

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:01

Anestesisjuksköterskans upplevelse av att söva barn

Monica Aronsson
Ulrika Eriksson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Anestesisjuksköterskans upplevelse av att söva barn

Författare: Monica Aronsson
Ulrika Eriksson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesi

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Att genomgå anestesi och operation kan vara skrämmande för många barn då de utsätts för något okänt, oförutsägbart och de känner att de tappar kontrollen. Oroliga barn utgör en utmaning för anestesisjuksköterskan då det innebär att barnen samarbetar i mindre grad. Anestesisjuksköterskan har kort om tid vid mötet med ett barn innan operation för att skapa en god kontakt och få barnet att samarbeta. Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskans upplevelse av att söva barn. Metoden som valdes var öppna intervjuer, åtta anestesisjuksköterskor intervjuades på ett sjukhus i västra Sverige. Intervjuernas innehåll analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Det som är utmärkande för studiens resultat bygger på förberedelse som skapar kontroll för oförutsedda händelser, och förmågan hos anestesisjuksköterskan att anpassa sig efter barnets individuella behov. I resultatet framkom två huvudteman. Det första huvudtemat handlar om *"Skapa de bästa förutsättningar utifrån den omgivande miljön"* och innefattade kategorierna *"Handlingsberedskap"*, *"Närvaron av föräldrar"*. Det andra huvudtemat handlade om *"Skapa de bästa förutsättningarna i mötet med barnet"* och innefattade kategorierna *"Etablera kontakt med barnet"* och *"Respektera barnet"*. Kategoriernas innehåll presenterades i tillhörande underkategorier. Slutsatsen i studien blev den för att kunna hantera ett barns oro är erfarenhet och förmågan att läsa av ett barn viktigt för anestesisjuksköterskan. Att ha handlingsberedskap, vara följsam och att kunna anpassa sig efter barnets individuella behov är några egenskaper som en anestesisjuksköterska bör besitta, vilket stämmer med den tidigare forskningen. När anestesisjuksköterskan etablerar en god kontakt med barnet blir det en trygghet för dem båda vid induktionen.

Nyckelord: Anestesi, Anestesisjuksköterska, barn, oro, perioperativ vård, omvårdnad

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
En specialiserad och patientsäker vård	1
Anestesisjuksköterskans kompetens och arbetsuppgifter	2
Den perioperativa omvårdnaden	3
Barns oro	4
Barn och information	5
Strategier	6
Föräldranärvaro	7
Etik	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Ansats	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Etiska överväganden	12
RESULTAT	12
Skapa de bästa förutsättningarna utifrån den omgivande miljön	13
Handlingsberedskap	13
Rädsla för att något ska gå snett	14
Att vara på tå	14
Föräldrars närvaro	15
Föräldradelaktighet	15
Oroliga föräldrar	16
Skapa de bästa förutsättningarna i mötet med barnet	17
Etablera kontakt med barnet	17
Förbereda barnet inför anestesi	17
Läsa av barnet	18
Trygghet	19
Respektera barnet	19
Sätta barnet i centrum	20
Låta det ta tid	20
Att tala sanning	21
Uppföljning av anestesi	22
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22

Resultatdiskussion	24
Handlingsberedskap och föräldranärvaron	25
Mötet med barnet	26
Slutsatser	28
REFERENSER	29
<i>Bilagor</i>	35
Bilaga 1	35
Bilaga 2	37
Bilaga 3	38
Bilaga 4	39

INLEDNING

Vårt intresse i att undersöka anestesijuksköterskors upplevelser av att söva oroliga barn kommer sig av att båda författarna har arbetat med föräldrar och barn i olika åldrar. I professionen som sjuksköterska har vi sett hur föräldrars oro och otrygghet kan sprida sig till barnet och hur barns rädsla kan uppröra föräldrar, de kan ha svårt att hantera deras barns ångest. Vi vet genom erfarenhet att en lugn och trygg sjuksköterska kan guida familjen genom en vårdprocess och komma ut på andra sidan med positiva upplevelser. Många barn kommer till en operationsavdelning och känner sig utsatta och hamnar i en okänd miljö. Lundberg, Roth och Werner (2011 s.210) visar på att ovissheten inför en nära förestående obehaglig situation är stressande för vem som helst, inte minst för små barn. Barnet ska alltid beredas möjlighet att få bilda och uttrycka sina egna åsikter och då ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad. Enligt barnkonventionen ska det om barnet inte själv kan föra sin talan finnas en företrädare för barnet exempelvis barnets föräldrar (UNICEF 2009, ss.14-15). Anestesijuksköterskans yrke innebär att ge anestesi till barn som behöver opereras eller undersökas, barnen kan vara mer eller mindre oroliga inför detta. I det korta mötet som anestesijuksköterskan och barnet träffas är det viktigt att snabbt kunna bygga upp ett förtroende för att få ett gott resultat. I artikel 3 i barnkonventionen står det skrivet att barnets bästa alltid ska komma i främsta rummet i alla hänseende. Anestesijuksköterskor som är vana att söva barn har en bred kunskap och erfarenhet av fenomenet oroliga barn, och har utvecklat tillvägagångssätt för att lösa situationen på bästa möjliga sätt. Deras upplevelser är dock inte studerade i större utsträckning inom omvårdnadsforskningen, varför denna studie kan ge värdefull kunskap genom att beskriva det ur anestesijuksköterskornas perspektiv.

BAKGRUND

En specialiserad och patientsäker vård

Målet med hälso- och sjukvården är att den ska erbjuda lika vård på lika villkor samt att den ska vara säker och kostnadseffektiv enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Statistik från Socialstyrelsen visar att antalet operationer det senaste decenniet ökar i Sverige för varje år. Trots detta har specialistsjuksköterskor minskat i andel sedan 1995. Enligt Socialstyrelsen (2015b) är efterfrågan stor inom psykiatri-,

anestesi- och intensivvård. Att hälso- och sjukvården har krav på produktivitet leder till att det ställs det höga krav på personalen det vill säga att arbete ska utföras på kortare tid samtidigt som vården ska vara god och säker. Enligt Aiken et al (2014) visar det på att hög arbetsbelastning och låg utbildningsnivå hos sjuksköterskor ökar risken för att patienter avlider efter kirurgi med relativt låg förväntad dödlighet.

Anestesisjuksköterskans kompetens och arbetsuppgifter

Anestesisjuksköterskans yrke är ett relativt ungt yrke. På 1940-talet gavs möjlighet att utbilda sig till operationssjuksköterska och ur dessa rekryterades de första anestesisjuksköterskorna i Sverige. Sjuksköterskorna alternerade genom att arbeta ömsom som operationssjuksköterska och ömsom som anestesisjuksköterska (Gran Bruun 2013, s.28). Det var först 1956 som en formell utbildning till anestesisjuksköterska startades av SIHUS (Statens institut för högre utbildning). Anestesisjuksköterskans arbete styrs övergripande av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Vidare ska kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård tydliggöra professionen och yrkesutövningen. Enligt kompetensbeskrivningen ska anestesisjuksköterskan bland annat: skapa tillit, förtroende och trygghet för patienten och närstående, informera och undervisa patienten och närstående, behandla patienten som en unik person med individuella behov, vara uppmärksam, öppen och mottaglig för patientens situation (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). I en intervjustudie av Sundqvist och Carlsson (2014) nämner man begreppet patientens advokat vilket innebär att anestesisjuksköterskan försvarar patientens rättigheter och ser till att behandla patienten med respekt och därmed respekterar patientens integritet. Vid anestesi lägger patienten sitt liv i anestesisjuksköterskans händer. Under tiden som operationen pågår kommer inte patienten kunna göra sin röst hörd och anestesisjuksköterskan är patientens advokat (Sundqvist & Carlsson 2014). Samspelet mellan patienten och sjuksköterskan är en grundsten i all avancerad omvårdnad (Gran Bruun 2013, s. 20). En vägledning för sjuksköterskans etiska handlande i mötet med patienten är ICN (International Council of Nurses 2014). Anestesisjuksköterskans specialområde anestesisjukvård omfattas av ansvar för övervakning och/eller utförande av lokal eller generell anestesi, analgesi och sedering till patienter i alla åldrar (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska

med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård 2008). En prioriterad uppgift för anestesisjuksköterskan är att reducera psykologisk stress hos patienten inför operation och anestesi. Målet är att ge patienterna en positiv upplevelse och stärka deras copingförmåga genom hela förloppet (Valeberg 2013, s.318). Anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter är också att; förbereda samt övervaka utförandet av lokal och generell anestesi, smärtlindra, förbereda patienten psykiskt och fysiskt inför en operation, omvårda patienten på operationsbordet och bedöma patientens tillstånd efter operation. Det handlar också om att vara behjälplig och erbjuda sina kollegor assistans vid behov (Perry, 2005).

