



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling folkehelse

Campus Elverum

**Ida Hagen**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**4BACH**

**Trygge foreldre - trygge barn?**

Confident parent - confident child?

Bachelor sykepleie

BASY 2012

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

---

# Innhold

<b>INNHOOLD .....</b>	<b>3</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>7</b>
1.1 INNLEDNING.....	7
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV OPPGAVE.....	8
1.3 REDEGJØRELSE FOR MIN FØRFORSTÅELSE.....	9
1.4 HENSIKT MED OPPGAVEN .....	10
1.5 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	10
1.6 AVGRENSING AV OPPGAVEN .....	10
1.7 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER.....	11
1.7.1 <i>Foreldre</i> .....	11
1.7.2 <i>Perioperative faser</i> .....	11
1.7.3 <i>Dagkirurgiske inngrep</i> .....	12
1.7.4 <i>Tonsillektomi</i> .....	12
1.7.5 <i>Anestesi</i> .....	12
1.7.6 <i>Induksjon</i> .....	12
<b>2. METODE .....</b>	<b>13</b>
2.1 VALG AV METODE.....	13
2.2 LITTERATURSØK .....	13
2.3 KILDEKRITIKK.....	14
<b>3. TEORI.....</b>	<b>17</b>
3.1 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV .....	17
3.2 OMSORG.....	18

---

3.3	ETISK PERSPEKTIV .....	19
3.4	SYKEPLEIEPROSESSEN .....	21
3.5	SYKEPLEIERENS UNDERVISENDE FUNKSJON .....	21
3.6	TONSILLEKTOMI OG ANESTESI.....	23
3.7	TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	23
3.8	UTVIKLINGSSTADIET HOS BARN 3-6 ÅR .....	24
3.9	FORELDRENE OG DERES FØLELSESMESSIGE MESTRINGSSTRATEGIER.....	25
<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV FORSKNING .....</b>	<b>28</b>
4.1	IKKE-MEDIKAMENTELLE INTERVENsjONER VED INDUKSJON AV ANESTESI HAS BARN .....	28
4.2	FAMILIESENTRETT FORBEREDELSE FORBEDRER PERIOPERATIVE RESULTATER HOS BARN .....	28
4.3	REDUKSJON AV ENGSTELSE HOS FORELDRE FØR OG ETTER INDUKSJON AV ANESTESI.....	31
4.4	FORELDRES TILSTEDEVÆRELSE VED INDUKSJON AV ANESTESI.....	32
4.5	FORELDRES ERFARINGER; BARNETS FØRSTE ANESTESI VED DAGKIRURGISK INNGREP.....	33
<b>5.</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>35</b>
5.1	AMBIVALENS MELLOM BEKYMNING OG LETTELSE .....	35
5.2	FØLELSEN AV Å MISTE KONTROLL .....	36
5.3	BEHOV FOR Å VÆRE FORBEREDT .....	37
5.4	Å VÆRE TILSTEDE .....	38
5.5	BEHOV FOR FØLELSESMESSIG STØTTE .....	39
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>41</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>43</b>
	<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>45</b>

## Norsk sammendrag

Tittelen på dette litteraturstudiet er «Trygge foreldre - trygge barn?». Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hva forskning og litteratur sier om sammenhenger mellom følelsesmessig mestring hos foreldrene og barnas opplevelse av trygghet i forbindelse med dagkirurgiske inngrep. Jeg vil se på sykepleierens rolle for å bidra til mestringsstrategier hos foreldrene som kan redusere deres engstelse, og da særlig i forbindelse med induksjon av anestesi. Problemstillingen er: «Hvordan kan sykepleieren bidra til følelsesmessig mestring hos foreldrene for best å ivareta det dagkirurgiske barnet postoperativt?»

I Norge har barn lovfestet rett til å ha med seg en omsorgsperson under sykehusopphold (Pasient- og brukerretighetsloven, 2014). Helsepersonell plikter å legge til rette for dette, også under induksjon av anestesi (Helsepersonelloven, 2014). Sykepleierens undervisende funksjon og omsorgsbaserte yrkesutøvelse belyses gjennom teori for å synliggjøre sykepleierens ansvar for å ivareta emosjonelle behov hos både barn og foreldre. Dette drøftes i lys av Kari Martinsens omsorgsteori, og funn i forskning.

Jeg konkluderer med at barn opplever økt grad av trygghet når sykepleieren ivaretar også foreldrenes behov for informasjon og opplevelse av mestring, men at en viss grad av engstelse vil være naturlig og forventet. I tillegg konkluderer jeg med at økt fokus på samarbeid mellom de ulike avdelingene og bruk av hjelpemidler som informasjonspakker til foreldrene kan bidra til en bedre opplevelse av dagkirurgiske inngrep for både barn og foreldre.

«Vi gjør alt, også det som er vanskelig, sammen. Slik at det ikke skal være utrygt for dem. Selv om det er vanskelig, så er jeg alltid der»

(Andersson, Johansson & Osterberg, 2012)

---

# 1. Innledning

## 1.1 Innledning

Å forberede barn før kirurgiske inngrep er et viktig fokusområde for sykepleieren som arbeider med barn. Barnets rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) og sykepleierens plikter (Helsepersonelloven) er tydelig på at alle barn har rett til alderstilpasset informasjon som skal bidra til å trygge barnet. Foreldre har som pårørende til barnet de samme rettigheter til informasjon og oppfølging. Imidlertid er det per i dag lite føringer for hva slags informasjon foreldrene har behov for, utover den alderstilpassede informasjonen som blir gitt barnet.

Hvert år gjennomgår 14000 pasienter ved norske sykehus kirurgi på tonsillene, eller mandlene som de kalles i dagligtale. Vi vet at flertallet av disse pasientene er barn, og at inngrepene i stadig økende grad blir gjennomført dagkirurgisk. Per i dag eksisterer det ikke et landsdekkende register som kan fortelle oss nøyaktig hvor mange barn det er i denne pasientgruppen, men i februar i år ble det gitt konsesjon fra datatilsynet for å opprette et tonsilleregister som i nær fremtid vil gi svar på dette (Bratt, M. 2016).

Med et overordnet fokus på at barn skal føle seg så trygge og godt ivaretatt som overhode mulig når de skal fjerne tonsillene, vil jeg i denne oppgaven fokusere på foreldrenes behov for informasjon og psykososial forberedelse. Dette for å oppnå en forståelse for hvordan sykepleieren kan bidra til økt følelsesmessige mestring hos foreldrene i en situasjon som kan oppleves som utfordrende og skremmende, og dermed bidra til at foreldrene er i stand til å trygge barnet sitt på best mulig vis. Barna står dermed i sentrum, til tross for at det er foreldrenes opplevelse jeg vil å belyse.

Det er lett å ta for gitt at barn har med seg mor eller far på sykehuset, men det har ikke alltid vært slik. Siden 1960- tallet har oppmerksomheten rundt barns følelsesmessige behov ved sykehusinnleggelse økt. I 1969 ble et utvalg opprettet for å vurdere barns forhold ved norske sykehus. Dette resulterte i en rapport som ble retningsgivende for barns rettigheter, og ble i 1979 vedtatt i Forskrift for barn på sykehus. Etter dette har barn hatt lovfestet rett til å ha en omsorgsperson med seg under hele sykehusoppholdet, og sykehusene pliktet nå å legge til rette for dette (Jørnli, 2014). I Norge i dag er foreldrenes tilstedeværelse en integrert del av barnets opphold på sykehuset, noe som er reflektert i både lovverket og sykepleierens ansvarsområde.

For barn og foreldre er et dagkirurgisk inngrep en opplevelse som gjerne fører til blandede følelser (Andersson, Johansson & Ostberg 2012). Operasjonsstua er for de fleste en høyteknologisk og ukjent verden, med uvante og potensielt skremmende sanseinntrykk. Håpet om at hyppige halsbetennelser som begrenser barnets utfoldelse og fører til lange våkenetter for hele familien snart er over, blandes med engstelse for om alt skal gå bra under inngrepet.

## 1.2 Begrunnelse for valg av oppgave

Tredje studiemester var jeg utplassert ved en barneavdeling. Der møtte jeg flere barn som var innlagt for operative inngrep, og deres foreldre.

Informasjonen fra sykepleier til barna om hva som skjer under en operasjon var basert på retningslinjer for helseforetaket, og disse var lett tilgjengelige for sykepleieren. Jeg opplevde derimot at det var en uklar ansvarsfordeling mellom de ulike yrkesgruppene (kirurg, anestesi, sykepleier) når det gjaldt informasjon til foreldrene, og at denne var lite formalisert. Graden av oppfølging til foreldre under og etter induksjon av narkose varierte også fra sykepleier til sykepleier. Noen gikk tilbake til avdelingen så snart barnet var trillet frem til operasjonsstua, mens andre ventet til barnet var lagt i narkose, og fulgte så mor eller far tilbake til avdelingen.

Ved en innleggelse er det sykepleieren som i størst grad har kontinuerlig oppfølging av barn og foreldre, fra ankomst til utskrivelse. Hun har også et faglig ansvar for å gi tilpasset informasjon til familien (Helsepersonelloven). Dette ansvaret, kombinert med sykepleierens ofte store erfaringsgrunnlag fra arbeid med familier, mener jeg gir henne en særskilt rolle i arbeidet med å ivareta de psykososiale behov hos både barn og foreldre gjennom sykehusoppholdet.

At barn skal oppleve en så stor grad av trygghet som mulig ved innleggelse og gjennomføring av prosedyrer er i dag et prioritert fokus på barneavdelinger (Fagprosedyrer, 2013), og et område jeg reflekterte mye over gjennom praksisperioden.

Erfaringer og opplevelser rundt dagkirurgiske inngrep hos egne barn har også skapt en personlig interesse for dette feltet, og diskusjoner med en erfaren anestesilege har styrket min oppfatning om at oppfølging av foreldre er relevant for å være i stand til å ivareta pasienten, barnet, på best mulig måte.



---

På grunnlag av undring om hva som kan bidra til følelsesmessig mestring hos foreldre når barnet skal gjennomgå et dagkirurgisk inngrep, samt en faglige interesse for sykepleie til barn, ønsker jeg derfor å se nærmere på sykepleierens rolle i den preoperative forberedelsen av foreldre.

