1)*

Hvis pasienten samarbeidet dårlig, beskrev flere av informantene at det kunne være problematisk. De sa at det da ble krevende, fordi man i utgangspunktet ønsket å være snill og god, men at det ikke alltid var en situasjon hvor man fikk til å være det. Slike situasjoner var eksempelvis hvor det var for mange hensyn som måtte tas utover pasienten selv. Dette kunne gjøre det vanskeligere å imøtekomme alle ønsker, både våre og pasientens. Flere informanter påpekte at de alltid ønsket pasientens beste, men det pasienten selv så på som det beste, samsvarte ikke alltid med anestesisykepleierne sine oppfatninger. En informant sa at det kunne føre til en mer kommanderende tone fra anestesisykepleieren, og at man da måtte gi litt vel tydelige instruksjoner for å komme i mål med behandlingen.

*“Faktum er jo at problemet er jo ikke å gi dem narkosen, men det å komme dit er det som kan være en utfordring å forsøke og få dem til å samarbeide for at vi skal få lov til å hjelpe dem” (A5)*

*“Det blir en mer teknisk prosedyre.. Ikke sånn at vi på en måte at vi har planlagt at det blir sånn, men det blir sånn fordi pasienten på en måte samarbeider dårlig i forhold til vår måte, måten vi ønsket å gjøre det på. Ikke fordi pasienten var utagerende, men fordi det var så mange ting som skulle tas hensyn til og forholdes til og samtidig var det ting som vi ikke kunne imøtekomme. Dermed så ble det litt mer kommanderende. Vi måtte være litt vel tydelig på våres instruksjoner” (A1)*

Til tross for at rusavhengige pasienter førte til faglige utfordringer for anestesisykepleierne, fremsto det som at de var bevisst på hva som var deres ansvarsområde. De fremsto å være trygg i egen rolle, og hadde et klart forhold til at det ikke var deres oppgave å gjøre pasientene rusfri. En av informantene forklarte dette med at vi er en serviceavdeling, vi er her for å bistå i det øyeblikket pasienten skal ha anestesi,



men noen andre må ta seg av det psykiske og rusrelaterte. En annen nevnte likevel at det er anestesisykepleierens oppgave å inkludere pasientens rusavhengighet som en del av problemet, ved for eksempel å være kritisk til legens ordinasjoner om man skulle være uenig.

*“Vi må kunne minne legene på hvilken pasient de har med å gjøre, og at vi kan være litt kritiske .... at vi ikke er enige i de dosene eller de medikamentene som er satt opp og gjerne stiller spørsmål med behandlingen” (A3)*

*“Som sagt så er vi jo en serviceavdeling, på en måte at vi gir anestesen, for det problemet de har akkurat der og da, og så er det andre som tar seg av det andre” (A4)*

Et gjennomgående problematisk område hos samtlige informanter var utfordringer i det postoperative forløpet. I det umiddelbare postoperative forløpet, snakket flere av anestesisykepleierne om at smertelindring kunne være vanskelig. Dette var til tross for at de gjerne hadde gitt doble doser under operasjonen. Mange av informantene satt igjen med følelsen av å gi problemene videre til den postoperative avdelingen, dersom de ikke hadde klart å smertelindre pasienten tilstrekkelig. Flere sa at det som regel ble verst inne på postoperativ avdeling, men når enkelte følte at de faktisk hadde prøvd sitt beste, var det lettere å levere pasienten fra seg. En av informantene poengterte at han foretrakk å varsle postoperativ tidlig i forløpet, slik at de også kunne ta sine hensyn og tilrettelegge. Det kunne for eksempel være ved behov for skjerming av pasienten, dersom pasienten var urolig preoperativt.

*“Og så gir vi bare problemer på postoperativen, de kommer jo til å bare ligge å be og be og be om opioider der inne. Så det er veldig vanskelig” (A6)*

*“Kanskje også tidlig snakke med postoperativ. I forhold til at man kanskje må skjerme denne pasienten litt i forhold til at de kanskje trenger et mindre rom, ikke sant, hvis de kommer inn og er urolige på forhånd og har kanskje et behov for å, ja det kan være snakk om at de har mye tanker og mye som foregår” (A1)*

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer anestesisykepleiere har i møte med pasienter med rusavhengighet, og ivaretagelse av pasientens verdighet.

Resultatene våre viste at det var viktig for anestesisykepleieren å legge til rette for en gjensidig relasjon. Det innebar å møte pasienten med åpenhet og ærlighet, for så å kunne avklare rusmiddelbruk av hensyn til anestesian og for pasientens beste. Det viste seg også tydelig i studien til Forsberg et al. (2016), hvor anestesisykepleierne sa at å gi oppriktig informasjon og å ta seg tid til å forklare pasienten om ulike anestesimetoder skapte en bedre relasjon. Våre data tyder på at gjensidig tillit og respekt var viktig for anestesisykepleierne. Tillit og respekt forsøkte de å skape gjennom å være ærlig og ydmyk overfor pasienten. Til sammenligning var det mer fokus på mistillit mellom pleier og pasient i tidligere forskning. Møtene mellom anestesisykepleier/sykepleier og pasient kunne være preget av mistenksomhet, som igjen førte til mistillit (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Informantene i vår studie snakket også om mistillit som et problem, men poengterte at fokuset likevel alltid var på å skape et tillitsforhold til pasienten.

Våre informanter hadde et bevisst forhold til at de ønsket å behandle alle på lik måte, uavhengig av diagnose. Dette sammenfaller med funn hos anestesisykepleierne i Forsberg et al. (2016) sin studie og sykepleierne hos Neville & Roan (2014), hvor det var et prinsipp de alle ønsket å oppfylle. Når anestesisykepleierne våre skulle vise pasienten at de var likeverdige, tok de seg god tid til pasienten, og i noen tilfeller brukte de humor. I motsetning til vår studie fremkom det ikke konkrete tiltak som anestesisykepleierne i Forsberg et al. (2016) sin studie tok i bruk. Likevel kan det for pasienten være de små tiltakene som utgjør den store forskjellen. Selv om det for eksempel, for anestesisykepleiere er en naturlig del av jobben å røre ved pasienten, kan det å be om tillatelse til dette på forhånd være med på å skape følelse av likeverd og respekt. Det å være bevisst på slike små tiltak betyr at anestesisykepleieren er med på å styrke pasientens verdighet. Både den verdigheten pasienten tillegger seg selv, men også den som anestesisykepleieren tillegger pasienten (Eriksson, 2012, s. 82).

