

# **Operasjonssykepleieres rolle i forbindelse med ivaretagelse av barn og foreldre ved elektiv dagkirurgi**

**Masteroppgave, 2024**  
**Master i Spesialsykepleie**  
**Spesialisering i operasjonssykepleie**



# MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

## MASTEROPPGAVE

---

**SEMESTER:**

Vår 2024

---

**FORFATTERE/MASTERKANDIDATER:**

Mia Valerie Sand

Hilde Steinnes

**VEILEDER:**

Britt Sætre Hansen, Professor i sykepleievitenskap/intensivsykepleier

**MEDVEILEDER:**

Malin Maria Dramdal, Universitetslektor i operasjonssykepleie/operasjonssykepleier

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:****Norsk tittel:**

Operasjonssykepleieres rolle i forbindelse med ivaretagelse av barn og foreldre ved elektiv dagkirurgi.

**Engelsk tittel:**

The role of perioperative nurses' in caring for children and parents during elective day surgery

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Operasjonssykepleie, barn, foreldre, ivaretagelse, elektiv dagkirurgi, trygghet, team, ikke-tekniske ferdigheter, situasjonsbevissthet, SPLINTS

---

**ANTALL ORD:** 17 497**STAVANGER:** 03.mai 2024

## FORORD

Å skrive denne masteroppgaven markerer slutten på et 2-årig masterstudium i operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. Gjennom masterprosjektet har vi fått anledning til å fordype oss i et høyst aktuelt tema – ivaretagelse av barn og foreldre i forbindelse med elektiv dagkirurgi. Det har vært utfordrende å kombinere masterstudier med familieliv, men det har vært to lærerike og ikke minst spennende år for oss begge.

Ønsker å benytte anledningen for å takke våre to fantastiske veiledere Britt Sætre Hansen og Malin Maria Dramdal. Vi er svært takknemlige for den uvurderlige hjelpen vi har fått fra dere. Tusen takk for deres gode råd, motivasjon og veiledning. Uten dere hadde vi ikke vært i stand til å gjennomføre dette prosjektet.

Vi vil også takke de flotte operasjonssykepleierne som så generøst tok seg tid til å dele sine kunnskaper og erfaringer med oss. Deres bidrag har gjort oppgaven til det den har blitt, og utgjør en forskjell. Vi må også takke avdelingssjef og fagsykepleiere ved dagkirurgisk enhet som har bistått i rekruttering av informanter og latt oss «låne» operasjonssykepleierne i arbeidstiden.

Vi ønsker også å takke hverandre for godt samarbeid gjennom hele prosessen. Det har vært mye frustrasjon og lange arbeidsøkter underveis, men vi har klart å gjennomføre takket være godt humør og motiverende ord.

Sist, men ikke minst, må vi takke familien og venner for all forståelse, oppmuntring og heiarop underveis.

Hilde og Mia

Stavanger, 3.mai 2024

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Operasjonssykepleiere inngår som en del av operasjonsteamet og har en viktig rolle i det å skape en atmosfære på operasjonsstuen som oppleves trygg for barn og foreldre som skal gjennomgå elektiv dagkirurgi.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan operasjonssykepleiere erfarer sin rolle i møtet med barn og deres foreldre i forbindelse med elektiv dagkirurgi. Vi ønsket å synliggjøre hvordan operasjonssykepleierne selvstendig og som medlem av operasjonsteamet medvirket til å skape trygghet hos barn og foreldre.

**Metode:** Vi har gjennomført en kvalitativ studie hvor data ble samlet inn gjennom syv individuelle intervju med operasjonssykepleiere tilknyttet en dagkirurgisk avdeling ved et universitetssykehus i Norge. Det innsamlede datamateriale ble transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Funn fra den kvalitative innholdsanalysen resulterte i to hovedkategorier: å skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt samarbeid og å fremme trygghet hos barnet og deres foreldre.

**Konklusjon:** Studien belyste viktigheten av operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter og hvordan situasjonsbevissthet, god kommunikasjon og klar rolleforståelse bidro til å skape godt samarbeid i operasjonsteamet, samt en trygg atmosfære på operasjonsstuen for barnet og deres foreldre.

**Nøkkelord:** Operasjonssykepleie, barn, foreldre, ivaretagelse, elektiv dagkirurgi, trygghet, team, ikke-tekniske ferdigheter, situasjonsbevissthet, SPLINTS

## ABSTRACT

**Background:** Perioperative nurses' are considered to be an important member of the surgical team, they also contribute to create a safe atmosphere in the operating room for children undergoing elective day surgery.

**Aim:** The aim of this study was to examine how perioperative nurses' experience their role when interacting with children and their parents when undergoing elective day surgery. The aim was also to highlight how the perioperative nurses' can make the child and their parents feel safe.

**Method:** We conducted a qualitative study where data were collected through seven individual interviews with perioperative nurses' employed at a day surgical department at a hospital in Norway. The data material was transcribed and analyzed by using a qualitative content analysis.

**Results:** Findings from the qualitative content analysis resulted in two main categories: creating a safe atmosphere in the operating room through good teamwork and promoting a sense of safety for the child and their parents.

**Conclusion:** The study highlighted the importance of perioperative nurses' non-technical skills and how situational awareness, effective communication and a clear role understanding contributed to enhance the teamwork, as well as creating a safe atmosphere for the child and parent.

**Keywords:** perioperative nursing, children, parents, care, elective day surgery, safety, team, non-technical skills, situational awareness, SPLINTS

## INNHold

1	INTRODUKSJON .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Hensikt og formål .....	3
1.3	Problemstilling.....	3
1.4	Tidligere forskning.....	4
2	TEORETISK RAMMEVERK .....	7
2.1	Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse.....	7
2.2	Teamarbeid på operasjonsstuen.....	10
2.3	Ikke-tekniske ferdigheter .....	11
2.4	Generelt om operasjonspasienten.....	12
2.5	Samhandling med foreldre.....	13
3	METODE .....	14
3.1	Metodisk tilnærming og overveielser .....	14
3.2	Kontekst.....	16
3.3	Utvalg .....	16
3.4	Innsamling av data .....	17
3.5	Analyse .....	19
3.6	Troverdighet.....	22
3.7	Forskningsetiske vurderinger .....	24
3.8	Metodekritikk.....	25
4	RESULTAT .....	28
4.1	Skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid .....	29
4.2	Fremme trygghet hos barn og foreldre.....	34
5	DISKUSJON .....	39
5.1	Skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid .....	39
5.2	Fremme trygghet hos barnet og foreldre .....	44
6	KONKLUSJON.....	49
7	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....	50
	REFERANSER .....	51
	<i>Vedlegg 1: Søknad NSD sikt.....</i>	<i>56</i>
	<i>Vedlegg 2: Søknad personvernombudet .....</i>	<i>59</i>
	<i>Vedlegg 3: Søknad om å gjennomføre en kvalitativ studie.....</i>	<i>60</i>

Vedlegg 4: <i>Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</i> .....	61
Vedlegg 5: <i>Intervjuguide</i> .....	64
Vedlegg 6: <i>Utdrag fra analyseskjema</i> .....	66
Vedlegg 7: <i>COREQ skjema</i> .....	69
Vedlegg 8: <i>PICO skjema</i> .....	71
Vedlegg 9: <i>Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag</i> .....	72



## 1 INTRODUKSJON

Barn er en sårbar pasientgruppe og deres møte med sykehus, undersøkelser og kirurgisk behandling, gjør at de havner i en situasjon som kan oppleves kaotiske og utrygge. Det er mange inntrykk som skal bearbeides for både barnet og for deres foreldre. Eksempelvis kan fremmede lyder, lukter, lys og synet av helsepersonell ikledd operasjonsklær med operasjonslue og munnbind medføre økt grad av uro, angst og stress hos barnet og foreldrene (Çamur & Karabudak, 2021).

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (2023) var 354.256 barn i alderen 0 – 19 år innlagt på somatiske sykehus i Norge i løpet av 2022. Av disse var 188.393 i alderen 0 – 9 år og 165.863 i alderen 10 – 19 år. For barn i alderen 0 – 16 år, utgjør kirurgiske tilstander omtrent en tredjedel av alle innleggelser. Studier har vist at nærmere 75% av barn og 74% av foreldre opplever preoperativ angst i forkant av kirurgiske inngrep på barn. Det er også vist at foreldrenes engstelse har en direkte påvirkning på barnets angstnivå (Çamur & Karabudak, 2021; Panella, 2016; Santapuram et al., 2021). Måten barn håndterer preoperativ fase på kan få flere fysiske og psykiske konsekvenser og videre påvirke innledning av anestesi, den postoperativ fasen og foreldrenes generelle opplevelse av den kirurgiske behandlingen (Andersson et al., 2012; Grønseth & Markestad, 2011; Sjöberg et al., 2017).

Operasjonssykepleiere jobber i et høyteknologisk og tidseffektivt miljø, hvor det samarbeides tverrfaglig i kirurgiske team for å gi operasjonspasienten faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Alle i det kirurgiske teamet har et personlig ansvar for definerte, fagspesifikke oppgaver; disse må koordineres slik at de samsvarer med arbeidsoppgavene til de andre teammedlemmene ettersom teamet har et felles mål og deler ansvaret for resultatene (Dåvøy et al., 2019). Det stiller blant annet store krav til operasjonssykepleierens ikke-tekniske ferdigheter, hvor deres kognitive, sosiale og mellommenneskelige evner kan bidra til et godt samarbeid (Flynn et al., 2021). At det første møtet mellom barnet, forelderen og operasjonssykepleieren er preget av omsorg og tillitt, er av stor betydning for det videre samarbeidet mellom dem (Dåvøy et al., 2019). I det kirurgiske team, har operasjonssykepleieren en sentral rolle som strekker seg utover det rent tekniske aspektet tilknyttet den kirurgiske behandlingen.



Operasjonssykepleiere kan bidra til å skape en atmosfære på operasjonsstuen som oppleves både trygg og beroligende for barnet og forelderen. Ifølge Dávøy et al. (2019) fungerer operasjonssykepleieren som en viktig bro mellom det kirurgiske teamet og pasienten, også barnets foreldre. I denne masteroppgaven ønsker vi å se nærmere på operasjonssykepleiernes rolle og funksjon i forhold til ivaretagelse av barn og deres foreldre, når barnet skal gjennomgå elektiv dagkirurgi. Elektiv dagkirurgi vil si planlagt kirurgisk behandling hvor man reiser hjem samme dag som behandlingen (Kåss & Hem, 2021).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Studien utføres etter ønske fra en operasjonsavdeling tilhørende et universitetssykehus på Vestlandet i Norge, hvor det til daglig blir utført kirurgiske inngrep på barn. I tillegg har begge forfatterne en naturlig interesse for temaet da begge har små barn. Gjennom våre praksisperioder som operasjonssykepleiestudenter, har vi begge erfart at det tidvis kan være utfordrende å vite hvordan man skal forholde seg til barn som operasjonspasienter. Dette er spesielt i situasjoner hvor barnet viser manglende samarbeidsevner og er preget av angst og redsel. Vi har ved flere anledninger også erfart at forelderen som ledsager barnet ofte blir sterkt påvirket av situasjonen og får en reaksjon idet barnet er i narkose og de blir fulgt ut av operasjonsstuen.

Gjennom våre opplevelser, erkjenner vi at dette er en situasjon som er både følsom og krevende. Her spiller anestesipersonell og operasjonssykepleiere en viktig rolle i å ivareta både barnet som skal opereres og deres foreldre. For oss var det viktig å finne ut mer om hvordan operasjonssykepleierne opplevde disse rollene og hvordan man kan se til at barnet og foreldrene blir godt ivaretatt. På bakgrunn av egen interesse samt lite tilgjengelig forskning fra operasjonssykepleieres perspektiv, håper vi at studien kan belyse temaet og samtidig medvirke til økt kunnskap.

## 1.2 Hensikt og formål

Formålet med denne studien er å få økt innsikt i hva operasjonssykepleiere opplever som viktig i møte med barn og deres foreldre i forbindelse med elektiv dagkirurgi. Det vil si fra det øyeblikket barnet og forelderen kommer inn på operasjonsstuen frem til barnet er lagt i narkose og forelderen blir fulgt ut.

Vår intensjon er å frembringe ny kunnskap som kan medvirke til å lukke et eksisterende kunnskapshull og således bidra til å forbedre praksis. Samtidig håper vi at studien medfører økt bevissthet rundt ivaretagelsen av barn og foreldre, slik at man ivaretar både pasientsikkerhet og pasienttilfredshet. Studiens anses å være relevant for operasjonssykepleiere, nyutdannede operasjonssykepleiere og sykepleiere i spesialisering innen fagområdet.

## 1.3 Problemstilling

Studien bygger på operasjonssykepleieres erfaringer rundt ivaretagelsen av barn og deres pårørende i forbindelse med elektiv kirurgi. På bakgrunn av dette har vi utformet følgende problemstilling:

***«Hva opplever operasjonssykepleiere som viktig i møte med barn og pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi?»***

Denne studien er avgrenset til operasjonssykepleieres erfaringer med barn. Alle personer under 18 år regnes som barn (FNs barnekonvensjon, 1989; Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Vi valgte å ikke avgrense studien til en spesiell aldersgruppe innenfor definisjonen av hva som er barn. Imidlertid oppstod en naturlig avgrensning til barn under 16 år som følge av at forskningsartikler, litteratur og svar fra informantene inkludert i studien primært omhandlet barn i alderen 0 – 16 år. Barnets pårørende ble begrenset til å gjelde barnets foreldre eller nærmeste omsorgsperson.

#### 1.4 Tidligere forskning

I prosessen med å finne relevant litteratur og tidligere forskning, har vi utført litteratursøk i databasene Cinahl og Medline sammen med universitetets bibliotekar. Ved å i tillegg bruke snøballmetoden ble det enklere å finne supplerende informasjon og ressurser knyttet opp mot tematikken (Christoffersen et al., 2020). Flere av forskningsartiklene inkludert i denne studien har på denne måten blitt funnet etter å ha blitt referert til i andre studier. Vi startet med forskning funnet i litteratursøk og sporet opp relevante referanser for å deretter søke etter nye kilder og dermed utvide søket. De vitenskapelige forskningsartiklene som er brukt i denne studien er forfattet av fagkyndige, fagfellevurdert og videre publisert i anerkjente tidsskrift. Søket ble avgrenset til å gjelde artikler publisert i tidsperioden 2015 – 2023 og benyttet engelske søkeord som: *pre-perioperative patient care, child, elective surgery, care, experience, anxiety, perioperative nurs\**, *postoperative nurs\** og *surgical nurs\**. Søkeordene ble brukt i kombinasjon med AND/OR for at påse at treffet inkluderte artikler som inneholdt begge søkeordene. Flere av artiklene vi fant dekket perioperativ fase, men inneholdt også pre- og postoperative funn. Det engelske ordet «perioperative» dekker ifølge Rothrock (2019) implisitt både peri-, intra- og postoperativ periode i forbindelse med kirurgisk behandling. Vi endte opp med tre forskjellige søkekombinasjoner som resulterte i totalt 238 treff. Inklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle omhandle barn i alderen 0 – 18 år med fokus på ikke-medikamentelle tiltak fra sykepleier for å trygge eller forhindre engstelse hos pasient og/eller pårørende. Artikler der hovedfokuset var å sammenlikne effekten av ikke-medikamentelle tiltak med bruk av medikamenter ble utelatt.

Gjennom litteratursøket oppdaget vi at det fantes lite tilgjengelig forskning som spesifikt handler om operasjonssykepleierens rolle- og funksjon i forbindelse med behandlingen av barn. De forskningsartiklene vi fant handlet primært om utøvelse av generell sykepleie, anestesi- og intensivsykepleie til barn og foreldre, men vi har valgt å bruke samtlige artikler som bakgrunnsmateriale på grunnlag av at de har stor overførbarhet til operasjonssykepleie. Tidligere forskningsresultater omhandler forekomst og konsekvenser av preoperativ angst og stress hos barn og foreldrene deres, i tillegg til at betydningen av å inkludere familien i det preoperative arbeidet blir fremhevet. Vi vil nå presentere tidligere forskning og på den måten skrive frem rasjonale for vår studie.

Ifølge Carlsen og Sjøbjerg (2013) finnes det ingen kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer for preoperativ forberedelse av barn, de påpeker at det kan øke risikoen for blant annet utfordrende innledning til narkose. Grad av usikkerhet, ubehag og stress hos barnet og deres foreldre har stor sammenheng med de preoperative forberedelsene i forkant av det kirurgiske inngrepet (Sjøberg et al., 2017). Studien til Perry et al. (2015) viser at måten helsepersonell ordlegger seg på og kommunikasjonsferdighetene deres har stor innvirkning på barnets opplevelse og følelse av trygghet. De fant at innledningen til narkose og det kirurgiske inngrepet bør omtales med positivt ladde ord for å unngå at barnet blir skremt. Ifølge Thomasgaard et al. (2021) og Dávøy et al. (2019) har barn behov for konkret og ærlig informasjon, ideelt sett bør informasjonen knyttes opp mot noe som er kjent for barnet. Mendoza et al. (2021) viser til at det å kommunisere direkte til barnet og lytte til deres innspill kan bidra til å forbedre familiens omsorgsopplevelse. Preoperativ informasjon kan hjelpe barnet med å utvikle mestringsstrategier og en følelse av kontroll, men må imidlertid være alderstilpasset og ta hensyn til barnets modenhet (Sjøberg et al., 2017). Barn er i konstant utvikling, i tillegg er de emosjonelt og kognitivt umodne. Barns umodenhet påvirker hvordan sykdom eller skade blir oppfattet, og har stor innvirkning på deres reaksjonsmønster (Sjøbjerg, 2019).

Grunnet store variasjoner i utviklingen hos barn, vil operasjonssykepleieres kunnskaper om barnets fysiske og psykiske utvikling være nødvendig for å både forstå og tilpasse omsorgen etter barnets behov (Sjøbjerg, 2019). I tillegg vil kunnskaper om eventuelle fysiske- eller psykiske helseutfordringer potensielt bidra til å øke kvalitet og trygghet i det kirurgiske forløpet og samtidig optimalisere resultatet (Musselman et al., 2023). Ifølge Panella (2016) vil den beste omsorgsutøvelsen oppstå når operasjonsteamet forstår og respekterer barnets utviklingsnivå, samt inkluderer foreldre i behandlingen og har fokus på å skape en positiv opplevelse. Forskning har vist at barn i alderen 8-11 år er mer tilfreds med behandlingen når de får anledning til å være aktivt deltagende i eget behandlingsopplegg ved å bli inkludert i diskusjoner og beslutninger (Mendoza et al., 2021).

Preoperativ angst er en subjektiv reaksjon på en tenkt situasjon med ukjent utfall, og kjennetegnes av bekymring, spenning og uro (Agüero-Millan et al., 2023; Kennair & Malt, 2021). I forbindelse med kirurgisk behandling anses preoperativ angst som en normal reaksjon.