### 1.3 Redegjørelse for min førforståelse

Min antagelse er at trygge foreldre gir trygge barn. I Norge har barn lovfestet rett til å ha en omsorgsperson med seg hele tiden under sykehusopphold, og det skal legges til rette for at foreldrene også skal kunne være til stede ved induksjon av anestesi (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6). Målsetningen er at barnet skal oppleve trygghet ved å ikke bli separert fra foreldrene, og slik sett er kanskje foreldrene den viktigste ressursen for barn pre- og postoperativt? For å bedre muligheten for at et dagkirurgisk inngrep skal være en positiv opplevelse med et så ukomplisert postoperativt forløp som mulig for barnet, ønsker jeg å se om sykepleierens undervisende og omsorgsrettede funksjon kan påvirke foreldrenes mestringsstrategier gjennom å bidra til økt følelsesmessig mestring preoperativt og under induksjonen av anestesi. Er det mulig å forsterke støtten sykepleieren gir foreldrene gjennom økt og/eller mer spesifikk informasjon, og vil tryggere foreldre gi tryggere barn? Min opplevelse i praksis var at foreldre gjennomgående satte sine egne behov til side og var mest opptatt av at barnet skulle føle seg trygt. Kanskje fører det til at emosjonell støtte til foreldrene oppfattes som et ikke-tema fordi det ikke nødvendigvis forespørres? De pårørendes tidligere opplevelser så for meg ut til å ha en viss innvirkning på hvordan de opplevde selve induksjonsøyeblikket. Særlig de som ikke hadde opplevd dette tidligere kunne oppleve det som skremmende dersom barnet deres «sovnet» fort eller var motorisk urolige ved induksjon.

Jeg tror at dersom foreldre er godt forberedt følelsesmessig i den preoperative fasen, og føler seg ivaretatt i perioden når barnet er på operasjonssalen, vil han eller hun også være i stand til å ta seg av barnet på best mulig måte postoperativt. Mitt ønske er at jeg med min bachelor oppgave kan bidra til å sette økt fokus på at sykepleierens omsorg for pårørende er en naturlig del av omsorgen for barnet.

## 1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hva forskning og litteratur sier om sammenhenger mellom følelsesmessig mestring hos foreldrene og barnas opplevelse av trygghet og postoperative rekonvalesens i forbindelse med dagkirurgiske inngrep. Jeg vil se på sykepleierens rolle for å bidra til mestringsstrategier hos foreldrene som kan redusere deres engstelse, og da særlig i forbindelse med induksjon av anestesi.

I tillegg ønsker jeg å finne ut hvilke faktorer foreldrene selv mener kan bidra til deres følelsesmessige mestring, og sykepleierens rolle i dette.

## 1.5 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren bidra til følelsesmessig mestring hos foreldre for best å ivareta det dagkirurgiske barnet postoperativt?

## 1.6 Avgrensning av oppgaven

Barn som pasienter er en stor og uensartet gruppe, med et stort spenn i alder og utvikling. Ved barneavdelinger er aldersgruppen 0-18 år. Jeg vil fokusere på barn i alderen 3-6 år i denne oppgaven.

Jeg har valgt å gå ut i fra at barnet har generelt god helse, og er lagt inn for tonsillektomi som sitt første dagkirurgiske inngrep under narkose. Jeg legger også til grunn at det forventes at barnet blir betydelig bedre fra sine plager som resultat av inngrepet, med statistisk lav forekomst av komplikasjoner per- og postoperativt.

Hvordan foreldre opplever det når barnet legges i narkose kan påvirkes av faktorer som barnets alder, hvilke prognose barnet har, tidligere erfaringer, og hvorvidt årsaken til at barnet skal legges i narkose er akutt eller planlagt (Grønseth & Markestad, 2013). Forskningen som ligger til grunn for denne oppgaven er basert på foreldres første opplevelse av anestesiinduksjon, og jeg har valgt å ikke nærme inn på andre foreldregrupper.

Studiene jeg refererer til har benyttet en stort utvalg av metoder og verktøy for å måle og dokumentere subjektive følelser som engstelse, trygghet og velvære hos barn og foreldre. Av disse vil jeg kun beskrive ett verktøy, STAI, i mine forskningsfunn.

---

Nærhetsetikk og dydsetikk er to retninger innenfor etisk teori jeg anser som viktige for å belyse min problemstilling. Jeg kommer imidlertid til å hovedsakelig fokusere på nærhetsetikk i teoridelen av oppgaven.

Dagkirurgiske inngrep blir delt opp i tre faser; pre- per- og postoperativ. Mitt fokus vil være sykepleierens ansvarsområde ovenfor foreldrene frem til induksjon av barnet, og jeg vil nevne barnets umiddelbare postoperative tilstand.

## 1.7 Definisjon av sentrale begreper

### 1.7.1 Foreldre

I litteratur og forskning blir barnets omsorgspersoner i hovedsak betegnet som foreldre, uavhengig av biologisk tilknytning. Særlig i engelskspråklig forskning benyttes *parent* eller *parents*, og begrepene *foresatte* og *pårørende* benyttes ikke på tilsvarende måte som i Norge. I tråd med dette har jeg derfor valgt å bruke *forelder* eller *foreldre* gjennomgående når jeg beskriver barnets nærmeste omsorgsgiver.

### 1.7.2 Perioperative faser

Perioperativ fase regnes som perioden fra beslutningen om at et kirurgisk inngrep skal gjennomgås, til pasienten blir utskrevet fra intensiv- eller overvåkningsavdelingen (NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2011). Perioperativ sykepleie er ikke et uttrykk som benyttes hyppig i norsk sammenheng, men i amerikansk litteratur er dette et begrep med særlig fokus på sykepleierens rolle i pasientforløpet, under alle typer kirurgiske inngrep (Shields, 2010, s.1).

Den perioperative perioden deles videre inn i tre faser: Den *preoperative* fase regnes frem til selve inngrepet. Den *peroperative* fase beskriver perioden pasienten tilbringer på operasjonsbordet frem til overføring til postoperativ avdeling. Den siste fasen er den *postoperative* fase. I den umiddelbare postoperative fasen er pasienten under spesiell overvåkning ved en egen intensivavdeling, forut for overflytning til sengepost eller hjemreise. (NSFLOS, 2011).

### **1.7.3 Dagkirurgiske inngrep**

I medisinsk ordbok beskrives dagkirurgi slik: «Kirurgiske inngrep som utføres ambulant, uten innleggelse i sykehus» (Nylenna, 2012). Barnet skal allikevel tilses preoperativt, og både barn og foreldre informeres og forberedes på sykehuset før inngrepet (Grønseth & Markestad, 2013). For at et kirurgisk inngrep skal kunne beskrives som dagkirurgisk må pasienten ankomme og reise hjem fra sykehuset samme dag, noe som i stadig økende grad har blitt normen. (Ræder & Nordentoft, 2010). Dagkirurgiske inngrep er planlagte, såkalt elektive, og tidspunktet for dette vurderes hos barn nøye av anestesilege grunnet økt fare for komplikasjoner i forbindelse med anestesi hos denne pasientgruppen (Ræder & Nordentoft, 2010).

### **1.7.4 Tonsillektomi**

Kirurgisk fjerning av mandler i ganen grunnet kronisk tonsillitt, eller at disse er så store at det medfører vansker å puste eller å spise. Mandler er et vanlig uttrykk for tonsiller. (Nylenna, 2012).

### **1.7.5 Anestesi**

Anestesi er faguttrykket for narkose, og beskriver hvordan pasienten «sover», slik at kirurgiske inngrep kan gjennomføres. Anestesi innebærer at ulike medikamenter administreres enten som damp eller gass ved hjelp av maske for inhalasjon, eller intravenøst. Formålet med anestesi er at barnet skal sove dypt og uten smerte under inngrepet, at musklene til barnet er avslappet, og at naturlige reflekser som larynksspasmer og hoste dempes (Grønseth & Markestad, 2013, s.167).

### **1.7.6 Induksjon**

Induksjon av anestesi beskriver innledningsfasen hvor anestesimidlene administreres, og frem til pasienten ikke lenger er bevisst (Kain, 2003). Dette foregår på operasjonsstua, eller et eget forrom. Induksjonsøyeblikket betegner øyeblikket når pasienten «sovner»

---

## 2. Metode

### 2.1 Valg av metode

Oppgaven er et litteraturstudie i henhold til rammene i studieplan. Jeg vil derfor benytte pensumlitteratur, relevant forskning, fagartikler, brukerkunnskap og erfaring fra praksis for å belyse min problemstilling.

### 2.2 Litteratursøk

For å finne forskning som kan belyse min problemstilling har jeg valgt fire søkemotorer som er tilgjengelige gjennom høgskolens bibliotek:

**SveMed+** er en nordisk database tilknyttet Karolinska Institutt i Sverige.

Mine innledende søk med kombinasjoner av de norske søkeordene *barn, foreldre, følelsesmessig mestring, anestesi, induksjon, preoperativ informasjon, dagkirurgi*, ga ikke relevante treff. Jeg gikk derfor over til å benytte engelske MeSH uttrykk jeg fant på SveMed+ for å lokalisere forskning.

**CINAHL** har fokus på sykepleierrelaterte fagområder, og har stor tilgang til fag- og forskningsartikler fra nærmere 3000 fagtidsskrifter.

**PubMed** er en anerkjent ressurs knyttet opp mot det medisinske biblioteket ved universitet i Oslo. Den gir tilgang til faglitteratur fra MEDLINE, fagjournaler og bøker innen helsefag, og har også et meget stort tilgjengelig utvalg av dokumenter i fulltekst fra andre kilder og institusjoner.

**Cochrane Library** har systematiske oversikter over tilgjengelig forskning, noe som gir et høyt nivå av pålitelighet.

Jeg har benyttet et PICO skjema ved litteratursøk for å strukturere søkene, og for å få så relevante treff som mulig (vedlegg 1). PICO er et verktøy for søk i kvalitative og kvantitative forskningsartikler ved hjelp av MeSH- termer, som er emneord eller medisinske termer som benyttes internasjonalt. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2013). PICO står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt et al., 2013. s.33).

Blant engelske søkeord jeg benyttet var: Child, parental presence, pediatric induction, anesthesia, day surgery og preoperative information.

Jeg var i stand til å lokalisere forskning som var relevant for min oppgave ved primært å benytte emneord. Siden disse er standardiserte og beskriver innholdet i teksten, var dette en effektiv og ryddig måte å få nøyaktige treff. Tekstord gir treff i tittel eller sammendrag (Nortvedt et al., s.58). Jeg benyttet i størst grad *AND* som kombinasjonsord for å skille emneordene mine. Dette avgrenser søket, mens kombinasjonsordet *OR* utvider søket ((Nortvedt et al. 2013. s.55) I ettertid ser jeg at dersom jeg i større grad hadde variert mellom ulike sammensetninger av emneord/tekstord og kombinasjonsordene *AND/OR*, ville jeg antagelig ha fått et større antall treff gjennom mine søk.

Vedlegg nummer en gir en oversikt over de ulike søkeordene, databaser og antall treff i søkeprosessen som ligger til grunn for mitt utvalg av forskning.

