

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2009:69

Anestesisjuksköterskans möte med akut sjuka barn på en  
operationsavdelning

Pernilla Andersson

Veronica Hansson



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Anestesisjuksköterskans möte med akut sjuka barn på en operationsavdelning
Författare:	Pernilla Andersson och Veronica Hansson
Ämne:	Vårdvetenskap med inriktning mot anestesisjukvård
Nivå och poäng:	Avancerad nivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesisjukvård
Handledare:	Susanne Knutsson
Examinator:	Angela Bång

## **SAMMANFATTNING**

Akutmottagningar idag får ofta in barn som behöver opereras akut. Personalen på akutmottagningen ställs då inför en situation där de inte hinner informera och förbereda barnet på vad som ska ske. Detta kan skapa en otillräcklighetskänsla hos anestesisjuksköterskorna på operation som därmed får ta hand om ett barn som inte är förberett på vad som kommer att hända. Att skapa förtroende hos barnet är en process som inte kan skyndas på och kräver mycket tid ända från första mötet med barnet. Denna studie vill belysa vad anestesisjuksköterskorna baserar sina val och strategier på i detta möte. Syftet är därför att beskriva vad anestesisjuksköterskorna baserar sitt bemötande på i mötet med barn och deras familjer i akuta situationer på en operationsavdelning. Syftet är också att beskriva om det finns ett behov av riktlinjer för det preoperativa mötet med akut sjuka barn. Studien har en kvantitativ, deskriptiv design där ett frågeformulär utarbetat av författarna till den här studien används. Resultatet analyserades med beskrivande statistik. Resultatet visar på att behovet av riktlinjer och utbildning hos anestesisjuksköterskorna är stort och att anestesisjuksköterskorna baserar sitt bemötande på erfarenhet. Resultatet visar dock att det inte går att dra några paralleller mellan lång erfarenhet och att känna sig trygg i sin yrkesroll i mötet med akut sjuka barn. Resultatet i denna studie visade även att anestesisjuksköterskorna är medvetna om vikten av den preoperativa förberedelsen och vikten att skapa en dialog.

Nyckelord: *nurse, caring, operation, prepare, emergency, children, anaesthesia*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>2</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
Definitioner.....	2
Anestesi och anesthesiologisk omvårdnad.....	3
Att skapa en perioperativ dialog .....	4
Vårdrelation .....	5
Åldersrelaterade förberedelser .....	6
Barnkompetens .....	9
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>10</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>10</b>
<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
Design och urval .....	11
Datainsamling och genomförande .....	11
Etiska överväganden .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Prevalens.....	15
Vad anestesisyjuksköterskan baserar sitt bemötande på .....	16
Trygghet i sin yrkesroll.....	16
Erfarenhet, kunskap och utbildning .....	18
Behovet av utarbetade riktlinjer .....	19
Behov av utbildning och utveckling .....	21
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>22</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>24</b>
Trygghet i sin yrkesroll.....	25
Erfarenhet och kunskap.....	26
Behovet av riktlinjer .....	26
Behovet av utbildning och reflektion.....	27
Att skapa en perioperativ dialog .....	29
Vidare forskning .....	30
<b>PRAKTISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>30</b>
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>32</b>

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

## **INLEDNING**

Vårt intresse för detta område beror på våra erfarenheter som akutsjuksköterskor på akutmottagning, där vi möter barn som behöver opereras akut.

Akutmottagningar idag får ofta in barn som behöver opereras akut. Sjuksköterskorna på akutmottagningen ställs då inför en situation där de inte hinner informera eller förbereda familjen på vad som skall ske. Detta kan skapa en otillräcklighetskänsla hos anestesijuksköterskorna på operation. Därför kan det vara av vikt att ta reda på vad anestesijuksköterskorna baserar sitt bemötande på i mötet med barn och deras familjer i akuta situationer på en operationsavdelning. Tidigare studier gjorda av Bricher (1999), Li och Lam (2003) och Edwinston Månsson (1992) visar att barn som erhåller en utförlig information preoperativt hjälper till att bearbeta sin rädsla som gör att barnet får en realistisk upplevelse av sjukhusvistelsen. Detta har även betydelse för den postoperativa fasen. Studien fokuserar på de akuta operationerna där barnen är i behov av anestesi och hur anestesijuksköterskorna optimerar informationen till barnen och deras familjer i det korta mötet. Studien kommer också att belysa om det finns riktlinjer för det preoperativa mötet av akuta barn på operationsavdelningen och om inte, om det i så fall finns ett behov av att utforma sådana.

## **BAKGRUND**

### **Definitioner**

Den preoperativa fasen är den tid som förflyter från den tidpunkt då ett beslut om ett kirurgiskt ingrepp tas, till dess barnet befinner sig på operationsbordet. Den preoperativa fasen kan vara allt från några minuter till flera månader (Almås, 2002). De perioperativa samtalen däremot är när en anesthesi- eller operationssjuksköterskas pre-, intra- och postoperativt samtalar med en patient vars operation hon skall vara delaktig i. Ett perioperativt samtal skall vara ett vårdande samtal, där patienten och sjuksköterskan möts i en dialog. Målet med det perioperativa samtalet är att skapa förutsättningar för värdig vård, att skydda patientens värdighet och att göra vården säker. En viktig sida av den perioperativa dialogen är att vara tillsammans med eller utan ord. I ett perioperativt samtal finns kravet att sjuksköterskan skall vara närvarande. Att vara närvarande innebär att man också är där i tanke, inte bara med kroppen (Lindwall & von Post,

2008). Denna studie fokuserar på de akuta operationerna, där då möjligheten till detta samtal är begränsat, då det ofta kan vara ont om tid samt fokus ligger på det medicinska omhändertagandet. Då är det än viktigare att sjuksköterskorna optimerar sitt samtal och är trygg i sin yrkesroll. Akut har i denna studie valts att definieras från symtom/skadedebut till dess att barnet kommer till operationsavdelningen < 6 h. Barn definieras som 0-15 år. I det preoperativa samtalet hjälper anestesijuksköterskan patienten att förbereda sig för operation (Lindwall & von Post, 2008).

### **Anestesi och anesthesiologisk omvårdnad**

Upptäckten av narkos har betecknats som det främsta bidraget till mänskligheten genom tiderna. Den öppnade vägen och möjligheten för kirurgins utveckling. Anestesiologi härleds från grekiskans *an*(o- eller icke), *aisthesis*(känsl) och *logos*(lära) (Halldin, 2007). Anestesiologi är ett samlingsbegrepp för den medicinska specialitet och vetenskap som sysslar med narkos och bedövning, intensivmedicin, utredning samt behandling av smärta. Anestesiformerna omfattar narkos och lokalbedövning. Narkos innebär att patienten med läkemedel försätts i ett reversibelt medvetslöst tillstånd. Lokalbedövning innebär att man med injektion av lokalbedövningsmedel åstadkommer en reversibel nervblockad inom ett begränsat område av kroppen (Halldin, 2007). Styrande för den perioperativa sjuksköterskans arbete är Hälso- och sjukvårdslagen och åliggande lagen för personal inom hälso och sjukvård. Socialstyrelsen har närmare beskrivit kraven på sjuksköterskans arbete i Socialstyrelsens allmänna råd och i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Lindwall & von Post, 2008). Med utgångspunkt i dessa lagar skall en perioperativ sjuksköterska med specialisering inom anestesi- eller operationssjukvård kunna med etiskt förhållningssätt och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet inom specialområdet ha sin utgångspunkt i sitt arbete (Lindwall & von Post, 2008). Anesthesiologisk omvårdnad utförs av anestesijuksköterskan perioperativt och utgår ifrån den enskilda patientens resurser och behov. Det korta mötet före operationen innebär att anestesijuksköterskan ska för patienten bidra till lugn, trygghet och förvisning om att han eller hon får en säker och professionell anesthesiologisk omvårdnad. För att kunna utföra anesthesiologisk omvårdnad ska en anestesijuksköterska ha kompetens och förmåga att skapa tillit, förtroende och trygghet till såväl patienter som närstående. Hon bör även ha förmåga att

visa omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet. Samt sträva efter att arbeta efter ett perioperativt vårdande arbetssätt (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård 2008).

### **Att skapa en perioperativ dialog**

En operationsavdelning är en mycket speciell vårdenhet där patienten vistas under en kort tid. Man har ofta ett högt arbetstempo och miljön är främmande för patienten med mycket teknisk apparatur och personal i operationskläder. Dessutom är ett kirurgiskt ingrepp, även om det rör sig om en mindre rutinoperation, en stor och kanske skrämmande händelse för patienten, vilket ställer höga krav på den omvårdnad som anestesijuksköterskorna skall ge (Halldin, 2007). Tillit innebär förtroende, förhoppning, löfte, förtröstan, tro och förväntan (Lindwall & von Post, 2008). Tillitens motsats är misstro. I mötet med barn är just detta mycket viktigt, att skapa ett förtroende hos barnet. Kontinuiteten med anestesijuksköterskan är något som lyfts fram som nödvändig för att barnet skall känna tillit och för att kunna klara av sin operation/undersökning (Rudolfsson, 2003). Det är viktigt att berätta vad som skall ske och att hålla sig till sanningen, barn märker om sjuksköterskan ljuger. De vill ha förklaring så att de vet vad som skall hända under vårdtiden (Bricher, 1999). Li och Lam (2003) menar att barn ofta behöver anpassad hjälp för att förstå information och förberedelser inför operationen. Ansiktets uttryck behövs för att hjälpa fram löftet om tillit hos sjuksköterskan. I ansiktets kravgörs sjuksköterskan uppmärksam på att patienten förväntar sig att bli mottagen av henne. Om inte uppfyllelsen infrias blir ”ropen på hjälp” meningslösa och patienten har blottat sig inför sjuksköterskan (Lindwall & von Post, 2008) Vad beträffande barn så innefattar då detta även föräldrarna. I den preoperativa omvårdnaden av barnet är det viktigt att skapa förtroende och bibehålla detta. Det är viktigt att berätta och förbereda barnet på vad som ska ske. I det preoperativa samtalet upplever barnen att de blir tagna på allvar när de får träffa den anestesijuksköterska som ska söva dem (Bricher, 1999). I Lindwall och von Posts (2005) studie upplevde barnen att anestesijuksköterskan lyssnade och var intresserad av vad de hade för frågor och funderingar. De fick berätta om vad de var rädda för inför den kommande anestesin. Kontinuiteten med anestesijuksköterskan beskrivs av barnen

som en samvaro där deras intressen kom i främsta rummet (Lindwall & von Post, 2005). Att skapa förtroende hos barnet är en process som inte kan skyndas på och kräver mycket tid ända från första mötet med barnet. Att bibehålla förtroendet är en stor utmaning för all vårdpersonal (Bricher, 1999). När ett barn hamnar på sjukhus reagerar de olika beroende på hur gamla de är. Små barn förstår inte att de är på sjukhus utan är mest rädd för att komma ifrån föräldern. Oro och nervositet hos föräldrarna smittar av sig på barnet och ökar barnets oro och rädsla. Eftersom relationen mellan barn och föräldrar är mycket viktig måste föräldrarna också delta i förberedelsen. När barn hamnar i skolåldern brukar de i regel inte ha samma behov av att ha föräldern nära hela tiden, men samtidigt är föräldern fortfarande tryggheten för barnet (Edwinson Månsson & Enskär, 2000).

