



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård

- En intervjustudie

Författare: Mathilda Bergman och Sofie Åkesson

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2016

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

Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård

- En intervjustudie

Författare: Mathilda Bergman och Sofie Åkesson

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrunden beskriver att sjuksköterskor behöver ta hänsyn till mycket i mötet med barn vid smärtsamma procedurer. Barn har en annan föreställning och förmåga än vuxna och deras ovisshet och rädsla kan förstärka smärtan eller skapa en smärta som inte finns. Sjuksköterskors erfarenheter har betydelse vid hantering av barns smärta. **Syftet** med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård. **I metoden** användes halvstrukturerade intervjuer och i analysprocessen användes en kvalitativ innehållsanalys. 13 sjuksköterskor med och utan specialistutbildning och med minst ett års arbetslivserfarenhet inkluderades. **Resultat** har Komplex kommunikation och Stark betoning på behov av tid som teman och därefter presenteras de tre kategorierna Smärtupplevelser, Verktyg vid smärtsamma procedurer och Innebörden av olika personers medverkan. **Konklusion** är att barn behöver förberedas inför smärtsamma procedurer för att få ett lyckat resultat.

Nyckelord

(Sjuksköterskors erfarenheter, barn, förbereda, smärtsamma procedurer, barnsjukvård)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Vårdetiska och samhällsliga aspekter	6
Definition av smärta och att förbereda	7
Sjuksköterskors perspektiv	7
Föräldrars perspektiv	8
Barns perspektiv	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	11
Förförståelse	12
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Komplex kommunikation	15
Stark betong på behov av tid	15
Smärtupplevelser	16
Smärta är individuellt	16
Positiva och negativa erfarenheter påverkar i framtiden	16
Mycket känslor kräver tid	17
Verktyg vid smärtsamma procedurer	18
Medicinska förberedelser	18
Behov av information	19
Avledning och teknik	21
Innebörden av olika personers medverkan	22
Föräldrarnas betydelse och påverkan	22
Sjuksköterskans roll	22
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1 (4)	36
Bilaga 2 (4)	37
Bilaga 3 (4)	39
Bilaga 4 (4)	40

Introduktion

Problemområde

Det är en balansgång att möta barn inför en smärtsam procedur som exempelvis en nålsättning och sjuksköterskan måste beakta barnets hälsotillstånd, ålder samt nuvarande livssituation (Karlsson, Rydström, Enskär & Dalheim Englund, 2014b). Sjuksköterskor behöver skaffa sig en överblick av situationen, läsa av föräldrar och barns kroppsspråk samt få en uppfattning om de känner sig trygga eller inte. Mötet ska innehålla en öppenhet för barnperspektivet där sjuksköterskan möter barn i den egna livsvärlden med ett anpassat språk i samtalet och med förmågan att tolka vad barn uttrycker. Viktiga aspekter inför olika procedurer är att ta sig tid till att genomföra dem, förbereda samt informera barn och föräldrar (a.a.). Hedén, von Essen och Ljungmans (2009) samt Karlssons et al. (2014b) studier visade att förberedelser inför smärtsamma procedurer har en positiv effekt på barn och minskar deras rädsla, stress och smärta. Lek under förberedelser ökar chansen till ett lyckat resultat. Det uppnås genom att barn får titta och känna på utrustningen, använda det på en docka eller nallebjörn och visa det för sina föräldrar (a.a.). Andra viktiga aspekter är att föräldrar är delaktiga och att barn så långt det är möjligt är involverade i hur proceduren ska utföras (Grahn, Olsson & Edwinsson Månsson, 2016; Karlsson et al., 2014b). Barns rätt till delaktighet i vården inkluderar rätt till information, självbestämmande, att komma till tals och att bli hörd. Delaktighet ges till barnet i olika grader beroende på mognad. För att ensamt kunna ge samtycke till en sjukvårdsinsats måste bedömningen tas om barnet är tillräckligt moget för att förstå insatsen och dess konsekvenser (Socialstyrelsen, 2015).

Sjuksköterskor måste vara lyhörda så att de har möjlighet att balansera vad de gör och säger i sina försök att nå barn i deras livsvärld med målet att ge stöd. Genom att vara stödjande under olika procedurer måste sjuksköterskor se varje barn och därmed besluta om stödåtgärder och samtidigt balansera sitt ansvar för slutförandet av den smärtsamma proceduren (Karlsson et al., 2014b). Sjuksköterskors arbetslivserfarenheter har betydelse vid hantering av barns smärta vid smärtsamma procedurer. Erfarenheter kan både underlätta och vara ett hinder vid användning av distraktion. Tydliga skillnader sågs mellan den mindre erfarna sjuksköterskan och den mer erfarna sjuksköterskan. De nya sjuksköterskorna upplevde sig som mindre

kreativa och saknade förmågan att koncentrera sig på något annat än den tekniska aspekten. Erfarna sjuksköterskor var experter på den tekniska delen och kunde istället fokusera på distraktion (Olmstead, Scott, Mayan, Koop & Reid, 2014). Barn i Nilsson, Hallqvist, Sidenvall och Enskärs (2011) studie tyckte att mer erfarna sjuksköterskor kommunicerade bättre, var lugnare, ingav ett förtroende och känsla av säkerhet jämfört med mindre erfarna sjuksköterskor. Det inverkar på barns upplevelse och hantering av smärta (a.a.). Grahns et al. (2016), Hedéns et al. (2009), Karlsson, Dalheim Englund, Enskär, Nyström och Rydströms (2016a) och Karlssons et al. (2014b) studier påpekar vikten av att informera barn och föräldrar inför smärtsamma procedurer för att skapa förutsättningar till en lugn och trygg situation. Det är viktigt att ta sig tid vid mötet med barn vid smärtsamma procedurer, men hur ser sjuksköterskornas erfarenheter ut i verkligheten?

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskans professionella utveckling sker i fem stadier, från novis till expert (Benner, 1993). I de två första stadierna behöver sjuksköterskan handledning då kunskap fortfarande saknas om praktiska situationer som uppstår i vården. Sjuksköterskan fortsätter att utvecklas och i det tredje stadiet uppnås kompetens då han eller hon under ett par år har varit verksam inom samma område. Kunskap har utvecklats och det är nu lättare att behärska situationer som uppkommer. Den skickliga sjuksköterskan i det fjärde stadiet uppfattar situationens helhet och kan se långsiktiga mål. Inte alla men några sjuksköterskor utvecklas och blir experter, de visar sin kunskap genom att handla enligt tidigare erfarenheter. För att utvecklas krävs det att kliniker bedriver förbättringsarbete, där personal prövar samt förbättrar olika förslag och strategier i det praktiska arbetet. I utvecklingen skiljer det sig mellan nybörjaren och den skickliga sjuksköterskan eller expertsjuksköterskan. De ser problemlösningar på olika sätt beroende på sina erfarenheter. I utvecklingen från novis till expert sker en ökad skicklighet och kunskap inom omvårdnadsprocessen (a.a.).

Erfarna sjuksköterskor var mer bekväma med att använda familjecentrerad vård (Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2015). Däremot visste sjuksköterskor vad familjecentrerad vård innebar oavsett grad av erfarenhet och utbildningsnivå (MacKay & Gregory, 2011). Familjecentrerad vård upplevdes positivt av både sjuksköterskor, barn och föräldrar. Barn och

föräldrar upplevde att de var mer delaktiga och fick en större inblick i vården. Sjuksköterskor upplevde en förbättrad arbetsmiljö och ett stärkt teamarbete, men även en bättre inblick och förståelse för patientens situation (Rosen, Stenger, Bochkoris, Hannon & Kwoh, 2009). Enligt Kristensson-Hallströms (1999) studie ville föräldrar delta så mycket som möjligt i vården av deras barn med hjälp av handledning från personal. Ett fåtal av föräldrarna ville endast delta i omvårdnad som de utför i hemmet. Föräldrar som var delaktiga i vården upplevde mindre smärta hos barnen jämfört med de föräldrar som inte var lika delaktiga (a.a.).

Vårdetiska och samhällliga aspekter

Vårdetiska principer som sjuksköterskan ska ta hänsyn till är respekt för självbestämmande, värdighet, integritet och sårbarhet. Respekt för självbestämmande syftar till att stärka patientens handlingsfrihet och göra val baserat på personliga värderingar. Respekt för värdighet innebär bekräftelse av patientens existens och respekt för den andres frihet, ansvar och moraliska handlingar. Respekt för integritet handlar om att vara lyhörd för patienters olikheter och sårbarhet samt att se hela patienten med livshistoria och livssammanhang. Integritet är en personlig sfär av gränser som individen själv bestämmer över och innehåller moraliska- samt rättviseaspekter. Människan föds sårbar och är i behov av andra, därför syftar respekt för det sårbara till att skydda behovet av omsorg och visa hänsyn till patientens resurser, handlingsmöjligheter och värderingar (Stryhn, 2007).

Om information är bristfällig kan det påverka barnet så att den smärtsamma proceduren inte går att genomföra, vilket kan leda till ett nytt besök för att göra om proceduren. Föräldrarnas frånvaro från arbetet ökar och det kan påverka samhällsekonomin negativt. Brist på information kan även medföra dåliga erfarenheter och rädsla som kan påverka barnet hela livet. Det kan göra att barnet i framtiden behöver flera besök inom vården för att genomföra vårdrelaterade procedurer, vilket kan påverka arbetssituationen och kräver mer resurser från vården som genererar större kostnader. Förenta nationens (FN) barnkonvention har utvecklat strategier för att stärka barns rättigheter. Strategierna innehåller mänskliga rättigheter som skydd, omvårdnad och trygghet, som ska tillförstärkas alla barn. Strategierna gäller alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå och uttrycker att barnets bästa ska sättas i fokus vid alla beslut och åtgärder som berör barnet. Konventionen beskriver även barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård (Regeringskansliet, 2014).