## 2.3 Kildekritikk

Gjennom å benytte validerte databaser var jeg i stand til å finne forskning som i stor grad var «forhåndsvurdert med hensyn til vitenskapelig kvalitet og klinisk relevans» (Nortvedt et al., 2013. s.44).

For å vurdere forskningen jeg lokaliserte gjennom de validerte databasene analyserte jeg de ved å benytte IMRAD-modellen, da dette er en modell som de fleste forskningsartikler er bygget opp etter. IMRAD er en forkortelse for innledning, metode, resultat, sammendrag, og drøfting/diskusjon (Nortvedt et al.,2012). Dette gjorde at jeg fikk et overblikk over innholdets relevans for min problemstilling, og at jeg kunne fastslå hvorvidt forskningen reflekterte mine avgrensinger i forhold til pasientgruppens alder, helsetilstand og type inngrep.

S-pyramiden er et verktøy som beskriver de ulike nivåene for kunnskapskilder. Enkeltstudier ligger nederst, og oppsummerte studier øverst. Ved å velge forskning som befinner seg høyere opp i pyramiden øker kvalitetsvurderingen (Nortvedt et al., 2013. s.44). Systematiske oversikter fra Cochrane Collaboration er meget anerkjent, da de er utarbeidet etter strenge kriterier og med høy metodisk kvalitet (Nortvedt et al., 2013. s.50), og jeg har søkt å kvalitetssikre mine funn ved å benytte en slik systematisk oversikt lokalisert via deres søkemotor. Jeg har i tillegg vurdert at enkeltstudier har vært relevante for å kunne belyse min

---

problemstilling, og har da vært særlig oppmerksom på at disse er gjengitt i anerkjente fagtidsskrifter innen sitt spesialfelt.

Jeg har benyttet forskningsartikler fra USA og Storbritannia, hvor det ikke er en selvfølge at foreldre er tilstede når barnet blir lagt i narkose. I Norge er dette derimot normen (Grønseth & Markestad, 2013). Jeg har vurdert at denne faktoren har lite betydning for å belyse min problemstilling, og har derfor valgt å inkludere forskning fra land med ulik praksis. Dette kan allikevel være en svakhet ved mitt valg av forskning. Seleksjonsprosessen av deltagere i utenlandske studier ser for meg ut til å ha medført at det kun er «velfungerende familier» som er representert. Jeg kan derfor ikke ta det som en selvfølge at funnene sømløst kan overføres til norske forhold, siden det her er naturlig med foreldrenes tilstedeværelse, også i tilfeller hvor foreldre har sosiale eller helsemessige utfordringer. Ved å velge også en studie fra Sverige, hvor forholdene er mer tilsvarende Norge, ønsker jeg å gjøre den samlede summen av forskning så relevant som mulig for norske forhold.

I så stor grad som mulig har jeg valgt førstehåndskilder i mitt valg av litteratur. I gjennomgangen av Kari Martinsens omsorgsteori har jeg også støttet meg på Marit Kirkevolds analyse av Martinsens teori (Kirkevold, 2001). Gjennom bruk av pensumlitteratur har jeg benyttet annenhåndskilder (Dalland, 2014).

Fra pensumlitteraturen har jeg særlig benyttet meg av følgende bøker:

Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2014) i forberedelse til oppgaven, og som referanse og oppslagsverk underveis.

Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok (Nordtvedt et al., 2012) ved litteratursøk og kildekritikk

Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1 (Holter & Mekki, 2011) for å beskrive sykepleierens yrkesutøvelse og annen teori som omhandler omsorg.

Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2 (Knutstad. (Red). 2010) om mestring- og trygghetsteori.

Etikk i sykepleien (Brinchmann. (Red.). 2012) for etisk teori og mer inngående informasjon om yrkesetiske retningslinjer.

Pediatri og pediatriisk sykepleie (Grønseth og Markestad, 2013) for å belyse temaer som barns utvikling og faktorer som påvirker barn på sykehus og ved anestesi.

I henhold til oppgavens retningslinjer har jeg benyttet American Psychological Association standard (APA-standard). Dette sikrer korrekt henvisning til kildene, og anerkjenner forfatterne for litteratur og forskning jeg refererer til. I tillegg har jeg benyttet referanselistene i pensumlitteraturen, og vurdert disse opp mot forskningen jeg har valgt. Det er et samsvar mellom disse, noe som er med på å kvalitetssikre kildene for min selvvalgte litteratur.



---

## 3. Teori

### 3.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Helt siden Florence Nightingale i 1860 forsøkte å beskrive hva som karakteriserer sykepleieren i sin bok *Notes on nursing. What it is and what it is not*, har en rekke teoretikere forsøkt å sette ord på hva det innebærer å være sykepleier. Innfallsvinkel og hovedfokus kan variere, men jeg har i denne sammenhengen valgt å fokusere på Kari Martinsens omsorgsteori. Hennes filosofiske tilnærming, og hvordan hennes arbeider er basert på omsorg som begrep, er svært relevant i forhold til min problemstilling i denne oppgaven, og jeg vil derfor benytte hennes omsorgsteori i lys av forskning og litteratur i min drøfting. I tillegg har Kari Martinsens ideer hatt stor innflytelse på «den teoretiske utviklingen i sykepleiefaget i Norge og i Skandinavia for øvrig» (Kirkevold, 2001.s.168), og hun er sterkt representert i pensumlitteraturen gjennom studieforløpet til sykepleieren.

Kari Martinsen mener at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Martinsen, 2003), og at omsorg må være sykepleierens verdigrunnlag. Hun fremhever at pasienten er avhengig av sykepleieren, og at omsorg er et «menneskelig motsvar» (Martinsen, 2003.s.75) på denne avhengigheten. Dette mener Martinsen medfører et moralsk ansvar for sykepleieren, og at ved å «anerkjenne den andre ut fra hans situasjon» gjennom en «gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon» (Martinsen, 2003.s.71) vil sykepleieren kunne oppnå en forståelse for den andres situasjon som setter henne i stand til å handle omsorgsfullt.

Martinsen legger særlig vekt på tre omsorgsaspekter: Omsorg som et relasjonelt begrep bygget på et nært eller åpent forhold mellom to mennesker, omsorg som et moralsk begrep hvor den ene parten har ansvaret for den svakere part, og omsorg hvor konkrete, situasjonsbetingede handlinger utføres (Kirkevold, 2001).

For å kunne gi pasienten god omsorg, er Martinsen opptatt av at sykepleieren må være åpen og nærværende, og at hun må bruke alle sine sanser slik at hun kan tilpasse seg den enkeltes behov for omsorg. Hun er tydelig på verdien av at sykepleieren opparbeider seg erfaringer over tid, og at denne utviklingen former hennes sykepleieutøvelse gjennom hele yrkeslivet. Martinsen legger også vekt på andre egenskaper hos sykepleieren, som fagkunnskap, ferdigheter og organisasjon (Martinsen, 2003), uten at hun går nærmere inn på dette i sin teori.

Å skape en følelse av fellesskap ved at sykepleieren danner seg en forståelse for den andres situasjon gjennom å reflektere over egne erfaringer og kunnskap er et annet område Martinsen diskuterer. Gjennom å huske egne opplevelser kan vi oppnå en bedre forståelse av pasientens situasjon på en personlig måte. Sykepleieren har gjennom sitt virke og utdanning et fagspråk som i møte med pasienten kan skape avstand. Ved å benytte ord og uttrykk som er kjent og forståelig for pasienten blir avstanden mindre, og opplevelsen av fellesskap øker.

«Gjennom at vi er følelsesmessig åpne, kan vi i større grad oppfatte hva pasienten opplever, og bedre skjønne hvordan vi kan være til hjelp. Det som står på spill for pasienten, kan være vært mye eller svært lite avhengig av situasjonens alvorlighetsgrad og personens evne til å mestre den sårbarhet og avhengighet som ligger i det å bli syk eller å bli pårørende til noen som er syk» (Brinchmann, 2013.s.153).

## 3.2 Omsorg

Omsorg er en sentral og integrert del av sykepleie. Behandling, pleie og oppdragelse gjennom sykepleierens handlinger, er i yrkessammenheng uttrykk for omsorg. Kvaliteten av omsorgen vil da være avhengig av hvordan sykepleieren utfører disse handlingene (Alvsvåg, 2010. s.418). Omsorg kan beskrives som tre fenomener: Omsorg er relasjonell, og finner derfor sted i mellommenneskelige møter. Omsorg er praktisk og konkret, vi viser omsorg gjennom ulike handlinger. Omsorg er også moralsk, holdninger ligger til grunn for vår vurdering av den aktuelle situasjonen og styrer dermed våre handlinger (Alvsvåg, 2010. s.420).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.2 heter det at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2011).

For sykepleieren som møter sårbare mennesker er evnen til korrekt tolking av pasientens egne ressurser sentralt for å kunne vurdere pasientens behov for både pleie og omsorg. Selv om pleie gjennomføres med omsorg, er det å oppmuntre og selvstendighet hos pasienten også en form for omsorg. Alvsvåg uttaler at «Vi kan gi både for lite og for mye pleie. Vi kan gi for lite omsorg, men aldri for mye» (Alvsvåg, 2010.s.422)

Berøring har en tradisjonell rolle innen sykepleie, også som et uttrykk for omsorg. Berøring når dette er naturlig og komfortabelt for pasienten kan virke både trøstende og beroligende, men det er viktig at sykepleieren er bevisst på at det er store individuelle forskjeller for hvordan det oppleves med fysisk nærhet, også om det er snakk om små gester som et stryk på armen.

---

Dersom sykepleieren oppfatter at personen har behov for å for eksempel motta en klem eller bli holdt i hånden men er usikker, kan hun spørre om han eller hun ønsker dette. (Hummelvold, 2010).

En målsetning om at pasienter skal utøve full egenomsorg, eller å være i stand til å ivareta alle sine behov uavhengig av andre, mener Alvsvåg er usolidarisk, og et urealistisk mål for sykepleie. Dette begrunner hun med at mennesker som har behov for sykepleie i utgangspunktet har behov for hjelp. Derimot kan en praktisk forståelse som bunner i en vurdering av pasientens utfordringer og ressurser bidra til at sykepleieren er i stand til å gi den grad av omsorg som er nødvendig for den enkelte. Egenomsorg kan gjerne være en målsetning for pasienten selv, og sykepleieren kan gi omsorg på en måte som støtter opp under pasientens selvhjulpenhet (Alvsvåg, 2010. s.424).