Måten barnets foreldre er i stand til å håndtere egen preoperative angst på, vil ha stor innvirkning med hensyn til hvordan barnet både opplever og håndterer situasjonen. Av den grunn blir foreldrenes atferd betraktet som en katalysator hva angår forekomst av preoperativ angst og frykt hos barn (Musselman et al., 2023). I motsetning til angst, er fryktens hensikt å beskytte personen mot en reell fare. Frykt skiller fra angst ved at det er en evolusjonær, emosjonell og/eller psykologisk tilpasning (Kennair & Malt, 2021). Avhengig av hvor uttalt den preoperative angsten er, vil den fysiologiske stressresponsen bli utløst. En konsekvens av dette er at helbredelsesprosessen blir forsinket (Hansen, 2019). Studier viser at preoperativ angst og stress hos operasjonspasienter kan kobles opp mot økt behov for postoperativ oppfølging, forlenget rekonvalesensperiode, kirurgiske forsinkelser og generelt økte kostnader i helsevesenet (Al-Sagarat et al., 2017; Panella, 2016; Santapuram et al., 2021). Det er ikke bare det kirurgiske inngrepet i seg selv som kan fremkalle angst og frykt hos barn og foreldre, men derimot alle faktorer som oppleves fremmede i situasjonen. Eksempelvis kan rutiner, omgivelser, bekledning, lukter og lyder fungere som potensielle «triggere» (DeMaso & Snell, 2013; Li et al., 2007; Sjøbjerg, 2019).

Ifølge Sjøbjerg (2019) er den psykososiale omsorgen minst like viktig som den medisinske og kirurgiske behandlingen pasienten mottar. Til tross for at det i første omgang er anestesipersonalet som arbeider tettest på barnet og forelderen i forbindelse med innledning til narkose, har også operasjonssykepleieren en sentral rolle i forbindelse med de preoperative forberedelsene. Oftest vil operasjonssykepleieren ha en støttende rolle overfor forelderen. Ved at forelderen føler seg trygg, sett og ivaretatt, kan operasjonssykepleieren således medvirke til å deescalere det preoperative angstnivået hos både barn og deres foreldre (Musselman et al., 2023).

For operasjonssykepleieren er det viktig å forstå hvordan foreldre opplever situasjonen når barnet deres skal gjennomgå kirurgisk behandling. Ifølge Andersson et al. (2012) er mange foreldre ambivalente når barnet skal gjennomgå elektiv kirurgi for første gang. Foreldre rapporterer om en følelse av lettelse for at barnet får gjennomført behandlingen, men er samtidig bekymret som følge av at det usikre i situasjonen gir dem en følelse av å miste kontroll. Studien viser videre at foreldre trenger informasjon, emosjonell støtte og bør samtidig få lov til å være mest mulig delaktige i barnets behandling for å få en fornemmelse av trygghet

og kontroll. I følge Thomasgaard et al. (2021) vil godt informerte foreldre lettere kunne hjelpe barnet med å håndtere egne følelser og samtidig kunne skape trygghet hos barnet. Foreldres tilstedeværelse og delaktighet blir ansett som en essensiell del av omsorgen for barn som behandles på sykehus. Samtidig kan foreldrenes delaktighet bidra til å redusere barnets angst og gjøre det lettere for barnet å tilpasse seg omgivelsene og behandlingen (Çamur & Karabudak, 2021). Rolige foreldre som er forberedt og informert, har bedre forutsetninger for å kunne berolige og trygge eget barn under innledning av anestesi (Thomasgaard et al., 2021). Çamur og Karabudak (2021) viser samtidig til at det fort kan oppstå forvirring med tanke på hvilken rolle foreldre og helsepersonell har. De påpeker at rolleforvirringen kan oppstå som følge av manglende evne eller vilje til å overgi kontroll til en annen part, men at det også kan assosieres med helsepersonalets kommunikasjons- og mellommenneskelige ferdigheter, holdninger og evne til å formidle informasjon. Foreldre som får være delaktig i omsorgsarbeidet når barnet skal opereres, rapporterer om økt tilfredshet og føler seg mindre engstelig (Çamur & Karabudak, 2021; Mendoza et al., 2021; Sjøbjerg, 2019). Imidlertid opplever de fleste foreldrene det som spesielt sårbart å forlate barnet etter innledning av anestesi, der situasjonen gjerne beskrives som et brytningspunkt som følge av at foreldrene både opplever tap av kontroll og en følelse av hjelpeløshet ved å etterlate barnet til operasjonspersonalet i ukjente omgivelser (Sjøberg et al., 2017). Vi fant relevant forskning som omhandlet betydningen av tilpasset kommunikasjon og informasjon, kunnskap om barns utviklingstrinn, preoperativ angst og stress, foreldres tilstedeværelse og deltakelse. Vi fant lite tilgjengelig forskning som spesifikt handler om operasjonssykepleierens rolle- og funksjon i forbindelse med behandlingen av barn. For å bidra til å belyse dette kunnskapshullet finner vi at vår problemstilling er relevant.

## 2 TEORETISK RAMMEVERK

### 2.1 Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse

En operasjonssykepleier utøver avansert spesialsykepleie med den hensikt å optimalisere operasjonsforløpet til pasienten, samt forbygge potensielle operasjonsrelaterte skader eller komplikasjoner (NSFLOS, 2023). Operasjonssykepleiere har kompetanse som gir myndighet til og ansvar for egen yrkesutøvelse. Vedkommende har et helhetlig ansvar for operasjonssykepleien i avdelinger hvor pasienter med sykdom eller skade gjennomgår planlagte eller akutte kirurgiske inngrep, behandling eller undersøkelser (NSFLOS, 2023).

Ifølge NSFLOS (2023) skal operasjonssykepleieren utøve individuell og profesjonell sykepleie, som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar både kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg skal operasjonssykepleiere bidra til å fremme helse, forbygge sykdom og skader, lindre lidelse samt behandle og utføre rehabiliterende tiltak. Verdigrunnlaget i sykepleien som ytes av operasjonssykepleiere bygger på helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp med respekt for enkeltindividets liv og iboende verdighet.

Ansvars- og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleiere er delt inn i fire kategorier som dekker det terapeutiske-, pedagogiske- og administrative ansvar, samt fagutvikling og forskningsansvar (NSFLOS, 2023). Basert på studiens problemstilling, kommer vi hovedsakelig til å fokusere på operasjonssykepleierens terapeutiske og pedagogiske ansvar. Operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar gjenspeiler det direkte og indirekte pasientrettede arbeidet som blir utført for å ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i forbindelse med det kirurgiske inngrepet. Dette innebærer blant annet å utvise forståelse for pasientens situasjon, iverksette tiltak for å unngå at pasienten ikke blir utsatt for skade og samtidig legge til rette for at det kirurgiske inngrepet blir mest mulig vellykket (Dåvøy et al., 2019; NSFLOS, 2023). Det pedagogiske ansvaret innebærer å ivareta informasjonsbehovet til både pasient og pårørende. Samtidig skal man påse at nødvendig veiledning blir gitt (NSF, 2023; NSFLOS, 2023).

På norske operasjonsstuer, jobber operasjonssykepleierne sammen i et team på to, hvor de deler på rollene sterilt utøvende- og koordinerende operasjonssykepleier på operasjonsstuen (Eide & Dåvøy, 2019). Dette er to selvstendige roller som krever godt samarbeid ettersom de er komplementære og avhengig av hverandre for å fungere optimalt (NSFLOS, 2023). Fra det øyeblikket den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har gjennomført kirurgisk håndvask og kledd seg sterilt, har vedkommende hovedansvar for det sterile feltet med fokus på å skape et funksjonelt arbeidsområde for det sterile kirurgiske team (Eide & Dåvøy, 2019). I tillegg til å bistå med kirurgisk assistanse i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, har den sterile operasjonssykepleieren et ansvar for ivaretagelse og håndtering av de kirurgiske instrumentene (Dåvøy et al., 2019; NSFLOS, 2023). Det er den sterilt utøvende operasjonssykepleier som holder oversikt og videre passer på at ingen instrumenter,



gjenstander eller kompresser blir glemt inne i pasienten (Husebø & Ballangrud, 2021; Rothrock, 2019).

Den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvar for operasjonsstuen og fungerer på mange måter som et bindeledd mellom operasjonsteamet og omverdenen (Husebø & Ballangrud, 2021). I rollen som koordinerende operasjonssykepleier har man blant annet ansvar for å klargjøre operasjonsstuen før pasienten ankommer, pakke ut sterilt utstyr, håndtere medisinsk-teknisk utstyr og forsyne det kirurgiske feltet med nødvendig utstyr. Det er den koordinerende operasjonssykepleieren som tar imot barnet og forelderen i det de ankommer operasjonsstuen og skal blant annet kontrollere at navn og inngrep samsvarer med operasjonsrekvisisjonen. Videre skal operasjonspasienten ivaretas gjennom iverksettelse og overvåkning av ulike tiltak med tanke på å forebygge infeksjon, hypo- eller hypertermi, samt potensielle leiringsskader. Et annet viktig ansvarsområde som tilfaller operasjonssykepleieren i den koordinerende rollen, er å påse at antall personer inne på operasjonsstuen blir begrenset til det som er nødvendig for å gjennomføre kirurgien og ikke for mange (Eide & Dåvøy, 2019; NSFLOS, 2023).

Etikk inngår som en fundamental del av sykepleieryrket, sykepleiere havner ofte i situasjoner hvor det ofte må reflekteres over hvilke valg som gir det beste utfallet i en gitt situasjon. Verdigrunnlaget i all sykepleie er basert på respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie bygger også på barmhjertighet og omsorg, samt respekt for menneskerettighetene. Videre skal sykepleien være kunnskapsbasert, hvilket betyr at det anvendes forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i den kontekst vedkommende befinner seg i (Nortvedt et al., 2021). Sykepleiere påtar seg mange forskjellige roller i utøvelsen av sykepleie, de yrkesetiske retningslinjene har blant annet til hensikt å både definere samt veilede den etiske sykepleiepraksisen og fungerer således som et praktisk rammeverk (NSF, 2023).

Filosofen Tom Beauchamp utviklet i samarbeid med teologen James Childress de fire etiske prinsippene som sykepleierens yrkesetiske retningslinjer bygger på: autonomiprinsippet, ikke-skadeprinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Tveiten et al., 2012). Autonomiprinsippet viser til pasientens rett til selvbestemmelse det innebærer blant annet at

pasienten kan avgjøre hva som er best for seg selv basert på informasjonen vedkommende får angående sin situasjon. Når pasienten er et barn, er det foreldrene som gir informert samtykke på vegne av sitt barn. Barnets rettigheter øker i takt med barnets alder. Fra barnet er 7 år vil det ha rett til å gi uttrykk for egne meninger, og fra det året barnet blir 12 år skal det tas hensyn til deres meninger og ønsker (Tveiten et al., 2012). Etterlevelse av autonomiprinsippet kan derfor være spesielt utfordrende når pasienten er barn ettersom det skal tas hensyn til barnets autonomi, men på samme tid respektere foreldreansvaret som gir foreldrene retten til å ta avgjørelser på vegne av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Ikke-skade- og velgjørenhetsprinsippet handler begge om at helsepersonell skal unngå å forårsake pasienten skade, samtidig som man skal arbeide for å oppnå best mulig utfall for både barnet og deres foreldre. Rettferdighetsprinsippet innebærer at behandling og omsorg som gis pasientene, skal være lik i den grad det er mulig (Tveiten et al., 2012). Barnets rettigheter på sykehus sikres gjennom lovverket. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) fastsetter disse rettighetene, mens Helsepersonelloven (2001) pålegger helsepersonell deres plikter. Dette skaper en gjensidig forpliktelse der rettighetene og pliktene svarer til hverandre. Helsepersonelloven §4 setter krav til operasjonssykepleieres yrkesutøvelse, der arbeidet som utføres må samsvare med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2001).

## **2.2 Teamarbeid på operasjonsstuen**

Operasjonssykepleiere samarbeider tverrfaglig med andre medlemmer i operasjonsteamet for å sikre best mulig pleie og pasientbehandling. Et team kan defineres som «en gruppe på to eller flere personer som samhandler på en dynamisk måte og er avhengig av hverandre i arbeidet mot et felles mål der alle deltakerne har spesifikke roller eller funksjoner og har en tidsbegrenset deltakelse» (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 24). Et operasjonsteam er satt sammen av flere profesjoner og består av kun av det antall medlemmer som er nødvendig. Et vanlig operasjonsteam består av kirurger, assistenter, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og anestesilege; der de forskjellige teammedlemmene har sine egne spesialiserte ferdigheter og ekspertise (Husebø & Ballangrud, 2021). Operasjonsteamet arbeider sammen i et høyteknologisk miljø som ofte er preget av tidspress, stress og høy intensitet. Teamsammensetningen kan være raskt skiftende og variere fra dag til dag. Teamets prestasjon avhenger av de individuelle faktorene til teammedlemmene, men også

miljømessige og teknologiske faktorer (Husebø & Ballangrud, 2021). Det er kjent at god kommunikasjon innad i teamet er av stor betydning for godt teamarbeid. Respekt og likeverd mellom de ulike teammedlemmene, er to nøkkelementer som medvirker til å skape en god tone og konstruktiv kommunikasjon i teamet (Kaldråstøyl et al., 2022). I tillegg blir personlige egenskaper, trygghet i yrkesrollen og ikke-tekniske ferdigheter trukket frem som viktige faktorer for god dynamikk i operasjonsteamet (Husebø & Ballangrud, 2021).

### 2.3 Ikke-tekniske ferdigheter

Ikke-tekniske ferdigheter refererer til en persons kognitive og sosiale ferdigheter som kombinert med tekniske ferdigheter medvirker til at oppgaver blir utført på en sikker og effektiv måte (Flin et al., 2008). Kognitive ferdigheter viser til intrapersonlige egenskaper som for eksempel situasjonsbevissthet og beslutningstaking, mens sosiale ferdigheter primært handler om kommunikasjon og teamarbeid (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Medlemmene i operasjonsteamet har ulike kliniske spesialiteter, som følge av dette kan de derfor ha forskjellig situasjonsforståelse (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). For å ivareta pasientsikkerhet og godt teamarbeid, finnes det instrument for å vurdere de ikke-tekniske ferdighetene til medlemmene i operasjonsteamet. For anestesilegene heter det ANTS, anestesisykepleierne har NANTS, kirurgene har NOTSS og for operasjonssykepleierne heter det SPLINTS. Felles for instrumentene er at de er basert på Crew Resource Management (CRM). CRM har sitt utspring fra luftfart og handler om «å bruke alle tilgjengelige ressurser – informasjon, utstyr og mennesker for å oppnå en trygg og effektiv flyoperasjon» (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 47).

SPLINTS er en forkortelse for *Scrub Practitioners' List and Intraoperative Non-Technical Skills*, og brukes for å optimalisere samhandlingskompetansen ved å identifisere god eller uhensiktsmessig atferd hos koordinerende- og sterilt utøvende operasjonssykepleier. SPLINTS som instrument gir en strukturert tilnærming i arbeidet med å observere, evaluere og forbedre de ikke-tekniske ferdighetene gjennom egevaluering, veiledning, simulering og i kliniske situasjoner (Mykkeltveit & Bentsen, 2020; Sirevåg et al., 2021). Studier utført av (Sirevåg et al., 2021) viser at de ikke-tekniske ferdighetene til den koordinerende operasjonssykepleieren er mer komplekse og autonome, sammenlignet med den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Deres studier har medvirket til å verbalisere den tause

kunnskapen og ferdighetene hos operasjonssykepleiere som tidligere har vært ansett som implisitte (Sirevåg et al., 2021; Sirevåg et al., 2023).

## **2.4 Generelt om operasjonspasienten**

Operasjonssykepleiere skal i sin yrkesutøvelse ivareta pasientens verdighet og integritet, medbestemmelsesrett og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2023). Operasjonspasienter kan imidlertid føle at deres medbestemmelsesrett blir innskrenket i det som gjerne oppleves som en kaotisk og ukontrollerbar situasjon, men ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal det tas hensyn til pasientens rett til medvirkning og mulighet for selvbestemmelse. Operasjonssykepleiere skal yte omsorgsfull sykepleie og samtidig forsøke å dempe den kirurgiske stressresponsen ved å imøtekomme eller i størst mulig grad ta hensyn til pasientens ønsker (Schjøtler & Delmar, 2016). Dette innebærer at operasjonssykepleiere må tilpasse kommunikasjon og informasjon til den enkelte pasient for å blant annet imøtekomme deres medbestemmelsesrett (Eide & Dåvøy, 2019; NSFLOS, 2023).

Barnets selv- og medbestemmelsesrett handler om å inkludere barnet i beslutningsprosesser som angår barnet. Utgangspunktet er at barn likestilles med voksne i den forstand at de er selvstendige rettssubjekter (Søvig, 2010). I tillegg kan barnets evne til selvbestemmelse bli begrenset som følge av at de enten ikke er kapable til å gi uttrykk for egne beslutninger, eller juridisk da norsk lovgivning ikke tillegger barns utsagn full rettsvirkning. Etter hvert som barnet blir eldre og mer modent, vil også retten til selvbestemmelse øke på grunnlag av at barnet evner å forstå konsekvensene av egne valg (Søvig, 2010). Barn har rett til å uttale seg og helsepersonell har et ansvar for å ivareta denne rettigheten. Samtidig må helsepersonell forholde seg til barnets foreldre, som også har rettigheter overfor sitt barn frem til en viss alder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Pasienter har selv rett til å forta selvstendige valg hva angår egen behandling. Videre har de rett på informasjon vedrørende egen situasjon, samt rett til å bestemme hva som er best for seg. Dette er et valg som skal tas frivillig og uten ytre press (Tveiten et al., 2012).

Operasjonssykepleiere og andre medlemmer i operasjonsteamet utfører oppgaver i den preoperative fasen som kan være ubehagelige for barnet og samtidig virke skremmende. Helsepersonalets fremtreden og måte å kommunisere med barnet på, kan derfor ha mye å si

for det videre samarbeidet og relasjonsutviklingen mellom partene. Barn er meget oppmerksomme på både toneleie og nonverbal kommunikasjon. Språket man bruker og ordene man velger i møte med barnet og deres foreldre, kan påvirke deres opplevelse av trygghet i en preoperativ setting (Perry et al., 2015). Barn kan fort bestemme seg for om helsepersonell er «snille» eller «slemme» basert på vedkommende atferd. Helsepersonell som er vennlige, interesserte og gir av seg selv, men som også setter seg ned på samme nivå som barnet og får øyekontakt dem, har ifølge Grønseth og Markestad (2011) større sjans for å utvikle et tillitsforhold til barnet. Allikevel er det viktig at helsepersonalet holder seg litt på avstand i begynnelsen; dette fordi ukjente voksne kan oppleves som truende når barnet befinner seg i en ny og ukjent situasjon. Grad av usikkerhet, ubehag og stress hos barnet og foreldrene har stor sammenheng med de preoperative forberedelsene i forkant av det kirurgiske inngrepet. Informasjon gitt til barn preoperativt må være alderstilpasset og ta hensyn til barnets modenhet og tilstand ettersom det medvirker til at barnet kan utvikle mestringsstrategier og gi dem en opplevelse av kontroll (Sjöberg et al., 2017). Barn trenger å bli møtt med anerkjennelse og respekt, i tillegg er det viktig å la barnet få utløp for følelser som sinne, frykt eller sorg. I noen tilfeller kan barnet trenge hjelp til å sette ord på følelsene sine og da er det viktig at sykepleieren utviser både forståelse og toleranse for barnets følelsesmessige reaksjoner (Tveiten et al., 2012).

## **2.5 Samhandling med foreldre**

I tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §6-2, har barn «rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholde i helseinstitusjon». I forbindelse med kirurgiske inngrep, er det vanlig praksis ved det utvalgte sykehuset at en av barnets foreldre er til stede når barnet blir lagt i narkose. Når barnet sover, blir forelderen fulgt ut til angitt venteområde. Ved det utvalgte sykehuset er det den koordinerende operasjonssykepleieren som følger forelderen ut. Når barnet er ferdig operert og videre overført til oppvåkningsavdelingen, blir forelderen tilbakekalt så fort det er anledning for dette (Grønseth & Markestad, 2011).