### **Vårdrelation**

Ett öppet vårdandeperspektiv ställer kravet att vårdaren har en förmåga att kommunicera med och på så sätt förstå sin patient, något som inte bara handlar om den verbala kommunikationen. En god vård som kan erbjuda lindrat lidande och välbefinnande, liksom ett livsvärldsperspektiv där det finns en öppenhet för patienten som levd och subjektiv kropp, är helt beroende av att det finns någon form av fungerande mellanmänsklig relation mellan vårdare och patient (Dahlberg, K., Nyström, M., Segersten, K., Suserud, B-O., Fagerberg, I., 2003). Ett livsvärldsperspektiv innebär att människors vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas (Dahlberg, m.fl, 2003). Med livsvärld menas så som världen erfars av människan genom se, förstå, beskriva och analysera. Det handlar om människans upplevelser och erfarenheter av den levda världen, relationen mellan subjekt och värld (Lindwall & von Post, 2008). Att uppmärksamma patienterna inklusive de närståendes perspektiv innebär med nödvändighet ett bejakande av människors livsvärld. Vårdrelationen mellan vårdare och patient kännetecknas av ett professionellt engagemang som innebär att vårdaren inte räknar med att få ut något för egen del. Det finns en rad hinder för vårdare att skapa en vårdande relation med patienten. Tid är ett sådant hinder, vårdaren kan uppleva att arbetssituationen är så tidsmässigt pressad att möjligheterna att på ett fruktbart sätt relatera till patienten går förlorade (Dahlberg m.fl, 2003). Denna studie fokuserar precis på detta med hur anestesijuksköterskorna på en mycket begränsad tid skall ge så



mycket adekvat information som möjligt. För att skapa en vårdrelation menar Bricher (1999) att man som sjuksköterska bör tala direkt till patienten, i denna studie då till barnet. Dahlberg m.fl, (2003) menar att det finns en risk att förbigå barnet och kommunicera med anhöriga, men även de vill poängtera vikten av att alltid kommunicera direkt även till barn, då det är enda sättet att skapa ett förtroende mellan patient och vårdare, och det är också enda sättet att få en direkt beskrivning av barnets livsvärld. En annan aspekt för att skapa en god vårdrelation med barnet, är att föräldrarna måste informeras. Justus, R., Wyles, (2006) skriver att om föräldrarna inte får tillräcklig information och förberedelser kan de känna sig hjälplösa och förvirrade och deras känslor kan lätt överföras till barnet. Vidare menar Justus (2006) att föräldrarna kan känna sig osäkra om hur de ska prata om operationen med sitt barn om de själva inte fått tillräckligt med information. Det finns flera faktorer förutom åldern som spelar in i förberedelsen av ett barn. Tidsperspektivet och tidigare erfarenheter är aspekter som skall vägas in när information och förberedelser ges till barnet. Om förberedelserna börjar för tidigt får barnet för mycket tid att fantisera om händelsen och börjar man informera för sent hinner barnet inte med. Tidigare upplevelser av sjukvård minskar inte barnets oro. Tvärtom kan adekvat förberedelse vara av ännu större vikt för dessa barn som kanske har dåliga erfarenheter av sjukvården. De vanligaste reaktionerna av sjukhusvistelse är rädsla, oro och ovilja att samarbeta. För att förbereda ett barn måste man ta hänsyn till vilket utvecklingsstadium de befinner sig på och förberedelsen måste anpassas individuellt till varje barn (Edwinson Månsson, 1992). I en studie av Smith och Callery (2005) fick barnen själva uppge hur de ville förberedas inför operationen genom att skriva och rita. Barn över sju år kunde då själva identifiera sitt behov.

### **Åldersrelaterade förberedelser**

I omvårdnaden av barn är helhetsperspektivet av central betydelse, det betyder bl.a. att barn, föräldrar och eventuella syskon måste ses som en helhet. De grundläggande behoven varierar med barnens ålder och mognadsnivå. För föräldrarna känns det svårt att ha ett barn inlagt på sjukhus, oavsett om inläggningen sker akut eller är planerad. Situationen förvärras ytterligare av att se barnet lida och av ovissheten om diagnos, behandling och prognos (Tveiten, 2000). Sjukhusmiljön är oftast ny och okänd.

Vistelsen ska upplevas som positiv och trygg för familjen. Bra information gör att det okända upplevs som mindre farligt och detta medverkar till att minska barnets oro och ängslan. Det är viktigt att personalen talar barnens språk och att informationen ges direkt till barnen så att de förstår vad som ska hända. Hjälpmedel som kan användas är lek med dockor, fotoalbum, rundvandring på olika aktuella enheter, sagor och broschyrer (Enskär, K., Edwinson Månsson, M., 2000).

#### *Småbarn 0-3år*

De yngre barnen har inte så stort behov av information utan där lägger man fokus på att informera föräldrarna om de undersökningar och behandlingar som barnet ska genomgå. Det har visat sig att oroliga och rädda föräldrar påverkar barnen så att det kan bli jobbiga upplevelser (Edwinson Månsson, 1988). Barnen har separationsångest, därför är det mycket viktigt att föräldrarna är med hela tiden och att de är välinformerade så att de kan stödja barnet (Tveiten, 2000). Det mesta stödet från personalen ska ges till den förälder som sköter barnet så hon/han klarar av att vara hos barnet i en stressfylld situation (Edwinson Månsson, 1988).

#### *Förskolebarn och yngre skolbarn 3-7 år.*

Inläggning på sjukhus med provtagningar, undersökningar och behandlingsprocedurer kan få barn att känna sig hotade. Situationer där barnet måste hållas fast, ligga stilla eller utsättas för smärta kan upplevas som en kränkning av den kroppsliga integriteten eller den egna viljan, vilket i sin tur kan leda till stressreaktioner hos barnet (Tveiten, 2000). Barn i denna ålder är rädda för att man ska inkräkta på deras personlighet och kroppintegritet. Förskolebarnet är mer medvetet och upplever större rädsla för smärta, förändring, kastrering och stympning än de yngre barnen (Edwinson Månsson & Enskär, 2000). Dessa barn ska man ge en kort och enkel förklaring. Fantasin är stark i denna åldersgrupp. Det är viktigt att personalen som är i kontakt med barnet är medvetna om styrkan i barns fantasi och att de utforskar hur barnet faktiskt har uppfattat informationen. Denna åldersgrupp kan med fördel se hur undersökningen går till och det är lättare att förstå om det går att använda t.ex. en docka att visa på. Informationen ska utgå från tredje person ”dockan” (Edwinson Månsson, 1988).

### *Skolbarn 7-13år*

Informationen liknar den som ges till förra gruppen men det kan vara svårt att använda t.ex. en docka, då det kan upplevas som löjligt. Information till dessa barn utgår från deras sökande efter ny kunskap. Barnen i denna ålder har lättare att verbalisera känslor och förstår anledningen och effekten av en viss undersökning/behandling. Förståelse för sjukhusvård är lättare och separationsångesten är mindre för dessa barn. Rädsla för döden är normalt och barnen kan fråga om de ska dö eller berätta om andra som de vet har blivit sjuka. Viktigt är att som anestesisyjuksköterska lyssna och inte byta samtalsämne (Edwinson Månsson, 1988). Barnen i den här åldersgruppen har större kontroll över sin kropp, de har stor kroppsintegritet och är rädda att man ska inkräkta på den i samband med undersökningar och sövning. De har ett tydligt tidsbegrepp och förstår vad som ska hända framåt i tiden (Edwinson Månsson & Enskär, 2000).

### *Tonåringar*

Tonåringar klarar av verbal information och har behov av verklighets anknytning. Edwinson Månsson (1988) menar att det är viktigt att planera för att ge informationen när föräldrarna inte är där, då det är svårare att uttrycka sig om föräldrarna är med. Det svårt att vara tonåring och fråga om saker som de inte vill att föräldrarna ska höra. Tonåringar är den grupp som känner störst rädsla för att förlora kontrollen över sig själva, t.ex. att deras utseende ska förändras eller att de ska bete sig fel. Tonåringen kan föreställa sig olika situationer och förstår vad som händer senare. En tonåring kan uppleva det jobbigt eftersom han eller hon inte längre är barn, men inte heller vuxen (Edwinson Månsson & Enskär, 2000).

Det finns utarbetade informationsmetoder som översatts och bearbetats för svenska förhållanden av Edwinson Månsson (1988). God omvårdnad förutsätter att sjuksköterskan besitter en speciell kompetens som används och förmedlas på ett adekvat sätt, det förutsätter också att det finns tillräckligt med tid och personal (Tveiten, 2000).

## **Barnkompetens**

FN: s konvention om rättigheter och skydd för barn är ett grundläggande dokument om demokratins nödvändiga förutsättningar. Med barn avses i konventionen alla barn och ungdomar mellan 0 och 18 år. Fyra huvudprinciper i FN: s barnkonvention brukar betonas, nämligen artikel 2 om ”Barnets rätt att inte diskrimineras ”; artikel 3 om ”Principen om barnets bästa ”; artikel 6 om ”Barnets rätt till liv och utveckling” och artikel 12 om ”Barnets rätt att framföra sina åsikter”. Samtliga dessa fyra huvudprinciper måste tillsammans med artikel 24 om ”Barnets rätt till hälsa och sjukvård” lyftas fram i arbetet för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård. Barnkompetens avses här, i enlighet med FN: s barnkonvention, både barn och ungdomskompetens ([www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=44](http://www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=44)). Begreppet barnkompetens är svårt att definiera och avgränsa. Generellt måste med barnkompetens både ur ett hälso- och ett sjukvårdsperspektiv avses kunskap om och förståelse för barnets biologiska, psykologiska och sociala utveckling i ett åldersperspektiv. Från nyföddhetsperioden, över småbarns och förskoletid, skolålder, förpubertet, pubertet och ända fram till tonårstidens slut. Inom ramen för begreppet barnkompetens ligger också förmågan att kommunicera och interagera med barnet och dess föräldrar/vårdnadshavare på ett sådant sätt att ömsesidig förståelse och förtroende uppstår. Sådan kommunikativ kompetens är en förutsättning för att personal inom hälso- och sjukvården skall få optimal information för sin bedömning av situationen (SOS; Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård S97/6801/S).