### 3.3 Etisk perspektiv

I sykepleietisk fagdebatt benyttes gjerne nærhetsetikk og dydsetikk når vi skal belyse sykepleierens væremåte og holdninger (Sneltvedt, 2012. s.120). Når sykepleieren skal danne en relasjon til foreldrene vil hun være bevisst på hvordan hun kommuniserer holdninger, ikke bare verbalt, men også non-verbalt gjennom sin væremåte. Holdningen hun møter foreldrene med, og dyder som omsorg og et ønske om å hjelpe, kan bidra til at foreldre opplever økt trygghet. Refleksjoner rundt dette har et stort fokus innen både nærhetsetikk og dydsetikk, og gjør at disse to retningene innen etisk teori i samspill med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er særlig relevant for min oppgave.

Yrkesetiske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk som kan minne om pliktetikk, og gjenspeiler lover og regler nedfattet gjennom lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell. Felles for de begge er at pasientens rettigheter ivaretas, og sykepleierens plikter beskrives. Der brudd på lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell bestemmer de juridiske grensene og kan føre til strafferettslige sanksjoner, kan tilsvarende brudd på yrkesetiske retningslinjer føre til utestengning fra fagforeningen (Sneltvedt, 2012. s.99). Intensjonen med yrkesetiske retningslinjer er å gjenspeile verdigrunnlaget til sykepleiefaget: «Mennesket selv, og at det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Sneltvedt, 2012. s.111).

«Profesjonsetikken formulerer de faglige forutsetninger for at dette etiske grunnlaget kan realiseres i praksis. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen, og i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet» (Sneltvedt, 2012. s.111).

Punkt 3 i yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleieren og pårørende. Sykepleierens etiske forpliktelse til å vise respekt og omtanke for pårørende blir her fremhevet. Hun skal også bidra slik at foreldres rett til informasjon blir ivaretatt, samt at hun samhandler og behandler deres opplysninger med fortrolighet. (NSF, 2011).

Nærhetsetikk fokuserer på at etikken oppstår i det konkrete samspillet i møtet mellom to mennesker. «Den etiske fordringen består i «å svare» på appellen fra pasientens ansikt» (Sneltvedt, 2011. s.153). Forutsetningen for at sykepleieren skal være i stand til å svare på et behov er at hun har utviklet et følelsesmessig repertoar, og evne til empati. Da vil hun være i stand til å orientere seg mot den andre, og dermed forstå hvilke moralske krav det stilles i den enkelte situasjon for å lindre den andres lidelse (Sneltvedt, 2011. s.153).

Følelser, intuisjon, og å være oppmerksom på det særskilte i den aktuelle situasjonen er sentralt innen nærhetsetikk. Hvordan sykepleieren formidler omsorg, danner relasjoner og viser nærhet til foreldre og barn når de er innlagt på sykehuset vil påvirkes av hennes evne til å reflektere over sine etiske og moralske holdninger. En god forståelse av nærhetsetikk vil også danne grunnlaget for en dypere forståelse av normative, etiske prinsipper som pliktetikk, konsekvensetikk og prinsippbasert etikk. (Sneltvedt, 2011)

«Sykepleieren har et annet ansvar enn pasienten, fordi hun har en fagkunnskap som hun benytter for å ivareta pasientens behov for sykepleie. Hun har også vanligvis mer makt enn pasienten og pårørende i faglige spørsmål i kraft av sin fagkunnskap. Samtidig har hun et profesjonelt ansvar for å bidra til at kommunikasjonen med pasient og pårørende preges av dialog. Dialog oppstår der pasientens og de pårørendes opplevelser, ønsker og behov blir møtt med respekt og interesse. Sykepleieren har en generell kunnskap. Pasienten har en mer spesiell kunnskap, nemlig kunnskap om seg selv. Han er ekspert på sitt eget liv. God kommunikasjon og godt samarbeid oppstår når sykepleier og pasient utveksler sine erfaringer og kunnskaper.» (Brinchmann. s.157).

---

## 3.4 Sykepleieprosessen

For å bidra til at sykepleieren møter barna og deres foreldre på en faglig god måte benytter hun seg av sykepleieprosessen. Dette er en dynamisk og systematisk problemløsningsmodell, og fungerer som et verktøy som hjelper sykepleieren til å arbeide på en målrettet, systematisk og metodisk måte som bidrar til en individualisert sykepleie av god kvalitet (Holter & Mekki, 2011, s.191). Sykepleieprosessen består av fem faser: Datasamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering.

I datasamlingen legger sykepleieren vekt på helhetlig informasjon om pasientens behov og ressurser. Med dette som grunnlag vurderer hun så aktuelle og potensielle problemer som faller innenfor sykepleierens ansvarsområde, og planlegger prioritering av problemer og behov i form av sykepleiediagnoser. Tiltakene hun iverksetter på grunnlag av dette blir så implementert gjennom tiltak og handlinger med en tydelig, dokumentert målsetning. Etter et fastsatt tidsintervall bedømmes så kvaliteten av tiltaket (Holter & Mekki, 2011. s.192).

Pasientens grunnleggende funksjonsområder blitt benyttet for å beskrive pasientens status (Holter & Mekki, 2011). Gjennom mine praksisperioder har pasientens ulike utfordringer og ressurser blitt beskrevet og dokumentert under de ulike funksjonsområdene, og har dermed dannet grunnlaget for de ulike fasene i sykepleieprosessen.

Sykepleierens rolle er variabel, dynamisk og strekker seg over et bredt ansvarsområde. Sykepleierens rolle tilpasses etter hvor sykepleieren møter pasienten og hvilke behov han eller hun har. Sykepleieren har fire roller som påvirker pleien vi gir til pasienten. Det er den forebyggende og helsefremmende rolle, behandlende, lindrende, og den undervisende rolle (Nortvedt & Grønseth, 2010).

## 3.5 Sykepleierens undervisende funksjon

Blant funksjonsområdene sykepleieren benytter i sykepleieprosessen er områdene som omhandler kunnskap og utvikling, samt åndelig og kulturelt særlig relevant for sykepleierens undervisende funksjon. Ved å reflektere over hvordan hun informerer pasienten kan sykepleieren støtte opp om pasientens ressurser og evne til mestring (Holter & Mekki, 2011. s.88). I informasjon av foreldrene er dette i tråd med yrkesetiske retningslinjer punkt 3.1 «Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivarettatt» (NSF, 2011).

God informasjon bidrar også til at pasienten myndiggjøres, opplever en økt grad av kontroll, og situasjonen kjennes dermed mer forutsigbar. Både pasienten og pårørendes rett til informasjon, og sykepleierens plikt til å gi tilpasset informasjon, er forankret i Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven (Reitan, 2010. s.99).

I norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleieres faghefte «Operasjonssykepleie- ansvar og funksjonsbeskrivelse» (2011) beskrives operasjonssykepleierens pedagogiske ansvar slik:

«I begrepet pedagogisk funksjonsansvar ligger det et krav om kontinuerlig forbedring. Både etisk og juridisk har vi et stort ansvar her. Vi skal yte vårt beste for pasienten, men også for de som er rundt, for eksempel pårørende og kolleger. Dersom en er i en situasjon der en trenger veiledning og oppfølging, eller om en skal gi veiledning og oppfølging, må de ulike situasjoner kartlegges slik at situasjonen blir mest mulig forutsigbar og trygg» (s.33)

Intensjonen ved dette er at operasjonssykepleieren blant annet skal informere, veilede og undervise pasienter og pårørende ut fra deres individuelle behov, samt medarbeidere.

Helsefremmende arbeid er en sentral sykepleiefunksjon. Dette reflekteres i yrkesetiske retningslinjer §2.1 om sykepleierens ansvar for å utøve sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2011). Helsefremmende sykepleie innebærer tiltak som bidrar til mestring, noe som er sentralt i empowerment-begrepet definert av WHO som «En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse» (Salomonsen, Evju, Kasen & Bondas, 2014). Dette innebærer at sykepleieren ser på mennesket som aktør i sitt eget liv.

«Veiledning er et middel i empowerment-prosessen, der hensikten er å styrke pasientens kompetanse og mestring. Empowerment betraktes som den nye formen for helsefremming, og innenfor sykepleien er det en bred oppfatning om at helsefremming bør utøves i tråd med empowerment» (Salomonsen et al., 2014). Empowerment er i dag en viktig del av sykepleierens utdanning.

Sykepleierens undervisende funksjon er altså en del av empowerment-prosessen, hvor undervisning og dialog bidrar til å styrke kompetanse og mestring slik at pasienten er rustet til å ta avgjørelser om egen helse (Salomonsen et al., 2014). For å legge til rette for kontaktetablering som muliggjør en slik dialog og allianse mellom sykepleier og familien, er

---

det nødvendig at deltagerne i denne alliansen er i stand til å tilpasse seg hverandre slik at de kan møte situasjonen sammen (Hummelvold, 2010. s.381).

### 3.6 Tonsillektomi og anestesi

Tonsillektomi utføres under anestesi. Til tross for at det er lav risiko for komplikasjoner forbundet med dette, er særlig komplikasjoner med respirasjon og sirkulasjonsorganene fryktet. Anatomiske og fysiologiske forhold er årsaken til dette, da små barn har et høyere basalstoffsifte og oksygenforbruk i forhold til kroppsvekt enn større barn og voksne. I tillegg har små barn sterkt utviklede reflekser som kan medføre blant annet larynksspasme. Økt risiko for hypoksi, redusert ventilasjon grunnet lite elastisk lungevev, og blodtrykksfall er andre områder som er særlig krevende, og da særlig for barn under to år (Grønseth & Markestad, 2013). På grunn av dette utsettes gjerne tonsillektomi og andre elektive inngrep, og gjennomføres svært sjeldent på yngre barn.

Postoperativt er det en økt risiko for fysiologisk belastning forbundet med anestesi og kirurgi. Grunnet sammenheng mellom tiden fra innledning av anestesi til den postoperative fasen reduseres denne i så stor grad som mulig. Dette er årsaken til at foreldrene må forlate barnet så hurtig som mulig etter induksjonsøyeblikket. (Grønseth & Markestad, 2013).

### 3.7 Tverrfaglig samarbeid

Ifølge paragraf 4.1 i yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleieforbund, 2011). Også ifølge Helsepersonelloven paragraf 4 som omhandler forsvarlighet, plikter sykepleieren å sørge for at yrkesutøvelsen skjer ved samarbeid med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 2014.).

Fagprosedyren for psykososial preoperativ forberedelse av barn beskriver kirurg, anestesipersonell, sykepleiere og spesialsykepleiere som felles ansvarlige for den preoperative forberedelsen av både barn og foreldre (2013). Ifølge fagheftet «Operasjonssykepleie- ansvar og funksjonsbeskrivelse» (NSFLAO, 2011) har alle sykepleiere som møter pasienten i den perioperative perioden ansvar for å «støtte, informere og forberede pasienten på det han/hun skal gjennomgå» (s.8). De påpeker også at pasienten så langt som mulig skal ha få kontakter

å forholde seg til under oppholdet på sykehuset, både i forbindelse forberedelse og informasjon om inngrepet, ved anestesi, og gjennom den postoperative fasen.