Mange foreldre får en følelse av å miste kontroll over situasjonen idet de blir fulgt ut og barnet blir værende igjen på operasjonsstuen, i tillegg opplever mange en emosjonell reaksjon i form av engstelse eller uro (Andersson et al., 2012; Sjöberg et al., 2017). Ettersom

operasjonssykepleieren først møter barnet og forelderen når de ankommer operasjonsstuen, blir det lite tid for å utvise omsorg, skape tillit og vise faglig trygghet overfor barnet og deres foreldre. Til tross for dette, kan møtet med operasjonssykepleieren ha betydelig innvirkning på opplevelsen av trygghet og omsorg for både barnet og foreldrene (Andersson et al., 2012). I møte med barn og deres foreldre, bør operasjonssykepleiere ha grunnleggende kunnskaper om barns utviklingsmessige særtrekk og samtidig utvise god situasjonsforståelse (NSFLOS, 2023; Sjøbjerg, 2019). Å være oppmerksom på detaljene, som for eksempel ved å bruke barnets navn eller gi anerkjennelse og en støttende hånd, kan utgjøre en stor forskjell for barnet og deres foreldre (Andersson et al., 2012; Schibbye & Løvlie, 2018).

### 3 METODE

Dette kapitlet inneholder en presentasjon og redegjørelse for metodisk tilnærming og overveielser i studien. Vi vil også presentere kontekst, samt utvalg, innsamling av data og dataanalyse. Deretter følger en presentasjon av studiens troverdighet, forskningsetiske vurderinger og avsluttes med en metodekritikk.

#### 3.1 Metodisk tilnærming og overveielser

Innenfor forskning finnes det ulike tilnærminger for å utforske og forstå fenomener. Én slik tilnærming er den kvalitative metoden, som fokuserer på å beskrive, analysere og tolke egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som studeres (Malterud, 2017). Denne tilnærmingen går dypt inn i forståelsen av fenomenet og søker ikke bare å kvantifisere data, men også å forstå dets kontekst, kompleksitet og subjektive opplevelser. Den kvalitative forskningen har en induktiv tilnærming som tar sikte på å samle inn kunnskap gjennom å nærmere studere menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al., 2021).

På bakgrunn av denne studiens problemstilling ble det naturlig for oss å gjennomføre en kvalitativ studie hvor datamateriale ble samlet inn gjennom individuelle intervju med operasjonssykepleiere hvor vi benyttet en semistrukturert intervjuguide. I følge Thagaard (2018) vil individuelle intervju lettere tillate at informantene deler egne erfaringer omkring tematikken og samtidig gjøre det enklere å forstå helheten av informantenes opplevelser. Vi fokuserte på å skape samtaler som var rike på informasjon, der informantene hadde mulighet

til å uttrykke seg detaljert og bruke egne ord til å beskrive sine opplevelser. Dermed var graden av innsikt avhengig av hvor mye informantene var villige til å dele med oss (Polit & Beck, 2021). Vi hadde allerede på forhånd diskutert og evaluert bruk av fokusgruppeintervju, men valgte å avstå fra dette på grunn av organisatoriske utfordringer for operasjonsavdelingen med tanke på bemanning.

### *Forforståelse*

Både Malterud (2017) og Christoffersen et al. (2020) sammenligner vår forforståelse med en ryggsekk som rommer alle våre sosiale, kulturelle, samt faglige opplevelser og erfaringer. Ryggsekken er noe vi alltid bærer med oss, og innholdet vil derfor være med å påvirke hvordan vi oppfatter virkeligheten og nye omgivelser. I forskningssammenheng, vil forforståelsen potensielt kunne påvirke hvordan vi utøver vår rolle som forskere med tanke på hvordan vi møter verden og videre bruker våre kunnskaper og oppfatninger til å tolke våre omgivelser. Begge forfatterne av studien er mødre til små barn, i tillegg er vår forforståelse preget av egen yrkeserfaring som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med masterstudiet i operasjonssykepleie, har vi vært i praksis på både sentraloperasjon og dagkirurgisk enhet tilknyttet det aktuelle helseforetaket som er inkludert i denne studien. Det er spesielt gjennom praksis at vi har opplevd hvor utfordrende det kan være å ivareta barn og deres foreldre. Vi har erfart at det å oppnå en relasjon og et godt samarbeid med barnet, kan være både ressurs- og tidkrevende. Videre har vi begge opplevd hvor viktig det er å skape en god atmosfære på operasjonsstuen; en atmosfære som representerer trygghet og godt samarbeid som bygger på god situasjonsforståelse hos medlemmene i teamet. I denne sammenheng blir vi forskere på egen arbeidsplass, noe som kan påvirke hva vi velger å observere, hvordan vi samler inn datamateriale og videre hvordan vi tolker og vektlegger det innsamlede datamaterialet (Christoffersen et al., 2020; Malterud, 2017).

På bakgrunn av det overnevnte, har vi forsøkt å legge vår egen forforståelse til side og vært bevisste på at vår forforståelse kan prege studien. Eksempelvis blir denne studien utført av to forskere, der vi har jobbet sammen og hver for oss. Vi har også hatt to veiledere og gjennomført masterseminar hvor vi har fått tilbakemeldinger fra henholdsvis andre veiledere og medstudenter. Dette er faktorer som har medvirket til at vi gjennom denne studien har hatt et bevisst forhold til egen forforståelse og bidrar til å styrke studiens troverdighet.



### 3.2 Kontekst

Studien ble gjennomført på et universitetssykehus hvor det daglig blir gjennomført elektiv kirurgi på barn. Erfaringsgrunnlaget til informantene våre var primært innen dagkirurgi. I forkant av det kirurgiske inngrepet skal foreldrene ha mottatt både muntlig og skriftlig informasjon om selve inngrepet, preoperative forberedelser, samt den postoperative fasen inklusive mulige komplikasjoner. Vanlig praksis ved sykehuset i vår studie er at barnet får ha med seg én forelder som ledsager. På operasjonsdagen møter barnet og forelderen opp på den dagkirurgiske enheten, hvor de blir tatt imot av helsepersonell og får en samtale med kirurg. Før de ankommer operasjonsstuen, får barnet lagt inn en veneflon og blir eventuelt gitt nødvendig premedikasjon. Inne på operasjonsstuen vil barnet og forelderen møte koordinerende- og sterilt utøvende operasjonssykepleier. Oftest vil kirurgen komme inn etter at barnet er lagt i narkose. Helsepersonell som jobber operasjonsavdelingen er ikledd grønn uniform, bruker operasjonslue/-hette og har på seg munnbind. Inne på operasjonsstuen finnes det mange nye inntrykk og stimuli som må bearbeides for både barnet og forelderen; for det første er det mye medisinsk-teknisk utstyr og selve operasjonsbordet midt i rommet, i tillegg er det mye lys, lukter og lyder som kan virke skremmende. Barnet kan selv få velge om han/hun ønsker å ligge på operasjonsbordet eller sitte på fanget til forelderen mens anestesipersonalet administrerer medikamenter. Koordinerende operasjonssykepleier følger forelderen ut av operasjonsstuen etter at barnet har fått narkose. På sykehuset inkludert i vår studie finnes det ikke et egnet venterom for foreldrene. De må enten sitte på noen stoler i gangen, eller gå til et annet oppholdssted frem til de får beskjed om at barnet er overflyttet til oppvåkningsavdelingen. Når barnet er ferdig operert, blir det flyttet til oppvåkningsavdelingen av anesthesi- og operasjonssykepleier som deretter gir muntlig rapport til overtakende sykepleier. Her blir barnet videre overvåket av sykepleier og foreldrene tilkalles når situasjonen tilsier det.

### 3.3 Utvalg

Vi gjennomførte et strategisk utvalg for å finne informanter til vår studie. Med strategisk utvalg menes at informantene ble utvalgt på grunnlag av spesifikke kriterier som ble vurdert til å være av betydning for å besvare studiens problemstilling (Malterud, 2017). Våre inklusjonskriterier var operasjonssykepleiere som hadde arbeidserfaring med barn og deres foreldre, de måtte være ansatt på en dagkirurgisk enhet tilknyttet et sykehus og ha erfaring

med gjennomføring av kirurgisk behandling på barn under 18 år. I arbeidet med å rekruttere informanter til studien, fikk vi hjelp av avdelingssjef for dagkirurgisk enhet som satte oss i kontakt med både avdelingsledere og fagsykepleiere tilknyttet to forskjellige avdelinger ved sykehuset (vedlegg 3).

### *Informasjonskraft*

Konseptet *informasjonskraft* blir av Malterud et al. (2016) foreslått som en god veileder i prosessen med å avgjøre om utvalget i en kvalitativ studie er tilstrekkelig. Jo mer informasjon som er tilgjengelig i de innsamlede dataene, desto mindre deltakere er nødvendig å inkludere i studien. Informasjonskraft er avhengig av følgende fem faktorer: formålet med studien, utvalgets spesifisitet, bruk av etablert teori, dialogens kvalitet og analysestrategi (Malterud et al., 2016).

Vår studie inneholdt syv individuelle intervju med operasjonssykepleiere, alle tilknyttet en dagkirurgisk enhet ved et norsk universitetssykehus. Ifølge Malterud et al. (2016) er det informasjonskraften i utvalget som bestemmer hvor mange deltakere man trenger for å belyse en gitt problemstilling. Studien handlet om hva operasjonssykepleiere opplevde som viktig i møte med barn og deres foreldre i forbindelse med elektiv kirurgi, der problemstillingen både var konkret og spesifikk. Operasjonssykepleierne som deltok i studien vår hadde varierende grad av ansiennitet og yrkeserfaring. Dette medvirket til å øke utvalgets spesifisitet til tross for et lavere deltakerantall (Malterud et al., 2016). Vi opplevde også at varigheten på intervjuene ble noe kortere enn først antatt, men vi fikk imidlertid et rikt datamateriale på bakgrunn av at informantene ga konkrete og detaljerte besvarelser. Informasjonskraften var tydelig til stede i vår forskning, da vår fokuserte tilnærming til innsamling av data resulterte i en dyp forståelse av det utforskede fenomenet.

### **3.4 Innsamling av data**

Etter at studiens problemstilling var formulert, begynte vi arbeidet med å utforme en intervjuguide. En intervjuguide fungerer som en slags huskeliste som bidrar til å gi intervjuene en viss struktur samt en oversikt over hvilke tema man ønsker å snakke om og hvilke spørsmål man ønsker å få besvart (Christoffersen et al., 2020; Malterud, 2017). Intervjuguiden bestod av totalt 9 spørsmål (vedlegg 5) med tilhørende oppfølgingsspørsmål og ble utarbeidet i

samarbeid med våre veiledere. Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 5) ble utformet med tanke på å få informantene til å dele sine erfaringer og refleksjoner omkring temaet ivaretagelse av barn og foreldre. For at informantene skulle få anledning til å snakke fritt og samtidig gi detaljerte svar, inneholdt intervjuguiden enkle og åpne spørsmål som for eksempel «kan du beskrive» og «kan du fortelle». Avhengig av hvor detaljerte og utfyllende svar informantene ga, hadde vi også utarbeidet oppfølgingsspørsmål for å potensielt innhente mer datamateriale – med følgende ordlyd: «Kan du utdype dette?».

På bakgrunn av vårt ønske om å nærmere utforske erfaringer, følelser, oppfatninger og refleksjoner blant operasjonssykepleiere som har ivare tatt barn og foreldre i forbindelse med kirurgi, oppfattet vi individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide til å være den mest hensiktsmessige datainnsamlingsmetoden. Dermed ble den samme intervjuguiden brukt som utgangspunkt i alle intervjuene (Christoffersen et al., 2020) og de samme spørsmålene ble stilt til alle informantene. Vi gikk nøye gjennom intervjuguiden sammen med våre veiledere og gjennomførte i tillegg et pilotintervju for å identifisere potensielle utfordringer med guiden, samt for å teste spørsmålsformuleringene og vår egen tilnærming. Dette intervjuet ble vurdert som såpass relevant at det ikke var nødvendig å gjøre noen endringer, og vi valgte derfor å inkludere datamaterialet fra pilotintervjuet i studien som følge av at informanten gav såpass detaljerte og utfyllende svar. Å gjøre kritiske vurderinger i løpet av intervjuene og tilpasse spørsmålene vil ifølge Malterud (2017) styrke gyldigheten og sikre best mulige data.

Ettersom alle intervju ble gjennomført i informantenes arbeidstid og på deres arbeidsplass utarbeidet ledelsen er forslag som inneholdt navn, dato og klokkeslett for gjennomføring av intervjuene. Det var satt av ca. 30 minutt til hvert intervju. Dette var spesielt med tanke på at avdelingen kunne skaffe avløser for informantene, slik at de kunne forlate operasjonsstuen samtidig som avdelingen kunne opprettholde normal drift og gjennomføring av operasjonsprogrammet. Intervjuene ble avholdt på et kontor tilknyttet den aktuelle dagkirurgiske enhet. Kontoret var plassert i en rolig del av avdelingen, på avstand fra operasjonsstuene. For å unngå forstyrrelser under intervjuet, hang det et skilt med teksten «opptatt» på døren. For å skape en innbydende og avslappet atmosfære hadde vi medbrakt kaffe og litt smågodt til informantene. Vi opplevde at alle informantene var komfortable i

situasjonen og at de var villige til å dele sine erfaringer og opplevelser med oss. Et informasjonsskriv (vedlegg 4) ble utarbeidet og utlevert til informantene av fagsykepleier i forkant av intervjuet. På denne måten hadde alle informantene fått mulighet til å lese igjennom skrevet. Hvert intervju ble innledet med kort informasjon om studiens hensikt og formål, samtidig ble det informert om taushetsplikt, oppbevaring av datamateriale samt bruk av lydopptaker. Alle informantene gav sitt signerte samtykke til å delta i studien. Begge forfatterne var til stede under intervjuene. Det kan være krevende å gjennomføre flere intervju på rad, av den grunn vekslet vi på rollene som intervjuer og observatør (Polit & Beck, 2021). Alle intervju ble tatt opp på lydopptaker app (Nettskjema) og oppbevart i henhold til universitetets og sykehusets retningslinjer.

Datamateriale fra intervjuene ble transkribert fra tale- til tekstspråk. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det ikke nødvendig å inkludere for eksempel pauser og lyder i transkriberingen på grunnlag av at det er meningsanalysen som er fokuset. Det viktigste vil være å overføre informantens muntlige uttalelser til skriftspråk. For å optimalisere og sikre at kvaliteten på lydopptakene var brukbare, hadde vi på forhånd utført lydtester for å unngå utfordringer tilknyttet dårlig lyd og annen støy. Lydopptakene ble automatisk transkribert gjennom den UiO-utviklede tjenesten Autotekst i Nettskjema (UiO, 2017). Grunnet enkelte utfordringer i forbindelse med korrekt og ordrett transkripsjon ved bruk av Autotekst, måtte vi både lytte og transkribere manuelt for å påse at korrekt overførsel av tale til lydskrift. Informantene ble aidentifisert og tildelt en tallkode. Vi valgte å transkribere alle intervju på bokmål for å anonymisere informantene med hensyn til avslørende faktorer som dialekt og språk. Alle intervju ble transkribert i løpet av kort tid etter at intervjuene ble avsluttet.

### **3.5 Analyse**

I prosessen med å analysere det innsamlede datamaterialet, har vi gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Vi har hatt en induktiv tilnærming for å innhente ny kunnskap og skaffe en bedre forståelse for operasjonssykepleiernes erfaringer. En induktiv tilnærming innebærer en åpen og systematisk utforskning av et tema gjennom datasamling og analysering. Denne tilnærmingen gjør det mulig for teorier eller forståelser å vokse og utvikle seg naturlig basert på oppdagelser og mønstre i dataene, og gir samtidig forskeren mulighet til å skape ny innsikt (Graneheim et

al., 2017; Kvale & Brinkmann, 2015). Tabell 1 viser de ulike fasene som inngår i den kvalitative innholdsanalysen (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020).

*Tabell 1: Analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004)*

<b>Trinn 1</b>	Repeterende gjennomgang av lydfiler og transkribert materiale for å få et overblikk.
<b>Trinn 2</b>	Tekstmaterialet ble grovt delt inn i innholds områder for å lettere systematisere materialet.
<b>Trinn 3</b>	Identifisering av meningsenheter.
<b>Trinn 4</b>	Kondensering av meningsenheter uten å endre meningsinnhold.
<b>Trinn 5</b>	Abstrahering av innholdet i de kondenserte enhetene og tildeling av kode.
<b>Trinn 6</b>	Utvikling av kategorier, subkategorier og tema på et manifest nivå

Etter at alle intervjuene var transkribert, satt vi igjen med en fyldig analyseenhet på nærmere 11.000 ord. Begge forfatterne leste grundig gjennom tekstmaterialet hver for seg, med den hensikt å få et helhetlig bilde av datamaterialet og samtidig muligheten til å kontrollere at viktig informasjon ikke ble utelatt for å sikre studiens troverdighet. Deretter markerte vi forskjellige domener i teksten, altså de delene av teksten som omhandler et konkret tema (Graneheim & Lundman, 2004). Videre startet prosessen med å dekontekstualisere dataene ved å identifisere meningsenheter. En meningsenhet er en del av teksten der innholdet og konteksten knytter sammen forskjellige aspekter, slike enheter kan bestå av ord, setninger eller avsnitt (Graneheim & Lundman, 2004).

I neste fase av analysen kondenserte vi teksten. Det vil si at meningsenhetene ble gjort om til mindre tekst med samme innhold (Lindgren et al., 2020). Når teksten blir kondensert, skal det være minimalt med tolking og abstrahering av tekstmaterialet. Tolkning kan sies å starte i forbindelse med selve intervjuet og i transkriberingsfasen (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Et eksempel på dette kan være i tilfeller der intervjuobjektet forteller om å utvise omsorg, hvor det med utgangspunkt i konteksten blir usikkert om det er pasienten, pårørende eller begge som er mottaker av omsorgen. Likevel opplevde vi at bruk av automatisk transkripsjon samt forløpende manuell gjennomgang av tekstene førte til at

tolkningen ble holdt til et absolutt minimum. I tabell 2 vises eksempler fra kondensering av meningsenheter, inklusive tilhørende koder.

