



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningar

- En kvalitativ intervjustudie

Nurses' experiences of preparing children for pain related procedures in pediatric emergency departments

- A qualitative interview study

Författare: Johanna Bengtsson och Nermana Hopovac

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund Den barncentrerade vården utgår utifrån barnet som en egen individ med eget perspektiv, egna rättigheter och önskemål. Smärta hos barn beskrivs som något komplext som ställer krav på sjuksköterskans kompetens. Förberedelse ska vara ett moment i behandlingen vid smärtrelaterade procedurer. Ändå upplever många barn otillräcklig smärtlindring under sjukhusvistelse. Barns smärta underskattas ofta. Därmed spelar sjuksköterskors upplevelser roll i arbetet med barn och smärta. **Syftet** med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar. Som **metod** användes semistrukturerade intervjuer, som genomfördes via videosamtal under hösten år 2020. Analysen utfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Åtta sjuksköterskor, med mer än ett års erfarenhet av pediatrik vård, inkluderades. **Resultatet** har *‘Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde hög-specialiserad omvårdnad’* som tema och en kategori presenteras, *‘Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagningar’*. **Konklusionen** är att sjuksköterskor behöver tid för att göra en bra förberedelse och minska barnets rädslor inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningar.

Nyckelord

Smärta hos barn, Sjuksköterskors upplevelser, Förbereda, Pediatrik vård, Smärtrelaterade procedurer, Akutmottagningar.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Barn och smärta	7
Procedurrelaterad smärta hos barn.....	9
Sjuksköterskors perspektiv	10
Syfte	12
Metod	12
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	13
Förförståelse.....	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	16
Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde högspecialiserad omvårdnad.....	17
Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning	18
Tiden spelade roll.....	18
Att skapa förtroende och tillit	20
Fantasi var värre än verklighet.....	21
Att tvinga fick konsekvenser	22
Att ha kontroll.....	23
Faktorer som försvårade	26
Barnens olika åldrar styrde	27
Föräldrars medverkan gjorde skillnad	28
Diskussion	29
Metoddiskussion	29
Resultatdiskussion	32
Konklusion och implikationer.....	34
Referenser	36
Bilaga 1 (4).....	43
Bilaga 2 (4).....	44
Bilaga 3 (4).....	46
Bilaga 4 (4).....	47

Problemområde

Blodprovstagning, läkemedelsinjektioner, sårvård och lumbalpunktioner utgör exempel på procedurer inom vården som patienter behöver genomgå (Olsson, 2010). Dessa procedurer är ofta smärtsamma, i mer eller mindre utsträckning, och kan upplevas annorlunda av barn jämfört med vuxna. Det som tenderar att glömmas ibland är barnen som finns bakom olika diagnoser inom vården (ibid.). Barn som har blivit förberedda på vad de ska genomgå, tenderar att ha mindre ont under själva proceduren, än de barn som inte har fått veta vad som ska hända (Salanterä, 1999; Olmstead et al., 2014; Shave et al., 2014).

I en studie av Hedén et al. (2009) var smärta det minst rapporterade problemet vid en smärtrelaterad procedur, enligt föräldrar och sjuksköterskor. I detta fall var nålsticket den smärtrelaterade proceduren. Däremot var rädsla och oro tydliga känslor hos barn, innan de skulle genomgå nålsticket. Enligt föräldrar i studien minskade rädslan och oron hos barnen vid förberedelse med att blåsa såpbubblor eller förbereda med värmekudde (ibid.). Däremot skattade barn samt deras föräldrar barns upplevelser av smärta högre vid akutmottagningsbesök, än vad vårdpersonal gjorde, i en studie av Crumm et al. (2020). I en annan studie, av Olmstead et al. (2014), poängterade sjuksköterskor att varje barn är unikt. Dessa sjuksköterskor hade barns olika reaktioner i åtanke när de planerade inför en lyckad smärtrelaterad procedur (ibid.).