Definition av smärta och att förbereda

Smärta är en subjektiv, komplex och flerdimensionell upplevelse. Under tidigt fosterliv utvecklas de fysiologiska förutsättningarna för att känna smärta. De första levnadsåren präglas smärtsystemet av en uttalad plasticitet som i tonåren når sin fulla mognad. Till skillnad från vuxna har barn ett känsligare nervsystem. Samtidigt är det endogena försvaret mot smärta sämre utvecklat. Vid medicinskt smärtsamma procedurer är det vanligtvis nociceptiv smärta, där signalen i huvudsak förs över av A-deltafiber. Fibrerna förmedlar en snabb och kraftig smärtupplevelse, vilket gör smärtan svårbehandlad. Smärtsystemet kan moduleras i både förstärkande och hämmande riktning, smärtan kan exempelvis förstärkas av oro, stress och rädsla (Läkemedelsverket, 2014). Enligt Brenner (2013) kan en smärtsam procedur vara exempelvis en nålsättning, sondsättning eller att barnet får läkemedel.

Synonymer till att förbereda är preparera, påverka och bearbeta ("Preparering", u.å.). Rätt förberedelser ökar chansen att genomföra en smärtsam procedur på ett bra sätt för alla inblandade. Behandlingar ska alltid förberedas så att barn vet vad som komma skall och kan därmed känna kontroll samt trygghet istället för rädsla (Edwinson Månsson, 1992; Läkemedelsverket, 2014). Information och förberedelser till barn har visat sig kunna minska smärtan (Uman, Chambers, McGrath & Kisley, 2006). Det har även visat sig att barn som får information inför en procedur har en bättre utgång både under och efter proceduren, samt att informerade barn blir mer samarbetsvilliga (Jaaniste, Hayes & von Baeyer, 2007).

Sjuksköterskors perspektiv

Distraction gör att en smärtsam procedur upplevs mindre hotfull och hjälper barn att tänka på annat (Karlsson et al., 2014b; Olmstead et al., 2014). Vid distraction är det viktigt att personalen samarbetar väl för att lyckas. Ibland kan barn uppleva rädsla vid nålsättning och rädslan kan göra att barn vägrar att genomföra proceduren (Karlsson et al., 2014b). Då är det viktigt att sjuksköterskan försöker tolka situationen för att kunna ge barnet rätt stöttning. Ibland vill barn inte samarbeta trots distraction och förberedelser (a.a.). När en sådan situation uppstår kommer sjuksköterskor till en punkt där de inser att distraction inte är till någon fördel för att minska barns stress. Då genomför de bara proceduren så snabbt och professionellt som möjligt för att minska varaktigheten på barns smärta (Olmstead et al., 2014). I de fall där barn har hållits mot sin vilja upplevde sjuksköterskor att förlusten av kontroll är värre än själva nålsticket (Karlsson et al., 2014b). Ibland är det ändå nödvändigt att hålla fast barn eftersom

att de kan bygga upp en spänning i kroppen och det kan då vara stödjande att hålla om dem. Sjuksköterskor upplevde dock att den bästa situationen blir när barn är med på hela proceduren och inte behöver distraktion. De får då mer kunskap och erfarenheter om liknande åtgärder som kan uppstå längre fram i livet (a.a.).

När proceduren är avklarad är det bra att berömma barnet för att ge en positiv känsla. Om proceduren misslyckas kan barn känna sig missnöjda med sig själva. Då är det viktigt att sjuksköterskan förklarar vad som hände och inte lägger skuld på barnet (Karlsson et al., 2014b). I Brichers (1999) studie beskrev sjuksköterskorna att det är viktigt att skapa ett förtroende till barnet. Det kan skapas genom att se barnet som en person och visa respekt och låta det ta den tiden det tar (a.a.). Ett gemensamt mål för sjuksköterskor var att minska obehag och smärta för barnen inför olika procedurer. Sjuksköterskor ansåg att det var deras ansvar att upplevelsen skulle bli positiv. De betonade också vikten av ärlighet och tydlighet i informationen som ges till barn och föräldrar (Grahn et al., 2016). Utbildning visade i Lawes et al. (2008) studie öka sjuksköterskors kunskap om hjälpfulla och icke hjälpfulla faktorer till barn som genomgår smärtsamma procedurer. Det som sjuksköterskor lärde sig utav utbildningen var att förbereda utrustningen när barnet inte såg och att använda avledande tekniker. De lärde sig även olika sätt att minska föräldrars och barns ångestnivå samt strategier som gör att barn blir ovetande om vad som föregår. Vissa sjuksköterskor fick också högre självförtroende efter utbildningen i arbetet med barn som genomgår smärtsamma procedurer (a.a.).

Föräldrars perspektiv

Föräldrars närvaro och delaktighet ökar tryggheten för barn och delaktigheten styrs av barns känslor inför proceduren. Är barnet rädd eller oroligt krävs större delaktighet av föräldrarna (Karlsson, Dalheim Englund, Enskär & Rydström, 2014a; Karlsson et al., 2014b). Barns beteende vid en smärtsam procedur varierar beroende på om föräldrar ger lugnande kommentarer till barnet och känslomässigt stöd (Taylor, Sellick & Greenwood, 2011). Tidigare upplevelser och rädslor kan förändra föräldrars beteende och kroppsspråk som i sin tur påverkar barnen. En del föräldrar kan ibland känna sig otillräckliga då deras egna farhågor påverkar stödet. Föräldrar försöker upprätthålla kontroll genom att sätta sina känslor åt sidan till förmån för barnet (Ayers, Muller, Mahoney & Seddon, 2011; Karlsson et al., 2014a; Karlsson et al., 2014b). Stress hos föräldrar ger stressade barn som i sin tur ger mer ångest

och en större smärtupplevelse (Noel, McMurtry, Chambers & McGrath, 2010). Föräldrar upplevde även att personalens bemötande minskade deras stress och oro (Lawes et al., 2008). Något föräldrar tyckte var viktigt var att få bekräftelse och feedback från sjuksköterskan. Föräldrar är experter på sina barn men inte i situationer som kan uppstå inom sjukvården (Karlsson et al., 2014a; Karlsson et al., 2014b). Föräldrar tyckte det var viktigt att låta barn prata om det som hänt, leka med sina dockor eller syskon samt att bekräfta det som de uttryckte och berättade (a.a.). Metoder som användes av föräldrar vid en smärtsam procedur var exempelvis att förbereda och distrahera (Taddio et al., 2012). Många föräldrar upplevde att distraktion var ett effektivt sätt att hjälpa deras barn att hantera stress, som exempelvis att titta i en bok, lyssna på musik eller att leka (Hedén et al., 2009; Karlsson et al., 2014a; Karlsson et al., 2014b). Andra saker som också hjälpte var att förklara proceduren för både föräldrar och barn samt att använda bedövningssalva (Lawes et al., 2008). När barnen var tvungna att genomföra en smärtsam procedur kämpade föräldrarna med känslorna av att behöva skydda sitt barn och samtidigt försöka förstå vårdmiljön (Brenner, 2013).

Barns perspektiv

Inför nålsättning är barns rädsla för smärta relaterat till hur vass nålen är, avlägsnandet av bedövningsplåstret och hur hårt stasen sitter. Rädslan är oftast inte störst för själva smärtan utan för att proceduren, personerna och miljön är främmande (Karlsson, Rydström, Nyström, Enskär & Dalheim Englund, 2016b). Vid rädsla söker barn trygghet hos sina föräldrar, dock kan det vara svårt att få trygghet hos en förälder som är orolig, håller barnet eller uppmanar sjuksköterskan att göra det som upplevs skrämmande (a.a.). I Vejzovic, Wennick, Idvall och Bramhagens (2015) studie uttryckte barn att de kände sig osäkra om sjuksköterskor var stressade eller misslyckades med att ge information och stöd. Stressade sjuksköterskor ökade också stressen hos barnen som fick mer ångest och en ökad smärtupplevelse (Noel et al., 2010). Föräldrars rädsla kan också göra att barn blir ledsna och oroliga under proceduren som i sin tur skapar osäkerhet hos dem. Tvärtom kan nervositet hos föräldrar göra att de pratar positivt om sitt barn, vilket gör det svårt för barnet att agera på något annat sätt än vad föräldern beskriver (Karlsson et al., 2016b). När barn står i centrum hos vuxna är det lättare för dem att tillåta att proceduren genomförs. Barn känner sig stolta och viktiga när fokus ligger på dem och det kompenserar för de negativa känslorna (a.a.). Barn inser vuxnas makt när det är omöjligt och förhandla sig ur en obehaglig situation. Barns självbestämmande är då begränsat till mindre praktiska saker som exempelvis vilket finger som ska användas vid

provtagning eller om de vill sitta i föräldrarnas knä. När sjuksköterskor bagatelliserar en nålsättning kan barns förtroende för vuxna minska. Det skapar rädsla och utsatthet för vuxnas makt som leder till protester. När rädsla uppstår kan avledande metoder göra att barnet bearbetar den svåra upplevelsen bättre. Med hjälp av lek kan barn få uttryck för sina känslor samt få en känsla av kontroll. Ett annat sätt att uttrycka sina känslor är att själva göra proceduren på en leksak, personal eller föräldrar (Karlsson et al., 2016b). Andra studier visar också att information och förberedelser genom lek inför nålsättning minskar rädsla och ångest (Li, 2007; Tunç-Tuna & Açıkoğuz, 2015).

Kontroll för barn skapas genom delaktighet i proceduren. Andra sätt är att titta på proceduren, skymma synen med en bok eller att leka med leksaker (Karlsson et al., 2016a; Karlsson et al., 2016b). Om däremot kontroll inte kan uppnås kan det leda till panik och rädsla. När barn inte klarar av att kontrollera sin rädsla uppstår en känsla av skam. Skam kan uttrycka sig i form av blyghet som att begrava ansiktet hos föräldern. Andra signaler är när barnet gråter, protesterar eller är tyst. Det kan också visas i svårigheter att svara på frågor, att välja ett klistermärke eller någon leksak (a.a.). I Harrisons et al. (2014) studie användes strategier som bedövningssalva, distraherande metoder och kylspray innan en smärtsam procedur genomfördes. I Nilsson, Finnström, Kokinsky och Enskärs (2009) studie upplevde barnen att virtuell verklighet distraherade dem så att de inte upplevde det smärtsamma sticket.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård.