Tabell 2: Meningsenhet, kondensert meningsenhet og koder

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Det er når de kommer inn så, på en måte kjenner du litt etter: <i>skal jeg bare holde meg i bakgrunnen?</i> Hvis de er veldig redde så er det kanskje best å ikke blande seg inn for mye, at det blir veldig mange som kommer opp i ansiktet på de. Så er det noen som prater veldig og er veldig sånn kontaktsøkende. Så du må se an situasjonen litt (2).	Hvis de er veldig redde, er det kanskje best å ikke blande seg inn for mye. Noen søker mye kontakt, så jeg tilpasser meg situasjonen.	«Jeg tilpasser meg situasjonen»
Ja, jeg tenker anestesien får et forsprang på de 4 minuttene på vei inn, men når de først er kommet inn, så er vi like tilgjengelige når pasienten skal legges oppå og når det skal tas av genser eller sånn – da er det et samspill. Det synes jeg er kjempeviktig, at vi er med i sjargongen til anestesien. At vi finner en måte som de allerede har, ja, funnet ut at er en grei måte å behandle ungen på. Jeg synes vi er med i den prosessen (3).	Anestesien får et forsprang de første minuttene, men når vi er inne, er vi like tilgjengelige. Det er viktig å være en del av samspillet når pasienten klargjøres.	«Det er viktig å være en del av samspillet når pasienten klargjøres»

I følge Lindgren et al. (2020) anbefales det å beholde teksten så komplett som mulig frem til den er kodet. Det er først etter denne kodingsprosessen at man bør ta stilling til hvilke koder som ikke passer inn i en spesifikk kategori eller tema. Koder som hverken samsvarer med studiens hensikt eller medvirker til å besvare problemstillingen er da å betrakte som irrelevante og kan derfor ekskluderes. Det blir derfor viktig å gi en grundig begrunnelse og samtidig informere leseren om tekster som blir utelatt fra analysen ettersom dette styrker studiens troverdighet. Selve utledningen av kodene ble gjort i en prosess hvor forfatterne gjennomgikk de kondenserte meningsenhetene hver for seg og deretter definerte disse «merkelappene». Dette var en gjentakende prosess som medførte at vi ofte måtte tilbake å justere på kodene, men uten at meningene som kodene skulle representere forsvant. Vi opplevde underveis at det å bevege seg mellom helheten og spesifikke deler av teksten ble en naturlig del av analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107).

Etter koding, gikk vi videre med å identifisere subkategorier. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) skal kategoriene, herunder subkategorier svare på spørsmålet «hva?». Dette er en omfattende prosess der hensikten er å finne subkategorier av koder som har lignende innhold og mening. For å få et mer oversiktlig bilde av kodene, ble de visualisert på en digital tavle. Vi forsøkte å lage passende grupper for de kodene vi allerede hadde utledet. På den måten endte vi til slutt opp med tolv grupper som til sammen utgjorde subkategoriene våre. Etter å ha identifisert subkategoriene ble det mer tydelig å se at de dannet et mønster som senere resulterte i dannelsen av fire relevante kategorier. Tabell 3 viser en skjematisk oversikt over innholdsanalysen og inndelingen av subkategori, kategori og hovedkategori.

Tabell 3: Innholdsanalyse

Subkategori	Kategori	Hovedkategori
Kjenne sin rolle i teamet	Bidra til godt teamarbeid gjennom kommunikasjon, samspill og rolleforståelse.	Skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid.
Å være forberedt og ha en plan		
Samspill i teamet		
Å tilpasse seg situasjonen		
Tidligere opplevelser		
Aldersrelevante forskjeller		
Barnets oppfatning og reaksjoner	Ta hensyn til faktorer som kan påvirke barnets reaksjoner	
Viktigheten av å ivareta foreldre		
Foreldrenes rolle		
Å formidle trygghet	Trygge barnepasienten gjennom ivaretagelse av foreldre	Fremme trygghet hos barnet og foreldre
Relasjonsbygging		
Minimere overveldende inntrykk		
	Legge til rette for mellommenneskelig relasjon	

### 3.6 Troverdighet

Ifølge Malterud (2017) bør man i all forskning reflektere over hvorvidt den valgte forskningsmetoden er hensiktsmessig og logisk for å innhente data som belyser studiens problemstilling. Dersom dette ikke er tilfellet, kan man heller ikke forvente at resultatene vil være tilstrekkelige for å gi gyldige svar. Graneheim og Lundman (2004) nevner kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet som medvirkende faktorer i oppnåelsen av troverdighet i



kvalitativ forskning. Troverdighet omhandler alle aspekter ved den forskningen som er utført, fra utforming av problemstilling til analysing av datamateriale. I følge Nortvedt et al. (2021) skal det være mulig for leseren «å følge forskerens fotspor». Som en del av å sikre troverdighet og samtidig kvalitetssikre studien vår, har vi støttet oss til sjekklisten COREQ (vedlegg 7).

Kredibilitet handler i stor grad om hvorvidt den valgte forskningsmetoden er hensiktsmessig med tanke på studiens fokusområde, men tar også for seg hvor godt datamaterialet og analysen samsvarer med studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004). Til vår studie hadde vi rekruttert et representativt utvalg med variert arbeidserfaring, informantene kunne gi utfyllende informasjon som besvarte vår problemstilling. Vi var gjennom hele prosessen oppmerksomme på vår egen forforståelse for tematikken. I arbeidet med å danne meningsenheter, hadde vi fokus på å lage konkrete og presise enheter med direkte sitat fra informantene. I innholdsanalysen belyste vi prosessen med kondensering, abstrahering og kategorisering av datamaterialet. Resultat fra innholdsanalysen ble presentert i tabell 3.

Studiens pålitelighet handler om i hvilken grad dataene blir endret over tid, spesielt med tanke på endringer som kan ha skjedd som følge av forskerens tolkning i forbindelse med analyseprosessen. Når det er snakk om omfattende data og en datasamling som foregår over tid, kan det oppstå manglende sammenheng i materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi gjennomførte alle våre intervju over en kort tidsperiode; alle informantene ble stilt samme spørsmål og det ble brukt den samme semistrukturerte intervjuguiden. I tillegg transkriberte vi intervjuene kort tid etter å ha avsluttet datainnsamlingen. Innholdsanalysen ble gjennomført noen uker etter intervjuene. Gjennom studien har vi vært to forfattere som har vurdert alle steg i de ulike prosessene, noe som medvirker til å opprettholde et objektivt og nøytralt fokus. I tillegg har vi delt den pågående forskningen med medstudenter gjennom masterseminar og fellesveiledning. Til slutt har vi gjennom hele forløpet benyttet oss av veiledning fra våre veiledere tilknyttet universitetet, som med sin kliniske og akademiske bakgrunn – både har stilt nyttige kritiske spørsmål underveis sammen med aktiv veiledning og kommet med forslag som vi har tatt med oss videre i utformingen av studien.

Troverdighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet, som handler om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre situasjoner eller grupper (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi har avdekket at det finnes et kunnskapshull når det kommer til tilgjengelig forskningsmateriale som omhandler operasjonssykepleieres erfaringer med ivaretagelse av barn og foreldre til elektiv kirurgi, av den grunn opplever vi at studiens resultat er overførbare til andre operasjonsavdelinger hvor det forekommer kirurgi på barn. Som forfattere kan vi gi forslag om overførbare, men det er opp til leseren av studien å foreta en selvstendig avgjørelse om hvorvidt resultatene er overførbare (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens resultater blir, sammen med sitater fra informantene, presentert på en ryddig, detaljert og oversiktlig måte. Noe som gjør det mulig for leseren å selv evaluere både nytteverdi og overførbare til andre kontekster.

### **3.7 Forskningsetiske vurderinger**

I 1964 utformet Verdens legeforening Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen er per dags dato den mest sentrale profesjonsnorm for helsefaglig forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Helsinkideklarasjonen fungerer som en etisk grunnlov og er veiledende for alle som utfører forskning som omfatter mennesker (World Medical Association, 2013). Vi har satt oss nøye inn i forskningsetiske lover, regler og regelverk for å påse at vår kvalitative studie følger anerkjente forskningsetiske normer som anbefalt av UiS (2021a). Studien har tatt hensyn til prinsippene og føringene som legges til grunn av de generelle forskningsetiske retningslinjer (2014) for hvordan helsefaglig forskning skal utføres med hensyn til etisk forsvarlighet samt overordnede lover og regler. Vår studie ble gjennomført i Norge og derfor regulert av både Helseforskningsloven (2009) og Forskningsetikkloven (2017).

I vår studie har vi innhentet datamateriale fra helsepersonell som omhandler deres erfaringer. Dette regnes ikke som helseopplysninger og av den grunn var det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Som følge av at vi samlet inn og behandlet personvernopplysninger, var studien meldepliktig i henhold til personopplysningsloven (2018). Vårt prosjekt ble derfor meldt inn til NSD Sikt samt personvernombudet ved det aktuelle sykehuset og senere godkjent (*Vedlegg 1* og *Vedlegg 2*). Vi hadde også behov for godkjenning fra avdelingsledelse, herunder avdelingssjef på den aktuelle dagkirurgiske enheten (*Vedlegg 3*).

Informantene i studien har deltatt på bakgrunn av frivillighet og har alle avgitt sitt informerte samtykke. Samtykke ble innhentet ved bruk av samtykkeskjema utarbeidet basert på mal fra NSD Sikt (*Vedlegg 1*). Fagsykepleier ved den dagkirurgiske enheten delte ut informasjonsskriv med vedlagt samtykkeskjema, i tillegg fikk informantene muntlig informasjon av studiens forfattere vedrørende studiens hensikt, samtykke, frivillighet og oppbevaring av datamateriale. Alle informantene ble avidentifisert i samsvar med forskningsetiske retningslinjer ved at vi opprettet koder på deltakerne. I arbeidet med å innhente lydopptak og transkribering fra intervjuene brukte vi tjenesten Nettskjema (UiO, 2017; UiS, 2021b) som anbefalt fra UiS. Både lydopptak og automatisk transkribert tekst ble øyeblikkelig kryptert og passord beskyttet. Datamaterialet var kun tilgjengelig for forfatterne via nettleser og bruk av brukernavn og passord. Datamateriale samt signerte samtykkeskjema ble lastet opp i krypteringsprogrammet VeraCrypt og senere makulert ved studiens slutt.

Vi sendte en e-post til overnevnte ledere og fagsykepleiere som inneholdt informasjon om studiens formål og hensikt. Vedlagt i e-posten var informasjonsskriv og samtykkeerklæring (*Vedlegg 4*) som ble distribuert til aktuelle informanter. I arbeidet med å rekruttere informanter, fikk vi bistand av fagsykepleier som presenterte oss med en liste over aktuelle kandidater. Til slutt bestod utvalget av syv kvinnelige operasjonssykepleiere med varierende erfaringsgrunnlag, alle ansatt på samme avdeling.

### **3.8 Metodekritikk**

#### *Metode og design*

En kvalitativ forskningsmetode tar sikte på å beskrive eller bedre forståelsen for ett eller flere fenomen eller sammenhenger (Nortvedt et al., 2021). På bakgrunn av at vi ønsket å forske på operasjonssykepleieres erfaringer, var det derfor nærliggende å velge en kvalitativ tilnærming. Som tidligere nevnt samlet vi inn data ved bruk av individuelle intervju. På den ene siden kan det tenkes at fokusgruppeintervju potensielt kunne ha avdekket nye sider ved studiens tema og gitt mengder med datamateriale som følge av god gruppedynamikk, på den andre siden er det også sjans for at noen av deltakerne ikke er komfortable i situasjonen og unnlater å dele sine erfaringer. I tillegg stiller fokusgruppeintervju store krav til intervjuerens kunnskaper om både gruppeprosesser og emnet som diskuteres (Christoffersen et al., 2020).

Vår forforståelse for hva det vil si å yte operasjonssykepleie til barn og deres foreldre har blitt formet gjennom våre praksisperioder. Dette kunne hatt negativ innvirkning, men også fungert som en styrke i den forstand at vi hadde et bevisst forhold til egen forforståelse i forskerrollen. Med hensyn til at vi nylig har vært i praksis på den aktuelle operasjonsavdelingen, hadde vi et bevisst forhold til at vi var forskere på egen arbeidsplass og hadde relasjoner til samtlige av informantene inkludert i studien. I tillegg hadde vi lest flere forskningsartikler og annen relevant faglitteratur før vi gikk i gang med intervjuene. Dette var vi bevisst på at kunne påvirke oss i fortolkningen av data og i analyseprosessen.

### *Utvalg og datainnsamling*

Rekruttering av informantene foregikk i samarbeid med fagsykepleier tilknyttet den aktuelle dagkirurgiske enheten. I den innledende fasen kontaktet vi to avdelinger hvor det utføres elektiv kirurgi på barn. Hensikten var å rekruttere informanter som kunne gi et balansert bilde på operasjonssykepleiernes erfaringer. Grunnet bemanningsrelaterte utfordringer med å fristille operasjonssykepleiere til intervju, var alle informantene tilknyttet samme avdeling. Dette kan potensielt være en svakhet ved studien og man kan diskutere hvorvidt det kan ha påvirket studiens resultater. Det var imidlertid stor variasjon med hensyn til informantenes alder og yrkeserfaring - der noen var nyutdannede operasjonssykepleiere mens andre hadde vært i yrke over lengre tid. Dette er faktorer som kan medvirke til å styrke funnene våre i den forstand at det innsamlede datamaterialet både er nyansert og representativt.

Vi rekrutterte totalt 7 informanter til studien og kunne muligens ha rekruttert flere med bistand fra fagutviklingssykepleier. Imidlertid fikk vi inntrykk av å ha oppnådd tilstrekkelig informasjonskraft ettersom dataene begynte å repeteres hos de ulike informantene. Med høy informasjonsstyrke, kan data fra et lavt antall informanter være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale (Malterud, 2017). Vi opplevde at utvalget og informasjonskraften var tilstrekkelig for å belyse vår problemstilling. Likevel kan det diskuteres om vi kunne fått ny kunnskap dersom vi hadde fått tilgang på informanter fra andre avdelinger. I følge Malterud (2017) kan fokusgruppeintervju frembringe annen kunnskap ettersom det er en helt annen kontekst sammenlignet med individuelle intervju. Det er problemstillingen som avgjør hvilken metode som best egner seg for å innhente kunnskap om det man skal studere, ettersom vi i all

hovedsak ønsket å innhente data om operasjonssykepleieres erfaringer konkluderte vi med at individuelle intervju var mest hensiktsmessig for vår studie.

Alle de 7 intervjuene ble gjennomført i løpet av én uke. Operasjonssykepleierne hadde på forhånd fått utdelt informasjons- og samtykkeskjema og hadde dermed anledning til å reflektere på temaet og forberede seg til intervjuet. Etter å ha gjennomført pilotintervjuet, evaluerte vi selve intervjusituasjonen og valgte derfor å beholde guidens innhold og struktur i de resterende intervjuene. Begge forfatterne var til stede under intervjuene. En mulig svakhet ved at begge var til stede er at informantene kan føle seg i mindretall og dermed gir mindre utfyllende svar. Vi erfarte imidlertid at informantene virket avslappede og at det var god flyt under intervjuet. Alle intervju ble avholdt fysisk, noe som gjorde det lettere observere informantenes kroppsspråk samt skape en mer dynamisk samtale.

### *Transkribering*

Informantene i studien ble aidentifisert ved bruk av bokstavkombinasjon og tallene 1 – 7. Data ble oppbevart og slettet i henhold til Universitetets regler. Ved å lagre lydopptak i Nettskjema, ble dataene automatisk transkribert. Dette er verktøy som kan medvirke til å forenkle kode prosessen og kan i enkelte situasjoner medvirke til å styrke validiteten ettersom vi får ekstra tekst nær tolkningskontekst (Malterud, 2017). Vi erfarte at dette var til god hjelp ettersom vi fikk muligheten til å lytte til lydopptakene og lese tekst samtidig som vi transkriberte. I arbeidet med å transkribere intervjuene opplevde vi at det tidvis kunne være utfordrende å bevare nøyaktigheten av lydopptaket og samtidig unngå å redusere intervjuet til å kun inneholde det som er på lydopptaket. Ved å forholde oss til at det transkriberte materialet forblir tro mot det som ble sagt under intervjuene, mener vi at vi har ivare tatt det etiske aspektet.

### *Analyse*

Intervjuene tok kortere tid enn forespeilt og på bakgrunn av at vi transkriberte intervjuene fortløpende, fikk vi bedre tid på gjennomføringen av analyseprosessen. For å sikre høyest mulig troverdighet av datamateriale samt unngå å miste viktig informasjon, tenkte vi i utgangspunktet at det ville være hensiktsmessig å starte analyseringen etter hvert som intervjuene ble gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). Vi anså

derimot vår manglende erfaring med analyse som en svakhet og valgte derfor å lese faglitteratur og gjøre nødvendige forberedelser før vi startet på selve analysen. Vi anser dette som en fordel, selv om tidsaspektet kan medføre at resultatet påvirkes til en viss grad.

I dataanalysen har vi bevisst forsøkt å bevare informantenes egne uttrykk og formuleringer uten å legge til unødvendige tolkninger. Vårt mål har vært å nøyaktig gjengi informantenes ord og ikke legge til egne tolkninger eller forståelser. Dette bidrar til å styrke troverdighet i studien (Graneheim et al., 2017). Vi opplever også at funnene våre kan være overførbare til operasjonssykepleiere, men også annet helsepersonell som ivaretar barn og foreldre i forbindelse med planlagt behandling og/eller undersøkelser. Det eksisterer et kunnskapshull og vår studie kan fungere som et ledd i videre kunnskapsutvikling på ulike operasjonsavdelinger. Det blir likevel opp til leseren av studien å avgjøre i hvilken grad resultatene og funnene fra denne undersøkelsen kan generaliseres til deres egen kontekst (Graneheim & Lundman, 2004).

#### 4 RESULTAT

Kapittelet inneholder en presentasjon av studiens resultat. Vi har identifisert to hovedkategorier (Tabell 3) som begge svarer på studiens problemstilling: 1) skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid og 2) fremme trygghet hos barnet og foreldrene. Kategorier og subkategorier vil bli presentert sammen med direkte sitater fra informantene.

Våre funn viser at ivaretagelse av barn som operasjonspasient som oftest forutsetter et tett samarbeid med barnets foreldre, der forelderen også har et behov for ivaretagelse. I analyseprosessen la vi merke til at enkelte subkategorier var aktuelle for både barnet og barnets foreldre. For å forstå hvilken kategori utsagnet tilhører, har vi derfor valgt å beholde konteksten fra den meningsbærende enheten. Samtidig oppdaget vi at utsagnene i mange tilfeller var overførbare til motsatt gruppe:

*«Du prøver jo å være litt sånn mild, men så prøver du jo å ikke være for pågående. For som sagt – de har jo allerede møtt veldig mange folk. Anestesien har møtt dem, hilst på dem og tatt de med inn. De føler nok gjerne litt at de kjenner hverandre litt mer, og så kommer de og treffer enda et*

*fremmed menneske. Så jeg hilser og sier hei, og prøver å se det litt an hvor redde de blir og egentlig følger situasjonen videre» (4).*

*«Det å si hei ordentlig og ikke gjemme seg bak masken» (5).*

De to overnevnte utsagnene omhandler i utgangspunktet etablering av relasjon med barnet, men kan være like relevant og viktig med tanke på relasjonsbygging med barnets foreldre. Overførbarheten vil i teorien være størst jo yngre barnet er, men har altså tett sammenheng med barnets alder og utviklingstrinn, rett til selvbestemmelse og grad av delaktighet.

#### **4.1 Skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid**

Her vil vi presentere funn som handler om hvordan operasjonssykepleieren kan bidra til å skape en atmosfære på operasjonsstuen som oppleves både trygg og støttende for barnet, foreldrene og operasjonsteamet for øvrig. Dette er et ansvar som ikke tilhører operasjonssykepleier alene, men som er felles for hele operasjonsteamet. Alle medlemmene i teamet må gjøre sin del, og utøve sin rolle gjennom et samspill for å skape en trygg atmosfære for barnet og foreldrene.