### 3.8 Utviklingsstadiet hos barn 3-6 år

Barn i alderen 3-6 begynner gjerne å få et mer bevisst forhold til sin egen kropp, dens funksjoner, og en økende opplevelse av seg selv som individ. Det er også en alder preget av livlig fantasi og magisk tenking. Mange barn i denne alderen kan være redd for mørket, å bli forlatt, eller for å bli skadet. Barnet jobber mot å forstå seg selv og verden rundt seg, samtidig som evnen til å tenke abstrakt ikke er særlig utviklet. Barnet tar derfor gjerne ting helt bokstavelig. Dersom man for eksempel sier til barnet at det skal «sove» under inngrepet, kan han oppleve at han får ansvaret for å sovne selv, eller bli engstelig for å våkne underveis dersom han har opplevd det som vanskelig å sove tidligere. (Fagprosedyrer, Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år. 2013). Kanskje han har overhørt voksne snakke om en besteforelder som har «sovnet inn», og derfor tolker narkosen som at han vil dø (Grønseth & Markestad, 2013).

I denne utviklingsfasen trenger barnet en trygg omsorgssituasjon for å kunne utvikle mestringsstrategier, også når det gjelder smerte eller ukjente situasjoner. Konkrete forklaringer med ord barnet forstår, gitt på en ærlig måte, bidrar til at barnet opplever tillitt og en opplevelse av kontroll over sin egen situasjon. Ved å forsikre barnet om at mamma eller pappa vil være der, lytte til hva barnet selv sier, og å gi ros som ikke er knyttet til oppførsel kan de voksne bidra til å trygge barnet i forbindelse med prosedyrer og narkose (Grønseth & Markestad, 2013).

I eksisterende fagprosedyrer for psykososial preoperativ forberedelse av barn i alderen 3-6 år utarbeidet av kirurgisk avdeling for barn ved Oslo universitetssykehus, gis det konkrete råd om hvordan informasjon bør gis til denne aldersgruppen for å unngå unødig engstelse hos barnet. Disse rådene tar hensyn til de aldersspesifikke kjennetegnene: Ved å dele informasjon med foreldrene om gode måter å snakke med og forberede barnet, kan sykepleieren bidra både til at barnet opplever økt trygghet, men også at foreldrene ser at vi anerkjenner deres unike forhold til barnet, og anser deres tilstedeværelse som viktig.

Prosedyren er utviklet for å oppfylle kravet om barns lovfestede rett til alderstilpasset preoperativ informasjon, samt å kvalitetssikre denne (Forskrift om barns opphold i



---

helseinstitusjon, 2000). Målet er at barn og pårørende skal føle seg trygge, og å forebygge postoperative komplikasjoner (Fagprosedyrer, Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år, 2013).

### 3.9 Foreldrene og deres følelsesmessige mestringsstrategier

Å ivareta pårørende når barn skal legges i narkose blir nevnt i pensumlitteraturen gjennom studiene (Grønseth & Markestad, 2013). Her henvises det til at foreldre som får preoperativ informasjon og blir forberedt på hvordan det kan arte seg når barnet blir lagt i narkose, opplever mindre engstelse enn de som ikke får informasjon. Det anbefales å legge til rette for at foreldre får være tilstede både ved innledning til narkosen og under oppvåkning siden dette kan bidra til at foreldrene opplever større grad av trygghet, og blir mer fornøyd med behandlingen. Foreldre som ressurs og samarbeidspartner for sykepleieren når barn skal informeres preoperativt blir også fremhevet, samt hvordan godt informerte foreldre kan føre til at barnet får en kortere rekonvalesensperiode postoperativt.

I fagprosedyren for psykososial mestring blir det også trukket frem innledningsvis at foreldre som er godt forberedt på barnets pre- og postoperative forløp er mindre engstelige og mer fornøyd. Utover dette er foreldre kun referert til som en viktig samarbeidspartner når informasjon skal gis barna, og at det derfor er viktig å bygge opp et tillitsforhold til både barnet og familien (Fagprosedyrer, Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år, 2013).

Mestring som fenomen beskrives i faglitteraturen som «summen av indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som den enkelte bruker for å gjenfinne meningen med livet og for å beherske, tolerere og redusere de ytre og indre belastningene vedkommende er utsatt for» (Reitan, 2010. s. 74). Richard Lazarus er en anerkjent psykolog som har utviklet teorier rundt mestring. Mennesker opplever og reagerer på stress med store individuelle forskjeller. Lazarus peker på fem forskjellige mestringsstrategier for å mestre en stressende situasjon: Å gjøre noe direkte, å bevisst unngå å gjøre noe, å innhente informasjon, å forsøke å føle seg bedre, eller ved å forsøke å forandre sitt syn på situasjonen (Reitan, 2010. s.77). Imidlertid er ikke mestring motpolen til stress, men hvordan man håndterer følelsene som oppstår når man opplever et sammenbrudd av mening. Mestring kan derfor defineres som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som

vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (Reitan, 2010. s.78).

Mestringsstrategier beskriver hvordan en kan håndtere utfordrende følelser, med målsetning om å bevare eget selvbilde, opprettholde kontroll over situasjonen og eget liv, og å finne mening i forhold til indre og ytre krav. Et grunnleggende krav for mestring er at personen opplever kontroll. Enkelte plasserer denne kontrollen hos seg selv, enkelte hos andre, mens noen stoler på Gud, tilfeldigheter eller skjebnen. Andre igjen opplever ikke at hverken de selv eller andre kontrollerer situasjonen (Reitan, 2010. s.80).

Lazarus beskriver to hovedretninger for mestring når en opplever en situasjon preget av stress: Problemorientert og emosjonsorientert. Ved problemorientert mestring er gjerne personen aktiv i forhold til det konkrete problemet, mens ved emosjonsorientert mestring forsøker personen å endre sin egen opplevelse av situasjonen. Felles for begge er at personen forsøker å oppnå kontroll (Reitan, 2010. s.80).

Ifølge Antonovsky er en opplevelse av sammenheng (sense of coherence, eller SOC) avgjørende for hvordan mennesker mestrer utfordringer (Reitan, 2010. s.82). Når sykepleieren sørger for at pasienten har mulighet til å uttrykke sine følelser og tanker, opprettholder relasjoner og får tilgang på informasjon, styrker hun både de emosjonsorienterte, kognitive, og problemorienterte mestringsstrategiene til pasienten. Dette bidrar til å redusere angst og stress (Reitan, 2010. s.93).

Gjennom samtaler med pasienten kan pasienten styrkes i troen på egne mestringsmuligheter, ved at pasienten blir mer bevisst på sine individuelle mestringsstrategier. Når pasienten selv får sette ord på tidligere erfaringer rundt mestring og sykepleieren fokuserer på pasientens ressurser, får pasienten bekreftet sin egen «identitet, verdighet og opplevelse av myndiggjøring» (Reitan, 2010.s.92). Å oppleve tilhørighet og nærhet til andre er en grunnleggende forutsetning for mestring (Reitan, 2010. s.94).

Mestringsteori viser en klar sammenheng mellom stress, mestring og resultat. Det er imidlertid store individuelle forskjeller samt en rekke komplekse faktorer som påvirker den enkeltes mestringsstrategier, og hvordan en person mestrer en situasjon bør aldri kategoriseres som «god» eller «dårlig» (Reitan, 2010. s.104).

Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleieres faghefte Operasjonssykepleie- ansvar og funksjonsbeskrivelse (2011) beskriver hvordan kirurgisk behandling kan medføre at pasienten opplever et høyt stressnivå, tap av kontroll og maktesløshet per- og postoperativt. De understreker også at individets reaksjon ikke kan forutsees gjennom en «ensidig biologisk eller mekanisk determinert kroppsforståelse- fordi menneskekroppen alltid og uten unntak er en levd kropp, der historie og biografi er vevd sammen i relasjonell, og intersubjektivt etablert mening og individuell hensikt» (s.8). De skriver videre at disse erfaringene er integrert i kroppslige prosesser fordi mennesket er plassert i samliv med andre både relasjonelt og sosiokulturelt som et meningsbærende vesen, og at individet vil fortolke sine personlige erfaringer innenfor en referanseramme som er preget av hans eller hennes kulturelle bakgrunn.

## 4. Presentasjon av forskning

### 4.1 Ikke-medikamentelle intervensjoner ved induksjon av anestesi hos barn

**Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children** (Manyande, A., Cyna, AM., Yip, P., Chooi, C., Middleton, P.2015).

Ifølge denne komparative studien av 28 ulike studier innen feltet publisert av The Cochrane Collaboration (ref, 2015) er det behov for videre studier hvor fokuset er på intervensjoner med det formål at foreldre skal føle seg «avslappede» (relaxed) under innledningen av narkose. Forfatterne begrunner dette med at eksisterende forskning på området viser at enkelte tiltak rettet direkte mot foreldre har en målbar positiv effekt på barnets opplevelse, men at det er behov for større og grundigere studier.

Videre konkluderer forfatterne med at det i seg selv ikke har positiv effekt på barnas opplevelse dersom en eller begge foreldre er tilstede, og at deres tilstedeværelse har signifikant mindre effekt enn medikamentell, beroligende behandling av barnet. Med bakgrunn i dette anbefaler forfatterne at foreldre ikke skal oppmuntres til å være tilstede ved induksjon av narkose dersom de ikke selv gir uttrykk for at de ønsker det.

### 4.2 Familiesentrert forberedelse forbedrer perioperative resultater hos barn

**Family-centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children** (Kain, Z.N., Andrews, C., Mayes, L.C., Weinberg, M.E., Wang, S.M., MacLaren, J.E., Blount, R.L. 2007)

En randomisert kontrollert studie. Utgangspunktet er forfatternes tidligere studier om barn og foreldres reaksjoner ved dagkirurgiske inngrep, samt øvrig forskning som fastslår at både barn og foreldre opplever betydelig stress og engstelse preoperativt. Med utgangspunkt i forskning og litteratur innen feltene anestesi og psykologi utviklet forfatterne et familieorientert,

---

preoperativt forberedelsesprogram, med en målsetning om å redusere engstelse. Programmet som blir beskrevet i studien, har fått navnet ADVANCE:

Anxiety reduction

Distraction on the day of surgery

Video modeling and education before the day of surgery

Adding parents to the child's surgical experience and promoting family-centered care

No excessive reassurance- a suggestion made to parents and based on the literature

Coaching by researchers to help them succeed

Exposure/shaping of the child *via* induction mask practice

Programpakken inneholder en video (23 min) utviklet av en komite bestående av psykologer, anestesilege, og pedagoger med spesialkompetanse innen barns utvikling. Tre brosjyrer ble satt sammen for å sikre foreldrene grundig informasjon. En omhandler hva som kan forventes på sykehuset, og hvordan foreldrene kan håndtere engstelige følelser hos både barnet og seg selv. Den andre gir konkrete alderstilpassede råd om avledningsteknikker som kan benyttes på operasjonsdagen. Den siste brosjyren kommer sammen med en pakke som inneholder en induksjonsmaske, et hårnnett, og et munnbind til den voksne. Det blir gitt råd om hvordan barnet kan forberedes på de ukjente omgivelsene ved å bli kjent med disse objektene gjennom rollespill i sitt eget hjem.