Metod

En empirisk studie har genomförts med en induktiv ansats. Intervjuer användes för att undersöka sjuksköterskors erfarenheter. En induktiv ansats valdes för att den utgår från verkligheten och levda erfarenheter (Polit & Beck, 2016; Whiting, 2008).

Urval

Ett strategiskt urval har använts för att inkludera deltagare till studien. Ett strategiskt urval syftar på att inkludera berörda personer med erfarenhet av det fenomen som ska studeras (Polit & Beck, 2016). I urvalet inkluderades sjuksköterskor med och utan specialistutbildning inom barn och ungdom som arbetade med barn inom slutenvård och/eller dagvård i södra Sverige. Sjuksköterskor med mindre än ett års erfarenhet av att arbeta med barn mellan 0-12 år exkluderades. Även kollegor till författarna exkluderades. I studien deltog 13 sjuksköterskor varav två var grundutbildade, sju hade specialistutbildning inom barn och ungdom och tre hade specialistutbildning inom anestesi. En sjuksköterska hade specialistutbildning inom både barn och ungdom samt anestesi. De flesta sjuksköterskorna hade en lång arbetslivserfarenhet inom pediatrik verksamhet och hade arbetat mellan 14 till 38 år. Några enstaka studiedeltagare hade mindre än fem års arbetslivserfarenhet.

Instrument

Halvstrukturerade intervjuer med möjlighet till följdfrågor användes som instrument för att svara på studiens syfte (Bilaga 1). Det var för att studiedeltagarna skulle kunna svara öppet och inte vara låsta till olika svarsalternativ. De fick då möjlighet att uttrycka och beskriva svar som passade deras situation. Samma frågor gavs till alla deltagare i samma ordning (Whiting, 2008).

Datainsamling

En pilotintervju genomfördes med en kollega till författarna för att undersöka om intervjuguiden var tillfredsställande och gav svar på det som önskades, båda författarna medverkade vid intervjun (Polit & Beck, 2016; Whiting, 2008). Vid intervjuer av kollegor behöver författarna vara aktsamma då det redan finns en relation mellan deltagaren och intervjuaren (Whiting, 2008). När pilotintervjun var genomförd ansåg författarna att frågorna svarade på syftet, men att de gav ett sparsamt material vilket resulterade till att intervjuguiden utökades med två frågor. Till verksamhetscheferna på de aktuella avdelningarna skickades informationsbrev, projektplan och medgivandebblankett för skriftligt medgivande via post för att få tillstånd till att genomföra studien (Bilaga 2). Efter att medgivande givits skickades informationsbrev till enhetscheferna på respektive avdelning och mottagning via mail för att få hjälp med att komma i kontakt med studiedeltagarna (Bilaga 3). Efter två till tre veckor skickades ett påminnelsemail ut till de enhetschefer som inte svarat. På grund av för få

studiedeltagare kontaktades andra sjukhus i södra Sverige för att få ihop ett tillräckligt stort deltagarantal. När författarna fick namn och kontaktuppgifter till studiedeltagarna som var intresserade skickades informationsbrev och samtyckesblankett till arbetsplatsen (Bilaga 4). Efter ett par dagar kontaktades de via telefon eller mail för att komma överens om en tid att utföra intervjuerna. Vid intervjutillfället lämnades samtyckesblanketten in av respektive studiedeltagare för att visa sitt samtycke (Whiting, 2008). Under intervjusituationen är det viktigt att ha en ostörd miljö samt en väl förberedd intervju med inledande småprat för att skapa tillit och öppenhet (a.a.). Intervjuerna spelades in och ägde rum på sjukhuset i samtalsrum på respektive sjuksköterskas arbetsplats. Båda författarna medverkade vid alla intervjuer för att minimera risken för missuppfattningar i analysarbetet, skapa trygghet och erfarenhet inför kommande intervjuer (Whiting, 2008). En annan anledning var att båda författarna skulle ta del av allt material från början och för att alla intervjuer skulle bli så lika som möjligt. Inför varje intervju beslöt författarna vem av dem som skulle leda intervjun och vem som skulle lyssna och delta med följdfrågor.

Förförståelse

Författarna är själva yrkesverksamma inom barnsjukvården i Sverige sedan fyra år tillbaka. Erfarenheter från arbetet har väckt tankar kring det valda området. På grund av exempelvis tidsbrist samt personalbrist har vi själva och kollegor valt att inte förbereda barn inför en smärtsam procedur. I vissa fall har situationer uppstått i efterhand där barn har behövt genomgå samma smärtsamma procedur och det då inte blivit bra utan snarare värre än första gången, det skulle kunna bero på bristande förberedelser och information. Författarna tror att brist på förberedelser och information beror till viss del på tidsbrist men kanske även ointresse eller okunskap.

Analys av data

En kvalitativ innehållsanalys genomfördes med en induktiv ansats där författarna var medvetna om sin förförståelse. Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades ordagrant och därefter lästes texterna flera gånger för att få en känsla av helheten (Granheim & Lundman, 2004). Därefter plockades meningsbärande enheter ut i form av citat, meningar och fraser som innehöll relevant information till syftet. Omgivande text togs med för att bevara sammanhanget och för att helheten inte skulle gå förlorad. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades för att minska ner texten men bevara innehållet. Utifrån

liknande koder kunde subkategorier skapas. Utifrån de olika subkategorierna skapades kategorier, kategorierna är på en manifest nivå där innehållet beskrivs. Den slutliga processen var att granska resultatet i sin helhet för att få en djupare tolkning där det latent innehåll lyfts och teman skapades, Tabell 1 (a.a.). Granheim och Lundman (2004) beskriver processen med influenser från hermeneutiken, där författarens förförståelse möter nya erfarenheter och idéer som i sin tur leder till en ny förståelse och förförståelse i det fortsatta analysarbetet. Denna beskrivning stämmer väl med författarna till föreliggande studies övertygelse om att det inte är möjligt att åsidosätta förförståelsen varför den analysmetoden som Granheim och Lundman (2004) beskriver valdes.

Tabell 1. Exempel av schematisk sammanställning av analys

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
”Lugna föräldrar ger ofta lugna barn, är föräldern välinformerad och trygg i sig så är det lättare för barnet, för barnet kan läsa av sin förälder jättemycket”.	Lugna och välinformerade föräldrar ger trygga barn.	Föräldrarnas roll	Föräldrarnas betydelse och påverkan	Innebörden av olika personers medverkan	Komplex kommunikation

Forskningsetiska avvägningar

I Helsingforsdeklarationen står det att innan en studie inleds måste aktuell forskningsetisk kommitté bedöma och godkänna projektplanen. De ska beakta att lagar, regler och att innehållet i projektplanen följs (World Medical Association [WMA], 2013). Efter att projektplanen var färdig skickades en ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) som

gav ett rådgivande yttrande och studien kunde påbörjas. Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) och lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), 16§, 17§, betonar vikten av att ett informerat samtycke ska lämnas samt att information angående studiens syfte, metod, risker och följder ska ges. Även att deltagandet är frivilligt och att studiedeltagarna när som har rätt att avbryta sin medverkan (a.a.). Syftet är att skydda och respektera människan som deltar i forskningen (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460, 1§). Innan intervjuerna genomfördes skulle varje studiedeltagare skriva under en blankett angående informerat samtycke där information om studien fanns beskrivet. Personuppgiftslagen (PUL, SFS 1988:204), 1§, och Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) belyser även att alla tänkbara försiktighetsåtgärder måste vidtas för att skydda studiedeltagare från att deras personliga integritet kränks vid behandling av personuppgifter (a.a.). För att säkerställa att den personliga integriteten inte kränktes kodades intervjumaterialet med färger så att det inte går att härleda vart informationen kommer ifrån. De inspelade intervjuerna förvarades på ett USB-minne som förvarades i en låst låda hemma hos en av författarna. Det transkriberade materialet förvarades på ett USB-minne samt i pappersform i en låst låda hemma hos den andra författaren. USB-minnena hade lösenord som endast författarna hade kännedom av. Intervjuerna kodades med färger eftersom det vid intervjutillfällena framkom i vilken ordning respektive intervju genomfördes. Hade intervjuerna kodats med nummer, exempelvis Intervju 1= I1, fanns det en risk att studiedeltagarna kunde identifiera sig i texten.

Resultat

Den latent analysen skapade två teman Komplex kommunikation och Stark betoning på behov av tid som genomsyrade materialet. Resultatet har bildats av tre kategorier och åtta subkategorier (Tabell 2). Kategorin Smärtupplevelser innehåller Smärta är individuellt, Positiva och negativa erfarenheter påverkar i framtiden och Mycket känslor kräver tid. Verktyg vid smärtsamma procedurer har subkategorierna Medicinska förberedelser, Behov av information samt Avledning och teknik. Kategorin Innebörden av olika personers medverkan inkluderar subkategorierna Föräldrarnas betydelse och påverkan och Sjuksköterskans roll.

Tabell 2. Översikt av tema, kategorier och subkategorier

Tema	Kategori	Subkategori
Komplex kommunikation	Smärtupplevelser	Smärta är individuellt Positiva och negativa erfarenheter påverkar i framtiden Mycket känslor kräver tid
Stark betoning på behov av tid	Verktyg vid smärtsamma procedurer	Medicinska förberedelser Behov av information Avledning och teknik
	Innebörden av olika personers medverkan	Föräldrarnas betydelse och påverkan Sjuksköterskans roll

Komplex kommunikation

Komplex kommunikation framkom tydligt i resultatet både som verbal kommunikation men även i form av samspel. Kommunikation var grunden till att förbereda barn och föräldrar inför smärtsamma procedurer. Då samspel mellan sjuksköterska, barn, föräldrar och övrig vårdpersonal var central i alla situationer. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och övrig vårdpersonal gav stöd i svåra situationer och på så sätt hjälp till att genomföra proceduren och utvecklas i sin roll som sjuksköterska. När samspelet och kommunikationen fungerade väl blev oftast situationerna positiva för alla som var delaktiga. Men i de situationerna där det blev en negativ upplevelse blev det tydligt att det fanns brister i den komplexa kommunikationen. Det kunde bero på olika saker men en omdiskuterad orsak var tiden.