Den perioperativa omvårdnaden

Under 1980-talets mitt växte den perioperativa dialogen i USA och har efter det utvecklats vidare i Sverige av von Post (1999). Den perioperativa dialogen är en anestesisjuksköterskas pre-, intra- och postoperativa dialog med den patient hon ska vårda i samband med ett kirurgiskt ingrepp och syftar till att lindra patientens lidande, skydda patientens värdighet, skapa välbefinnande och bli till en livgivande händelse som patienten vill minnas som något gott (Lindwall & von Post 2008, s.84). Pre-, intra- och postoperativt kännetecknas av tiden före och fram till operation, tiden då patienten blir opererad och tiden direkt efter operationen och till patienten kan förflyttas till vårdavdelningen igen. Den perioperativa sjuksköterskans etiska hållning innebär att hon närmar sig patienten ödmjukt, varsamt och med ett öppet sinne (Lindwall & Post 2008, s.98). Med hjälp av den perioperativa dialogen är målet att samma anestesisjuksköterska ska möta patienten i samtal pre- intra- och postoperativt. För att minska perioperativ ångest behövs kontinuitet och perioperativ dialog med samma anestesisjuksköterska som komplement till dagens standardiserade perioperativa vård (Wennström, Törnhage Nasic, Hedelin & Bergh 2011). Patienten får berätta om sig själv, tankar och funderingar i det preoperativa samtalet och anestesisjuksköterskan lyssnar, svarar på frågor och kan på så sätt planera och förbereda den kommande anestesi. Det intraoperativa samtalet är genomförandet av ingreppet och handlar om att sjuksköterskan inte överger sin patient utan finns där för patienten under hela ingreppet. I anestesisjuksköterskans uppgift ligger det att se till att patienten respekteras även när hen sover. Som ett exempel är att det som inte lämpar sig att sägas när patienten är vaken lämpar sig inte heller att sägas när patienten sover (Sundqvist & Carlsson 2014). I

den postoperativa fasen möter anestesijuksköterskan patienten efter ingreppet och kan på så sätt tillsammans med patienten utvärdera vården (Lindwall & Post 2008, s.94). Enligt Eriksson (2004, s.25) utgör vårdrelationen grunden i vårdandet och vårdprocessen. En verklig relation innebär ett sant möte och bygger på ömsesidighet. Vårdförhållandet är professionellt, det grundar sig på kunskap och uppfyller de etiska kraven. Oberoende av hur lång tid den aktuella vårdprocessen pågår är kontinuitet i vårdförhållandet viktigt. Många anestesijuksköterskor upplever att de krav som ställs på dem är extremt utmanande, speciellt när patientens rätt till individuell vård är kombinerad med förväntningar av effektivitet (Runeson, Proczkowska-Björklund & Idvall 2010).

Barns oro

I Sverige opereras cirka 150 000 barn varje år. Flertalet av dessa ingrepp sker dagkirurgiskt (Wennström 2011, s. 13). Oro definieras som brist på ro; tillstånd som utmärks av störningar i den normala tillvaron (Svenska Akademien 2016). Inom forskning används ofta ordet "anxiety", vilket när det översatt det till svenska betyder ångest, och definieras som stark negativ känsla av att vara utsatt för press eller obestämnda hot (Svenska Akademien 2016). Barns största bekymmer inför dagkirurgi är att de sätts i en okänd, oförutsägbar och stressig situation som de måste härda ut i. Barnen känner att de förlorar kontrollen innan operationen men måste samarbeta med vårdpersonal trots rädsla, osäkerhet och smärta (Wennström, Hallberg & Bergh 2008). Oroliga barn utgör en utmaning för anestesijuksköterskor då det innebär att barnen samarbetar i lägre grad. Oro innan kirurgi är ett vanligt fenomen hos barn och associeras med olika negativa beteenden så som aggressivitet, gråt, spontan elimination och behov av fysisk fasthållning vid anesthesiinduktionen. Risken ökar för negativa psykologiska följder hos barn med ökad oro och de kan yttra sig som fortsatt oro, depression, irritation och aggressivitet (Li & Lam 2003, s. 882). Dessa barn drabbas i högre grad av smärta, sämre immunförsvar, sämre sårhäkning och ökat behov av sedativa läkemedel (Fortier, Del Rosario, Martin & Kain 2010). Preoperativ oro har också blivit förknippat med fenomen postoperativt så som förälder-barn konflikt och separationsångest, på grund av dessa orsaker behövs metoder för att behandla och förebygga barns oro och ångest (Wright, Stewart, Finley & Buffet-Jerrott 2007). För att minska oron är det viktigt med både en fysisk och psykisk förberedelse för barnet och föräldrarna och på så

sätt också öka känslan av säkerhet för dem alla enligt Hallström (2015, s. 127). Den preoperativa oron hos ett barn kan påverka det postoperativa förloppet negativt både fysiskt och psykiskt så som förlängd rehabilitering, mardrömmar, ätsvårigheter och sängvätning (Perry, Hooper & Masiongale 2012). I en studie av Kain et.al (2009) visades det på nyttan med preoperativa förberedelser för att dämpa ångest hos barnen. Förberedelserna kunde även visa på att det var välgörande för barnets postoperativa smärta vilket ledde till att de inte krävde höga doser av smärtlindrande läkemedel. Mindre smärtlindring leder till mindre illamående, snabbare mobilisering och rehabilitering. De barn som fick kontinuitet i vården genom perioperativ dialog hade signifikant lägre nivåer av kortisol i saliven postoperativt och de behövde mindre morfin för smärtlindring (Wennström et. al 2011). Den oro barnen upplever vid dagkirurgi kan fångas i teckningar gjorda av dem själva. Teckningarna är av stort värde vid användandet för att bryta isen vid okända, främmande och skrämmande situationer (Wennström, Nasic, Hedelin & Bergh 2010). Barn, framför allt pojkar i åldern 3-6 år kan ha svårt att särskilja mellan smärta, illamående och obehag. Som anestesijuksköterska måste man därför ha kunskap kring barns utveckling för att förstå hur de uttrycker sina känslor och upplevelser (Wennström & Bergh 2008). Om barn har en traumatisk upplevelse av anesthesiinduktionen kan konsekvensen bli att barnet får en kort eller långsiktig negativ påverkan på välmående och framtida möten med vården (Runesson, Proczkowska-Björklund & Idvall 2010).

Barn och information

De flesta barn som kommer för en operation är friska barn förutom just den åkomma de skall opereras för. Dessa barn och deras föräldrar har inte samma erfarenheter som de barn som har tillbringat mycket tid på sjukhus och som har med sig både positiva och negativa upplevelser från vården. Barn som har erfarenhet av vården har ett annat behov av information än ett barn utan några preferenser. Många av de barn som är i skolåldern och i tonåren har tillsammans med sina föräldrar en önskan om att få träffa narkospersonal i ett lugnt skede och inte direkt i anslutning till operationen. I det mötet kan de ställa frågor och framförallt ge information till personalen om barnets egna önskemål och tankar (Nilsson & Sandström 2016, s.506). Personalen ska även gå igenom händelseförloppet för operationsdagen vid detta möte. Hallström (2015, s.129) poängterar att det är av vikt att informationen ges både muntligt och skriftlig. Föräldrar

vill gärna ha information på olika sätt genom t.ex. broschyrer, telefonkontakt, videoband och informationsmöte som tar upp hur narkos och uppvaknandet går till (Nilsson 1999). Det ställs höga krav på anestesijuksköterskan när barn kommer helt oförberedda till operation då det är begränsat med tid för att ge adekvat information och att få barnet att samarbeta på den korta tid som ges (Runeson, Proczkowska-Björklund & Idvall 2010). Hallström (2015, s.127) menar på att informationen skall vara anpassad till barnets ålder, utvecklingsnivå men även individuellt anpassad för barnet och föräldrarna till det specifika tillfället. Det finns en stor fördel med att förbereda barnet utefter dess ålder Tillsammans med barnet förbereds även föräldrarna vilket leder till att barnets oro minskar. Framför allt ses en signifikant effekt av minskad oro hos både barnet och föräldrarna vid den åldersanpassade förberedelsen (Perry, Hooper & Masiongale 2012). De preoperativa förberedelserna bör även omfatta föräldrarna för att underlätta för barnet. Dock visar det sig att den tid barnet och föräldrarna träffade operationspersonalen var förvånansvärt kort och den mesta tiden talades det medicinskterminologi med både barn och förälder (Kain et.al. 2009). Målet med informationen som ges av vårdpersonal är att den ska vara korrekt, sann och informationen ska inte missleda eller vara skadlig (Perry, Samuelsson & Cyna 2015). Barn som får utbildningsmaterial i sin preoperativa förberedelse visar sig vara signifikant mindre oroliga inför operation och sjukhusvistelse än de barn som får information genom underhållande material eller de som inte får någon förberedande information alls (Fernandes, Arriaga & Esteves 2014). Har man barn och föräldrar som kommer välinformerade till operation ökar deras känsla av trygghet och förutsättningarna för ett gott resultat ökar.

Strategier

Huvudstrategin för att ta hand om ett oroligt barn är känslighet, flexibilitet och agera på det sättet som man kommit överens om. Det krävs erfarenhet och kunskap av anestesijuksköterskan som jobbar med barn för att lyckas. Ibland är anestesijuksköterskan tvungen att frångå sina personliga eller organisationens rutiner för att dämpa barnets oro, dock aldrig på bekostnad av barnets säkerhet (Gimble-Berglund, Eriksson, Proczkowska-Björklund & Fridlund 2012). Det är viktigt att anpassa situationen efter barnets behov för att reducera preoperativ oro. Att få barn och föräldrar att aktivt delta i den preoperativa processen ökar chansen att barnet känner sig

lugn och behovet av att hålla fast barnet minskar. För att få barnet tryggt använder sig anestesisyksköterskan av att prata med barnet om dess intressen, humor och döper om medicinsk utrustning, som till exempel en anestesimask bytte namn till clownnäsa (Gimble-Berglund et.al 2012). Om personalen vid den preoperativa förberedelsen av barnet och vuxna använder sig av ett lekmoment gynnar det både deras helhetssyn och vårdkvaliteten. Effekten leder till att främja sjuksköterskans ansvarskänsla i vårdandet av sina patienter (Li, Lopex & Lee 2007). Att använda sig av terapeutisk lek preoperativt hos barn minskar stressen postoperativt och ger minskad postoperativ smärta (Li & Lopez 2006). Musik sägs ha en lugnande effekt på barnen när den spelas preoperativt och postoperativt dock inte vid själva anesthesiinduktionen. Akupunktur har testats att ges till föräldrarna för att minska deras oro och har visat sig vara effektivt. Detta ska leda till att även barnen känner mindre oro när de har en lugn och trygg förälder (Wright, Stewart, Finley & Buffett-Jerrott 2007).