408 barn i alderen 2-10 år og deres foreldre ble rekruttert til studien under et allerede eksisterende sykehusbasert informasjonsprogram noen dager forut for innleggelse. Barna skulle alle bli indusert for første gang med maske for dagkirurgiske inngrep, og ble delt i fire grupper hvor alle hadde gjennomgått det forut nevnte standardiserte informasjonsprogrammet. Kontrollgruppen ble indusert uten foreldre tilstede, og det ble ikke administrert beroligende medisin. I gruppe to var foreldrene tilstede under induksjon uten videre oppfølging. Hos den tredje gruppen ble det administrert beroligende Midazolam 0.5 mg/kg per os 30 min før separasjon fra foreldrene utenfor operasjonsstuen. ADVANCE gruppen ble forberedt som tidligere beskrevet. Studien ble gjennomført som blindtest i så stor grad som mulig.

Studien viser at ADVANCE programmet har tilsvarende effekt på barns engstelse under induksjon som Midazolam, og signifikant bedre enn for de to øvrige gruppene. Foreldrene i

ADVANCE gruppen var imidlertid betydelig mindre engstelige både preoperativt og etter induksjon av anestesi.

Postoperativt var det betydelig færre tilfeller av symptomer på delirium hos ADVANCE gruppen, med 10% som viste tegn på delirium mot 16-24% i de andre gruppene. Fentanyl ble benyttet som smertelindring postoperativt. Dosering var basert på regelmessige observasjoner og vurderinger gjennomført av sykepleiere, med hjelp av visuelle verktøy hvor en standardisert dose ble administrert ved en score høyere enn 3. ADVANCE gruppen mottok kun halvparten så mye Fentanyl postoperativt i forhold til gruppen hvor foreldrene var tilstede under induksjon, og kun 1/3 administrert Fentanyl i forhold til gruppen som mottok Midazolam preoperativt samt kontrollgruppen. Tiden fra ankomst ved oppvåkning til utskrivelse var signifikant kortere enn for de andre gruppene. Personalet ved oppvåkningen var blindet for hvilke grupper barna var i, og foreldres tilstedeværelse under oppvåkning var standard ved sykehuset.

Tidsbruken per pasient for sykepleieren var 30 min eller mindre, i tillegg brukte forskerne 15 min per pasient. Ved implementering av programmet kreves det ingen kvalifikasjoner utover det helsepersonellet allerede har, utover at de setter seg inn i hvordan det fungerer.

Forfatterne observerer at ressurser og kostnader forbundet med ADVANCE programmet vurdert i forhold til fordeler bør analyseres, og at videre studier også bør inkludere en analyse av hvordan de ulike komponentene fungerer separat. De er for eksempel usikre på hvorvidt de positive effektene postoperativt er et resultat av forholdene under induksjonen, eller om barna og foreldrene har lært seg mestringsstrategier preoperativt som de er i stand til å overføre også hit. De ønsker også å følge opp deltagere videre for å se om de er i stand til å benytte disse mestringsstrategiene ved senere innleggelser.

Utover selve resultatene i denne studien merker jeg meg også at forfatterne er opptatt av at fremtidige preoperative informasjonsprogram bør fokusere ikke bare på den preoperative fasen, men inkludere selve induksjonen. I de ulike programmene som eksisterer blir ikke dette gjort, til tross for at all forskning identifiserer induksjonsøyeblikket som den mest sårbare og angstfylte fasen, både for barn og foreldre.

---

## 4.3 Reduksjon av engstelse hos foreldre før og etter induksjon av anestesi

**Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction** (Barber, K.R., Zuwala, R. 2001).

Dette er en randomisert kvantitativ studie. Formålet var å vurdere hvorvidt foreldre opplever mindre engstelse når de som en del av den pre-operativ forberedelsen får se en video av et barn som blir lagt i narkose ved bruk av maske.

Gruppen med 80 barn/foreldre par ble delt i to grupper, hvor den første gruppen foreldre fikk en informasjonsbrosjyre sammen med en video som varte to minutter. Kontrollgruppen fikk kun utdelt brosjyren. Barna i studien var innlagt for sitt første dagkirurgiske inngrep. Blodtrykk og puls, samt selvrapporing ved hjelp av STAI ble benyttet. I tillegg ble familiene fulgt opp postoperativt og to uker etter innleggelse.

Denne forskningen viser at foreldrene i begge gruppene hadde forhøyet blodtrykk og puls når de ble gitt informasjon. Hos gruppen som så informasjonsvideo var derimot blodtrykket signifikant lavere (4mm Hg) preoperativt og under selve induksjonen. Peroperativt økte blodtrykket hos begge gruppene, med betydelig økning kun i kontrollgruppen. Tilsvarende økte også pulsen hos begge gruppene i denne fasen. Den var noe høyere hos kontrollgruppen, men nådde ikke statistisk signifikans.

Den subjektive opplevelsen (STAI) av engstelse hos foreldrene under selve inngrepet viste ingen statistisk signifikante variasjoner mellom de to gruppene. Derimot var barna i gruppen hvor foreldre hadde sett videoen betydelig mindre engstelige postoperativt, og i de to første ukene etter inngrepet.

Forfatterne konkluderer med at ved å inkludere en kostnadseffektiv, kort informasjonsvideo som en del av den preoperative forberedelsen av foreldre reduseres engstelse hos barna. De antar at selv om foreldrene i den første gruppen kun viste redusert engstelse under induksjonen og peroperativt, kan dette allikevel antas å ha gitt en positiv effekt på barna både på operasjonsstua og postoperativt.

## 4.4 Foreldres tilstedeværelse ved induksjon av anestesi

**Parental Presence during Induction of Anesthesia** (Kain, Z.N., Andrews, C., Mayes, L.C., Wang, S.M., Krivutza, D.M., LoDolce, M.E. 2003).

En randomisert, kvantitativ studie med 80 foreldre fordelt på tre grupper, hvor formålet var å finne ut om foreldrene selv opplever et lavere nivå av angst når de er tilstede ved induksjon av anestesi hos barnet. Hvordan foreldrenes nivå av engstelse påvirket barna postoperativt var ikke en del av denne studien. Gjennomsnittsalderen hos barna var 5 år, alle fikk gjennomført dagkirurgiske inngrep, og hadde generell god helse. Foreldrene var i gjennomsnitt 35.5 år, og 71% var kvinner.

I gruppe en var foreldrene tilstede ved induksjonen av anestesi, i gruppe to ikke. I den tredje gruppen fikk barnet beroligende preoperativ medisin, samt at foreldrene var til stede. Hjerterytme hos foreldrene ble registrert ved hjelp av EKG, og elektroder som måler aktivitet i svettekjertler (SLC) festet på huden. Hos foreldrene ble angstnivå og mestringsstrategier dokumentert ved hjelp av selvrapporing hvor henholdsvis STAI (State Trait Anxiety Inventory) og MBSS (Monitor Blunter Style Scale) ble benyttet. For barna ble det samme registrert ved hjelp av Modified Yale Preoperative Anxiety Scale. Dette observasjonsverktøyet registrerer aktivitetsnivå, følelsesmessige uttrykk, våkenhet, verbalisering, og kontaktsøking rettet mot forelderen. I tillegg rapporterte forelderen hvordan han eller hun opplevde at barnet hadde håndtert tidligere helserelaterte erfaringer, som for eksempel besøk hos barnelege, ved hjelp av Visual Analog Scale of Previous Medical Experience.

Studien fant at engstelse hos foreldre som var tilstede under induksjon av narkose viste ubetydelig variasjon mellom gruppen hvor barna ble gitt beroligende medikasjon, og gruppen uten. Til tross for økt hjerterytme viste EKG målingene minimalt med unormale forandringer, noe som er i tråd med tidligere forskning. Det påpekes imidlertid at foreldrene i studien hovedsakelig er unge kvinner med barn som ikke lider av alvorlig sykdom, og at kardiologisk belastning derfor kan arte seg på et annet vis i andre foreldre- og pasientgrupper.

Nivået for engstelse og stress hos foreldre i alle gruppene var på sitt høyeste ved separasjon fra barnet. Hos foreldre som scoret høyt ved måling av engstelse preoperativt, var det selvrapporterte angstnivået da betydelig høyere hos foreldrene som ble separert fra barnet forut for induksjonstidpunktet. Imidlertid var ikke dette reflektert i deres hjerterytme, men var derimot lavest i gruppen som ikke var tilstede på operasjonsstuen. Denne uoverensstemmelsen



---

mellom subjektiv opplevelse og fysiske indikatorer på stress mener forfatterne må utforskes videre for å bedre forstå hvordan engstelse kan reduseres.

## 4.5 Foreldres erfaringer; barnets første anestesi ved dagkirurgisk inngrep

**Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery** (Andersson, L., Johansson, I., Almerud Østerberg; S. 2012).

En kvalitativ, fenomenologisk studie med sykepleiefokus. Formålet med studien er å beskrive hva det innebærer å være foreldre når barnet ditt får narkose som dagpasient for første gang.

Seks foreldre ble intervjuet etter utskrivelse fra sykehuset for dette prosjektet. Disse intervjuene ble analysert, og foreldrenes uttalelser ble så delt opp i forhold til temaene generell struktur, ambivalens mellom bekymring og lettelse, følelse av å miste kontroll, behov for å være forberedt, tilstedeværelse, og behov for følelsesmessig støtte.

Foreldrene uttrykte først og fremst ambivalente følelser i form av bekymring og usikkerhet, blandet med optimisme om bedring for barnet. Følelsen av engstelse var for alle på det sterkeste under induksjon av anestesi, hvor de opplevde et tap av kontroll over situasjonen. Øyeblikket hvor de måtte forlate barnet kom for flere uventet, noe som bidro til vanskelige følelser. Informasjon, delaktighet, og støtte fra den andre forelderen blir trukket frem som faktorer de opplevde kunne gjenopprette trygghet. Enkelte ga også uttrykk for at de følte seg ensomme, men at oppmerksomhet fra personalet, som for eksempel et klapp på skulderen, lettet dette. Felles for foreldrene var at de var mest opptatt av at barnet skulle føle seg trygt, og når personalet var «flinke» med barna reduserte dette deres egen utrygghet. Dette kunne være en tilsynelatende «detalj»; at sykepleieren husket navnet til barnet.

