



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Föräldrarnas upplevelse av mötet med anestesijuksköterskan i samband med barnets operation

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Pernilla Carlsson och Martin Schang

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Magisteruppsats

Våren 2015

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

Föräldrarnas upplevelse av mötet med anestesijuksköterskan i samband med barnets operation

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Pernilla Carlsson och Martin Schang

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Magisteruppsats

Våren 2015

Abstrakt

Bakgrund: När ett barn opereras finns ett starkt samband mellan föräldrarnas och vårdpersonalens beteende vilket påverkar barnet sätt att hantera den nya miljön och anestesin. Att anestesijuksköterskan möter barn i alla åldrar ställer höga krav på bemötandet och hur informationen anpassas till dem och deras föräldrar. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa föräldrarnas upplevelse av mötet med anestesijuksköterskan när deras barn skall sövas inför ett kirurgiskt ingrepp. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer med 14 föräldrar. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet utmynnade i tre kategorier: Information, Föräldrar på operationssalen och Anestesijuksköterskans professionalitet. **Konklusion:** Föräldrarna önskar tydlig information i ett tidigt skede. Anestesijuksköterskans bemötande upplevs viktig för att lämna över barnet i andras händer. Även en lugn miljö på operationssalen var önskvärt.

Nyckelord

Anestesisjuksköterska, Föräldrar, Barn, Upplevelser, Professionalitet

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Definition av föräldrar och barn	5
Föräldrar och barn i vården	6
Anestesimetoder	7
Anestesisjuksköterskans funktionsområde	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Databearbetning	10
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Information	15
Tillräcklig information från anestesisjuksköterskan	15
Ottillräcklig information från anestesisjuksköterskan	16
Föräldrar på operationssalen	17
Tillit till anestesisjuksköterskan	17
Ovan miljö	18
Anestesisjuksköterskans professionalitet	18
Tidspressad anestesisjuksköterska	19
Anestesisjuksköterskans omvårdnad till barnet	19
Anestesisjuksköterskans tillvägagångssätt	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1 (1)	34
Intervjufrågor	34

Problembeskrivning

I Sverige år 2013 opererades 197 515 barn (mellan 0-19 år) varav 60 472 barn fick vård en eller flera dagar postoperativt (Socialstyrelsen, 2014a; Socialstyrelsen, 2014b). Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010) beskriver att mötet med sjukvården blir kortare både före och efter operationen, resultatet kan då bli att föräldrarna ej ges tid och möjlighet att tillräckligt förbereda sig själva och barnet för den kommande operationen även om föräldrarna spenderar något dygn på sjukhus. Därför ställs högre krav på sjukvårdspersonalen som vårdar barnet och föräldrarna (ibid.). Vidare menar Runeson et al. (2010) att kravet finns på anestesijuksköterskan att arbeta effektivt och med hög arbetsbelastning samtidigt ha fokus på patientsäkerheten.

MacLaren Chorney et al. (2009) påpekar att det finns ett starkt samband mellan föräldrarnas och vårdpersonalens beteende och hur barnet hanterar och klarar av den preoperativa fasen och induktionen av anestesin. Berglund, Eriksson, Proczkowska-Björklund och Fridlund (2013) anser att den preoperativa oron kan minska om anestesijuksköterskan involverar både föräldrarna och barnet i den preoperativa processen. Vidare menar de att föräldrarna och barnet måste ses som unika individer och att anestesijuksköterskan ska vara flexibel och anpassa sig till olika situationer (ibid.). Daneman, Macaluso och Guzzetta, (2003) beskriver att föräldrar tillåts hjälpa till i vården av sitt barn, dock till den gräns som vårdpersonalen anser lämpligt för situationen. En känsla av att förlora kontrollen över sitt barn kan drabba föräldern när han/hon överlåter barnet till sjukvårdspersonalen (Andersson, Johansson & Almerud Österberg, 2012)

Då det är många perspektiv som påverkar mötet mellan föräldrar och anestesijuksköterskor är det av stor vikt att belysa dessa krav som ställs på anestesijuksköterskan för ett gott omhändertagande av föräldrarna och barnet som ska sövas i föreliggande studie. Således är studien viktig att genomföra eftersom förståelsen för vilka förhållanden som påverkar föräldrarnas upplevelser av anestesijuksköterskan kan öka.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Familjecentrerad vård innebär att sjuksköterskan ger socialt, känslomässigt och utvecklande stöd till hela familjen när ett barn vistas på sjukhus. Vidare innebär familjecentrerad vård att sjuksköterskan ska samarbeta med familjen så att föräldrarna är delaktiga i vården av barnet (Institute for patient- and family-centered care, 2011). Mikkelsen och Frederiksen (2011) beskriver att familjecentrerad vård innebär att föräldrarna och anestesijuksköterskan har ett gemensamt ansvar för omvårdnaden av barnet. Anestesijuksköterskan skall göra föräldrarna delaktiga i vården av barnet genom att ha gemensamma mål och göra föräldrarna delaktiga i besluten som rör barnet (ibid.). Genom att föräldrarna bjuds in i de medicinska besluten kan de vara delaktiga i behandlingen exempelvis av barnets postoperativa smärtbehandling på ett bättre sätt i hemmet då det har visat sig att föräldrarna inte får tillräckligt med information och därför inte ger sina barn tillräckligt med smärtbehandling efter en operation (MacLaren Chorney & Kain, 2010). Föräldrarna kan uppnå självständighet och kontroll genom att anestesijuksköterskan ger stöd till familjen. Målet med familjecentrerad vård är att föräldrarna ska bli experter och ta över ansvaret för omvårdnaden av sitt barn vilket innebär att familjecentrerad vård sätter familjen i fokus (Mikkelsen & Frederiksen, 2011).

MacLaren et al (2010) beskriver att familjecentrerad perioperativ omvårdnad kan skapas genom en öppen kommunikation mellan anestesijuksköterskan och föräldrarna.

Anestesijuksköterskan ska även bjuda in föräldrarna till att delta i omvårdnaden och vara lyhörd för synpunkter och åsikter som berör det anesthesiologiska förloppet.

Anestesijuksköterskan ska kunna hantera föräldrarnas och barnets oro och ångest och kunna kommunicera med föräldrarna på ett lugnande och stödjande sätt. Anestesijuksköterskan ska även ge information till föräldrarna och barnet så att barnet får en realistisk bild på hur anestesins tillvägagångssätt genomförs. Genom att anestesijuksköterskan tillämpar familjecentrerad omvårdnad ska föräldrarnas oro lindras och föräldrarna ska känna sig omhändertagna av anestesijuksköterskan. Ofta glöms barnen bort när informationen ges eftersom anestesijuksköterskan riktar sin information till föräldrarna. Familjecentrerad vård tillämpas av anestesijuksköterskorna när föräldrarna tillåts att medverka vid anesthesiinduktionen. Genom att föräldrarna medverkar vid anesthesiinduktionen förebyggs barnets oro. Familjecentrerad omvårdnad kan inte tillämpas på samma sätt till alla familjer

utan anestesijuksköterskan måste identifiera vilken typ av omvårdnad och stöd som föräldrarna önskar (ibid.).

Mikkelsen och Frederiksen (2011) påtalar vikten av att anestesijuksköterskan bör ha kompetens i kommunikation och konflikthantering för att kunna utveckla en bra relation till föräldrarna och barnet. Familjecentrerad vård uppstår i situationer där föräldrarna är beroende av anestesijuksköterskans kunskap och anestesijuksköterskan är beroende av barnets känslomässiga anknytning till föräldrarna (ibid.). Anestesijuksköterskan bör skapa god kontakt till barnet genom att exempelvis samtala om barnets intresse och att försöka tillgodose barnets individuella behov (Berglund et al., 2013).

Ygge och Arnetz (2004) beskriver att för att barnets tillit till föräldern inte ska påverkas negativt är det viktigt att främja förhållandet mellan barnet och föräldern. Föräldrarnas delaktighet i omvårdnaden för barnet ska bygga på ett samspel mellan sjuksköterskan och föräldern, vilket innebär att föräldrarna ska bjudas in till att ta del av omvårdnaden av barnet. Vissa föräldrar kan uppleva sig tvingade att delta i omvårdnaden medan andra föräldrar har svårt att begränsa sig och ta ett steg tillbaka. Anestesijuksköterskan måste därför vara lyhörd efter föräldrarnas och barnets relation så att relationen inte påverkas på ett negativt sätt. Ibland kan föräldrarna behöva genomföra uppgifter som inte upplevs positivt, där föräldrarna känner att de inte stödjer barnet utan att de skadar barnet istället, till exempel att hålla fast barnet under en undersökning som kan medfört smärta (ibid.).