Stark betong på behov av tid

Stark betoning av behov av tid präglade hela resultatet. Tid var väldigt viktigt och det som avgjorde och gav möjlighet till att ge bra förberedelser till barn inför smärtsamma procedurer. Behov av tid var grunden till allt inom barnsjukvård och att arbeta med barn var oftast mer tidskrävande än att arbeta med vuxna. Det eftersom sjuksköterskan har en hel familj att arbeta samt ta hänsyn till och inte bara patienten. Barn har även ett större behov av att bli förberedda inför smärtsamma procedurer och deras ringa livserfarenhet och förståelse kräver en mer tidskrävande förberedelse. Oavsett om tid var en bristvara på grund av stress, personalbrist och hög arbetsbörda eller om tid fanns förblev behovet detsamma.

Smärtupplevelser

Smärta är individuellt

Smärta var individuellt och alla barn har olika smärttrösklar. Smärta för ett barn var kanske inte smärta för ett annat, det berodde på vad barnet hade varit med om tidigare.

Sjuksköterskorna beskrev att en smärtsam procedur var något som barn fann obehagligt, gjorde dem ledsna eller som gjorde ont. Det kunde också vara något som skrämde, stressade eller gjorde dem illa på något vis. Det kunde vara både fysisk och psykisk smärta och det värsta scenariot var när det inföll samtidigt. Smärta var också ovisshet, oro och ångest, men även rädsla inför något var smärtsamt.

Smärtsamma procedurer för barn var bland annat inläggning av en perifer venkateter, lumbalpunktion och injektioner både subkutana och intramuskulära. Även omläggningar och avlägsning av plåster samt förband var smärtsamt. Sjuksköterskorna nämnde också sonsättning, urinkatetrar och klyx som något smärtsamt och obehagligt. Det kunde även vara öron- och ögonundersökningar eller att barn måste hållas fast. "Allting behöver ju inte handla om stick... en sonsättning blir ju också rätt så brutal" (Röd).

Positiva och negativa erfarenheter påverkar i framtiden

Tidigare skrämmande upplevelser av en smärtsam procedur påverkar inför kommande liknande situationer. Vetskapen om att något kan göra ont ökar rädslan och har ett barn upplevt smärta tidigare så är rädslan större. Barn som dessutom utsätts för många smärtsamma procedurer påverkas och kan få en ökad smärtupplevelse. Utsätts barn för nålsättning och stick där bedövningen inte fungerat väl kan de bli hysteriska och efteråt känna sig svikna så att relationen och tilliten har förstörts. Enligt en sjuksköterska var det "... i de situationerna viktigt att backa eftersom det är barnet som lider mest i situationen och det är ingen prestige att sätta nål på ett hysteriskt barn" (Blå). Det värsta scenariot var när en smärtsam procedur genomfördes under tvång. Det var också viktigt att aldrig lura ett barn då de aldrig kommer lita på vården igen. Ärlighet var viktigt för att skapa tillit och att visa barnet att det som sades faktiskt var sant.

Barn som vistats länge på sjukhus eller som varit med om mycket inom vården var svåra att förbereda, övertala och avleda på ett bra sätt då de redan kan proceduren, vet vad den innebär och hur det känns. Om de barnen är rädda för proceduren var situationen svår att vända, men

det var viktigt att försöka. Enligt sjuksköterskornas erfarenheter var det av stor vikt att försöka skapa en positiv situation varje gång så att framtida liknande ingrepp inte skulle förvärras. De menade att "det går inte att hoppa över någon gång utan att liksom alla gånger ska vara så optimala som möjligt" (Blå). Det var viktigt att från början skapa en bra relation genom att försöka få barnet med sig, ge dem tid och information. Barn hade då ett bättre utgångsläge och var oftast lugnare. Barns rädsla grundades i bristande information då exempelvis rädsla för stick inte handlar om själva sticket utan om varför prover ska tas, vad de kommer att visa och om det betyder att jag är mer sjuk än vad jag tror?

Lekterapi var ett bra redskap efter en smärtsam procedur där barn kan bearbeta händelsen och sin rädsla. På lekterapi kan barn få leka av sig och behandla exempelvis dockor eller gosedjur. Ibland kan material som används vid en nålsättning skickas hem så de kan få leka sjukhus hemma och på så sätt bearbeta sina känslor. I de situationer en smärtsam procedur inte blivit bra gynnade det både barn samt föräldrar att de fick komma tillbaka och titta på allt igen i lugn och ro. Det kan underlätta vid nästa besök och göra att proceduren inte skapar sådan rädsla som första gången. Det var viktigt att avsätta tid till stickrädda barn och det skulle behövas mer resurser till det.

Mycket känslor kräver tid

Många barn var rädda inför smärtsamma procedurer och de kunde få panik om proceduren gick för fort fram medan andra byggde upp en ångest innan exempelvis en nålsättning. Vissa barn kunde vara panikslagna redan från början och en sådan situation kunde vara svår att bryta. Andra barn var lugna och trygga i sig själva och proceduren kunde utföras utan några problem. Somliga barn kunde måla upp en fantasi som var mycket värre än verkligheten om de inte fick veta vad som skulle hända i förväg. Vissa barn blev låsta och då spelade förberedelser och information mindre roll. Ibland kunde barn vara i en speciell ålder där de motsätter sig det mesta, de situationerna var enligt sjuksköterskorna svåra. Det spelade ingen roll hur mycket de visade, förklarade och dividerade och ibland var det bara att genomföra proceduren. När barn var rädda och inte ville kunde sjuksköterskorna ibland vända deras känslor så barnet lyckades ta mod till sig. Det kunde vara svårt att helt ta bort rädslan men barn vet att vissa saker måste göras och kunde efteråt känna stolthet över sig själva för att de klarade det. "Då känner man att även om han har varit så stressad och ledsen när saker och ting hände så har det ändå varit att det har funkat, eftersom jag faktiskt fick tillåtelsen att göra det en gång till" (Mörkgrön).

Tiden upplevde många sjuksköterskor som ett hinder för att kunna ge en bra förberedelse eftersom sjuksköterskor ansvarade över många barn samtidigt. "... man har inte den möjligheten riktigt ... jag kan förstå att prioriteringen blir annorlunda för har du dåliga barn så då kanske man inte har den möjligheten att förbereda... sen förstår jag att det är ambitionen" (Grå). Tiden till att backa tillbaka om en smärtsam procedur inte går bra fanns inte på akuten eller på avdelningar. I planerade verksamheter som exempelvis mottagningar upplevde dock sjuksköterskorna att både tid och möjlighet fanns till att ge en bra förberedelse vid varje tillfälle. De menade att tid var ett viktigt redskap inom barnsjukvård då det var ett sätt att få barn med sig. Dock fanns det inte alltid tid till att förbereda om en smärtsam procedur skulle göras med kort framförhållning. Vid personalbrist eller hög arbetsbelastning faller förberedelser lätt bort och en tätare bemanning hade skapat bättre möjligheter. Tiden kan hindra en bra effekt på bedövningen eller att bedövning inte hinner sättas. Förberedelserna kunde också vara bristande så barnet fick hållas fast vid en smärtsam procedur. Fanns det däremot gott om tid blev det oftast bra. "När man jobbar med barn så tar allting längre tid... det får ta den tiden det tar" (Ljusgrön). Oftast fanns tiden att till viss del förbereda och tänka igenom för att kunna ge en åldersanpassad information. Det var också viktigt att inte känna sig stressad eftersom det smittade av sig så att barn blev nervösa. Ta tid till att låta barn känna sig delaktiga, att de fick bestämma något som exempelvis vilken hand nålen ska sitta i eller vilket finger de ska stickas i. Genom att få mer tid hade vi vunnit mycket, "... man får liksom hela tiden tänka att nu jobbar vi med barn och vi har skyldighet att göra det så bra som möjligt" (Mörkgrön). En sjuksköterska uttryckte det att "är det inte akut eller en fara för livet så har man alltid tid och förbereda och göra det så bra som möjligt" (Rosa). Det fanns inte alltid tid att förbereda eller att ge bedövningssalva i akuta situationer. Utan då gällde det att utföra det som måste göras trots att det gör ont. Vid akuta situationer var oftast barn medvetandesänkta och då utfördes alla nödvändiga åtgärder och förklarades för föräldrarna i den utsträckning det gick. Vissa saker måste bara göras för att barnet ska klara sig.

Verktyg vid smärtsamma procedurer

Medicinska förberedelser

Alla sjuksköterskor ansåg att bedövningsplåster eller bedövningssalva var viktigt vid exempelvis nålsättningar, vaccinationer och lumbalpunktioner och användes oftast till alla barn. "Vid till exempel pvk-sättning så sticker vi aldrig omlade barn om det inte är på vital

indikation” (Svart). Några sjuksköterskor nämnde även xylocain som bedövning vid exempelvis sonsättning eller klyx. Små barn fick en lugnande effekt av 30 procentig sockerlösning som ges i munnen samtidigt som de fick suga på en napp eller ett finger. Oftast fick de inte bedövningsplåster men det fanns sjuksköterskor som ansåg att det underlättade för de små barnen. Några av sjuksköterskorna betonade vikten av att sätta bedövning på två till tre ställen och att det skulle sitta i drygt två timmar för att få området ordentligt bedövat. Det var också bra att ta bort bedövningen en stund innan sticket för att kärlen skulle synas bättre. Även att nypa lite på det bedövade stället och sedan på ett annat ställe på huden för att visa barn att de var bedövade. De sjuksköterskor med erfarenheter av vaccinationer ansåg att bedövningsplåster hade effekt för själva sticket men inte för smärtan som uppstod i muskeln. I vissa situationer fanns det inte tid för bedövning men att kyla då hade en smärtlindrande effekt.