For foreldrenes egen del ønsket de rikelig med informasjon for å kjenne seg godt ivaretatt. Særlig fremhever de et ønske om at deres opplevelse av situasjonen som ny, skremmende og vanskelig følelsesmessig blir anerkjent av sykepleieren. For å bygge opp tillit ønsket de i så stor grad som mulig å bli fulgt opp av den samme sykepleieren gjennom det preoperative forløpet.

Studien konkluderer med at individuelt tilpasset informasjon, med et obligatorisk besøk på operasjonsstua, er en av faktorene som kan bidra til følelsesmessig mestring hos foreldrene.

En opplevelse av trygghet kan forsterkes dersom en av de ansatte kan fokusere på de voksne under induksjonsfasen, og dersom begge foreldrene er tilstede kan de være til støtte for hverandre så vel som barnet.

---

## 5. Drøfting

«Hvordan kan sykepleieren bidra til følelsesmessig mestring hos foreldre for best å ivareta det dagkirurgiske barnet postoperativt?»

For å belyse min problemstilling ønsker jeg å ta med meg hovedkategoriene forfatterne av den fenomenologiske studien «Parents' first experiences of their child's first anaesthetic in day surgery» (Andersson et al. 2012) har benyttet for å beskrive foreldrenes opplevelser. Jeg vil derfor bruke disse kategoriene som drøftingspunkter. Sitatene som innleder hvert punkt er foreldrenes egne ord som er gjengitt i denne studien.

### 5.1 Ambivalens mellom bekymring og lettelse

«Du vet ikke hvordan det kommer til å være og hvordan barnet ser ut når det sovner. Det kjennes litt skummelt, nesten som om de dør»

Et ønske om å beskytte barnet sitt er et sterkt instinkt hos mødre og fedre. Ambivalente følelser som engstelse, bekymring, sårbarhet og avmakt blandet med håp og optimisme er subjektive, og svært personlige (Andersson et al., 2012).

All forskning og litteratur jeg har funnet i forbindelse med denne oppgaven viser til at foreldre som er godt informert opplever en lavere grad av engstelse perioperativt. Sykepleierens evne til å bygge opp et tillitsforhold med familien gjennom å fremme en dialog som er forenelig med å gi god informasjon vil dermed bidra til foreldrenes følelsesmessige mestring (Fagprosedyre, 2013). Studiene «Reduksjon av engstelse hos foreldrene før og etter induksjon av anestesi» (Barber & Zuwala, 2001) og «Familiesentrert forberedelse forbedrer perioperative resultater hos barn» (Kain et al., 2007) viser at økt grad av preoperativ informasjon til foreldrene i form av blant annet videomateriale reduserer engstelige følelser hos foreldrene, og at dette påvirker barna positivt postoperativt i form av lavere forekomst av delirium og uro, mindre behov for smertestillende, og hurtigere utskrivelse. Disse studiene understøtter dermed min antagelse om at tryggere foreldre gir tryggere barn.

Tonsillektomi og anestesi innebærer en viss grad av risiko, selv om denne er lav (Grønseth & Markestad, 2013). Foreldrene selv uttrykker en ambivalens som grunnes bekymring for selve inngrepet, og håp om at barnet skal bli friskere (Andersson et al. 2013). Jeg mener at god omsorg hvor sykepleieren er åpen og tilstedeværende som beskrevet i Martinsens

omsorgsteori, vil medføre at foreldrenes tro på egne mestringmuligheter forsterkes slik at de bedre vil være i stand til å benytte mestringsstrategier som reduserer engstelige følelser. Dette er i tråd med Reitan (2010), som fremhever tilhørighet og nærhet som en forutsetning for mestring, og sykepleierens plikt ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 om å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

At sykepleieren viser med sine holdninger, ord og handlinger at det ikke er en «god» eller «dårlig» måte å mestre følelser på, og at det er naturlig og forventet å oppleve en viss grad av engstelse, mener jeg kan bidra til å ufarliggjøre vanskelige følelser og dermed bidra til følelsesmessig mestring hos foreldrene.

## 5.2 Følelsen av å miste kontroll

«Det er en ubehagelig følelse for en forelder. De sier bare at nå sover hun, og at vi må gå ut. Du kjenner at tårene begynner å trille, og du kan ikke stoppe det. Det bare skjer»

«Du kjenner at du er veldig liten her på sykehuset. Du legger livet til barnet ditt i deres hender og må bare gå ut i fra at de vet hva de gjør. Du greier ikke å la være å føle at de tar kontroll»

Ifølge Reitan (2010) er et grunnleggende krav for mestring kontroll. Det er imidlertid ikke realistisk at foreldrene kan oppleve at de har full kontroll i en så sårbar situasjon, og det er naturlig nok verken hensiktsmessig eller mulig å involvere foreldrene under et kirurgisk inngrep. Kanskje separasjonen fra barnet til en viss grad forklarer hvorfor samtlige studier viser til en opplevelse av stress og engstelse hos alle foreldre, og særlig direkte etter induksjonsøyeblikket? Johanssen et al. (2012) sier at ingen av foreldrene i deres studie følte seg forberedt på at de måtte forlate barnet så hurtig. Årsaken til behovet for å forlate barnet så hurtig som mulig er sammenhengen mellom tidsrommet barnet tilbringer under anestesi, og risiko for komplikasjoner per- og postoperativt (Ræder & Nordentoft, 2010). Jeg tenker at dersom foreldrene preoperativt er godt informert om at de kommer til å forlate barnet med en gang det «sover», vil dette øke deres opplevelse av kontroll og mestring.

Studien som omhandler familiesentrert forberedelse for å forbedre perioperative resultater hos barn (Kain et al., 2007) anbefaler at preoperative informasjonsprogram i økt grad fokuserer på induksjonsperioden. For å få til dette vil det være nødvendig med et tett tverrfaglig teamsamarbeid. Alt helsepersonell er forpliktet til tverrfaglig samarbeid gjennom Helsepersonelloven når behov tilsier det (Helsepersonelloven, 2014). Vi vet at barn i alderen

---

3-6 har et særlig behov for en trygg omsorgssituasjon for å utvikle sine egne mestringsstrategier (Grønseth & Markestad, 2013). Forskning og litteratur viser også til en økt sårbarhet hos foreldrene i forbindelse med kirurgiske inngrep på barn, og foreldrene har en selvstendig rett gjennom Pasient- og brukerretighetsloven og Helsepersonelloven til å bli ivaretatt. Gjennom denne oppgaven har jeg funnet lite informasjon om hvordan tverrfaglig samarbeid gjennomføres i praksis ved kirurgiske inngrep på barn, hvor flere avdelinger er involvert. Fagprosedyrene gir et forslag til informasjonsdeling på tvers av yrkesgruppene på de ulike avdelingene, men gir ingen konkrete føringer for hvordan dette skal foregå. Jeg mener at en styrking av et slik teamsamarbeid vil støtte opp under det eksisterende lovverket, og i økt grad gi familier en opplevelse av kontinuitet og trygghet.

Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleieres faghefte «operasjonssykepleie- ansvar og funksjonsbeskrivelse» (2011) beskrevet i punkt 3.9 i denne oppgaven mener jeg gir en god beskrivelse av hvordan det ikke er mulig å forutsi en persons reaksjon på tap av kontroll basert på en biologisk eller mekaniske kroppsførståelse. Deres forklaring på de hvor komplisert det er å skulle beskrive hva som ligger bak en persons reaksjoner og dermed mestringsstrategier, belyser hvilke høye krav som stilles til sykepleieren for at hun skal være i stand til å bidra med informasjon og omsorg på en måte som fremmer følelsesmessig mestring og reduserer den andre personens opplevelse av å miste kontroll. Denne uforutsigbarheten føler jeg også belyser hvordan situasjoner som ytre sett er nær identiske kan oppleves så forskjellig. Det forklarer også til en viss grad hvordan pasienter kan fremstå som så like, men allikevel ulike på en gang.

### 5.3 Behov for å være forberedt

«Vi har lest brosjyrene med bildene mange ganger. Hun har kommet til oss flere ganger for å lese den. Men det hadde vært bra med en egen side med informasjon for foreldrene»

«Det er jo selvfølgelig bare rutine og en hverdagslig ting for de som har gjort det mange ganger, men for meg er det veldig vanskelig»

«Så du måtte bare forberede deg som best du kunne. Jeg fikk god informasjon på forhånd om at hun kunne rykke litt til og puste litt rart. Det var nødvendig å få slik informasjon, ellers kunne du som forelder ha blitt veldig redd. Alternativet er at sykepleieren snakker med forelderen om det på operasjonsstua. Men da er det for sent. Da kan du bli hysterisk. Hvis du tror at de bare skal sovne fredfullt og noe slikt skjer. Det er noe folk ville reagert på»

Preoperativ informasjon til foreldre er et viktig fokus for denne oppgaven, og oppholdet på barneavdelingen er ved dagkirurgiske inngrep av kort varighet. Dette medfører en relativt snever tidsramme for sykepleieren når hun skal danne en relasjon med familien og gi informasjon.

Studien «Familiesentrert forberedelse forbedrer perioperative resultater hos barn» (Kain et al., 2007) foreslår en rekke tiltak preoperativt for å forberede både barn og voksne forut for dagkirurgiske inngrep. Gjennom å starte den preoperative forberedelsen forut for operasjonsdagen ved hjelp av informasjonsbrosjyrer og utstyr som munnbind for den voksne og inhalasjonsmaske for barnet, kan rollespill i vante omgivelser bidra til at både barn og foreldre er godt forberedt allerede før ankomst på sykehuset. Jeg tror dette kan gjøre det enklere for sykepleieren å danne en relasjon med familien innenfor de tilgjengelige tidsrammene. Flere av studiene referer også til nytten ved et besøk på sykehuset forut for selve dagen for inngrepet som en del av den preoperative forberedelsen. Ved å legge til rette for den økte kunnskapen et slikt program vil representere, ivaretar vi også sykepleierens ansvar som nedlagt i yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 om helsefremmende tiltak (NSF, 2010). Helsefremmende tiltak øker mestring, noe som også er en del av prinsippet om Empowerment.

En annen fordel med gode forberedelser er at mestringsstrategiene foreldrene lærer seg gjennom denne prosessen potensielt kan overføres til andre situasjoner, som for eksempel senere undersøkelser eller innleggelser på sykehus for barnet. Dermed er økt innsats i den preoperative informasjonen også et samfunnsøkonomisk gunstig tiltak over tid, og kan bidra til at barn opplever sykehus som mindre skremmende gjennom oppveksten og senere som voksne.