Definition av föräldrar och barn

Föräldrar benämns som mor och far enligt föräldrabalken (SFS 1949:381). Då föräldrar idag inte alltid utgörs av en mor och en far används begreppet familj (Wright och Leahey, 1998). Begreppet familj definierar föräldraskapet som en emotionell relation och grundas inte på blodsbanden (ibid.). Föreliggande studie kommer att utgå från att föräldrar definieras enligt Wright och Leahey's begrepp.

Barn definieras enligt Unicef som en person från åldern 0-18 år (UNICEF, 2005). Enligt UNICEFs barnkonvention ska barnets bästa komma i främsta rummet vid beslut som rör barnet. Barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och barnets åsikter ska alltid beaktas utifrån barnets mognad och ålder (UNICEF Sverige, 2009).

Föräldrar och barn i vården

Föräldrar anser att det är viktigt att ha en god kommunikation med anestesijuksköterskan och att anestesijuksköterskan förmedlar en ärlig och förståelig information (Berglund et al, 2013). Föräldrarna upplever att hur informationen förmedlas är viktigt och att anestesijuksköterskorna ska utgå från föräldrarnas och barnens villkor och behov vid informationsutbytet (Karlsson, Rydström, Enskär & Dalheim Englund, 2014). Får föräldrarna både skriftlig och muntlig information om anestesiförloppet i god tid före operationen kan föräldrarna förmedla informationen till barnet så att barnet är förberett för anestesi, vilket leder till minskad oro hos barnet (Berglund et al., 2013; Himes, Munyer & Henley, 2003). I vissa fall har barnet inte blivit informerad om den kommande operationen och dess förberedelser vilket barnet har en rättighet att få veta i förväg (Runesson et al., 2010). Föräldrarna upplever att de ofta får information om tillvägagångssättet av operationen från både anestesiläkaren, anestesijuksköterskan, kirurgläkaren och andra sjuksköterskor, vilket föräldrarna upplever som negativt eftersom informationen upprepas för många gånger (Himes et al., 2003).

Anestesijuksköterskan kan ge information till barnet på olika sätt beroende på vilken ålder barnet är i och vilket behov av information som barnet och föräldrarna har. Det finns olika hjälpmedel, som till exempel fotoalbum, rundvandring på operationsenheten och broschyrer som anestesijuksköterskan kan använda sig av för att förmedla informationen till barnet (Zuwala & Barber, 2001; Hopia, Tomlinson, Pavilainen & Åstedt-Kurki, 2005). Även filmer om anestesi och operationen upplever föräldrarna som positivt att se före barnets operation (Berglund et al., 2013).

Zuwala och Barber (2001) beskriver att det inte var någon skillnad vad det gällde ångest och oro hos föräldrar som medverkade under anesthesiinduktionen och föräldrar som lämnade sina barn före anesthesiinduktionen. Barnet däremot upplevde en trygghet när föräldrarna närvarade vid anesthesiinduktionen. (ibid.). I Himes et al. (2003) studie upplevde både sjuksköterskorna och föräldrarna det som positivt att föräldrarna närvarade under anesthesiinduktionen. När föräldrarna medverkar vid anesthesiinduktionen har relationen mellan anestesijuksköterskan och barnet förbättrats (Berglund et al., 2013). Arai et al. (2007) beskriver att premedicinering ges till barnen för att minska barnens oro och ångest inför operationen även om premedicineringen kan ge postoperativa biverkningar som till exempel agitation. När barnet

får premedicinering och föräldrarna medverkar vid anesthesiinduktionen upplever barnen mindre oro. Genom kombination av lugnande premedicinering och föräldrars närvarande vid anesthesiinduktionen lindrades barnens oro på ett optimalt sätt, än om till exempel ingen premedicinering givits eller något förälder medverkat (ibid.). Föräldrarnas oro inför anestesi minskar när anestesipersonalen småpratar med föräldrarna vilket gör att föräldrarna kan slappna av och hantera situationen på ett bättre sätt. När föräldrarna är lugna minskar även barnens oro (MacLaren Chorney et al., 2009). Induktion av anestesi är den mest stressande faktorn för barnet under operationsförloppet, vilket kan leda till att barnet får smärta, sömnproblem och ätstörningar efter operationen (Berglund et al., 2013).

Anestesimetoder

När barn skall sövas kan två olika metoder tillämpas, antingen kan anestesi induceras intravenöst eller i gasform på mask. För att kunna använda sig av intravenös induktion krävs det att barnet har en venkateter, där läkemedlet kan administreras. Detta sätt är att föredra då insomningen går fort och ger en stabil narkos. Att inducera anestesi på mask är ofta andrahandsvalet då gasen luktar illa och det krävs att masken hålls tät över näsa och mun, detta kan upplevas som stressande och skrämmande då masken hålls hårt mot ansiktet. Gas kan användas för att underhålla anestesi efter att anestesi inducerats intravenöst (Edmond & Eger, 2004)

Anestesisjuksköterskans funktionsområde

Anestesisjuksköterskan skall enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård kunna utföra anesthesiologisk omvårdnad på ett sätt som skapar trygghet hos patienten och är patientsäkert (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2012). Detta kräver att anestesisjuksköterskan har goda kunskaper, inom omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap. Vidare krävs även kunskaper inom till exempel arbetsmiljö, etik, medicinsk teknik och pedagogik (ibid.).

Vidare är det viktigt att anestesisjuksköterskan i sitt dagliga omvårdnadsarbete arbetar aktivt för att skapa tillit, förtroende och trygghet till patient såväl som till närstående samt informera och undervisa patienter och närstående (SSF, 2012). Anestesisjuksköterskan har under det

korta mötet före operationen begränsad tid att inge tillit, förtroende och trygghet för att lindra och motverka oro och rädsla både hos barnet och hos föräldern (Berglund et al., 2013).

Värdegrunden som anestesijuksköterskor arbetar efter är riktlinjer från International Council of Nurses [ICN] och International Federation of Nurse Anesthetists [IFNA] etiska koder. Dessa innebär att anestesijuksköterskan skall ha ett etiskt handlande och ett etiskt förhållningssätt mot patienter och anhöriga. (ICN, 2012; IFNA, 2012). De etiska koderna behandlar patienten som en unik individ med individuella behov, därför är det viktigt att visa omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet, vara uppmärksam och mottaglig för patientens situation (ibid.). Anestesijuksköterskor har en varierad arbetsmarknad, majoriteten arbetar dock på anestesikliniker på operationsavdelningar och det är där mötet med barnet och föräldrarna sannolikt kommer att ske.

Föreliggande studie genomförs eftersom det specifikt saknas studier om hur föräldrarna upplever mötet med anestesijuksköterskan.

Syfte

Syftet med studien var att belysa föräldrarnas upplevelse av mötet med anestesijuksköterskan när deras barn skall sövas inför ett kirurgiskt ingrepp.

Metod

Då syftet med studien var att undersöka olika personers upplevelser i förhållande till ett givet fenomen är kvalitativ metod användbar (Polit & Beck, 2013). Genom att använda kvalitativa metoder kan forskaren få en ökad uppfattning i det undersökta fenomenet. Informanten får i en kvalitativ intervjustudie möjligheter att obehindrat prata om det fenomen som studien avser att undersöka. Metoden som användes var därför en intervjustudie med kvalitativ ansats. Vid bearbetningen av data användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Urval

I studien inkluderades föräldrar till barn mellan 0-18 år där barnen hade genomgått elektiv kirurgi och föräldrarna varit närvarande när barnen hade sövts. Initialt i studien inkluderades barn upp till 12 år men detta fick utökas till 18 år då antalet informanter blev begränsade. Åldern på barnen har avgränsats på grund av att det fram till 12 års ålder är mest troligt att föräldrarna varit närvarande vid induktionen av anestesin, men fick utökas då föräldrar var närvarande med sina barn inne i operationsrummet upptill 18 år. Ett akutsjukhus i Skåne valdes ut, eftersom det där genomfördes kirurgiska ingrepp på barn som var inläggande. Intervjuerna genomfördes från 1:a postoperativa dagen upp till 14 dagar postoperativt, detta för att föräldrarna skulle ha upplevelsen i färskt minne. Exklusionskriterier var föräldrar som inte var svensktalande, akut kirurgi samt dagkirurgi. I föreliggande studie tillämpades strategiskt urval av informanter. Med strategiskt urval menas att informanter väljs ut efter vad som passar studiens syfte gällande barnens ålder.