Det var viktigt att känna av barn inför en smärtsam procedur men i de fall där de var rädda, oroliga eller till och med panikslagna brukade lugnande läkemedel användas. En god effekt av kombinationen mellan paracetamol och OxyNorm® kunde uppnås. I ohållbara situationer där det inte gick att genomföra proceduren använde många sjuksköterskor midazolam. De med erfarenheter av midazolam hade delade uppfattningar om medicinen, där några ansåg att medicinen inte fungerade så väl och att en nackdel var att effekten satt i länge medan andra ansåg att den hade god effekt. På några mottagningar och avdelningar användes lustgas som ett lugnande medel och sjuksköterskorna var positiva till det. De tyckte att effekten fungerade väl på de flesta barn. Lustgasen var till fördel då ruset endast höll i sig under den smärtsamma proceduren. När barnen väl slutade att andas lustgas tog det endast några minuter innan de var tillbaka i sitt normaltillstånd. Lustgas användes bäst i kombination med en saga eller ”guided imagery”. Genom att använda lustgas effektiviserades hela besöket eftersom barnet inte krävde övervakning efteråt som vid exempelvis midazolam.

Behov av information

Barn och föräldrar har olika förutsättningar, en del var mer trygga medan andra var mer ängsliga inför en smärtsam procedur. En viktig del i förberedelserna var att ge information till både barn och föräldrar, oavsett vilken ålder barnet var i. En sjuksköterska menade att “... barn är nyfikna och de vill veta” (Orange). Det var framförallt information till föräldrar som var viktigast när barnen var små. Kontakten mellan föräldrar och barn var viktig för det är via föräldern som barnet nås. Till de barn som var lite äldre är det bra att använda sig av

hjälpmedel som film, böcker eller dockor vid förberedelser. Om barnen var i skolåldern var de mer mottagliga för information och då förberedes dem med både verbal information och genom att visa med exempelvis bilder. Det var viktigt att anpassa informationen till barnets ålder och vara tydlig för barnet varför de måste gå igenom proceduren. Ju äldre barnen var desto mer verbal information fick de eftersom sjuksköterskorna tyckte att det var lättare att ha en dialog med dem och låta dem bestämma om exempelvis föräldern skulle vara med eller inte. De ansåg att det var viktigt att respektera barns självbestämmande och att inte prata över deras huvud.

Förberedelser av barn var en utmaningen då de i rollen som sjuksköterska hela tiden måste förändras beroende på vad det var för barn som de har framför sig. Det var viktigt att undvika att använda laddade ord som stick, nål och vasst när barnet fick information eftersom det kunde vara skrämmande. Många sjuksköterskor påpekade vikten av att hitta strategier för just det barnet. "Så väl förberett barn och förälder som möjligt så blir proceduren mycket enklare" (Svart). Om barnen inte kände sig redo brukade sjuksköterskorna gå igenom proceduren igen, visa och förklara. Ibland kunde en smärtsam procedur relateras till något annat smärtsamt som barnet har varit med om så de lättare förstod. Ibland var det svårt att nå barnet, då var det bra att ta hjälp av föräldern eftersom de känner sitt barn och har varit med vid andra situationer och vet vad som kan fungera eller inte. Ibland fick proceduren ändå genomföras och sjuksköterskornas förhoppning var att barnet skulle förstå att det inte var så farligt som de trodde. Sjuksköterskorna tyckte att det var bra att uppmuntra, stärka och stötta barnet. Det var viktigt att skapa en kontakt med hela familjen, försöka nå fram till barnet och hitta var dem är i livet så att de känner sig trygga i situationen. Var barnet med på vad som skulle hända gick det oftast lättast. "När de sitter helt lugna och tittar på vad man gör och sen är jättelyckliga efteråt att de har klarat det och får en present" (Lila).

Det fanns tillfällen då varken föräldrar eller barn hade fått tillräckligt med information eller när föräldrar själva hade avböjt information. Vid båda tillfällena var det svårt att få med sig barnet och föräldern. Det blev svårt om varken barn eller förälder var mottagliga för information utan kände att sjuksköterskan ville skada och inte hjälpa. För sjuksköterskorna var det värsta utgångsläget när föräldern inte hade berättat för barnet vad som skulle hända och samtidigt bad sjuksköterskan att inte säga vad de skulle göra. Då var det viktigt att börja med att försöka skapa trygghet och informera. "Du måste ju förbereda barnet, det finns ju liksom inga alternativ" (Mörkröd). Ibland gick det ändå inte trots att barn och föräldrar hade

fått mycket information och förberedelser. Språkförbistringar var ett problem och en svårighet vid förberedelserna. Det var svårt att veta när gränsen var nådd och hur mycket tid barn skulle få när de inte ville, var rädda och inte samarbetade. Då var det viktigt att bekräfta att det är jobbigt men att det finns saker som måste göras. I de situationerna var det tillåtet att reagera med tårar, skrik och hela sitt kroppsspråk. Dock behövde sjuksköterskorna ibland markera och vara bestämda att proceduren måste genomföras.

Avledning och teknik

Distraction och avledande metoder var viktiga vid smärtsamma procedurer. Avledning gjorde att barnet tänkte på annat och ibland kunde avledning göras med hjälp av berättelser eller genom att skapa visioner. Andra metoder var att prata om det barn var intresserad av, vilka fritidsintressen de hade och om deras kompisar. Sjuksköterskorna använde också såpbubblor, böcker eller sång som avledande metoder. Även ballonger, titta på tv eller film eller i sina Ipads och mobiler. Lek, skoj och bus fungerade också som avledande metoder.

... att använda vår media på ett helt annat sätt ju med filmer och youtube "you name it", alltså bilder, former alltså använda alla våra sinnen lyssna, se, känna på sakerna, förbereda barnen på ett helt annat sätt.

Där finns mycket att jobba med tycker jag, använda den nya tekniken till detta. (Röd)

De små barnen upplevde mindre smärta om de fick en napp eller ett finger att suga på men även om de var mätta och omhuldade. En del barn ville inte ha några avledande metoder utan ville genomföra den smärtsamma proceduren direkt. Sedan går det inte alltid att få proceduren helt smärtfri men med hjälp av de metoder som finns till barn i olika åldrar så kunde smärtan minskas. En fördel vid avledning var att vara två personer, där en avleder och en ägnar sig åt sticket. Allt berodde dock på barnet men var barnet tryggt behövdes bara en person till proceduren. Ibland behövde en kollega hjälpa till att hålla för att barnet inte ville vara stilla eller för att barnet rent reflexmässigt kunde rycka bort armen. Det för att minska risken att behöva sticka två gånger. Föräldern ska inte behöva göra det som upplevs tråkigt för barnen, utan de ska finnas som en tröst.

Innebörden av olika personers medverkan

Föräldrarnas betydelse och påverkan

Föräldrarnas roll var väldigt viktig och deras närvaro i de flesta fall var positiv och stödjande. "Lugna föräldrar ger ofta lugna barn, är föräldern välinformerad och trygg i sig så är det lättare för barnet" (Brun). Föräldrarnas känslor smittade av sig på barnen och de läser av sina föräldrar. En stickrädd eller stressad förälder var inte alltid det optimala stödet. "De för ju över allt på barnet" (Gul). Ibland kände sjuksköterskorna att föräldrarna kunde skrämja sina barn genom att de ifrågasatte sjuksköterskan om de verkligen skulle sticka eftersom det gör ont, så att sjuksköterskorna var elaka eller berättade om sina egna negativa upplevelser. I de situationerna var det viktigt att informera och stödja föräldrarna. Ibland kunde det vara bättre att prata med föräldern när barnet inte hörde för att försöka vända föräldrarnas perspektiv. Det fanns även de föräldrar som ibland motarbetade och valde barnets parti. Det var då svårt att få barnet att samarbeta för att kunna genomföra proceduren. Föräldrarnas inställning påverkade utgången av proceduren. Ibland var det bättre att någon annan än föräldern som känner barnet var med. Dock lyckades föräldern oftast komma över sin egen rädsla och kunde medverka.

I akuta situationer var det viktigt att berätta för föräldrarna vad som hände och vad de gjorde för att de inte skulle tro att sjuksköterskan skulle skada deras barn. I en sådan situation var föräldrarna ledsna och oroliga över vad som skulle hända, vilket kunde göra det svårt att ta till sig information. Det var då viktigt att stödja och hela tiden informera föräldrarna så att de i sin tur kunde vara ett stöd för barnet. När föräldrarna var trygga och lugna i situationen kunde de oftast hjälpa till att avleda barnen. Det var av betydelse att barnet fick sitta i föräldrarnas knä eller att föräldern höll om sitt barn. Många föräldrar var duktiga på avledning då de känner sitt barn bäst och vet vad det gillar. En välinformerad förälder som var trygg och lugn underlättade för barnet och gjorde att proceduren gick väl.