En studie av Smith och Callery (2005) visar att barn har individuella informationsbehov. Anpassad information i den förberedande fasen kan enligt Brewer (2006) leda till en positiv upplevelse av vården efter operationen då barn på olika kognitiva nivåer förbereds baserat på deras utvecklingsnivåer. Enligt Hatava (2000) har det också visat sig positivt att anestesijuksköterskan ger specifik åldersrelaterad information under ett preoperativt möte.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

I forskning kring förberedelser av barn inför operation/undersökningar finns det flera studier som visar hur viktig den preoperativa förberedelsen är för barnet både postoperativt och i ett längre framtidsperspektiv. Den elektiva verksamheten är väl utvecklad och dokumenterad på sjukhusen i dag, men däremot är den akuta verksamheten inom operation/undersökningar på barn mindre dokumenterad. I anestesijuksköterskans arbete ingår det att möta alla kategorier av människor under en förhållandevis kort tid. Anestesisjuksköterskan bör vara bra på att tyda, bedöma och hantera olika situationer samt att skapa förtroende och vara en person som patienten kan lita på och känna sig trygg med. Förutsättningar för att skapa tillit och förtroende hos patienten är goda medicinska kunskaper, tekniska färdigheter och vårdvetenskapliga kunskaper. Att skapa förtroende hos barn är en process som inte kan skyndas på och kräver mycket tid ända från första mötet med barnet. Därför kan det vara av vikt att beskriva vad anesthesijuksköterskorna baserar sitt bemötande på i mötet med akut sjuka barn. Eftersom relationen mellan barn och föräldrar är mycket viktig måste även föräldrarna delta i förberedelserna. Det är också av vikt att beskriva om det finns riktlinjer på operationsavdelningen när det gäller akuta situationer då barnen och deras familjer inte är förbereda på vad som kommer att hända och om det finns riktlinjer, är de då synliggjorda och används. Kunskap om detta kan leda till att förutsättningarna för att anesthesijuksköterskan i det akuta preoperativa mötet med barn ska känna sig trygg förbättras, vilket i sig kan leda till ett lindrat lidande och välbefinnande för det akut sjuka barnet som ska opereras.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva vad anesthesijuksköterskan baserar sitt bemötande på i mötet med barn och deras familjer i akuta situationer på en operationsavdelning. Syftet är också att beskriva om det finns ett behov av riktlinjer för det preoperativa mötet av akuta barn.

## **METOD**

### **Design och urval**

Studien har en kvantitativ, deskriptiv design där ett frågeformulär utarbetat av författarna till den här studien använts. Resultatet analyserades med beskrivande statistik. Frågeformulär är en vanligt förekommande undersökningsmetod inom kvantitativ design, när man vill undersöka människors erfarenheter, samt beskriva olikheter mellan olika grupper. Med en kvantitativ metod vill man på kort tid samla in en stor mängd data och nå en stor mängd informanter (Olsson & Sörensen, 2004). Studien genomfördes på en centraloperationsavdelning på ett medelstort sjukhus i väst Sverige mellan tiden 2009-02-03 till 2009-03-20. På det utvalda sjukhuset utfördes både akuta och elektiva operationer på barn. Alla anestesijuksköterskor på sjukhusets centraloperationsavdelning d.v.s. sammanlagt 43 personer erbjöds att delta i studien. Både vid kvantitativ och kvalitativ forskningsansats är det ofta nödvändigt av praktiska skäl göra ett urval av en viss population. Mer sällan blir det fråga om en totalundersökning av en hel population. Därför måste man bestämma en urvalsram d.v.s. stickprovets storlek, vilka kriterier som ska ligga till grund för urvalet och hur man tänker gå till väga för att göra urvalet (Hansagi & Allebeck, 1994). Denna studie är en stickprovsundersökning av en population, då alla anestesijuksköterskor på en operationsavdelning erbjöds att delta i studien. Inklusionskriterier var att respondenterna arbetade på centraloperationsavdelningen, att de kunde läsa och skriva svenska och att de givit samtycke till att vara med i studien.

### **Datainsamling och genomförande**

Tidigare forskning inom området har inhämtats i artiklar och böcker. Artiklarna är som används är sökta, i databaserna cinahl, pubmed, medline, samt även genom manuell sökning. Sökorden som användes var *nurse, caring, operation, prepare, emergency, children, anesthesia* dessa kombinerades med *and* och sattes ihop i olika konstellationer. Artikelgranskningen utfördes genom att vid första bedömningen lästes artiklarnas abstrakt och sedan valdes, 10 artiklar valdes ut som verkade tjäna syftet och artiklarna lästes rakt igenom. Kriterierna för att använda artiklarna var att innehållet skulle svara an mot syftet, handla om valt område och att de skulle vara vetenskapliga. En bra utgångspunkt innan man skall göra ett frågeformulär, är att i förväg göra en lista

på vad som skall studeras och efter detta göra relevanta frågor (Olsson & Sörensen, 2004). Frågorna bör konstrueras så att de ej är provocerande att svara på. I denna studie användes ett frågeformulär med i förväg strukturerade frågor som hade utvecklats av författarna själva eftersom inget passande validerat, standardiserat instrument fanns att tillgå. Ansvariga avdelningschefer och ansvarig verksamhetschef tillfrågades om tillstånd att dela ut formuläret till anestesijuksköterskorna och dessa informerades även om studiens syfte. Ett informationsbrev med fakta om studien och dess syfte, rätten till anonymitet och frivillighet samt rätten att sjuksköterskorna när som helst kunde välja att avbryta studien utan att närmare ge förklaring till detta delades ut till avdelningschefer och verksamhetschef samt till alla anestesijuksköterskor tillsammans med frågeformuläret. Frågeformuläret lades i respektive persons personliga postfack på operationsavdelningen. Informationsbrevet innehöll även information om författarna, telefonnummer till dessa samt till handledare. Frågeformuläret var anonyma och behövde därmed inte avidentifieras. Formuläret bestod överst av demografisk data såsom ålder, kön samt hur länge man hade arbetat som anestesijuksköterska. Därefter fanns 11 frågor, 9 halvöppna med på förhand bestämda svarsalternativ, samt två öppna, som var baserade på diskussioner från tidigare studier samt författarnas egna erfarenheter. Innehållsvaliditet var därmed nådd. Face validitet kan också anses vara nådd eftersom två personer och att personer från forskningsfältet granskade frågornas relevans (Polit & Beck, 2004). Validitet avser instrumentets förmåga att mäta det som ska mätas, det vill säga att mäta rätt sak (Olsson & Sörensen, 2004). Frågorna var av karaktären: Har du sövt akuta sjuka barn inför operation eller undersökning? Därefter beroende på svaret på föregående fråga följde flervalsfrågor och vid alla frågor fanns möjlighet att skriva ned egna kommentarer och förklara sina svar. Vid några frågor kunde mer än ett svarsalternativ kryssas i. För att testa frågeformulärets reliabilitet (Burns & Grove, 2001), för att ha möjlighet att förbättra det och för att undersöka om formuläret var användbart gjordes en mindre pilotstudie (Polit & Beck, 2004), där formuläret delades ut till fyra personer som fick testa frågorna, se om de var entydiga, klart ställda, relevanta och lätta att förstå. Dessa fyra frågeformulär ingick inte i huvudstudien. Testpersonerna ombads också lämna kommentarer om utformningen på frågeformuläret. Efter detta omformulerades en fråga och grammatiska ändringar gjordes, och ett nytt formulär delades ut. Frågeformuläret kunde besvaras på ca 10

minuter. Frågeformuläret besvarades och lades i ett märkt fack på operationsavdelningen och samlades in av en av författarna en gång i veckan. Påminnelser gjordes av avdelningscheferna i samband med avdelningsmöte varannan vecka.

### **Etiska överväganden**

Enkätstudien är genomförd enligt forskningsetiska riktlinjer som beskrivs i etikprövningslagen (2003:460) samt i Helsingforsdeklarationen (1964). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning (Svensk författningssamling SFS 2004). Medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer innebär att deltagandet är frivilligt och att samtliga deltagare garanteras fullständig anonymitet, ingen kommer att kunna härleda hur enskilda anestesijuksköterskor svarat. Riktlinjerna säger också att deltagaren kan avstå från deltagande eller när som helst avbryta sin medverkan i studien, utan att ange orsak. Vid sammanställning av frågeformuläret nedskrevs kommentarer ordagrant och all data från samtliga frågor både slutna och öppna, har tagits med i resultatet för att komma så nära sanningen som möjligt. Studier av detta slag kan bidra till att respondenterna kan känna sig illojala mot verksamheten om man framför kritik och negativa kommentarer. Samtidigt kan detta vara en möjlighet att få delge sina åsikter anonymt samt ett sätt att påverka verksamheten.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras och redovisas i diagramform samt i löpande text med utgångspunkt från frågeformulärets frågor. Vid sammanräkning av frågeformuläret visar det sig att 27 (63 %) av 43 möjliga anestesijuksköterskor besvarade formuläret och av dem var 6 (22 %) män och 21 (78 %) var kvinnor. 11 (41 %) respondenter var mellan 31-40 år och för övrigt var åldersfördelningen relativt jämn mellan 20-60 år (fig.1).



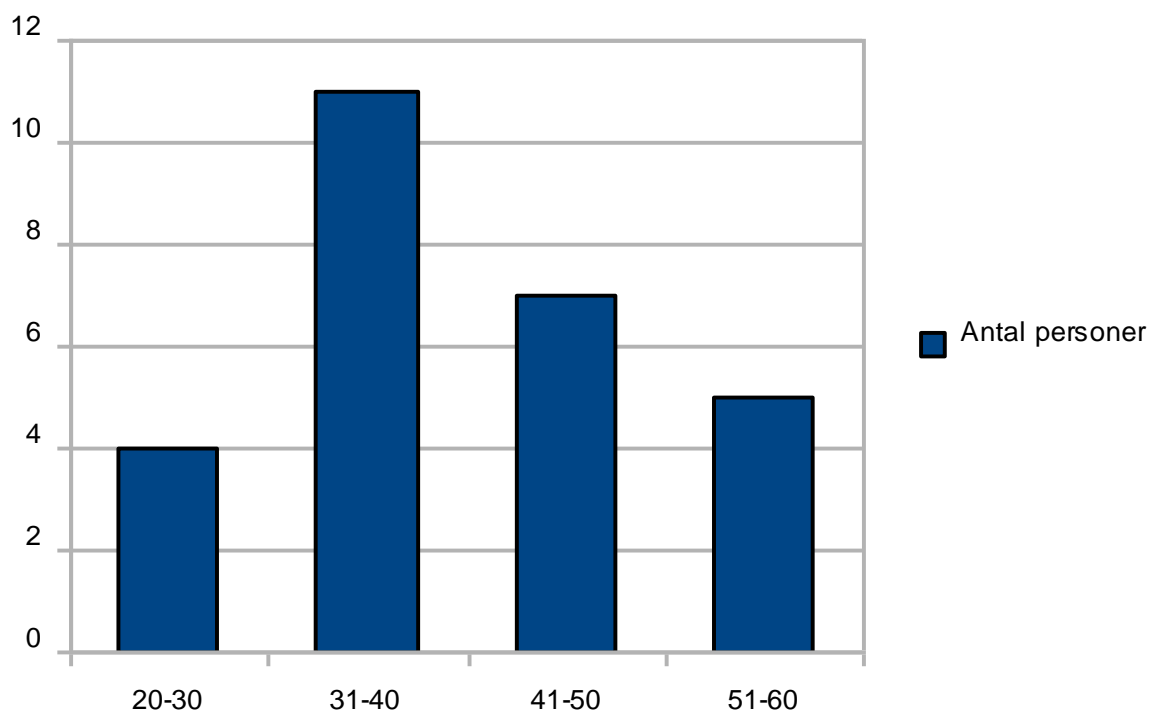


Fig. 1. Åldersfördelningen på anestesijuksköterskorna i studien

För att få en överskådlig blick över hur lång erfarenhet anestesijuksköterskorna som svarade på formuläret hade visar fig. 2 hur många år anestesijuksköterskorna hade arbetat inom yrket.