##### *Bidra til godt teamarbeid gjennom god kommunikasjon, samspill og klar rolleforståelse*

Informantene i studien understrekte gjentatte ganger viktigheten av et bærekraftig og godt samarbeid mellom anestesipersonalet og operasjonssykepleierne. De understreker at godt teamarbeid på operasjonsstuen har stor innvirkning på elementer som blant annet pasientsikkerhet, effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet og det generelle velværet til barnet og barnets forelder. Effektiv samhandling mellom medlemmene i teamet på operasjonsstuen er spesielt avgjørende. Ved å jobbe tverrfaglig effektivt, kan teamet koordinere sine handlinger og dermed ta raske beslutninger for å ivareta pasientsikkerhet og trivselen til barnet og forelderen. Med tanke på at barnet og forelderen allerede har etablert en relasjon til anestesipersonalet før de ankommer operasjonsstuen, er det viktig at operasjonssykepleieren er bevisst sin rolle i teamet og utviser god situasjonsforståelse i møtet med barnet og forelderen.

*«Det blir veldig feil hvis jeg skulle gått inn og på en måte tatt den styrende rollen, og så skal jeg etterpå bare fjerne meg for da skal de [anestesi] komme med sine tekniske prosedyrer» (1).*

Ved å være situasjonsbevisst, kan operasjonssykepleieren medvirke til godt teamarbeid og bidra til å skape en atmosfære som oppleves trygg for både barnet og forelderen. Informantene i studien understreker at en viktig funksjon til den koordinerende operasjonssykepleieren er å bistå anestesipersonalet frem til barnet sover. En informant uttrykker det på følgende måte:

*«Jeg føler vi har, eller jeg føler det blir en slags hjelperrolle. Det er anestesien som er nærmest barnet på en måte, for de skal enten få inn en veneflon eller legge i narkose, og det er jo det som faktisk må gjøres før vi kan begynne vår oppgave» (4).*

Informantene beskriver også stor variasjon i hvem som jobber som anestesipersonell i teamet. Ved den aktuelle avdelingen rullerer anestesipersonellet mellom flere ulike avdelinger med jevne mellomrom. Derfor har operasjonssykepleier en viktig rolle i å bistå med hjelp og instruksjoner tilknyttet rutiner på den aktuelle avdelingen:

*«Jeg tenker absolutt at vi har en viktig rolle. Ja, det er ofte en plass hvor det kommer mye nye anestesi, det sirkulerer jo veldig sånn. De er jo ikke så godt kjent med hvordan det blir gjort og sånn. Så de får litt hjelp, en hjelpende hånd og litt instruksjoner» (6).*

Informantene understreker betydningen av å ha en forhåndsbestemt plan og hvor viktig det er at operasjonsteamet handler i et samspill ut fra denne:

*«Hvis de blir stående og vente, så begynner det liksom å bygge seg opp. Så hvis du får en sånn god flyt og alle har en plan – at dette gjør vi bare fort og greit og uten for mye dill dall. Sånn at det meste er klart når de kommer, slik at det ikke blir så mye uforutsett venting og ting som mangler og sånn» (2).*



En annen beskriver at samspillet er viktig, men at det tidvis kan være utfordrende. Dette som følge av at det å koordinere og gjennomføre arbeidsoppgaver, og samtidig være effektiv er personavhengig. En informant beskriver det slik:

*«Det å ha de rette folkene, ja, man merker stor forskjell på hvilken anestesilege det er for eksempel. Sånne ting. Det er folk som kan det. Det har så mye å si, fordi at noen er sånn at de må følge alle steg i boken og bruker kanskje lang tid på innledning på en unge. Det er helt unødvendig. Sånne ting også er utrolig viktig. Komme i gang kjapt, uten noe 'dikkedering' liksom. Det har veldig mye å si» (6).*

Videre ble det lagt stor vekt på at antall personer som befinner seg inne på operasjonsstuen burde begrenses til et minimum, ettersom det kan medføre at barnet bli mer redd og urolig. I situasjoner hvor barnet er preget av angst og uro, forteller informantene at det viktigste er å være oppmerksom på situasjonen og videre legge til rette for at anestesipersonalet får gjort jobben sin. Noen ganger kan dette for operasjonssykepleieren innebære å trekke seg tilbake og holde seg i bakgrunnen.

*«Det blir fort at jeg er litt i en annen støttende rolle bak, altså hvis alle skal fram og dypt oppi, da blir det bare overveldende» (4).*

I slike tilfeller trekkes det også frem at selv om man trekker seg ut fra situasjonen rundt pasienten, er det også et behov for å ivareta foreldrene når anestesen gjør sin jobb:

*«Noen ganger får vi jo småunger inn som er hysteriske uansett hva det går i og hvis det er veldig mange grønnkledde rundt og gjerne med munnbind, så er ikke det med på å roe småungene og da er det vi som trer først til side. Altså da er det på en måte anestesi [lege og sykepleier] som må inn og gjøre den jobben de skal. Og så må gjerne vi gå ut og plukke foreldrene opp i etterkant, det blir jo vår jobb» (1).*

Informantene forteller også om situasjoner hvor det blir brukt tvang for få gjennomført den kirurgiske behandlingen. Samtlige informanter forteller at dette er situasjoner som er veldig vanskelig å forholde seg til ettersom det preger dem emosjonelt, men at det i tillegg er veldig

overveldende for foreldrene som kan ha behov for trøst og trygging i etterkant. En Informant beskriver utfordringene som kommer etter hvert som barna blir eldre og sterkere og samtidig utviser motvilje:

*«Si når ungene er 2-3 år, så er de så små og da klarer ikke de å gi motstand. Men dette må bare gi seg da, og det er sikkert ingen god opplevelse det heller. Men når de er sånn 7 år, så er de plutselig kjempesterke og det kan være ... altså det kan være fem voksne som står og tviholder også er de helt rabiante. Og da blir det verre og verre, og de blir så sterke at det blir en forferdelig dårlig greie altså. Jeg tenker at noen ganger så burde man bare ha droppet det» (6).*

Som team blir man da utfordret til å finne en felles løsning som er til det beste for barnet hvor man blir nødt til å ta kjappe avgjørelser og finne enighet i en utfordrende situasjon hvor fokuset ligger i å ivareta barnet. En informant beskriver:

*«Det er noen ganger når du har unger som er litt store, sant og ikke vil. Og synes det er helt forferdelig, sant. Så blir det kanskje gitt noe avslappende og så virker ikke det. Så blir det gjerne besluttet da, ikke av oss, men av anestesilege at vi skal ta den ungen, selv om den ikke har lyst. Så blir det liksom tatt med makt og holdt da. Og det er utrolig frustrerende å være med på. For det er ingen god opplevelse» (6).*

#### *Ta hensyn til faktorer som kan påvirke barnets reaksjoner*

Det var viktig for operasjonssykepleierne å skape en situasjon som gav barnet en positiv opplevelse og følelse av trygghet. Å etablere en positiv relasjon med barnet på operasjonsstuen ble derfor oppfattet som en viktig oppgave for operasjonssykepleierne, men flere gav uttrykk for at dette kunne avhenge av barnets tidligere opplevelser.

*«Jeg tror det er personlighet, også er det jo hvis de har hatt dårlige erfaringer før – blitt redde og hatt vondt. Mange som har vært operert før og har hatt mye vondt etterpå. De husker liksom det og forbinder det med det» (2).*

*«Det er jo mange som kommer mange ganger og som regel er det negativt hvis det er inne for fjerde eller femte gangen. De synes ikke det er kjekt. Så det er krevende å gjøre det til en god opplevelse altså, jeg må si det» (6).*

Det understrekes også at det ikke nødvendigvis er antallet tidligere sykehusbesøk som påvirker negativt, men snarere opplevelsene pasienten tar med seg. En informant beskrev den gode opplevelsen på følgende måte:

*«Vi hadde ei for ikke alt for lenge siden. Det var en herlig unge som var positiv til alt og det var egentlig bare kjempegod stemning, egentlig – med mor også. Det var en unge som var kjempetrygg fra før av, selv om hun hadde vært mye på sykehus. Men det var tydelig at hun hadde hatt veldig gode opplevelser. Hun var jo en veldig trygg unge, så det var jo en helt herlig opplevelse» (5).*

Operasjonssykepleierne viste til aldersrelaterte forskjeller og gav uttrykk for at det var store forskjeller på små barn sammenliknet med større barn. Større barn var ofte mer mottakelig for interaksjon og samhandling med operasjonssykepleierne. De var mer mottakelig for informasjon og hadde lettere for å uttrykke seg. Situasjoner der barnet var preget av angst og redsel, der de gråt og var hysteriske ble oppfattet som meget krevende for informantene.

*«De gangene hvor barnet er så utrygge, de skjønner kanskje mer eller de har fått en annen idé om hva som faktisk skal skje. At de står utenfor stua sammen med mor eller far og vil ikke inn, huler og vræler og det er sirkus uten sidestykke» (1).*

En annen informant fortalte en utfordrende situasjon og reflekterte spesielt over bruk av tvang og poengterte at de gjør sitt ytterste for å unngå tvangsbruk.

*«Jeg tenker litt på forskjellen på alderen og barna. Jeg var oppi en situasjon for noen år siden. Da var det ei som var ganske, jeg vet ikke jeg – hun var kanskje 9 år eller noe sånn. Hun skulle opereres og ville ikke, og hun var så stor at hun kunne du liksom ikke tvinge. Altså, er de så små at de på en måte ikke egentlig vet, men bare bestemmer seg for at 'dette skal jeg ikke', da må man*

*på en måte bare bestemme. Er det så viktig at det må gjøres? [...] Noen blir faktisk bare sendt hjem, fordi at dette går bare ikke og noen må du på en måte bare tvinge gjennom i samarbeid eller i avtale med forelder da. Men hun her, hun var så voksen, eller så stor at man kunne på en måte ikke tvinge henne. Hun måtte på en måte bli enig med seg selv om at 'dette skal jeg faktisk gjøre'. Da er det bare å finne alt du kan av gode ord og vendinger. Så er det plutselig noen som klarer å si et eller annet som kanskje klarer å svinge dem om, eller så er de så fast bestemte på at dette går ikke» (4).*

Informantene påpekte viktigheten av å lese seg opp om pasienten i forkant av første møte, nettopp for å kunne vite om barnet hadde vært inne flere ganger tidligere og om nødvendig avtale med foreldre i forkant dersom en utfordrende situasjon kunne oppstå.

#### **4.2 Fremme trygghet hos barn og foreldre**

Informantene i vår studie understreker at det å fremme trygghet kan gjøres både direkte til barnet, men også gjennom foreldrene. Å opprettholde trygghet hos barn og deres foreldre før, under og etter en operasjon beskrives å være av avgjørende betydning. Dette oppnås gjennom grundig forberedelse, tydelig kommunikasjon og aktiv ivaretagelse fra operasjonssykepleierens side. Videre gir det en støtte og forsikring om at barnet deres er i trygge hender gjennom hele prosessen.

##### *Trygge barnepasienten gjennom ivaretagelse av foreldre*

Ordet *trygghet* ble nevnt flere ganger av informantene i studien. Alle operasjonssykepleierne kommenterte at de opplevde at barn som var blitt godt forberedt av foreldrene, virket mer trygge. I tillegg kommenterte de at foreldrenes trygghet hadde stor innvirkning på hvordan barnet håndterte situasjonen.

*«Vi prøver å observere selvfølgelig, om det virker som om det er [...] kanskje spesielt foreldrene. Hvis de er rolige, så er ofte ungen rolig. Ofte, men ikke alltid. Men det er en indikasjon på at de er godt informert, blitt trygget på forhånd og vet hva som skal skje» (6).*

*«Det er like viktig at du har trygge pårørende som at du har trygge barn. For har du utrygge pårørende, så smitter det utrolig fort» (3).*

Mange av informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å vite hvordan barnet og forelderen opplevde situasjonen ettersom de ikke kom til å møte dem igjen.

*«du får jo kanskje 5-10 minutter med dem [pårørende] og så er det liksom ut igjen – så ser du ikke mer til dem. Så det er jo veldig vanskelig å vite hvor godt arbeid har du gjort i ettertid på en måte og om du har klart å trygge av dem» (5).*

Samtidig fortalte informantene om den store påkjenningen det var for mange foreldre å levere barnet sitt til operasjon, og at det ofte forekommer at foreldrene får en emosjonell reaksjon i det de overlater barnet til operasjonsteamet. Informantene angir at møtet med foreldrene er veldig kort og derfor liten tid til å inngå en relasjon. Likevel trekkes det frem at en viktig del av omsorgsutøvelsen til operasjonssykepleieren er å ivareta foreldrene gjennom å trøste, støtte og berolige dem. Spesielt viktig var det å formidle til foreldrene at barnet deres var i trygge hender.

*«Og det er jo veldig mange av foreldrene som trenger litt ekstra støtte. Det pleier jeg alltid å si til dem at det er mye verre for deg enn for ungen; nå er ungen i drømmeland. Og derfor er det ekstra viktig å hilse på foreldrene når de kommer inn på stua. Sånn at jeg ikke plutselig er en som er ukjent, så skal jeg klappe dem på skuldrene og følge dem ut» (7).*

*«Foreldrene er veldig påvirket, litt stresset. Det ser vi hele tiden [...] det er mange som jobber voldsomt hardt for å holde masken helt til ungen sover og så bryter de litt sammen og begynner å grine. Men så tenker jeg, det er helt normalt. Altså, jeg ville sagt at over halvparten begynner å grine etter de har levert ungene i fra seg» (6).*

Mange av informantene oppga at de pleide å forklare foreldrene hva som ville skje videre når de fulgte dem ut. Hensikten var da å mentalt forberede foreldrene på at forberedelser, kirurgi og oppvåkning kunne ta lengre tid enn forespeilt. I tillegg var det flere informanter som oppga

at de pleide å notere seg foreldrenes navn og nummer. Operasjonssykepleiere ga uttrykk for at de følte dette var tiltak som ga foreldrene en ekstra trygghet og forsikring om at barnet blir godt ivaretatt.

*«Det er jo ikke sjelden at jeg har rappet med meg noe papir [...] og sagt at dette kommer til å gå greit, det kommer til å ta litt tid, narkosen tar litt tid. Veldig sånn kort forklare gangen i hva vi skal gjøre, og jeg tar alltid telefonnummeret sånn at de føler at [...] de er sikre på at her blir vi kontaktet. Og jeg sier at vi skal passe godt på. Det sier jeg alltid – 'vi skal passe godt på lille Per'» (1).*

*«Altså det var ei jeg hadde her og hun skulle ha svar på alle spørsmål før vi hadde begynt på operasjonen og alt. Du følte det var litt viktig også [...] det var noen språkvansker, og så måtte mannen oversette [...]. Hun følte et veldig behov for å vite mye og du kunne liksom ikke bare gå heller fordi det er jo, det er jo et lite traume for noen foresatte å levere barnet i narkose» (4).*

Informantene understreker at flere av de preoperative forberedelsene blir satt på vent når den koordinerende operasjonssykepleieren følger foreldrene ut. Forberedelsene kan ikke fortsette før operasjonssykepleieren er tilbake på operasjonsstuen. De beskriver en samtidighetskonflikt som følge av et tidspress på å gjennomføre sine arbeidsoppgaver inne på operasjonsstuen, samtidig som enkelte foreldre gjerne har behov for ivaretagelse.

*«Det handler jo om å komme fort tilbake til avdelingen, så vi kan fortsette arbeidet. Vi er jo to operasjonssykepleiere sant, så når jeg går ut og den andre står sterilt, så er det jo ingen som kan sette i gang med de andre forberedelsene» (1).*

*«Her skal det jo foregå ganske raskt på den måte at, de sovner ganske fort inn og da er det viktig å fange opp foreldrene. Det er vi som følger foreldrene ut. Og der er det jo, reaksjonene er jo veldig forskjellige der og. For noen har vært gjennom det før eller har jo trygghet i seg selv og kjenner at dette går jo helt bra, mens ganske mange er jo litt sånn ... Det å se barnet forsvinne/falle inn i narkose, det kan være skummelt. Og da blir det [...] altså vi går jo ut med de,*

*også står vi gjerne her og sier noen ord: 'vi skal passe på gutten din' [...] 'vi tar kontakt når det er ferdig'. Men som oftest så hanker de seg ganske fort inn, og det er klart vi har ikke muligheten til å drive med å bearbeide foreldrene her, det har vi ikke. Det er ikke det vi skal heller» (1).*

#### *Legge til rette for mellommenneskelig relasjon*

Relasjonen mellom barnet og operasjonssykepleieren skapes først etter at de har ankommet operasjonsstuen. På operasjonsstuen er det mange sanseinntrykk som skal bearbeides og for noen kan dette bli overveldende og frembringe en følelse av utrygghet. Operasjonssykepleierens evne til å tilpasse seg situasjonen og samtidig møte barnet der de er, blir av informantene nevnt som meningsfulle virkemidler i prosessen med å skape et relasjonelt bånd til barnet. En av informantene beskrev det første møtet slik:

*«De har jo allerede møtt veldig mange folk. Anestesian har møtt dem, hilst på dem og tatt de med inn. De føler nok gjerne litt at de kjenner hverandre litt mer, og så kommer de og treffer enda et fremmed menneske. Så jeg hilser og sier hei, og prøver å se det litt an hvor redde de blir og egentlig følger situasjonen videre» (4).*

I møte med barnet, hadde flere informanter god erfaring med å bruke barnets alder som en indikator for potensielle interesser og anså dette som en slags «brobygger» mellom dem og barnet.

*«Jeg fokuserer ekstra nøye på hva de heter og hvor gamle de er. Da vet jeg om de er barnehagealder eller skolealder. Da har jeg et samtaleemne klart hvis de er nervøse [...] Det er alltid noe å snakke om» (7).*

Samme informant beskrev at det å snakke direkte til barnet og samtidig bruke barnets navn også kunne være et trygghetsskapende tiltak overfor foreldrene.

*«Når de kommer inn, så sier jeg 'hei Markus'. Kanskje ikke så mye for ungen sin del, men for foreldrene. Av egen erfaring egentlig – det er litt betryggende når du skal levere fra deg barnet at de faktisk vet hva barnet heter» (7).*

Det kom også frem at det er nødvendig å foreta en vurdering på hvorvidt barnet er interessert i kontakt med andre mennesker, ettersom det fort kan bli overveldende for barnet dersom mange personer henvender seg til det.

*«En viktig jobb blir jo rett og slett å ikke blande seg inn for mye, og det er jo noe vi gjør ganske ofte altså. Det kan bli litt overveldende. Alle skal være deltakende og alle skal liksom 'hive omsorgen sin over' og det kan bli litt mye» (1).*

Det kom tydelig frem at informantene var bevisste på at deres uniformering med grønne klær, operasjonslue og munnbind kunne være skremmende for barnet. For å gjøre situasjonen mindre skremmende og minimere overveldende inntrykk, fortalte flere at de hadde til vane å ta av munnbindet for å vise ansiktet sitt når de hadde nærkontakt med barn og foreldre.

*«Jeg er veldig fan av det å ta av munnbind, selv om du er på operasjonssalen. At de får sett ansiktet ditt og at du får møte dem på en måte. Ikke sitte der med munnbindet og at de kun ser øynene» (5).*

*«Jeg prøver å være mest mulig normal. Altså, jeg pleier for eksempel ikke å ha på meg munnbind før ungene sover» (6).*

Informantene forsvarte denne handlingen med å understreke at de i rollen som koordinerende operasjonssykepleier befant seg på god avstand fra det sterile området, og at derfor var liten sjans for kontaminasjon.

