



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Information inför anestesi i samband med operation av barn, 2- 15 år, utifrån barnets perspektiv

En litteraturstudie

Författare: Alexandra Kennebjörk & Karolin Lilja

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Information inför anestesi i samband med operation av barn, 2-15 år utifrån barnets perspektiv

En litteraturstudie

Författare: Alexandra Kennebjörk & Karolin Lilja

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Både etiska och praktiska dilemman kan uppkomma när ett barn ska informeras inför anestesi. Syftet med denna studie var att belysa information inför anestesi i samband med operation av barn i åldrarna 2-15 år, utifrån barnets perspektiv. En litteraturöversikt genomfördes på tio vetenskapliga artiklar inom det aktuella området. Efter bearbetning av artiklarna framkom fyra teman, dessa var; hur informationen bör förmedlas, informationens påverkan på oro, ålderns påverkan och vilken information barn vill ha. I resultatet framkom att barn som blir informerade och involverade i sin vård får en bättre upplevelse av vården, samarbetar bättre och får en lägre nivå av oro. Resultatet som framkommit i studien skulle kunna appliceras på barn i olika vårdrelaterade situationer, inte enbart på barn som ska genomgå anestesi.

Nyckelord

Barn, anestesi, information, oro.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
INTRODUKTION	5
PROBLEMOMRÅDE.....	5
BAKGRUND	6
<i>Anestesi</i>	6
<i>Barn</i>	7
SYFTE.....	9
METOD	9
URVAL OCH DATAINSAMLING.....	9
DATA ANALYS.....	12
FORSKNINGSETISKA AVVÄGNINGAR.....	12
RESULTAT	12
HUR INFORMATIONEN BÖR FÖRMEGLAS.....	13
<i>Metoder att informera barn</i>	14
<i>Vårdpersonalens roll vid informering</i>	15
INFORMATIONENS PÅVERKAN PÅ ORO	15
<i>Anledningar till oro</i>	15
<i>Informationens positiva inverkan på oro</i>	17
ÅLDERNS PÅVERKAN	17
<i>Ålderns påverkan på oro och information</i>	17
<i>Ålderns påverkan på involverandet i vården</i>	18
VILKEN INFORMATION BARN VILL HA.....	19
<i>Vad barn vill veta</i>	19
<i>Vad barn inte vill veta</i>	20
DISKUSSION	20
DISKUSSION AV VALD METOD.....	20
DISKUSSION AV FRAMTAGET RESULTAT.....	22
<i>Hur informationen bör förmedlas</i>	23
<i>Informationens påverkan på oro</i>	24
<i>Ålderns påverkan och vilken information barn vill ha</i>	25
<i>Sjuksköterskans roll</i>	28
SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER.....	29
FÖRFATTARNAS ARBETSFÖRDELNING.....	29

REFERENSER	30
INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	2
INTRODUKTION	5
PROBLEMMOMRÅDE.....	5
BAKGRUND	6
<i>Anestesi.....</i>	6
<i>Barn</i>	7
SYFTE.....	9
METOD	9
URVAL OCH DATAINSAMLING	9
DATA ANALYS.....	12
FORSKNINGSETISKA AVVÄGNINGAR.....	12
RESULTAT	12
HUR INFORMATIONEN BÖR FÖRMEDELAS.....	13
<i>Metoder att informera barn.....</i>	14
<i>Vårdpersonalens roll vid informering</i>	15
INFORMATIONENS PÅVERKAN PÅ ORO	15
<i>Anledningar till oro.....</i>	15
<i>Informationens positiva inverkan på oro.....</i>	17
ÅLDERNS PÅVERKAN	17
<i>Ålderns påverkan på oro och information.....</i>	17
<i>Ålderns påverkan på involverandet i vården</i>	18
VILKEN INFORMATION BARN VILL HA.....	19
<i>Vad barn vill veta.....</i>	19
<i>Vad barn inte vill veta.....</i>	20
DISKUSSION.....	20
DISKUSSION AV VALD METOD	20
DISKUSSION AV FRAMTAGET RESULTAT.....	22
<i>Hur informationen bör förmedlas.....</i>	23
<i>Informationens påverkan på oro.....</i>	24
<i>Ålderns påverkan och vilken information barn vill ha.....</i>	25
<i>Sjuksköterskans roll.....</i>	28

SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER.....	29
FÖRFATTARNAS ARBETSFÖRDELNING.....	29
REFERENSER	30

Introduktion

Problemområde

Barn som ska genomgå någon form av medicinsk undersökning, kan i många fall associera detta med rädsla och smärta (Tamm, 2003). Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010) tar i sin studie upp etiska dilemman som kan uppstå när unga barn, i åldrarna 4-6 år, ska genomgå induktion av anestesi. Om en sjuksköterska upplever att ett barn inte skulle vara adekvat informerat och förberett inför sin anestesi kan han eller hon välja att avbryta induktionen. Det finns då en risk för att sjuksköterskan blir ifrågasatt av sin arbetsplats och sina kollegor. För sjukhusets vägnar så innebär varje inställd operation en ekonomisk förlust (a.a.). Det ställs höga krav på sjuksköterskans förmåga att självständigt bedöma om barnet bästa står i första rummet (Lundqvist, 2009; Shields, 2010). Den rådgivning som sjuksköterskan ger till barnet och dess anhöriga ska vara korrekt och adekvat. Samtidigt ska sjuksköterskan ha en god kommunikativ förmåga och ständigt ha de etiska ståndpunkterna i åtanke (a.a.). Runeson et al. (2010) menar att det finns krav på sjuksköterskan att dels ha patientsäkerheten i ständig åtanke men ändå arbeta effektivt och under stor arbetsbelastning.

Barnets bästa ska, enligt barnkonventionen, ligga till grund för vården av barnet (Hammarberg, 2006). Fokus kan flyttas från barnet för att lämna plats åt föräldrarna eller sjuksköterskans vilja (Runeson, Proczkowska-Björklund & Idvall, 2010). När ett barn vårdas är det viktigt att ha i åtanke att hela familjen påverkas (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). Att involvera föräldrarna blir essentiellt, både när information ska ges och i det beslutsfattande skedet rörande barnets vård, då det i föräldrabalken går att utläsa att "Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter..." (Föräldrabalk [FB] SFS 1949:381 6 kap. 11§). Trots vårdnadshavarens inflytande i barnets vård ska det hållas i åtanke att även barnet bör informeras (Broberg, 2009a). Detta understryks i FB (SFS 1949:381) som säger att "...Vårdnadshavaren skall därvid i takt med barnets

stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.” (FB, SFS 1949:381 6 kap. 11§).

Då det är flera aspekter som inverkar när information ska ges till barn anser författarna att det är av stor vikt att lyfta detta omvårdnadsproblem i denna studie.

Bakgrund

Anestesi

Definition

Bodelsson, Lundberg, Roth & Werner (2011) definierar anestesi som “Frånvaro av alla typer av sensationer inklusive smärta, känsla av temperatur, tryck eller kroppsläge” (s.9). De säger vidare att “Med generell anestesi menas bortfall av alla sensationer i hela kroppen kopplat till medvetslöshet” (s.10).