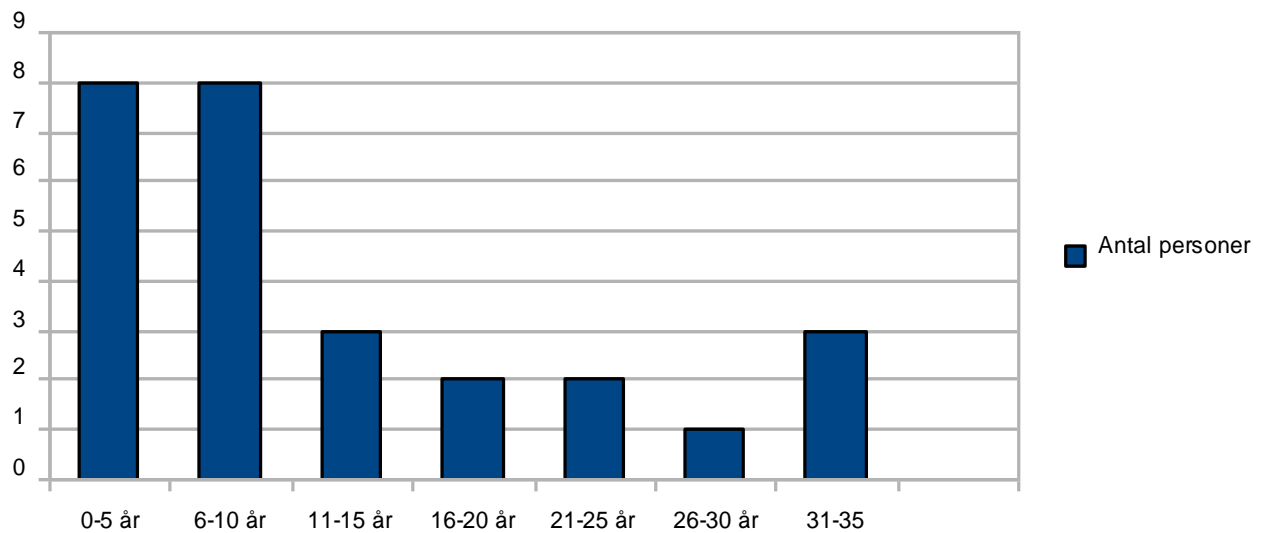


Fig. 2. Antal år i yrket hos anestesijuksköterskorna i studien

### Prevalens

Av de 27 respondenter som från början deltog i studien var det 24 (89 %) av dessa som sövde barn. Tre (11 %) respondenter svarade därmed nej på frågan ”*förekommer det att du söver barn?*”. De tre som inte sövde barn arbetade administrativt. Alla respondenter som svarade att de sövde barn skrev även att de sövde akut sjuka barn. Av dessa 24 respondenter var det 5 (21 %) som sövde barn minst en gång i veckan och 9 (38 %) som sövde barn mer sällan än en gång per månad.

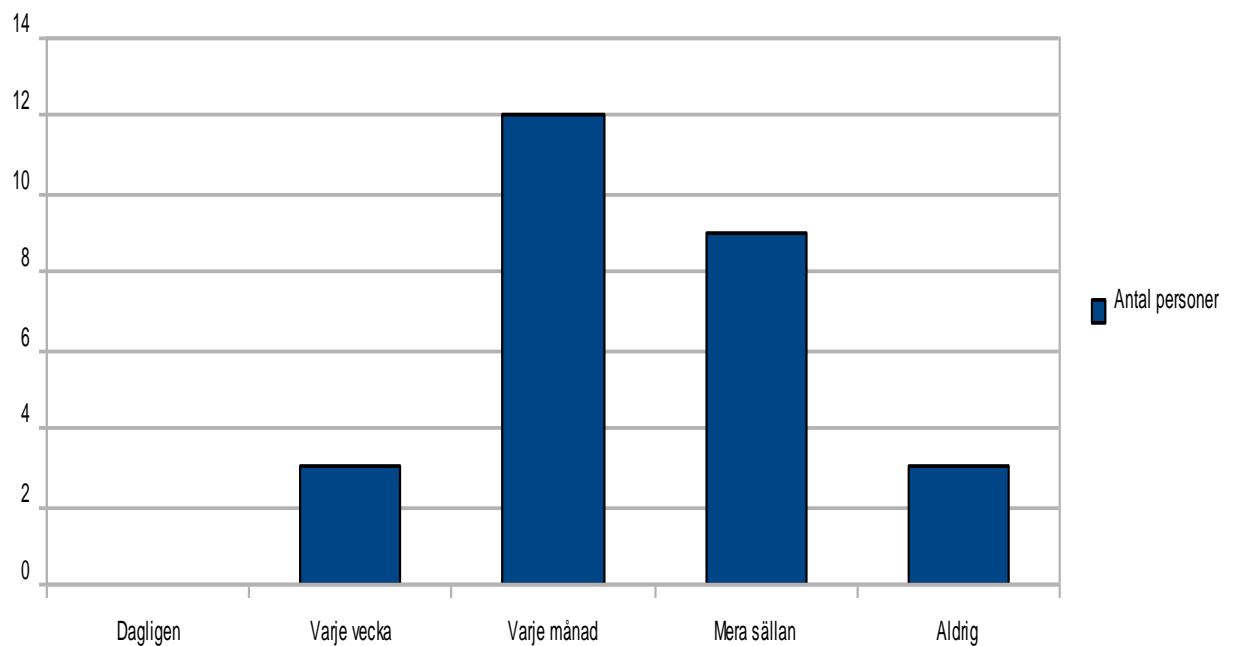


Fig. 3. Figuren beskriver hur ofta anestesijuksköterskorna söver barn

### Vad anestesijuksköterskan baserar sitt bemötande på

#### Trygghet i sin yrkesroll

Följande resultat visar på anestesijuksköterskornas trygghet i sin yrkesroll i mötet med akut sjuka barn och deras familjer och hur betydelsefullt de ansåg att det var att känna sig trygg i den specifika akuta situationen vilket alla respondenter höll som mycket viktigt.

På frågan om de kände sig trygga i mötet med akut sjuka barn och deras familjer visade resultatet att tio (42 %) av anestesijuksköterskorna i studien känner sig ganska trygga i mötet med akuta barn och deras familjer. Sex (25 %) respondenter kände sig inte speciellt trygga medans fem (20 %) kände sig mycket trygga i sin yrkesroll (fig.4).

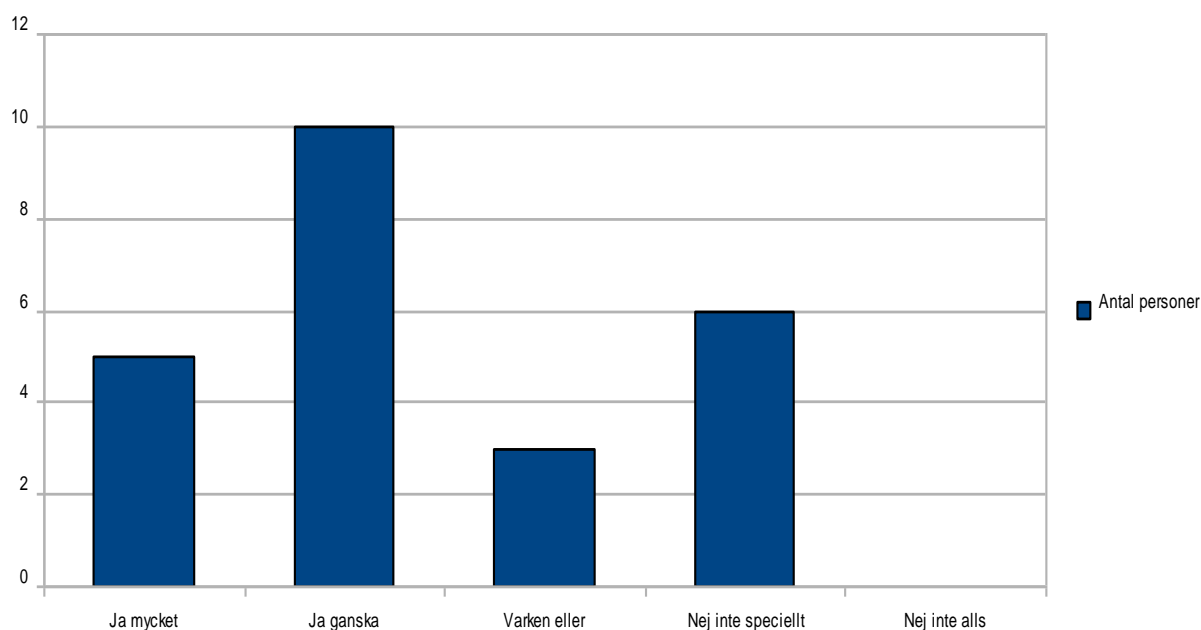


Fig. 4. Figuren visar hur trygga anestesijuksköterskorna känner sig i mötet med akut sjuka barn.

På frågan vad anestesijuksköterskorna baserade sin trygghet och sitt handlande på i mötet med akut sjuka barn och deras familjer så svarade 22 (92 %) respondenter att erfarenhet var viktigast och 19 (79 %) respondenter svarade att kunskap var viktigt. På denna fråga hade respondenterna möjlighet till att lämna fler än ett svarsalternativ (fig.5).