*«Hvis jeg skal ha nærkontakt med barnet, så tar jeg alltid av munnbindet, fordi vi er jo alltid et stykke fra feltet. Så jeg tenker at det har ikke så mye å si for oppakkingen av sterilt utstyr» (1).*



## 5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil studiens funn bli drøftet kategorisk opp mot teoretisk rammeverk og tidligere forskning.

### 5.1 Skape en trygg atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid

Våre funn viser at operasjonssykepleiere ønsker å utøve sin omsorg overfor barnet og barnets foreldre gjennom å skape en atmosfære på operasjonsstuen som formidler trygghet. Godt samarbeid blant medlemmene i operasjonsteamet er viktig for god atmosfære på operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne la også vekt på at forståelse for egen rolle og funksjon som medlem av operasjonsteamet bidro til godt samarbeid.

#### *Bidra til godt teamarbeid gjennom god kommunikasjon, samspill og klar rolleforståelse*

Våre funn viste at godt teamarbeid bidro til å skape en god atmosfære på operasjonsstuen, som igjen var en forutsetning for å fremme en følelse av trygghet. Hvordan pasienten opplever stemningen på operasjonsstuen har mye å si for deres trygghetsfølelse i det perioperative forløpet. En positiv atmosfære preget av godt samarbeid i teamet, kan potensielt redusere preoperativ angst og stress hos både barnet og barnets foreldre. Dette er i tråd med funn i studiene til Rydenfält et al. (2011) og Kolvered et al. (2012) som understreker viktigheten av god atmosfære i teamet.

Funnene våre viser at operasjonssykepleiere generelt har positive erfaringer knyttet til samarbeidet i operasjonsteamet i forbindelse med mottak av barn på operasjonsstuen. Imidlertid ga de uttrykk for at det kunne være utfordrende å finne en balansegang med tanke på hvor mye de skulle involvere seg ettersom anestesipersonalet allerede har etablert en relasjon til barnet og forelderen. Betydningen av å ha forståelse og respekt for hverandres arbeidsoppgaver gjør at det blir lettere å hjelpe hverandre, noe som igjen bidrar til å styrke lagånden innad i operasjonsteamet (Flin et al., 2008; Kaldheim & Slettebø, 2016). Ved å være oppmerksom på reaksjonen til barnet og forelderen, kan operasjonssykepleieren tilpasse seg og samarbeide med anestesipersonalet slik at innledningen til narkose skjer på en profesjonell måte. Kommunikasjonssvikt og dårlig teamarbeid kan forekomme som følge av forskjeller i situasjonsforståelse og synspunkt, ettersom teammedlemmene har ulike spesialiteter (Rydenfält et al., 2011). Vår oppfatning er at det første møtet kanskje er det som krever mest

situasjonsforståelse fra operasjonssykepleiers side. Det er en rekke faktorer som er avgjørende for hvordan man går frem og utøver rollen. Barnets reaksjon, behov for å støtte anestesipersonalet samt foreldrenes reaksjon og behov er avgjørende for hvordan operasjonssykepleier tilnærmer seg pasient og pårørende på en best mulig måte. I tillegg vil en operasjonssykepleier med lang klinisk erfaring, ofte ha bedre forutsetninger for å utvise god situasjonsbevissthet og kommunikasjonsferdigheter (Husebø & Ballangrud, 2021; Oksavik et al., 2021). Derfor kan det argumenteres for at rolleforståelsen må ses i kontekst av situasjonen.

Når barn skal opereres vil utøvelse av egen rolle i enkelte tilfeller være mer flytende, og påvirkes av barnets utviklingstrinn, reaksjon og situasjonen for øvrig. Våre funn viste at operasjonssykepleiere i stor grad opplever å ha en støttende rolle overfor anestesipersonalet. Dette begrunnes med at de har konkrete arbeidsoppgaver som blant annet innebærer å få lagt barnet i narkose. Anestesipersonalets rullering på forskjellige avdelinger kan påvirke teamarbeidet negativt ettersom det er større sjans for forsinkelser og feil relatert til deres manglende kjennskap til personalet, avdelingen og rutiner (Kang et al., 2014). Tidligere forskning har vist at teammedlemmer som har kjennskap til hverandre og som opplever tilhørighet i teamet, føler seg tryggere på hverandre. Dette har vist å øke pasientsikkerhet og den generelle tryggheten til alle involverte (Gillespie et al., 2017; Kaldheim & Slettebø, 2016; Kang et al., 2014; Oksavik et al., 2021).

I tilfeller der barnet viser motvilje og er preget av angst og uro, kan være belastende for alle involverte parter – altså, barnet, foreldrene og det behandlende helsepersonellet. Selv om foreldrene gir samtykke til behandling, har barnet rett til å få sine fysiske og mentale grenser respektert (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). På grunn av barnets begrensede evne til å ta informerte valg, kan det være nødvendig med intervensjoner som involverer tvang (Leonardsen & Bjørnå, 2014). Når det kommer til at pasienten selv har rett til å foreta valg, innebærer det at den enkelte har rett til å bli informert om sin situasjon og avgjøre hva som er best for seg. Valget skal være tatt frivillig og uten ytre press. Her kan det oppstå et etisk dilemma for teamet: Hvem skal ha mest å si av foreldrene og barnet? (Tveiten et al., 2012). Flere av informantene våre beskriver disse situasjonene som spesielt krevende ettersom det blir brukt mye tid og ressurser på trygghetsskapende tiltak og forhandling med barnet. Likevel

trekker de frem at det er spesielt utfordrende med tanke på det etiske aspektet omkring bruk av tvang. Tvang er noe man som helsepersonell kan oppleve når man jobber med barn (Crellin et al., 2011; Leonardsen & Bjørnå, 2014). Som informantene beskriver, tar de en støttende rolle til anestesen, og er i så måte deltakere i en eventuell tvangssituasjon som oppstår i forbindelse med at barnet legges i narkose. Det er ulike meninger om tvang, om hvor ofte det skjer og hvordan man skal benevne de ulike formene for tvang (Homer & Bass, 2010; Svendsen et al., 2017). Er det tvang å holde hånden til en treåring stille ved innledende narkose, eller er det tvang når man må holde fast en niåring for at barnet skal ligge stille ved innleggelse av veneflon? Andre studier har også kommet frem til at tvang tidvis er nødvendig, til tross for at man vet at det ikke er god praksis (Berglund et al., 2013; Bray et al., 2015; Karlsson et al., 2014). Bruk av tvang gjør at de etiske verdiene i sykepleieutøvelsen blir utfordret, da operasjonssykepleiere skal ivareta pasientens verdighet og integritet, medbestemmelsesrett og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2023). Av den grunn er det behov for at operasjonssykepleieren oppfatter situasjonen og agerer hensiktsmessig i samarbeid med teamet.

Informantene belyste at det kunne oppstå en del unødvendig venting som følge av enkelte teammedlemmer ikke var like effektive. En konsekvens av ventingen var at barnet kunne bli mer usikkert og urolig. Dette understøttes av Husebø og Ballangrud (2021) som viser til at teammedlemmenes evne til å gjennomføre arbeidsoppgaver bygger på individuelle, miljømessige og teknologiske faktorer. Informantenes oppfatning var at operasjonsteamet utøver god omsorg ved å være forberedt og jobbe effektivt, da det minimerer ventetiden i den preoperative fasen. Ivaretagelse av operasjonspasienten er et felles ansvar og en viktig forutsetning for godt teamarbeid er kommunikasjon. Sirevåg et al. (2021) fremhever at kommunikasjon inngår som en rød tråd i alle de ikke-tekniske ferdighetene. Altså vil kommunikasjonsferdighetene til operasjonssykepleiere ha stor betydning for andre ikke-tekniske ferdigheter som for eksempel situasjonsbevissthet, oppgaveløsning og teamarbeid. Tidligere forskning trekker frem kategoriene situasjonsbevissthet, kommunikasjon og teamarbeid som spesielt viktige ikke-tekniske ferdigheter som er avgjørende for kvaliteten på teamarbeidet (Flin et al., 2008; Sirevåg et al., 2021) Likevel er «en kjede bare så sterk som sitt svakeste ledd», der alle elementene i et system er avhengig av å fungere sammen. Operasjonssykepleiere støtter seg til instrumentet SPLINTS i arbeidet med å evaluere og

forbedre de ikke-tekniske ferdighetene (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Vi fant at operasjonssykepleiere som er situasjonsbevisste og kommuniserer på en hensiktsmessig måte, har lettere for å tilpasse seg situasjonen og teamet. Dette mener vi kan medvirke til å skape en god atmosfære. Studien til Schjøtler og Delmar (2016) viste at pasienter som opplever operasjonsstuen som kald og utrivelig også får en økt følelse av utrygghet. Hvordan barnet og foreldrene opplever atmosfæren på operasjonsstuen har derfor stor betydning for deres trygghetsfølelse. Dersom et av teammedlemmene blir veldig oppgavesentrert, gjør det at vedkommende er mindre bevisst på hva som skjer hos resten av teamet – en konsekvens er at nedsatt situasjonsbevissthet påvirker resten av prestasjon til teamet (Mitchell & Flin, 2008).

#### *Ta hensyn til faktorer som kan påvirke barnets reaksjoner*

Det finnes flere studier som viser at majoriteten av foreldre og barn er preget av preoperativ angst, og at barnet påvirkes av foreldrenes angst (Çamur & Karabudak, 2021; Panella, 2016; Santapuram et al., 2021). Barnets alder, grad av forberedthet og foreldrenes atferd, vil ha stor betydning for hvordan barnet potensielt reagerer. De aller fleste barn er redd for å gjennomgå kirurgisk behandling, men de aller fleste kan ikke sette ord på hva de faktisk er redd for (Thomasgaard et al., 2021). Basert informantenes beskrivelser av ulike situasjoner og erfaringer, kan man tenke seg at det som oftest er situasjonen som oppfattes skremmende da det meste er ukjent og derfor gir barnet en følelse av usikkerhet. Av den grunn kan det være utfordrende å vite nøyaktig hvilke faktorer som kan påvirke barnets reaksjoner, men tidligere studier påpeker at operasjonspersonalets bekledning, lukter og lyder kan bidra til å utløse engstelse hos barnet (DeMaso & Snell, 2013; Li et al., 2007; Sjøbjerg, 2019).

Engstelige pasienter er spesielt oppmerksomme på sine omgivelser; der atmosfæren kan gi dem en fornemmelse av at noe farlig skal skje (Schjøtler & Delmar, 2016). Barn kan ha livlig fantasi og av den grunn kan de få en fornemmelse av at de befinner seg reell fare (Vinney, 2024). Imidlertid viser våre funn at det er store variasjoner hos barn, der noen utviser nysgjerrighet, er lekne og avslappet, mens det for andre barn kan være motsatt.

Informantene våre påpekte at det var stor forskjell på det å jobbe med barn under førskolealder sammenlignet med eldre barn. I funnene våre kom det frem at operasjonssykepleierne hadde lettere for å initiere samarbeid med eldre barn enn små barn. Informantene opplevde at de eldre barna var mer mottakelige for informasjon, og at de hadde bedre evne til å uttrykke seg verbalt. Samtidig var de eldre barna som oftest bedre forberedt. Tidligere forskning har hevdet at preoperativ informasjon til barn under fire år kan gjøre dem mer engstelige som følge av at de har vansker med å skille mellom fantasi og virkelighet (Kain et al., 1996). Hos barn kan de kognitive og emosjonelle utviklingsområdene fungere ulikt, der et barn på tre år kan ha bedre utviklet kognitiv og emosjonell funksjon enn et annet barn på samme alder (Musselman et al., 2023; Tveiten et al., 2012). Våre funn viser imidlertid at så fremt informasjonen tilpasses barnets utviklingsnivå og knyttes opp mot noe som er kjent for barnet, kan bidra til å gjøre barnet tryggere i situasjonen. Dette sammenfaller også med funn i studiene til Thomasgaard et al. (2021) og Al-Sagarat et al. (2017), som også viser til at lek er et effektivt virkemiddel som kan fremme en god opplevelse for barnet.

Vi mener det er nødvendig med basale kunnskaper om utviklingspsykologi hos barn for å få en bedre forståelse for hvordan de ulike utviklingsområdene henger sammen og hvordan man kan tilpasse omsorgsutøvelsen på best mulig måte – både som operasjonssykepleier, men også som operasjonsteam. På masterutdanning for operasjonssykepleiere blir operasjonssykepleie til barn tillagt lite oppmerksomhet i undervisningssammenheng. Vi mener at operasjonssykepleiere burde få mer målrettet opplæring med hensyn til barnets omsorgsbehov.

Et annet sentralt aspekt i behandlingen av barn er ivaretagelse av barnets autonomi og rett medvirkning. Etter hvert som barnet blir eldre og mer modent, vil også deres rett til medvirkning og selvbestemmelse øke ettersom barnet har bedre forutsetninger for å forstå konsekvensene av egne valg. Godt samarbeid med foreldrene er viktig ettersom barn og foreldre er en enhet som påvirker hverandre. Dersom forelderen har det bra og føler seg trygg, har de bedre forutsetninger for å kunne trøste barnet sitt (Thomasgaard et al., 2021; Tveiten et al., 2012). Funn fra studien vår viser at barn blir påvirket av sine tidligere erfaringer med helsevesenet, både positive og negative. Vi anser det som viktig å ha en bevissthet rundt at opplevelsen man er med på å skape vil kunne ha konsekvenser ved eventuelle fremtidige

møter med helsevesenet. Derfor kan det stilles spørsmål til om det i noen tilfeller er hensiktsmessig å utsette den kirurgiske behandlingen såfremt det lar seg gjøre. På den ene siden kan dette medføre at barnet får mulighet til å bli bedre forberedt og potensielt håndterer situasjonen annerledes, men på den andre siden kan det forsterke barnets angst. Dilemmaet vanskeliggjøres ytterligere av praktiske, økonomiske og driftsmessige hensyn. Ved å inkludere familien i beslutningsprosesser og ha fokus på å skape en positiv opplevelse, utøver operasjonsteamet optimal omsorg overfor barnet (Panella, 2016).

## **5.2 Fremme trygghet hos barnet og foreldre**

I de underordnede kapitlene vil vi belyse det å trygge barnepasienten gjennom ivaretagelse av foreldre samt viktigheten av å legge til rette for mellommenneskelig relasjon.

### *Trygge barnepasienten gjennom ivaretagelse av foreldre*

Den psykososiale omsorgen har stor betydning for barnet og foreldrene (Andersson et al., 2012; Tveiten et al., 2012). Informantene påpekte at mange foreldre tar seg sammen i forbindelse med innledning til narkose og maskerer sine egne følelser. Mange foreldre får derfor en emosjonell reaksjon idet de blir fulgt ut av koordinerende operasjonssykepleiere. Operasjonssykepleiere må derfor utvise omsorg til foreldrene gjennom å tilby dem støtte, informasjon og veiledning (Sjøbjerg, 2019). Ved å forberede foreldrene på hva de kan forvente før, under og etter operasjonen, kan operasjonssykepleieren bidra til å redusere deres angst. Imidlertid viser studien til Perry et al. (2015) at måten helsepersonell formidler informasjon, og hvordan de ordlegger seg, kan føre til økt angst. I tillegg kan det legges føringer for hvordan foreldrene oppfatter situasjonen. I praksis har vi erfart at det ofte blir brukt ord som *vondt*, *smerte*, *kvalme*. Dette er ord som kan forsterke negative følelser hos foreldrene. Det anbefales at helsepersonell trener på nøytrale kommunikasjonsteknikker hvor man unngår bruk av negativt ladde ord og setninger (Perry et al., 2015). Ved å ha fokus på positivt ladde ord og nøytral kommunikasjon, kan operasjonssykepleieren således hjelpe forelderen til å fokusere noe annet fremfor faktorer som kan øke stressnivået. Foreldre som er rolige, har bedre forutsetninger for å berolige barnet sitt (Sjøbjerg, 2019; Tveiten et al., 2012). Det er viktig å huske på at foreldrene kjenner sitt barns beste, og de forstår vanligvis best hva det opplever og uttrykker. Sykepleieren kan få verdifull informasjon og hjelp av dem (Tveiten et al., 2012).

Mange foreldre opplever å miste kontroll over situasjonen når de overlater barnet sitt til operasjonsteamet og blir veldig sårbare. Informantene våre påpekte at det ofte oppstår samtidighetskonflikter i de tilfellene der foreldrene har behov for ekstra trygging og støtte. Årsaken skyldes et tidspress som følge av at operasjonssykepleierne ønsker å bruke tid sammen med foreldrene for å ivareta deres psykososiale behov. Likevel har koordinerende operasjonssykepleier et ansvar som innebærer å komme raskt tilbake til sine arbeidsoppgaver på operasjonsstuen. Ettersom operasjonssykepleieren først møter barnet og forelderen når de ankommer operasjonsstuen, blir det lite tid for å utvise omsorg, skape tillit og vise faglig trygghet overfor barnet og deres foreldre. Ifølge (Andersson et al., 2012) føler mange foreldre at de blir jagd ut av operasjonsstuen i det barnet er lagt i narkose. Hvis operasjonssykepleieren må forlate foreldrene tidlig for å returnere til operasjonssalen, kan det ha negativ betydning for foreldrenes tillit til operasjonsteamet og skape bekymring eller uro. En felles holdning blant informantene våre var at de gjør sitt beste for å berolige foreldrene, men at de likevel har ikke anledning til å «bearbeide» dem ettersom det viktigste er å komme raskt tilbake til operasjonsstuen med hensyn til både pasientsikkerhet og effektiv drift av operasjonsstuen. Tidligere forskning har vist at foreldre har behov for konkret, håndfast informasjon når barnet opereres. Det er spesielt foreldre som får detaljert og forklarende informasjon i den preoperative fasen som er mindre engstelige og mer fornøyd med kvaliteten på behandlingen. De opplever også å bli respektert og at de blir gitt mulighet til å få svar på sine spørsmål (Al-Sagarat et al., 2017; Andersson et al., 2012; Mendoza et al., 2021; Perry et al., 2015). Imidlertid kan de også bli mer urolige dersom det kirurgiske inngrepet tar lengre tid enn det de har blitt forespeilt. Foreldrene kan da få en fornemmelse av at det har oppstått komplikasjoner. Våre funn viser at operasjonssykepleiere pleier å informere foreldrene hva som ville skje videre når de fulgte dem ut. Hensikten var da å gjøre dem mentalt forberedt på at preoperative forberedelser, operasjonstid og oppvåkning gjerne kunne ta lengre tid enn det de var blitt forespeilt. Enkelte operasjonssykepleiere noterte seg foreldrenes navn og telefonnummer, og gav dem en forsikring om at de vil bli kontaktet dersom noe skulle oppstå. Vi mener dette er et viktig trygghetsskapende tiltak, men ulempen er at det kun er mulig for operasjonssykepleieren kan kontakte foreldrene ved behov og ikke motsatt. Likevel kan det bidra til en følelse av trygghet. Operasjonssykepleieren må finne balansen mellom å være tilstrekkelig involvert i den preoperative fasen og samtidig sikre effektive

operasjonsforberedelser uten å være kontraproduktiv. Dette innebærer å etablere god kommunikasjon og gi nødvendig informasjon til pasienten og foreldrene, samtidig som man er fleksibel og tilpasningsdyktig til deres behov. Effektivitet og omsorg er to essensielle elementer som må balanseres i den preoperative fasen på en operasjonsstue.