Rutiner och förberedelser vid anestesi inför operation

En noggrann bedömning av barnet måste göras vid det preoperativa besöket (Lerman, Coté & Steward, 2010). Det bör finnas utrymme för barnets och föräldrarnas egna frågor under den preoperativa bedömningen (a.a.). Vanligtvis får barnen och familjerna information angående tid för inläggning samt hur barnet kan äta och dricka innan operationen skickat via brev, mail eller muntligt av en läkare. Generell och specifik information rörande procedurerna runt operationen ges också. Familjerna kan även bli visade runt i operationssalen (Shields & Tanner, 2010). Då barn har en högre metabolism än vuxna är det inte fördelaktigt att låta barn fasta under en längre tid. Det finns då risk för att de drabbas av dehydrering med blodtrycksfall som följd (Lerman et al. 2010). Sjukhus och inrättningar har olika policy när det gäller huruvida föräldrar får närvara under induktionen av anestesi eller inte (a.a.). Två typer av administreringssätt vid induktionen av anestesi används för barn, den ena via en intravenös infart och den andra är via en inhalationsmask (Fanghol & Valla, 2013). Med en perifer venkateter finns risk för obehag relaterat till infarten. Medans anestesi

och lustgas som administreras via en inhalationsmask ofta kan leda till illamående postoperativt (a.a.). Hos de yngre barnen är det av stor vikt att vara uppmärksam på snabba förändringar i barnets andning i samband med anestesi. Barnets blodtrycksreglering är känsligt och ställer höga krav på en snabb hjärtfrekvens.(a.a.).

Barn

Definition

I FNs konvention för barnets rättigheter definieras barn som följande:

“I denna konvention avses med barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller barnet.” (Hammarberg, 2006 s. 34)

Utvecklingspsykologi

Barns ålder har naturligtvis betydelse för vilken information de kan förstå men också på vilket sätt informationen bör förmedlas. Barn i 2-3 års ålder har börjat utveckla språket och kan genom det uttrycka vissa åsikter (Broberg, 2009b). Barn i förskoleålder, 2-5 år, har ofta svårt att avgöra vad som är fantasi, dröm och verklighet. I den här åldern är lek en viktig del i barnets tillvaro och det har visats att barn genom lek kan bearbeta skrämmande saker de varit med om och även få bättre förståelse för sådant som tidigare varit oförståeligt (Hwang & Nilsson, 2011). Ungefär i 5 års ålder börjar barnet fundera över frågor kring liv och död (Broberg, 2009b). Barn i den här åldern kan också tro att döden är tillfällig och att sova, sövas och döden hör samman. Detta kan leda till sömnproblem och en rädsla för att somna eller sövas (a.a.). I de tidiga skolåren, 6-12 år, sker en stor kognitiv utveckling. Barnet har nu nya förutsättningar för att kunna reflektera, lösa problem och förstå logik. Leken får inte lika betydande roll och i övergången kan detta leda till att barnet får svårigheter att ge utlopp för tankar och känslor (Hwang & Nilsson, 2011). I tonåren utsätts barn för en stor förändring i och med att de genomgår puberteten. Barnet utvecklas till en vuxen människa inom loppet av några år och denna förändring kan för många kännas omvälvande. Under ungdomsåren fortsätter den kognitiva utvecklingen hos de unga vuxna då ett logiskt sätt att tänka växer fram och de lär sig också att resonera (a.a.).

Barns rättigheter

Sättet som barn blir informerade på och kraven som ställs på informatören framkommer i regeringens proposition om utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. Där förmedlas ett behov av lyhördhet och förmåga att lyssna och kunna leva sig in i barnets situation från den som informerar. Det är viktigt att informationen förmedlas på ett sätt så att barnet förstår (Regeringens Proposition 2006/07:129). I Socialtjänstlag [SoL] uppges att information som är kopplat till en åtgärd rörande barn ska vara relevant och barnets åsikter och inställning gällande frågan ska förhållas till barnets ålder och mognad (SFS 2001:453 11 kap. 10§). Redan i ett tidigt skede är det av stor relevans att barnet får ta del av informationen som ska förmedlas. Detta öppnar upp för kommunikation om barnets egen ställning i frågan. Barnets egen åsikt ska tas i beaktning vid bedömningsprocessen runt ett beslut rörande barnet (Regeringens proposition 2006/07:129).

Familjecentrerad vård med barnet i fokus

Synen på föräldrars närvaro när deras barn vårdas på sjukhus har varierat genom åren. I slutet av 1950-talet var föräldrarnas besökstid väldigt begränsad. På senare år har förändringar gjorts så att det nu är möjligt för föräldrar att vara med sina barn på sjukhus dygnet runt (Ygge, 2004). Föräldrar ses numera som en viktig tillgång i vården (Ygge, 2009). Familjecentrerad vård är ett begrepp som grundats under 1900-talets senare hälft och som introducerades till vården framför allt under 80- och 90-talet (Committee on Hospital Care, 2003). Några av de grundläggande principerna inom familjecentrerad vård är att varje barn och hans eller hennes familj ska bli respekterade samt att underlätta och stötta barnet och familjen i frågor rörande vården. Dessutom ska opartiskt och ärlig information delges kontinuerligt på ett sätt som, för dem, är användbart och bekräftande (a.a.).

Kompetensbeskrivning

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning gällande bemötande, information och undervisning poängterar vikten av att sjuksköterskan besitter kompetensen som krävs för att på ett öppet, hänsynsfullt och inkännande sätt kommunicera med patienter och deras närstående. Sjuksköterskan ska kunna identifiera barn och andra utsatta grupper som riskerar att missförstå information alternativt inte lyckas förmedla sitt unika informationsbehov. Sjuksköterskan ska stödja och hjälpa dessa grupper så att informationen når fram och patienten kan delta och involveras i sin vård (Socialstyrelsen, 2005).

Syfte

Denna litteraturstudie syftar till att belysa information inför anestesi i samband med operation av barn i åldrarna 2-15 år, utifrån barnets perspektiv.

Metod

En litteraturöversikt ligger till grund för resultatet i föreliggande arbete (Friberg, 2012). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskades för att få en inblick i den aktuella forskningen inom området. Ett kritiskt förhållningssätt antogs för att säkerställa att urvalet blev väl bearbetat men inte selektivt (Forsberg & Wengström, 2013) Arbetet har växt fram med en induktiv ansats grundat på det slutgiltiga urvalet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Urval och datainsamling

Insamlandet av artiklarna genomfördes metodiskt på ett fördefinierat område. Analysen och kvalitetsgranskningen av den valda litteraturen medförde att det valda forskningsproblemet blev översiktligt redogjort för (Friberg, 2012).

Litteratursökningen utfördes mellan 04-11-2013 och 15-11-2013. Databaserna CINAHL, MEDLINE/PubMed och PsycINFO användes (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Medline/Pubmed tillhandahåller framför allt medicinsk litteratur men även litteratur som rör omvårdnad. I databasen Cinahl går främst artiklar som rör

omvårdnad att hitta. Referenser till det psykiatriska området går att finna i databasen Psycinfo (a.a.). I databasen Medline/Pubmed användes sökorden child, parents, anxiety, anaesthesia, patient participation, nurse-patient relations, parents presence, information och preoperative preparation. Vissa av sökorden gjordes till MeSH termer för att begränsa antalet träffar på sökningarna. I databaserna Cinahl och Psycinfo användes sökorden child, anaesthesia och information som fritext. För att ytterligare anpassa resultatet av sökningen till studiens syfte användes begränsningar. En begränsning som gjordes var att endast artiklar som publicerats efter år 2000 inkluderades. I studiens syfte begränsas åldern på barnen till 2-15 år. Artiklar som undersökte barn utanför dessa åldrar exkluderades förutsatt att artiklarna inte hade specificerat ålderns påverkan. För att innebörden av artiklarna skulle kunna tillgodoses var ett inklusionskriterie att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Inga begränsningar beträffande land eller världsdel gjordes. Begränsningarna för respektive sökning presenteras i sökschemat (tabell 1).