Anestesisykepleiere hos Forsberg et al. (2016) kunne gjøre seg opp en formening om pasienten, på bakgrunn av hva de hadde lest i journalen. Det samsvarer med enkelte fortellinger hos våre informanter. Noen følte på den måten at pasienten allerede hadde

blitt forhånds dømt, før de ankom operasjonsavdelingen. På bakgrunn av de stigmatiserende holdninger som finnes mot pasientgruppen generelt, var det ikke overraskende at funnene avdekket dette. I vår studie fremstod det som om anestesisykepleierne hadde et bevisst forhold til sin egen forutinntatthet, om rusavhengige pasienter. Informantene fortalte at de gjorde sitt beste for å skjule oppgitthet og fortvilelse, og unngå å la forutinntatthet dominere overfor pasienten. Likevel poengterte en av våre informanter at man aldri er bedre enn sitt nonverbale uttrykk. En abstrakt form for krenkelse av verdighet, kan ligge i manglende etiske holdninger (Eriksson, 2012, s. 81). Til tross for at anestesisykepleierne kan preges av sin forutinntatthet, er dette ikke det samme som manglende etiske holdninger. Tatt det overnevnte i betraktning, argumenterer vi derfor for at dette er med på å styrke anestesisykepleierens ivaretagelse av pasientens verdighet, under forutsetning om at forutinntattheten legges til side.

Våre data tyder på at enkelte anestesisykepleiere gjerne kunne konfrontere kolleger som opptrådte uprofesjonelt. Dette vitner om evne til å respondere på situasjoner hvor pasientens verdighet kan være truet, som nedfelt i Grunnlagsdokument for Anestesisykepleiere (ANSF, 2022). Vi undrer oss over hvordan slike konfrontasjoner potensielt kan påvirke dynamikken i operasjonsteamet. Mangel på profesjonalitet kan komme til uttrykk ved at fordømmer og forutinntatthet kommer til syne for kollegaer eller pasienten. Anestesisykepleiere og sykepleiere balanserer ofte mellom å opptre profesjonelt og å ha en forutinntatthet overfor pasienten (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Likevel kunne forutinntatthet gå begge veier, hvor en forventer at den andre oppfører seg på en spesifikk måte. Paradoksalt nok innebærer det å være menneske å ha med seg tanker og meninger fra tidligere erfaringer inn i nye relasjoner. Skjæringspunktet for anestesisykepleieren vil være å legge til side sin forutinntatthet, men samtidig være den bevisst. Forutinntatt er grobunn for fordømmelse, som vil kunne påføre pasienten lidelse (Eriksson, 2012, s. 85-86).

Som tidligere nevnt har det blitt forsøkt å redusere stigmatisering rundt den rusavhengige pasientgruppen, særlig knyttet til begrepene som brukes for å omtale dem (WHO, 1964). Både i våre funn og funn fra tidligere forskning, benytter informantene begrepene "rusavhengig" og "rusmisbruker" om hverandre (Forsberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Det står i kontrast til hvordan våre informanter snakket om at man skal inkludere avhengigheten som en del av pasientens problem, altså se pasienten bak diagnosen. Sett i et annet perspektiv, er vi kanskje ikke klare nok over ordenes makt, og hva det innebærer

for pasienten. Å være anestesisykepleier gir faglig makt, og det er hvordan vi forvalter den, som er med på å avgjøre om verdigheten blir ivaretatt hos den rusavhengige (Eriksson, 2012, s.86).

Funnene våre indikerte at å ha ansvar for pasienter med rusavhengighet, var både personlig krevende og faglig utfordrende for anestesisykepleieren. Vi hadde innledningsvis ikke forventet at vi skulle avdekke så mange anesthesiologiske utfordringer, i forkant av studien. Mengden anesthesiologiske utfordringer i møte med pasienter med rusavhengighet, var noe overraskende. Når det var faglig utfordrende for våre anestesisykepleiere, kunne de inkludere pasienten i behandlingen fordi de så på pasienten som en viktig ressurs. Å inkludere pasienten i behandlingen, og å gi pasienten bekreftelse på at vi ser dem som et helt menneske, bidrar til å ivareta verdigheten. Selv om det var utfordrende med innleggelse av venekanyler, var informantene opptatt av å informere pasienten om at det kunne bli utfordrende. Dette kan knyttes til den direkte ivaretagelsen av verdighet, gjennom det man sier og gjør ved å være ærlig (Eriksson, 2012, s. 81-83). Ved å ikke inkludere pasienten i behandlingen står anestesisykepleieren i fare for å krenke pasientens verdighet.

Det informantene våre var klare på, var at det var viktig med en individuell plan til disse pasientene. Det innebar tid til preoperativ vurdering, plan for intravenøs tilgang, plan for anestesimetode og perioperativ smertelindring. I studien til Forsberg et al. (2016) poengteres det at tilstrekkelig tid var en viktig suksessfaktor innen planlegging. Ved mangel på tid og engasjement, bidro det til at pasientene ikke fikk behandlingen de hadde krav på. Likevel erfarte våre anestesisykepleiere at deres plan ikke alltid sammenfalt med det som pasienten selv ønsket, som videre kunne bidra til frustrasjon fra begge parter. Satt på spissen, så er det utfordrende for anestesisykepleieren å ivareta verdigheten til pasienten, spesielt i de tilfellene de er uenige om hva som er pasientens beste. Samtidig er individualisert pleie med på å bekrefte mennesket, og dermed bevare verdigheten (Eriksson, 2012, s. 84).

Informantene våre fortalte at i vanskelige situasjoner kunne de trekke seg unna eller forlate situasjonen. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel, hvor anestesisykepleieren står i fare for å tape noe av sin egen verdighet. Det er gjennom å ikke oppføre seg som den man egentlig ønsker å være, eller ikke tar ansvar for sine medmennesker (Eriksson, 1996, s. 83). Noen av informantene våre trakk også frem at det

var vanskelig å være omsorgsfull, spesielt i situasjoner hvor pasienten ikke var mottakelig for hjelp, på grunn av ruspåvirkning. I likhet med sykepleierne hos Neville & Roan (2014) sa våre anestesisykepleiere at utagering kunne skape usikkerhet og utrygghet. Dette førte til at de selv også følte seg sårbare i møte med denne pasientgruppen. På en annen side kan kanskje det å trekke seg unna være en forsvarsmekanisme, hvor man også verner om sin egen sårbarhet, og igjen sin egen verdighet som anestesisykepleier.