Datinsamling

Studien har genomförts som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerad intervjuguide med uppföljnings frågor, se bilaga 1. Den semistrukturerade intervjuguiden innebär att författarna ställer frågor utifrån forskningsämnet som informanterna kan svara på genom att fritt berätta med egna ord (Polit & Beck, 2013). Enhetschefer på två barnavdelningar i Skåne kontaktades och tillfrågades personligen av författarna, de fick ta del av projektplan, informationsbrev och samtyckesblankett. Bara en av dessa tillfrågade avdelningar återkom och ville delta i studien. Kontaktperson efterfrågades på vårdavdelningen som skulle välja ut informanter till studien, denna fick även ett informationsblad som innehöll information om den berörda studien. Skriftligt tillstånd inhämtades från verksamhetschefen. Studien omfattade intervjuer med 14 föräldrar. Planeringen var att genomföra 10 intervjuer men eftersom längden på intervjuerna var begränsade utökades istället antalet informanter.

Rekryteringen av informanter pågick under 8 veckor med stöd av kontaktpersonen på den utvalda avdelningen. Varje informant informerades skriftligen och muntligen om studien. Informanterna tillfrågades efter operationen eftersom deras upplevelse skulle vara så opartisk som möjligt. Intervjuerna planerades att genomföras på vårdavdelningen, detta för att värna om sekretessen och tillåta informanten att prata fritt. Dock fick 12 av intervjuer göras på

telefon eftersom informanterna gick hem från barnavdelningen tidigt på morgonen första postoperativa dagen och sedan inte hade möjlighet att träffas personligen för att genomföra intervjun. Två av intervjuerna genomfördes personligen i informanternas hem vid en tidpunkt som informanterna valde. Avsatt tid per intervju var 60 minuter men justerades till 30 minuter efter pilotintervjun, detta ändrades i informationsbrevet till informanterna. Intervjuerna blev mellan 10 till 18 minuter långa. Vidare användes ljudupptagare och varje informant blev tilldelad en kod för att skydda personens integritet, koden kopplades till en persons uppgifter vilka har förvarats på skilda håll. Det inspelade och transkriberade materialet förvarades inlåst tills studien var godkänd och förstördes sedan. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden. Under pilotintervjun tillkom två frågor vilket innebar att intervjuguiden justerades för att ytterligare svara på syftet. Även om intervjuguiden justerades inkluderades ändå pilotintervjun i resultatet eftersom den ansågs vara likvärdig med resterande intervjuer. Båda författarna har varit närvarande vid samtliga intervjuer och båda har varit aktiva i intervjuprocessen, däremot har författarna valt att skifta om att leda och transkribera intervjuerna. Intervjuerna kodades från 1 – 14.

Databearbetning

Analysmetoden som användes i studien var en manifest och latent innehållsanalys med en kvalitativ ansats. En manifest innehållsanalys användes för att tolka det synliga och uppenbara i en text, den latenta innehållsanalysen syftade till att tolka en underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2004). En kvalitativ innehållsanalys används inom omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter som exempelvis utskrifter av intervjuer, observationsprotokoll och dagböcker (ibid.). Innehållsanalysen genomfördes med Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs innehållsanalys. Transkriptionerna av intervjuerna lästes igenom vid upprepade tillfällen, separat av författarna för att få ett helhetsperspektiv. Graneheim och Lundman (2004) understryker detta och menar att författarna bör läsa igenom hela textmaterialet för att få en uppfattning av hela materialet innan processen går vidare. Transkriptionerna delades sedan upp mellan författarna för att plocka ut meningsenheter för att sedan diskutera dessa. Meningsenheter är meningsbärande enheter av texten och kan bestå av ord, meningar eller stycken av text som passar ihop genom sitt innehåll eller sammanhang. För att korta ner texten och göra den mer lätthanterlig har

meningsenheterna sedan kondenseras, av båda författarna. För att underlätta arbetet med texten utan att innehållet eller sammanhanget går förlorat (ibid.).

Nästa steg var att koda meningsetheterna, detta genomfördes genom att båda författarna läste de kondenserade meningsetheterna vid upprepade tillfällen och sedan tilldelade varje meningsethet en etikett som kortfattat beskrev dess innehåll. För att sedan få fram ett resultat ur koderna kategoriserades dem, genom att koder som påminner om varandra placerades ut får man tillsammans fram kategorier och sedan subkategorier. Arbetet med att placera in koder i kategorier gjordes noggrant, inga data fick falla emellan två kategorier eller passa in i flertalet kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Exempel på analysförfarandet presenteras i tabell 1-3.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen för kategorin 'Information'.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Informationen var rak och ärlig. Och de berättade hur det kunde var för och efter operationen. Informationen var väldigt ingående.	Rak och ärlig information som var grundlig.	Ingående information	Tillräcklig information från anestesijuksköterskan	Information
Jag hade önskat att man fick lite mer information innan vi åkte in i förberedelserummet för där inne var man så fokuserad på barnet och kunde inte riktigt ta in vad som ses inne på operationsrummet	Önskvärt med mer information före förberedelserummet. Väl där inne är all fokus på barnet	Information tidigare	Otillräcklig information från anestesijuksköterskan	

Tabell 2. Exempel ur analysprocessen för kategorin 'Föräldrar på operationssalen'.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
De som håller på med såna grejor har jag väldigt stort förtroende för	Stort förtroende för yrkesgruppen	Förtroende för yrkesgruppen	Tillit till anestesijuksköterskan	Föräldrar på operationssalen
Men det är otroligt viktigt i en sådan situation att det är väldigt lugnt och så	Viktigt med en lugn miljö i en sådan situation	Viktigt med lugn miljö	Ovan miljö	

Tabell 3. Exempel ur analysprocessen för kategorin 'Anestesisjuksköterskans professionalitet'

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
... Inte känslan att de ligger back i schemat utan att det ska kännas att fokus är på den som är där då.	Fokus på schemat och inte på patienten	Fokus på schemat	Tidspressad anestesi-sjuksköterska	Anestesi-sjuksköterskans professionalitet
Och sen pratade de lite där och frågade mitt barn om olika viktiga saker och så frågade mig om lite saker	Anestesi-sjuksköterskan frågade saker för att skapa en relation	Frågor för att skapa relation	Anestesi-sjuksköterskans omvårdnad till barnet	
Man vill ju att det ska gå bra, och så var man lite nervös för att han inte hade någon nål och skulle sövas på mask.	Nervös kring genomförandet och anestesimetod	Nervös kring anestesimetod	Anestesi-sjuksköterskans tillvägagångs-sätt	

Etisk avvägning

Föreliggande studie utgick från de fyra etiska principerna samt Helsingforsdeklarationens riktlinjer för etiska förhållningssätt. Innan studien genomfördes gav Lunds Universitets vårdvetenskapliga etiknämnd vid Institutionen för Hälsovetenskaper sitt rådgivande yttrande. Föreliggande studie genomfördes i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor, där syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning (SFS, 2003:460). Tillstånd från verksamhetschef och enhetschef inhämtades för godkännande att genomföra studien i verksamheten. Informanten fick samtycka till att delta i studien och informerades om att deltagande i studien var frivilligt.