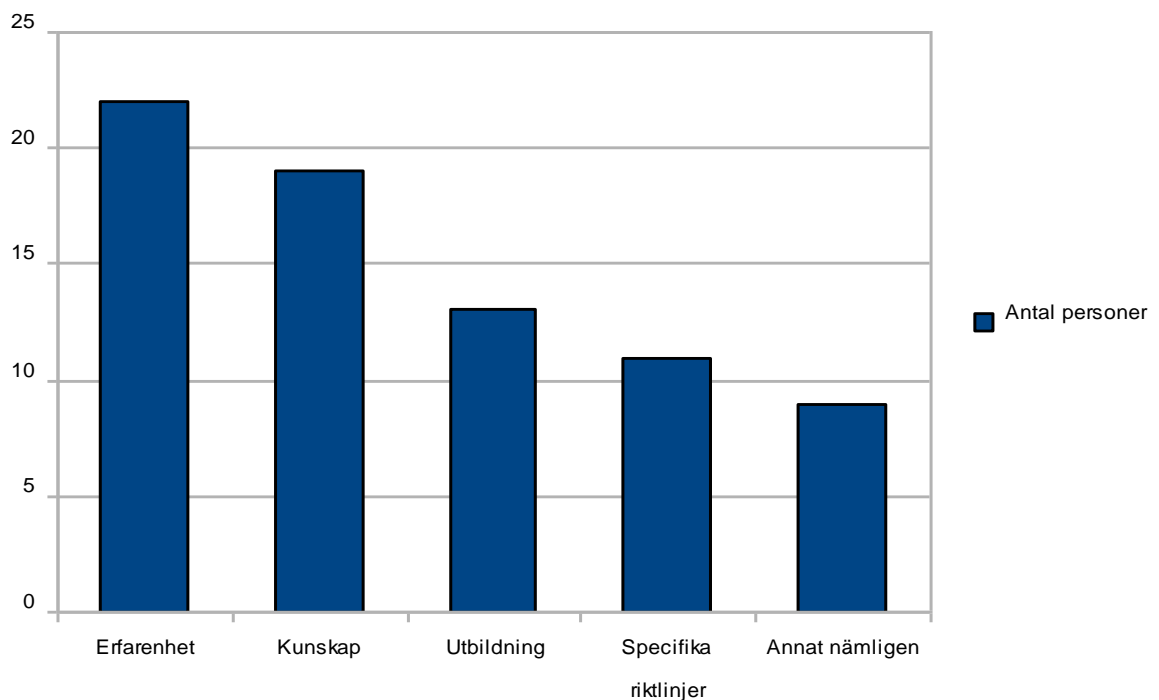


Fig.5. Figuren visar vad anestesijuksköterskorna baserar sin trygghet och sitt handlande på.

Respondenternas egna kommentarer visar att man som anestesijuksköterska måste våga fråga om råd från kollegor som har mer specifik erfarenhet. De menar också att det inte får finnas någon prestige i detta yrke. Respondenterna kommenterar också att erfarenhet, kunskap och utbildning sammantaget ger trygghet och att det är svårt att specificera vad som är viktigast för tryggheten. Respondenterna menar att ett bra samarbete med övriga personalkategorier är viktigt och ger trygghet. Många av respondenterna anser att även om man haft ”*hand om akuta barn*” tidigare måste man få möjlighet att upprätthålla sin kunskap t.ex. genom att kontinuerligt få söva elektiva barn.

### **Erfarenhet, kunskap och utbildning**

Respondenterna fick ange vad de ansåg vara viktigast i mötet med akut sjuka barn och deras familjer och det framkom även här att erfarenhet 18 (75 %) var viktigast. 9 (38 %) av respondenterna har valt att kommentera frågan och resultatet visar att det ena alternativet inte behöver utesluta det andra (fig.6).

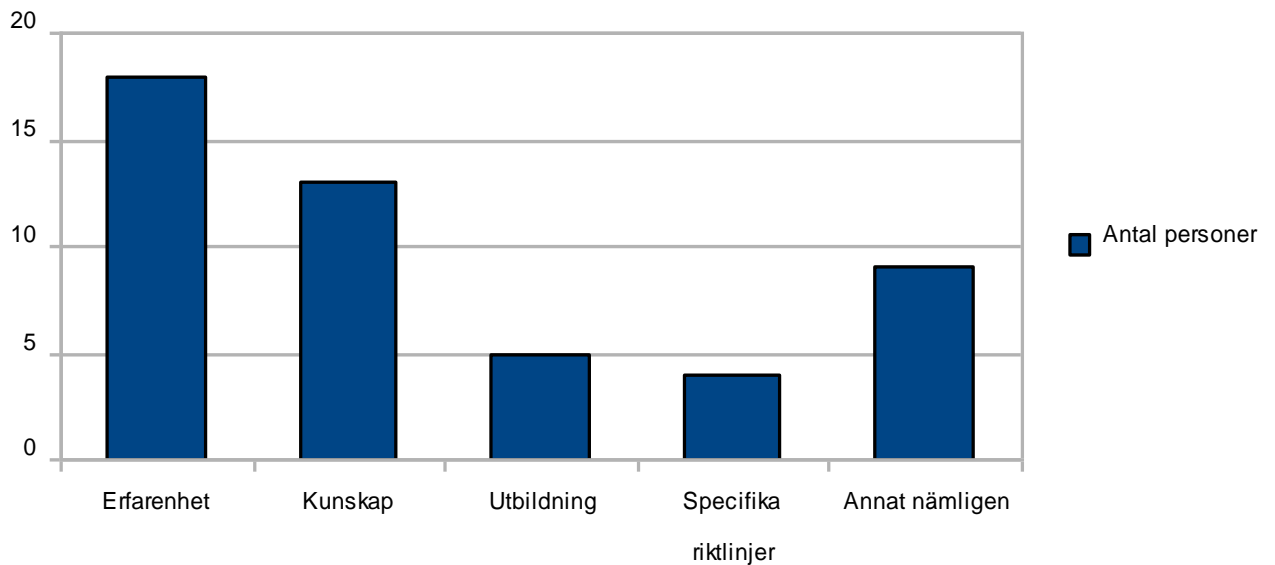


Fig. 6. Figuren visar vad anestesijuksköterskorna ansåg vara viktigast i mötet med akut sjuka barn

Respondenternas kommentarer visar att även här är det svårt att specificera vad som är viktigast. De ansåg att ju mer utbildning och kunskap man har desto tryggare blir man i sitt bemötande mot barn och anhöriga, de menar att man ska våga möta barn och föräldrar i den situation som råder. En annan sak som lyftes fram var att om alla vet vad de ska göra ger det ett professionellt omhändertagande. Men det var bara 4 (17 %) av respondenterna som ansåg att tydliga rutiner är av vikt.

### **Behovet av utarbetade riktlinjer**

Av respondenterna svarade 11 (46 %) att utarbetade riktlinjer på operationsavdelningen fanns beträffande omhändertagandet av akut sjuka barn. 10 (42 %) av respondenterna svarade dock att det inte fanns sådana utarbetade riktlinjer. Tre (12 %) av respondenterna valde att inte svara på frågan (fig.7).

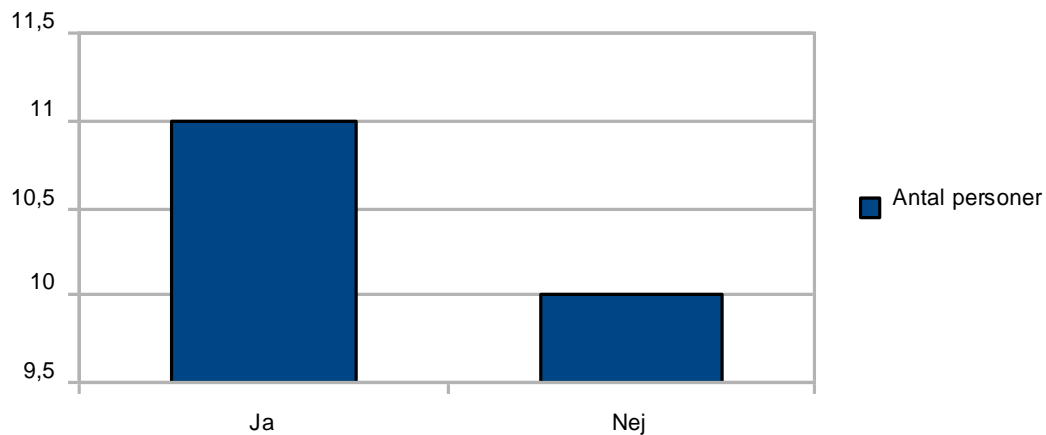


Fig. 7. Figuren visar om det finns utarbetade riktlinjer på operationsavdelningen beträffande omhändertagandet av akut sjuka barn

Några av respondenterna kommenterade att det delvis finns riktlinjer men att de är koncentrerade på det medicinska omhändertagandet.

Respondenterna fick också svara på om de riktlinjer som eventuellt fanns var synliggjorda och om de användes. Det visade sig att 16 (67 %) av respondenterna ansåg att riktlinjerna inte var synliggjorda och inte användes. Av dessa 16 var det fyra (25 %) som hade svarat att det fanns riktlinjer men att de inte var tillräckligt synliggjorda och användes. Sex av 24 (25 %) av anestesijuksköterskorna ansåg att det fanns utarbetade riktlinjer och att de var synliggjorda och användes. Två (8 %) av respondenterna valde att inte besvara frågan. Det fanns inte något som visade på att om man har lång erfarenhet på operationsavdelningen så har man också vetskapen om klinikkens eventuella riktlinjer (fig.8).

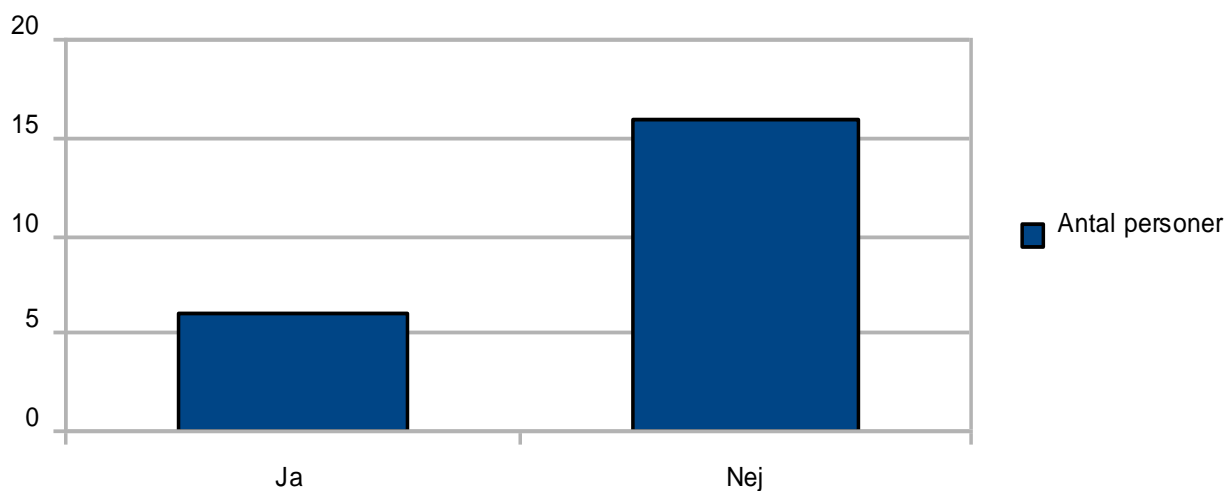


Fig. 8. Figuren visar om riktlinjerna är synliggjorda och används

Respondenterna kommenterar att det är viktigt att synliggöra de riktlinjer som finns genom regelbunden utbildning och genomgång av dem. Några av respondenterna ansåg att det inte fanns några riktlinjer till fullo och framför allt inget om omhändertagandet av akut sjuka barn men de flesta av respondenterna menar att det inte finns några riktlinjer alls. Respondenterna menar att medicinska PM om barn och operationer finns att tillgå på intranätet och på anestesiklinikens hemsida men att det skulle vara önskvärt med mer lättillgängliga riktlinjer.

### **Behov av utbildning och utveckling**

De avslutande frågorna handlar om behov av utveckling och utbildning inom området akut sjuka barn och deras familjer samt hur kunskap upprätthålls. Respondenterna ansåg att det fanns stort behov av utveckling då 100 % av respondenterna svarade ja på den frågan. De ansåg att det fanns mycket att förbättra och det framkom många relevanta synpunkter. Exempelvis så önskade många respondenter att de skulle tydliggöras ett enhetligt omhändertagande som gäller all personal beträffande omhändertagandet av akut sjuka barn och deras familjer. Respondenterna menar att eftersom frekvensen att söva barn inte är hög är det svårt att upprätthålla sin kompetens, vilket gör att det är ännu viktigare att få regelbunden utbildning och genomgång. Men, menar



respondenterna detta prioriteras inte av arbetsgivaren. Ett sätt att upprätthålla sin kompetens samt att erhålla kompetens beträffande att söva barn är att få möjlighet att söva elektiva barn. Att få möjlighet att gå på föreläsningar, auskultera på andra kliniker, rotation på öronoperation och dagkirurgen för samtliga anesthesisjuksköterskor samt ett utökat samarbete med barnsjukhus i närområdet skulle enligt flertaligt av respondenterna vara viktigt att upprätthålla god kompetens. Vidare framkom det av kommentarerna att det måste ges möjlighet till kompetenshöjning genom exempelvis internutbildningar, utbildningar i Barn HLR, PTLs samt akutmedicin 2. Utvecklingsdagar med barntema och gästföreläsare med åldersrelaterade föreläsningar framkom som önskemål. Att möjligheter ges till att arbeta jourtid vilket i sig ger möjlighet till att få söva fler barn var andra kommentarer som framkom. Respondenterna menar att som det är i nuläget är det upp till var och en att hålla sig så uppdaterad som det går genom att läsa litteratur på fritiden.

Det som respondenterna framhåller allra viktigast är möjligheten att få tid för reflektion och att sitta och diskutera patientfall med kollegor. Men, respondenterna menar att det inte finns så stort intresse vad det gäller tid för reflektion och ej heller för möjlighet till kompetensutveckling.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Denna studie var en enkätstudie med i förväg strukturerade frågor som utvecklats av författarna själva eftersom inget passende validerat, standardiserat instrument fanns att tillgå. Frågeformuläret utformades till att börja med frågor om demografisk data så som ålder, kön och hur länge man hade arbetat som anesthesisjuksköterska. Detta för att få en bild av hur fördelningen på kliniken såg ut samt om man i resultatet kunde urskönja något samband mellan lång erfarenhet i sitt yrke som anesthesisjuksköterska och hur man hanterar mötet med akut sjuka barn och deras familjer. Det positiva med att utforma enkäten är att författarna själva kan vinkla frågorna utefter syftet i studien annat som ses som positivt med enkätundersökningar är att man får fler antal undersökningspersoner, lättare att få svar på känsliga frågor samt lättare att framföra kritik då respondenterna

kan vara anonyma (Hansagi & Allebeck, 1994). Det negativa kan bli att man inte får svar på det som var tänkt eftersom författarna inte har möjlighet att ställa följdfrågor. En annan nackdel är att bortfallet blir större vid en enkätundersökning. I den här studien användes innehållsvaliditet och face validitet för att mäta validiteten i enkäten, d.v.s. i vilken utsträckning mätinstrumentet mäter det som det avser att mäta. Eftersom det är en liten studie kan relevansen och styrkan av validiteten diskuteras men den har försökts att uppnås med de medel som rymmer inom ramen för denna studien. En mindre pilotstudie gjordes för att testa reliabiliteten i enkäten. Reliabiliteten i den kvantitativa forskningen används för att skatta tillförlitligheten i de mätningar man gör. Fyra personer testade frågorna för att se om de var entydiga, klart ställda, relevanta och lätta att förstå. Efter detta omformulerades enkäten och en ny enkät delades ut. Studiens validitet och reliabilitet stärktes av att en pilotstudie genomfördes för att testa frågorna (Polit & Beck, 2004). Enkäterna lades i anestesisyköterskornas personliga postfack, vilket gjorde att alla fick enkäten men författarna hade ingen kontroll på hur många som egentligen hade möjlighet att delta. Alla anestesisyköterskor har ett personligt postfack men författarna hade ingen kunskap vilka som var i tjänst under den aktuella tidsperioden. Detta ses som en nackdel då det hade varit lättare att ha kontroll över studien om enkäterna delats ut personligen. 16 respondenter besvarade ej enkäten. Det är svårt att veta av vilken anledning respondenterna inte har svarat, det kan vara sjukskrivningar, tjänstledigheter eller föräldraledigheter som avgör hur stort bortfallet blir. Bortfall behöver inte nödvändigtvis bero på ovilja att svara utan det kan också vara så att alla i urvalet inte kan svara beroende på udda arbetstider, bortresta en längre tid samt sjukskrivning och dylikt (Hansagi & Allebeck, 1994). Erfarenheten är att svarsfrekvensen är högre vid personligt utdelade enkäter än vid andra insamlingsmetoder (Polit & Beck, 2004). För att ge fler möjlighet att delta i studien, gjordes påminnelser på avdelningsmöten och insamlingsperioden förlängdes. Påminnelser kräver visserligen en hel del arbete men är viktiga dels för att man på detta sätt kan höja svarsfrekvensen något (Hansagi & Allebeck, 1994). Även personliga besök på operationsavdelningen gjordes för att få svar på så många enkäter som möjligt. Det externa bortfallet var 16 av 43, vilket kan bedömas som ett ganska stort bortfall men 62,7 % av respondenterna besvarade enkäten och enligt Polit och Beck (2004) är en svarsfrekvens på 60 % godkänt. 27 enkäter besvarades, av dessa föll 3 stycken

naturligt bort eftersom dessa respondenter inte söver akuta barn. Det interna bortfallet består av 2 olika frågor som lämnades obesvarade av 6 respondenter. Fråga 14 och 15, är de öppna frågorna, där det finns möjlighet för respondenterna att skriva egna åsikter. På fråga 14 hade 3 respondenter inte lämnat något svar och på fråga 15 var det 5 stycken respondenter som inte hade besvarat frågan. Detta kan förklaras med att, dessa frågor, tar längre tid att fylla i, samt att det krävs egna reflektioner vid dessa frågor. En annan förklaring kan vara att respondenterna inte har förstått innehållet i frågan, även om inte det framkom under pilotstudien. Öppna frågor kan kräva ganska mycket av den som svarar, han/hon ska minnas vissa saker, avgöra vad som är väsentligt och därtill formulera sitt svar på ett begripligt sätt. Personer som inte är vana att uttrycka sig i skrift har visats vara mindre benägna att besvara öppna frågor (Hansagi & Allebeck, 1994). I studien framkom en mängd intressanta kommentarer, och valet av design på studien kan ifrågasättas, då en kvalitativ intervjustudie hade tydliggjort resultatet, då man hade kunna ställa följdfrågor. En kvantitativ ansats gör enligt Polit och Beck det möjligt att beskriva erfarenheter med objektiva mått och att de slutsatser som görs i en studie kan generaliseras till liknande sammanhang (Polit & Beck, 2004). Författarna tycker att det är svårt att göra några generaliseringar då det visade sig att frågeformuläret hade brister, flera frågor var tvetydiga och någon fråga lämnades obesvarad. En kvantitativ studie kan dock tjäna sitt syfte i denna typ av undersökning då man under kort tid vill undersöka människors erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2001).

## **Resultatdiskussion**

Resultatet presenteras med utgångspunkt från enkätens frågor, detta för att göra det enklare att följa. Resultatet redovisas i både diagram och i löpande text, med tanken på att de uppseendeväckande resultaten då förstärks. Det har dock inte gjorts några signifikantstest, med tanke på tidsaspekten, som en säkerhet kan säga vad som råder men resultatet visade dock att man inte kunde göra några samband mellan lång erfarenhet och ett specifikt bemötande. Det visade sig att könsfördelningen av respondenterna som svarade var 16,2 % män. Det fanns ingen synlig skillnad mellan män och kvinnor beträffande svarsfrekvens eller arbetserfarenhet. De flesta som arbetar på denna operationsavdelning hade arbetat mellan 0-10 år som anestesijuksköterskor. Ett fåtal hade arbetat över 20 år i yrket. Resultatet visade dock tendenser på att trots

lång erfarenhet som anestesijuksköterska så kände de sig inte mer trygga än de som hade mindre erfarenhet i mötet med akut sjuka barn, då detta är en så specifik situation. Resultatet visar på att det som anestesijuksköterskorna anser vara viktigast för att känna sig trygga i sin yrkesroll är erfarenhet, men trots lång erfarenhet så krävs det mer utbildning samt mer kunskap om barn och deras behov i den akuta situationen. Att det inte gjorts signifikantstest kan ses som negativt för studiens trovärdighet och det kan leda till att problemen och frågorna uppdragas så att studien upprepas fast då med större underlag och med signifikantstest och sambandstest. Tre respondenter föll bort på grund av fråga nummer fyra, vilken var ”*förekommer det att du sover barn?*”. Dessa respondenter föll bort av olika anledningar exempelvis administrativa tjänster och nyanställningar.

### **Trygghet i sin yrkesroll**

Av de anestesijuksköterskor som svarade kände sig 25 % inte speciellt trygga i sin yrkesroll när det gällde mötet med akut sjuka barn. Studien visar att man inte kan dra några paralleller mellan lång erfarenhet och ökad trygghet i sin yrkesroll. Vidare menar anestesijuksköterskorna i studien att det som ger mest trygghet i sin yrkesroll är erfarenhet, men i den specifika situationen med akut sjuka barn så känner sig inte ens de mest erfarna anestesijuksköterskorna trygga i sin yrkesroll. Lindwall och von Post (2008) menar att en trygg och kompetent anestesijuksköterska äger goda medicinska kunskaper, tekniska färdigheter och har med sig en ”klinisk blick” som gör att hon ser varje möte med patienten som en viktig lärdom. Vidare anser de att en trygg anestesijuksköterska är bra på att tyda, bedöma och hantera olika situationer samt att skapa förtroende och vara en person som patienten kan lita på. I en studie av Karlsson och Sandén (2007) beskrivs att sjuksköterskans trygghet i mötet med patienten bidrog till att hon kunde ägna sig mer åt patienten och närstående. Denna trygghet gjorde att sjuksköterskan var mer avslappnad i relation med patienten och deras närstående och blev därmed mer lyhörd för deras behov. Alla anestesijuksköterskor värderade vikten av att känna sig trygga i akuta situationer mycket högt. Trygghet baserade anestesijuksköterskorna på erfarenhet och kunskap både sin egen och sina kollegors.