Tabell 1

PubMed Sökord	Antal träffar	Granskning	Urval 1	Urval 2
“Child” [MeSH] AND “Parents” [MeSH] AND “Anxiety” [MeSH] AND Anaesthesia [Fritext], Begränsningar: 10 år, English och Humans	64	12	1	1
“Child” [MeSH] AND “Anaesthesia” [MeSH] AND Parents presence [Fritext] Begränsningar: 10 år, English och Humans	36	14	1	1
“Child” [MeSH] AND Anaesthesia [Fritext] AND Information [Fritext] AND Anxiety [Fritext] Begränsningar: English	51	19	4	3
“Child” [MeSH] AND “Nurse-Patient Relations” [MeSH] AND “Patient Participation” [MeSH] Begränsningar: 10år	22	4	1	1
“Child” [MeSH] AND Anxiety [Fritext] AND Preoperative Preparation [Fritext]	63	21	3	2

Begränsningar: English				
------------------------	--	--	--	--

Cinahl Sökord	Antal träffar	Granskning	Urval 1	Urval 2
Child [Fritext] AND Anaesthesia [Fritext] AND Information [Fritext]	26	6	2	1

PsykINFO Sökord	Antal träffar	Granskning	Urval 1	Urval 2
Child [Fritext] AND Anaesthesia [Fritext] AND Information [Fritext] Begränsningar: 2003-2013	43	11	1	1

Urvalet av artiklarna skedde i flera steg. Först kontrollerades rubrikerna på alla artiklar som framkommit vid varje sökning. Utifrån rubrikerna valdes artiklar ut som verkade vara av relevans för studiens syfte. Abstrakt kontrollerades på de artiklar vars rubrik stämde överens med syftet för denna studie och de artiklar som inte föll inom ramen för syftet sållades bort. Detta steg benämns som ”granskning” i sökschemat. Efter att de resterande artiklarna hade lästs i fulltext gick de artiklar som fortfarande ansågs falla inom ramen för syftet vidare till urval 1. De artiklar som inte gick att öppna som fulltext via Pubmed söktes upp via Google Scholar. I sista steget, urval 2, kvalitetsgranskades artiklarna utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani’s protokoll för bedömning av studier med kvalitativ eller kvantitativ metod (2011). Icke relevanta frågor valdes bort för att anpassa protokollet efter varje typ av studie. Varje fråga som besvarades med ett ja räknades mot det totala antalet frågor och därigenom genererades en procentsats. Artiklar med 85 % eller mer ansågs vara av kvalitetsgrad 1 och de artiklar som hade mellan 70- och 84 % tilldelades grad 2, de resterande artiklarna valdes bort. De artiklar som återstod efter det andra urvalet är de som ligger till grund för denna studie. Samtliga artiklar som valdes ut i andra urvalet presenteras i en matris som går att finna i bilaga 1.

Data analys

Efter en omfattande sökning av forskning inom problemområdet för denna studie analyserades det slutliga urvalet för att påvisa styrkor och brister i det nuvarande forskningsläget (Friberg, 2012). Alla artiklar som återstod efter urval 2 lästes, av författarna separat, flera gånger. Därefter sammanfattades innehållet i var och en av de tio artiklarna. De sammanfattade materialet bearbetas metodiskt och de båda författarna letade efter likheter och skillnader i artiklarna så som beskrivet i Friberg (2012). Med utgångspunkt från det materialet som utarbetats framkom fyra huvudteman som ligger till grund för resultatet i föreliggande studie.

Forskningsetiska avvägningar

I denna studie har etiska aspekter beaktats vid granskning, bearbetning och val av material (Forsberg & Wengström 2013). Helsingforsdeklarationen fastslår att all sjukvård som tillhandahålls ska agera i patientens bästa intresse (World Medical Association, 1964, § 3). I § 7 av Helsingforsdeklarationen framgår det tydligt att all forskning ska agera utifrån etiska normer som främjar och säkerställer respekt för alla människor samt skyddar deras hälsa och rättigheter (World Medical Association, 1964). Alla artiklar som ingår i detta arbete har blivit granskade av en etisk kommitté och/eller har ett tydligt etiskt resonemang. Då barnet bästa alltid ska vara i fokus (Hammarberg, 2006) anser författarna att etiska avvägningar är av extra stor vikt just i denna litteraturöversikt.

Resultat

Efter bearbetning av artiklarna framkom fyra teman som ligger till grund för arbetet. Dessa teman är; Hur informationen bör förmedlas, Informationens påverkan på oro, Ålderns påverkan och Vilken information barn vill ha.

Ett flertal studier poängterar att det är av stor vikt att informera och involvera barn i sin vård (Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens & Vacik, 2006; Coyne, 2006; Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000; William Li, Lopez, & Lee, 2007; Wollin et al., 2004).

Barnen som deltog i en kvalitativ studie gjord av Coyne (2006), där åldern uppgick till 15 år, menade på att information var ett sätt för dem att kunna förstå sin sjukdom, involveras i sin vård, förbereda sig för arbetsgången och fokusera på att bli bättre. I studien framkom en önskan från barnen att själva vara med och besluta, bli rådfrågade och involverade i sin vård och bli respekterade som individer med åsikter om deras behandlingar och alternativ (a.a.). Smith och Callery (2005) menar att det bör tas i beaktning att föräldrar kan ha förutfattade meningar om specifika aspekter av vården, att de kanske aldrig varit på ett sjukhus eller att det finns risk för att de blivit felaktigt informerade angående deras barns vård. Därför är det inte lämpligt att utgå ifrån att föräldrarna alltid kan representera barnens åsikter eller på bästa sätt informera barnet gällande barnets vård (a.a.).

Hur informationen bör förmedlas

Anpassad förberedelse för barn ökar barnets kapacitet att hantera känslomässigt påfrestande och stressfyllda situationer samt lindrar ångest och oro. Detta framkommer i Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens & Vaciks kvantitativa studie från 2006 där 200 barn i åldrarna 5 - 11 år undersöktes. När 9 barn i åldrarna 7- 11 år får svara på hur de vill ha sin information säger de i Smith & Callerys kvalitativa studie från 2005 att de ville ha den i en broschyr med bilder på hur det ser ut på sjukhuset. De sa också att det vore bra att få informationen hemskickad i förväg så att när de väl kommer till vårdenheten kan de ställa frågor som är mer individuella för dem och ta upp bekymmer som de funderat över. Det framkom även att några av barnen ville besöka sjukhuset i förväg (Smith & Callery, 2005). Coyne (2006) påpekar i sin studie att när barnen själva söker information gör det de genom att fråga sina föräldrar, fråga sjukvårdspersonal, observera och prata med andra barn i samma situation, låna böcker från biblioteket, jämföra med tv program och jämföra med sina egna tidigare erfarenheter. Vidare framkom det i Coynes studie, på 11 barn, att barnen, som var under 15 år, kände sig utanför och inte fick tillgång till den information som de ville

ha när doktorerna talade med svåra tekniska termer och ord som gjorde barnen förvirrade (a.a.).