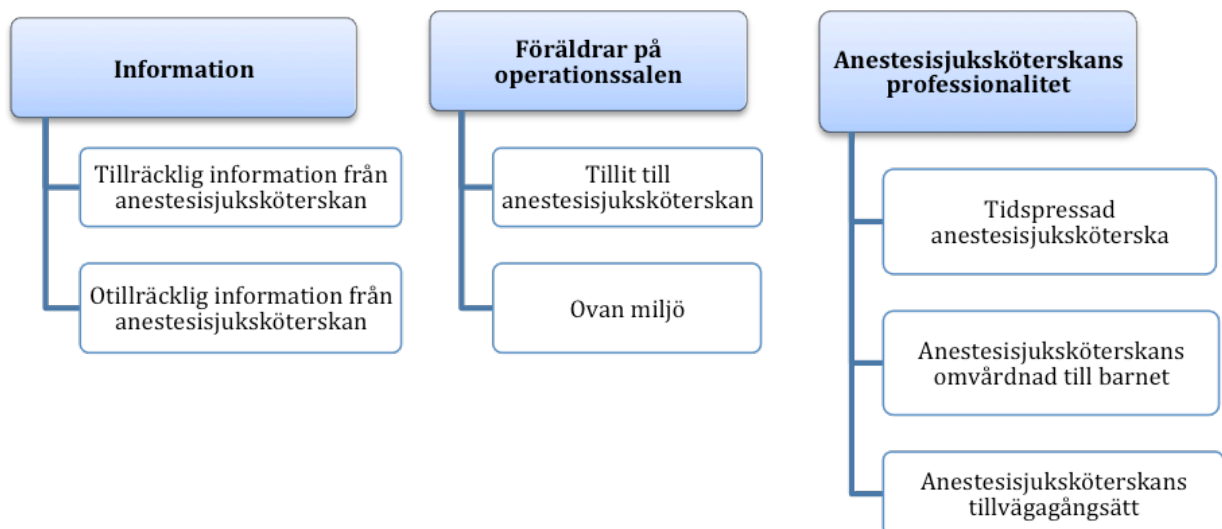
Informanterna var inte vid något tillfälle i beroendeställning till författarna. Samtliga informanter som deltog skrev under att de samtyckte till deltagande i studien.

Lundqvist (2009) beskriver fyra etiska principer inom vården. Dessa är autonomiprincipen, rättvisepincipen, principen att inte skada samt godhetsprincipen. Autonomiprincipen innebär att hänsyn och respekt anpassas efter personens självbestämmande. Det krävs att personen har förmågan att ta beslut för att autonomiprincipen ska kunna tillämpas. Rättvisepincipen innebär att alla människor ska få vård på lika villkor. Skillnader i ålder, kön och nationalitet rättfärdigar inte ojämlikt bemötande. Principen att inte skada innebär att ingen ska utsättas för fara eller skada inom vården och godhetsprincipen innebär att förebygga eller minska skada samt att främja det goda (ibid.). De fyra etiska principerna återspeglas i Hälso- och Sjukvårdslagen [HSL], där lika villkor för vård ska ges till hela befolkningen. Vården ges i respekt för allas lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS, 1982:763).

Helsingforsdeklarationen beskriver att informanterna ska få information om studien innan de deltar. Informationen skall utgå ifrån studiens syfte, upplägg och den förväntade nyttan med studien. Informationen ska även beskriva att deltagande är frivilligt, vad det innebär att vara en informant samt att informanten när som helst har rätt att avbryta sin medverkan i studien utan att det medför negativa följder för informanten (The World Medical Association [WMA], 2013).

Resultat

Efter analysen framkom följande kategorier (blå rutor) och subkategorier (vita rutor):



Information

Nedan presenteras kategorin med subkategorierna 'Tillräcklig information från anestesijuksköterskan' och 'Otilräcklig information från anestesijuksköterskan'.

Tillräcklig information från anestesijuksköterskan

Föräldrarna uttryckte att informationen var kort, tydlig och koncis. Anestesijuksköterskorna förklarade vad som skulle genomföras och föräldrarna upplevde informationen tydlig och lätt att förstå. Informationen ansågs vara väsentlig. Genom att erhålla en tydlig information upplevde föräldrarna minskad oro vilket medförde att de kunde närvara på ett annat sätt med sina barn, eftersom de var medvetna om händelseförloppet på operationssalen. Föräldrarna upplevde anestesijuksköterskorna som kunniga genom den tydliga informationen. När föräldrarna upplevde att informationen var tydlig uttryckte de en känsla av trygghet och att bli omhändertagna. Informationen som förmedlades från anestesijuksköterskorna var ingående och upplevdes som rak och ärlig, vilket upplevdes som positivt.

”Informationen var rak och ärlig och de berättade hur det kunde vara före och efter operationen. Informationen var väldigt ingående” (Informant 1)

Anestesijuksköterskan informerade om vad föräldrarna var i behov av att veta som exempelvis hur barnet skulle reagera på anestesimedlet som gavs. Föräldrarna upplevde det som positivt att anestesijuksköterskan informerade både barnet och föräldern samtidigt. Även att anestesijuksköterskorna anpassade informationen till barnets nivå upplevdes som positivt, ordvalet anpassades efter barnets ålder. Flertalet av föräldrarna beskrev att informationen var viktig eftersom situationen upplevdes som svårhanterlig och påfrestande. Föräldrarna menade på att anestesijuksköterskorna var tydliga med att föräldrarna hade möjlighet att fråga om de undrade över något ytterligare. Föräldrarna upplevde miljön som tillåtande att ställa frågor. Föräldrarna upplevde att informationen som gavs var tillräcklig så att dem fick svar på sina frågor.

” Informationen var jättebra, kort och koncist. Hade man nån fråga kunde man fråga. Jättebra.” (Informant 12)

Otillräcklig information från anestesijuksköterskan

En del av föräldrarna uttryckte också att informationen från anestesijuksköterskan kunde vara otillräcklig. Föräldrarna upplevde det som önskvärt med ytterligare information som berörde hur barnet skulle sövas och hur hela händelseförloppet skulle genomföras.

Föräldrarna önskade även att få information om läkemedel som gavs till barnen samt den medicinska utrustningen som användes och varför den skulle användas, även hur läkemedlen påverkade kroppen och vilka komplikationer som kan uppstå var önskvärt att få information om. Föräldrarna upplevde också att informationen skulle ha förmedlats tidigare, det vill säga redan innan de kom in i förberedelserummet. Föräldrarna beskrev att de inte förstod informationen om anestesi som anestesijuksköterska gav innan barnet skulle sövas och föräldrarna upplevde att de inte uppfattade hela händelseförloppet eftersom anesthesiinduktionen gick fort. Föräldrarna påtalade att kontinuerlig information var viktigt eftersom de hade svårt att förstå och vara beredda på vad som hände även om anestesijuksköterskans information var tydlig. Föräldrarna uttryckte att de inte hade blivit informerade om när de skulle lämna operationssalen, utan blev överraskande när de blev ombedda att gå ut från operationssalen med en personal. Föräldrarna påtalade en önskan om tydligare information från sjuksköterskan så att de kunde fokusera mer på sitt barn.

”Presentera sig innan vi kom in i rummet och förklarade för mig vad som skulle hända, då kanske jag hade kunnat vara lite mer på banan och bli lite mer fokuserad på dem också”
(Informant 5)

Föräldrar upplevde att informationen som förmedlades skulle vara mer detaljerad. Föräldrarna upplevde anestesijuksköterskans information som otillräcklig och detta innebar att de fick ställa många frågor kring anestesi. Informationen som gavs upplevdes som hastig och otydlig. Föräldrarna uttryckte en önskan om att anestesijuksköterskan skulle ge informationen tydligare och långsammare. Föräldrarna menade på att informationen skulle förmedlas i en lugn och trygg miljö så att de kunde fokusera på att lyssna på informationen.

”... så man kunde haft lite lugnare och få ett möte utanför operationssalen, det hade jag kunnat uppskatta, att man fick ta i hand där ute och att man lugnt och metodiskt skulle säga nu kommer vi att rulla in här och nu kommer vi göra detta och så vidare” (Informant 2)

Föräldrar på operationssalen

Nedan presenteras kategorin med subkategorierna 'Tillit till anestesijuksköterskan' och 'Ovan miljö'

Tillit till anestesijuksköterskan

I mötet med anestesijuksköterskan upplevde föräldrarna tillit vilket medförde att de kände sig trygga i en ovan situation. Föräldrarna påtalade vikten av att mötas av en städad och iordningsställd miljö. Detta upplevdes som förtroendeingivande för föräldrarna då de uttryckte vikten av att allt var förberett och klart inför sövningen och operationen. Trots tilliten till sjukvårdspersonalen och anestesijuksköterskan upplevde majoriteten av föräldrar att det var påfrestande och stressande att överlämna sitt barn i andras händer då föräldrarna kände ett ansvar för sina barn. Föräldrarna upplevde ett lugn över att barnet var avslappnad i den nya situationen på operationssalen. Föräldrarna uttryckte att det var viktigt att känna en tillit till anestesijuksköterskan eftersom den nya situationen upplevdes som jobbigt och påfrestande.

”Det är jobbigt att se mitt barn gå igenom detta och därför kändes det tryggare när jag kände ett förtroende för anestesijuksköterskan” (informant 13)

Tilliten till anestesijuksköterskan försämrades då anestesijuksköterskan inte lyssnade i alla situationer gällande föräldrarnas önskemål. Föräldrarna påtalade även att tilliten till anestesijuksköterskan försvårades när barnets välbefinnande inte tillgodosågs, till exempel när anestesijuksköterskan vid inte lyssnade fullt ut på föräldern. Föräldrar uttryckte också att de överlämnade sig själva till anestesijuksköterskan och att de hade en tillit till denne.

”Det var först när jag gick ut som det kändes jobbigt och stressande, att lämna sin dotter i andras händer.” (Informant 1)

Ovan miljö

Föräldrar upplevde att de var fokuserade på sina barn och inte var medvetna om omgivningen, och detta medförde svårigheter att ta in informationen som gavs om anestesi och händelseförloppet. Föräldrarna uttryckte också att de kände sig ”små” i förhållande till operationsorganisationen när de kom in på operationssalen. Operationssalen upplevdes kall och öde för föräldrarna, men samtidigt uttryckte de att de kände sig trygga på operationssalen eftersom anestesijuksköterskan bemötte föräldrarna och barnet på ett positivt sätt. Föräldrar upplevde att de fick koncentrera sig för att inte visa sin oro och nervositet inför barnet, detta för att barnet inte skulle bli påverkad av situationen.

”För mig var det ganska svårt att ta in allt, man är ju inte så närvarande” (Informant 5)

Föräldrarna förväntade sig inte väntetid i sänghallen och det kunde förekomma att de fick vänta 30- 40 minuter vilket upplevdes som stressande. Miljön på operationssalen ansågs vara otäck eftersom det fanns medicinsk utrustning och övervakningsapparater vilket föräldrarna upplevde som skrämmande och att de var rädda för den nya och ovana situationen. Lugnare miljö uttrycktes som önskvärt av föräldrarna då de ansåg att det var för hög ljudnivå med för mycket personal inne på operationssalen och de kunde inte fokusera på sina barn, heller inte ta till sig information på ett adekvat sätt. Negativa förväntningar var något som påverkade föräldrarna då de inte hade en bild över händelseförloppet i förväg.

”Och det var ju en hemsk grej där, att följa med sitt barn in i en sån grej. Just med narkos och sånt, liksom man har ju ändå hört lite grejor. Allt kan hända.” (Informant 8)

Anestesisjuksköterskans professionalitet

Nedan presenteras kategorin med subkategorierna ’Tidspressad anestesisjuksköterska’, ’Anestesisjuksköterskans omvårdnad till barnet’ och ’Anestesisjuksköterskans tillvägagångsätt’.

Tidspressad anestesijuksköterska

Anestesisjuksköterskan upplevdes som stressad av en del föräldrar eftersom de beskrev att anestesisjuksköterskan kunde ha fokus på exempelvis schemat och inte den nuvarande patienten. Dock påtalade föräldrarna att de hade förståelse för att personalen hade ett pressat arbetsschema.

”Men det ska vara en skön miljö att vara i, inte känslan att de ligger back i schemat utan att det ska kännas som att fokus är på den som är där då” (Informant 2)

Föräldrarna kunde uppleva en viss stress hos anestesisjuksköterskorna men detta beskrevs av föräldrarna inte påverka bemötandet. Föräldrarna upplevde det som viktigt att anestesisjuksköterskan tog sig tid för att skapa en relation till barnet och att de skulle förvissa sig om att barnet förstod vad som skulle ske trots att anestesisjuksköterskorna var fokuserade på tiden. En del föräldrar upplevde mötet med anestesisjuksköterskan som hastigt fast ändå positivt så denne visade engagemang för barnet och föräldrarna.

”Allt gick väldigt hastigt och lustigt, men väldigt bra. Jag kände att de jobbade snabbt för att mitt barn inte skulle ligga där och vara rädd för länge” (Informant 14)

Anestesisjuksköterskans omvårdnad till barnet

Föräldrarna beskrev att de upplevde ett lugnt och positivt bemötande från anestesisjuksköterskan där de arbetade utifrån att göra det bästa för barnets välbefinnande. Föräldrarna uttryckte även att lugnande premedicinering till barnet var av betydelse vid de tillfällen där barnet var oroligt eftersom barnet hanterade den pressade situationen i operationsalen på ett bättre och lugnare sätt. Genom att barnet var lugnt och avslappnat kunde anestesisjuksköterskan skapa en relation med barnet och bygga upp ett förtroende utan att tvinga barnet till något, vilket upplevdes som tryggt av föräldrarna. Vidare upplevde föräldrarna att de och barnen fick ett professionellt bemötande från anestesisjuksköterskorna.

”Men jag kände mig trygg i bemötandet och i hur professionella de var på narkossidan”
(Informant 1)

Anestesisjuksköterskorna upplevdes som trygga, positiva och trevliga. Flertalet föräldrarna ansåg att anestesisjuksköterskan utförde sitt arbete exemplariskt då de sövde barnen efter föräldrarnas och barnens förutsättningar och önskemål. Föräldrarna påtalade detta som viktigt eftersom de ville att barnen skulle få med sig positiva minnen från operationssalen. Vidare beskrev föräldrarna att anestesisjuksköterskorna försökte etablera en relation till barnen genom att fråga om fritidsintresse, detta ansåg föräldrarna vara positivt. Att anestesisjuksköterskorna använde sig av avledande strategier så som att de pratade om annat upplevdes som positivt. Föräldrarna uttryckte det som positivt att barnet fick leka med andningsmasken innan anesthesiinduktionen och detta medförde att barnet inte fann andningsmasken lika skrämmande. För att avleda barnen ytterligare använde sig anestesisjuksköterskan även av andra tekniker för att avleda uppmärksamhet/stress, till exempel såpbubblor och en valfri leksak, vilket upplevdes som positivt i anestesisjuksköterskans bemötande. Detta ansågs viktigt då föräldrarna upplevde att barnen blev lugnare och kunde slappna av. De upplevde det vidare som positivt med en plansch med exempelvis alfabetet eftersom detta avledde barnets uppmärksamhet vid omvårdnaden av barnet när olika mätutrustning skulle kopplas. Fåtalet föräldrar upplevde dock att planschen skulle komma i tidigare skede för att undvika oro hos barnet.

”Sen kom en sköterska som visade mitt barn en penna och blåste såpbubblor med henne medans de andra satte klämmor och grejor överallt så då var hon helt fokuserad på den här grejen, så det var jättebra” (Informant 3)

”En bra grej som de gjorde där inne var att de hade en lite tavla/karta med alfabetet som de lade mellan hans ansikte och den nålen så att han inte skulle få se att de pillade med den nålen. ... Hela grejen med tavlan var jätte bra.”(Informant 5)

Föräldrarna uttryckte att när barnen var oroliga medförde det att föräldrarna inte kunde slappna av och att förberedelserna inför anesthesiinduktionen blev svårhanterligt för föräldrarna och att mötet med anestesisjuksköterskan påverkades. Föräldrarna uttryckte vidare att de behövde stålsätta sig själva när de kände sig tvungna att hålla fast barnet och tvinga barnet till att genomgå en obehaglig upplevelse, till exempel att hålla masken över barnets mun och näsa, vilket medförde att föräldrarna upplevde att stödet från anestesisjuksköterskan under anesthesiinduktionen var viktigt.

”...Då kanske både jag och min sambo hade kunnat vara lugnare också. Även om man försöker stålsätta sig så är det tufft när barnet är så uppstressat och man inte kan göra något för att lugna ner honom.” (Informant 11)

Anestesisjuksköterskans tillvägagångssätt

Hanteringen av utrustningen upplevdes av vissa föräldrarna hade kunnat vara bättre, då de upplevde att det kunde bli stress och oro kring andningsmasken. Föräldrarna upplevde att de hade ett stort förtroende för yrkesgruppen. Det upplevdes positivt att anestesisjuksköterskan var skicklig på att sätta PVK på barnet då de ofta kunde genomföra det på första försöket. Genom att barnet hade fått EMLA-plåster på avdelningen tidigare medförde att barnet inte reagerade lika starkt på smärtan vid PVK-sticket vilket föräldrarna upplevde som viktigt för att barnet inte skulle bli rädd för anestesisjuksköterskan.

”Jag tyckte att det var bra att anestesisjuksköterskan var skicklig på att sätta flygplanet (PVK) på barnet och att det lyckades på första försöket” (Informant 9)

Vidare ansåg föräldrarna att anestesisjuksköterskan försökte sätta PVK trots att föräldrarna påtalade att barnet var svårstucket, när anestesisjuksköterskan sedan misslyckades med PVK:sättningen men ändå fortsatte med ytterligare försök upplevdes detta som negativt. Föräldrarna upplevde situationen som kaosartad när anestesisjuksköterskorna inte lyckades med att sätta PVK trots upprepade försök och detta medförde att barnet fick sövas på mask. Föräldrarna upplevde en oro och nervositet när barnet inte hade en PVK och att anesthesiinduktionen skulle ske på mask och att barnet inte skulle acceptera att masken var tätslutande över barnets mun och näsa.

”När vi sövde det andra barnet var det katastrof för att pappan fick hålla fast honom och fick trycka upp masken och det vill man ju inte. Man vill att det ska gå bra och så var man lite nervös för att han inte hade någon nål och att han skulle sövas med mask.”(Informant 7)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa föräldrarnas upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan när deras barn skulle sövas inför ett kirurgiskt ingrepp. En kvalitativ metod valdes ut då det via intervjuer ansågs kunna ge en ökad förståelse för hur föräldrarna upplevde mötet med anestesijuksköterskan.

Kunskap som har inhämtats till bakgrunden i studien kan också ha bidragit till en förförståelse i ämnet. En förutsättning för att kunna formulera ett syfte och utforma en intervjuguide kräver en viss förutsättning för förförståelsen (Trost, 2010; Dahlberg, 1997). Genom att ställa öppna frågor under intervjuerna kunde förförståelsen hanteras tillsammans med att författarna hade ett öppet förhållningssätt för resultatet. Ingen av författarna har barn, således förekommer ingen förförståelse ur det perspektivet.

För att öka studiens trovärdighet används ett strategiskt urval. Variationer i ålder, kön och erfarenheter kan öka giltigheten av studien, vilket förstärker studiens stabilitet (Graneheim & Lundman, 2004). I studien inkluderades både män och kvinnor, fördelningen var ungefär hälften kvinnor hälften män. För att öka stabiliteten av studien ska urvalet vara tydligt beskrivet (Polit & Beck, 2013). Föräldrarna redogjorde under intervjuerna för sina tidigare erfarenheter av anestesin av sina barn vid vilket bidrog till resultatet. Genom att bara inkludera elektiva operationer exkluderades per automatik akuta operationer vilket ses som en styrka eftersom föräldrarna förbereds på ett annat sätt vid elektiva operationer.

Den semistrukturerade intervjuguiden utformades utifrån föreliggande studies syfte, genom att den var uppbyggd genom öppna frågor kunde informanterna prata fritt kring ämnet som efterfrågades. Detta resulterade i ett informationsrikt material. Genom att följdfrågor användes stärktes giltigheten eftersom informanterna kunde utveckla sina svar, vilket informanterna gjorde. Samtliga intervjuer genomfördes med båda författarna närvarande, detta ses som en styrka i studien då båda författarna har begränsad erfarenhet av intervjuförfarandet. Genom att båda författarna deltog i intervjuerna ansågs samverkan mellan författarna bidra till ökad förståelse och större informationsmängd, vilket medför en ökad

giltighet. En pilotintervju genomfördes, dels för att testa intervjuguiden samt intervjutekniken. Trots att intervjuguiden justerades efter pilotintervjun valdes denna ändå att inkluderas eftersom de två intervjuguiderna var jämförbara och innehållet i materialet var likvärdigt. Inför varje intervju informerades informanterna om studiens syfte och bakgrund.

En enkätstudie hade ej kunnat tillämpas på det valda syftet då informanterna inte hade kunnat uttrycka sina upplevelser. En observationsstudie hade inte kunnat observera upplevelser (Polit & Beck, 2013). En kontaktperson valde ut informanter och tillfrågade dessa om de vill delta i studien. Däremot blev flera i personalen på avdelningen involverade eftersom kontaktpersonen hade fler åtaganden på avdelningen. Detta ses som en svaghet i studien då det fanns en risk att några föräldrar inte blev tillfrågade att delta i studien och urvalet kan ha påverkats. Informanterna tillfrågades till att delta i studien först efter operationen och de återkommit till avdelningen och när personalen på avdelningen ansåg att de var mottagliga för att fatta ett sådant beslut, så att informanterna inte skulle känna sig beroende av att ställa upp så att det inte skulle påverka barnets omvårdnad på sjukhuset. Informanterna var inte i beroendeställning till sjukvården under studien, vilket enligt Polit och Beck (2013) är ett viktigt krav att uppfylla. Informationsbladet som gavs till informanterna angav att avsatt tid för varje enskild intervju var 30 minuter, detta kan ha påverkat antalet föräldrar som valt att delta i studien. Antalet föräldrar som valt att delta i studien kan ha påverkats negativt av att informationsbladet ej justerades under processens gång angående att intervjuerna kunde ske som telefonintervju, alternativt personligt möte eftersom föräldrarna inte hade möjlighet att stanna kvar på sjukhuset med sina barn efter att de blivit utskrivna från vårdavdelningen. Detta antogs också ha påverkat antalet informanter som valt att delta i studien.

Föräldrarnas möte med anesthesisjuksköterskorna varade cirka 10-15 minuter. För att få ett trovärdigt resultat utökades antalet informanter från 10 till 14. Den korta intervjutiden kan ha påverkat studiens resultat negativt. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det viktigaste med intervjuerna är kvaliteten och inte tidslängden på intervjuerna. Informanternas svar kunde inte utvecklas ytterligare, trots följdfrågor. 12 av intervjuerna genomfördes via telefon på grund av att föräldrarna och barnet gick hem från avdelningen redan den första postoperativa dagen. Nackdelen med telefonintervju var att informanternas ansiktsuttryck eller kroppsspråk inte kunde förmedlas och därmed gick förlorad. Två av intervjuerna genomfördes som ett personligt möte hemma hos informanterna. När intervjuerna genomfördes var informanterna i en trygg miljö vilket gjorde att de förhoppningsvis kände sig

mer avslappnade än i en sjukhusmiljö. Stabiliteten i resultatet påverkades eftersom intervjuguiden ändrades efter pilotintervjun och att intervjuerna genomfördes både via telefon och med personligt möte.

Transkriberingen genomfördes direkt efter intervjutillfället för att ha intervjun i färskt minne. För att få en uppfattning om hela materialet lästes det igenom flertalet gånger, vilket underlättade processen när författarna skulle välja ut meningsenheter som svarade till syftet och för att minimera risken att betydande data utelämnades. För att kategorierna skulle spegla resultatet skedde en kontinuerlig reflektion över gällande subkategoriernas innehåll. Genom att analysen är tydligt beskriven kan studiens stabilitet förstärkas (Polit & Beck, 2013). Genom att en innehållsanalys där det lyfts fram meningsenheter i det transkriberade materialet svarar mot syftet kan giltigheten av studien lyftas fram (Graneheim & Lundman, 2004). Giltigheten hade kunnat förstärkas om författarna genomfört analysprocessen enskilt och sedan jämfört överensstämmelsen av kategorierna. Stabiliteten kan även förstärkas av exempel av analysen av det transkriberade materialet, tabell 1-3. Stabiliteten och trovärdigheten av det transkriberade och analyserade materialet förstärktes eftersom handledaren läst igenom materialet delar av materialet. Vald analysmetod bidrog till att besvara studiens syfte genom att den beskrev det synliga i det transkriberade materialet. Ett manifest resultat framkom medan ett latent resultat eftersträvades men inte kunde uppnås.