## **Erfarenhet och kunskap**

Det som framkom som det viktigaste i mötet med akuta barn och deras familjer var erfarenhet och därefter kunskap. Inte bara den kunskap som tillförskaffas genom utbildning utan även den tysta kunskapen som byggs upp genom observationer av andra anestesijuksköterskor och genom patientmöten och feedback från kollegor. Mycket av det dagliga rutinarbetet hos anestesijuksköterskor införlivas som tyst kunskap allt eftersom sjuksköterskan stiger i erfarenhetsnivå (Bonner, 2007). Vidare menar Bonner (2007) att den tysta kunskapen är enligt hur väl sjuksköterskan känner sin patient och att denna kännedom är viktig för beslutsfattandet av vilken eller vilka omvårdnadsåtgärder som ska utföras. Anestesijuksköterskorna uppgav att den kunskap de hade var grundad på erfarenheter från yrket. Det flera nämnde var att ha tydliga rutiner och att våga möta barn och deras familjer i den situation som är. Lindwall och von Post (2008) menar att vara närvarande innebär att man också är där i tanken. Kontinuiteten med anestesijuksköterskan är något som lyfts fram som nödvändig för att barnet skall känna tillit och för att kunna klara av sin operation/undersökning (Rudolfsson, 2003). Många respondenter menade att det var svårt att specificera vad som är det viktigaste i mötet med akut sjuka barn men sammantaget ger erfarenhet, kunskap och utbildning trygghet. Något som också framkom genom kommentarerna var att desto oftare anestesijuksköterskorna hanterade barn desto mer trygg känner man sig i sin yrkesroll. De anestesijuksköterskor som regelbundet sövde elektiva barn kände sig mer trygga och förberedda i akuta situationer. Samarbete med kollegor och andra yrkeskategorier var även det en förutsättning för ett optimalt omhändertagande.

## **Behovet av riktlinjer**

En riktlinje är ofta baserad på verkligheten i en organisations aktiviteter och den ger rekommendationer till vad som ska göras i en given situation (Svenska Akademiens Ordlista, 2008). Av anestesijuksköterskorna som svarade på enkäten så var det 50 % som sövde barn minst en gång i veckan. 38 % av respondenterna sövde barn mer sällan än en gång per månad. Bland dessa respondenter kunde man se tendenser på att behovet av tydliga riktlinjer var större än hos de respondenter som sövde barn minst en gång per vecka. Resultatet i studien påvisar att många av anestesijuksköterskorna känner sig ganska trygga (42 %) i mötet med akuta barn och deras familjer, trots att de anser att det

finns dåligt utarbetade riktlinjer eller inga alls. Knutsson (2006) menar att riktlinjer inte är för alltid fixerade utan flexibla och det är generellt accepterat att ändra i en riktlinje för att förbättra den och för att den skall vara passande i en viss situation. Frågan som var av störst intresse var om respondenterna ansåg att det fanns riktlinjer beträffande barn i akuta situationer och om de var synliggjorda och användes. Enligt 46 % av respondenterna fanns det utarbetade riktlinjer och av dessa svarade 67 % att de inte var synliggjorda och användes. 42 % av dem som svarade ansåg att det inte fanns några riktlinjer alls och 12 % av respondenterna visste inte om det fanns några riktlinjer. Det kan uppfattas något motsägelsefullt att mer än hälften av respondenterna inte visste om det fanns några riktlinjer att arbeta efter och resultatet pekar tydligt på att de riktlinjer som finns inte är tillräckligt synliggjorda. Här fanns inte heller några tendenser som kunde dras om anestesijuksköterskorna hade erfarenhet eller inte beträffande vetskap om riktlinjer i omhändertagandet.

### **Behovet av utbildning och reflektion**

Alla respondenterna anser att det finns ett stort behov av utveckling av området akuta barn och deras familjer vilket tydligt framgår av frågan hur de skulle vilja utveckla området. Många bra och relevanta förslag till förbättring och utveckling inom området akut sjuka barn har framkommit av kommentarerna i frågan. En majoritet av kommentarerna handlar om att få mer utbildning både genom interna föreläsningar, auskultationer på andra sjukhus samt mer samarbete med barnkliniker i närområdet. En annan sak som lyftes fram genom kommentarerna var anestesijuksköterskornas önskan om mer åldersrelaterad information till barnen, att få utbildning om detta och veta hur man skall bemöta varje barn specifikt utifrån barnets speciella förutsättningar. Enligt Edwinson Månsson (1992) måste man för att förbereda ett barn ta hänsyn till vilket utvecklingsstadium de befinner sig på samt förberedelserna måste anpassas individuellt till varje barn. Bricher (1999) menar att barnen vill ha förklaring så att de vet vad som ska hända under vårdtiden. Det är viktigt att anestesijuksköterskorna håller sig till sanningen och ger adekvat information som är anpassad både till barnet och dennes familj. Li och Lam (2003) menar att barn ofta behöver anpassad hjälp för att förstå information och förberedelser inför operationen. Smith och Callery (2005) menar att barnen har individuella informationsbehov. Anpassad information i den förberedande

fasen ledde till en positiv upplevelse av vården efter operationen, barn på olika kognitiva nivåer ska förberedas utefter deras utvecklingsnivå (Brewer, 2006).

Studiens resultat belyser även svårigheten med kompetensutveckling då det inte finns någon tid avsatt för detta. De flesta anestesijuksköterskorna känner sig otillfredsställda vad det gäller fortbildning inom området. Den perioperativa sjuksköterskans kompetens har sin grund i anestesi sjuksköterskans förmåga till reflektion, eftertanke och självkritik. Den har utvecklats genom vårdvetenskapliga och naturvetenskapliga kunskaper (Lindwall & von Post, 2008). Att ha möjlighet att diskutera och reflektera är något som de ansåg vara av vikt men att det inte fanns utrymme i den utsträckning som de skulle önska. ”Att ha empati och inge trygghet i sin yrkesroll” var också något som poängterades. Kraven på dagens anestesijuksköterskor förutsätter en utveckling av den självständiga och professionella yrkesutövningen. Parallellt med att anestesijuksköterskan har ett ansvar att bedriva anesthesiologisk vård, så har vederbörande också ett ansvar att arbeta för att utveckla sin kompetens genom att delta i utvecklings- och forskningsarbete, samt att så långt det är möjligt, evidensbasera specialiteten (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskexamen med inriktning mot anesthesiologisk vård 2008). I resultatet framkommer det kritik mot arbetsgivaren vad det gäller möjligheter till vidareutveckling inom området. Respondenterna anser också att det är svårt att upprätthålla sin kompetens då antalet akuta barn är begränsat i antal. Att arbeta jourtid ansågs vara en annan möjlighet att få erfarenhet att få söva akut sjuka barn då man i större utsträckning har möjlighet att delta i akuta operationer. Anestesijuksköterskorna ställde sig positiva till att arbeta jourtid på grund av att de då inte var låsta vid sina specialiteter vilket annars är fallet vid planerad verksamhet. De anestesijuksköterskor som även är placerade på öronoperation känner sig mer säkra och uppdaterade än övriga anestesijuksköterskor på kliniken. Det framkom också att anestesijuksköterskorna fick hålla sig uppdaterade via internet och intranät. Anestesiens PM om medicinska riktlinjer finns där, vilket kan leda till att en del av anestesijuksköterskorna hade lättare för att söka information på det sättet medan andra tyckte att det var svårt att söka informationen via den formen av uppdatering då det inte ges tid för detta.

### **Att skapa en perioperativ dialog**

Resultatet visar på att den tidspress som är på operationsavdelningen i allmänhet och i akuta situationer i synnerhet skapar en känsla av frustration hos anestesijuksköterskorna då de inte hinner ge den information som de anser vara nödvändig för att inge förtroende och trygghet till barnet och dennes familj. Det har visat sig att när patienterna känner att anestesijuksköterskorna kan ge dem tid skapas ett engagemang före, under och efter operationen vilket leder till ett välbefinnande både hos patienterna och anestesijuksköterskorna. Då förutsätts det att man kan skapa en perioperativ dialog. Den perioperativa dialogen i sig ger patienterna en försäkran om att anestesijuksköterskan skapar tiden till att vara med dem, och att de känner sig lugnade genom sjuksköteskans löfte om att hon ska vara med dem under hela den perioperativa perioden (Lindwall & von Post, 2005). Enligt Rudolfsson (2003) känner anestesijuksköterskorna större ansvar och engagemang för patientens hela situation då det perioperativa samtalet är en källa till styrka och utveckla dem i sitt arbete. Genom det perioperativa samtalet ser anestesijuksköterskorna en möjlighet att få använda sin professionella kompetens till att skapa en vårdande relation (Rudolfsson, 2003). Resultatet i studien visar på att anestesijuksköterskorna önskar mer specifik åldersinriktad information om barn och deras utvecklingsstadier för att kunna skapa en optimal dialog med barnen och deras familjer. Det finns en rad hinder för vårdare att skapa en vårdande relation med patienten. Tid är ett sådant hinder, vårdaren kan uppleva att arbetssituationen är så tidsmässigt pressad att möjligheterna att på ett fruktbart sätt relatera till patienten går förlorade (Dahlberg m.fl, 2003). Detta kan leda till att barnen inte får en realistisk upplevelse av sjukhusvistelsen och att inte kan bearbeta sin rädsla på ett bra sätt (Edwinson Månsson, 1988). I en tidigare studie av Li och Lam (2003) påvisas att den preoperativa ångesten är hög hos både barn och deras föräldrar. Barn med hög nivå av ångest visade lägre grad av medverkan i sin vård och att föräldrars och barns ångest nivå är beroende av varandra. Resultatet i denna studie visade att anestesijuksköterskorna är medvetna om vikten av den preoperativa förberedelsen och vikten att skapa en dialog men de anser inte att förutsättningarna finns för ett optimalt omhändertagande.



### **Vidare forskning**

För att fånga upp och ytterligare synliggöra det specifika som styr anestesijuksköterskornas handlande i mötet med akut sjuka barn föreslås vidare forskning, exempelvis med en kvalitativ ansats för att få en djupare förståelse och kunskap. Författarna anser att det vore av värde att göra en kvalitativ studie i form av intervjuer med möjlighet att ställa mer specifika frågor och följdfrågor för att få en annan bild av problemet. I en sådan studie hade man kunnat styra valet av respondenter för att få fram ytterligare infallsvinklar. För att förstärka och förtydliga det resultat som framkommer så kunde en kvantitativ multicenterstudie utföras så att fler respondenter fångas och deras uppfattningar kan signifikant testas på ett relevant sätt. Denna kvantitativa studie skulle därför kunna följas upp med en liknande studie på fler operationsavdelningar och på så sätt kunna göra en jämförande studie. Det hade då varit intressant att se om det finns möjlighet att göra några generaliseringar. Studien hade också varit intressant att jämföra med en specialiserad operationsavdelning med inriktning på barn för att ta del av de anestesijuksköterskornas erfarenheter.