Metoder att informera barn

Ett sätt att nå fram till barnen är terapeutisk lek. I en randomiserad kontrollstudie gjord på ett av de största sjukhusen i Hong Kong blev resultatet att barnen i testgruppen som fick terapeutisk lek upplevde lägre och stabilare orosnivåer, både pre- och postoperativt, än barnen i kontrollgruppen (William Li, Lopez, & Lee, 2007). Studien gjordes på 203 barn i åldrarna 7- 12 år. I resultatet framkom ett samband mellan terapeutisk lek och mindre negativa emotionella känslor hos barnen vid introduktionen av anestesi (a.a.). En ytterligare alternativ metod som testades i en randomiserad kontrollstudie från Österrike, på 400 barn mellan 2 och 10 år, var en barnbok (Felder-Puig et al., 2003). Det var en signifikant skillnad på de barn som blev förberedda med hjälp av denna barnbok där de som blev förberedda hade färre lättretliga, färre hjälplösa och färre oroliga barn samt fler barn med mildare temperament jämfört med kontrollgruppen. Det observerades också att mammorna i testgruppen var mer involverade i sitt barns vård (a.a.). Hatava, Olsson, & Lagerkranser gjorde 2000 en kvantitativ studie med kontrollgrupper i Sverige på 160 barn i åldrarna 2 till 10 år. I studien blev det tydligt att typen av information som testgruppen fick gav mer resultat i vad barnen och deras föräldrar faktiskt tog till sig och förstod. Testgruppen fick ta del av åtta extra moment i det preoperativa skedet. All vårdpersonal som involveras i barnets vård presenteras för barnet och föräldrarna och material och utrustning introduceras och beskrivs. Barnen får lov att bekanta sig och leka med materialet samtidigt som en sjuksköterska beskriver procedurer med hjälp av ett rollspel där en docka får vara patient och barnen får agera vårdpersonal. Bedövningssalva blev demonstrerad och operationssalen blev visad där barnen fick chans att provligga på operationsbristen. Skriven information om bedövningssalva, anestesi, operationen, den postoperativa omvårdnaden samt fasta skickades hem med familjerna. Resultatet blev att barnen och deras föräldrar fick en bättre upplevelse av vården och en större förståelse för procedurerna preoperativt. Barnen och deras föräldrar återgav att informationen de fick stämde överens med upplevelsen av anestesi (Hatava et al., 2000).

Vårdpersonalens roll vid informering

Coyne har i sin studie observerat att barnen i studien hade önskemål om att tala och småprata med sjuksköterskorna. Barnen, som var upp till 15år gamla, verkade angelägna om att lära känna sjuksköterskorna som personer snarare än som vårdpersonal med motivationen att de kvalitéterna som de uppskattade mest hos sjuksköterskorna var värme, snällhet och tillgänglighet (Coyne, 2006). Smith och Callery (2005) uppmärksammar i sin studie, på barn mellan 7 och 11 år, att inget av barnen som deltog faktiskt fick någon information direkt från sjukvårdspersonalen eller sjukhuset. Wollin et al. (2004) framhåller i sin kvalitativa studie att föräldrarna rapporterade att det mest effektiva sättet att minska barnens oro på var genom att vårdpersonal pratade med barnen. Studien utfördes i Australien på 120 barn i åldrarna 5-12 år (a.a.). Vidare såg Coyne (2006) i sin studie att när barnen blev ignorerade av vårdpersonalen kände de sig upprörda, arga och förminskade. Konsekvensen av att barnen inte konsulterades och involverades i sin vård blev att de kände sig bortglömda och depersonifierade och som ett livlöst objekt utan känslor. Coyne såg att vissa sjuksköterskor ibland väljer att inte involvera barnen för att de var rädda att barnen inte skulle vilja medverka i den planerade vården. Dock förekom också sjuksköterskor som försökte involvera barnen men där föräldrarna motsatte sig det (a.a.).

Informationens påverkan på oro

Anledningar till oro

William Li, Lopez och Lee (2007) har sett att induktionen av anestesi är det största och mest hotfulla orosmomentet i det preoperativa skedet för barnen i åldrarna 7-12 år. Wollin et al. (2004) menar att barnen i deras studie som var mellan 5 och 12 år kunde identifiera saker som gjorde dem oroliga, där några av dem angav anestesi som den primära anledningen till deras oro. Dock lyfter inte studien fram anestesi som det

mest förekommande orosmomentet hos barnen. Vidare säger Wollin et al. att ca 20% av föräldrarna i studien uppger att de aldrig sett sina barn så oroliga som de var vid induktionen av anestesi (a.a.). Hatava, Olsson och Lagerkranser (2000) kommer i sin studie på barn, i åldrarna 2 till 10 år, fram till vilka preoperativa moment, kopplat till anestesi, som enligt barnen upplevdes som värst. Barnen upplevde premedicineringen som allra värst, följt av införandet av den intravenösa nålen och minst jobbigt var induktionen av anestesi. I en annan studie undersöktes om premedicinering hade någon påverkan på barnets oro vid induktionen av anestesi (Messeri, Caprilli & Busoni, 2004). I studien deltog 39 barn i åldrarna 2-14 år. Resultatet visade på att barn som fick premedicinering inte var signifikant mycket lugnare än de som inte fick det. Messeri et al. drog därför slutsatsen att om föräldrarna är närvarande har premedicinering ingen effekt på barnens oro vid induktionen av anestesi. Däremot så 90 % av barnen, som fått premedicinering, att de kände sig lugnare tiden innan induktionen (a.a.). Det gick att se att tidigare erfarenheter ledde till mer rädsla inför premedicinering och induktion av anestesi (Hatava et al., 2000). Däremot så menar Wollin et al. (2004) att okunskap om sjukhusets rutiner, både hos barnen själva men även hos deras föräldrar, ökar barnens oro. Vidare säger de att barnen kan påverkas av andras dåliga erfarenheter av sjukvården och att andra på så sätt kan projicera sin oro på barnen (a.a.). Teorin från Wollin et al. (2004) stärks då Messeri, Caprilli och Busoni i sin kvantitativa studie från 2004 fann ett samband mellan oro hos föräldrarna och hur stressat barnet var vid tiden för induktion av anestesi. Zuwala och Barber (2001) undersökte i sin kvantitativa studie om en video som demonstrerar en induktion av ett barn kan minska föräldrarnas oro. Vidare undersöker de om föräldrarnas oro har någon inverkan på barnen. Ingen signifikant skillnad i oro hos de båda föräldragrupperna påvisas men Zuwala och Barber menar ändå att de något lägre orosnivåerna hos föräldrarna i testgruppen kan ha påverkat barnen i samma grupp positivt. Det framkom att en lugn förälder som närvarar vid induktionen kan resultera i en mer positiv utgång av barnens operation. Barnen, som var mellan 10 månader till 10 år, skiljde sig mycket åt i de olika grupperna gällande nivån av oro, speciellt postoperativt. Zuwala och Barber spekulerar om huruvida den minskade oron hos barnen i testgruppen kan vara ett resultat av att föräldrarnas oro var minskad. Därför vill Zuwala och Barber belysa vikten av att minska föräldrarnas oro (a.a.).

Informationens positiva inverkan på oro

När barn, upp till 15 år, fick information och blev konsulterade och involverade i sin vård kände de sig glada, lugna och behandlad som någon med rättigheter. De kände sig mer förberedda och hade mindre oro inför att genomgå sin operation eller behandling (Coyne, 2006). Barn, mellan 5 och 11 år, som blev förberedda inför sin operation, med både information, rundvandringar och andra förberedande åtgärder anpassade för barn fick mindre oro efter förberedelserna och efter operationen hade deras oro inte stigit utan snarare minskat. Barn som däremot inte fick denna förberedelse fick signifikant ökad oro efter sin operation (Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens, & Vacik, 2006). Även Hatava, Olsson & Lagerkranser's studie från 2000 visade på att barn som blir korrekt förberedda var mer tillfreds med de preoperativa procedurerna, framförallt induktionen av anestesi och upplevelsen i operationsrummet. William Li, Lopez och Lee (2007) undersöker i sin studie vilka effekter terapeutisk lek har på barn, 7-12 år, som ska genomgå anestesi. Studiens resultat tyder på att barn som får terapeutisk lek ser operationen som mindre skrämmande och att de får lägre och mer stabila orosnivåer (a.a.). I en kvantitativ studie gjord i USA av Fortier et al. (2009) framkom att barn, i åldrarna 7-17 år, som har höga värden på situationsrelaterad oro hade ett större behov av information. Utifrån det spekulerade Fortier et al. om barnens sökande förhållning till information berodde på att barnen upplevde att den skulle kunna hjälpa dem med att lätta deras oro (a.a.).