För att kunna överföra kvalitativ forskning och generalisera resultatet i en verksamhet krävs det att liknande mönster i resultatet kan framkomma i flera olika studier (Polit & Beck, 2013). Det är sedan upp till den som läser studien att bestämma om studiens resultat är överförbart till en verksamhet (Graneheim & Lundman, 2004). Således är studiens resultat överförbart till verksamheter där barn och föräldrar vårdas.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie upplevde föräldrarna att det fanns omständigheter i mötet med anestesijuksköterskan som påverkade dem och deras barn. I resultatet framkom det att informationen var av stor betydelse vid mötet med anestesijuksköterskan eftersom detta medförde att föräldrarna upplevde att de hade kontroll över situationen när de visste vad som skulle hända på operationsalen och med deras barn. Healy (2013) stöder detta genom att

påvisa vikten av informationen, dels när informationen ges och omfattningen. Studiens resultat påvisade att föräldrar som var väl informerade om händelseförloppet kunde närvara på ett bättre sätt med sina barn på operationssalen. Hopia et al. (2005) styrker detta genom att föräldrar som är insatta i en viss situation och får tillräcklig information kan stödja sina barn och tillsammans med vårdpersonalen kunna ta beslut angående barnets omvårdnad. Vidare kan informationen leda till att föräldrarna kan bli involverade i omvårdnaden av barnet och det finns möjlighet att familjecentrerad vård kan tillämpas (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). I studiens resultat anpassade anestesijuksköterskorna informationen till föräldrarna och barnet utifrån deras behov. Hopia et al. (2005) beskrev att individanpassad information var av betydelse eftersom det kunde hjälpa föräldrarna att hantera situationen på sjukhuset. Resultatet i studien visade att informationen som gavs skulle vara rak och ärlig. Detta bekräftar även MacLaren Chorney och Kain (2010) som beskriver att informationen ska vara utifrån ett familjecentrerat perspektiv där anestesijuksköterskan förmedlar en saklig information.

I enlighet med föreliggande studie påvisade studier av Healy, (2013); och Andersson et al. (2012) att föräldrarna önskade ytterligare information gällande utrustningen i operationssalen och om läkemedlen som gavs till barnet. Föräldrarna i den presenterade studien var inte medvetna om anestesimetoden, det vill säga om barnet skulle få narkos i gasform eller intravenöst. Detta motstrider ett resultat från Himes et al. (2003) som menade på att samtliga föräldrar i deras studie var medvetna om anestesimetoden. I enlighet med föreliggande studie önskade föräldrarna tydligare information angående vid vilken tidpunkt av sövningen som de skulle lämna operationssalen (ibid.). Resultatet visade att föräldrarna önskade att få informationen tidigare, till och med innan de kom in i föreberegningsrummet, detta stöds också av Himes et al. (2003) som menar på att informationen om sövningen inte bör ges för nära in på sövningen då föräldrarna inte är mottagliga för informationen. Ur resultatet framkom en önskan att få information eventuella komplikationer av anestesi. Detta visade även MacLaren Chorney och Kain (2010); Hopia et al. (2005) som menade att föräldrarna önskade att få informationen i ett tidigt skede då det kan leda till att minska deras oro och ångest samt öka föräldrarnas kunskap och därmed förmedla ett lugn till barnet. Samtidigt ska informationen inte förmedlas för tidigt eller i onödan eftersom det kunde skapa stress och oro hos föräldrarna (Himes et al., 2003). Sålles kan familjecentrerad vård appliceras i mötet mellan familjen och anestesijuksköterskan eftersom föräldrarna har rätt att få information om komplikationer till följd av anesthesiinduktionen (MacLaren Chorney & Kain, 2010). Det är

viktigt att föräldrarna får information som är anpassat efter barnets förutsättningar, för att de skall känna trygga och omhändertagna av anestesijuksköterskan.

Den presenterade studien visade på att föräldrarna upplevde oro och stress inför att lämna över sitt barn i andras händer trots tilliten till sjukvården och anestesijuksköterskorna. Detta påvisades också av Andersson et al. (2012); Himes et al. (2003), att föräldrarna känner störst oro inför anestesin och anesthesiinduktionen. De upplever vidare en ökad trygghet i anestesijuksköterskans närhet (Andersson et al., 2012). Föräldrarna upplevde att de blivit väl förbereda inför anesthesiinduktionen och att det påverkade deras tillit till anestesijuksköterskan på ett tillfredställande sätt (Himes et al., 2003). I enighet med föreliggande studie ansåg Andersson et al. (2012) att föräldrarna kunde uppleva att de kände sig små och begränsade i sitt handlande när de befann sig på operationssalen. Genom att personalen bjuder in föräldrarna i omvårdnaden och ger föräldrarna emotionellt stöd kan familjecentrerad vård tillämpas, även i situationer där föräldrarna inte känner sig trygga (Mikkelsen & Frederiksen, 2010). Väntetiden i sänghallen hade en stressande effekt på föräldrarna som menar att de inte var förberedda på den långa väntan, liknande resultat framkommer även i studier av Andersson et al. (2012) och Hallström, Runesson & Elander (2002). Det kan vara av betydelse att föräldrarna känner ett förtroende för anestesijuksköterskan när de lämnar över sitt barn.

I studiens resultat framkom att föräldrarna upplevde anestesijuksköterskorna som stressade och att de hade ett pressat tidsschema att hålla. Detta framkom även i en studie av Ygge och Arnetz (2004) som beskrev att föräldrarna upplevde sjuksköterskorna som stressade och att de undvek föräldrarna eftersom de inte hade tid att svara på frågor. Pressade operationsprogram till följd av tidsbrist kunde leda till att individuell anpassning försvåras och därmed blev delaktigheten lidande (Wennström, Hallberg & Bergh, 2008). Karlsson et al. (2014) beskriver att det är av stor vikt att personalen tar sig tid för barnen i nya och ovana miljöer för att stödja barnet i dess rädsla och oro. I studiens resultat framkom det att föräldrarna upplevde att det var viktigt att anestesijuksköterskorna genomförde omvårdnadsarbetet utifrån barnets välbefinnande. Detta beskrivs i Runesson et al. (2010) studie där anestesijuksköterskan valde att låta barnet sova vidare vid förberedelserna av anestesin för att inte traumatisera barnet. Berglund et al. (2014) beskrev att samarbete mellan personalen på operationssalen var önskvärt för att snabba på händelseförloppet inne på operationssalen, samtidigt som kontakten mellan anestesijuksköterskan och barnet påverkades negativt eftersom annan personal bröt

kontakten. Vidare beskrev Runesson et al. (2010) att var det viktigt att barnet var införstådd med vad som skulle ske på operationssalen och att föräldrarna informerat barnet i hemmet om anestesiförloppet eftersom det var tidskrävande och stressande för anestesijuksköterskan att gå igenom händelseförloppet med barnet inne på operationssalen samtidigt som en relation skulle skapas (ibid.). För att inte traumatisera barnet och göra det rädd för sjukhusmiljön är det viktigt att anestesijuksköterskan arbetar på ett förebyggande sätt, för att förhindra detta.

I enlighet med studiens resultat beskriver Hallström, Runesson och Elander (2002) att kompetens och professionalitet hos personalen var viktiga aspekter i bemötandet. Vidare uttryckte föräldrarna att personalen skulle respektera barnets önskemål och ge omvårdnad utifrån barnets individuella behov (ibid.). Även Karlsson et al. (2014) beskriver att sjuksköterskan arbetade utifrån barnens individuella omvårdnadsbehov. Maclaren Chorney och Kain (2010) påtalar att när anestesijuksköterskorna ska tillämpa familjecentrerad vård krävs det att föräldrarna är närvarande vid anesthesiinduktionen och förberedelserna för anestesin. Vidare är det viktigt att anestesijuksköterskan identifierar föräldrarnas oro och respekterar föräldrarnas individuella behov av stöd inne på operationssalen för att anestesijuksköterskorna ska kunna utföra omvårdnad ur ett familjecentrerat perspektiv (Maclaren Chorney & Kain, 2010). I studiens resultat framkommer det att föräldrarna upplever anestesijuksköterskan bemötande till barnet som viktigt. Karlsson et al. (2014) beskriver att anestesijuksköterskorna skapade en relation till barnet kunde de stödja barnet på ett bättre sätt och förstå barnets rädsla inför en ny och skrämmande situation. När anestesijuksköterskorna lekte med barnet skapades en bra och trygg kontakt (ibid.). För att inte barnen skulle bli rädda för masken fick de leka lite med den innan anesthesiinduktionen startade, vilket föräldrarna upplevde som positivt eftersom barnen befann sig i en främmande miljö (Himes et al., 2003). Anestesijuksköterskorna påtalade vikten av att ge omvårdnad till barnen utifrån hur rädda eller nyfikna de var inför den ovana situationen. Detta ledde till att anestesijuksköterskorna kunde ge en individanpassad omvårdnad till barnet (Karlsson et al., 2014). Att anestesijuksköterskan skapar en relation till barnet och föräldern anses viktigt då det underlättar omvårdnaden och bemötandet på operationssalen. Familjecentrerad vård hade varit applicerbart i verksamheten för att skapa en relation mellan anestesijuksköterskan och föräldrarna.