Informantene understrekte at det er en tett sammenheng mellom foreldrenes emosjonelle tilstand og barnets opplevelse av situasjonen. Barn merker fort dersom foreldrene er engstelige og de er spesielt oppmerksomme på endringer i foreldrenes atferd. For å oppnå tillit fra foreldre, er det viktig at helsepersonell behandler dem med respekt og anerkjenner betydningen av deres rolle (Grønseth & Markestad, 2011; Mendoza et al., 2021). Det er en stor fordel å inkludere foreldrene i behandlingen og tilby dem emosjonell støtte, ettersom det kan bidra til å gjøre det enklere for foreldrene å hjelpe barnet sitt. Ved å inkludere foreldrene i de preoperative forberedelsene for barnet, får foreldrene en mulighet til å være delaktige og en følelse av kontroll i situasjonen. Samtidig kan det fungere som en avledning for foreldrene (Andersson, Johansson, & Österberg, 2012; Sundal & Lykkeslet, 2019). Foreldre som er preget av stress kan ofte fremstå urolige, ha taleflom eller virke fraværende. I noen tilfeller kan det sees i form av frustrasjon og sinne (Kain et al., 1996). Foreldrenes bekymring kan være uttrykk for et informasjonsbehov som må imøtekommes bedre (Hovind, 2011; Mendoza et al., 2021). Når en person opplever psykisk stress, vil de ofte ha større utfordringer med å motta og forstå informasjon som blir gitt til dem. I de situasjonene der barnet gir uttrykk for å ikke ville samarbeide, kan foreldrenes stressnivå øke. Som en konsekvens, kan de gi uttrykk for negative følelser overfor barnet i stedet for å være støttende (Gjems & Diseth, 2011). Trygge foreldre, gir trygge barn. Dette var en setning som ble jevnlig gjentatt av informantene i studien, av den grunn er det viktig at operasjonssykepleierne, gjennom utøvelsen av sin rolle, støtter og veileder foreldre gjennom hele prosessen.

#### *Legge til rette for mellommenneskelig relasjon*

Studien viser at den nonverbale- og verbale kommunikasjonen er av stor betydning for den mellommenneskelige relasjonen som skapes i møtet med barnet og barnets foreldre. Selv om barnet og foreldrene er forberedt og informert om inngrepet er det mange inntrykk som skal bearbeides på kort tid når de ankommer operasjonsstuen. I tillegg skal både anestesipersonale



og operasjonssykepleiere samarbeide om å gjøre barnet klart for det kirurgiske inngrepet. Informantene ga uttrykk for at det var viktig for dem å utvise vennlighet ved å hilse på barnet og forelderen idet de kom inn og deretter tilpasse seg situasjonen basert på hvorvidt barnet var mottakelig for videre interaksjon. Ifølge Grønseth og Markestad (2011) er det viktig at helsepersonell utviser god situasjonsforståelse i møtet med barn og samtidig holder seg på avstand i begynnelsen, nettopp fordi at fremmede voksne kan oppfattes som truende for barnet og spesielt når situasjonen er ny og ukjent. Imidlertid vil helsepersonell som er vennlige, interesserte, åpne og samtidig setter seg ned på samme nivå som barnet, ha større sjans for å vinne deres tillit (Grønseth & Markestad, 2011). Forskning har også vist at tillitsfulle barn forstår situasjonen bedre og beskriver tilfredsstillende interaksjon med helsepersonell, mens redde barn mangler forberedelse og forståelse (Löof et al., 2019). Dette samsvarer med våre funn, der operasjonssykepleierne var tydelige på å ikke «overøse barnet med omsorg», men at det beste var å tilpasse seg barnet og situasjonen for øvrig. En kombinasjon av avledning, ufarliggjøring, informasjon og involvering av foreldre ble benyttet for å skape relasjoner til barnet og foreldrene. Vi fant at operasjonssykepleiere forbereder seg til mottak av barn ved å innhente personopplysninger og anamnese fra barnets elektroniske journal. Det var viktig for informantene å notere seg barnets navn og alder, da dette sa noe om barnets utviklingsnivå og videre kunne hjelpe dem å finne relevante interesser eller samtaleemner som fungerte som avledning, men samtidig signaliserte interesse og empati. Måten operasjonssykepleiere kommuniserer med barn og foreldrene, kan ha stor innvirkning på hvordan de oppfatter situasjonen og dermed påvirke deres følelse av trygghet, enten direkte eller gjennom foreldrene (Musselman et al., 2023; Santapuram et al., 2021).

Informantene er oppmerksomme på at bruk av kirurgisk munnbind i kombinasjon med resten av arbeidsantrekket, kan medvirke til at barnet blir mer redd og engstelig idet de ankommer operasjonsstuen. I forbindelse med det første møtet med barnet og forelderen, er det derfor mange operasjonssykepleiere i koordinerende funksjon som bevisst velger å fjerne munnbindet. Studien til Schjøtler og Delmar (2016) viser til at førsteinntrykket av operasjonsstuen kan forsterke følelsen av både utrygghet og angst hos operasjonspasienten. Det refereres da spesielt til det visuelle inntrykket av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren som er ikledd steril operasjonsfrakk, hansker, munnbind og operasjonslue. Uavhengig av alder, vil dette være sterke inntrykk å bearbeide for et barn

(DeMaso & Snell, 2013; Li et al., 2007; Sjøbjerg, 2019). Bruk av munnbind gjør det vanskelig for de minste barna å både gjenkjenne og lese ansiktsuttrykk, av den grunn kan de bli mer urolig og engstelige (Dæhlen, 2020). Vi mener det er spesielt viktig at operasjonssykepleiere er oppmerksomme på egen non-verbal kommunikasjon og har fokus på å minimere inntrykk som kan være skremmende for barnet. Dette blir også bekreftet av operasjonssykepleierne i studien som angir at de tilpasser sine handlinger og atferd basert på situasjonen og barnets reaksjon. Å fjerne munnbindet i møtet med barnet og foreldre er viktig for operasjonssykepleieren og bygger på et ønske om å etablere tillit og videre skape en atmosfære preget av omsorg og støtte. Dette kan bidra til å minimere det overveldende inntrykket som operasjonsmiljøet kan ha på barnet og foreldrene.

Nasjonale retningslinjer krever bruk av kirurgisk munnbind for alt personell på operasjonsstuen, inkludert ved møtet med pasienter og pårørende (Folkehelseinstituttet, 2024). Her kan det oppstå et dilemma der ønsket om å møte barnet på deres premisser, skape en trygg atmosfære og samtidig minimere overveldende inntrykk ble vurdert til å være viktigere, og at de derfor fjernet munnbindet i forbindelse med det første møtet selv om det var inne på operasjonsstuen. Til tross for at dette strider mot retningslinjene, påsto informantene at det var liten fare for kontaminering av det det sterile som følge av at de oppholdt seg på trygg avstand. Operasjonssykepleieren har en sentral funksjon, samt et selvstendig og personlig ansvar i det infeksjonsforebyggende arbeidet (NSFLOS, 2023). Hensikten med å bruke kirurgisk munnbind er å beskytte pasienten og operasjonssåret mot spytt og munnflora fra personalet, men også å beskytte personalet mot sprut og aerosoler fra kroppsvæsker. Det er imidlertid mangelfull dokumentasjon når det gjelder effekt av kirurgisk munnbind med hensyn til postoperative sårinfeksjoner (Andersen, 2016; Lipp & Edwards, 2014). Det er flere faktorer som er av betydning for at smitteoverføring og smittespredning skjer. Hypotetisk sett, kan operasjonssykepleierne i vår studie har rett i at det ikke er stor fare for kontaminering dersom de holder god avstand og er bevisste på å beskytte det sterile utstyret. Likevel finnes det retningslinjer som sier operasjonspersonell skal bruke munnbind. Ut fra egne erfaringer har verken barnet eller foreldrene munnbind på når de er inne på operasjonsstuen. Vi er under den oppfatning at helsepersonell som venter med å ta på munnbind frem til de har hilst på barnet og forelderen, har større sjans til å øke deres trygghetsfølelse.

## 6 KONKLUSJON

Studien belyste viktigheten av operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter og hvordan situasjonsbevissthet, god kommunikasjon og klar rolleforståelse bidro til å skape godt samarbeid i operasjonsteamet, samt en trygg atmosfære på operasjonsstuen for barnet og deres foreldre. I forbindelse med gjennomføring av elektiv dagkirurgi, fant vi at operasjonssykepleiere opplever godt teamarbeid, kommunikasjon og situasjonsbevissthet som viktige i møte med barn og deres foreldre. Hvordan atmosfæren på operasjonsstuen blir oppfattet av barn og foreldre, kan ha stor innvirkning på deres totale opplevelse. Enten får de en positiv opplevelse, som gir en følelse av trygghet og profesjonalitet, alternativt kan de få en negativ opplevelse preget av utrygghet og mangel på kontroll. Et viktig funn i studien var viktigheten av ikke-tekniske ferdigheter og hvordan bruk av instrumentet SPLINTS kan medvirke til en bevisstgjøring og forbedring av disse. I møte med barnet og forelderen påpekte operasjonssykepleierne viktigheten av å tilpasse seg situasjonen for å imøtekomme det psykososiale behovet til barnet og forelderen, ved å være vennlige, interesserte og åpne, samtidig som de respekterer behovet for avstand i begynnelsen. Operasjonssykepleierne har en viktig rolle med å trygge foreldrene ettersom det implisitt er operasjonssykepleiernes ansvar å følge dem ut. Operasjonssykepleierne vektla at de pleide å gi foreldrene informasjon om det kirurgiske forløpet, samt ta imot telefonnummer for å gi dem en visshet om at barnet var i trygge hender. Operasjonssykepleierne opplevde det som utfordrende å ikke ha tid til å ivareta foreldre som hadde behov for ekstra støtte, dette som følge av at de måtte returnere til operasjonsstuen. Operasjonssykepleiere velger bevisst å fjerne munnbindet i møtet med barn og foreldre. Dette til tross for nasjonale retningslinjer som krever bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne la vekt på at det var et viktig trygghetsskapende tiltak som potensielt gjorde situasjonen litt mindre skremmende for barnet.

## 7 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

Våre funn viser et behov for mer forskning rundt generell kunnskap om barnepasienten, samt ivaretagelse av barn og foreldre fra operasjonssykepleiers perspektiv. Dette kan gjennomføres ved å tillegge temaet mer oppmerksomhet i undervisningssammenheng i utdannelsen av operasjonssykepleiere. Det gjør at fremtidige operasjonssykepleierne vil ha bedre forutsetninger for å ivareta barn og foreldres psykososiale behov, men også med hensyn til teamarbeidet på operasjonsstuen.

Det kom tydelig frem at mange foreldre har behov for ekstra støtte og trygghet etter at barnet er lagt i narkose. Mye som følge av at foreldrene endelig kan få utløp for sine egne følelser. Det kom tydelig frem at dette er en situasjon som kan være utfordrende med tanke på at operasjonssykepleieren ønsker å ivareta foreldrene som har behov for dette, men må returnere til operasjonsstuen raskest mulig. I tillegg blir mange foreldre bekymret dersom operasjonstiden strekker seg utover hva de har blitt forespeilt. Vi vil argumentere for at det burde være en tilgjengelig ressursperson som kan være disponibel for foreldrene. På denne måten kan foreldrene få støtte, men også informasjon og oppdateringer relatert til det kirurgiske inngrepet.

Hva angår videre forskning ville det vært interessant og nødvendig med studier som ser nærmere hvilken betydning fjerning av munnbind har med tanke på forurensning av sterile områder.

## REFERANSER

- Agüero-Millan, B., Abajas-Bustillo, R. & Ortego-Maté, C. (2023). Efficacy of nonpharmacologic interventions in preoperative anxiety: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6229-6242. <https://doi.org/10.1111/jocn.16755>
- Al-Sagarat, A. Y., Al-Oran, H. M., Obeidat, H., Hamlan, A. M. & Moxham, L. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99-107. <https://doi.org/10.1097/CNQ.000000000000146>
- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus - del 2 - praksis og teori*. Elefantus forlag.
- Andersson, L., Johansson, I. & Österberg, S. A. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204, 1206-1210. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.20.1204>
- Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children and Young People*, 24(1), 28-34. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.02.25.1.28.s9537>
- Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22(2), 157-167. <https://doi.org/10.1111/nin.12074>
- Çamur, Z. & Karabudak, S. S. (2021). The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.12910>
- Carlsen, E. & Sjøbjerg, I. L. (2013, 19.06.2013). *Psykososial preoperativ forberedelse av barn og unge*. <https://www.kirurggen.no/fagstoff/barnekirurgi/psykososial-preoperativ-forberedelse-av-barn-og-unge/>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2020). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (2. utg.). Abstrakt forlag.
- Crellin, D., Babl, F. E., Sullivan, T. P., Cheng, J., O'Sullivan, R. & Hutchinson, A. (2011, Jul). Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatr Emerg Care*, s. 27(27):622-627.
- DeMaso, D. R. & Snell, C. (2013). Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(3), 134-138. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.04.004>
- Dæhlen, M. (2020, 20.04.2020). *Barn kan bli redde for munnbind. Forskere råder foreldre til å gjøre barna vant til dem hjemme*. forskning.no. <https://www.forskning.no/barn-og-ungdom-sykdommer/barn-kan-bli-redde-for-munnbind-forskere-rader-foreldre-til-a-gjore-barna-vant-til-dem-hjemme/1672593>
- Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (Red.). (2019). *Operasjonssykepleie* (2. utg.). Gyldendal.
- Eide, P. H. & Dåvøy, G. M. (2019). Funksjons- og ansvarsområde. I P. H. E. Grethe Myklestul Dåvøy, Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 28-33). Gyldendal.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. Ashgate.
- Flynn, F. M., Sandaker, K., Tønnessen, S. & Valeberg, B. T. (2021). Ikke-tekniske ferdigheter må integreres i utdanningen av sykepleiere. *Sykepleien Forskning*, 109. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86022>
- FNs barnekonvensjon. (1989). *Barnekonvensjonen* Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/17893\\_1-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/17893_1-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2024, 12.04.2024). *Håndbok om forebygging av infeksjoner i operasjonsområdet*. fhi.no. <https://www.fhi.no/sm/smittevern-i-helsetjenesten/forebygging-av-infeksjoner-i-operasjonsomrader/intraoperativ-fase/personalet/?term=#kirurgisk-munnbind>

- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (23). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Gillespie, B. M., Harbeck, E., Kang, E., Steel, C., Fairweather, N. & Chaboyer, W. (2017). Correlates of non-technical skills in surgery: a prospective study. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014480>
- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 856-862.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Hansen, I. (2019). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 99-129). Gyldendal.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (44). Helse- og omsorgsdepartementet. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (4). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Homer, J. R. & Bass, S. (2010). Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthesiologists. *Pediatric Anesthesia*, 20(7), 638-646. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2010.03324.x>
- Hovind, I. L. (Red.). (2011). *Anestesisykepleie* (2. utg.). Akribe.
- Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (Red.). (2021). *Teamarbeid i helsetjenesten. Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C. & Caramico, L. A. (1996). Preoperative preparation in children: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 8(6), 508-514. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0952-8180\(96\)00115-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0952-8180(96)00115-8)
- Kaldheim, H. K. A. & Slettebø, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre - A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(1), 49-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-05>
- Kaldråstøyl, G., Bohman, B. M., Salemonsens, E. & Bentsen, S. B. (2022). Fremmede kirurgisk teamarbeid - en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger. *Inspira*, 17(2), 55-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3804>
- Kang, E., Gillespie, B. & Massey, D. L. (2014). What are the non-technical skills used by scrub nurses? An integrated review. *Journal of Perioperative Nursing in Australia* 27(4), 16-26. [https://www.researchgate.net/publication/281179042\\_What\\_are\\_the\\_non-technical\\_skills\\_used\\_by\\_scrub\\_nurses\\_An\\_integrated\\_review](https://www.researchgate.net/publication/281179042_What_are_the_non-technical_skills_used_by_scrub_nurses_An_integrated_review)
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A.-C. D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>
- Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>
- Kennair, L. E. O. & Malt, U. (2021). *Frykt*. Store norske leksikon. <https://snl.no/frykt>

- komiteene, D. n. f. (2014, 10.02.2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3, Red.). Gyldendal Akademisk.
- Kåss, E. & Hem, E. (2021, 07.11.2021). *Elektiv*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/elektiv>
- Leonardsen, A. C. L. & Bjørnå, S. (2014). Bruk av premedikasjon til barn-til barnets beste? *Inspira*, 11-15. [https://www.researchgate.net/publication/276919220\\_Bruk\\_av\\_premedikasjon\\_til\\_barn-til\\_barnets\\_beste](https://www.researchgate.net/publication/276919220_Bruk_av_premedikasjon_til_barn-til_barnets_beste)
- Li, H. C. W., Lopez, V. & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 320-332. <https://doi.org/10.1002/nur.20191>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108(103632). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lipp, A. & Edwards, P. (2014). Disposable surgical face masks for preventing surgical wound. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD002929>
- Lööf, G., Andersson-Papadogiannakis, N. & Silén, C. (2019, Juni 14). Children's own perspectives demonstrate the need to improve *Nursing Open*, s. 1363-1371.
- Malterud, K. (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: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mendoza, B. A., Fortier, M. A., Trinh, L. N., Schmid, L. N. & Kain, Z. N. (2021). Factors impacting parental and child satisfaction in the perioperative setting. *Paediatric Anaesthesia*, 31(9), 932-943. <https://doi.org/10.1111/pan.14236>
- Mitchell, L. & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x>
- Musselman, E., Shea, K. & Johnson, L. (2023). Developmentally Appropriate Care of Pediatric Patients in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 117(2), 98-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aorn.13863>
- Mykkeltveit, I. & Bentsen, S. B. (2020). Den norske versjonen av SPLINTS (SPLINTS-no)- et instrument for å utvikle og vurdere ikke tekniske ferdigheter hos operasjonssykepleiere. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(3), 176-184. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-04>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm.
- NSF. (2023, 23.11.2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleie.pdf>
- NSFLOS. (2023, 27.11.2023). *Ansvar- og funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere*. NSFLOS. <https://nsflos.no/wp-content/uploads/2023/11/Ansvar-og-funksjonsbeskrivelse-for-Operasjonssykepleiere-GF-2023.docx.pdf>
- Oksavik, W. S., Heen, C. & Heggdal, K. (2021). Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet – belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. *Klinisk sygepleje*, 35(1), 3-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-01-02>
- Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>.



- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Perry, C., Samuelsson, C. & Cyna, A. M. (2015). Preanesthetic nurse communication with children and parents - an observational study. *Pediatric Anesthesia*, 25(12), 1235-1240. <https://doi.org/10.1111/pan.12759>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (38). Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Rothrock, J. C. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery* (16. utg.). Elsevier.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K. & Odenrick, P. (2011). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 783-795. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x>
- Santapuram, P., Stone, A. L., Walden, R. L. & Alexander, L. (2021). Interventions for Parental Anxiety in Preparation for Pediatric Surgery: A Narrative Review. *Children*, 8(11), 1069. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/children8111069>
- Schibbye, A.-L. L. & Løvlie, E. (2018). *Du og barnet - om å skape gode relasjoner med barn*. Universitetsforlaget.
- Schjøtler, G. & Delmar, C. (2016). Angst, sårbarhet og skam – operationspatienters sanseerfaringer. *Klinisk sygepleje*, 30(1), 17-30. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-01-03>
- Sirevåg, I., Tjoflåt, I. & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4935-4949. <https://doi.org/10.1111/jan.15064>
- Sirevåg, I., Tjoflåt, I. & Hansen, B. S. (2023). Expanding the non-technical skills vocabulary. *BMC Nursing*, s. 22:323.
- Sjöberg, C., Svedberg, P., Nygren, J. M. & Carlsson, I.-M. (2017). Participation in paediatric perioperative care: 'what it means for parents'. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4246-4254. <https://doi.org/10.1111/jocn.13747>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012 - 2022*. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, s. 1-11.
- Søbjerg, I. L. (2019). Barn som operasjonspasienter. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 88-98). Gyldendal.
- Søvig, K. H. (2010). Barnets rettigheter på barnets premisser – utfordringer i møtet mellom FNs barnekonvensjon og norsk rett. *Lov og rett*, 49(9), 561-563. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1504-3061-2010-09>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomasgaard, M., Lohne, V. & Valeberg, B. T. (2021). «The Worst Is the Worry»: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children. *AANA Journal*, 89(4), 342-349. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/worst-is-worry-importance-preoperative/docview/2712290199/se-2>
- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (G. akademisk, Red.).
- UiO. (2017, 20.12.2023). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. UiO. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiS. (2021a, 12.12.2023). *Forskningsetikk ved UiS*. UiS. <https://www.uis.no/nb/forskning/forskningsetikk-ved-uis>
- UiS. (2021b, 03.01.2024). *Nettskjema*. UiS. <https://www.uis.no/nb/undervisning-og-oppgaveskriving/nettskjema#/>



- Vinney, C. (2024). Kan barn forstå forskjellen mellom fantasi og virkelighet? *Verywell*.  
<https://www.verywellmind.com/can-children-understand-the-difference-between-fantasy-and-reality-5217713>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* World medical association.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Vedlegg 1: Søknad NSD sikt



# Meldeskjema

## Referansenummer

822618

## Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Stemme på lydopptak
- Andre personopplysninger

## Beskriv de andre personopplysningene

Utdanning og kjønn

## Prosjektinformasjon

### Tittel

Masteroppgave - Operasjonssykepleiers erfaringer med barnet som pasient og dens pårørende

### Sammendrag

Studiens hensikt er å øke forståelsen for hvordan operasjonssykepleiere erfarer samhandlingen med barn som skal gjennomgå elektiv dagkirurgi og deres pårørende. Vi ønsker å invitere til individuelle intervju med operasjonssykepleiere som har erfaring fra denne pasientgruppen. Prosjektets problemstilling er: «Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med ivaretagelse av barn og pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi?» Studiens inklusjons kriterier er operasjonssykepleiere med erfaring med barn i alderen 0 - 18 år som skal gjennomgå elektiv dagkirurgi, samt omsorgspersonen som følger barnet. Studien vil inkludere ca 10-12 operasjonssykepleiere (data saturasjon).

### Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

For å realisere formålet med studien er vi avhengig av å gjennomføre intervju med operasjonssykepleiere tilknyttet dagkirurgisk enhet. Vi trenger nødvendig kontaktinformasjon med potensielle deltakere for å kunne avtale tid/sted for gjennomføring av intervju. Samtidig er personopplysninger nødvendig for å kunne følge opp deltakere i etterkant av intervjuet skulle det bli aktuelt. Lydopptak vil også bli gjort for å sikre nøyaktighet og dermed bidra til studiens integritet.

### Prosjektbeskrivelse

[Prosjektplan masteroppgave.docx](#)

### Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

### Type prosjekt

Master

### Kontaktinformasjon, student

Hilde Steinnes, [Redacted]

## Behandlingsansvar

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

### Prosjektansvarlig

Britt Sætre Hansen, [Redacted]

### Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

## Utvalg 1

### Beskriv utvalget

Operasjonssykepleiere som har erfaring med barnepasienter 0-18 år og omsorgspersonen som følger barnet.

### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Vi har kontaktet fagleder ved dagkirurgisk enhet underlagt Stavanger universitetssykehus som vil bistå i rekrutteringen av studiedeltakere basert på inklusjons kriteriene.

#### Aldersgruppe

25 - 70

#### Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

- Navn
- Stemme på lydopptak

### Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

#### Personlig intervju

##### Vedlegg

[Intervjuguide.docx](#)

#### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

### Informasjon til utvalg 1

#### Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

#### Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

##### Informasjonsskriv

[Samtykkeskjema.docx](#)

### Tredjepersoner

---

#### Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

Nei

### Dokumentasjon

---

#### Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

#### Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Det er frivillig å delta i studien og deltakeren kan trekke seg når som helst ved å kontakte forfatterne eller prosjektansvarlig.

#### Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

På samme måte som ved trekk av samtykke

#### Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

### Tillatelser

---

#### Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

### Sikkerhetstiltak

---

#### Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Ja

#### Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering
- Kryptert lagring

#### Hvor blir personopplysningene behandlet?

- Private tjenester

#### Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

**Overføres personopplysninger til et tredjeland?**

Nei

## Avslutning

---

**Prosjektperiode**

02.10.2023 - 01.05.2024

**Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?**

Data slettes (sletter rådataene)

**Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publisasjon?**

Nei

## Tilleggsopplysninger

---

## Vedlegg 2: Søknad personvernombudet



Norsk ▾

### Operasjonssykepleieres ivaretagelse av barn og pårørende ved elektiv dagkirurgi

Formålet med studien er å få økt innsikt i operasjonssykepleierens erfaring med ivaretagelse av barn og pårørende som skal gjennomgå elektiv dagkirurgisk behandling. Det foreligger lite forskning tilknyttet tematikken hva angår operasjonssykepleie og vi anser studien til å være relevant for både operasjonssykepleiere samt operasjonssykepleiestudenter som møter barn og deres foreldre i sitt arbeid. Studiens problemstilling er som følger: «Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med ivaretagelse av barn og pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi?»

Student/bachelor/masteroppgave

Prosjekt ID: 4457

ID: 4457

Institusjon

Institusjon utenfor eProtokoll

Universitetet i Stavanger

Periode

Oppstart: 02.10.2023

Avsluttes: 01.07.2024

Meld endring

Alle henvendelser rettes til: eProtokoll, [redacted]

Dette nettstedet benytter informasjonskapsler til å huske språkvalg og til å samle inn statistikk.

[Personvern](#) - [Informasjonskapsler](#)

### Vedlegg 3: Søknad om å gjennomføre en kvalitativ studie

Fra: Skjæveland, Hege Rolstad <[redacted]>  
Sendt: Monday, October 2, 2023 10:22:04 AM  
Til: Mia Valerie Sand <[redacted]>  
Kopi: Krogedal, Brit <[redacted]>  
Emne: SV: Søknad om å få gjennomføre masterprosjekt

Hei!

Bare hyggelig å hjelpe. Viktig tema og håper dere kan legge frem masteren på en internundervisning i etterkant. Det er veldig ønskelig.

Jeg videresendte til operasjon øst og til Gro Kaspersen som er leder der. Ta direkte kontakt med henne og purr hvis du ikke har fått svar. Hun er der i dag og i morgen og så har hun fri til over høstferien. Gi meg beskjed hvis du ikke har fått tilbakemelding innen ukas utløp.

Ang skriftlig tillatelse/ bekreftelse har dere kanskje et skjema jeg kan få tilsendt så skal jeg fylle ut. Regner med det ikke er første gang det trengs det 😊

Lykke til!

Vennlig hilsen

**Hege Rolstad Skjæveland**  
Avdelingssjef Dagkirurgisk avdeling/ Prosjektleder Organisering og drift <[redacted]>  
<[redacted]>  
<[redacted]>  
<[redacted]>

## Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet:

#### *«Operasjonssykepleieres ivaretakelse av barn og pårørende ved elektiv dagkirurgi»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å belyse operasjonssykepleieres erfaringer med barnepasienten og deres pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi. Dersom du velger å delta, vil du delta i et individuelt intervju med forfatterne av studien. Dette skrevet gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med studien er å få innsikt i operasjonssykepleierens erfaring med ivaretakelse av barn og pårørende som skal gjennomgå planlagt dagkirurgisk behandling.

Studiens problemstilling er som følger: «Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med ivaretakelse av barn og pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi?»

Dette er en masteroppgave i operasjonssykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?  
Universitetet i Stavanger

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er gjort en hensiktsmessig utvelgelse av personalet på avdelingen. Du er valgt ut på bakgrunn av erfaringen og kompetansen du inneha med ivaretakelse av barn og pårørende.

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

Hvis du velger å delta innebærer det at du lar deg intervjuet av studiens forfattere. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 45-60 minutter.

Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med ivaretagelse av barn og deres pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi. Under intervjuet vil det bli stilt åpne spørsmål, eventuelt også oppfølgingsspørsmål. Det vil bli tatt lydopptak under intervjuet som blir oppbevart konfidensielt på krypterte filer og slettet når formålet med studien er ferdig. Etter intervjuet blir dataene transkribert og analysert. Av personlige opplysninger vil vi innhente navnet ditt for å kunne knytte data til ID-nummer. Alle personlige opplysninger vil bli anonymisert i henhold til gjeldende lovverk og etiske retningslinjer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi årsak til dette. 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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuere og veiledere ved UIS vil ha tilgang til det som blir sagt på intervjuet. Navn vil bli erstattet med koder som blir lagret på en egen navneliste som er adskilt fra øvrige data. Data som blir samlet inn under intervjuene vil bli brukt til å få frem erfaringene til operasjonssykepleierne. Det vil ikke bli publisert personlige opplysninger som kan spores tilbake til deg.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?  
Prosjektet vil etter planen avsluttes i løpet av mai 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres og lydopptak slettet etter UIS sine retningslinjer. Det er kun studentene som utfører forskningen samt veileder ved UIS som har tilgang på studiens datamateriale.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?  
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### 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:

Hilde Steinnes (masterstudent):

Tlf: 998 11 277, [hilde.steinnes@uis.no](mailto:hilde.steinnes@uis.no)

Mia Valerie Sand (masterstudent):

Tlf: 160 60 100, [mia.valerie.sand@uis.no](mailto:mia.valerie.sand@uis.no)

Britt Sætre Hansen (veileder, professor i sykepleievitenskap):

[Britt.Saetre.Hansen@uis.no](mailto:Britt.Saetre.Hansen@uis.no)

Malin Maria Dramdal (veileder, universitetslektor i operasjonssykepleie):

[Malin.Maria.Dramdal@uis.no](mailto:Malin.Maria.Dramdal@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

[personvern@uis.no](mailto:personvern@uis.no)

Har du spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved Helse Stavanger HF via:

[personvern@helsestavanger.no](mailto:personvern@helsestavanger.no) eller tlf. 51 51 00 60

Med vennlig hilsen

Hilde Steinnes og Mia Valerie Sand



---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Operasjons sykepleieres ivaretagelse av barn og pårørende ved elektiv dagkirurgi*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5: Intervjuguide

<b>Prosjektmål:</b>	
Konkrete mål:	<p>Finne ut hvilke erfaringer operasjons-sykepleiere har med ivaretagelse av barn og pårørende i forbindelse med elektiv dagkirurgi.</p> <p>Finne ut hvordan operasjonssykepleierne forholder seg til barn og pårørende som opplever en vanskelig situasjon.</p>
Formål med intervjuet	Få innsikt i hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har når de ivaretar barn og pårørende ved elektiv dagkirurgi
<b>Før intervjuet starter:</b> presentasjon av forfatterne. Gjennomgang av studiens hensikt. Informere om taushetsplikt og oppbevaring av datamateriale. Takker for deltakelse.	
<b>Åpne spørsmål:</b>	<b>Oppfølgingsspørsmål:</b>
Kan du beskrive dine egne erfaringer og opplevelse i møte med barn og pårørende på dagkirurgisk enhet?	Er det noen spesielle hendelser du ønsker å trekke frem?
Hva tenker du er viktig å fokusere på i møte med barn og pårørende?	Har du opplevd en situasjon som har vært ekstra krevende? I så fall: kan du utdype dette?
Kan du nevne en situasjon som ga en god opplevelse i møte med pårørende?	Kan du utdype dette ytterligere?
Kan du fortelle om en gang du mestret en vanskelig situasjon måte i møte med barnet og/eller pårørende?	Hva gjorde at det gikk så fint den gangen?
Hvilke tanker reflekterer du over når du skal treffe barnet og deres pårørende for første gang?	Kan du utdype dette ytterligere?
Hvordan er det å ivareta pårørende til barn sammenlignet med pårørende til voksne pasienter?	<p>Hva vil du si er den største forskjellen?</p> <p>Møter du pårørende til barn med samme holdning og tilstedeværelse som ved pårørende til voksne pasienter?</p>

Kan du komme med noen eksempler på hva som kunne vært gjort annerledes, eller vært mer tilrettelagt for ivaretagelse av barn og pårørende ved avdelingen?	Hva?
<b>JA/NEI spørsmål</b>	<b>Oppfølgingsspørsmål</b>
Er det noe mer du ønsker å si eller legge til avslutningsvis?	Hva?  Er det noe du synes er viktig å få frem som ikke er nevnt?
Kan vi kontakte deg hvis det blir aktuelt senere?	

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseskjema

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Hovedkategori
Ehm, det som vi i stor grad ser er det at barn der pårørende eller foreldre da, har hatt god informasjon på forhånd - gjerne aktive foreldre som søker informasjon (går på nettet og klarer å forklare). Jeg snakket med en sykepleier på postop. som også forklarte det at det er noen seksjoner som de kan gå inn på nettet og se videoer av hvordan ting ser ut. Så når barn er veldig forberedt så merker vi det på personens psyke (1).	Barn med informerte pårørende, spesielt de som søker informasjon online, er bedre forberedt og man merker det på personens psyke.	«Forberedelse og informert støtte fra foreldre påvirker barnet positivt»	Foreldrenes rolle	Trygge barnepasienten og ivaretagelse av foreldre	Fremme trygghet hos barnet og foreldre
Men som sagt, merker stor forskjell når foreldre er trygge og klarer å formidle hva som skal skje til barn. Da ser vi jo at barnet er trygge og da går ting mye glattere (1).	Stor forskjell når foreldre er trygge og klarer å formidle hva som skal skje, da ser vi jo at barnet er trygge og da går ting mye glattere.	«Trygge foreldre formidler trygghet til barnet»			

<p>Jeg pleier å lese meg opp. Foreldre er jo veldig kritiske. Eller, sånn de vil jo gjerne at det skal være noen der som vet hva de holder på med. Sånn at vi vet hva ungen feiler og om det er spesielle ting. Og sånn at du ikke kommer, ja ... at det er ting du ikke vet som de kan reagere på at du ikke har fått med deg (2).</p>	<p>Jeg leser meg alltid opp fordi foreldre er kritiske og ønsker at vi er informert om barnets helse og eventuelle spesielle forhold for å unngå bekymringer.</p>	<p>«Jeg leser meg alltid opp for å unngå bekymrede foreldre»</p>	<p>Å formidle trygghet</p>		
<p>Noen har stålsatt seg og faller litt i grus med en gang de kommer ut døren og andre er litt mer sånn, nei dette gikk jo fint.. og det er liksom da på de meterne vi har fra operasjonsdøra hvor de går ut, til de er ute at du kanskje da klarer å berolige eller ivareta de (4).</p>	<p>På vei ut fra operasjonssalen forsøker jeg å berolige eller støtte dem gjennom den korte avstanden.</p>	<p>«Å berolige å støtte den korte avstanden»</p>	<p>Viktigheten av å ivareta foreldre</p>		
<p>Så jeg føler at jeg får en eller tar fort en støttende rolle i situasjonen. For skal de ha veneflon for eksempel eller de sitter på fanget til far eller mor så er du med å støtte, holder en arm eller føttene (4).</p>	<p>Jeg tar raskt en støttende rolle situasjonen.</p>	<p>«Støttende rolle»</p>	<p>Samspill i teamet</p>	<p>Bidra til godt teamarbeid gjennom kommunikasjonen, samspill og rolleforståelse</p>	<p>Skape en rolig atmosfære på operasjonsstuen gjennom godt teamarbeid</p>

<p>At man er behjelpelig og står klar med et plaster eller tape, det er jo ofte da litt armer og bein og de sitter der med en fot og en veneflon som ikke skal dette ut, at man er litt på tilbudssiden. Det er liksom det vi holder på med ... det å få teamet til å fungere. Hvis man klarer det og føler det har gått bra, så er jo det en mestring i det ... akkurat det med at man får hele situasjonen til å bli bra (4)</p>	<p>Å støtte med utstyr i kaotiske situasjoner, bidra til å få teamet til å fungere og å lykkes med å håndtere hele situasjonen er en mestring.</p>	<p>«Å få teamet til å fungere- å lykkes med håndtering av hele situasjonen»</p>			
<p>Vi har jo hatt litt diskusjoner på om det [...]er operasjonssykepleieren som skal ha ansvar dette her med å ta seg av ungen når den kommer inn, eller er det kun anestesien? De føler ofte at det blir så mange personer som blir involvert. For en liten unge så kan det være sånn overveldende, det stadig vekk noen nye som skal hjelpe- At en bør prøve å begrense det til færrest mulig personer. Jeg kjenner at jeg bare vurderer det sjøl da. Om jeg synes det er nødvendig, og hva det trenger hjelp til (6)</p>	<p>Hvem som skal ta ansvar for barnet når det kommer inn. For mange personer involvert, kan være overveldende for barnet. Jeg kjenner jeg bare vurderer det sjøl da.</p>	<p>«Fordeling av ansvar- for mange personer involvert, kan være overveldende for barnet»</p>	<p>Kjenne sin rolle i teamet</p>		

## Vedlegg 7: COREQ skjema

### 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?	18
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	2, 15
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	2
Gender	4	Was the researcher male or female?	15
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	2, 15
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	15
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	18, 25, 26
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	18, 25, 26
<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	14, 19
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	3, 16
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	26
Sample size	12	How many participants were in the study?	26
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	26
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	18
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	18, 27
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	26
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	18
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19, 27
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	19
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	18
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	17, 26
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?	20
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	21
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	22
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	25, 27
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	32
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	28
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	22
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	29

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

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



Vedlegg 8: PICO skjema

<p><b>P –</b>  <b>patient/population/problem</b>  <i>(Hvem)</i></p>	<p>Beskriv hvilken populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:</p>	<p>Surgical nurse*          Perioperative nurse*          Children          Pediatric          Parents</p>
<p><b>I –</b>  <b>intervention/initiative/action</b>  <i>(Hva)</i></p>	<p>Beskriv tiltak eller hva de utsettes for:</p>	<p>Elective day surgery          Day surgery          Anxiety          Non-technical skills          Teamwork          Operating room          Nurse-patient relations          Trust</p>
<p><b>C –</b>  <b>comparison</b>  <i>(Alternativ)</i></p>	<p>Skal tiltaket sammenlignes med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket</p>	<p>N/A</p>
<p><b>O –</b>  <b>outcome</b>  <i>(Resultat/effekt)</i></p>	<p>Beskriv hvilke(t) utfall du vil oppnå eller unngå:</p>	<p>Clear role distribution between members of the surgical team.           Reduce anxiety and stress.           Increase patient satisfaction           Create a safe space in the operating room.</p>

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 Mia Valerie Sand

Spesialisering i: Operasjons sykepleie

Bidrag: likeverdige bidrag i utarbeidelse av masteroppgaven.

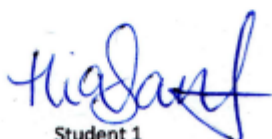
STUDENT 2

Navn Hilda Steinnes

Spesialisering i: operasjons sykepleie

Bidrag likeverdige bidrag

Signatur:

  
Student 1

  
Student 2

Veileder: Brit Solre Hansen