Alderns påverkan

Alderns påverkan på oro och information

I Italien gjordes en studie 2004 som menar att åldern på barnet speglar vilken nivå av oro barnet kommer att uppleva (Messerli, Caprilli, & Busoni, 2004). Trots att resultatet för detta inte var signifikant sågs ett samband mellan ålder och oro. Barn i förskoleålder, 1- 4 år, visades ha högre nivåer av oro och stress både preoperativt men också vid induktionen av anestesi. Studien kommer fram till att en trolig förklaring kan vara att yngre barn inte har kommit lika långt i sin kognitiva utveckling (a.a.).

Barn i den äldre åldersgruppen, vilken innefattar barn 9- 15 år, som har bättre verbala förmågor och en större kognitiv mognad än de allra yngsta barnen har ett aktivt informationssökande beteende för att hantera deras sjukhusvistelse (Coyne, 2006). Fortier et al. gjorde en studie 2009 på barn i åldrarna 7-17 år men fann inget samband mellan barnens ålder, kön eller temperament och önskan om information. Den skillnaden som gick att utläsa från studien i relation till åldrarna på barnen var att de barn som var mellan 7-11 år hade fler önskemål om information rörande just miljön. Men den totala informationsviljan var densamma även jämfört med de äldre barnen (Fortier et al., 2009).

I Hatava, Olsson, & Lagerkransers studie från 2000 jämförs undergrupperna äldre, 5-10 år, och yngre, 2 år upp till 5 år, barn samt barn med och utan tidigare erfarenheter av anestesi. Övergripande gick det att se att de äldre barnen var mindre rädda för de förberedelserna som föreligger anestesin och induktionen av anestesi. Samtidigt var det de yngre barnen som hade mer hjälp av studiens anpassade information (a.a.). Utav alla undergrupper angående ålder och tidigare erfarenheter av anestesi var det de yngre barnen med tidigare erfarenheter av anestesi som hade den största förekomsten av obehag relaterat till induktionen av anestesi. De var även den gruppen som hade mest nytta av de systematiska förberedelserna som testades i studien. Barnen fick minskade orosnivåer och ökad följsamhet för vårdens samtliga element. Nöjdheten hos barnens föräldrar samt samarbetsviljan och förmåga att ta till sig information ökade när dessa fördelaktiga omständigheter fanns till handa (a.a.). Studien visade också att upplevelserna som barnen hade gällande premedicineringen och anestesin påverkades mer av barnens ålder och tidigare erfarenheter än av de förberedelser som det erbjudits i studien (Hatava, et al., 2000).

Ålderns påverkan på involverandet i vården

Coyne (2006) frågade i sin studie sjuksköterskor om barns involverande i sin vård varpå några av sjuksköterskorna i studien föreslog att så länge barnet i frågan har nått en viss kognitiv mognad och förmåga att förstå motiven bakom vården kan barnen delta och involveras i hur vården för det barnet ska se ut. Andra menade på att endast de som förstod sin vård och behandling kunde involveras i beslutsprocessen. Vissa

barn kan behöva hjälp vid beslut relaterat till svårigheterna och komplexiteten av deras sjukdom (a.a.). Sjuksköterskorna liksom barnens föräldrar tyckte att man ska passa sig för att göra generaliseringar i barns förmåga att involveras. Vissa föräldrar menade att deras barn var tillräckligt kompetenta för att kunna förstå och aktivt delta i sin egen vård. Föräldrarna sa även att barnens nivå av kompetens inte alltid reflekterade barnets faktiska ålder och att det därför inte alltid går att motivera ålder som ett kriterium för när barn ska involveras i den beslutsfattande processen (a.a.).

Vilken information barn vill ha

Vad barn vill veta

Smith och Callery (2005) menar att barn i åldrarna 7 till 11 år kan identifiera sina informationsbehov samt att de kan bidra till utvecklingen av vilken information som ska ges vid hospitalisering av barn. Fortier et al. (2009) undersökte i sin studie vad barn angav att de ville veta preoperativt. Barnen, som var mellan 7 och 17 år, fick gradera förbestämda frågor utifrån vilka de helst ville veta svaret på och vilka frågor som för dem var mindre viktiga. De frågor som barnen helst ville ha svaret på var; Hur lång tid efter operationen kommer jag ha ont? Kommer jag känna någon smärta? Om det kommer göra ont, hur ont kommer det då att göra? Kommer operationen göra ont samt kommer jag bli bra? (a.a.). I Smith och Callery's studie från 2005 fick barnen förmedla vad de ville veta angående deras sjukhusvistelse. Barnen ställde bland annat frågor om hur de skulle få information, hur proceduren skulle gå till, hur anestesi skulle gå till och hur länge de skulle sova. De ställde också frågor angående sjukhusmiljön, om föräldrarna skulle vara där när de vaknade samt om operationen kommer göra ont (a.a.). Resultatet från Smith och Callery's (2005) studie bekräftas till viss del i studien av Fortier et al. (2004), där majoriteten av barnen i studien ville ha omfattande information rörande anestesi, preoperativa förberedelser, potentiella komplikationer och smärta. Studien visade inte på att barnen som hade tidigare erfarenhet av operationer hade ett mindre behov av information. Fortier et al. drog slutsatsen att det kan tyda på att barnen inte fått adekvat information vid den tidigare operationen (a.a.).

Vad barn inte vill veta

I studien av Wollin et al. (2004) framkommer att lite mindre än hälften av barnen, i åldrarna 5-12 år, som deltog kunde förmedla vilka delar av sjukhusvistelsen som gjorde dem nervösa. Wollin et al. menar dock att det inte behöver innebära att de resterande barnen inte har någon oro, utan bara att barnen inte klarar av eller inte vill förmedla källan till oro (a.a.). Fortier et al. undersökte också barnens informationsbehov relaterat till oro. Då framkom det att barn med en hög nivå av oro ville ha mer information än de som var mindre oroliga. De barn som upplevde mer oro ville framför allt ha information om smärta. Slutligen poängterar Fortier et al. (2009) att trots att en oerhört stor majoritet av barnen hade höga krav och en stor vilja att få information så förekommer även barn som inte vill bli informerade. I studien framkom vissa frågor som barnen, 7-17 år, angav att det inte ville veta svaret på. Dessa fem frågor var; Kommer jag att få en nål? Vad ska de göra? Kommer jag behöva komma tillbaka? Vad ska de göra med mig? Hur kommer snittet vara? Vid en sådan situation måste självklart informationen anpassas till dessa barn (a.a.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att undersöka och sammanfatta kunskapen inom ett visst område kan en litteraturöversikt göras. En litteraturöversikt kan syfta till att bilda problemformuleringar och grundlägga bakgrunden inför framtida studier (Friberg, 2012). Därför beslutades att en litteraturöversikt var bäst lämpad för att besvara syftet för denna studie.

Då författarna valde att ha en induktiv ansats söktes artiklar inom ett brett spektrum (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Teman bildades utifrån det sammanställda resultatet från artiklarna. Inför litteraturstudien upptäcktes att det fanns begränsat utbud av studier som utgick från barnets perspektiv. Ifall artiklarna hade sökts utifrån

redan förbestämda teman hade detta kunnat avgränsa studiens resultat. Därför anser författarna att en induktiv ansats bör ses som en styrka.

Sökorden child, information och anaesthesia framkom tidigt i litteratursökningen. Antalet träffar efter sökningen utifrån dessa tre sökord blev för omfattande, varpå de kompletterades med ytterligare sökord. För att vidare anpassa och begränsa antalet träffar gjordes vissa av orden om till MeSH termer. Många av sökningarna som gjordes fick inledningsvis ett allt för stort antal träffar. Därför valdes att använda vissa specifika MeSH termer så som preoperativ preparation, nurse-patient relations och patient participation. Författarna valde att göra en litteraturöversikt av artiklar som är publicerade efter år 2000. Detta för att göra en sammanfattning av den senaste framkomna kunskapen inom området. Sökningarna begränsades också till artiklar skrivna på svenska eller engelska. Det är inte säkert att sökorden har varit de bästa möjliga för det syfte som studien haft och därför kan en del optimala artiklar ha missats vid litteratursökningen. Utöver de sökningar som resulterade i relevanta artiklar utfördes en mängd sökningar där artiklar som hittades inte hade någon relevans för studiens syfte och därmed inte gick vidare till urval 2. Då sökschemat hade blivit så omfattande om dessa inkluderats i sökschemat valde författarna att inte presentera de sökningar som inte resulterade i någon artikel som gick vidare till urval 2.