### **PRAKTISKA IMPLIKATIONER**

Nedan nämns några implikationer som kan vara till hjälp för anestesijuksköterskorna i mötet med akut sjuka barn och deras familjer. Dessa implikationer kan leda till ökad trygghet hos anestesijuksköterskan i sin yrkesroll.

- Avdelningen kan se till att tydliga riktlinjer finns för anestesijuksköterskans möte med akut sjuka barn och deras familjer.
- Diskussioner, reflektioner och att ta del av varandras erfarenheter på operationsavdelningen kan leda till ökad kunskap.
- Anestesijuksköterskornas behov av utveckling och utbildning skulle kunna tillgodoses genom föreläsningar, både externa och interna.
- Genom att låta anestesijuksköterskan auskultera och samarbeta med andra kliniker inom området samt få genomgå specifika akututbildningar om barn.

## SLUTSATS

Resultatet i denna studie visar att anestesijuksköterskorna på det sjukhus som ingår i studien, anser att det finns behov av utveckling inom området mötet med akut sjuka barn och deras familjer. Studien visar att trygghet, erfarenhet och kunskap är viktigt för anestesijuksköterskan och, att hon uttrycker en otrygghet och otillfredsställelse i den akuta situationen. Studien visar också att det finns ett behov av utarbetade riktlinjer för den akuta situationen. Andra studier betonar att det är viktigt såväl för patienten som för anestesijuksköterskornas välbefinnande att skapa förutsättningar för en perioperativ vårdprocess. Vilket innebär att det måste få ta tid och ges möjligheter till att lägga upp en perioperativ dialog. I dagens sjukvård som styrs av produktionskrav och resursbrist i olika former så kan det vara svårt att ge en optimal vård till dessa patienter och deras familjer. Förutsättningar för anestesijuksköterskan i det akuta preoperativa mötet med barn måste därför förbättras, vilket i sig skulle kunna leda till att hon känner sig tryggare i sin yrkesroll och därmed också mer optimalt skulle kunna bemöta det akut sjuka barnet som ska opereras. Detta skulle kunna leda till att lindra ett lidande och förbättra välbefinnande för både patient och anestesijuksköterska. Resultatet och diskussionen visar på tendenser som skapat frågor vilka skulle beforskas för att förbättringar ska kunna införlivas.

## REFERENSER

- Almås H, (2002). *Klinisk omvårdnad*. Stockholm, Liber.
- Bonner, A. (2007). Understanding the role of knowledge in the practice of expert nephrology nurses in Australia. *Nursing and health sciences*. 9(3), 161-167.
- Brewer, S. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, vol 21, No 1.
- Bricher, G. (1999) Pediatric nurses, children and the development of trust. *Journal of Clinical Nursing*; 8:451-458.
- Burns N. & Grove S. K. (2001) *The Practice of NURSING RESEARCH Conduct, Critique & Utilization*, 4<sup>th</sup> edn. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Dahlberg, K., Nyström, M., Segesten, K., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur
- Edwinson Månsson M.(1988). *Barn behöver veta*. Arlöv: LIC Förlag.
- Edwinson Månsson.(1992). *The value of informing children prior to investigations and procedures*.Lund.
- Enskär K, Edwinson Månsson M.(2000). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; .
- FN:s Barnkonvention. [www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=44](http://www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=44)  
Tillgänglig 2009-04-30
- Halldin M, Lindahl S.(2007). *Anestesi*. Liber: Stockholm.
- Hansagi, H & Allebeck, P.(1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Student litteratur: Lund.
- Hatava, P. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Pediatric Anaesthesia*; 10: 477-486
- Helsingforsdeklarationen (1964).
- Justus R, Wyles D. (2006). Preparing children and families for surgery. *Pediatric Nursing*;32: 35-42.

Karlsson, M & Sandén, I. (2007). En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda situationer i palliativ vård. *Vård i Norden*. Publ. No. 83, Vol. 27, No. 1, PP 50-55.

Knutsson, S. (2006). *Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning*. Sahlgrenska Akademin; Göteborgs Universitet.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård (2008).

Li & Lam. (2003). Pediatric day surgery: impact on Hong Kong Chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing* ; 12: 882-887.

Lindwall & von Post. (2005). Den perioperativa dialogen ur barn med särskilda behovs perspektiv. *Vård i Norden*; 2 : PUBL. No. 76 Vol.25 No 2 PP 48-52.

Lindwall, L & von Post, I. (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet*: Karlstad University Studies.

Lindwall, L & von Post I.(2008) Perioperativ vård- Den perioperativa processen. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm; Liber AB.

Polit, D, & Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rudolfsson, G. (2003). The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*: Vol11 No3: 77-83.

Smith, L & Callery, P. (2005). Children`s accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*; 14: 230-238

Socialstyrelsen. Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård m.m. (S97/6801/S). [www.sos.se/FULLTEXT/107/2001-107-13/2001-107-13.htm](http://www.sos.se/FULLTEXT/107/2001-107-13/2001-107-13.htm)

SOSFS: 1995:5 Allmänna råd från socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor.

Svenskförfattningssamling: 2004

Tveiten S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1



### **Till verksamhetschefen på anestesikliniken på Borås Lasarett.**

Vi är två anestesistudenter som i vår magisteruppsats vill ta reda på hur anestesijuksköterskorna hanterar mötet med barn som ska opereras akut. Vad styr deras handlande och val? Beror det på erfarenhet, kunskap eller annat t.ex. utbildning. Vi har studerat aktuell litteratur och forskning och där funnit mycket om det preoperativa mötet med barn som ska opereras elektivt men inte så mycket om den akuta situationen. För att få svar på våra frågor har vi valt att göra en enkätstudie som vi skulle vilja genomföra på Er klinik. Att intresset för detta ämne väckts beror på vår bakgrund som akutsjuksköterskor där vi i vårt arbete möter dessa barn.

Data kommer att samlas in genom att lämna ut enkäter till anestesijuksköterskorna på operationsavdelningen. Datainsamlingen beräknas pågå under 10 veckor from v 6 till v 15.

Genom hela studien kommer medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer att följas vilket bl.a. innebär att deltagande är frivilligt och att samtliga deltagare kommer att garanteras fullständig anonymitet, ingen kommer att kunna härleda hur enskilda anestesijuksköterskor svarat. Deltagaren kan avstå från deltagande eller när som helst avbryta sin medverkan i studien, utan att ange orsak.

För ytterligare information om t.ex. syfte, metod eller etiska ställningstaganden går det bra att höra av sig till oss personligen.

Vi söker med detta brev härmed tillstånd om att få göra nämnda studie på Centraloperation vid Södra Älvsborgs Sjukhus Borås. Tacksam för svar snarast.

Jag godkänner att vår klinik medverkar i studien.

Ort

Datum

Underskrift.....

Vid frågor eller synpunkter är ni välkomna att kontakta oss:

Pernilla Andersson  
Anestesistudent  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0708-590980  
[issa.an@hotmail.com](mailto:issa.an@hotmail.com)

Handledare  
Susanne Knutsson  
Lektor  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0702-067481  
[susanne.knutsson@hb.se](mailto:susanne.knutsson@hb.se)

Veronica Hansson  
Anestesistudent  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0709-201174  
[hansson173@hotmail.com](mailto:hansson173@hotmail.com)

## Bilaga 2



### Till Anestesisjuksköterskorna på anestesi kliniken på Borås Lasarett

Vi vill ta reda på **hur Ni anestesisjuksköterskor hanterar mötet med barn som ska opereras akut**. Vad styr Erat handlande och val? Beror det på erfarenhet, kunskap eller annat tex. utbildning? Vi har studerat aktuell litteratur och forskning och där funnit mycket om det preoperativa mötet med barn som ska opereras elektivt men inte så mycket om den akuta situationen. För att få svar på våra frågor har vi valt att göra en enkätstudie som vi skulle vilja genomföra på Er klinik med Er hjälp.

I denna studie definierar vi barn som 0-15 år. Akut har vi valt att definiera från symtom/skadedebut till dess barnet kommer till operationsavdelningen < 6 timmar.

Genom hela studien kommer medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer att följas vilket bl.a. innebär att deltagande är frivilligt och att samtliga deltagare kommer att garanteras fullständig anonymitet, ingen kommer att kunna härleda hur enskilda anestesisjuksköterskor svarat. Deltagaren kan avstå från deltagande eller när som helst avbryta sin medverkan i studien, utan att ange orsak.

För ytterligare information om t.ex. syfte, metod eller etiska ställningstaganden går det bra att höra av sig till oss personligen.

Vid frågor eller synpunkter är ni välkomna att kontakta oss:

Pernilla Andersson  
Anestesistudent  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0708-590980  
[issa.an@hotmail.com](mailto:issa.an@hotmail.com)

Handledare  
Susanne Knutsson  
Lektor  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0702-067481  
[susanne.knutsson@hb.se](mailto:susanne.knutsson@hb.se)

Veronica Hansson  
Anestesistudent  
Högskolan i Borås  
Telnr. 0709-201174  
[hansson173@hotmail.com](mailto:hansson173@hotmail.com)

### Bilaga 3



Mötet med akut sjuka barn

1 Kön

Man

Kvinna

2 Ålder: .....

3 Erfarenhet som narkossjuksköterska: ..... antal år

4 Förekommer det att du söver barn?

Ja

Nej

Om nej på ovanstående fråga TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

5 Hur ofta söver du barn?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Mera sällan

Aldrig

6 Förekommer det att du söver akuta barn?

Ja

Nej

7 Känner du dig trygg i din yrkesroll i mötet med akut sjuka barn?

Ja mycket

Ja ganska

Varken eller

Nej inte speciellt



Nej inte alls

8 Hur betydelsefullt är det att känna sig trygg med sin yrkesroll i den specifika akuta situationen?

Mycket viktigt  
Ganska viktigt  
Varken eller  
Inte särskilt  
Inte alls viktigt

9 Vad baserar du din trygghet och ditt handlande på i mötet med akut sjuka barn och deras familjer?(ok med fler svars alt.)

Erfarenhet  
Kunskap  
Utbildning  
Specifika riktlinjer  
Annat nämligen.....

10 Vad anser du är viktigast i mötet med akut sjuka barn och deras familjer?

Erfarenhet  
Kunskap  
Utbildning  
Specifika riktlinjer  
Annat  
nämligen.....

11 Finns det utarbetade riktlinjer beträffande hanteringen av barn i akuta situationer?

Ja  
Nej

12 Om det finns utarbetade riktlinjer, anser du att de är synliggjorda och används?

Ja  
Nej  
Kommentar.....  
.....

13 Anser du att det finns behov av utveckling inom området mötet med akuta barn och deras familjer?

Ja  
Nej

13 Om Ja, hur skulle du vilja utveckla detta område?

.....  
.....  
.....

14 Hur upprätthåller du som anestesisjuksköterska din kunskap inom området akut sjuka barn?

.....  
.....  
.....

Tack för din medverkan!!

Pernilla och Veronica