Sjuksköterskans roll

Det var roligt, utmanande och viktigt att förbereda barn eftersom de är i olika åldrar, utvecklingsstadium och känslolägen. Förberedelserna var spännande och det var en positiv känsla när de lyckades fånga barnen för en stund. Förberedelser var en förutsättning och något som ingår i arbetet. Föräldrarna med att förbereda var att den smärtsamma proceduren tar mindre tid, minskar barnets chock och gör dem lugnare. Det blev inte ett sådant övergrepp

Jag tycker det är roligt, jag tycker det är utmanande. Sen får man jobba man får använda sig själv som redskap och sen så får man använda kollegor och försöka hitta lösningar så att det ska bli så bra som möjligt varje gång. (Grå)

Det var viktigt att vara trygg i sig själv, med materialet samt att skapa förutsättningar för att lyckas vid smärtsamma procedurer, eftersom trygg personal ger trygga barn. Det var viktigt att våga tro på sig själv, hitta sina egna strategier och utsätta sig för situationer för att skapa erfarenhet och bli en duktig yrkesperson. Det var en individuell kompetenshöjare att skaffa sig kunskap. Erfarenhet och rutiner medförde att förberedelser blir lättare. "Vi kan använda vår erfarenhet, vår kunskap och kompetens" (Röd). En mer van sjuksköterska kunde både utföra en nålsättning och samtidigt avleda medan en ny sjuksköterska hade svårt att koncentrera sig på något annat än nålen. Vi måste hjälpa och lära utav varandra. Det var viktigt att skapa en dialog med kollegorna och lägga upp en plan på hur en procedur skulle planeras och genomföras. Det var även viktigt att kollegorna visade förståelse, avlastade varandra och hjälptes åt att förbereda barn. Alla har olika kunskap och olika referenser på vad det innebär att förbereda och att tålmodet är individuellt. Det gjorde att procedurerna och förberedelserna inte alltid utförs på samma sätt. Det gällde att vara flexibel och fundera kring proceduren som skulle genomföras och reflektera runt dem som inte blev så bra så att nästa tillfälle kunde bli bättre.

Det var viktigt att skapa rätt förutsättningar vid en smärtsam procedur som en lugn och avslappnad miljö som tilltalar barn. Ibland utfördes den smärtsamma proceduren i exempelvis ett behandlingsrum och inte inne på barnens sal då den ska vara en frizon där de känner sig trygga. Det var viktigt att ifrågasätta om prover, dropp eller nålsättning verkligen var nödvändiga åtgärder om barnet var rädd eller kanske inte i stort behov av behandling. Överväga nyttan med sticket och att inte genomföra något smärtsamt på barn i onödan utan att samordna och samla ihop ordinationer. "Så att man på något vis blir barnets lilla polis gentemot alla ordinationer" (Blå). "Så att man inte gör det i onödan, utan man verkligen ifrågasätter är det nödvändigt liksom att ta prover nu eller kan vi vänta" (Ljusblå). Sjuksköterskorna betonade vikten av att ta reda på provmängd så att så lite blod som möjligt tas för att göra den smärtsamma proceduren kortare. Även att se till att proceduren passar barnet och inte bara för att det passar personalen som ska genomföra den. Det var viktigt att se till barnets bästa och att förberedelser värderades trots att läkaren ville ha provsvaren

snabbt eller att röntgen ringde och ville ha ner barnet nu. Fundera på för vems skull en smärtsam procedur genomförs, är det för barnets, föräldrarnas eller för läkarens?

Allt som gjordes för att förbättra situationen var en fördel för både barnet, föräldrarna och sjuksköterskan. Det kunde inte alltid bli perfekt men det kunde alltid bli bättre.

Sjuksköterskorna upplevde att de fick mycket tillbaka när förberedelserna var goda och att det ibland fanns situationer där de kände att de verkligen hade lyckats fullt ut. “Jag menar den bästa belöningen är när det gått bra hela vägen och så skickar man hem ett barn som vinkar och är glad och har nöjda föräldrar” (Rosa). Sjuksköterskor som arbetar med barn ska känna stolthet över det som de åstadkommer och lyckas med. Det är viktigt och höja varandra och förstå att arbetet är något alldeles speciellt.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med halvstrukturerade frågor eftersom det var erfarenheter som studerades. Resultatet visade på en variation och ett djup som antagligen inte hade kunnat uppnås om exempelvis en enkätundersökning hade gjorts. Vid användning av enkäter finns inte möjligheten att tränga djupare in i svaren. Det finns begränsad flexibilitet för studiedeltagaren då det är strikt ordnat med frågor och givna svarsalternativ (Polit & Beck, 2016). Vid enkäter försvinner nyanserna i svaren medan vid intervjuer finns möjligheten att utveckla dem. Observationsstudie används för att studera och fånga beteende, handling och händelser (a.a.). Den metoden hade kunnat användas för att studera hur förberedelser inför en smärtsam procedur för barn går till i verksamheter. Dock hade sjuksköterskornas erfarenheter inte kunnat fångas. Trovärdighet handlar om att försöka skapa ett förtroende för att resultatet är sant. Trovärdighet skapas genom att studien utförs på ett sätt som förbättrar resultatets tillförlitlighet (Polit & Beck, 2014). Genom att använda rätt metod till studiens syfte ökar trovärdigheten.

Halvstrukturerade intervjuer valdes eftersom författarna visste vad de ville fråga om, utan att kunna förutse vad svaren skulle bli. Vid halvstrukturerade intervjuer ställs förbestämda frågor

som ger deltagarna möjlighet att prata fritt runt frågan (Polit & Beck, 2016). På så sätt uppkom ett djupare resultat kring det som skulle undersökas. Strukturerade intervjuer användes inte eftersom de innehåller ett frågeformulär med slutna frågor som oftast används vid kvantitativ forskning (Whiting, 2008). Strukturerade frågor ger de svarande lite utrymme till att utveckla sina svar och lämpar sig sällan till studier som vill ha ett djupare resultat (Polit & Beck, 2016). Syftet med studien var att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter, vilket inte kan genomföras om de svarande inte får ge berättande svar. Ostrukturerade intervjuer användes inte heller eftersom de oftast tillämpas när forskaren inte har klart för sig vad de vill veta (Polit & Beck, 2016), vilket inte var relevant för denna studie.

I sökandet av studiedeltagare valde författarna enhetschefer som mellanhänder och kontaktade dem via mail som dock resulterade i dålig svarsfrekvens. Det hade kanske varit bättre att kontakta dem via telefon eller besökt dem på plats för att få tillgång till fler deltagare. Däremot tillfrågades en enhetschef vid ett personligt besök och som då uttryckte att alla avdelningar var tungt belastade av studier och att det var en trolig förklaring till uteblivna svar. Det låga intresset gjorde att författarna även fick kontakta andra sjukhus i södra Sverige för att få ihop ett tillräckligt antal studiedeltagare. Det bidrog till att resultatet representerar erfarenheter från både universitetssjukhus och mindre sjukhus, vilket stärker studiens överförbarhet. Överförbarhet handlar om resultatet kan överföras eller appliceras i andra miljöer eller på andra grupper (Polit & Beck, 2014). Några av sjuksköterskorna som var intresserade av att delta i studien hade specialistutbildning inom anestesi. Enligt Polit och Beck (2016) är det viktigt att överväga om studiedeltagaren är ett bra urval av befolkning som är intressant för studien (a.a.). Deras specialistutbildning hade en positiv påverkan på resultatet då de dagligen ställs i situationer där barn måste genomgå en smärtsam procedur. Resultatet kan då även appliceras på anesthesiutbildade sjuksköterskor vilket ökar studiens överförbarhet. Totalt intervjuades 13 sjuksköterskor och enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) samt Polit och Beck (2016) ger det antalet deltagare ofta en adekvat mättnad till resultatet. Intervjuerna gav ett stort material vilket är en styrka för föreliggande studie. Många av deltagarna reflekterade grundligt kring sina erfarenheter, vilket gjorde att materialet blev innehållsrikt (a.a.).

På grund av ett lågt deltagarintresse eller att informationen inte nådde sjuksköterskor via enhetschefer kunde inte författarna få en variation i arbetslivserfarenhet eller i utbildningsnivå. Vilket resulterade i att sjuksköterskor som var intresserade av att delta och

som uppfyllde inklusionskriterierna intervjuades. Majoriteten av studiedeltagarna hade lång erfarenhet av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer, vilket präglar resultatet som hade blivit annorlunda om den genomsnittliga erfarenheten hade varit lägre. Vid pilotintervjun blev det tydligt att relationen mellan författarna och kollegan påverkade svaren (Whitning, 2008) och därför valde författarna att exkludera intervjun. Samtliga intervjuer genomfördes av båda författarna där en ansvarade för att ställa huvudfrågorna och båda kompletterade med följdfrågor. Det bidrog till att materialet blev djupare, mer omfattande och ingående. Författarna var inte vana vid att utföra intervjuer och den person som intervjuade hade svårt att koncentrera sig på att ställa följdfrågor (Whiting, 2008). Den som inte ansvarade över huvudfrågorna hade en annan möjlighet att analysera det som studiedeltagarna sa och kunde lättare ställa relevanta följdfrågor. Det var en styrka att båda tog del av samma material vid samma tidpunkt för att i efterhand kunna diskutera och tolka det som sades, vilket ökar resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Tillförlitlighet refererar till om resultatet är stabilt över tiden, alltså om samma studie genomförts igen med samma deltagare i samma sammanhang, skulle resultatet bli detsamma? (Polit & Beck, 2014). En nackdel med den strategin skulle kunna vara att intervjuerna kan skilja sig från varandra då två personer inte tänker och utför processen exakt lika. Då båda författarna är noviser i forskning kan det påverka kvaliteten på intervjuerna som i sin tur kan påverka tillförlitligheten (Polit & Beck, 2016; Whiting, 2008).

Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen lyfts Komplex kommunikation och Stark betoning på behov av tid som genomsyrar resultatet samt två områden som handlar om sjuksköterskornas erfarenhet och föräldrarnas betydelse. I föreliggande studie framgår det tydligt att Komplex kommunikation var av stor vikt. I Karlssons et al. (2014b) studie betonades vikten av samspelet och kommunikationen mellan sjuksköterskan, föräldern och barnet. Sjuksköterskans ansvar var att ha en överblick över situationen och handleda föräldrar så de kan stötta sina barn. Men även att skapa trygghet och mod hos barnet samt ha en dialog med övrig vårdpersonal för att skapa en bra situation för barnets bästa (a.a.). För att kunna kommunicera på ett bra sätt med alla berörda personer behöver sjuksköterskan vara professionell, ha erfarenhet och kunskap (Grahn et al., 2016). Vid bristande kommunikation påverkades föräldrarna negativt (Abuqamar, Arabiat & Holmes, 2016). Kommunikationen visade sig vara komplex med tanke på att den måste genomföras med både barn, föräldrar och övrig vårdpersonal och i vissa fall

vid ett och samma tillfälle. För sjuksköterskorna var kommunikationen med barnet lika viktig som kommunikationen med föräldrarna och kollegorna. Samtidigt måste den anpassas beroende på vilken person som står framför dig. Sjuksköterskans erfarenhet har betydelse vid utförandet och anpassningen av kommunikation samtidigt som tiden kan begränsa hur det genomförs.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att tiden var begränsad vilket gjorde att förberedelser inte alltid hanns med eller prioriterades bort. Enligt Grahn et al. (2016), Karlssons et al. (2014b), Noels et al. (2010) och Vejzovics et al. (2015) studier var det viktigt att ta den tiden som behövdes för att informera och möta barn samt deras föräldrar inför en smärtsam procedur. Det för att på så sätt skapa en bra upplevelse (a.a.). Grahn et al. (2016) menar att tid var nödvändigt för att hjälpa barn att känna sig trygga. Men att en konsekvens som uppstår vid brist av tid kan vara att kvalitén på mötet påverkas och det blir svårt att skapa en lugn atmosfär för förberedelser (a.a.). Tid som sjuksköterskorna i föreliggande studie inte kände att de alltid hade. Dock ses skillnad i tid mellan planerad och akut verksamhet, där det i den planerade verksamheten fanns helt andra förutsättningar till att utföra en smärtsam procedur på ett bra sätt. Enligt sjuksköterskorna kunde brist på tid göra att barn hölls mot sin vilja vid en smärtsam procedur. Det medförde att barnen kunde tappa tilliten på vården och påverkade dem i det vuxna livet. Det kunde i sin tur ha långtgående konsekvenser både när det gäller personligt lidande för barnet och ekonomi för familjen, hälso- och sjukvården samt för samhället genom att det krävdes fler besök för vårdrelaterade procedurer och mer ledighet från arbetet för föräldrarna.

Enligt sjuksköterskorna i studien var det viktigt att skaffa sig kunskap, erfarenhet och att bli en duktig yrkesperson. I Benners (1993) stadier från novis till expert beskrivs sjuksköterskans utveckling i kunskap och skicklighet (a.a.). Sjuksköterskorna ansåg att en mer erfaren sjuksköterska har lättare att genomföra en smärtsam procedur och samtidigt kunna prata och vara koncentrerad på något annat. Enligt sjuksköterskornas erfarenheter sker utveckling och ökad kunskap genom att ta hjälp av kollegor samt genom utvecklingsmöjligheter. I Laews et al. (2008) studie upplevde vissa sjuksköterskor att utbildning och samarbete gav dem högre självförtroende i arbetet med barn. I Hamilton, Corlett och Dowlings (2014) studie upplevde sjuksköterskorna att avsaknad av kunskap och kompetens inom barnsjukvård skapade stress i arbetet. De upplevde att både mindre arbetslivserfarenhet och livserfarenhet kunde påverka hur de stöttade barn och föräldrar samt hur de utförde smärtsamma procedurer. De upplevde

att med erfarenhet kom självförtroendet och det ledde till en ökad trygghet i olika situationerna, vilket gjorde att barn och föräldrar fick bättre stöd (a.a.). Sjuksköterskorna i studien upplevde också att erfarenhet och rutiner medförde bättre förberedelser, vilket lättare gav lyckade smärtsamma procedurer för både barnet, föräldern och sjuksköterskan. Sjuksköterskorna hade lång arbetslivserfarenhet och hade arbetat med barn under större delen av sin yrkeskarriär vilket speglades i deras resonemang och kunskap. Kunskapen fanns hos sjuksköterskorna om hur barn förbereds inför smärtsamma procedurer och deras vana gjorde att de helt och hållet kunde fokusera på barnen. Dock återkommer behovet av tid som ett hinder och något som inte alltid finns tillgängligt.

Alla sjuksköterskor i studien upplevde att föräldrarna hade en viktig roll i förberedelser av barn samt vid smärtsamma procedurer. Dock hade många sjuksköterskor erfarenheter av att föräldrar inte i alla fall var den optimala personen till att stötta sina barn genom något obehagligt. I förberedelserna och under de smärtsamma procedurerna arbetade många sjuksköterskor med både barn och föräldrar. De poängterade vikten av att informera och involvera båda parterna och arbetar på så sätt familjecentrerat oavsett om de tänkte på det eller inte. I Lopez et al. (2016) studie ansåg föräldrarna att information och kommunikation angående olika alternativ i vården gjorde att de kände sig mer delaktiga och upplevde en viss kontroll över situationen. Studien visade även att information förmedlas på ett mer förståeligt sätt om sjuksköterskan hade mer kunskap och erfarenhet inom området (a.a.) och mer erfarna sjuksköterskor var mer bekväma i att använda familjecentrerad vård i sitt arbete (Moir et al., 2015). Coyne, Hallström och Söderbäck (2016) menar att familjecentrerad vård försummar barnet och att fokus flyttas från barnets behov till familjens behov. De menar att barncentrerad vård bör appliceras inom barnsjukvården. Barncentrerad vård beaktar FN:s barnkonvention där grundläggande principer är skydd, främjande och rätt att delta, som är viktiga delar i barncentrerad vård (a.a.). Genom att tillämpa barncentrerad vård ansåg Coyne et al. (2016) att det är ett erkännande av barns rätt till deltagande och beslut om sin vård. De menar att ett barns behov måste beaktas i varje situation och sjuksköterskan bör använda sin kunskap och vara förstående för barnets sätt att uttrycka sig. I barncentrerad vård behöver barnet vägledning av sjuksköterskan och föräldrarna för att uppnå barnets rättigheter och se barnet som en i situationen (a.a.).

Som sjuksköterska ska respekt för självbestämmande, värdighet, integritet och sårbarhet tas hänsyn till. Sjuksköterskan ska visa respekt för bland annat barnets resurser och

handlingsmöjlighet (Stryhn, 2007). Det bör tänkas igenom hur de principerna kan appliceras i familjecentrerad vård jämfört med barncentrerad vård för att det ska kunna uppnås med hänsyn till barnen. Då Coyne et al. (2016) ifrågasätter sjuksköterskans och föräldrarnas roll till barnet i den familjecentrerade vården, där de ansåg att barnet hamnade i en negativ relation till de vuxna (a.a.). Sjuksköterskorna i studien hade lång arbetslivserfarenhet inom barnsjukvård och deras syn på föräldrarnas roll var att de är oerhört viktiga för barnen. Erfarenheten speglar sig i arbetssättet och i förmågan att se hela situationen samt att utnyttja resurserna som finns på bästa sätt. Erfarenheten blev också tydlig i deras resonemang kring att det är barnet som ska sättas först och är familjen inget stöd kan de bytas ut mot någon annan för att ge barnet trygghet. De menade också att barnen har rätt till att bestämma vissa saker i sina situationer men att föräldrarna samtidigt är en stor del av barns trygghet och det är via dem sjuksköterskorna når barnen.

Konklusion och implikationer

Studien visade att sjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet av barnsjukvård hade kunskapen om förberedelser och att deras största begränsning var tiden. Det viktigaste gällande förberedelser av barn inför smärtsamma procedurer var åldersanpassad och tydlig information till barnen men även till föräldrarna. Resultatet i föreliggande studie stödjer tidigare forskning kring området. Dock har resultatet en starkare betoning på behovet av tid och komplex kommunikation mellan olika yrkeskategorier, barn och föräldrar än tidigare forskning. Även behovet av att utvecklas som sjuksköterska och öka sin kompetens för att på så sätt ha möjligheten att på ett bättre sätt kunna anpassa utförandet av smärtsamma procedurer. Studien kan komma till nytta för sjuksköterskor som arbetar med barn då den kan leda till diskussioner och tankar som i sin tur kan förbättra det dagliga arbetet kring förberedelser inför smärtsamma procedurer. Studien kan få sjuksköterskor att intressera sig för området, vilket kan leda till nya rutiner och arbetssätt kring smärtsamma procedurer för barn.

Referenser

Abuqamar, M., Arabiat, D. H., & Holmes, S. (2016). Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. *Journal of Pediatric Nursing* 31(3), 177-184. doi: 10.1016/j.pedn.2015.12.009

Ayers, S., Muller, I., Mahoney, L., & Seddon, P. (2011). Understanding needle-related distress in children with cystic fibrosis. *British journal of health psychology*, 16(2), 329-343. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1348/135910710X506895>

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Brenner, M. (2013). A need to protect: parents' experiences of the practice of restricting a child for a clinical procedure in hospital. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(1/2), 5-16. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/01460862.2013.768312>

Bricher, G. (1999). Pediatric nurses, children and the development of trust. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 451-458.

Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 1-9. doi: 10.1177/1367493516642744

Edwinsson Månsson, M. (1992). *The value of informing children to investigations and procedures*. Lunds universitet, Department of Pediatrics.

Grahn, M., Olsson, E., & Edwinsson Månsson, M. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of*

Pediatric Nursing, 31(3), 284-292. doi:

<http://dx.doi.org/ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hamilton, G., Corlett, J., & Dowling, M. (2014). Adult-trained perioperative nurses' practice of family-centered care. *British Journal of Nursing*, 23(9), 477-482.

Harrison, D., Joly, C., Chretien, C., Cochrane, S., Ellis, J., Lamontagne, C., & Vaillancourt, R. (2014). Pain prevalence in a pediatric hospital: Raising awareness during Pain Awareness Week. *Pain Research and Management*, 19(1), 24-30.

Hedén, L., von Essen, L., & Ljungman, G. (2009). Randomized interventions for needle procedures in children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18(4), 358–363. doi: <http://dx.doi.org/ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2354.2008.00939.x>

Jaaniste, T., Hayes, B., & von Baeyer, C. L. (2007). Providing children with information about forthcoming medical procedures: a review and synthesis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 14(2), 124-143. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00072.x.