Urvalet gjordes utan några begränsningar gällde länder för att hålla litteraturstudien så allmängiltig som möjligt. Beträffande ålder söktes artiklar för alla åldrar och begränsningen gjordes först i urval 1. Ett problem uppstod eftersom olika författare har satt olika gränser för vilka åldrar som ingår i vilken gruppering av åldrar. Exempelvis har Messeri, Caprilli & Busoni, 2004 valt att inkludera barn 2-14 år medan Felder-Puig et al., valde ett åldersspann på 2-10 år. En tänkbar anledning till varför artiklarna har haft olika åldersindelningar kan vara att författarna till artiklarna har utgått från olika utvecklingsteorier. Den utvecklingsteori som används i denna studie valdes för att i största möjliga mån kunna tillämpas på det varierande åldersspannet i artiklarna. De artiklar som hade ett åldersspann som sträckte sig utanför begränsningen som denna studies syfte har och som visade på att åldern hade en inverkan på resultatet i artikeln har exkluderats. Om åldern sträcker sig utanför begränsningen men det i artikeln däremot inte pångteras att åldern på barnen har

påverkat resultatet antog författarna att åldern inte haft någon betydelse och att artiklarna därmed kan användas även till studiens specifika syfte. Tyvärr har ingen nedre åldersgräns angivits i studien gjord av Coyne (2006) men det nämns att det ingår barn som är yngre än nio år i studien.

När sökningarna gjordes lästes initialt bara rubrikerna på artiklarna som matchade sökningen, därför kan artiklar som egentligen matchade syftet till studien valts bort för att titlarna inte var nog talande för innehållet. Det finns även en risk för att abstrakt har misstolkats och därför kan artiklar ha sållats bort i ett tidigt skede. Detta har i största möjliga mån försökt undvikas men bör ändå ses som ett observandum. För att studiens resultat inte skulle vara vinklat valdes inga artiklar med avvikande resultat bort. Delar av resultatet i vissa artiklar har däremot inte varit av relevans för syftet och har av den anledningen inte presenterats i resultatet. Detta har dock inte inneburit att artiklarnas betydelse har gått förlorad eller att dess resultat har tagits ur sitt sammanhang. Då alla artiklar som ingått i studien har varit skrivna på engelska finns en risk för bias vid översättningen.

Vid granskning av artiklarna användes Willman, Stoltz och Bahtsevani's protokoll för bedömning av studier med kvalitativ eller kvantitativ metod (2011). När granskningen av artiklarna gjordes bedömdes varje fråga om kvalitén lika. Detta innebar att det var den totala summan av jakande frågor som bedömde artiklarna trots att vissa frågor egentligen hade kunnat väga tyngre då de var mer talande för kvalitén. Bedömningen av artiklarna utgick från riktlinjerna som Willman et al. tagit fram men i slutändan var det ändå författarnas egna kunskaper om kvalitetsgranskningen som låg till grund för bedömningen. Eftersom Willmans et al. riktlinjer inte tydliggör vad som krävs för exempelvis ett representativt urval blev författarna tvungna att göra den bedömningen själva. Brister i författarnas kunskaper kan ha lett till en eventuell felbedömning av artiklarnas kvalitet.

Diskussion av framtaget resultat

Genom att sammanställa resultaten från de olika artiklarna framkom fyra teman. Dessa teman var; Hur information ska förmedlas; Informationens påverkan på oro;

Ålderns påverkan; Vilken information barn vill ha. De valdes för att på bästa möjliga sätt besvara studiens syfte.

Hur informationen bör förmedlas

Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens & Vaciks (2006) visar på att barnets kapacitet att hantera situationer som är känslomässigt stressfyllda och påfrestande gynnas av att barnet får anpassade förberedelser. Studien visar också på att barnens ångest och oro lindrades då de blev adekvat förberedda (a.a.). Fung & Cohen, (2001) har kommit fram till att direkt kommunikation och information är något som värdesätts högt hos patienter som genomgår anestesi. Därför anser författarna till föreliggande studie att det är av stor vikt att belysa ämnet och att vårdpersonal får en fördjupad kunskap inom området.

Ett flertal studier har undersökt vilket sätt att informera barn som är det mest fördelaktiga (Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens, & Vacik, 2006; Felder-Puig et al., 2003; Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000; Smith & Callery, 2005; William Li, Lopez, & Lee, 2007). I tre av studierna har kontrollgrupper använts för att kunna se ett resultat på det valda informationssättet. I studierna har ett positivt resultat gått att utläsa på de testgrupper som fått någon slags anpassad information, istället för enbart de normala procedurerna (Felder-Puig et al., 2003; Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000; William Li, Lopez och Lee, 2007). En fråga som uppkom hos författarna till denna litteraturstudie var om de sjukhus som studierna utförts på har ändrat de normala procedurerna efter att det framkommit att de anpassade informationssätten gett bättre resultat.

I studien gjord av Coyne (2006) framkom att föräldrar ibland kan motsätta sig att barnen involveras i sin egen vård. När barnen inte involverades i vården så kände de sig upprörda och förminskade (a.a.). Detta kan sättas i relation till att det enligt föräldrabalken (SFS 1949:381 6 kap. 11§) är föräldrarna som har både en rättighet men också en skyldighet att bestämma över barnet. Ett flertal studier menar på att det blir en bättre utgång av vården om barnen involveras och informeras kring sin vård

(Wollin et al., 2004; Brewer, Gleditsch, Syblik, Tietjens & Vaciks, 2006; William Li, Lopez, & Lee, 2007; Felder-Puig et al., 2003; Hatava, Olsson & Lagerkranser, 2000; Coyne, 2006). Trots att majoriteten av artiklarna som använts i denna studie menar på att det finns en vinst i att involvera barnen i sin vård så är det i slutändan föräldrarna som bestämmer om barnen ska involveras. Därför kvarstår det etiska problemet när barn ska informeras.

Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010) belyser potentiella bekymmer som föreligger när administrering av anestesi sker på ett barn som redan sover. En risk vid en sådan situation är att barnet kan ha blivit berövad på en möjlighet att få vara delaktig i sin vård. Barnen kan också ha gått miste om ett tillfälle att ta till sig viktigt information samt möjligheten att utvecklas på ett personligt plan (a.a.).

Ytterligare ett dilemma uppstår när ett barn tvingas genomgå en induktion av anestesi, mot sin vilja. Det kan innebära en traumatisk situation för barnet som kan få både kort- och långvariga konsekvenser (a.a.). Även barnets mående och förtroende för vården riskerar att påverkas negativt. Vid en situation där induktionen skjuts upp föreligger en risk att barnet inte heller vid nästa tillfälle vill delta eller samarbeta i vården (a.a.).