Föräldranärvaro

Enligt Edvinsson Månsson och Enskär (2008, s34) är det vid vård av barn alltid minst en anhörig vid sidan av patienten. Den anhörige är oftast en förälder som även hen måste inkluderas i vården av barnet. Det är viktigt i en vård där patienten är i centrum att hen blir inkluderad i alla vårdbeslut och vårdprocesser. Edvardsson (2010, s.121) beskriver att personcentrerad omvårdnad har gynnsamma hälsoeffekter på både patient och personal. Det finns många diskussioner i litteraturen huruvida föräldrar ska närvara eller inte i operationsrummet under induktionen. Av erfarenhet kan föräldrar i de flesta fall kontrollera sina känslor väldigt väl och av den orsaken tillåts de vara med under anesthesiinduktionen (Iacobucci, Federico, Pintus & de Francisci 2005). Föräldrar upplever mindre oro då de får vara tillsammans med sitt barn vid sövning och även vid uppvaknandet (Nilsson 1999). Föräldrarnas emotionella beteende vid anesthesiinduktionen är betydelsefull för att lindra barnens oro (McLaren et. al. 2009). Endast föräldranärvaro vid anesthesiinduktionen har ingen statistik skillnad vare sig för barnet eller förälderns oro vid separationen eller induktionen. Detta i jämförelse med om föräldern inte var närvarande. Premedicinering är mer effektivt än föräldranärvaro för att reducera barnets oro vid induktion och föräldrars oro vid separationen (Erhaze, Dowling & Devane 2016). Föräldrar får välja vem av dem som ska följa med in till operationsalen men i de flesta fall är det modern som följer med. Även fast föräldrar är

lugna vid ankomsten till operationen ökar föräldrarnas stress när barnet blir medvetslös, troligen till följd av separationsångest från barnet (Messeri, Caprilli & Busoni 2004).

Etik

Etik är en viktig aspekt i anestesijuksköterskans yrkesutförande. Det kan vara svårt att ibland välja mellan etiska dilemman eller konflikter. I en del situationer där oavsett vilket val som görs kommer det i konflikt med våra etiska värderingar (Elander 2008, s.65). Björklund (2001, s.436) exemplifierar de etiska konflikter som kan uppstå i en behandlingssituation som exempelvis där anestesijuksköterskan kan tvingas välja mellan olika etiska principer som att låta barnet bestämma eller att mot barnets vilja genomföra exempelvis en undersökning eller en behandling. De gånger då barnets vilja inte får gehör är det för att på sikt minska barnets lidande. Viktigt i en sådan situation då barnets vilja inte är genomförbart är att personalen förstår att barnet kan uppfatta behandlingen eller undersökningen som ett övergrepp och därför är det viktigt att minimera de behandlingar och undersökningar barnet inte vill medverka till. Integritet är något som vuxna tar för givet och genom samtal kan vuxna förstå meningen med att behöva genomgå en viktig operation och även att förstå att smärta kan vara något man måste hantera för att komma vidare exempelvis vid PVK (perifer ven kateter) sättnig. Björklund (2001, s.436) beskriver att barn (0–6 år) har svårt att förstå förnuftresonemang som vuxna försöker med och i barnets upplevelsevärld blir det en otäck och obegriplig händelse och tilltron till vuxna kan komma att skadas. I dessa situationer får det inte förekomma hot, våld, nedlåtande eller raljerande kommentarer utan det måste ske med respekt för barnets integritet.

PROBLEMFÖRMULERING

Att befinna sig på sjukhus och vara patient innebär oro och stress inför undersökningar och behandlingar. Denna stress och oro kan vara ännu större hos ett barn som inte förstår vad som ska hända och varför det måste ske. Anestesijuksköterskan har kort om tid att skapa en god relation med barnet och föräldern då de kommer till operationsavdelningen. Det är därför viktigt att de blir informerade och förberedda av personalen på den avdelning de tillhör och även av anestesibarnläkaren innan operationen. Oro och stress kan komma sig av att barnet inte vet vad som ska hända, att det är något

okänt som barnet aldrig tidigare varit med om. Stressen kan framförallt bli påtaglig vid anesthesiinduktionen då barnet inte vill samarbeta och visar känslor såsom ilska och gråt, risken blir att personalen blir tvingad att hålla fast barnet. En negativ upplevelse för barnet kan ge ett vårdlidande. Det kan leda till att barnet vid nästa vårdtillfälle känner otrygghet och har svårt att samarbeta med sjukvårdspersonalen. Att behöva använda sig av fasthållning kan vara traumatiserande för personalen. Detta problem måste förbättras genom att kontakten mellan anesthesisjuksköterskan och familjen sker i ett lugnt skede innan operation för att optimera barnet och föräldrarnas trygghet. Anesthesisjuksköterskans tålamod, erfarenhet och kreativitet underlättar till att få en god kontakt med familjen. Hur upplever anesthesisjuksköterskan det att möta oroliga barn och föräldrar innan operation och hur gör hen för att minska denna oro? I litteratursökningen fann författarna många studier gjorda utifrån barnens perspektiv av att sövas. Fenomenet anesthesisjuksköterskans upplevelse av att söva oroliga barn finns det däremot inte mycket tidigare forskning om vilket gör att det är av stor vikt att göra en studie om detta fenomen.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka anesthesisjuksköterskans upplevelse av att söva barn.

METOD

Ansats

För att få svar på vår frågeställning väljs en kvalitativ design med en induktiv innehållsanalys. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som bland annat kan vara baserad på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s.160). Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen utifrån undersökningspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter, avslöja deras levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna (Kvale & Brinkmann 2014, s.17)

Urval

Deltagare i studien är verksamma specialistutbildade sjuksköterskor inom området anesthesi som arbetar på en operationsavdelning på ett allmänsjukhus där det utförs både

elektiva och akuta operationer. Urvalskriterierna för informanterna är minst två års yrkesvana och erfarenhet av att arbeta med barn inom anestesi ska vara varierande då den kan spela roll i hur upplevelsen är. Verksamhetschefen har godkänt datainsamlingsmetoden för denna studie och valde utefter urvalskriterierna åtta lämpliga deltagare (bilaga 1). I rekryteringen av informanter eftersträvades spridning avseende yrkeslivserfarenhet, ålder och kön. Könsindelningen av informanterna var sju kvinnor och en man. De var 40-59 år gamla med en medelålder på 51 år, och har varit verksamma anestesisyjuksköterskor i 2,5-35 år, i genomsnitt 16 år. Enligt Polit och Beck (2016, s.523) är det viktigt att informanterna är bra på att uttrycka sig i ord, är reflekterande och villiga till att utförligt samtala om sin upplevelse. Det är dock viktigt att deltagarna har erfart fenomenet och är kapabla att artikulera hur det är att ha varit med om upplevelsen.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom öppen intervju, vilket innebär att intervjun startades med en öppen fråga. Öppna intervjuer använder man sig av när man inte helt har en klar bild av vad man inte vet enligt Polit och Beck (2016, s.535). Intervjuerna inleddes med frågan ”*Kan du berätta för mig om dina upplevelser av att söva oroliga barn*”. Här förbereds inte många frågor innan utan låter deltagaren berätta sin upplevelse utifrån en stor öppen fråga. Följdfrågor kan komma utifrån vad deltagaren berättar såsom ”*Kan du utveckla det lite mera?*”, ”*På vilket sätt?*”, ”*Hur kändes det?*” och ”*Hur upplevde du det?*”. Om deltagarna hade svårt att komma igång att berätta om sin upplevelse bads de berätta om en situation som de tänkt ut innan om ett möte med ett barn där det gick väldigt bra eller ett som gick dåligt/sämre. Intervjuerna varade mellan 12-28 minuter och ägde rum på informanternas arbetsplats. Innan intervjuerna avslutades tillfrågades den intervjuade om de hade något att tillägga. De spelades in elektroniskt och transkriberades ord för ord.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008, ss.159-171) och denna analysmetod används ofta inom omvårdnadsforskning. För att granska och tolka texter har bandade intervjuer inom omvårdnadsforskning använt sig utav kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ

innehållsanalys innebär möjligheter att studera ett fenomen genom att ta fram det väsentliga ur ord och meningar och dela in dem i kategorier. Analysen utgick från en induktiv ansats vilket är mest lämpligt när det inte finns tillräckligt med tidigare studier om fenomenet eller när kunskapen är fragmenterad. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som bland annat kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Lundman & Hällgren Granheim 2008, s. 162).

För att få en helhetsbild lästes texterna på var sitt håll upprepade gånger för att få en god överblick och bli väl bekant med innehållet. Därefter reflekterade författarna tillsammans över textens huvudsakliga innehåll och sedan delades texten in i meningsbärande enheter som beskrev skillnader och likheter. Vidare kondenserades meningsenheterna för att få dem mer lättlästa och sedan abstraherades dem och benämndes med en kod. De koder som liknade varandra delades in i elva underkategorier, fyra kategorier och slutligen med två gemensamma teman.

Tabell 1: Exempel på tillvägagångssätt vid analys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
<i>”Jag skulle vilja säga såhär för o läsa av ett barn, läsa av en patient så måste du va läskunni å ju äldre du blir ju mer du jobbar ju mer läskunni blir du, så skulle man kunna uttrycka sig.”</i>	För att läsa av ett barn måste du vara läskunmig, det är något som utvecklas med ålder och erfarenhet.	Läs-kunmig	Läsa av barnet	Etablera kontakt med barnet	Skapa de bästa förutsättningarna

Etiska överväganden

Syftet med en intervjuundersökning bör övervägas inte bara med hänsyn till det vetenskapliga värdet av den eftersträvade kunskapen utan också efter i vad mån den förbättrar den undersökta mänskliga situationen (Kvale & Brinkmann 2014, s.99). Verksamhetschef och enhetschefer erhöll skriftlig information om studien och gav sitt godkännande till genomförande av studien. Information har givits till informanterna om att deltagandet sker på frivillig basis och att de kan avbryta när helst de vill utan vidare förklaring och med omedelbar verkan. Informanterna får vid intervjutillfället skriva under ett samtyckesformulär (Bilaga 3). Informerat samtycke betyder att man informerar undersökningspersonerna om syftet med undersökningen och om hur den är upplagd i stort (Kvale & Brinkmann 2014, s.107). Deltagarna i studien får en försäkran om att deras deltagande, eller informationen de delger inte ska kunna användas emot dem (Polit & Beck 2016 s.158). Informanterna fick information om hur de blivit utvalda och hur många som blivit utvalda att delta i studien. Deltagare har rätt att ställa frågor, vägra ge information och dra sig ur studien. Informanterna tillfrågades om ålder, kön samt verksamma år i yrket, i övrigt lagrades inga personuppgifter. Författarna har använt sig utav konfidentialitetsprincipen vilket innebär att den intervjuades namn och persondata har tagits bort vid transkriberingen, det är framförallt viktigt när deltagarantalet inte är stort. All data var endast tillgänglig för författarna och studiens handledare. Det är viktigt att författarna respekterar deltagares olika bakgrund, kultur, tro och livsstil. Enligt Polit och Beck (2016, s.543) är det viktigt att intervjuaren är artig och är finkänslig. Intervjuarens grundläggande etiska dilemma är att författarna vill å ena sidan att intervjun ska vara djup och inträngande med risk för att intervjupersonen kränks och å andra sidan att den ska vara respektfull mot intervjupersonen med risk för att få ett empiriskt material som bara skrapar på ytan (Kvale & Brinkmann 2014, s.98).

RESULTAT

I resultatet fram två huvudteman, ”Skapa de bästa förutsättningarna utifrån den omgivande miljön” och ”Skapa de bästa förutsättningarna i mötet med barnet”.

Tabell 2. Tabell över resultat huvudkategorier, kategorier och underkategorier.

Underkategorier	Kategorier	Teman
Att vara på tå	Handlingsberedskap	Skapa de bästa förutsättningarna utifrån den omgivande miljön
Rädslan för att något ska gå snett		
Föräldradeltaktighet	Föräldrars närvaro	
Oroliga föräldrar		
Läsa av barnet	Etablera kontakt med barnet	Skapa de bästa förutsättningarna i mötet med barnet
Förbereda barnet inför anestesi		
Trygghet		
Att tala sanning	Respektera barnet	
Sätta barnet i centrum		
Låta det ta tid		
Uppföljning av anestesin		

Skapa de bästa förutsättningarna utifrån den omgivande miljön

Tema ett ”Skapa de bästa förutsättningarna utifrån den omgivande miljön” handlar om det som skedde runtomkring barnet vilket utgjorde kategorierna ”Handlingsberedskap” och ”Föräldranärvaro”. Anestesisjuksköterskorna kunde beskriva hur de använde sig av de förutsättningar som fanns i omgivningen omkring dem, och de såg till att optimera allt så att sövningen skulle bli så bra som möjlig.

Handlingsberedskap

Anestesisjuksköterskorna talade om vikten av att förbereda sig på att något kan gå snett vid sövning av barn. Nya anestesisjuksköterskor upplever att söva barn är något de har stor respekt för och känner en viss rädsla inför. Genom erfarenhet lär de sig hantera denna rädsla som sedan övergår till en trygghetskänsla och de upplever istället att det är

en rolig utmaning att söva barn. Om detta har författarna sammanfattat i underkategorin ”Rädsla för att något ska gå snett”. Flera av informanterna beskrev att de hade en handlingsberedskap med sig som innebar att de hade tänkt ut plan B innan mötet med barnet. Detta beskrivs i underkategorin ”Att vara på tå”.

Rädsla för att något ska gå snett

Rädslan kan vara användbar om man inte låter den förlama en i sina handlingar. Att vara rädd är bra om man kan hantera den för då fås respekt för jobbet man utför. Rädslan kan handla om att det är något nytt man ställs inför som man inte har någon erfarenhet tidigare ifrån. Rädslan kan också vara att man vet om att något kan gå snett men man vet inte när det kommer att ske. Anestesisjuksköterskorna uttryckte en rädsla som fanns med dem när de sövde barn som sedan oftast har utvecklats genom deras erfarenheter till att bli hanterbar och en utmaning.

Jag tycker att det alltid är speciellt att söva barn. Jag har gått från att vara... jätterädd, livrädd.. inte livrädd.. men har varit väldigt spänd o nervös för att söva barn till o tycka att det är väldigt roligt och stor utmaning.

En informant beskrev om en jobbig händelse som hen varit med om och det är något hen fortfarande bär med sig. Rädslan som upplevdes då, har gjort att hen nu har stor respekt inför att söva av barn.

..då var min känsla såhär nej jag ska inte söva barn, jag tror inte jag ska jobba här överhuvudtaget, det var jättejobbigt. Jag vill inte. Låt mig va. Jag vill inte söva barn för det var jätteobehagligt, så det har också gjort att jag har väldigt respekt för att söva barn.

Att vara på tå

Vikten av att vara förberedd var något som framkom i intervjuerna. Anestesisjuksköterskorna upplevde att när de sövde barn så behövde de vara alerta för genom deras erfarenhet visste de att om det sker något med barnen under sövningen går det fort och då behöver de vara snabba i sina handlingar. De vet att när de arbetar med

barn kan de vända snabbt från att vara lugna till att inte vilja vara med. De har tänkt igenom innan vad som kan ske och har en plan. Att planera sina åtgärder var ett sätt att förbättra förutsättningarna.

..man har tänkt igenom narkosen lite mer noggrant att om det ska hända så gör man så eller man har säkrat upp sig lite man har definitivt en plan B. Det har man i huvudet med vuxna också men man har nog tänkt tanken djupare när man har ett barn framför sig

Eftersom de har varit med och sövt ett antal barn har de genom sin erfarenhet lärt sig vara mentalt förberedda på att något kunde ske. De vill inte bli för bekväma. De planerar och förbereder sig mentalt innan jobbet, skärper sitt fokus och höjer sig själva till nästa nivå när de söver ett barn.

det är alltid lite pirrigare ändå med barn att man känner.. att eftersom det går så fort om nånting händer, att man är lite mer på tå kanske, ännu mer på tå än vad man är annars...

Föräldrars närvaro

I anestesijuksköterskornas berättelser framkommer det hur närvaron av föräldrarna som är barnens anhöriga kan påverka arbetet med barnet både på ett positivt och negativt sätt. Det var viktigt att anestesijuksköterskan kände att de kunde samarbeta med föräldrarna och få föräldrarna delaktiga kring omvårdnaden av sitt barn för att kunna skapa de bästa förutsättningarna för att sövningen av barnet blev bra. Detta beskrivs i underkategorin ”Föräldradelaktighet”. Men att hantera oroliga föräldrar kan vara en utmaning i yrket och i en del situationer smittade föräldrarnas oro av sig på barnet och försvårade arbetet för anestesijuksköterskan, detta beskrivs i kategorin ”Oroliga föräldrar”.

Föräldradelaktighet

Anestesijuksköterskorna beskriver väl hur viktigt det är att föräldrarna samarbetar med dem i vården av deras barn. Finns det engagerade föräldrar som samarbetar med

anestesisjuksköterskorna så optimeras förutsättningarna för att sövningen ska gå bra. En informant beskriver vikten av att föräldrarna är välinformerade och med på vad som ska hända.

Då är det ju jätteviktigt att jag har med mig föräldrarna på det tåget. Att dom är medvetna om att nu går inte det här o då gör vi såhär istället.

Samarbetet med föräldrarna är en mycket stor del utav yrket som anestesisjuksköterska vid sövning av barn. De har stor del i att sövningen ska gå bra.

..man ser det som ett team och att man verkligen försöker få föräldrarna att förstå att nu gör vi det här ihop, nu ska vi stötta ditt barn till o göra det här, de får faktiskt ett ansvar.

Oroliga föräldrar

Det är en svårighet att arbeta med oroliga föräldrar för anestesisjuksköterskan beskrev informanterna. Förälderns oro kan sprida sig till barnet och då kan det diskuteras om närvaron av föräldern är mer negativ än positiv En informant tydliggör detta fenomen.

Ibland känns det som om det hade varit bättre om inte föräldern varit med helt enkelt.. de sitter och gråter och då blir ju naturligtvis barnen oroliga, för mamma är jätteledsen så då måste det ju vara något hemskt som händer.

Informanterna har många gånger upplevt att föräldrarna har egna negativa erfarenheter med sig i bagaget och överför sin oro till barnen.

Det är inte barna som är det stora problemet utan det är faktiskt föräldrarna. Många gånger har ju dom också erfarenheter med sig i bagaget... ibland får du hålla efter föräldrarna litegrann också för dom blir extra oroliga och nervösa så kan dom säga saker som inte är riktigt lämpliga, väldigt negativt laddade ord.

Anestesisjuksköterskan kan inte lägga all fokus på barnet när en förälder överför sin egen oro till barnet. Anestesisjuksköterskan får en tuff situation med att hantera både ett oroligt barn och en orolig förälder.

Skapa de bästa förutsättningarna i mötet med barnet

Tema två *"Skapade bästa förutsättningarna i mötet med barnet"* handlar om mötet mellan anestesisjuksköterskan och barnet i det intraoperativa sammanhanget. Vilket utgjorde merparten av det analyserade materialet. Tema två innefattar två kategorier *"Etablera kontakt med barnet"* samt *"Respektera barnet"*. Anestesisjuksköterskorna berättade om sina levda erfarenheter av att söva barn. Flera av informanterna berättar om att mötet med barnet är viktigt och att skapa en god kontakt är en strategi för att ge barnet de rätta förutsättningarna för ett bra möte vilket gör att anestesisjuksköterskan kan känna sig trygg vid sövningen av barnet. I kategorin *"Etablera kontakt med barnet"* beskrivs det hur anestesisjuksköterskorna möter barnet i den situation de är i och anpassar mötet utefter barnets förutsättningar. *"Respektera barnet"* beskriver hur anestesisjuksköterskorna visar sin lyhördhet för barnets behov i det korta möte de har innan en operation.

Etablera kontakt med barnet

Att etablera kontakt med ett barn kan vara en lång och svår procedur, vara tidskrävande och kräver kunskap hos anestesisjuksköterskan då hen skall etablera denna kontakt. Informanterna har genom sina berättelser lett oss fram till denna kategori vilken sedan gav tre underkategorier *"Förbereda barnet inför anestesi"*, *"Att inge trygghet"* och *"Att läsa av barnet"*.

Förbereda barnet inför anestesi

När ett barn kommer för en operation har de fått olika förutsättningar inför ingreppet, en del barn kommer välinformerade medan vissa inte vet om att de skall opereras, detta kan påverka barnet negativt och det är i en sådan situation viktigt att anestesisjuksköterskan kan se vilka förutsättningar barnet har fått. Flera av

informanterna har uttryckt en önskan om att alla barn skall få träffa personal från operation innan ingreppet. En informant säger så här;

Alla barn som ska hit å sövas skulle ha möjlighet o erbjudas å få träffa den, eller nån kollega det behöver inte alltid tror jag va den som ska söva men få en information om hur det går till, för barn är vetgiriga å dom vill ha information å kunskap om de som ska hända me dom.

Att möta ett barn som kommer oförberedd kan påverka anestesisjuksköterskan negativt. Hen kan inte själv påverka situationen då de står med barnet framför sig och skall söva. En informant beskriver känslan när hen inte fått rätt förutsättning för att få en god kontakt med barnet.

När man känner att man inte haft ordentliga förutsättningar eller dom förutsättningar som man faktiskt kunde ha haft, de kan förstöra många kvällar för en.

Läsa av barnet

Att läsa av ett barn är svårt, veta vad barnet vill, hur de känner, vad de upplever. Detta ställer höga krav på anestesisjuksköterskan att ha kunskapen om hur barn i olika åldrar uttrycker sig. Barn har ofta svårt att sätta ord på vad de känner. Genom att träffa barn dagligen i sin roll som anestesisjuksköterskan förfinas denna kunskap genom åren.

å läsa av ett barn, läsa av en patient så måste du va läskunnig å ju äldre du blir ju mer läskunnig blir du.

Alla har sitt sätt att läsa av ett barn men genomgående i studien så framkommer det att det är en viktig del för att kunna skapa en god kontakt med barnet, att nå fram till dem och få dem att lita på anestesisjuksköterskan.

...bara man har fått den där kontakten, så den biten är ju för mig den viktigaste, ...antingen om man leker fram nånting, har de något gosdjur med sig, om man frågar

vem det är o om det finns nåt namn, sådär så man hittar en väg in för att få en spontan kontakt, en ögonkontakt och att dom vågar lita på en.

Det gäller att kunna se barnet och vara flexibel och följsam. Vikten av att läsa av barnet är viktigt och belyses av de flesta informanterna. Anestesisjuksköterskorna behöver vara lyhörda för att hitta vad barnen är mest oroliga för.

Trygghet

Trygghet är för anestesisjuksköterskan något som kommer med den erfarenhet de bygger upp med tiden de arbetar. Tryggheten är för dem lika viktig för dem själva som att de känner att de kan inge trygghet till barnet och dennes föräldrar och trots att de inte alltid känner sig trygga så skall de utstråla en trygghet och att det är det de vill förmedla till barnet och föräldrarna.

*Ofta kan man ju tänka på så att hur skulle jag själv vilja att man skulle vilja bemöta mig. Sen får man ju visa sig trygg även om man inte *skratt* känner sig trygg.*

En viktig uppgift för anestesisjuksköterskan är att inge trygghet och kunna få patienten lugn. Det är något som flera av informanterna uttrycker. En av informanterna berättar här om hur hen inger trygghet till sin patient oavsett om det är ett barn eller en vuxen.

o en sånhär som jag alltid säger oavsett om man är barn eller vuxen, ... jag har noterat att det är jätkligt bra information. Då säger jag såhär; du ska få somna här inne o jag ska väcka dig härinne. O då är det i alla fall hos vuxna så att okey vad bra. För det är nog ofta som man tänker, undra hur jag ska vakna, om jag ska vakna, men man frågar inte. Men när jag säger det då är det som, jaha okey vad bra ta hand om mig nu.

Respektera barnet

Något som alla informanter berättar om är vikten av att respektera barnet och se barnet för den individ hen är. De har olika sätt och åsikter om hur detta ter sig i deras profession dock har de alla önskan om att kunna göra det bästa för barnet i den utsatta situation de befinner sig i. Genom informanternas berättelser ledde det fram till tre underkategorier "Sätta barnet i centrum", "Låta det ta tid" samt "Att tala sanning".

Sätta barnet i centrum

Att ha sin patient i centrum är för många en självklarhet dock inte enkelt alla gånger. Vid en sövning är barnet den viktigaste personen för anestesijuksköterskan och det är av vikt att de kan få en god kontakt. För att få denna goda kontakt upplever anestesijuksköterskorna att de behöver sätta barnet främst och följa deras individuella behov. Det går inte att tränga sig på ett barn utan anestesijuksköterskan bör vänta på att barnet tillåter dem att komma nära.

Det är inte jag som bestämmer när det ska bli kontakt, det är faktiskt barna som avgör det.

Alla barn är inte lika, anestesijuksköterskan får försöka se vad som passar just detta barn och se till det bästa är för barnet. Det som fungerar på ett barn fungerar inte på alla barn. En informant berättar om en speciell situation då hen fick ta till det lilla extra för just det barnet.

Jag hade nån kille med lite speciella behov, han fick cykla in här, de gick hur bra som helst.man får inte va så fyrkanti.

Vid mötet med familjen inför anestesi framkommer vikten av att se barnet och sätta barnet i fokus för uppmärksamheten, för att få dom att känna sig viktiga och få deras tillit.

Låta det ta tid

Att ta sig tid är något som är återkommande i alla intervjuer, vikten av att låta det ta tid. Tid är många gånger en bristvara i vården men då det gäller barn framkommer det av informanterna i studien att de försöker ge barnen den tid som behövs för att få dem känna sig trygga och lugna.

Normalt sett har man ju väldigt kort tid på sig att etablera en kontakt med alla våra patienter, här är ju den stunden ännu viktigare och att den får ta tid. För det man missar i början tar så väldigt lång tid att hämta tillbaks igen.

Flera av informanterna uttrycker tydligt att de ger barnet tid för att förstå vad som ska hända.

Man kan aldrig forcera något med barn, de måste få ta sig sin tid. Men där blir man kanske ännu mer noggrann att man inte skyndar på utan att dom får extra tid på sig att förstå vad det är vad vi ska göra o så där.

Att tala sanning

Det framkommer ur intervjuerna att föräldrar inte alltid har berättat för barnen om att de skall opereras, det är inte lika vanligt förekommande idag som det har varit tidigare. Dock händer det och i de situationerna upplever informanterna att det är extra viktigt att de är ärliga och det de säger till barnen är sanning. Föräldrar kan berätta för anestesijuksköterskan precis innan anestesen att barnet är ovetande om det som skall komma att ske.

där kom föräldern direkt å la handen så här, hysch på läpparna å sa, han vet inte om att han ska sövas, ni får inte säga nånting.

När inte föräldrarna talat om för barnet vad som skall hända kände några av informanterna att det var extra viktigt att det de sa var sanning så att barnet kunde känna att någon talad sanning om vad som skall hända. Har barnet inte fått reda på vad som skall ske kan det påverka förtroendet för både föräldrar och vårdpersonal i framtiden. När ett barn har förlorat tilliten är det svårt att göra gott igen. För att barnet ska få förtroende till anestesijuksköterskan är ärlighet en viktig del i det stora hela. Ärlighet till barnet kan uppnås på fler sätt.

Jag försöker göra det så lika som jag bara kan och det kan vara små grejer som så att... om jag tog en blå mask och visade att du ska bli sövd på en blå mask så tar jag en

blå mask nu också. Så där så att man hur ska man säga, jag vill ju visa att jag håller mitt ord.

Uppföljning av anestesi

Flera av informanterna berättar om att de anser att det är viktigt med återkoppling till barnet och föräldrar efter ingreppet även för anestesijuksköterskan skull så att hen även kan få en bekräftelse av de val som gjorts.

Ska du bli riktigt bra ska du alltid gå å försöka titta på dina patienter efteråt, säga hejdå till barna, de e jätteviktigt, dom blir så glada när man kommer å känner sig så viktiga å de enda sättet för dig å utvärdera ditt arbete. För det är där du också kan se dom här åtgärderna som du gjorde, blev de bra?

Upplevelsen av att tvinga sig på barnen eller på något annat vis frångått det som bestämts innan ingreppet det är något fler av informanterna tydligt tycker är jobbigt och att de vid de tillfällena anser det extra viktigt att ha en återkoppling med barnet och föräldern.

Då vill jag gärna extra mycket prata med dem efteråt för att höra och att dom får se en igen och det kan ändå komma ett leende och det är så skönt att det är över, och då kan jag känna det att okey då var de jätterädda, det blev inte som jag ville att det skulle bli men dom tycker ändå det var okey, då kan man lämna det lite.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av en kvalitativ forskningsmetod var självklar då den på bästa sätt beskriver anestesijuksköterskors upplevelser av att söva oroliga barn. Utifrån syftet är intervjuer den mest lämpliga metoden. Den kvalitativa intervjun har som mål att erhålla nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter av intervjupersonens livsvärld (Kvale & Brinkmann 2014, s.47).

Enhetschefen på operationsavdelningen godkände studien och delade ut ett informationsbrev till de av enhetschefen utvalda informanter. På grund av hög

arbetsbelastning på avdelningen drog det ut på tiden innan urvalet av informanter gjordes, detta bidrog till en stress och tidspress. Urvalet föll sig på att det blev sju kvinnor och en man. Det hade varit önskvärt med en jämnare könsfördelning dock är det tveksamt ifall resultatet hade blivit annorlunda. Det bedömdes att åtta informanter räckte för att få en kunskap och förståelse för anestesisyjuksköterskors upplevelse av att söva barn. Däremot är det inte önskvärt att generalisera resultatet till att gälla all anestesisyjukvård. Den kvalitativa metoden avser inte att generalisera utan att skapa ökad förståelse för ett fenomen.

En av informanterna blev sjuk samma dag som intervjun skulle ske och personalen utsåg en ny informant som hade likvärdig erfarenhet, dock fick hen kort om tid på sig att läsa informationsbrevet och reflektera över sina erfarenheter. Trots denna ringa tid för förberedelse gjorde informanten sitt bästa vid intervjun men dock kan innehållsrika data ha gått förlorad.

Operationsavdelningen där studien utfördes har välutvecklade rutiner och har en stark förankring till omvårdnadsforskning inom barnanestesi. Detta är en styrka då flera utav informanterna varit delaktiga i forskningsstudier gjorda på avdelningen och gör att de är välartikulerade i sina erfarenheter vilket har gett ett bra djup i analysmaterialet. Det hade varit intressant att inkludera informanter från ett annat sjukhus för att få deras upplevelse av att söva barn för att öka överförbarheten. Studien är relativt liten och för att öka överförbarheten skulle flera informanter behöva inkluderas från andra sjukhus men det är läsarna som avgör om resultat är överförbart till andra kontext (Lundman & Hällgren Granheim 2009, s.170). De utvalda informanterna hade varierad erfarenhet av att söva barn allt från några få år till många år, detta ses som en styrka i arbetet och ger en god förutsättning för resultatets trovärdighet.

Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats vilket kan ha främjat deras öppenhet då de kände sig hemma i den miljön. Enligt Polit och Beck (2016, s.514) är det viktigt att informanten känner sig bekväm i den miljö som intervjun sker i. För att inte gå miste om viktig information närvarade båda författarna vid de första intervjuerna. Då författarna var medvetna om att detta kunde upplevas som ett underläge för informanterna förklarades anledningen innan intervjun inleddes. En av författarna hade det övergripande ansvaret för intervjun och den andra höll sig i bakgrunden. Första intervjun var en provintervju som senare inkluderades i studien. Att

göra en provinterjuv är en fördel då ingen av författarna har erfarenhet av att intervjua sedan tidigare, vilket är en svaghet. Med en provintervju ges möjligheten att komma in i situationen som intervjuare (Danielsson 2012, s.169). Ju fler intervjuer som genomfördes kände sig författarna mer bekväma med metoden.

En reflektion av innehållet gjordes efter att intervjuerna var genomförda. Vid denna reflektion kom det fram att anestesijuksköterskorna inte gör någon skillnad på barnen de möter, de förutsätter att alla barn har någon form av oro med sig men uttrycker den på olika sätt. Därför har de redan innan mötet med barnet med sig inställningen att alla barn bär med sig en oro. Från början var syftet att undersöka anestesijuksköterskans upplevelse av att söva oroliga barn, efter reflektionen av intervjuerna ändrades syftet till anestesijuksköterskornas upplevelse av att söva barn.

Författarna har varierad erfarenhet av att arbeta med barn inom sjukvården men saknar tidigare erfarenheter av vårdarbete inom anestesijuksvård. Intervjuerna genomfördes innan den verksamhetsförlagda utbildningen vilket har varit en fördel då det inte påverkat förförståelsen när intervjuerna gjordes. Författarnas tidigare erfarenheter av barnsjukvården gör att det finns ett intresse och nyfikenhet inom området barnanestesi. Med förförståelse menas dels vad forskaren i förväg tror dig finna i en undersökning, dels forskarens syn på hur världen är, och bör vara (Forssén & Carlstedt 2008, s.64). Tillsammans med handledaren har analysen och resultatet diskuterats fortlöpande vilket ökar trovärdigheten. Citaten i studien har använts för att visa på kopplingen mellan data och resultat. Om det finns flera olika svar på en fråga kan det vara lämpligt att presentera flera citat, för att ge en antydning om spännvidden i åsikter (Kvale & Brinkman 2014, s.331). I varje underkategori har författarna använt sig utav två citat för att beskriva fenomenet detta stärker reliabiliteten.

Resultatdiskussion

Studien visar att som ny anestesijuksköterska finns det en viss rädsla över att söva barn men med erfarenhet kommer trygghet och då upplevs det istället som en rolig utmaning. Det framkommer att närvaron av föräldrarna inte alltid är något positivt, då en orolig och osäker förälder kan överföra sin oro till barnet. Det ställs då högre krav på anestesijuksköterskan att kunna inge trygghet och att sätta barnet i centrum. Studiens resultat ger en intressant och viktig information samt en ökad förståelse för hur

anestesisjuksköterskor upplever att söva barn. I litteratursökningen hittades få artiklar som undersökte anestesisjuksköterskorna upplevelse av barnanestesi vilket påvisar att det är ett viktigt område att utforska. Anestesisjuksköterskors profession innebär att arbeta i ensamhet och vara självständig. Det perioperativa vårdandet innebär många korta möten där det är av oerhörd stor vikt att få till en god kontakt från starten. Detta för att barnen ska få en positiv upplevelse med sig från sjukvården. För att få processen att bli okomplicerad krävs det av anestesisjuksköterskorna att vara följsamma, att se till barnens unika personligheter och vara lyhörd för deras oro. De vill anpassa varje situation utefter barnets individuella behov. I kompetensbeskrivningen står det skrivet att omvårdnaden ska individanpassas och anestesisjuksköterskan ska behandla patienten som en unik individ med individuella behov. (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2012, s.8).

Två aspekter som kom fram ur studien var för det första anestesisjuksköterskornas förberedelse och se till att miljön omkring är så optimal som det bara går, där ingår även att ha lugna och delaktiga föräldrar. Den andra aspekten handlade om själva mötet med barnet där anestesisjuksköterskan behöver ha förmåga att läsa av barnet, inge trygghet, inte bli stressad av att det kan ta tid att förbereda barnet och vara uppriktig om det som ska hända inne på operationssalen.

Handlingsberedskap och föräldranärvaron

Informanterna beskriver rädslan för att något ska gå snett under anestesi då de vet att när det gäller barn kan det gå fort, exempelvis att de snabbt desaturerar sig. De intervjuade som hade varit verksamma i yrket endast några få år kunde beskriva denna rädsla bäst. Tillsammans med rädslan fås respekt inför barnanestesi. Med åren och erfarenhet utvecklar de ett lugn och trygghet i sin yrkesroll vilket beskrevs av de informanterna med många år i yrket. Med denna rädsla lärde de sig att ha handlingsberedskap med sig, för att kunna vara förberedda på det oförberedda. De lärde sig ha en reservplan till hands om något skulle gå fel till exempel om barnet får en laryngospasm. Även von Ungern-Sternberg, Boda, Chambers, Rebmann, Johnson, Sly och Habre (2010) skriver om betydelsen att förebygga perioperativa andningsproblem, mot bakgrund av att dessa problem är den främsta orsaken till dödlighet inom barnanestesi. Anestesisjuksköterskorna såg till att adekvat utrustning fanns inom

räckhåll och att läkemedel fanns till hands om de skulle behövas. De kontrollerade sin utrustning flera gånger extra innan de tog in patienten.

Anestesisjuksköterskorna beskrev i sin upplevelse närvaron av föräldrarna som en viktig del att hjälpa dem i sin yrkesroll. Oroliga föräldrar försvårade deras arbete då de inte kunde koncentrera sig på det viktigaste det vill säga barnet, utan de blev tvungna att ge extra tid till föräldrarna för att få dem lugna. Barnets tolkning av livsvärlden går genom föräldrarna och resultatet visar på betydelsen att den förälder som följer med in på salen är lugn. När föräldrarna kan hantera sina känslor och samarbeta med anestesisjuksköterskorna underlättade det induktionen av anestesi. Sambandet mellan föräldrars känslor och barnets överensstämmer med tidigare forskning (McLaren et al. 2009, s.1295). Föreliggande resultat påvisar betydelsen att den föräldern som följer med in på salen är lugn då barnets tolkning av livsvärlden går genom föräldrarna.

Mötet med barnet

Mötet mellan anestesisjuksköterskan och barnet är det möte som många gånger är grunden för den trygghet barnet kommer att uppleva i den utsatta situation det befinner sig i, därför kan det mötet komma att vara det viktigaste mötet under hela sjukhusvistelsen. Informanterna var tydligt eniga om att barnet alltid kommer i första hand oavsett vem som följer med barnet så är det barnet man ser först. När barn kommer till operation helt oförberedda och inte vet om att de skall opereras så ställs det mycket höga krav på anestesisjuksköterskan att kunna inge trygghet så att operationen kan genomföras. Vid vissa tillfällen fungerar inte detta och barnet får åka hem för att komma åter. I artikeln av Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010) diskuteras dessa etiska dilemman huruvida man ska genomföra ett ingrepp där barnet kommer helt oförberett och ovetandes om vad som ska ske. Det framkommer i intervjuerna att det finns en stor önskan hos anestesisjuksköterskorna att alla barn skulle få komma och träffa anestesipersonal en tid innan en planerad operation. Vid mötet ska de kunna få information tillsammans med förälder/föräldrar och även kunna få se apparater och mätinstrument som kommer att användas vid operationen, få känna och klämma. Förberedelser har visat sig leda till minskade nivåer av oro (Wennström et al. 2011, ss.1058-1061) och på denna operationsavdelning som studien genomfördes på är detta ett etablerat arbetssätt.

För många är det en självklarhet att någon förälder är med vid sövningen men som det kommer fram vid intervjuerna så kanske det inte alltid är det bästa. Vid vissa tillfällen har det visat sig att barnet inte blir mer lugn av att ha en förälder närvarande framförallt om föräldern är orolig då kan det ibland skapa mer oro för barnet vilket stämmer med tidigare forskning av Erazé, Dowling och Devane (2016). Vid intervjuerna framkom det av flera informanter att vid mötet med barnen är det viktigt att vara ärlig, inge förtroende till barnet, att tala sanning till barnet och få barnet känna sig tryggt. Att läsa av barnet och se barnet för den det är framkom i intervjuerna och var även en stor del i anestesistsjuksköterskans uppgift enligt dem själva. Förmågan att kunna fånga vad just det barnet har för behov och se barnet ger också en trygghet. Att vara ödmjuk, flexibel, agera efter situationen som passar för barnet är goda strategier som kan förebygga preoperativ ångest för barnet vilket också visas i studien av Gimpler-Berglund et al. (2012). Vikten av att ge sig själv tid och avsätta tid till att bygga upp ett förtroende mellan anestesistsjuksköterskan och barnet beskriver flera av informanterna i sina intervjuer. Tid är dock något som uttrycks i de flesta intervjuerna att det finns alldeles för ont om och alla barn är i behov av att få tid vid mötet med anestesistsjuksköterskan före en operation. Enligt Lindwall och von Post (2008, s.98) är kontinuitet är en viktig del i den perioperativa dialogen då anestesistsjuksköterskan följer sin patient pre-, intra- och postoperativt. I det postoperativa skedet kan anestesistsjuksköterskan göra en utvärdering av sina handlingar och av patientens upplevelse av vården. När anestesistsjuksköterskan tar emot ett barn och ej lyckas inge förtroende och trygghet till barnet och föräldrarna kan det leda till att operationen blir inställd. En inställd operation innebär en ekonomisk förlust då operationssalen står tom och den avsedda personalen används ej i sitt syfte. Den tänkta operation måste planeras in vid senare tillfälle och kan då påverka andra ingrepp som får anstå. För att undvika detta bör den perioperativa processen prioriteras högt. Att hålla ekonomin i balans är viktig för att bidra till ett hållbart samhälle för oss och kommande generationer. Vi måste hushålla både med de mänskliga och materiella resurserna. Friska, välmående människor genererar en god ekonomi för det lilla samhället såväl för det stora. Om vi ska kunna ge god vård även i framtiden måste vi arbeta mot både de kort- och långsiktiga målen med en ekonomi i balans. Det framkommer i studien att anestesistsjuksköterskorna skulle vilja att alla barn

får komma till en perioperativ mottagning där de får träffa anestesipersonal som en förberedelse inför det ingrepp de planeras för. I dagsläget är det enbart vissa barn som får denna möjlighet. Med väl förberedda barn som tas omhand av erfarna, kunniga och duktiga anestesijuksköterskor får vi en väl fungerande vård där operationer utförs som de ska med inga inställda operationer och inga tomma sängar som kostar vårt samhälle pengar.

Resultatet i studien visar att vårdpersonalens kompetens, självkänedom och engagemang har betydelse för möjligheter att utföra en personcentrerad vård. Det krävs organisatoriskt stöd, enighet och teamsamarbete för att utveckla personalens kompetens och kan inte enbart förlita sig på individuell motivation.

Slutsatser

Anestesisjuksköterskans möte med barn inför operation är något som kräver förberedelser, tid, skicklighet och tålamod. Här etablerar anestesisjuksköterskan en kontakt som är avgörande för hur bådars trygghet kommer att bli vid induktionen. För att kunna hantera ett barns oro är erfarenhet och förmågan att kunna läsa av ett barn, viktigt för anestesisjuksköterskan. Det många gånger tidspressade operationsschemat som anestesisjuksköterskan är bunden till att följa gör att tiden anestesisjuksköterskan får tillsammans med barnet blir mycket kort och intensiv. Som ny anestesisjuksköterska kan det vara svårt att tillåta sig att det får ta tid medan de med längre erfarenhet inte låter sig påverkas av stressen. Det krävs av anestesisjuksköterskan att ha en handlingsberedskap och att vara följsam, flexibel och se till barnets individuella behov. Föräldrasamspelet är många gånger en utmaning och för att förutsättningarna ska bli bra behövs det ett bra samarbete mellan anestesisjuksköterskan och föräldern. Nya anestesisjuksköterskor som ställs inför nya utmaningar inom området anestesi där de saknar erfarenhet kan genom denna studie få ökad förståelse för hur man optimerar förutsättningarna av att söva barn.

Det skulle vara av intresse att genomföra en studie om vuxnas oro inför anestesi då det i studien framkommit att vuxnas oro glöms bort. Anestesisjuksköterskorna upplever att vuxna patienter skulle behöva lika mycket tid för förberedelse som de oroliga barnen får.

REFERENSER

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P. & Busse, R., Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* (383)993, 1824-1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Btj, ss.163-169.

Edvardsson, D. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Studentlitteratur AB, Lund.

Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (2008). Barn och familjer på sjukhus. I Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Studentlitteratur. ss. 31-38.

Elander, G. (2008). Barn och medbestämmande. I Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik och specifik omvårdnad*. Studentlitteratur. ss.63-71.

Erhaze, E., Dowling, M. & Devane, D. (2016). Parental presence at anesthesia induction, systematic review. *International Journal of Nursing Practice*. 22(4). ss. 397-407. DOI: 10.1111/ijn.12449.

Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Liber AB, Stockholm.

Fernandez, S.C., Arriaga, P. & Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery, randomised study testing different types of educational material to reduce childrens preoperative worries. *Health Education Research*. 29(6). ss. 1058-1076.

Forsén, A & Carlstedt, G. (2008). Genusperspektiv. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Studentlitteratur AB Lund. ss.57-72.

Fortier, M. A. Del Rosario, A. Martin, S. & Kain, Z. N. (2010). Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*, 20(4), ss.318-322.

Gimble-Berglund, I., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. (2012). Nurse anaesthetists`experiences with pre-operative anxiety. *Nursing children and young people*, 25 (1) ss 28-35.

Gran Bruun, A. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB, Lund. ss.17-31.

Hallström, I. (2015). Barn på sjukhus. I Hallström, I. & Lindberg, T. (red.) *Pediatrisk omvårdnad*. Liber AB Stockholm. Btj, ss. 117-128.

Iacobucci, T., Federico, B. Pintus, C & Fransisci, G. (2005). Evaluation of satisfaction level by parents and children following paediatric anesthesia. *Pediatric Anesthesia*. 15(4). ss. 314-320. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2005.01445.x.

Kain, Maclaren, Hammel, Novo, Fortier, Huszti & Mayes (2009). Healthcare provider-child-parent communication in the preoperative surgical setting. *Pediatric Anesthesia*. 19 ss376-384.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. (2008). Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (www.aniva.se)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB, Lund.

Li, H.C.W. & Lam, H.Y.A. (2003). Paediatric day surgery: impact on Hong Kong chinese children and their parents. *Journal of clinical nursing*. 12, ss. 882-887. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00805.x.

Li, H. C. W., Lopez, V. & Lee, T. L. I. (2007). Psychoeducational preparation of children of surgery: The importance of parent involvement. *Patient Education and counseling*. 65, ss.34-41.

Li, H, C, W. & Lopez, V. (2006). Assessing children's emotional responses to surgery: a multidimensional approach. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), ss. 543-550.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård*. Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur AB, Lund. ss.159-172.

Lundberg, D., Roth, B. & Werner, M. (2011). *Anestesiologi*. Studentlitteratur, Lund.

McLaren Chorney, J., Torrey, C., Blount, R., McLaren, C., Chen W-P. & Kain, Z. (2009). Healthcare provider and parent behavior and childrens coping and distress at anesthesia induction. *The American Society of Anesthesiologists*. 111(6). ss. 1290-1296.

Messeri, A., Caprilli, S. & Busoni, P. (2004). Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parent's presence. *Pediatric Anaesthesia*. 14(7). S ss. 551-556. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2004.01258.x.

Nilsson, K. & Sandström, K. (2016). Barnanestesi. I Lindahl, S., Winsö, O. & Åkeson, J. (red.) *Anestesi*. Liber AB Stockholm. Ss.504-529.

Nilsson, U. (1999). Föräldrars uppfattning av vården vid barnets narkos och uppvakning. *Vård i Norden*. 19(1), ss.20-25.

Olsson, G. & Jylli, L. (2001). *Smärta hos barn och ungdomar*. Studentlitteratur AB; Lund.

Perry, C., Samuelsson, C. & Cyna, A. (2015). Preanesthetic nurse communication with children and parents - an observational study. *Pediatric Anesthesia*. 25(12). ss. 1235-1240. DOI: 10.1111/pan.12759.

Perry, J, N., Hooper, V, D. & Masiongale, J. (2012). Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patient using age-appropriate teaching interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(2), ss. 69-81.

Perry, T. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5), ss. 351-356.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012). Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistexamen med inriktning mot anestesisjukvård. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

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

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2015b). Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal - Officiell statistik om antal legitimerade (2014) och arbetsmarknadsstatus (2013). Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundqvist, A-S. & Anderzén Carlsson, A. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28 (2), ss.281-288.

Svenska akademien. (2016). Svenska Akademiens Ordbok. http://www.saob.se/artikel/?show=oro&unik=O_1289-0056.Q4Gv&pz=3 [2016-05-13].

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN's etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

UNICEF. (2009). Barnkonventionen. Stockholm: UNICEF, ss. 14-15. <http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf> [2016-05-13].

Valeberg, B. (2013). Stress och coping. I Hovind, I. (red.). *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB, Lund. ss. 315-320.

von Post, I. (1999). Professionell naturlig vård ur anestesi- och operationssjuksköterskors perspektiv (Doktorsavhandling, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi).

Von Ungern-Sternberg, B, S., Boda, K., Chambers, N, A., Rebmann, C., Johnson, C., Sly, P. D. & Habre, W. (2010). Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376(9743), 773-783.

Wennström, B. (2011). Experiences, symptoms and signs in 3-11 year old children undergoing day surgery in the context of the perioperative dialogue. Diss. Göteborgs universitet. Göteborg: Univ. s. 13.

Wennström, B. & Bergh, I. (2008). Bodily and verbal expressions of postoperative symptoms in 3-to-6-year old boys. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(1). ss. 65-76.

Wennström, B., Törnåge, C-J., Nasic, S., Hedelin, H. & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anaesthesia*, 21 (10), 1058-1065.

Wennström, B., Hallberg, L. & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 96-106.

Wennström, B., Nasic, S., Hedelin, H. & Bergh, I. (2011). Evaluation of the Swedish version of the child drawing: Hospital Manual. *Journal of advanced nursing*. 67(5) ss.1118-1128. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05550.x.

Wright, K., Stewart, S., Finley, A. & Buffett-Jerrott, S. (2007). Prevention and Intervention Strategies to Alleviate Preoperative Anxiety in Children: A critical Review. *Behavior Modification*, 32 (1), ss. 52-79.

Bilagor

Bilaga 1



Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijuksköterska på Högskolan i Borås.

Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att studera anestesijuksköterskors upplevelse av att söva oroliga barn.

Att vårda barn inför en operation kräver att anestesijuksköterskan kan förstå barnets värld och att bemöta eventuell oro. Första mötet med familjen inför operation är ofta kort och det är ont om tid för att skapa en god relation med barn och föräldrar. En negativ upplevelse för barnet kan påverka hans/hennes framtida möten med vården på ett negativt sätt. Vad för teknik och vilka egenskaper finns det för att vi ska kunna påverka barnets upplevelse av trygghet och då även själva få en tillfredsställelse i vårt yrkesutövande.

Metoden i examensarbetet är en kvalitativstudie.

Datainsamling kommer att ske som intervjuer av anestesijuksköterskor.

Vi önskar att intervju ca 8 anestesijuksköterskor som har minst två års erfarenhet och även har erfarenhet av att söva barn. Plats för intervjuer kommer att ske på sjukhuset i Skövde under februari 2017.

Informanterna kommer att bli kontaktade både muntligt och via brev samt att skriva på samtycke för deltagandet. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Deltagarna kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara aidentifierat.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Monica Aronsson

Epost: xxxxx

mobil:xxxxxxxxxx

Ulrika Eriksson

Epost: xxxxx

mobil:xxxxxxxxxx

Handledare Thomas Eriksson

Namn/titel Universitetslektor

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd

Högskolan i Borås

E-post: Thomas.Eriksson@hb.se

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Verksamhetschef

Bilaga 2

Bakgrund och syfte

Studiens syfte är att undersöka anestesijuksköterskors upplevelser av att söva oroliga barn. Det ställs höga krav på anestesijuksköterskor i det korta mötet som de får innan ett barn ska sövas. Det finns mycket erfarenhet kring omvårdnaden av barn hos anestesijuksköterskor som det inte forskats på. Studien utgör magisteruppsats på Högskolan i Borås.

Förfrågan om deltagande

Du är tillfrågad att delta i studien eftersom du är verksam anestesijuksköterska och har erfarenhet av att söva barn, och det vore värdefullt att få ta del av just dina upplevelser.

Hur går studien till?

Om du är villig till att delta i studien kommer vi att intervjua dig om dina erfarenheter och upplevelser inom ämnet. Intervjun kommer att starta med en öppen fråga som vi vill att du berättar runtomkring. Vi kommer ställa följdfrågor under intervjuens gång men vill att du berättar utifrån din upplevelse. Innan du kommer till intervjun är det bra om du kan fundera ut en situation som du varit med om när ni skulle söva ett oroligt barn och berätta för oss utifrån det. Intervjun kommer att ta ungefär 30 minuter men det är önskvärt om du kan avsätta cirka en timmes tid. Intervjun kommer att spelas in på ljudfil, och sedan analyseras enligt metoden kvalitativ innehållsanalys. Resultaten av analysen kommer sedan att presenteras i magisteruppsatsen.

Hantering av data och sekretess

Inga namn eller personuppgifter kommer att lagras, och intervjumaterialet kommer endast att vara tillgängligt för studiens författare samt handledare. I studiens resultat kommer det inte att framgå vem det är som har sagt vad. När studien är färdig vilket beräknas till i slutet av Mars 2017, kommer ljudfiler samt utskrivna intervjuer att raderas.

Frivillighet

Deltagande i studien är helt frivilligt, och om du ångrar dig kan du när som helst välja att avbryta ditt deltagande i studien utan att ange vidare skäl. Om du önskar att dra

tillbaka ditt deltagande i studien i efterhand är det tacksamt om du meddelar detta så snart som möjligt.

Ansvariga

Studiens författare: Monica Aronsson, leg. sjuksköterska och Ulrika Eriksson, leg. sjuksköterska

Handledare för studien: Thomas Eriksson, leg. sjuksköterska, Adjungerad universitetslektor Högskolan Borås epost: thomas.eriksson@hb.se

Bilaga 3

Samtyckesformulär

Här med intygas att jag väljer att delta i studien.

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information angående studien.

Inga personuppgifter kommer att lagras och intervjumaterialet kommer att behandlas

konfidentiellt. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och är medveten om att jag

närsohelst har rätt att avbryta mitt deltagande. Om jag vill avbryta efter att intervjun är genomförd måste detta dock meddelas senast xxx till studiens författare.

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Bilaga 4



Intervjuguide

Bakgrundsinformation

-Ålder _____

-Kön _____

-Antal år som verksam anestesijuksköterska _____

Inledningsfråga

- Kan du berätta för oss hur du upplever mötet med ett barn som är oroligt inför att de ska sövas!

Frågeområden

Hur upplever du mötet,

- preoperativt
- postoperativt

Kan du beskriva ett möte med ett oroligt barn,

- som varit bra?
- som varit mindre bra?

Följdfrågor:

-Kan du utveckla det lite mera?

-På vilket sätt?

-Vad kände du?

-Vad menar du?

-Hur upplever du det?