Karlsson, K., Dalheim Englund, A-C., Enskär, K., Nyström, M., & Rydström, I. (2016a). Experiencing Support during Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study with Young Children (3-7 Years). *Journal of pediatric nursing*, 31(6), 667-677. doi: 10.1016/j.pedn.2016.06.004

Karlsson, K., Dalheim Englund, A-C., Enskär, K., & Rydström, I. (2014a). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 8(9), 1-11. doi: 10.3402/qhw.v9.23759

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dalheim Englund, A-C. (2014b). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 9, 1-11. doi: 10.3402/qhw.v9.23063

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K., & Dalheim Englund, A-C. (2016b). Consequences of needle-related medical procedures: a hermeneutic study with young children (3–7 years). *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), 109-118. doi: 10.1016/j.pedn.2015.09.008

Kristensson-Hallström, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(5), 586-592.

Lawes, C., Sawyer, L., Amos, S., Kandiah, M., Pearce, L., & Symons, J. (2008). Impact of an education programme for staff working with children undergoing painful procedures. *Pediatric nursing*, 20(2), 33-37.

Li, H. W. C. (2007). Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of clinical nursing*, 16(10), 1919-1926. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01784.x

Lopez, C., Hanson, C. C., Yorke, D., Johnson, J. K., Mill, M. R., Brown, K. J., & Barach, P. (2016). Improving communication with families of patients undergoing pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric Cardiology*. doi: 10.1016/j.ppedcard.2016.11.001

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2014). *Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso och sjukvård - Kunskapsdokument*. Hämtad 3 maj, 2016, från Läkemedelsverket, https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Behandling_av_barn_i_samband_med_smartsamma_procedurer_i_halso_och_sjukvard_kunskapsdokumen.pdf

MacKay, L. J., & Gregory, D. (2011). Exploring Family-Centered Care Among Pediatric Oncology Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 43-52.

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>

Nilsson, S., Finnström, B., Kokinsky, E., & Enskär, K. (2009). The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents in a pediatric oncology unit. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 13(2), 102-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.01.003>

Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskär, K. (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1449-1457. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x

Noel, M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 626-636. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/jpepsy/jsp096>

Olmstead, D. L., Scott, S. D., Mayan, M., Koop, P. M., & Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2), 162-171. doi: 10.1111/jspn.12067

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Preparering. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 10 maj, 2016, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/>

Regeringskansliet. (2014). *Konventionen om barnets rättigheter: med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Hämtat 10 mars, 2016, från Regeringskansliet, <http://www.regeringen.se/contentassets/586fa7da22e74ed7a9e8a5bd41d101fe/konventionen-om-barnets-rattigheter---med-strategi-for-att-starka-barnets-rattigheter-i-sverige-s2014.025>

Rosen, P., Stenger, E., Bochkoris, M., Hannon, J. M., & Kwoh, C. K. (2009). Family-centered Multidisciplinary Rounds Enhance the Team Approach in Pediatrics. *Pediatrics*, *123*(4), 603-608. doi: 10.1542/peds.2008-2238

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2 maj, 2016, från Sveriges Riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Hämtad 2 maj, 2016, från Sveriges Riksdag, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Socialstyrelsen. (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Hämtad 7 december, 2016, från Socialstyrelsen, <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/158cf98cca1f6d0e?projector=1>

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., Sovran, J., Stephens, D., & Katz, J. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, *30*(32), 4807-4812. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.05.011

Taylor, C., Sellick, K., & Greenwood, K. (2011). The influence of adult behaviors on child coping during venipuncture: a sequential analysis. *Research in nursing & health*, *34*(2), 116-131. doi: 10.1002/nur.20424

Tunç-Tuna, P., & Açikgoz, A. (2015). The Effect of Preintervention Preparation on Pain and Anxiety Related to Peripheral Cannulation Procedures in Children. *Pain Management Nursing*, 16(6), 846-854. doi: 10.1016/j.pmn.2015.06.006

Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisley, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842-854. doi: 10.1093/jpepsy/jsn031

Vejzovic, V., Wennick, A., Idvall, E., & Bramhagen, A-C. (2015). A private affair: children's experiences prior to colonoscopy. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7/8), 1038-1047. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12661>

Whiting, L. S. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23), 35-40. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2008.02.22.23.35.c6420>

World Medical Association [WMA]. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 5 maj, 2016, från WMA, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Bilaga 1 (4)

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du varit sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat med barn?

Har du specialistutbildning inom barn och ungdom?

Huvudfrågor:

Hur skulle du vilja definiera en smärtsam procedur för barn?

Hur gör du för att förbereda barn i olika åldrar mellan 0-12 år inför en smärtsam procedur?

Hur upplever du förberedelser av barn mellan 0-12 år?

Hur upplever du föräldrarnas roll inför smärtsamma procedurer?

Vilka svårigheter upplever du när det gäller att förbereda barn vid smärtsamma procedurer?

Vilka fördelar upplever du när det gäller att förbereda barn vid smärtsamma procedurer?

Har du någon positiv eller negativ situation som du vill dela med dig av?

Följdfrågor:

Berätta.

Beskriv.

Förklara.

Har du något exempel?



Institutionen för hälsovetenskaper

Till verksamhetschef eller motsvarande

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård.*

Det är en balansgång att möta barn inför en smärtsam procedur och det är mycket som en sjuksköterska behöver beakta. Barn har en annan föreställning än vad vuxna har och det är många situationer som är främmande för dem. Deras ovisshet och rädsla kan förstärka smärta eller skapa en smärta som egentligen inte finns. Många studier påpekar vikten av att informera barn och föräldrar inför en smärtsam procedur samt att ta sig tid och möta barn på deras nivå, men hur ser kunskapen ut och används den i praktiken?

Intervjuer kommer att genomföras på 12-15 sjuksköterskor som är verksamma inom barnslutenvård och/eller barndagvård i södra Sverige. Urvalet är sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning inom barnsjukvård som har arbetat med barn under minst ett år. Halvstrukturerade intervjuer kommer att användas så att studiedeltagarna kan ge öppna svar. Datainsamlingen kommer att påbörjas i oktober.

Studiedeltagarna kommer att få ett informationsbrev av författarna med en kort beskrivning av studien som ska undertecknas för att ge ett informerat samtycke. Insamlat material kommer att förvaras på ett USB-minne med ett lösenord som endast författarna har kännedom av samt vara inlåsta i en låsbar låda. När studien är färdig kommer en kopia till verksamheten skickas för de som vill ta del av resultatet.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Mathilda Bergman
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post:
mathilda.bergman.329@student.lu.se
Tfn 0733450323

Sofie Åkesson
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post:
sofie.akesson.002@student.lu.se
Tfn 0708106768

Handledare
Irén Tiberg
Universitetsadjunkt, PhD
Tfn:0462221871
e-post: *iren.tiberg@med.lu.se*

Bilagor

- 1. Medgivandeblankett**
- 2. Projektplan**

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård

Er anhängan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



2015-03-17

INFORMATIONSBREV TILL
MELLANHAND

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 3 (4)

Institutionen för hälsovetenskaper

Till enhetschef

Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att förmedla kontakt med möjliga deltagare till ovanstående studie.

Det är en balansgång att möta barn inför en smärtsam procedur och det är mycket som en sjuksköterska behöver beakta. Barn har en annan föreställning än vad vuxna har och det är många situationer som är främmande för dem. Deras ovisshet och rädsla kan förstärka smärta eller skapa en smärta som egentligen inte finns. Många studier påpekar vikten av att informera barn och föräldrar inför en smärtsam procedur samt att ta sig tid och möta barn på deras nivå, men hur ser kunskapen ut och används den i praktiken?

Halvstrukturerade intervjuer kommer att genomföras på 12-15 sjuksköterskor som är verksamma inom barnslutenvård och/eller barndagvård i södra Sverige. Urvalet är sjuksköterskor med och utan speciallätutbildning inom barnsjukvård, hälften av vardera utbildningsnivå. Samt ett blandat urval av arbetslivserfarenhet. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats kommer att användas som analysmodell.

Som mellanhand hade vi varit tacksamma om du skulle kunna förmedla kontakt med möjliga deltagare som uppfyller inklusionskraven. De som är intresserad att medverka behöver vi telefonnummer till så de kan kontaktas av författarna.

Deltagandet är frivilligt och studiedeltagaren har rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan att några skäl behöver anges. Intervjumaterialet kommer att koda så att det inte går att härleda var informationen kommer ifrån. Materialet kommer att förvaras i en låsbar låda.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Mathilda Bergman
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post: mathilda.bergman.329@student.
lu.se

Sofie Åkesson
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post: sofie.akesson.002@student.
lu.se

Handledare
Iren Tiberg
Universitetsadjunkt, PhD
Tfn: 0462221871
e-post: iren.tiberg@med.lu.se



2017-01-16

Bilaga 4 (4)

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Det är en balansgång att möta barn inför en smärtsam procedur och det är mycket som en sjuksköterska behöver beakta. Barn har en annan föreställning än vad vuxna har och det är många situationer som är främmande för dem. Deras ovisshet och rädsla kan förstärka smärta eller skapa en smärta som egentligen inte finns. Många studier påpekar vikten av att informera barn och föräldrar inför en smärtsam procedur samt att ta sig tid och möta barn på deras nivå, men hur ser kunskapen ut och används den i praktiken?

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig angående Dina erfarenheter av förberedelser av barn inför smärtsamma procedurer. Den beräknas ta cirka 45-60 minuter och genomförs av Mathilda Bergman samt Sofie Åkesson. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten, lämna den vid intervjutillfället.

Insamlat material kommer att förvaras på ett USB-minne med ett lösenord som endast författarna har kännedom av samt vara inlåsta i en låsbar låda.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Mathilda Bergman
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post:
mathilda.bergman.329@student.lu.se

Sofie Åkesson
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning barnsjukvård
e-post:
sofie.akesson.002@student.lu.se

Handledare
Irén Tiberg
Universitetsadjunkt, PhD
Tfn: 0462221871
e-post: iren.tiberg@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Sjuksköterskors erfarenheter av att förbereda barn inför smärtsamma procedurer inom barnsjukvård*.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer