



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Konsten att bemöta barn som ska sövas

Anestesisjuksköterskors erfarenheter

Författare: Peter Larsson och Erik Piculell

Handledare: Angelika Fex

Magisteruppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Konsten att bemöta barn som ska sövas

Anestesisjuksköterskors erfarenheter

Författare: Peter Larsson och Erik Piculell

Handledare: Angelika Fex

Magisteruppsats

Våren 2014

Abstrakt

Bakgrund: Att bemöta barn som ska sövas kan innebära en utmaning. Sjukhusmiljön med specifik teknisk utrustning kan skapa en oro och rädsla hos barnet. Ett barn som är oroligt vid sövning riskerar att få postoperativa komplikationer som ökad smärta och sömnsvårigheter.

Syfte: Syftet med studien var att belysa anestesisjuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas.

Metod: Enskilda semistrukturerade intervjuer med tolv anestesisjuksköterskor vid tre sjukhus i södra Sverige genomfördes. De transkriberade intervjuerna analyserades med latent kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen utmynnade i fem teman: Att känna trygghet vid sövning av barn, Att skapa kontakt, Att involvera föräldrarna, Att avdramatisera operationsmiljön samt Att möta barn som inte vill. Studien belyste problematiska situationer när barnet inte vill medverka till sövning, och behovet av föräldrars delaktighet vid sövning. Viktiga aspekter i bemötandet var att använda lek och information till barnet samt att ta sig tid för barnet.

Nyckelord

Barnanestesi, föräldrar, latent innehållsanalys, omvårdnad

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Bakgrund.....	3
Operationsmiljön	3
Barnet i en operationsmiljö.....	3
Sövning av barn	5
Personcentrerad vård respektive familjecentrerad vård.....	6
Syfte	7
Metod	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Databearbetning.....	9
Etiska avvägningar.....	10
Resultat	11
Att känna trygghet vid sövning av barn	11
Att skapa kontakt.....	12
Att involvera föräldrarna	14
Att avdramatisera operationsmiljön	17
Att möta barn som inte vill	18
Att avleda barnet	18
Att ge barnet lugnande läkemedel.....	19
Att tvinga barnet	19
Diskussion	21
Diskussion om vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	24
Att känna trygghet vid sövning av barn	24
Att skapa kontakt.....	25
Att involvera föräldrarna	26
Att avdramatisera operationsmiljön	27
Att möta barn som inte vill	27
Överförbarhet	29
Implikation och slutsatser	29
Referenser	31
Bilaga 1 (1).....	37

Problembeskrivning

Perspektiv och utgångspunkter

Att söva barn kan innebära en utmaning för anestesisyjuksköterskan. Människor är olika och reagerar individuellt vid sövning. Barn reagerar annorlunda än vuxna och är psykiskt mer sårbara för stress, då den kognitiva förmågan inte är fullt utvecklad (Li, Lopez & Lee, 2007). Kort livserfarenhet och ingen eller liten erfarenhet av hälso- och sjukvård kan skapa en reaktion med rädsla och oro (a.a.). Enligt en svensk intervjustudie med anestesisyjuksköterskor som sövde barn (Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund & Fridlund, 2012) är induktionen av anestesin den mest psykiskt stressande faktorn för barnet under hela operationsförloppet. Känsломässiga reaktioner, som hög oro hos barnet före anesthesiinduktionen, riskerar att leda till problematisk smärta, svårigheter att äta samt sömnproblem postoperativt (a.a.).

Genom insyn i hur barn uppfattar omvärlden kan anestesisyjuksköterskan underlätta barnets förmåga till coping (Hovind, 2013). Sjukvårdspersonal kan förbättra barnets coping genom att bekantgöra barnet med operationen. Detta styrks av Vaezzadeh, Esmaeeli-Dokui, Hadipour, Osia, Shahmorhammadi och Sadeghi (2011), som visade att coping kan ske med hjälp av film, ritblock och besök i operationssalen, samt genom föräldrars närvaro vid anesthesiinduktionen (a.a.).

Det finns flera krav på yrkesrollen anestesisyjuksköterska. I Kompetensbeskrivning för anestesisyjuksköterskor anges att han/hon ska "... skapa tillit, förtroende och trygghet till patient såväl som till närstående" (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012, s 7). I Patientsäkerhetslagen anges under 6 kapitlet 1§ att "patienten ska visas omtanke och respekt" (SFS 2010:659). Det innebär att både barn och föräldrar har en central roll för anestesisyjuksköterskans bemötande.

Sövningen inför en operation innebär ofta en stressande situation för barnet enligt Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas och McClain (2006). Barnet är i en utsatt position eftersom det inte kan bestämma själv. Situationer där barnet har varit mycket stressat och rädd vid sövning har resulterat i att anestesipersonal hållit i barnet och forcerat injektionen av

sömnmedel (Berglund et al., 2013). Anestesipersonalen mådde mycket dåligt över att med dessa metoder ha tvingat barnet till sövning. För att på bästa sätt hantera ångest hos barn behöver anestesisyjuksköterskan vara lyhörd och flexibel för barnets individuella behov (a.a.).

Bakgrund

Operationsmiljön

Operationsmiljön skiljer sig från miljön på en vårdavdelning (Halldin & Lindahl, 2005; Hovind, 2013). Operationsverksamheten innefattar strikta hygienregler och därför måste det finnas rutiner som syftar till minimal bakteriespridning. Här innefattas användning av hårskydd (mössor/huvor), munskydd samt klädsel anpassad för operationsverksamheten. Handskar används också mer frekvent i en operationssal än i jämförelse med, till exempel, en vårdavdelning (a.a.).

I samband med en operation används också olika typer av medicinsk-teknisk utrustning för att övervaka patienten, så som pulsoximeter, blodtrycksmanschett och EKG-elektroder (Halldin & Lindahl, 2005; Hovind, 2013). Därutöver tillkommer medicinsk-teknisk utrustning som exempelvis anesthesiapparat, diatermiutrustning och skärmar till kameror (a.a.).

Barnet i en operationsmiljö

Enligt UNICEF definieras ett barn som en person under 18 år (UNICEF, 2005a). Barn har samma mänskliga rättigheter som vuxna, och därutöver specifika rättigheter som innebär ett utökat skydd (UNICEF, 2005b). Ett barn är inte föräldrarnas ägodel utan en egen individ och som sådan en del av familjen och samhället (a.a.).

Barn har varierande förkunskaper om vad det innebär att vara på sjukhus, vilket kan skapa oro för den främmande miljön (Smith & Callery, 2005). Barn som är mycket oroliga inför en operation kan uppleva mera smärta och har även större risk för sömnproblem med mardrömmar, svårigheter att äta, separationsångest samt rädsla för sjukvården postoperativt under en längre tid (Kain et al., 2006; Kain, Mayes, O'Connor & Cicchetti, 1996). En amerikansk studie om postoperativt beteende hos barn visade att premedicinering med

midazolam gav mindre risk för dessa problem hos barnet postoperativt, då läkemedlet kan ha en lugnande effekt (Kain, Mayes, Wang & Hofstadter, 1999).

Barnets ålder har stor betydelse för sövningen. Enligt Scully (2012) kan barn i dagis- och förskoleåldern reagera med separationsångest när föräldrarna inte är närvarande. Barnet kan tro att den kommande operationen är ett straff. Reaktionen kan då bli rädsla, aggressivitet, skakningar och till och med försök att fly (a.a.).

Föräldrarna har ansvar för sitt barn, och deras närvaro har stor betydelse för hur barnet upplever anesthesiinduktionen (Scully, 2012). Berglund et al. (2013) visade i sin studie en minskad oro hos barnet vid de tillfällen då föräldern genom samtal hemma förberett barnet inför operationen. Genom att föräldern samarbetar med barnet i förberedelsen inför sövning kan kontakten mellan anesthesisjuksköterskan och barnet underlättas. Vid de tillfällen när föräldern inte varit aktiv och stöttat barnet vid de preoperativa förberedelserna, som vid inläggande av intravenös infart, kan anesthesisjuksköterskan få problem med att etablera kontakt med barnet (a.a.).

Ett gott bemötande av barn innebär enligt Hallström och Lindberg (2009) att personalen är inkännande, lyssnar, är uppmärksam och framför allt vänlig mot barnet. I bemötandet är det viktigt att vända sig direkt till barnet i kontakten, uppvisa intresse samt en vilja att ta barnet på allvar och skapa sig en uppfattning om barnet (a.a.).

När information ges till ett barn menar Hallström och Lindberg (2009) att hänsyn bör tas till barnets språkutveckling och tidigare erfarenheter av sjukhusmiljön. Ett överflöd av detaljer kan göra att barnet inte bli mottagligt för den information som ges. Barnet identifierar sig med sin roll och visar förväntat beteende, för att öka sin känsla av medverkan och kontroll (a.a.). Enligt Eide och Eide (2009) har barnet före tonåren en lägre utvecklad förmåga att tänka abstrakt. Ord och begrepp kan därmed ha en annan innebörd för ett barn än för en vuxen person (a.a.).