Studiens resultat visade på att föräldrarna upplevde att anestesisjuksköterskornas hantering av utrustning kunde ha varit bättre. Ygge och Arnetz (2004) stödjer att anestesisjuksköterskornas hantering av utrustningen kunde förbättras i sin studie. Vidare ansåg föräldrarna i studien att miljön på operationssalen var viktigt, hur allt var organiserat och hur mycket liv och rörelse det var inne på salen. Föräldrarna upplevde ofta miljön som främmande och okänd (Fegran & Helseth, 2009). I enlighet med studiens resultat beskrivs en lugn omgivande miljö som en viktig del för att föräldrarna ska känna sig trygga (Hallström et al., 2002).

Himes et al. (2003) beskriver att föräldrarna upplevde att stödet från anestesisjuksköterskorna var viktigt vid anesthesiinduktionen. Föräldrarna i den presenterade studien upplevde det som positivt när anestesisjuksköterskorna använde sig av avledande strategier vid omvårdnadsarbetet, vilket bekräftas studien av Karlson et al. (2014) där barnens uppmärksamhet avleddes vid till exempel PVK-sättning. Vidare bekräftas detta i Berglund et al. (2013) studie där anestesisjuksköterskorna använde sig av filmer för att avleda barnets uppmärksamhet vid omvårdnaden till barnet. I studiens resultat framkom det att föräldrarna upplevde att anestesisjuksköterskorna inte lyssnade på föräldrarna när de påtalade att barnet var svårstuckat och att anestesisjuksköterskorna stack barnet ett flertal gånger utan att lyckas med PVK-sättning. Detta styrks i Hall (2005) studie där föräldrarna kände sig ignorerade och misstrodda av personalen när de uttryckte sin oro för sina barn. Föräldrarna i studien upplevde situationen som pressad när barnet inte ville medverka och att föräldrarna fick tvinga barnet till något de inte ville genomföra, till exempel att masken hölls tätt över barnets mun och näsa. Detta var även ett problem för anestesisjuksköterskorna i en studie av Runesson et al. (2010) där anestesisjuksköterskorna upplevde att relationen mellan barnet och anestesisjuksköterskan försämrades när anestesisjuksköterskan höll fast masken över barnets ansikte. Att barnet tvingas genomgå en maskinduktion där föräldrarna och anestesisjuksköterskorna får hålla fast barnet styrks i en studie av Berglund et al. (2013). Det kunde även leda till konsekvenser för barnet i framtiden då förtroendet för sjukvården brast och barnet såg sjukhuset som en skrämmande miljö (Runesson et al., 2010).

Konklusion och implikationer

Studien visar på vikten av att ge information till föräldrarna i ett tidigt skede. Vidare framkommer det att bemötandet av anestesijuksköterskan har stor betydelse för hur föräldrarna hanterar situationen och därmed kan vara mentalt närvarande för sina barn. För att anestesijuksköterskan ska bygga upp ett förtroende till föräldrarna och barnet är det viktigt att miljön på salen är lugn och iordningställd. Vidare är det viktigt att anestesijuksköterskan ges tid för varje enskilt barn och inte fokuserar på det pressade tidsschemat. Fortsatt forskning kring föräldrarnas upplevelser behövs för att optimera upplevelsen när barnet skall sövas, då föräldrarnas beteende är starkt kopplat till hur barnet reagerar i den nya och främmande miljön. Genom att studiens resultat appliceras i verksamheten kan mötet mellan föräldrarna och anestesijuksköterskan förbättras och därigenom bidra till en tryggare miljö för barnet.

Referenser

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

Arai, Y-C., Ito, H., Kandatzu, N., Kurokawa, S., Kinugasa, S., & Komatsu, T. (2007). Parental presence during induction enhances the effect of oral Midazolam on emergence behavior of children undergoing general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*, 51, 858-861.

Berglund, I., Eriksson, E., Proczkowska-Björklund M., & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children and Young People*, 25(1), 28-34.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Daneman, S., Macaluso, J., & Guzzetta, C. (2003). Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 8(3), 90-98.

Edmond, I., & Eger, II. (2004). Characteristics of anesthetic agents used for induction and maintenance of general anesthesia. *American Society of Health-System Pharmacists*, 61, 53-59.

Fegran L, Helseth S, (2009) The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal Caring Science*, 23, 667-673.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hall, E. (2005). Being in an alien world: Danish parents' lived experience when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 179-185.

Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140-148.

Healy, K. (2013). A Descriptive Survey of the Information Needs of Parents of Children Admitted for Same Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 179–185.

Himes, M., Munyer, K., & Henley, S. (2003). Parental presence during pediatric anesthetic. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 71(4), 293-298.

Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experience and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of clinical nursing*, 14, 212-222.

Institute for patient- and family-centered care. (2011). *What is patient- and family-centered care?*. <http://www.ipfcc.org/about/index.html> Hämtad 2014-12-16

ICN etiska kod

International Council of Nurses (ICN). (2012). *Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 27 december 2014. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>

International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA). (2012). *Standards of Education, Practice, Monitoring and Code of Ethics*. Hämtad 27 december 2014. http://ifna-int.org/ifna/e107_files/downloads/IFNA-standards-2012.pdf

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

Lundqvist, A. (2009). Värdegrund och etiska perspektiv i barnhälsovård och barnsjukvård. Sid 31-36. Edvinsson Månsson, M., & Enskär, K. *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

MacLaren Chorney, J., Torrey, C., Blount, R., McLaren, C., Chen W., & Kain Z. (2009) Healthcare Provider and Parent Behavior and Children's Coping and Distress at Anesthesia Induction. *Anesthesiology*, 111, 1290 – 1296.

MacLaren Chorney, J., & Kain, Z. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 3(112), 751-755.

Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1152-1162.

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. Chat Conversation End

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], (2012) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. <http://www.aniva.se/assets/komp-beskrivning--anestesi.pdf>
Hämtad 29 december 2014

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

SFS 1949:381. *Föräldrabalken*. Stockholm: Riksdagen

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

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen

Socialstyrelsen. (2014b) *Dagkirurgi*.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dagkirurgi> Hämtad den 18 december 2014.

Socialstyrelsen. (2014a) *Operation i slutenvård*.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard> Hämtad den 18 december 2014.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

UNICEF. (2005). *Convention on the Rights of the Child: Frequently asked questions*.

http://www.unicef.org/crc/index_30229.html Hämtad den 16 december 2014.

UNICEF Sverige (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*.

Stockholm: UNICEF Sverige.

<http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf>

Hämtad den 16 december 2014.

Ygge, B., & Arnetz, J. (2004). A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care:

Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(3), 217-223.

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

World Medical Association Declaration of Helsinki (2013). *Ethical principles of medical research involving human subjects..*

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> Hämtad 27 december 2014

Wright, L. M. & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Intervjufrågor

Berätta om ankomsten till operationsavdelningen.

Vilka förväntningar hade du?

Har du varit med om liknande situationer tidigare?

Var det tydligt vem som var anestesijuksköterskan?

Berätta om första mötet med anestesijuksköterskan.

Hur upplevde du anestesijuksköterskan?

Hur upplevde du informationen som gavs om anestesi?

Är det något anestesijuksköterskan skulle gjort annorlunda?

Berätta om hur det gick till när ditt barn skulle sövas.

Hur upplevde du det?

Skulle du vilja ha något på ett annat sätt?

Barnets ålder och typ av operation?

Uppföljningsfrågor

Kan du utveckla...?

Vilken betydelse har...?

Kan du berätta mer om...?

Skulle du kunna ge ett exempel...?