Informationens påverkan på oro

Wollin et al (2004) säger i deras studie att några barn angav anestesi som ett orosmoment men att det inte var det mest förekommande orosmomentet för barnen i studien. William Li, Lopez och Lee (2007) säger att anestesi är ett av de största orosmomenten. Frågan som kan ställas är om det är själva anestesin som är grunden till oron eller om det som ska hända under själva anestesin kanske snarare kan vara den bakomliggande orsaken till barnens oro. Frågor som kommer det göra ont går ju att tolka på flera olika sätt. Om barnen är rädda att anestesin inte fungerar och de är rädda för smärtor under själva operationen är ju ett sätt att tolka det på. Hatava Olsson och Lagerkranser (2000) säger i sin studie att barnen med tidigare erfarenheter var rädda men Wollin et al (2004) säger att okunskap leder till ökad oro. Dessa behöver nödvändigtvis inte tala emot varandra utan kan vara två skilda sidor av samma mynt. Dels kan de barn som varit med om liknande upplevelser tidigare vara rädda för de

känslor som de kände då och dels kan barn som inget vet vara rädda för det okända. Dessutom säger Fortier et al (2009) i deras studie att barn som har tidigare erfarenheter av sjukvården inte har en mindre behov av information. Detta stärks av narkoswebben framtagen på Karolinska universitetssjukhuset som menar på att barns tidigare erfarenheter av sjukvården kan medföra ökad oro inför sin anestesi. De trycker på vikten att inte försumma den information som ges till barn med tidigare erfarenheter (Karolinska Universitetssjukhuset u.å.).

Det kan vara bra att ha i åtanke att det även kan finnas andra bakomliggande orsaker till barns oro förutom den oron som är kopplat till anestesen eller operationen. Barnen kan kanske oroa sig för att hamna efter i skolan eller vem som ska mata deras hund under tiden de befinner sig på sjukhuset. Att informera om anestesi hjälper antagligen inte om barnet i själva verket är orolig för något som pågår i barnets liv utanför sjukhusets väggar.

Messeri, Caprilli och Busoni (2004) undersöker hur föräldrars närvaro vid induktion av anestesi påverkar barnens oro. Resultatet visade på en signifikant skillnad rörande barnens oro beroende på om det var mamman eller pappan som var med vid induktionen. Barn som ackompanjerades av sin pappa visades ha betydligt högre nivåer av oro än de barn som hade sällskap av sin mamma. Detta trots att mammorna var mer emotionellt engagerade än papporna då mammornas nivåer av stress var högre. Det framkom dock att föräldrar som har en hög situationsrelaterad stress och hög grundoro överförde sin oro på barnen (a.a.).

Ålderns påverkan och vilken information barn vill ha

När ett barn ska informeras är det inte bara av vikt att veta på vilket sätt detta ska göras på utan också vilken sorts information som barnen eftersöker. I en studie av Smith och Callery (2005) framkom att barn i åldrarna 7-11 år kan identifiera sina informationsbehov och att de därmed kan bidra till utvecklingen av vilken sorts information som bör vara standard när ett barn ska genomgå anestesi.

Barn mellan 2-5 år har högre nivåer av stress och oro samt ett större obehag relaterat till anestesi än äldre barn (Messeri, Caprilli, & Busoni, 2004; Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000). Barnen i denna åldersgrupp svarar bra på anpassade förberedelser och är den gruppen som får mest nytta av det (Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000). Kan det vara så som Messeri et al., 2004 föreslår att dessa barn inte har kommit så långt i sin kognitiva utveckling. Då blir resonemanget från sjuksköterskorna i Coynes studie från 2006 intressant där sjuksköterskorna menar att en viss kognitiv utveckling krävs för att förstå motiven bakom vården och att det behövs för att involverandet av barnet ska vara möjligt och fördelaktigt.

Wollin et al. (2004) säger i sin artikel att mindre än hälften av barnen, i åldrarna 5-12 år, som deltog i deras studie kunde identifiera vilka delar av sjukhusvistelsen som låg till grund för deras oro. Wollin et al. menar att det inte behöver innebära att de resterande barnen inte har någon oro, utan bara att de inte klarar av eller inte vill förmedla källan till oro (a.a.). Författarna till denna litteraturstudie spekulerade kring huruvida åldern på barnen kan ha spelat en roll för resultatet i Wollin's et al. studie. Barn i 6-12 års ålder genomgår en betydande kognitiv utveckling (Hwang & Nilsson, 2011). I de tidiga skolåren får barnen nya förutsättningar för att kunna förstå logik och reflektera. I denna ålder har leken inte en lika betydande roll för att kunna förstå och hantera tankar och känslor. Detta kan leda till att barnet i övergången har svårare att ge utlopp för känslor och tankar (a.a.). Den faktiska åldern på barnet och den kompetensnivå som barnet uppnår behöver inte alltid stämma överens. Detta menar föräldrarna som ingick i Coynes studie från 2006. Föräldrarna framhåller därför att det inte går att använda enbart barnets ålder som ett kriterium när det ska beslutas om barnet ska involveras i sin vård (a.a.).

I Hatava, Olsson & Lagerkransers artikel från år 2000 framkommer att det moment, kopplat till anestesi, som barnen upplevde som allra värst var premedicineringen. Resultatet av Hatava, Olsson & Lagerkransers studie gjord 2000 medförde att intramuskulär och subkutan administrering av premedicinering för barn slutade att användas på det sjukhuset (a.a.).

I en annan studie undersöktes om premedicinering hade någon påverkan på barnets oro vid induktionen av anestesi (Messeri, Caprilli & Busoni, 2004). Anestesiologen bedömde barnens nivå av oro vid induktionen. Resultatet visade på att barn som fick

premedicinering inte var signifikant mycket lugnare än de som inte fick det. Messeri, Caprilli och Busoni drog därför slutsatsen att om föräldrarna är närvarande har premedicinering ingen effekt på barnens oro vid induktionen av anestesi. Däremot sa 90 % av barnen, som fått premedicinering, att de kände sig lugnare tiden innan induktionen (a.a.). Med ovanstående studiers resultat som grund har författarna till denna litteraturstudie reflekterat över premedicineringens ändamålsenlighet. Frågan som uppkom var om premedicineringen egentligen gav någon positiv effekt gällande barns oro vid induktionen av anestesi eller om det går att motivera med ett argument om kostnadseffektivitet. Denna litteraturöversikt har inte syftat till att svara på den frågan och litteratur har inte heller sökts inom just det området. Därför är materialet, som författarnas reflektion grundar sig på, begränsat. Däremot kan det vara av intresse att genomföra närmare studier inom ämnet.

Sjukvården och dess ledning har krav på sig att utöva en kostnadseffektiv vård med fokus på patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2006). Inställda och uppskjutna operationer innebär stora kostnader för vården och varje enskilt sjukhus (Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall 2010). Sjukvårdspersonalen kan hamna i en knivig situation där de drar sig för att skapa förseningar för att undvika reaktioner från sina medarbetare (a.a.). Något som i sin tur kan ge negativa följder på patientsäkerheten. Författarna till denna litteraturstudie spekulerade kring om en ökad följsamhet hos barnen skulle kunna medföra en minskning av inställda operationer och andra förseningar. Barnen som deltog i Coynes studie från 2006 menade på att information var ett sätt för dem att förbereda sig inför sin vård. De sa också att när de inte undrade så mycket så kunde fokus istället flyttas till att bli frisk (a.a.). Kostnadseffektiva metoder att informera så som en barnbok (Felder-Puig et al., 2001) eller en videofilm (Zuwala & Barber, 2001) blir en kombination av att både ge anpassad information och dessutom göra det på ett kostnadseffektivt sätt.

Felder-Puig et al. (2002) undersökte i sin studie om mammornas egna oro påverkade hur de bedömt barnets obehag där det inte framkom något signifikant samband. Då Felder-Puig et al. (2002) har tagit denna eventuella felkälla i beaktning anser författarna till denna litteraturöversikt att det gör artikelns resultat mer pålitligt.

En del artiklar saknar helt beskrivning av vad normala procedurer innefattar, medan

andra har allt från vaga till utförliga beskrivningar. Artiklarna är gjorda på spridda platser i världen under ett tidsspänn på tretton år. Detta har resulterat i att det som artiklarna refererat till som normala proceduren inför anestesi av barn har varit olika. Det går att se ett samband i artiklarna att det som innefattas i standarden har utvecklats under åren.

Sjuksköterskans roll

I Coynes studie från 2006 framkommer att vissa sjuksköterskor väljer att inte informerar barnet på grund av att de är rädda för att barnet inte ska vilja samarbeta. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning har sjuksköterskan ett ansvar att informera patienter och se till att de involveras i sin vård (Socialstyrelsen, 2005).

Föräldrarna som deltog i Wollins et al. studie från 2004 återgav att det som främst hjälpte barnen att lindra sin oro var att tala med sjukvårdspersonalen. Samtidigt framgår det i Smith och Callerys studie från 2005 att barnen som deltog studien inte fick någon information direkt från sjukvårdspersonalen eller sjukhuset. När barn blir uteslutna och inte får möjlighet att delta och involveras känner de sig förminskade, bortglömda och upprörda (Coyne, 2006). Författarna till litteraturstudien har uppmärksammat att det finns en vilja hos barnen i artiklarna att få prata med sjukvårdspersonalen. Samtidigt öppnar en sådan relation upp för möjligheten att öka barnens upplevelse av en god vård. Det kvarstår ett potentiellt bekymmer ifall det föreligger en avsaknad av kontakt med sjukvårdspersonalen.

I artiklarna framgår det sällan vem det är som delger barnen information inför anestesi. Eftersom det inte framgår så är det svårt att avgöra om det har någon betydelse för hur barnen tar till sig informationen eller hur det påverkar dem. Ur barnets perspektiv kanske det inte är viktigt vem det är som ger informationen utan snarare att den som gör det bör ha en bra relation till barnet. Ur ett sjuksköterskeperspektiv anser författarna att detta hade varit en intressant aspekt att fundera kring och en potentiell möjlighet att utveckla och förbättra vården för barnet.

Slutsats och kliniska implikationer

När barn informeras och involveras i sin vård ökar barnens känsla av att bli respekterade som individer. Resultatet i denna studie tyder på att ett välinformerat barn har minskade orosnivåer, känner sig gladare och lugnare samt uppvisar mindre negativa känslor i samband med anestesi och operation. Barn som involveras och informeras har bättre förutsättningar att samarbeta med vårdpersonalen och ta del i sin vård. Tidigare erfarenheter av vården har inte inneburit att barnen har haft ett mindre behov av information eller lägre orosnivåer. De barn som har det mest informationssökande beteendet är de barn som uppvisar mest oro. Studien har påvisat att föräldrarnas oro påverkar barnens nivå av oro varpå det är essentiellt att föräldrarna också involveras i barnens vård.

Studien har inte bara berört varför det är viktigt att barn informeras utan också hur det ska göras och vad barn faktiskt vill veta. Även om denna studie har riktat in sig på barn och anestesi så anser författarna att mycket av studiens resultat går att applicera på många barn även i andra vårdrelaterade situationer, både vad gäller informationens påverkan på oro och vikten av att barnen blir involverade i sin vård.

Författarnas arbetsfördelning

Det första urvalet vid artikelsökningen utfördes individuellt av författarna. Därefter granskades artiklarna tillsammans av båda författarna varpå icke relevant artiklar valdes bort. Bearbetningen av artiklarna gjordes enskilt men en öppen dialog hölls för att minska risken för att essentiella aspekter missas eller feltolkas. Resterande delar av arbetet genomfördes gemensamt. En god kommunikation och ett gott samarbete mellan författarna har underlättat för uppkomsten av föreliggande arbete.

Referenser

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bodelsson, M., (red.), Lundberg, D., Roth B. & Werner, M. (2011). *Anestesiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric anxiety: Child life intervention in day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 13-22. doi:10.1016/j.pedn.2005.06.004
- Broberg, M. (2009a). Barnet i sjukvården: Kommunikation med barn och föräldrar. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.) *Pediatrisk omvårdnad* (s.93-133). Stockholm: Liber
- Broberg, M. (2009b). Barnets utveckling och hälsa: Utvecklingspsykologiska teorier. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.) *Pediatrisk omvårdnad* (s.42-91). Stockholm: Liber
- Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 691-697.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: Children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 61-71. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x
- Edwinsson Månsson, M. & Enskär, K. (2008). Barn och familjer på sjukhus. I M. Edwinsson Månsson & K. Enskär (Red.) *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad* (s.31-37) Lund: Studentlitteratur
- Fanghol, R. & Valla, A. (2013). Barn. I I.L. Hovind, (Red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. (s.361-382) (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Felder-Puig, R., Maksys, A., Noestlinger, C., Gadner, H., Stark, H., Pfluegler, A., & Topf, R. (2003). Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: Results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67(1), 35-41.
- Fortier, M. A., Chorney, J. M., Rony, R. Y., Perret-Karimi, D., Rinehart, J. B., Camilon, F. S., & Kain, Z. N. (2009). Children's desire for perioperative information. *Anesthesia and Analgesia*, 109(4), 1085-1090. doi:10.1213/ane.0b013e3181b1dd48; 10.1213/ane.0b013e3181b1dd48

Friberg, F. (2012) Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144) (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur

Fung, D. & Cohen, M. (2001). What do outpatients value most in their anesthesia care? *Canadian Journal Of Anaesthesia*, 43(1), 12-19

Hammarberg, T. (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet

Hatava, P., Olsson, G. L., & Lagerkranser, M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: A comparison of two methods. *Paediatric Anaesthesia*, 10(5), 477-486.

Hwang, P. & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur

Karolinska Universitetssjukhuset u.å Hämtad från www.narkoswebben.se

Lerman, J., Coté, C.J. & Steward, D.J. (2010). *Manual of pediatric anesthesia: with an index of pediatric syndromes*. Philadelphia: Churchill livingstone elsevier

Lundqvist, A. (2009). Sjuksköterskans profession. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.) *Pediatrisk omvårdnad* (s.101-105). Stockholm: Liber

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

Regeringens proposition 2006/07:129. *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården*
m.m. Stockholm: Regeringen

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 : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 14(4), 345-354.
doi:10.1177/1367493510379610; 10.1177/1367493510379610

Smith, L., & Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs.

Journal of Clinical Nursing, 14(2), 230-238. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01029.x

Socialstyrelsen, (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*
Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, (2006) *God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* Stockholm: Socialstyrelsen

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag* Stockholm: Riksdagen

SFS 1949:381 *Föräldrabalk* Stockholm: Riksdagen

Shields, L. (2010). Ethical and legal issues in paediatric perioperative care. I L, Shields. (Ed.). *Perioperative Care of the Child: A nursing manual*. (pp. 23-38). Chichester: Wiley-Blackwell.

Shields, L. & Tanner, A. (2010). Care of the child in the operating room. I L, Shields. (Ed.). *Perioperative Care of the Child: A nursing manual*. (pp. 23-38). Chichester: Wiley-Blackwell.

Tamm, M. (2003). *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur

Tingberg, B. (2004). Barn på sjukhus. I E. Bischofberger (Red.) *Barnet i vården* (s.33-55). Stockholm: Liber

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

William Li, H. C., Lopez, V., & Lee, T. L. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 320-332. doi:10.1002/nur.20191

Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M., Materazzo, F., & Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(2), 128-132.

Ygge, B-M. (2004). Föräldrar i barnsjukvården. I E. Bischofberger (Red.) *Barnet i vården* (s.13-31). Stockholm: Liber

World Medical Association. (1964). *Declaration of Helsinki*.

Ygge, B-M. (2009). Barn på sjukhus: Att vårdas på sjukhus. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.) *Pediatrisk omvårdnad* (s.101-105). Stockholm: Liber

Zuwala, R., & Barber, K. R. (2001). Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA Journal*, 69(1), 21-25.