I bemötandet av barn på sjukhus innefattas även föräldrarna och föräldrarnas oro, som sjuksköterskan behöver beakta (Hallström & Lindberg, 2009). Att sjuksköterskan ger information om vad som ska hända gör att barnet mentalt kan träna sig på det obehagliga eller smärtsamma som kommer att hända. Det är även viktigt hur sjukvårdspersonal agerar under

undersökningen. Avledning har visat sig vara effektivt. Av olika anledningar är det dock inte alltid så att distraktionstekniker används i önskvärd omfattning (a.a.).

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1992) menar att för att utöva omvårdnad krävs, förutom omvårdnadskunskap, att sjuksköterskan behärskar konsten att se det unika i varje vårdssituation, i denna studie relaterad till att söva barn. Sjuksköterskan måste skapa och anpassa sina omvårdnadshandlingar efter den aktuella, unika patienten (a.a.). I denna studie, som genomförs utifrån ett omvårdnadsperspektiv, fokuseras anestesijuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas.

Sövning av barn

Inför sövning av barn använder anestesijuksköterskor olika metoder för att skapa lugn hos barnet (Berglund et al., 2013). Filmer, tv-spel och musik är olika metoder för att avleda barnets uppmärksamhet från exempelvis inläggning av en perifer venkateter. Vidare samtalar anestesijuksköterskan med barnet om hans/hennes intressen för att försöka skapa en god kontakt, samt uppmuntrar barnets möjlighet till självbestämmande, exempelvis om barnet vill ligga ner eller sitta upp på operationsbristen (a.a.). Patel et al. (2006) menade att sövning med mask, där masken hålls tätt över mun och näsa, är den mest stressframkallande faktorn vid induktionen. Barn som fick spela på ett handburet dataspel under induktionen uppvisade betydligt mindre oro (a.a.).

För att kunna ge läkemedel intravenöst behövs en perifer venkateter. Barn kan vara rädda för att bli stuckna, varför EMLA-salva, ett lokalanestetika, används för att minska barnets obehag. Dock visade en studie av Fanurik, Koh och Scmitz (2000) att EMLA-salvan inte har effekt om barnet är stressat och oroligt. Därför förordas en kombination av distraherande omvårdnadsåtgärder och EMLA-salva, då ett lugnt barn ofta upplever mindre smärta och oro (a.a.).

Enligt Kain, Caldwell-Andrews, Krivutza, Weinberg, Wang och Gaal (2004) används som tidigare nämnts sederande premedicinering, främst midazolam, tillsammans med närvaro av förälder vid induktionen för att motverka barnets oro. Under tjugohundratalet har problematiken med oro hos barn med efterföljande postoperativa problem uppmärksammats. Följaktligen har användande av midazolam preoperativt samt närvaro av förälder vid

induktion ökat, vilket ofta resulterat i en lugn sövning, där både barn och förälder varit nöjda postoperativt (a.a.).

I sin studie belyser Berglund et al. (2013) bristande rutiner för bemötande av barn inför sövning. Anestesisjuksköterskor får ofta frågå operationsavdelningens rutiner och tidsschema för att bemöta barnet efter barnets egna individuella behov, för att förebygga och lindra oro samt skapa bästa miljö för barnet inför sövning. I studien framkom att anestesisjuksköterskor som frångick operationsavdelningens rutiner för att lindra barns oro blev kritiserade av medarbetare (a.a.).

Personcentrerad vård respektive familjecentrerad vård

I personcentrerad vård belyses vikten av att lära känna människan bakom sjukdomen, en människa med känslor, behov och en egen vilja (Ekman et al., 2011). Personcentrerad vård innebär att utgå från var och ens förutsättningar, det vill säga att utgå från den enskilda personen, i det kommande kallad patienten. Målsättningen är att styrka patientens självförtroende och att finna och styrka patientens egna resurser för läkande. Personcentrerad vård utgår från tre delar, eller rutiner. Den första rutinen är att ta till sig patientens egna uppfattningar och syn på sin sjukdom (patient narratives). På det sättet fångas patientens lidande upp i den kontext han/hon befinner sig. Den andra rutinen innebär att dela upplevelser mellan sjuksköterska och patient och därigenom lära av varandra (shared decision making). Den tredje rutinen är att dokumentera dessa värden, värderingar, samförstånd och de önskemål som har uppkommit i patientens journal (a.a.).

Familjecentrerad vård innebär enligt Mikkelsen och Frederiksen (2010) att hela familjen är involverad i att stödja vården av barnet. Både familjen och sjuksköterskan har ett ömsesidigt ansvar för barnet. Detta kan både ha positiva som negativa konsekvenser. Det positiva för familjen är stärkt självkänsla. För sjuksköterskan kan resultatet bli förbättrad arbetstillfredsställelse. Negativa konsekvenser innefattar ökad stress och en känsla av belastning hos föräldrarna samt för sjuksköterskan en känsla av förlorad yrkesidentitet (Bruce & Richie, 1997; Mikkelsen & Frederiksen, 2010). Franck och Callery (2004) menar att familjecentrerad vård innebär en medverkan av föräldrarna vid beslut om barnets vård. Familjecentrerad vård ger därmed mer betydelse åt föräldrarnas medverkan, jämfört med personcentrerad vård. Detta kan användas som en av utgångspunkterna i studien.

Studien förväntas öka förståelsen för och kunskapen om anestesijuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas. Anestesijuksköterskor kan därigenom få en ökad kompetens inom sitt yrkesområde, med en målsättning att skapa en lugnare och behagligare sövning för barnet.

Syfte

Syftet med studien var att belysa anestesijuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas.

Metod

För att genomföra studien användes en kvalitativ ansats, vilket innebär analys och beskrivning av erfarenheter utav ett fenomen (Malterud, 2009).

Urval

Intervjuer genomfördes med tolv anestesijuksköterskor på operationsavdelningar vid tre olika sjukhus i södra Sverige, varav ett universitetssjukhus. Universitetssjukhuset hade en operationsavdelning som var inriktad mot endast barnkirurgi. De övriga två operationsavdelningarna hade inte inriktning på enbart barnkirurgi, men sövning av barn förekom där. Totalt intervjuades tolv anestesijuksköterskor. Informanterna i studien var samtliga kvinnor och hade allt från sju månaders till trettioåttå års erfarenhet av att söva barn, mediantiden var nio år. Enligt Polit och Beck (2013) söker författaren i kvalitativa studier efter rätt informanter att intervjua för att få en djupare förståelse av fenomenet.

Inför studien gjordes ett strategiskt urval, vilket enligt Malterud (2009) kan användas för att finna relevant information utifrån aktuell frågeställning. I studien inkluderades därför anestesijuksköterskor med erfarenhet av att söva barn.

Datainsamling

Initialt kontaktades enhetschefer för att få muntligt tillstånd att utföra intervjuer på respektive avdelning. Efter rådgivande utlåtande av Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds Universitet (VEN, diarienummer 8-14) skickades via e-post information om studien till en av respektive operationsavdelning utsedd kontaktperson. Kontaktpersonerna vidarebefordrade därefter information för underskrift till respektive verksamhetschef och hjälpte även till i rekrytering av informanter. Kontaktpersonerna gav författarna förslag på informanter som var intresserade att delta i en intervju. Dessa personer erhöll därefter skriftlig information om studien av författarna. Den skriftliga informationen innehöll en bilaga för informerat samtycke, vilket innebär att deltagaren erhåller fördjupad information om studien och dess syfte, att det är frivilligt att delta och att möjligheten finns att avbryta medverkan i studien utan förklaring eller konsekvens (Polit & Beck, 2013).

Enskilda semistrukturerade intervjuer genomfördes med anestesijuksköterskor våren 2014. Samtliga intervjuer utfördes på eller i anslutning till operationsenheten på respektive sjukhus, i välbekanta miljöer för de intervjuade. Dessa miljöer kunde vara en expedition, ett sammanträdesrum eller liknande. Informanterna önskade befinna sig i anslutning till operationsenheten i fall de vid akut läge på operationsavdelningen behövde gå ifrån intervjun till sitt arbete. Enligt Dahlberg (1997) är det naturligt att genomföra intervjuer i informantens närmiljö.

Polit och Beck (2013) menar att semistrukturerade intervjuer med intervjuguide som innehåller öppna frågor kan användas vid inhämtning av kvalitativa data. Öppna frågor innebär att den som intervjuar uppmuntrar informanten att tala fritt kring frågorna (a.a.). Kvale och Brinkmann (2009) anser att de frågor intervjuaren ställer bör vara enkla och korta (a.a.). Intervjufrågorna redovisas i Bilaga 1, intervjuguide.

Informanterna fick reflektera fritt kring situationer och erfarenheter av att söva barn, med fokus på bemötande av barnet. Informanterna redogjorde för situationer som de själva deltagit i för att ge trovärdighet till studien (Carlsson, 2012). För att fördjupa informanternas svar följdes de upp med frågor som ”Vad menar du?”, och ”Kan du utveckla detta?” (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuerna spelades in, vilket är lämpligast vid insamling av samtalsdata (Malterud, 2009). Innan intervjun startade kontrollerades inspelningsutrustningen.

Sju av intervjuerna genomfördes med båda författarna närvarande. De övriga fem intervjuerna var bokade på två olika sjukhus vid samma tillfälle och fick därför genomföras enskilt av författarna. Genom att vara två författare närvarande ökade möjligheten till intervjuarnas reflektion och djupare frågor kunde därmed ställas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Efter de två första intervjuerna som kan ses som pilotintervjuer reviderades frågorna, vilket Malterud (2009) menar kan utföras för att anpassa intervjuerna till ny kunskap. Pilotintervjuerna hade bredd och djup i svaren och inkluderades i studien. Informanterna hade avsatt 60 minuter för vardera intervjun. Intervjuerna var fjorton minuter till trettiofyra minuter långa. Mediantiden var tjugosju minuter.

Det inspelade materialet förvarades inlåst hos författarna så att ingen obehörig kunde komma åt det.

Databearbetning

Det inspelade materialet avlyssnades och transkriberades ordagrant av författarna. Den författare som intervjuade transkriberade sin intervju. När det var två författare närvarande vid intervjun delades transkriptionsarbetet mellan författarna. Därefter lästes texten av båda författarna för att få en övergripande uppfattning om innehållet. Texten analyserades med stöd av Graneheims och Lundmans (2004) innehållsanalys. Analysen genomfördes med induktiv ansats, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är lämpligast analysform av text som utgår ifrån upplevelser, i denna studie anestesisyjuksköterskors erfarenheter. I kvalitativ innehållsanalys beskrivs variationer, där likheter och skillnader i textinnehållet identifieras genom att delas in i kategorier eller teman (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Det uppenbara i texten utgör det manifesta innehållet, det vill säga att det som står i texten kan indelas i kategorier. Texten kan innehålla ett underliggande budskap, vilket av författarnas kan tolkas och delas in i teman. Detta kallas latent innehåll (a.a.). Denna studie genomfördes med latent tolkning.

Först indelades texten i meningsbärande enheter (Graneheim & Lundman, 2004), det vill säga i de första tio intervjuerna kopierades de delar av texten som var relevanta för syftet och dessa

klistrades in i separata dokument. I de två sista intervjuerna togs hela stycken ut och kopierades för att få en mera omfattande text vid senare kondensering. ²⁾ Meningsenheterna kondenserades, det vill säga meningsenheterna kortades ner samtidigt som det centrala budskapet bibehölls. ³⁾ Författarna reflekterade över och diskuterade det manifesta innehållet samt jämförde analysinnehållet med det transkriberade materialet, för att kontrollera att inte relevanta delar ur texten uteslutits. ⁴⁾ Därefter tolkades och omformulerades det underliggande budskapet i de kondenserade meningsenheterna. ⁵⁾ De tolkade kondenserade meningsenheterna indelades därefter i subteman och i fem övergripande teman (a.a.).

Tabell 1: Exempel på latent innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Tolkad kondenserad meningsenhet	Sub-tema	Tema
”Både och. Ja. Det är också individuellt om det behövs eller inte. På vuxensidan har man ju i princip helt gått ifrån premedicinering. Och den största anledningen till att vi premedicerar barn, det är när vi ska sätta nål. Eh, men har dem inte har fått premedicinering eller det inte har tagit så bra så genom kontakt, kan man lyckas rätt bra ändå. Och vissa barn snedtänder av premedicineringen och då är det bara av ondo egentligen. Men det är bra att det finns. Och det finns olika varianter. Då får man välja det bästa” (Informant 11).	Premedicinering kan vara bra för att lugna barnet men barnets reaktion kan bli oro istället	Observerar anestesistjuksköterskan att barnet är oroligt och svårt att skapa en lugn relation med kan premedicinering användas, dock finns risk för att barnet reagerar med aggressivitet på grund av premedicinering	Att ge barnet lugnande läkemedel	Att möta barn som inte vill

Etiska avvägningar

Studien är utförd i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2014) och Lag om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460). Studien bedömdes av Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds Universitet (VEN).

Verksamhetschefer/motsvarande på respektive sjukhus gav sitt tillstånd till att intervjuerna ägde rum med respektive avdelnings anestesijuksköterskor. Deltagandet var frivilligt och informanterna var inte i beroendeställning till författarna. Informanterna gav sitt skriftliga informerade samtycke till att delta i studien. Det informerade samtycket värnar om rättigheter vid deltagandet i studier (Henricsson, 2012).

I kvalitativ forskning med personliga intervjuer kommer intervjuaren nära informanterna och det kan förekomma känsliga frågor som kan skapa oväntade reaktioner (Henricsson, 2012). I studien förekom frågor om negativa upplevelser av att bemöta barn som ska sövas. Dessa skulle ha kunnat utlösa reaktioner på grund av svåra minnen. Inga tecken visades på detta under intervjuerna.

Konfidentialitet innebär enligt Polit och Beck (2013) att inspelade intervjuer förvaras oåtkomligt för obehöriga. I denna studie hade endast författarna och handledaren tillgång till materialet. Informanterna ska inte kunna identifieras i studiens avrapportering. Kodlistan över informanter förvarades åtskild från de transkriberade intervjuerna.

Resultat

Efter utförd innehållsanalys framkom fem teman: Att känna trygghet vid sövning av barn, Att skapa kontakt, Att involvera föräldrarna, Att avdramatisera operationsmiljön samt Att bemöta barn som inte vill.

Att känna trygghet vid sövning av barn

Trygghet i bemötande av barn ansågs växa genom praktisk erfarenhet av att söva barn. En informant påtalade att hon under de år hon hade sövt barn förstått att framförallt bemötandet är mycket betydelsefullt för barnet. Genom erfarenhet sker en utveckling i förhållningssättet till hur barnet ska bemötas för att det ska känna tillit till anestesijuksköterskan. De informanter som är föräldrar relaterade till erfarenheter av sina egna barn när de möter barn på operationsavdelningen. De informanter som inte hade egna barn eller saknade erfarenhet av barn uppgav att de upplevde en större utmaning vid att söva barn, då djupare insyn i barnets

livsvärld saknades.

Sövning av barn innebär inte endast att bemöta barnet på bästa sätt. De medicinska risker som finns vid sövning måste även beaktas. Informanterna poängterade att tryggheten i att söva barn framför allt grundades på medvetenhet och kunskaper om hur dessa medicinska risker hanteras. Informanterna upplevde trygghet genom kunskap och professionell utveckling, tillsammans med inom kliniken utarbetade rutiner för sövning av barn. Professionell utveckling och goda rutiner innebar en känsla av trygghet i att kunna förbereda sövningen väl, samt att ha handlingsberedskap vid eventuellt oväntade fysiologiska reaktioner hos barnet. Informanter som hade bristande erfarenhet av att söva akut och svårt sjuka barn menade att de kände en större trygghet i att söva friska barn vid elektiv kirurgi.

”Trygghet är ju att jag vet vad jag sysslar med och att jag har gjort det så länge...så jag vet ju liksom vad det innebär och när det händer någonting att det kan gå väldigt snabbt och att det...hur jag ska agera i de situationerna” (Informant 4).

Att skapa kontakt

För att skapa kontakt bör anestesijuksköterskan visa att hon/han är fokuserad och beredd att bekräfta barnet. Detta kräver tid. Tiden ansågs som en viktig aspekt och det var nödvändigt ta sig tid före och vid sövning av ett barn. Tiden behövdes för att kunna skapa kontakt med barnet, undvika stress och förvissa sig om att barnet i största möjliga utsträckning förstått vad som ska hända.

”Den tiden vi har med barnet innan sövning, den får vi ta, så att den blir tillräcklig. Det kan man aldrig tumma på. Sen kan tiden mellan byten och det är ju en organisatorisk sak. Det kan bli lite stressigt. Men det är ju ingenting som barn och föräldrar märker. För den tiden måste vi ta. Det är bara så...” (Informant 12).

Vikten av att få kontakt med barnet vid första mötet betonades. Informanterna menade att när anestesijuksköterskan träffar barnet första gången får barnet och föräldern möjlighet att bekanta sig med och få förtroende för anestesijuksköterskan. Därigenom byggs en grund för god kontakt under förberedelserna tills barnet sövts. Genom lyhördhet och observation av barnet kunde informanterna samtidigt bilda sig en uppfattning om barnets sinnesstämning.

Det oroliga barnet kunde då tidigt uppmärksammas. Informanterna fick då mera tid för att lugna barnet och därmed skapa bättre förutsättningar för sövning.

Bemötandet behöver anpassas till barnets personlighet och ålder. Små barn nås främst genom lek. Äldre barn behöver tydligare information om vad som ska hända och varför.

Informanterna påpekade vikten av att informera och förklara för de barn som kan förstå anestesijuksköterskans information och har en utvecklad talförmåga. Informanterna menade att det kan vara svårt att skapa kontakt och ”få barnet med sig” när barnet inte kan prata.

”... och då de som man inte kan föra en dialog med... ett barn... de är ju svåra och ha... när du har de här små ett-, två-, treåringarna som du inte kan förklara någonting för, där är utmaningen verkligen och söva dem för att, du kan inte få riktig connection med dem...”
(Informant 5).

I bemötandet av barn som är för små för att förstå använde informanterna lek för att knyta kontakt. De hade olika strategier för att skapa kontakt med det mindre barnet, som att visa leksaker, blåsa såpbubblor eller att visa den utrustning som skulle komma att användas. Barnet kunde få se och känna på andningsballongen som tillhörde anestesiapparaten, samtidigt som informanten ökade volymen på ballongen. Denna typ av lek med utrustningen uppgavs skapa delaktighet i sövningen. Genom leken kan utrustningen uppfattas som rolig för barnet. Andningsmasken kunde jämföras med den mask som en pilot använder. Barnets fantasi stimulerades därmed, vilket underlättade kontakten med barnet. En informant menade att barn behöver höra att de är duktiga. Genom att belöna barnet och erbjuda leksaker kunde informanterna vinna barnets tillit.

Andra strategier som informanterna beskrev för att skapa kontakt var att väcka barnets nyfikenhet på olika sätt. Nyfikenhet hos barnet kunde skapas genom att enbart prata med föräldern vid genomgång av anesthesiutrustningen. Genom denna strategi kunde barnet bli mer och mer nyfiskt på vad föräldern och informanten talade om, och därefter bli delaktig i vad som ska hända och acceptera att bli sövd. Informanterna kunde även göra barnet nyfiskt genom att demonstrera övervakningsutrustningen på sig själv, såsom att sätta saturationsklämman på sitt finger och visa parametrarna på övervakningsskärmen för barnet. Barnet kunde då bli intresserat av att se vad som hände på skärmen och vilja ha en förklaring.

För att skapa kontakt med det äldre barnet kunde informanterna be barnet att berätta om sina intressen såsom skola, idrott eller kamrater. Äldre barn ansågs även behöva information om de olika praktiska moment som utförs inför sövning, samt få möjlighet att ställa frågor.

Informanterna poängterade att barn behöver ärlig information. Vid inläggning av intravenös infart är det viktigt att berätta att sticket kommer att kännas. Barnets reaktioner behöver följas under de praktiska momenten och barnets vilja bör få styra så långt det är möjligt. Att tränga sig på barnet med övervakningsutrustning som EKG, pulsoximeter, blodtrycksmanschett och venkatetrar utan tillräcklig information riskerar att göra barnet upprört. Det kan motarbeta förberedelserna till sövning. Därmed försämras möjligheten till delaktighet.

En informant menade att utmaningen i att söva äldre barn kan bero på att de har ett stort kontrollbehov och en ökad medvetenhet om vad en operation innebär, samt rädsla för att bli sövd. Dessa barn kan därför göra stort motstånd. Anestesisjuksköterskan behöver därvid bemöta dessa barn med ett allvarligare förhållningssätt och en tydligare information om varför de behöver opereras.

”... Ett lite större barn som man kanske kan prata med och som förstår så kanske inte alltid vill. Och det kan det vara den problematiken att man måste kanske tala dem till rätta. Och förklara för dem. Att det här måste vi göra” (Informant 6).

Att involvera föräldrarna

Informanterna menade att närvarande föräldrar innebär trygghet för barnet. Informanterna gav föräldern möjlighet att delta aktivt vid sövningen av sitt barn, genom att närvara inne på operationsavdelningen fram tills barnet somnat.

Föräldern kunde användas som en resurs vid sövning. Barnet fick då sitta hos föräldern och bli sövd med mask, en så kallad inhalationsanestesi där barnet andades in anestesigas. Genom att informanterna förklarade för föräldern vad som skulle komma att ske under sövningen skapades en möjlighet för föräldern att själv hjälpa till genom att hålla masken mot sitt barn tills det somnade. Detta förutsatte en trygg förälder som inte visade rädsla eller oro, vilket

kunde riskera att påverka barnets trygghet. Enligt informanterna innebar en lugn och trygg förälder att barnet blir tryggt, och då blir sövningen som regel bra för alla inblandade parter.

Föräldrar var, som tidigare nämnts, en viktig resurs för att barnet skulle känna trygghet. Det förekom emellertid att föräldrar genom sitt beteende riskerade att ha en negativ påverkan av barnet vid sövning. De föräldrar som uppvisade ett stressat och oroligt beteende påverkade sövningen negativt genom att barnet oftast uppmärksammade föräldrarnas oro och därför kunde reagera med rädsla. Informanterna betonade att barnet och föräldern speglar varandras sinnesstämning. En informant uppgav att det till och med förekom situationer där det möjligtvis varit bättre att söva barnet utan föräldrarnas närvaro, främst för att föräldern varit orolig, vilket påverkat barnet. Tillfällena beskrevs också där föräldrar intagit en passiv roll när barnet varit oroligt och inte velat bli sövt. Vid dessa tillfällen hade informanterna utan föräldrarnas hjälp blivit tvungna att på egen hand lugna barnet, vilket ibland blev problematiskt för alla parter. Det förekom tillfällen då föräldrar kunde ha väldigt svårt att lämna barnet efter nedsövning och reagerade med att bli mycket ledsna. Att som förälder se sitt barn somna snabbt på operationsbordet, berättade en informant, kan innebära en obehaglig känsla hos föräldern av att barnet skulle försvinna. Informanten lyfte att vid dessa situationer är det viktigt att förklara för föräldern att han/hon kommer ta hand om barnet under operationen och se till att allt går bra.

”... barnen bara somnar ju jättesnabbt, och sen så ska föräldern gå ut därifrån och lämna barnet hos oss... det är jättejobbigt för dem... jag försöker alltid säga... jag lovar vi ska ta hand om honom ordentligt... och de allra flesta blir ju ledsna när dem går ut därifrån...”
(Informant 9).

Informanterna betonade hur viktigt det är att barnet inför sövning får veta vad som ska hända. Att informera barn är något som kräver tid och helst ska det ske i god tid före operation. Informanterna berättade om svårigheten att på operationsdagen försöka förklara för det oförberedda barnet vad som kommer att hända. Att då få barnet att förstå att det skulle sövas och opereras kunde bli en omöjlighet. Föräldrarna har således en mycket viktig roll i att förbereda barnet inför operationsdagen.

För att underlätta inför sövningen kunde den klinik som ansvarade för anestesi skicka hem skriftlig information med bilder och hänvisningar till websidor. Föräldern kunde då,

tillsammans med barnet, få möjlighet att bilda sig en uppfattning om hur sövningen skulle gå till. Att titta på bilder och läsa tillsammans med föräldern, menade informanterna, kunde skapa en bekantskap med operationsmiljön. I och med att barnet sett och lärt sig vad som skulle komma att hända blev det oftast ingen obehaglig överraskning på operationsdagen. Genom att barn och förälder i förväg fått kunskap underlättades bemötandet för informanterna, och därmed sövningen.

Informanterna kunde direkt märka om barn och föräldrar hade reflekterat över den preoperativa informationen. Barnet och tillika föräldern var då lugna och kände igen operationsmiljön inklusive utrustningen ifrån den information som tidigare hade skickats hem till dem. Föräldern kunde även hjälpa till genom att påminna barnet om den preoperativa informationens innehåll. Ett tryggt, välinformerat barn protesterar inte mot omvårdnaden, menade informanterna. Att barnet visste och förstod vad som kunde hända, i förening med distraherande lek, innebar oftast att resultatet blev en lugn sövning.

”... man ser ju klart och tydligt på de föräldrarna som har förberett sig och läst på nätet, tittat på filmen, läst broschyren, pratat med barnen innan... så de vet vad som ska hända...”
(Informant 2).

Det fanns vittnesmål om tillfällen där föräldrar medvetet undvikit att informera sitt barn om att det skulle opereras och låtit barnet tro att det endast skulle genomgå en ”vanlig” läkarundersökning. När barnet sedan förstod vad som skulle hända blev reaktionen kraftig, med rädsla och vilda protester utan att informanterna förstod varför. Insikten om att barnet hade en felaktig uppfattning av vad som skulle ske på sjukhuset kom först när barnet väl låg på operationsbordet och det blev då mycket svårt för informanterna att hantera situationen.

”En del föräldrar är fantastiskt duktiga på att förbereda. Men många är urdåliga på att inform... tala om och försöka berätta för barnet vad det ska vara med om och vad som kommer hända” (Informant 3).

Även tidigare upplevelser av att ha blivit sövd eller annan erfarenhet från sjukhusmiljö kunde påverka barnets reaktion vid sövning. Ett obehagligt minne hos barnet ifrån tidigare sövning innebar oftast stor utmaning för informanterna att skapa en lugn sövning, då barnets tidigare negativa erfarenhet speglade sinnesstämningen. På liknande sätt hade barn med god

erfarenhet av tidigare narkoser en lugnare sinnesstämning vid sövning. Genom visad hänsyn och god information kunde tidigare dålig erfarenhet dock vändas till en bra upplevelse för barnet. Det gällde även det motsatta, där goda minnen och ett tidigare gott omhändertagande kunde raseras av en alltför brysk sövning utförd av personal som inte tog tillräcklig hänsyn till barnets behov.

Att avdramatisera operationsmiljön

Informanterna betonade vikten av en lugn sövning för barnet, att enbart den personal som behövdes var vid barnet vid sövning. Detta var viktigt för att inte stressa barnet då barnets uppmärksamhet kan påverkas av störande moment från till exempel övrig personal i operationssalen. Barnets reaktioner kunde både handla om rädsla och nyfikenhet från barnets sida, vilket ibland gjorde situationen stressande och gav för mycket stimuli vid sövningen. En stressad situation på operationssalen kunde barnet uppfatta som obehaglig, och därmed reagera med rädsla. Barnet kunde även uppfatta operationsmiljön och personalens arbetskläder som skrämmande. Informanterna menade att det förekommit händelser med oväntad reaktion hos barnet på något som gav obehag, till exempel operationslampan. Denna typ av situationer kunde vara svåra att förutse.

“...Vi gör ju så lite som möjligt när barnen är vakna... Både med EKG och med alla konstigheter. För att inte... Komplitera det för barnen. Utan det är så lite som möjligt”
(Informant 11).

Genom ett gott samarbete inom operationsteamet blir arbetet med sövning metodiskt och lugnt utan risk för att skapa stress för barnet. Informanterna berättade att övrig personal som operationssköterska, kirurg och undersköterska oftast höll sig i bakgrunden vid induktionen. Anestesipersonalen vid huvudänden var den som hade ögonkontakt med barnet vid induktionen av anestesin. Föräldern fick gärna också vara nära barnet då det ingav trygghet. Målet vid sövningen, menade informanterna, är att barnet ska uppfatta miljön som varm, trygg och lugn.

Att möta barn som inte vill

Detta tema presenteras utifrån tre subtema; Att avleda barn, Att ge lugnande läkemedel, respektive Att tvinga barnet.

Att avleda barnet

Anledning till att barn reagerar med ilska och gråt inför sövning kan vara att de är oförberedda inför vad som ska ske. Det kan röra sig om att anestesisjuksköterskan startar uppkoppling med EKG och saturationsklämma utan att barnet förstår vad som händer. Inläggning av perifer venkateter kan vara ett moment där reaktionen hos barnet blir skrik och fysisk aggressivitet på grund av rädsla för förväntad smärta. Vid olika praktiska moment inför och under sövning försökte informanterna att avleda barnet

Att avleda barnet innebar att genom lek eller samtal med barnet försöka distrahera deras uppmärksamhet från moment som kan vara stressande eller smärtsamma, exempelvis att inlägga en perifer venkateter. Så gott som samtliga barn fick EMLA-salva på planerat insticksställe före kärlpunktion. Informanterna menade att det är väldigt noga att informera barnet om att sticket fortfarande kan kännas lite, trots bedövningen. Barnen bör aldrig bli informerade om att sticket inte kommer göra ont, då EMLA inte tar bort all smärta från nålstick. Genom att ha tålamod och ta hjälp av en kollega som avleder barnets uppmärksamhet från nålsticket med exempelvis såpbubblor, leksaker eller sång optimeras förutsättningen för att inlägga perifer venkateter. En informant brukade känna på den bedövade huden med fingrarna, och jämföra med hud som inte är bedövad. På så vis kan barnet själv känna att huden blivit okänslig, och därmed lättare acceptera nålsticket. Barnet kan även få se venkatetern med nålen utdragen, och då förstå att det endast kommer vara en plastslang och inte en nål innanför huden.

”Visa de stora PVK:n , venflonen... alltså man tar av nålen och visar att det bara är en plastslang, då brukar de köpa det” (Informant 8).

Det äldre barnet avleds bäst genom frågor om exempelvis intressen och kamrater, samt ärlig information. Informanterna menade att små ofta barn accepterar endast ett försök att sätta perifer venkateter. Äldre barn kan efter övertalning acceptera ett fåtal ytterligare försök.

Att ge barnet lugnande läkemedel

Ibland måste premedicinering ges till barnet i form av exempelvis midazolam oralt eller rektalt. Det fanns delade uppfattningar om att ge barn sederande läkemedel, främst midazolam inför sövning. Informanterna menade att sedativa till ett oroligt barn kan vara till fördel då barnet blir lugnare. Ibland gavs en liten dos sederande läkemedel för att ”komma över en tröskel”. Här handlade det om att barnet fortfarande ska vara så medvetet om vad som händer som möjligt, men att en liten dos midazolam kan vara nödvändig för att få barnet att medverka. Minnesförlust med hjälp av midazolam kunde vara bra för att glömma plågsamma moment, som exempelvis smärta av perifer venkateter eller obehag från andningsmasken.

Nackdelen med sederande läkemedel kan dock vara en motsatt effekt, där barnet blir aggressivt och känner obehag av midazolam. Barn som fått midazolam preoperativt kan bli väldigt trötta, med problem för anestesijuksköterskan att få kontakt och skapa sig en uppfattning om barnets tillstånd. Det kan även bli så att barnet i och med minnesförlusten som midazolam leder till kommer att sakna minne ifrån operationen. Nästa eventuella operationstillfälle kan därför bli en skrämmande upplevelse, eftersom barnet inte kommer ihåg vad det har varit med om tidigare och att det då faktiskt gått bra. Ett bättre alternativ till premedicinering ansågs vara att ta sig nödvändig tid för att informera barnet och bemöta det på rätt sätt utifrån barnets behov.

”Jag tror ju det är mycket viktigare med psykologisk bemötande och tid och information än en massa premedicineringar” (Informant 1).

Att tvinga barnet

Det finns tillfällen då barn, trots premedicinering och försök till avledning inte vill medverka inför att bli sövda. Barnen är oroliga, rädda och gråter. Främst små barn som inte förstår varför de ska sövas reagerar med protester och utgör en stor utmaning för kravet på ett gott bemötande. Det kan vara svårt att nå och förklara för barnet vad som kommer att hända. Situationen kan leda till att barnet måste hållas fast och sövas mot sin vilja. Informanterna uppgav situationer där de känt sig tvingade att hålla fast andningsmasken över barnets mun och näsa tills barnet somnat. Ett exempel på att söva barn mot dess vilja var ett barn som var rädd och sprang runt på operationssalen för att försöka fly från personalen. Barnet blev

infångat, därefter fasthållet hos föräldern och sövdes samtidigt som barnet försökte slingra sig ur greppet ända fram till att det förlorade medvetandet.

”Det är inte kul när man har varit med om någon som nästan legat på golvet och somnat”
(Informant 3).

De tillfällen där barn måste sövas med tvång resulterade i känslor av att ha gjort ett övergrepp; att ha utfört ett sämre arbete som anestesijuksköterska. Informanter menade att då barn sövs under tvång kan det leda till att deras känsloreaktioner blir starkare. Barnen kan få bestående negativa minnen av att vara på sjukhus.

”... och det... det känns ju inte bra när nedsövningen varit orolig och man har fått trycka på masken utan att de är med på noterna...” (Informant 7).

För att undvika situationer som leder till att tvinga barnet till sövning vore det enligt informanterna oftast bättre om operationen kunde skjutas upp till ett senare tillfälle. Detta gällde främst vid situationer då barnet grät och då det, trots hjälp av föräldern, inte fanns någon möjlighet att lugna barnet. Genom att skjuta upp operationen kan barnet mentalt förberedas bättre och eventuellt behandlas med premedicinering i hemmet inför nästa operationstillfälle. En informant påtalade sina upplevelser i situationer där ansvarig läkare gått emot barnets vilja och sövt barnet när det var mycket upprört.

”... man faktiskt inte bryter och tar inte någon hänsyn till att.... nej det här måste vi förbereda bättre....barnet är jätteledset när man söver ner och kämpar emot för att få bort masken och liksom när man sövt ner snyftar de, och när man väcker dem så är de fruktansvärt ledsna, oroliga och rädda” (Informant 10).

Diskussion

Diskussion om vald metod

Syftet med studien var att belysa anestesijuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas. En kvalitativ ansats var lämplig då författarna avsåg att studera anestesijuksköterskors erfarenheter och upplevelser. Kvantitativ ansats hade inte varit lämplig då den inte hade resulterat i en djupare förståelse av fenomenet (Ludvigsson, 2002). Induktiv ansats innebar att författarna utan begränsning kunde analysera text utifrån anestesijuksköterskornas berättelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Deduktiv ansats hade inneburit analys utifrån en teori/omvårdnadsmodell med färdiga tema (Malterud, 2009). Alltså bedömdes kvalitativ induktiv ansats som lämplig för denna studie.

Urvalet baserades på intervjuer med anestesijuksköterskor med erfarenhet av att söva barn. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att urvalet har en betydande roll för resultatets giltighet. Därför användes ett strategiskt urval i denna studie, där informanter som kunde ge en omfattande redogörelse utav det fenomen som studerades valdes att delta (Henricsson, 2012). Nackdelen med urvalet i denna studie var att kontaktpersonen på respektive operationsavdelning fick ansvaret att rekrytera informanter. Författarna hade därmed ingen kunskap om hur lång erfarenhet av att söva barn informanterna hade förrän intervjuerna ägde rum. Personlig kontakt med potentiella informanter före intervju hade varit lämpligt för att få en bild om hur omfattande erfarenheten av att söva barn var hos varje informant, och därmed ta ställning till om potentiella informanter antogs vara lämpliga att ingå i studien. Samtliga informanter delgav dock värdefulla erfarenheter och ingen informant exkluderades. Även kortare intervjuer gav rikt material till studien.

Informanterna rekryterades ifrån tre sjukhus i södra Sverige, varav ett sjukhus hade en specialiserad enhet för barnkirurgi. Vid de två övriga sjukhusen utfördes mindre ingrepp på barn men gemensamt för alla sjukhusen var att det förekom sövning av barn. Det som skiljde operationsavdelningarna åt var medicinska rutiner. Bemötandet av barn var likartat.

För att nå studiens syfte genomfördes semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, vilket gav informanterna möjlighet att tala fritt om fenomenet. Enligt Banner (2010) innebär

semistrukturerade intervjuer att författaren med hjälp av öppna frågor är flexibel och kan följa upp svar som relaterar till syftet. Henricsson (2012) betonar vikten av enskilt samtal utan störande moment för att få en fyllig och djup intervju. För att informanterna skulle vara trygga i intervjusituationen genomfördes därför intervjuerna i en avskild miljö utan distraherande moment. Under ett par av intervjuerna förekom det dock störande moment, då personal ifrån operationsavdelningen hade upprepade ärenden i anslutning till intervjuplatsen. Enstaka intervjuer fick därmed pausas, tills författarna och informanten funnit tråden igen. Avbrotten kan ha påverkat dessa intervjuer, då det blev en stressad situation för samtliga involverade. De två första intervjuerna utvärderades och blev en form av pilotintervju, för att finna en lämplig struktur under kommande intervjuer samt för att justera frågorna. Malterud (2009) menar att utskrifter ifrån de första intervjuerna ger författarna ny insyn i vilket/vilka tema som kan fördjupas, samt att intervjutekniken kan utvärderas. Då den person som ställer intervjufrågorna automatiskt är medskapare i den transkriberade texten blir resultatet i en kvalitativ intervjustudie inte oberoende av den som utfört intervjun (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna till denna studie satte sin prägel på texten genom sättet på vilket frågorna ställdes och formuleringen av dem under intervjun. Då formen för intervjuerna var semistrukturerade frågor kunde frågorna komma i en varierande följd från intervju till intervju, beroende på hur informanterna svarade. Även uppföljande frågor varierades från intervju till intervju.

Banner (2010) belyser att problem med inspelningsutrustning kan förekomma, därför behövs extra inspelningsutrustning samt reservbatterier i händelse av tekniska problem. För att säkerställa en fungerande inspelningsutrustning kontrollerades den vid ett par tillfällen under intervjuerna.

Informanterna fick börja med att bekräfta hur länge de hade arbetat som anestesijuksköterskor, samt hur lång erfarenhet de hade av att söva barn. Dahlberg (1997) menar att den inledande frågan har betydelse för att informanten ska kunna slappna av och känna sig bekväm i intervjusituationen. Intervjuerna utvecklades därefter till djupare frågor och informanterna fick möjlighet att reflektera inför sina svar. Vidare ställdes uppföljningsfrågor till de svar som informanterna gav. Dahlberg (1997) menar att uppföljande kommentarer under intervjun leder till att informanten tydligare förklarar och fördjupar sitt svar. Den som intervjuas behöver förstå att inget svar är rätt eller fel, utan att det är upplevelsen som efterfrågas (a.a.).

Båda författarna medverkade i sju av intervjuerna. Genom att främst en av författarna genomförde intervjun kunde den andre författaren reflektera över svaren, och om det fanns behov av att ställa uppföljande frågor. Enligt Trost (2005) ökar förutsättningarna för mer omfattande informationsmängd och en djupare förståelse när två intervjuare medverkar. Emellertid kan då en maktasymmetri förekomma i intervjusituationen, vilket innebär att intervjun inte kan betraktas som en jämlik dialog mellan intervjupersonen och intervjuaren (Kvale & Brinkmann, 2009). Denna maktasymmetri kan ha förstärkts av att båda författarna var närvarande vid sju av intervjuerna (Trost, 2005).

Enligt Malterud (2009) är det lämpligt att den författare som intervjuat transkriberar intervjun. Den som genomfört intervjun kommer ihåg den och kan lättare förtydliga det som eventuellt är oklart (a.a.). Båda författarna analyserade materialet tillsammans för att därigenom kunna diskutera potentiella temas rimlighet. Meningsenheter som svarade mot studiens syfte lyftes ut vid innehållsanalysen. I den transkriberade texten av de två sista intervjuerna lyftes hela stycken ut som meningsenheter. Tanken var att undersöka om innebörden i mera omfattande meningsenheter påverkades utifrån dess kontext. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att textens innehåll vid analys måste ses i sitt kontextuella sammanhang, det vill säga förstås tillsammans med den text som kommer före och efter. En text kan inte vara autonom eller fri från sitt sammanhang. Kontexten har därmed betydelse vid skapandet av teman. Däremot kan det vara svårt att under analysen hantera för stora meningsenheter. Innehåll och värdefull information kan gå förlorade och graden av abstraktion kan bli för hög (a.a.).

Genom att reflektera över det analyserade materialet genomfördes en latent tolkning av det underliggande budskapet. För att öka studiens trovärdighet jämfördes den latent tolkningen med den manifesta kondenseringen och de transkriberade intervjuerna. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att när en text abstraheras bör abstraktionens giltighet kontrolleras mot de kondenserade meningsenheterna. Abstraktionsnivån väljs efter ämnets karaktär, men även efter studiens syfte och hur resultatet kommer att användas (a.a.).

Med förförståelse avses den bild som författaren redan tidigare har om ett fenomen, det vill säga före intervju och tolkning (Henricsson, 2012). Tolkningen, som kan vara omedveten, utgår därmed ifrån en förförståelse av det fenomen som ska undersökas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Då båda författarna tillsammans utförde analys av det latent budskapet

präglades tolkningen av båda författarnas förförståelse rörande bemötandet vid sövning av barn. Malterud (2009) menar att material som ska sammanfattas till ett resultat bör jämföras med författarens förförståelse för att granska att fynden inte är identiska med förförståelsen. För att inte författarnas förförståelse i för hög grad skulle influera analysen, och för att öka studiens trovärdighet, intogs ett öppet reflekterande förhållningssätt under hela analysprocessen. Preliminära teman kom att ändras för att spegla fenomenet utifrån informanternas berättelser och inte utifrån författarnas förförståelse.

Enligt Henricsson (2012) kan medbedömare användas för att granska de tema som analysen resulterat i, vilket styrker studiens trovärdighet. I denna studie har författarnas handledare granskat, kommit med synpunkter och hjälp med att utveckla bildandet av tema och subtema. Studiens trovärdighet baseras även på en giltighet, då det karaktäristiska för ämnesområdet, dvs. bemötandet av barn som ska sövas, lyfts fram (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Vidare har analysprocessen redovisats genom steg och exempel, vilket kan anses öka studiens tillförlitlighet (a.a.).

Diskussion av framtaget resultat

Studien utgår från både ett personcentrerat och ett familjecentrat perspektiv. I studien framkom att båda perspektiven är applicerbara i bemötandet av barn som ska sövas. Relaterat till familjecentrerad vård (Mikkelsen & Fredriksen, 2010) belyses föräldrars ansvar och delaktighet i att ge barnet trygghet inför sövningen genom information och fysisk närvaro. Relaterat till personcentrerad vård (Ekman et al., 2011) belyses de åtgärder som behövs för att barnet som person utifrån ålder och behov ska få den bästa omvårdnaden inför sövningen.

Att känna trygghet vid sövning av barn

Avsikten med studien var att undersöka anestesijuksköterskors erfarenheter av att bemöta barn som ska sövas. Inom dessa erfarenheter innefattades bland annat informanternas trygghet vid sövning av barn. Erfarenheten av att söva barn var viktig i framför allt bemötandet av barnet. Genom upprepad sövning av barn hade informanterna utvecklat en kunskap i hur barnet reagerar och agerar inför sövning. Kunskapen kunde därefter tillämpas i bemötandet och på så vis kunde barnet få tillit till anestesijuksköterskan. Informanter som var föräldrar

jämförde med hur de bemötte sina egna barn. De kunde med andra ord förstå hur barn i en viss ålder agerar och vilka eventuella intressen de hade. Enligt Karlsson, Rydström, Enskär och Dahlheim Englund (2014) är insyn i barnets livsvärld en viktig aspekt vid bemötandet av barnet. Sjuksköterskan når barnet genom att förstå hur barnet uppfattar och upplever sin situation i sjukhusmiljön. Genom denna insyn kan sjuksköterskan anpassa sitt bemötande efter barnet som person (a.a.).

Att skapa kontakt

I temat Att skapa kontakt redovisades strategier för att få kontakt med barnet inför sövning. McGraw (1994) menade att det framför allt gäller att skapa en bra kontakt med barnet för att sövningen ska bli lugn.

I denna studie framkom tidsaspekten som viktig för möjligheten att skapa kontakt med barnet. Anpassning av arbetet efter barnets behov måste få ta den tid som behövs för att barnet på bästa möjliga sätt ska förstå vad som ska hända. I en studie av Karlsson et al. (2014) visades att sjuksköterskor inom främst barnsjukvård behöver tid vid olika former av praktiska moment för att tillgodose barnets kontroll och minska eventuell rädsla (a.a.).

Det första mötet med barnet har därmed stor betydelse för att skapa en grund för fortsatt förtroende från barnets och föräldrarnas sida. I en studie av Smith och Callery (2005) framkom att sjuksköterskan, genom att vända sig till barnet direkt vid samtal kan fånga upp missuppfattningar och oro som kan finnas hos barnet. Denna studie visade att just barn som är oroliga kräver mer tid i bemötandet för att skapa god kontakt och få barnet att bli delaktigt.

Denna studie visade att det förutom tillgång till tid var viktigt att anpassa bemötandet av barnet efter dess ålder och personlighet. De små barnen ansågs innebära en större utmaning att få kontakt med då de saknade talförmåga. Därför använde informanterna mycket lek i bemötandet av dem för att just skapa kontakt. Också Karlsson et al. (2014) lyfte i sin studie fram lekens betydelse i bemötandet av barn. Informanterna i denna studie menade att de genom sitt bemötande gjorde sitt bästa för att barnet skulle uppleva sövningsprocessen som något roligt. De lät i möjligaste mån barnets vilja styra och anpassade obehagliga moment efter barnet. McGraw (1994) visade i en litteraturstudie att barn mellan ett och tre år lämpligast förbereddes inför operation med berättelser och sånger, eller genom att ha sin favoritleksak med sig. I åldern tre till sex år fick barnet en bättre känsla av kontroll genom att

leka och känna på den utrustning som skulle användas, exempelvis masken. En bra kontakt med barnet ansågs dämpa barnets oro, och det postoperativa förloppet blev lugnare (a.a.). Detta överensstämmer med informanternas strategi i bemötandet. Genom att följa var barnen befinner sig i sina tankar och försöka sätta sig in i deras livsvärld kan anestesisjuksköterskan anpassa sitt bemötande. Enligt Berglund et al. (2013) kan anestesisjuksköterskor stimulera barnets fantasi genom att jämföra masken med exempelvis en clownmask.

Lite äldre barn, i skolåldern, knöt informanterna kontakt med genom frågor om kamrater och intressen, samt genom att ge barnet möjlighet att ställa frågor. Strategin med att låta barnet ställa frågor styrks i en litteraturöversikt av Litke, Pikulska och Wegner (2012) som menade att barnet behöver tillräckligt med tid före operationen för att kunna ta till sig information och ha möjlighet att ställa frågor.

Att involvera föräldrarna

I denna studie framkom att en förälder, i princip alltid, var närvarande vid sövning av barn. Föräldern kunde ge barnet trygghet och även vara en resurs vid sövning, exempelvis genom att hjälpa till med att hålla masken. Föräldrarna har därmed en viktig roll vid sövning av barn. Studien visade att föräldrarnas sinnesstämning under sövning påverkade barnet. En förälder som uppträdde lugnt under induktionen medverkade till att barnet i de flesta fall blev mindre oroligt. Detta bekräftas av Zuwala och Barber (2001) som menade att lugna föräldrar ger barnet en bättre upplevelse av sövningen. Emellertid visade denna studie att föräldrar även kunde ha en negativ påverkan på barnet. Oroliga föräldrar medverkade oftast till att barnet blev mera oroligt. Även Bevan et al. (1990) visade i sin studie att föräldrar genom sitt beteende kan ha en negativ inverkan i samband med sövning av ett barn. I denna studie framkom att föräldern kunde vara orolig på grund av bristande kunskap om vad som skulle hända under sövningen. Detta kunde resultera i att föräldern hade svårt att lämna barnet efter induktionen. För att undvika dessa situationer påvisas vikten av att både barn och föräldrar har fått god information preoperativt, gärna ett par dagar innan planerad operation. Föräldrarna kunde vara till stöd för barnet genom att vara lugna och relatera till informationsmaterialet. I en studie om reducering av oro hos föräldrar inför sövning av deras barn (Zuwala & Barber, 2001) framkom att föräldrar som innan operation tittat på film om hur sövningen kommer att ske uppvisade mindre oro. I en studie av Mansson och Dykes (2004) betonades vikten av att barnet behöver kunna skapa sig en föreställning om hur det

kommer att vara att bli sövd. Vikten av att barnet ges god information preoperativt betonades (a.a.).

Att avdramatisera operationsmiljön

Denna studie visade att barnet kunde uppleva operationsmiljön som främmande och ibland även hotfull. Barnet kunde reagera för utrustning på operationssalen, ibland även för sådant som informanterna inte hade kunnat förutse ge obehag, som operationslampan. Barn har i studier rapporterat att de känner obehag av höga ljud och starkt ljus i sjukhusmiljö (Coyne, 2006). Denna studie visade att det ska vara så lite stimuli som möjligt runt barnet vid sövning. Barnen kunde både känna sig utsatta och samtidigt vara nyfikna på vad som hände omkring dem. Såväl anestesijuksköterskan som övrig personal på operationssalen har ansvar för att uppträda så barnets stress minimeras. Vikten av att arbeta metodiskt och lugnt vid sövning betonades. Anestesijuksköterskan kan vara den person som har ögonkontakt med barnet och det är av betydelse att barnet känner sig tryggt. Enligt Berglund et al. (2013) behövs både personliga och professionella egenskaper hos sjuksköterskan för att skapa en miljö där barnet vill samarbeta och kan känna lugn.

Att möta barn som inte vill

I denna studie beskrevs situationer där barn inte ville bli sövda utan istället protesterade, ibland så mycket att de började skrika, gråta, fäkta med armar och ben och även springa runt på operationssalen för att försöka komma undan. Detta ansåg informanterna främst berodde på att små barn inte tog till sig information på samma sätt som äldre barn. Barnen kunde inte förstå varför de var på operationsavdelningen och reagerade därefter, då de troligtvis upplevde situationen som ett hot.

I denna studie använde informanterna avledning vid moment som kunde vara stressande och smärtsamma för barnet, såsom inläggning av perifer venkateter. Förutsättningen var att det inom rimlig gräns fanns tid därtill. Karlsson et al. (2014) menade att det är befogat med avledning om barnet visar tendens till rädsla vid exempelvis kärlpunktion. Genom att använda lek som distraktion kan barnet tänka på någonting annat under tiden som sjuksköterskan sticker barnet (a.a.)

Subtemat att ge barnet lugnande läkemedel innefattade de tillfällen då sjuksköterskan ansåg att barnet var i behov av lugnande läkemedel, för att minska barnets stress och skapa en lugnare sövning. Denna studie visade dock delade åsikter om midazolam som premedicinering. Karlsson et al. (2014) rekommenderar bruk av premedicinering framför att behöva hålla fast barnet. Det framkom i denna studie att midazolam innebar att barnet kan få en minneslucka, vilket informanterna menade kunde vara bra om sövningen varit problematisk. Abdallah och Hanallah (2011) styrker fördelen med minnesförlust när barnet är oroligt. Denna studie visade att nackdelar med midazolam var att barnet riskerade att känna obehag av läkemedlet och bli aggressivt, så kallad ”snedtändning”. Vidare kunde barnet bli väldigt dåsig av just midazolam, vilket medförde att informanterna i studien hade svårt att skapa sig en uppfattning om barnets status. Minnesförlusten, som aktualiserades tidigare, kunde även innebära att barnet riskerade att inte komma ihåg en sövning som gått bra. Har då barnet varit ängslig före sövning riskerar det att även vara rädd till nästa eventuella sövning. Kain et al. (2000) menade att premedicinering med amnesi är till fördel om barnet endast ska genomgå enstaka ingrepp. För barn som behöver sövas upprepade gånger kan upplevelsen bli skrämmande, då de inte kommer ihåg vad som hänt tidigare sövning och inte kan förutse vad som kommer att hända (a.a.).

MacLaren och Kain (2009) menar att just sövning av barn som reagerar med fysiskt motstånd utgör ett stort hinder för en lugn sövning. I denna studie beskrivs situationer där informanterna varit tvungna att hålla fast barnet under nedsövningen och trycka andningsmasken över ansiktet. Informanterna upplevde då en känsla av att inte ha utfört ett gott arbete. I en studie om sjuksköterskors emotionella reaktioner när barnet säger nej vid invasiva procedurer (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008) framkom att sjuksköterskorna själva upplevde negativa känslor i form av oro, stress och frustration över att utföra ett moment som barnet inte ville medverka till. Men känslor kunde vara hanterbara då sjuksköterskorna såg till den medicinska fördelen för barnet (a.a.). I denna studie framkom att informanterna helst undvek att söva barn under tvång på grund kraftiga reaktioner hos barnet samt negativa konsekvenser postoperativt, såsom rädsla för framtida sjukhusbesök. Litke, Pikulska och Wegner (2012) menade att barn som är oroliga och sövs under tvång kan reagera med rädsla för framtida besök hos läkaren. Denna studie visade även att vid tillfällen när barnet inte vill bli sövt kunde det vara lämpligt att om möjligt skjuta upp operationen för att kunna förbereda barnet bättre. Denna form av beslut styrks av Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010) som menade att en uppskjuten operation kan innebära att barnet

får chans att bli bättre förberedd inför nästa tillfälle. Vidare kan även barnet få möjlighet att visa hur han/hon kan övervinna rädslan och därmed våga genomföra operationen (a.a.).

Överförbarhet

Överförbarhet innebär att studiens resultat kan användas i andra grupper och kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Henricsson (2012) menar att ett resultat inte är generaliserbart men kan överföras till liknande sammanhang. För att kunna bedöma överförbarhet behövs en tydlig beskrivning av hur datainsamling gått till, deltagare samt analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa faktorer är redovisade i denna studie som berör operationsavdelningar där barn sövs, och studiens resultat bör kunna användas av anestesijuksköterskor vid andra operationsenheter.

Implikation och slutsatser

Anestesisjuksköterskan kan använda olika metoder och tillvägagångssätt för att minska barnets oro inför sövning och öka barnets coping. Detta kan ske genom lek, genom att bekanta barnet och föräldern med operationsmiljön preoperativt samt involvera föräldern i sövningsprocessen.

Studien visar att ett gott bemötande av barn och föräldrar kan påverka sövningen.

Anestesisjuksköterskor strävar efter att skapa delaktighet och trygghet för barnet genom att använda lek och information. Föräldrarna inbjuds att vara involverade och fungera som en resurs i omvårdnaden av barnet. En välinformerad och trygg förälder som är närvarande under sövning och aktiv genom att prata med eller trösta barnet, kan ha en avgörande för förutsättningen att genomföra en god sövning.

Studien uppmärksammar god preoperativ information till barn och förälder som en av de viktigaste aspekterna för en god sövning. Bemötandet av ett barn underlättas när båda har en god bild av hur sövningen förväntas genomföras. Författarna vill därför poängtera att god information en tid innan operation och under tiden barnet förbereds för sövning, gärna i kombination med lek som avledning för små barn, innebär att lugnande läkemedel innan

sövning ofta kan undvikas. Barnet och föräldern kan då få en positiv erfarenhet av sövningen, och eventuella framtida operationer kan bli mindre traumatiska.

Fortsatt forskning om och utveckling av preoperativ information till barn och föräldrar är av betydelse. Författarna har en önskan om att anestesijuksköterskor med liten eller ingen erfarenhet av att söva barn ska kunna använda kunskapen från denna studie för att bättre förstå innebörden av att bemöta barn som ska sövas. Studien belyser inte specifika grupper, så som barn med neuropsykiatriska sjukdomar, exempelvis ADHD eller autism. Vidare forskning på dessa specifika patientgrupper skulle kunna ge ytterligare dimensioner till området. Studien visar hur insyn i barnets livsvärld har betydelse för hur anestesijuksköterskan arbetar med att bemöta barn som ska sövas. Genom anpassning till barnets livsvärld skapas förutsättningar för att sövningsprocessen blir en konst.

Referenser

Abdallah, C., & Hanallah, R. (2011). Premedication of the child undergoing surgery. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 21(2), 165-176.

Banner, D.J. (2010). Qualitative interviewing: preparation for practice. *Canadian Journal of cardiovascular nursing*, 20, 27-34.

Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M., & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children & Young People*, 25, 28-34.

Bevan, J. C., Johnston, C., Haig, M. J., Tousignant, G., Lucy, S., Kirnon, V., & Carranza, R. (1990). Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 37, 177-82.

Bruce, B., & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 214-222.

Carlsson, G. (2012). Critical incident I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 43-55). Lund: Studentlitteratur.

Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization, *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, IL., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, LE., Rosén, H.,

Rydmark, M., & Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-Centered Care: Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-51.

Eriksson, K. (1992). *Vårdprocessen*. (4. uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Fanurik, D., Koh, J. L., & Schmitz, M. L. (2000). Distraction techniques combined with EMLA: Effects on IV insertion pain and distress in children. *Children's Health Care*, 29, 87-101.

Franck, L. S., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30 (3), 265-77.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-12.

Halldin, M. A. B., & Lindahl, S. G. E. (Red.) (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber.

Hallström, I., & Lindberg, T. (2009). *Pediatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Henricsson, M. (red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hovind, I. L. (red.) (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z., & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children: Predictors and outcomes. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 150(12), 1238-45.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Wang S. M., & Hofstadter, M. B. (1999). Postoperative behavioral outcomes in children: effects of sedative premedication. *Anesthesiology*. 90(3), 758-65.

Kain, Z. N., Hofstadter, M. B., Mayes, L. C., Krivutza, D. M., Alexander, G., Wang, S-M., & Reznick, J S. (2000). Midazolam: Effects on Amnesia and Anxiety in Children, *Anesthesiology*, 93(3), 676-684.

Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Krivutza, D. M., Weinberg, M. E., Wang, S-M., & Gaal, D. (2004). Trends in the Practice of Parental Presence During Induction of Anesthesia and the Use of Preoperative Sedative Premedication in the United States, 1995–2002: Results of a Follow-Up National Survey. *Anesthesia & Analgesia*, 98, 1252–9.

Kain Z. N., Mayes L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain B. C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118, 651-8.

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dahlheim Englund, A-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 1-11.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Li, H. C. W., Lopez, V., & Lee, T. L. I. (2007). Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320–332.

Litke, L., Pikulska., A., & Wegner, T. (2012). Management of perioperative stress in children and parents: Part I — The preoperative period. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 44(3), 165-169.

Lloyd, M., Law, G. U., Heard, A., & Kroese, B. (2008). When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures, *Pediatric Nursing*, 20(4), 29-35.

Ludvigsson, J. F. (2002). *Att börja forska: inom medicin, bio- och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ Innehållsanalys I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

MacLaren, J., & Kain, Z-N. (2009). Behavioral Analysis of Children's Response to Induction of Anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 109(5), 1434-1440.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Mansson, M. E., & Dykes, A. K. (2004). Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in Swedish pediatric wards. *Pediatric Nursing*, 30(3), 182-187.

McGraw, T. (1994). Preparing children for the operating room: psychological issues, *Canadian Journal of Anaesthesia*, 41(11), 1094-1103.

Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2010). Family-centred care of children in hospital: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162.

Patel, A., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M. C. J., Schoenberg, C., Delphin, E., & Bennet, H. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 16, 1019–1027.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtat 2014-04-13 från: <http://www.aniva.se/assets/komp-beskrivning--anestesi.pdf>

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

Scully, S. M. (2012). Parental Presence During Pediatric Anesthesia Induction. *AORN Journal*, 96(1), 26-33.

SFS 2010:659. *Patientssäkerhetslag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 2014-04-13 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientssakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtat 2014-04-09 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460

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

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer. (3. uppl.)* Lund: Studentlitteratur.

UNICEF. (2005a). *Convention on the Rights of the Child: Frequently asked questions* Hämtad 2014-05-28 från: http://www.unicef.org/crc/index_30229.html

UNICEF. (2005b). *Convention on the Rights of the Child: Protecting children's rights*. Hämtad 2014-05-28 från: http://www.unicef.org/crc/index_protecting.html

Vaezzadeh, N., Esmaeeli-Douki, Z., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadeghi, R. (2011). The effects of performing preoperative preparation program on school age childrens' s anxiety. *Iranian journal of Pediatrics*, 21, 461-466.

World Medical Association. (2014). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2014-04-09 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

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

Bilaga 1 (1)

Intervjuguide

”Hur länge har du arbetat som anestesijuksköterska?”

”Hur lång erfarenhet har du av att söva barn?”

”Känner du dig trygg i situationen vid sövning av ett barn?”

”Räcker tiden till?”

”Tycker du att det finns någon speciell åldersgrupp som utgör störst utmaning vid sövning av barn?”

”Kan du berätta om föräldrarnas roll när du söver ett barn?”

”Vad gör du för att lugna ett oroligt barn vid sövning?” Behövs premedicinering?”

”Kan du berätta om en situation när du sövde ett barn, en situation som du kände dig tillfreds med.” ”Vad var det som gjorde att du kände dig tillfreds”?

”Kan du berätta om en situation som du inte upplevde som bra ur bemötandesynpunkt? Vad var det som gjorde att du inte kände dig nöjd i just den situationen?”