I våre data og i de to tidligere studiene, tyder det på at anestesisykepleiere og sykepleiere hadde erfaringer med utfordringer som gjelder de psykososiale forholdene hos den rusavhengige. Når den rusavhengige var skeptisk til helsevesenet, kunne anestesisykepleierne se dette i sammenheng med pasientens tidligere erfaringer. På den andre siden, trakk sykepleierne i studien til Neville & Roan (2014) frem at aggressivitet var bakgrunnen for noen av de negative holdningene de selv hadde mot disse pasientene. Samtidig sa anestesisykepleierne i studien til Forsberg et al. (2016), at pasientens irrasjonelle væremåte gjorde det vanskelig for dem å forstå pasienten. Det at pasientene ble innlagt med samme problemstilling gjentatte ganger, kunne skape frustrasjon hos anestesisykepleierne våre og hos sykepleiere på post (Neville & Roan, 2014). I dette skjæringspunktet kan det tenkes at det kan være vanskelig for pasienten og anestesisykepleieren å forstå hverandre. Det å oppleve at ingen forstår og føle at ingen ser deg og din verdighet, er en lidelse (Eriksson, 2012, s. 43).

Sett i lys av dette kunne det være vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe pasienten. På den andre siden fortalte flere av informantene våre at når de selv følte at de ikke strakk til, ba de ofte sine kolleger om hjelp. Dette kan også betraktes som at de kjenner sine egne begrensninger. Som tidligere nevnt skal anestesisykepleier respondere på situasjoner hvor pasientsikkerhet, privatliv eller verdighet kan være truet (ANSF, 2022). Det opprettholder de ved å be om hjelp av kolleger i situasjoner, hvor de selv opplever at de ikke strekker til.

Informantene våre fremsto som trygge i egen rolle. De hadde i bakhodet at det ikke var deres oppgave å gjøre pasienten rusfri, men hjelpe dem her og nå. Det skilte seg i noen grad fra sykepleierne hos Neville & Roan (2014). De ønsket seg mer hjelp, og søkte hjelp hos andre med spesialisering innen rus og avhengighet, både for sin egen praksis og for pasienten. Det kan tenkes at dette er relatert til det korte tidsaspektet som anestesisykepleieren har med pasienten på operasjonsavdelingen. Det står i motsetning til

sykepleierne på post, som ofte har omsorg for pasienten over lengre tid. Å ha en felles situasjonsforståelse, sammen med teamet og anestesilegen, var sentralt for våre informanter. Det ble ikke presentert som funn i noen av de andre studiene. For å kunne oppnå en felles situasjonsforståelse, må anestesisykepleiere ha kunnskaper om kommunikasjon og evne til samarbeid. Det trakk Quinlan & Cox (2017) frem som en nødvendighet for å kunne yte omsorg for pasienter med rusavhengighet.

Våre data tyder på at anestesisykepleierne mente at det var utfordrende å smertelindre pasientene postoperativt. Det sammenfaller med tidligere forskning (Forsberg et al., 2016). Informantene våre følte på ulik grad av ansvar for å gå over legens ordinasjoner. I motsetning til våre data, fremkom det i Forsberg et al. (2016) sin studie at det kunne fremstå å være avhengig av hvilken anestesilege som var på vakt, og i hvor stor grad anestesisykepleieren så på den postoperative smertelindringen som sitt ansvarsområde. På en annen side, tydet våre data på at anestesisykepleierne stort sett hadde stor tillit til anestesilegen, og ofte spilte på dem når de selv var usikre. Til tross for at anesthesiologisk virksomhet baseres mye på oppgaveglidningen mellom anestesilege og anestesisykepleier, har man også et felles ansvar for pasientens helhetlige omsorg. Derfor argumenterer vi for at tilliten som anestesisykepleieren har til sine kolleger, er av betydning for ivaretagelsen av den rusavhengige pasientens verdighet. I og med at denne pasientgruppen ofte kan klassifiseres som ASA III pasienter, og dermed har høyere risiko i forbindelse med anestesi, er igjen tillit til teammedlemmer ekstra viktig for anestesisykepleieren (American Society of Anesthesiologists, 2023).

Som nevnt innledningsvis, finnes det ulike utfordringer knyttet til de forskjellige rusmidlenes konsekvens for anestesi til rusavhengige (Moran et al., 2015). Våre informanter trakk frem viktigheten av å spørre pasienten om bruken av rusmidler, men sa likevel at de også kunne vegre seg. Likevel påpekte en av informantene, at kunnskapen for å vurdere det enkelte rusmiddelet opp mot anestesimidlene manglet. Det er gjennomgående både i våre funn og tidligere forskning at anestesisykepleiere og sykepleiere ønsker seg mer kunnskap om ivaretagelse av pasienter med rusavhengighet (Forberg et al., 2016; Neville & Roan, 2014). Dette kan indikere at både sykepleiere og anestesisykepleiere kjenner på et kunnskapshull.

Innledningsvis var en del av målet vårt å avdekke hva som gjorde anestesisykepleieres erfaringer verdifulle. Våre data kan tyde på at anestesisykepleiere med kort erfaring

bekymret seg over rent prosedyrerelaterte utfordringer og medikamentdoseringer. Det stod i motsetning til de mer erfarne anestesisykepleiere, som hadde nok trygghet med faget, til å kunne fokusere mer på det mellommenneskelige. Lengre erfaring har trolig ført til en modning av fagkunnskap, hvor det rent tekniske ikke er hovedutfordringen i møte med disse pasientene. Til tross for at resultatene indikerer mange anesthesiologiske utfordringer, så er kanskje den største variabelen anestesisykepleieren selv. Vi mener derfor mye tyder på at det som gjør erfaringen verdifull, er anestesisykepleierens evne til å benytte den inn i nye situasjoner.

Selv om man ofte anvender tidligere erfaringer inn i nye situasjoner, er det ikke gitt at den er anvendbar i alle tilfeller. Vi nevnte anestesisykepleieren som den største variabelen, men pasienter med samme problemstilling krever likevel ulik tilnærming og behandling. Derfor må anestesisykepleieren tørre å tilnærme seg forskjellige pasienter på ulike måter (Eriksson, 2012, s. 82-84). Vi argumenterer for at dette er en ferdighet man ikke kan lese seg frem til, men som må utvikles underveis. Det styrker igjen antydningen om at erfaringene er verdifulle, og må bevares. Derfor mener vi at ferske anestesisykepleiere kan ha nytte av å oppsøke de mer erfarne, for å kunne lære av deres erfaringer, men samtidig anvende den på sin egen måte. Våre data tyder på at anestesisykepleierne hadde god erfaring med at det lønnet seg å gjennomgå tidligere anestesijournaler, for å se hva som hadde fungert ved tidligere anestasier. Dette gjør oss bedre rustet til å gjøre jobben vår, og ikke minst til å ivareta pasientens verdighet.

Til tross for at våre data tydet på at anestesisykepleierne ønsket å verne om pasientens verdighet, erfarte vi at begrepet i seg selv ble lite benyttet av informantene i studien, men også ellers i hverdagen. Verdighet kan trolig oppleves som lite håndfast, og det finnes ulike måter å definere begrepet på. Å ivareta verdighet har ikke alltid to streker under svaret, og verdighet er både noe man ilegger seg selv og blir tillagt av andre. Dette betyr at verdighet er individuelt for hver enkelt person, og hva man selv legger i begrepet kan påvirke måten man imøtekommer andres verdighet. Som tidligere nevnt betyr ikke verdi og verdighet det samme, men dersom pasienten føler seg verdiløs står dette i veien for å føle seg ivaretatt. Fordi alle har sin egen oppfatning av verdighet, er det derfor kanskje vanskelig å vite hvordan en skal unngå krenkelse (Eriksson, 2012, s. 82).

Sett bort fra det overnevnte, kan møtet mellom anestesisykepleier og den rusavhengige pasienten, påvirkes av en rekke faktorer som er utenfor anestesisykepleierens kontroll.

Hvordan har pasientene hatt det på sengepost før de kommer til operasjon? Hvordan har andre teammedlemmer møtt dem? Var det ekstra travelt på operasjonsavdelingen den dagen de skulle opereres? Da denne studien tok utgangspunkt i anestesisykepleierens perspektiv, vil det for oss være umulig å vite med sikkerhet hvordan pasientene har erfart de samme situasjonene som våre informanter har delt med oss. Til tross for dette må vi som anestesisykepleiere bidra med alt vi kan, i møte med disse pasientene. Det betyr å være bevisst på hvordan man møter dem, både med blikk, språk og kroppsholdning. Det at vi ivaretar pasientens verdighet er en forutsetning for at vi kan ivareta faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen vår (Nortvedt, 2021, s. 45).

## **5.1 Metodologiske overveielser**

Studiens troverdighet bygger på at forskerne klarer å presentere funnene slik at de gjenspeiler deltakernes erfaringer og synspunkter, og ikke forskernes egne oppfatninger. Dette består av fem grunnleggende aspekter: kredibilitet, pålitelighet, overførbarhet, autentisitet og den grad resultatene kan bekreftes av andre (Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2021, s. 55 & 569). Likevel skriver Graneheim & Lundman (2004) at selv om disse begrepene beskriver ulike sider av troverdighet, må de vurderes samlet.

### **5.1.1 Metode og design**

På bakgrunn av at vi var ute etter å avdekke erfaringer ved vårt valgte fenomen, ville det ikke vært hensiktsmessig å velge et kvantitativt design. Vi mener derfor at vårt valg av den kvalitative metoden er med på å styrke vår studie. Vi valgte å gjennomføre individuelle intervjuer. Derimot vet vi ikke om vi ville endt opp med andre data, dersom vi hadde benyttet oss av for eksempel fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju kunne gitt oss diskusjoner mellom deltakerne, som hadde fått frem emner som vi kanskje ikke har fått tilgang til ved individuelle. Intervju sammen med andre anestesisykepleiere kunne gitt informantene en trygghet i å uttrykke meningene sine, sammen med andre som har samme yrkesbakgrunn. Likevel argumenteres det for at erfaringene fremkommer mer naturlig under individuelle intervjuer (Kvale & Brinkman, 2009, s. 3; Polit & Beck, 2021, s. 515).

Spørsmålene i intervjuguiden var utformet med mål om at informantene skulle komme med innholdsrike svar, og spørsmålene var sortert fra det generelle til det mer spesifikke. Denne oppbyggingen kan bidra til å skape en tillitsfull atmosfære mellom intervjuer og informanter (Polit & Beck, 2021, s. 514; Thagaard, 2018, s. 100-101). En svakhet ved



intervjuguiden er at vi ikke benyttet oss av ordet verdighet direkte i noen av spørsmålene. Det kan ha hatt betydning for våre resultater. Spørsmålene ble gjennomgått med vår veileder før prosjektstart, som vi mener er med på å styrke intervjuguiden.

### ***5.1.2 Kontekst og forskernes forforståelse***

Vi er begge to kvinnelige mastergradsstudenter, og har tidligere erfaring fra arbeid som sykepleiere på somatisk sengepost i spesialisthelsetjenesten. Mellom oss har vi henholdsvis 4-5 års erfaring som sykepleiere fra forskjellige sykehus. Før vi startet på studiet i 2021 hadde ingen av oss erfaring med arbeid på en operasjonsavdeling, men erfaring fra den pre- og postoperative behandlingen. Vi har i ulike sammenhenger selv hatt ansvar for pasienter med rusavhengighet. I møte med disse pasientene har vi fått erfare hvor varierende og kompleks pasientgruppen kan være. I anestesisammenheng spesielt, har vi fått erfare hvor utfordrende det kan være å blant annet utføre prosedyrer som innleggelse av venekateter og sikre en stabil anestesi.

I og med at studien fant sted ved sykehuset hvor vi også har hatt våre praksisperioder under spesialisering, hadde vi noe kjennskap til både informantene og avdelingens rutiner fra før. En styrke ved å forske innen et miljø som man har kjennskap til fra før, er at det kan bidra til å minske sosial avstand mellom forskerne og dem man intervjuer. Likevel kan det også være en svakhet. Nyansene i informantenes fortellinger kan forsvinne på grunn av vår forforståelse, og vi står i fare for å overse det som skiller seg fra våre egne erfaringer. Forforståelse kan på den andre siden bidra til at vi får en bedre forståelse for situasjonene informantene står i (Thagaard, 2018, s. 105, s.190).

Det som også kan ha påvirket konteksten, kan være at vi har kjennskap til noen av informantene fra før, og det kan i verste fall ha påvirket resultatene. Vi tok et bevisst valg om å ha på sivile klær under intervjuene, for å skape en mer naturlig setting i intervjusituasjonen. Forforståelsen vår kan ha påvirket måten vi har presentert funnene på, da vi begge har begrenset erfaring med forskning og intervjuteknikk fra før av. Ved å være våre egne erfaringer og forforståelse bevisst, kan man i større grad minske farene ved å påvirke studiens resultater. Vår forforståelse kan bidra til at vi bedre kan forstå fenomenet vi studerer, ved at vi utvikler en forståelse innenfra, gjennom ny kunnskap i kombinasjon med egne erfaringer (Thagaard, 2018, s. 190).

### **5.1.3 Utvalg**

Utvalget ble som tidligere nevnt, gjort gjennom et strategisk utvalg. Vi mener at vårt utvalg inneholder mangfold med tanke på kjønn, alder, arbeidserfaring og roller i avdelingen. Det kan bidra til å få frem forskjellige nyanser, av det valgte fenomenet og dermed forsterke informasjonsstyrken. På bakgrunn av utvalgets spesifikke egenskaper støtter dette også opp under utvalgets størrelse, med 8 informanter (Malterud et al. 2016; Malterud, 2017, s. 58). Vi kan derimot ikke utelukke at et større utvalg kunne ført til andre resultater.

Å finne informanter med relevant erfaring for studiens fokus, men med likevel varierte egenskaper, er med på å styrke studiens troverdighet (Granheim et al., 2017, s. 33). Ut fra dette valgte vi få eksklusjonskriterier, som resulterte i et mangfold i utvalget. Før studien startet hadde vi ikke et fastsatt ønske om antall informanter, men støttet oss til Malterud et al. (2016), sin beskrivelse av informasjonsstyrke, med tanke på studiens metode, design og innsamlet data. Når vi opplevde at vi hadde oppnådd informasjonsstyrke i form av et rikt datamateriale, var vi fornøyd med utvalgets størrelse.

Rekrutteringen startet i en periode som fremstod som svært hektisk i den aktuelle avdelingen, og i kombinasjon med et tema som kan ansees som sensitivt, opplevde vi at det var få som tok kontakt for å delta. Etter første invitasjon var det kun tre informanter som hadde meldt sin interesse. Vi måtte be om hjelp fra avdelingsleder til å sende ut en ny forespørsel om deltakelse, og på et senere tidspunkt måtte vi også sende ut ny invitasjon. Først etter dette fikk vi flere informanter. I og med at intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden, ser vi det derfor nødvendig å nevne at det kan ha vært stressende for informantene å delta, på grunn av utestående arbeid eller oppgaver som de måtte vende tilbake til etterpå. Dette kan i verste fall ha påvirket studiens resultater.

### **5.1.4 Innsamling av data**

Alle intervjuene ble gjennomført med fysisk tilstedeværelse, hvor begge forskerne var til stede. Det mener vi styrket den senere transkriberingsprosessen, da vi kunne komplementere hverandres oppfatning av intervjusituasjonen. Det at vi var to forskere til stede, bidro til å skape en god dynamikk og dialog i intervjusituasjonene fordi dialogen ble mer flytende (Thagaard, 2018, s. 112). Da vi begge har begrenset med kunnskaper om intervju på forhånd, var det betryggende å være to om det. Den som ikke foretok selve

intervjuet, kunne bidra med å stille oppfølgingsspørsmål i de situasjonene hvor hovedintervjuer ikke stilte noen selv. Dette kan ha ført til at vi fikk dekket fenomenet bredere, enn man kanskje ville klart alene.

Vi erfarte at informantene ga varierende grad av utfyllende svar, og noen ga mer innholdsrike svar enn andre. Det påvirket behovet for oppfølgingsspørsmål, noe som igjen betydde at noen fikk flere oppfølgingsspørsmål enn andre. Likevel fikk alle informantene de samme hovedspørsmålene som var utarbeidet i intervjuguiden (vedlegg 2). Da vi hadde gjennomført et par intervjuer, følte vi oss tryggere i intervjusituasjonen, som bidro til at vi ved de siste intervjuene gjerne stilte bedre oppfølgingsspørsmål. Da vi var to stykker til stede under intervjuet valgte vi å ikke føre feltnotater. I transkriberingen inkluderte vi latter eller andre følelsesuttrykk, for å gjenskape dynamikken under intervjuet. Vi transkriberte etter beste evne, og prøvde å formidle det som ble sagt slik det fremkom. Dette var for å unngå tolkning og for at vi senere skulle kunne gjenoppleve intervjuet akkurat slik som informantene hadde fortalt, ved å lese transkriberingen (Malterud, 2017, s. 77-78).

Vi hadde på forhånd bestemt oss for å transkribere alle intervjuene til bokmål, og anonymisere informasjon ved bruk av generaliserte uttrykk. Det må nevnes at dette kan ha innvirket på resultatene i videre analyse. Det var også til tider utfordringer med støy på opptaket, og det forekom noen ganger avbrytelser av ulike slag. Det vil være vanskelig å se hvordan dette kan ha påvirket transkriberingen.

### ***5.1.5 Analyse***

Som tidligere nevnt, benyttet vi oss av kvalitativ innholdsanalyse, forankret i Graneheim og Lundman (2004). Vi opplevde analyseprosessen som utfordrende og tidkrevende, med bakgrunn i vår manglende erfaring med analyse. Til tross for at vi forankret analysen i den ovennevnte metoden, var det til tider vanskelig å vite om vi utførte analysen i tråd med forankringen, særlig med tanke på grad av abstraksjon og fortolkning. Det kan ha ført til fortolkning på forskjellig nivå, og som kan være en svakhet ved analysen.

De første begrensningene for analyse av data ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse, er at man indirekte bruker spørsmålene fra intervjuguiden som grunnlag for analyse. Den andre er den faktiske analyseprosessen og den tredje at de tema som kommer frem, har for stor overlapp. I tillegg må kodene og meningsenhetene som kommer frem kunne støttes av datamaterialet, altså at det ikke er et misforhold mellom dataene og de

meningsenhetene som produseres i analysen. Samtidig må det ikke være skjevheter mellom det teoretiske rammeverket og meningsenhetene (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Under hele vår analyseprosess gikk vi alltid tilbake til transkribert materialet for å kontrollere kontekst og om det var samsvar med det originale utsagnet. Vi benyttet samme metode under konstruksjonen av studiens resultater. Hele veien gjennom analysen har vi samarbeidet, og det førte til at vi kunne bidra med forskjellig analytiske perspektiv og komplementere hverandre. Å være flere som bidrar i analysen er med på å styrke studiens pålitelighet (Graneheim et al., 2017, s. 33).

Gjennom masterseminarene har vi fått gode råd og veiledning til hvordan analysen kunne gjøres, og vi fant det nyttig å få nye øyne på analysen når vi selv sto fast. Vi diskuterte med veileder som også er anestesisykepleier, og fikk tilbakemelding på analysen fra sykepleiere med annen fagspesifikk bakgrunn. Analyseprosessen ble til enhver tid utført sammen, og vi oppnådde konsensus om alle subkategorier, kategorier og hovedkategorier. Dette i kombinasjon med å ha diskutert analysen med veileder, medstudenter og lærere er med på å styrke analysen (Graneheim et al., 2017, s. 33). Vi kan ikke ekskludere mulighetene for at funnene kunne blitt presentert annerledes om vi hadde valgt en annen analysemetode.

Det som også kan påvirke studiens troverdighet er at vi som forskere, både samler inn og analyserer data. Vår oppfatning av våre resultater er at vi har fått et innholdsrikt materiale, men man må ha i bakhodet at studien er utført på et enkelt sykehus, med et begrenset utvalg anestesisykepleiere. Resultatene må derfor sees i denne sammenheng og tolkes deretter. For å kvalitetssikre vårt eget arbeid og rapporteringen av det valgte vi å benytte oss av COREQ-sjekkliste (vedlegg 8), og på den måten også støtte opp under fremstillingen og rapporteringen av våre funn (Tong et al., 2007). Den enkelte forskers bidrag til denne studien er redegjort for i vedlegg 9.

## 6.0 Konklusjon

Anestesisykepleiere erfarer at å ivareta pasienter med rusavhengighet kan være både faglig utfordrende, og personlig krevende. Et grunnleggende prinsipp for å ivareta disse pasientene, er å legge til side egne fordommer, for å kunne se mennesket bak diagnosen. Erfaringene med å ivareta disse pasientene, preges av en rekke utfordringer for anestesisykepleierne. Den enkelte anestesisykepleiers erfaring kan påvirke evnen til å flytte fokuset fra de tekniske prosedyrene, til å sette pasienten i sentrum for omsorgen. Det er det som gjør erfaringer verdifulle. Rent anesthesiologisk behøver pasientene både større medikamentdoser og tilleggsmedikamenter. Det kan være utfordrende å etablere venøse tilganger, og anestesisforløpet kan kreve mer planlegging. I tillegg kan det være psykososiale faktorer som påvirker forholdet mellom pasienten og anestesisykepleieren. For anestesisykepleieren kan det derfor oppstå følelser som oppgitthet, fortvilelse og usikkerhet i møte med den rusavhengige. Disse følelsene kan føre til at anestesisykepleieren opplever seg sårbar. Det er tydelig at anestesisykepleierne ønsker å ivareta pasientene på best mulig måte, men at vi trenger mer spesifikk kunnskap om anesthesiologiske utfordringer i tilknytning til rusavhengige. Verdighet er en menneskerettighet som anestesisykepleieren skal ivareta, og verne om hos alle pasienter. Likevel kan det være utfordrende dersom vi ikke evner å bekrefte hverandre som mennesker. Krenkelse av verdighet kan skje gjennom det man sier og det man gjør, og dermed påføre pasienten lidelse. Fordommer kan stå i veien for ivaretakelse av pasientens verdighet. Det å være bevisst på måten man tilnærmer seg pasienten på, kan være med på å ivareta verdigheten. Relasjonsbyggende faktorer som tid, tillit, ærlighet og gjensidig respekt er elementært for ivaretakelse av verdighet hos rusavhengige pasienter. I og med at det finnes store mørketall på antall rusavhengige i Norge, gjelder det trolig flere enn antatt. Derfor er det essensielt at vi som anestesisykepleiere har nok faglig kunnskap, og personlige egenskaper til å møte disse pasientene slik de fortjener og har krav på. Derfor trengs det ytterligere forskning på pasienter med rusavhengighet i møte med helsevesenet.

## **7.0 Implikasjon for praksis og videre forskning**

Anestesisykepleiere må gis tilstrekkelig tid til å planlegge anestesi, sammen med ansvarlig anestesilege, forut for kirurgi til rusavhengige pasienter. Det må rettes fokus på at disse pasientene er i større risiko for anesthesiologiske komplikasjoner. Rusavhengighet gjelder trolig flere pasienter enn vi tror, og vil kanskje gjelde flere i fremtiden. Dersom vi ikke identifiserer disse pasientene, mister vi muligheten til å forebygge komplikasjoner. Gjennom økt kompetanse, og ved å inneha kunnskap om verdighet, kan vi unngå krenkelse av disse pasientene. Vi som anestesisykepleiere må være bevisste over våre ordvalg, og hjelpe til med å minne hverandre på hvordan man omtaler pasientgruppen, for å redusere stigma.

De som er ansvarlig for organiseringen av helsetjenestene må legge til rette for at vi kan sikre et trygt, godt og forutsigbart forløp for disse pasientene. For eksempel gjennom å ha et tilstrekkelig antall, kompetente anestesisykepleiere på vakt til enhver tid. Anestesisykepleierne trenger ytterligere kompetanse, for å ivareta pasientene på best mulig måte. Kompetansen om rusmidlenes betydning for anestetika må heves. For å gi anestesisykepleierne mulighet til å heve egen kompetanse, burde det være tema på fagdager eller korte undervisninger i avdelingen. Det kan også være hensiktsmessig å innhente fagpersonell fra smertepoliklinikken eller LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Vi foreslår også å vurdere behov for undervisning fra fagpersoner med kompetanse i MAP (møte med aggresjonsproblematikk), som har til hensikt å øke helsepersonells kompetanse rundt håndtering av aggresjon og voldsproblematikk i helsetjenesten. Målet deres er å unngå krenkelse og avmakt av den som mottar helsehjelp gjennom å fokusere på samspillet mellom pasient og den som yter helsehjelp.

Vi ønsker å bidra til å sette fokus på pasientgruppen, gjennom å presentere våre funn i avdelingen. Avdelingen kan med fordel ta initiativ til fellesundervisning, med sykepleiere og andre fagspesifikke spesialsykepleiere, om ivaretagelse av rusavhengige pasienter. Det er spesielt med tanke på perioperativ smertelindring til denne gruppen. Det kan også være aktuelt med tverrfaglig simulering, for å øke både kommunikasjons- og handlingskompetanse i møte med rusavhengige pasienter.

Det er viktig å huske på at denne studien kun er utført ved et enkelt sykehus, og sett fra anestesisykepleiers perspektiv. Det ville vært interessant å undersøke samme tematikk fra andre teammedlemmers perspektiver, som for eksempel operasjonssykepleiere og anestesileger. Det kunne bidratt til en enda bedre forståelse av hvordan teamet erfarer å ivareta disse pasientene. Det hadde også vært interessant å se om det hadde fremkommet andre erfaringer ved andre sykehus.

Våre forslag til videre forskningsområder er:

1. Kvalitative studier med utgangspunkt i den rusavhengige pasienten, og deres opplevelse i møte med operasjonsavdelingen i en elektiv setting
2. Fagprosedyrer på perioperativ, multimodal smertelindring til rusavhengige pasienter
3. En sammenligningsstudie av opioidfri anestesi og “standard” anestesi til rusavhengige pasienter

## 8.0 Referanseliste

American Society of Anesthesiologists. (2023, 23. januar). *ASA Physical Status Classification System*. Hentet 1. mai 2023 fra:

<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

ANSF (2022). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet fra:

[https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf)

ANSF & NAF (2016). Norsk standard for anestesi.

<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYgJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf>

Butterworth, Mikhail, M. S., Mackey, D., Wasnick, J. D., & Morgan, G. E. (2018). *Morgan and Mikhail's clinical anesthesiology (Sixth edition.)*. McGraw Hill Education.

Dihle, A. (2021). Smerte og smertebehandling. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 88-108). Cappelen Damm Akademisk.

Eriksson (1996). Om människans värdighet. I J. M. Bjerkreim & R. Nord (Red.), *Visjon, viten og virke. Festskriv til sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år* (s. 79–86). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske*. Munksgaard

Folkehelseinstituttet. (2022, 30. mars). *Narkotika i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/>

Folkehelseinstituttet. (2022, 15. juni). *Rusmiddellidelser i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>



- FN. (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet 10.05.22 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Forsberg, M., Björn, C., Engström, M. & Nilsson. A., (2018). *Nurse Anesthetists' Reflections on Caring for Patients With Previous Substance Dependence: Balancing Between Professionalism and Preconceptions*, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Volume 33, Issue 1, 2018, Pages 69-77, ISSN 1089-9472, <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.01.004>
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. -M. & Lundman, B. (2017). *Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A discussion paper*. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. (IS-1948) Helsedirektoratet: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:edffb3c42f55a37907af9a64541f89f83178b890/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
- Helsepersonelloven (2000). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1)
- International Council of Nurses (2021). *The ICN Code of Ethics for nurses*. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf)

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. (2.utg). Sage
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2020). *Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process*. *International Journal of Nursing Studies*, 108, s.103632.
- Malterud. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marley, R.A. & Sheets, S.A. (2017). Preoperative evaluation and preparation of the Patient. I Nagelhout, & Elisha, S. *Nurse Anesthesia* (311-345). Elsevier.
- Moran, S., Isa, J., Steinemann, S. (2015). Perioperative Management in the Patient with Substance Abuse, *Surgical Clinics of North America*, Volume 95, (2), s. 417-428 <https://doi.org/10.1016/j.suc.2014.11.001>.
- Neville, & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346.  
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nortvedt, P. (2021). Etikk, juss og anestesisykepleie. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 44-54). Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-26/id2683531/?ch=1>
- Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing reasearch. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer

- Quinlan, J., & Cox, F. (2017). Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. *Pain reports*, 2(4), s.611.  
<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000611>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder (5.utg)*. Fagbokforlaget.
- 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;19:349–57.
- WHO. (1964). *WHO Expert Committee on Addiction-producing drugs (Nr. 273)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40580>

## Vedlegg 1 – PIO skjema

Populasjon	Interest	Outcome
<p>Anestesisykepleiere</p> <p>“Nurse anesthetist”</p> <p>“Nurse anesthesia”</p>	<p>Erfaringer med anestesi til pasienter med rusavhengighet</p> <p>“Experiences”</p> <p>“Perspectives”</p> <p>“Attitudes”</p> <p>“Drug dependency”</p> <p>“Substance dependency”</p>	<p>Ivaretagelse av pasientens verdighet</p> <p>“Human dignity”</p> <p>“Dignity”</p> <p>“Maintaining”</p> <p>“Preserving”</p> <p>“Protecting”</p>

## **Vedlegg 2 - Intervjuguide**

### **Intervjuspørsmål**

1. Hvilke tanker gjør du deg når du skal gi anestesi til en pasient med rusavhengighet?
2. Hva tenker du skiller anestesi til rusavhengige fra anestesi til andre pasienter? (Kommunikasjon, planlegging, utførelse og teammedlemmer?)
3. Hvordan opptrer operasjonsteamet når en pasient med rusavhengighet er meldt til operasjon?
4. Kan du komme på et eksempel fra egne erfaringer hvor du opplevde at den rusavhengige pasienten ble ivaretatt på en omsorgsfull måte?  
Hva var det som gjorde dette til en positiv opplevelse? (Fremmere)
5. Kommer du på et eksempel fra egne erfaringer hvor du opplevde at den rusavhengige pasienten ikke ble ivaretatt på en omsorgsfull måte?  
Hvordan håndterte du/dere det? (Hemmere)

### **Avslutning**

1. Hvis du skal trekke frem tre ting som er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?
2. Er det noe mer dere vil legge til?

## Vedlegg 3 - Informasjonsskriv/Samtykkeskjema

### Samtykkeskjema

Vil du delta i masterprosjektet

### *«Verdighet ved gjennomføring av anestesi til rusavhengige»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan anestesisykepleiere erfarer at verdighet blir ivaretatt ved anestesi til pasienter med rusavhengighet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål med prosjektet

Å utøve anestesi til pasienter med rusavhengighet kan by på faglige utfordringer. For både pasienten og anestesisykepleier kan dette få konsekvenser for hele det perioperative forløpet. Prosjektet har som mål å frembringe ny kunnskap om hvilke erfaringer anestesisykepleiere innehar når det kommer til å ivareta omsorgen for denne sårbare pasientgruppen. Forskningsprosjektet er i forbindelse med masteroppgave ved Master i spesialsykepleie, spesialisering i anestesisykepleie ved Universitetet i Stavanger.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er masterstudenter Amalie Johansen Sjulstad, Anna Evebø Senneset og Universitetet i Stavanger.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta da du er ansatt som anestesisykepleier ved Anestesiavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus.

Vi søker deg som:

- Har mer en 2 års erfaring som anestesisykepleier
- Er yrkesaktiv som anestesisykepleier

1

Henvendelsen sendes ut til de som svarer til de overnevnte kriteriene, gjennom avdelingsleder.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet vil du bli innkalt til å delta på et individuelt intervju som gjennomføres på din arbeidsplass. Det vil ta deg ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp ved lydopptak ved bruk av Diktafon-app for sikker lagring av lydopptak. Du vil også bli bedt om å krysse av i et skjema over demografiske data for alder, kjønn og yrkeserfaring som anestesisykepleier.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Aidentifisering av personlige opplysninger vil skje via koding. Intervjuene tas opp ved hjelp av sikker diktafon funksjon fra *Nettskjema* via en mobiltelefon <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>. Lydfilene blir umiddelbart kryptert og er kun tilgjengelig for forskergruppen gjennom passordbeskyttet pålogging via nettleser. Etter transkribering blir lydfilene umiddelbart slettet. Alle data vil bli lagret i en virtuell kryptert harddisk, VeraCryptVolum, i henhold til UiS retningslinjer for retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern

<https://www.uis.no/nb/student/om-informasjonssikkerhet-og-personvern-ved-uis>

Persondata vil ikke kunne gjenkjennes ved publisasjon.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 30. juni 2023. Etter prosjektslutt vil alt datamaterialet slettes.

2

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke via samtykkeerklæringen. NSD Sikt (Norsk senter for forskningsdata AS) har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjkehus tilslutter seg NSD Sikt sin vurdering.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Amalie Johansen Sjulstad (mastergradsstudent) [aj.sjulstad@stud.uis.no](mailto:aj.sjulstad@stud.uis.no), Anna Evebø Senneset (mastergradsstudent) [ae.senneset@stud.uis.no](mailto:ae.senneset@stud.uis.no) eller Aina Lekens (veileder, universitetslektor) [aina.lekens@uis.no](mailto:aina.lekens@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til personverntjenestenes sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD Sikt [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) .

Med vennlig hilsen

Amalie Johansen Sjulstad & Anna Evebø Senneset

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta på individuelt intervju.

3





Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

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

## **Vedlegg 4 – Skjema for demografisk data**

### **Demografisk bakgrunn**

1. Alder:
2. Kjønn:
3. Videreutdanning eller masterutdanning:
4. Hvor mange år har du jobbet som anestesisykepleier?

## Vedlegg 5 - Godkjenning for gjennomføring av studie fra sykepleiefaglig rådgiver ved den representative avdelingen

Planlagt masterprosjekt ved anesthesiavdelingen

ti. 13.09.2022 13:20

Til: Anna Evebø Senneset <[ae.senneset@stud.uis.no](mailto:ae.senneset@stud.uis.no)>

Kopi: Aina Lillian Bjerkeli Lekens <[aina.lekens@uis.no](mailto:aina.lekens@uis.no)>; Amalie Johansen Sjulstad <[aj.sjulstad@stud.uis.no](mailto:aj.sjulstad@stud.uis.no)>

HEI

Spennende tema dere har valgt for masteroppgaven deres. Prosjektet er forankret ved ledelsen på anesthesiavdelingen, under forutsetning av at det blir godkjent hos NSD og Forskningsavdelingen ved [REDACTED] ved personvernombudet.

Lykke til.

Vennlig hilsen



---

**Fra:** Anna Evebø Senneset <[ae.senneset@stud.uis.no](mailto:ae.senneset@stud.uis.no)>

**Sendt:** tirsdag 13. september 2022 12:39



**Kopi:** Aina Lillian Bjerkeli Lekens <[aina.lekens@uis.no](mailto:aina.lekens@uis.no)>; Amalie Johansen Sjulstad <[aj.sjulstad@stud.uis.no](mailto:aj.sjulstad@stud.uis.no)>

**Emne:** Planlagt masterprosjekt ved anesthesiavdelingen

Hei,


Vi er masterstudenter i anesthesisykepleie ved UiS, og skal skrive masteroppgave. Hensikten med studiet er å utforske anesthesisykepleiers erfaringer med ivaretagelse av verdighet hos pasienter med rusavhengighet. I denne forbindelse ønsker vi å intervju anesthesisykepleiere ved deres avdeling, ved individuelle intervju. Ber om at ledelsen ved anesthesiavdelingen støtter prosjektet, under forutsetning om at prosjektet godkjennes i NSD Sikt og Forskningsavdelingen [REDACTED], ved personvernombudet. Vennligst bekreft per e-post. Se vedlagt prosjektplan, og ta gjerne kontakt dersom dere har spørsmål.

Med vennlig hilsen

Anna Evebø Senneset & Amalie Johansen Sjulstad

Denne eposten er sendt utenfra organisasjonen. Vurder om det er trygt å åpne lenker og vedlegg.  
This email originated from outside of the organization. Please consider whether it is safe to open links and attachments.

# Vedlegg 6 - Godkjenning fra NSD SIKT (Norsk senter for forskningsdata)

 Norsk ▾ Amalie Johansen Sjulstad ▾

[Meldeskjema](#) / [Verdighet ved gjennomføring av anestesi til den rusavhengige pasienten](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 03.10.2022 ▾

<b>Referansenummer</b> 837080	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 03.10.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Prosjekttittel**  
Verdighet ved gjennomføring av anestesi til den rusavhengige pasienten

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig**  
Aina Lekens

**Student**  
Anna Evebø Senneset

**Prosjektperiode**  
14.10.2022 - 30.06.2023

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TAUSHETSPLIKT**

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

**DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG**

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

**LOVLIG GRUNNLAG**

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

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 7 - Godkjenning fra Forskningsavdelingen ved det representative sykehuset

**[Redacted]** Ferdig behandlet 🔍

---

**E** [Redacted] 😊 ↶ ↷ 📎 ⋮  
Til: Anna Evebø Sennehet on. 19.10.2022 10:15

**Skjema ferdig behandlet**  
[Redacted]

**Tilbakemelding**

Hei

Søknaden er ikke vurdert av PVO [Redacted] når det foreligger en NSD vurdering, vi ber dere fjerne dette fra samtykket.

Ellers tilslutter vi oss vurderingen som er gjort av NSD og prosjektet kan starte opp.

MVH

Forskningsavdelingen

Denne eposten er sendt utenfra organisasjonen. Vurder om det er trygt å åpne lenker og vedlegg.  
This email originated from outside of the organization. Please consider whether it is safe to open links and attachments.

↶ Svar ↷ Videresend

## 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.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	19
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	46, 47
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	46, 47
Gender	4	Was the researcher male or female?	46, 47
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	46, 47, 48
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	47
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	18, 47, 60
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	47, 60
<b>Domain 2: Study design</b>			
<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	17, 21, 22, 23
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	17, 18
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	17, 18
Sample size	12	How many participants were in the study?	18
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	18, 19
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	20
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	18
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	17, 19, 59
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	18, 23
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	48
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	20
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	18, 20, 47
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	21, 22, 23, 49
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?	21
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	26-39
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	40-45
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	25
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	26-39

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



## Vedlegg 9 – Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

---

### UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen, forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

#### STUDENT 1

**Navn:** Anna Evebø Senneset

**Spesialisering i:** Anestesisykepleie

**Bidrag:**

Valg av tema. Utforme prosjektplan. All utarbeiding av tekst i oppgaven. Likt bidrag ved litteraturgjennomgang, intervjugjennomføring, datainnsamling, transkribering og analyse. Hovedintervjuer ved fire intervjuer. Presentasjon av arbeidet på seminarer. Har samarbeidet med likt bidrag fra start til slutt.

#### STUDENT 2

**Navn:** Amalie Johansen Sjulstad

**Spesialisering i:** Anestesisykepleie

**Bidrag:**

Valg av tema. Utforme prosjektplan. All utarbeiding av tekst i oppgaven. Likt bidrag ved litteraturgjennomgang, intervjugjennomføring, datainnsamling, transkribering og analyse. Hovedintervjuer ved fire intervjuer. Presentasjon av arbeidet på seminarer. Har samarbeidet med likt bidrag fra start til slutt.

27.04.2023

**Signatur:**

Student 1 *Amalie T. Sjulstad*

Student 2 *Anna Evebø Senneset*

**Veileder:**

*Anna Heikens*