## 5.4 Å være tilstede

«Jeg tenkte at jeg kunne være en støtte for barnet mitt. Så det er det jeg alltid prøver å være. Jeg tror jeg var det. Du er en god støtte bare ved å være der rolig og trygg»

I studien som omhandler hvorvidt foreldrene opplever redusert engstelse kun ved å være tilstede ved induksjon av anestesi (Kain et al., 2003) kommer det frem at det selvrapporterte nivået av angst var lavest hos foreldrene som var tilstede under induksjonen. De objektive fysiologiske indikatorene for stress viste imidlertid at gruppen foreldre som ikke var tilstede hadde lavere hjerterytme enn foreldrene som fulgte barnet, uavhengig av hvor godt forberedt

---

disse var. Denne uoverensstemmelsen mellom subjektiv og objektiv opplevelse av en vanskelig situasjon kan kanskje forklares med de komplekse faktorene som påvirker den enkeltes følelse av mestring (Reitan, 2010).

Allikevel kan det tenkes at det å få være tilstede i seg selv kan bidra til foreldrenes behov for å oppleve en viss grad av kontroll over situasjonen, og at dette bidrar til deres følelsesmessige mestring.

I den komparative studien publisert av The Cochrane Collaboration viser de til at eksisterende forskning på området ikke indikerer at foreldrenes tilstedeværelse i seg selv har en positiv effekt på barna perioperativt, og at det dermed ikke er faglig grunnlag for å anbefale at foreldrene er tilstede med mindre de ønsker dette selv. De påpeker videre at mer omfattende studier om dette er nødvendig, da forskning indikerer at intervensjoner som er rettet mot å redusere engstelse hos foreldrene kan ha en målbar effekt på barnets opplevelse. Denne studien er basert på forskning fra land hvor foreldrenes tilstedeværelse ikke er integrert i lovverk og kulturelle forventninger på samme vis som i Norge hvor barns rett til å ha en omsorgsperson med seg under hele oppholdet ved sykehus, også ved induksjon av anestesi, er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetslovens § 6-2 (2014). Mine tanker rundt denne studien er at for å ivareta foreldre og barn på best mulig måte, må vi ved norske sykehus arbeide for økt følelsesmessig mestring hos foreldrene ut fra den kunnskapen vi har, og i norsk kontekst.

## 5.5 Behov for følelsesmessig støtte

«Særlig hjelper det med en vennlig holdning, faktisk det alltid den viktigste delen av behandlingen»

«Et lite klapp på skulderen kan gjøre at jeg slapper av»

Omsorg er en integrert og viktig del av sykepleierens yrkesutøvelse. Sykepleierens etiske grunnlag som er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer, tydeliggjør også at hun skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). I sykepleieteori står også de moralske og etiske aspektene ved sykepleie sentralt. Som jeg tidligere har vist gjennom en presentasjon av Kari Martinsens omsorgsteori, må omsorg i en sykepleiekontekst integreres i en praktisk arbeidssituasjon som et moralsk, mellommenneskelig relasjonelt begrep som også involverer konkrete handlinger (Kirkevold, 2001).

Martinsens idealer om nestekjærlighet, og at sykepleieren er personlig og tilstedeværende i møte med pasienten setter en høy moralsk standard. Hennes sterke fokus på omsorg i sitt teoretiske arbeid er formidlet på en svært filosofisk måte. For meg er dette både en styrke og en svakhet ved hennes sykepleieteoretiske perspektiv. Det er ikke alltid lett å få tiden til å strekke til i den grad Martinsens teori krever. Travle skift og mange ulike arbeidsoppgaver innebærer at det ofte ikke er praktisk mulig å bruke så mye tid en skulle ønske. Samtidig er det som Martinsen påpeker sykepleierens ansvar å beskytte og ivareta pasientene, og å bidra til en utvikling hvor alle pasientgrupper blir prioritert på lik linje, uavhengig av hvorvidt de selv er i stand til å fremme sine ønsker, krav og behov. Martinsens omsorgsteori gir mye rom for etiske og moralske refleksjoner rundt hva det innebærer å utøve god sykepleie, og dette er det fullt mulig å ta med seg og benytte- også i en travel hverdag.

Alvsvåg (2010) hevder at kvaliteten av omsorg er avhengig av sykepleierens handlinger, og i studien «Foreldres erfaringer; barnets første anestesi ved dagkirurgiske inngrep» (Andersson et al.,2012) gir foreldrene selv uttrykk for at de har behov for oppmerksomhet i form av en vennlig holdning eller kanskje også et klapp på skulderen. Det foreldrene da etterspør er nettopp de konkrete handlingene som viser omsorg Kari Martinsen referer til. I den samme studien fremhever foreldrene at når sykepleieren viser omsorg for barnet er dette med på å redusere deres egen utrygghet.

Følelsesmessig støtte til foreldrene bidrar til følelsesmessig mestring. Støtte i form av informasjon, relasjonsarbeid og en dialog som oppmuntrer foreldrene til å sette ord på sine følelser bidrar til å styrke deres emosjonsbaserte, kognitive og problemorienterte mestringsstrategier (Reitan, 2010).



---

## 6. Konklusjon

Selv om informasjon kan redusere engstelse, viser forskningen at alle foreldre opplever særlig induksjonsøyeblikket som vanskelig. På grunn av dette mener jeg det er viktig at sykepleieren gir god informasjon og fremmer foreldrenes mestringsevne i så stor grad som mulig, men at omsorgsaspektet alltid vil være en viktig faktor for å bidra til deres følelsesmessige mestring. Rett til informasjon, omsorg og støtte som kan bidra til økt mestring er nedfelt i lovverket gjennom Helsepersonelloven (2014) og Pasient- og brukerretighetsloven (2014), samt i yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011).

Gjennom sin omsorg og sin undervisende funksjon kan sykepleieren bidra til foreldrenes følelsesmessige mestring, og forskningen viser at en slik økt følelsesmessig mestring gir utslag i form av mindre engstelse hos foreldrene perioperativt, samt at det har en positiv effekt på barnet postoperativt.

For å danne en relasjon til foreldrene på en meningsfull måte som fremmer følelsesmessig mestring, må sykepleieren være reflektert i sin yrkesutøvelse. Fagkunnskap i seg selv er ikke tilstrekkelig, grunnet de komplekse og svært individuelle reaksjonsmønstrene til foreldrene hun møter. Hun må være etisk og moralsk reflektert, og være i stand til å knytte relasjoner på en måte som bygger tillitt til foreldrene slik at hun legger til rette for følelsesmessig mestring i en situasjon forskningen viser frembringer vanskelige følelser i ulik grad.

Økt fokus på informasjon og ulike formidlingsmåter og hjelpemidler som er utviklet med det formål å øke kunnskap hos foreldre kan bidra til økt følelsesmessig mestring, noe som gir en positiv effekt hos barna, særlig i den postoperative fasen. Besøk på sykehuset som en del av den preoperative forberedelsen av barn og deres foreldre kan også redusere engstelse (Andersson et al.,2012).

Ved å øke fokuset på team-samarbeid med fokus på kontinuitet for barn og foreldre ved dagkirurgisk inngrep kan dette bidra til en helhetlig opplevelse, til tross for at barnet gjennom dagen oppholder seg ved flere avdelinger. Jeg mener at dette burde være et satsingsområde både for politiske føringer, og forskning som er tilpasset norske forhold.

Sykepleierens forståelse for foreldrenes opplevelse av stress, engstelse og ambivalens når barnet deres gjennomgår et dagkirurgisk inngrep som tonsillektomi, danner grunnlaget for at hun kan gi tilpasset informasjon, øke foreldrenes mestringsevne, og gi den grad av omsorg

som er nødvendig hos den enkelte. Dette vil bidra til at det dagkirurgiske barnet blir ivaretatt på best mulig måte, og bidrar til et optimalt postoperativt forløp.

## Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2010). Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenking. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

\*Andersson, L., Johansson, I., & Osterberg, S.A. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204-1210.

\*Bratt, M. (2016). Tonsilleregisteret- Norsk Kvalitetsregister ØNH Tonsilleoperasjoner. Presentert på registerkonferansen, Universitetssykehuset i Trondheim.

Brinchmann, B. S. (2013). Nærhetsetikk. I Brinchman, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatric og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2014).

Holter, I.M., & Mekki, T.E. (Red.). (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe

Hummelvoll, J.K. (2010). Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Jøranlid, S. (2014, 18.08.). Ikke gå fra meg. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/08/ikke-ga-fra-meg>

\*Kain, Z.N., Caldwell-Andrews, A.A., Mayes, L.C., Wang, S.M., Krivntza, D.M., & LoDolce, M.E. (2003). Parental Presence during Induction of Anesthesia. *Anesthesiology*, (98)1, 58-64.

\*Kain, Z.N., Caldwell-Andrews, A.A., Mayes, L.C., Weinberg, M.E., Wang, S.M., MacLaren, J.E., & Blount, R.L. (2007). Family-centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children. *Anesthesiology*, (106)1, 65-74.

\*Kirkevold, M. (2009), *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus. (2013) Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år. Lokalisert på: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykososial-preoperativ-forberedelse-av-barn-3-6-ar#approach-attachments>

\*Klette, G.S., Evju, A.S, Kasen, A., Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien*, 102(2), 62-64. Lokalisert på:  
<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>

Knutstad, U. (Red.). (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.

\*Manyande, A., Cyna, A.M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *The Cochrane collaboration, issue 7*, 1-43.

\*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

\*Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere, (2011). Operasjonssykepleie- ansvar og funksjonsbeskrivelse (faghefte). Lokalisert på:  
<https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE%202011mars%202012.pdf>

\*Nylenna, M. (2012). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2014).

Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.

\*Ræder, J. & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 130(7), 742-746. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2010/742-6.pdf>

\*Shields, L. (Red.). (2010) *Perioperative Care of the Child: A nursing manual*. West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.

\*Zuwala, R., & Barber, K.R. (20012). Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA Journal*, (69)1, 21-25.

\*Østgaard, G., Ulvik, A. (2010). Anestesi til barn. *Tidsskriftet for Den norske Legeforening*, (7)130, 752-755. doi: 10.4045/tidsskr.08.0529

## Vedlegg 1

P	I	C	O	Dato	Database	Treff	Brukte artikler
Children AND Anesthesia induction	Parental presence		Anxiety	15.10	PubMed	116	2
Parents AND Pediatric induction			Reducing anxiety	15.10	PubMed	537	1
Child AND Anesthesia AND Day surgery	Preoperative information		Anxiety	15.10	CINAHL	254	2
Child AND Anesthesia AND Day surgery	Interventions	Review		17.10	Cochrane Library	7	1
Barn Foreldre Anestesi Dagkirurgi		Pre- operativ informasjon	Følelses- messig mestring	15.10	SveMed+	-	0
Barn og unge	Veileder			15.10	Helse- biblioteket	23	1