Sjuksköterskor känner sig ansvariga för att barn och familjer ska vara välinformerade på akutmottagningar, då de upplever att välinformerade barn och familjer också resulterar i trygga barn och familjer (Grahn et al., 2015). Sjuksköterskor betonar barns delaktighet i sin vård, även om de upplever detta särskilt utmanande att tillgodose på akutmottagningar (ibid.). Sjuksköterskor känner sig även ansvariga för barns smärtlindring (Ljusegren et al., 2011). Kunskap om barn och smärta uppges komma med erfarenhet (ibid.). Däremot upplevs arbete med barn och smärta som komplext av sjuksköterskor (Cummings, 2015; Olmstead et al., 2014). Det behövs tid och personal till att utföra smärtrelaterade procedurer på barn, vilka båda kan vara begränsade på en akutmottagning, enligt sjuksköterskorna (ibid.). Tidigare forskning visar att förberedelser krävs för att en smärtrelaterad procedur ska bli en så bra upplevelse för barnen som möjligt (Läkemedelsverket, 2014). Däremot rapporteras även hinder för förberedelser (Grahn et al., 2015). Det finns studier som belyser sjuksköterskors

upplevelser av att arbeta med barn och smärta samt förberedelser och de kan bidra till att underlätta implementering av förberedelser av barn inför smärtrelaterade procedurer. Det finns dock få studier som belyser sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn på akutmottagningar. Föreliggande studie kan bidra till att minska barns lidande, genom att belysa arbetet med barn och smärta på akutmottagningar. Detta för att ha barnets bästa i fokus, i enlighet med FN:s barnkonvention (SFS 2014:821) samt International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor (ICN, 2012).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskan har enligt International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor (ICN, 2012) fyra grundläggande ansvarsområden, vilka är att förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande. Specialistsjuksköterskan har ett ansvar i att vara medveten om vilken betydelse som stress, sårbarhet och samspel kan ha för barnets välbefinnande i situationen (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, ska specialistsjuksköterskan vårda enligt ett barn- och familjecentrerat förhållningssätt (SSF, 2016). I den specifika situationen där tillit ska skapas mellan barnet och sjuksköterskan inför en smärtsam procedur, läggs fokus på ett barncentrerat förhållningssätt.

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) står att sjuksköterskan ska tillgodose patientens (barnets) behov av trygghet och arbeta med respekt för barnets behov av integritet, samt främja god kontakt mellan sig och barnet. Hänsyn ska tas till barnets åsikter och inställning i förhållande till barnets ålder och mognad (SFS, 2017:30., SFS, 2018:1197). I Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter ska alltid barnets bästa sättas först. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska informationen som ges vara anpassad till ålder och utvecklingsnivå och där vårdnadshavaren också har rätt till samma information. Enligt SSF (2016) ska förberedelser, stöd och information inför till exempel provtagningar vara anpassade efter barnets utvecklingsnivå och tidigare erfarenheter. Både barnets och dess

föräldrars åsikter ska bemötas med respekt, där specialistsjuksköterskan däremot i första hand och i möjligaste mån, ska kommunicera direkt med barnet (ibid.).

Enligt Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC, u.å) innebär familjecentrerad vård att all vårdpersonal ser till hela familjen i mötet med vården. Där finns ett ömsesidigt samspel mellan patienten, familjen och vårdpersonalen, där familjen själva får bestämma vilka som för dem inkluderas i begreppet familj och därmed också dessa medlemmars nivå av delaktighet i beslut och omvårdnad. Patient- och familjecentrerad vård bygger på fyra kärnbegrepp: värdighet och respekt, information, deltagande och samarbete. Det innebär, enligt IPFCC, att all vårdpersonal som arbetar ska lyssna på och respektera patientens och familjens egna val, värderingar och kunskaper vid all typ av vård. Patient och familj ges all information de vill ha samt behöver för att kunna delta i vård, fatta beslut, uppmuntras och stöttas på den nivå de väljer. Patienten, familjen och samtlig personal samarbetar i vården kring patienten (ibid.). Shave et al. (2018) studie visar att vårdnadshavare uppskattar när vårdpersonal fortlöpande ger information till både dem och deras barn. Deltagarna i studien betonar vikten av att vårdpersonal aktivt involverar barnet i sin egen vård. Detta genom att vårdpersonal behandlar barn som någon som förstår, försäkrar sig om att barnen vet vad som ska ske, beskriver proceduren med ett språk och ett sätt som barn kan känna igen, ger barnen tid till att bearbeta informationen och involverar barnen i proceduren (ibid.).

Enligt Coyne et al. (2018) utgår den barncentrerade vården utifrån barnet som en egen individ med eget perspektiv, rättigheter och önskemål. Barnets perspektiv är centralt i teori och praktik som rör barnets vård, men även familjens perspektiv vägs in. Studien visar att barncentrerad- och personcentrerad vård utgår från individens (barnets) behov, medan familjecentrerad vård utgår ifrån familjens behov som en helhet. Skillnaden mellan barncentrerad- och personcentrerad vård är att i den personcentrerade vården har den vuxna individen full autonomi och fokus ligger på relationen mellan sjuksköterska och patient, medan inom den barncentrerade vården ligger fokus på barnet som aktiv deltagare i sin vård, dock fortfarande i behov av stöd och trygghet från sin familj (ibid.).

I en studie av Foster och Whitehead (2018), som undersökte hur barn upplevde att vårdas enligt barncentrerad vård, ur barnets perspektiv med hjälp av en teckning och en efterföljande intervju utifrån teckningen. I analysen framkom två huvudkategorier hos barn som vårdats

inneslående på sjukhus: relationer och stöd. Barnen beskrev hur de upplevde positiva känslor när de kände sig lyssnade på, stöttade och trygga och upplevde negativa känslor när de inte kände att de fått medverka i sin egen vård i den utsträckning de själva upplevde vara "för sitt eget bästa". Barnen beskrev hur de ville bli vårdade ur ett barncentrerat perspektiv med medbestämmande och att bli lyssnade på, men ur ett familjecentrerat perspektiv där de behövde tryggheten av att ha familjen nära och involverad (ibid.). Socialstyrelsen (2015) beskriver tre olika nivåer av barns delaktighet i vården enligt nedan.

1. barns rätt till information
2. barns rätt att komma till tals och bli lyssnat på
3. barns rätt till inflytande och självbestämmande.

Den första nivån är en förutsättning för den andra och den andra nivån är en förutsättning för den tredje. Informationen är en förutsättning för att barnet ska kunna uttrycka sin åsikt och att bli hörd. För att kunna göra det krävs att barnet har fått relevant information och att den informationen som ges är anpassad till ålder och mognadsgrad. Att få uttrycka sin åsikt och bli lyssnad på är en förutsättning för att kunna utöva inflytande och självbestämmande. Barnet har rätt till att personalen lyssnar aktivt på allt som rör den givna informationen, såsom åsikter men även tankar och känslor som kan uppstå. För att barn ska kunna vara delaktiga krävs kunskap hos personal om hur barnet kan göras delaktig. Viktigt är också att barnet vet att delaktighet inte innebär att bestämma, utan att många faktorer spelar roll för vilka beslut som tas kring vården av barnet (ibid.).

Barn och smärta

Smärta är en komplex, flerdimensionell och subjektiv upplevelse (Läkemedelsverket, 2014; Ljusegren et al., 2011). Smärta kan definieras både som en plågsam känsla relaterad till vävnadsskada, såväl som en emotionell upplevelse (Yam et al., 2018; Ljusegren et al., 2011). En hel serie sensoriska händelser i vår kropp krävs för att hjärnan ska upptäcka smärta och skapa ett försvar mot den (Yam et al., 2018). Under fosterlivet utvecklas människans fysiologiska förmåga att känna smärta, även om smärtsystemet når sin fulla mognad vid tonåren (Läkemedelsverket, 2014). Till skillnad från vuxna är barn känsligare för ingående smärtimpulser och har ett sämre utvecklat endogent försvar mot smärta (ibid.). Smärtsystemet, som är dynamiskt, kan både förstärkas och hämmas (Cummings, 2015).

Rädsla, oro och stress är exempel på känslor som kan ta smärtan i en förstärkande riktning (ibid.).

Många vuxna kan ha starka minnen av negativa upplevelser från sin barndom, gällande sjukvårdens procedurer. Skadliga effekter på såväl smärtsystemet, som på den mentala hälsan, riskerar att åstadkommas med dessa procedurer, om de känns som övergrepp (Olsson, 2010). I Taddio et al. (1997) och Yam et al. (2018) studier diskuterades sensitisering, som något som kan ske både på en fysisk nivå där nervsystemet blir påverkat, men också på ett psykologiskt plan, där långtidskonsekvenser av ingrepp utan smärtlindring kan bli posttraumatisk stress (ibid.).

När det gäller barn och deras förmåga att skatta sin smärta, är det av vikt att anpassa detta utefter barnets ålder och kommunikationsförmåga (Twycross et al., 2014). Föräldrars roll är en annan aspekt att ta i beaktning, då föräldrar känner sitt barn och sitt barns tecken på smärta väl (ibid.). I en studie av Trottier et al. (2015) användes smärtbeteendeskolor sällan av sjuksköterskor i triage på akutmottagning för barn. Riktlinjer för att hjälpa sjuksköterskor med smärtbehandling vid triagering var bristfälliga (ibid.). I en annan studie av Thomas et al. (2015) var sjuksköterskorna villiga att implementera smärtskattningsprotokoll i triage på akutmottagning, men nämnde flertalet hinder för detta, så som bristande möjlighet till monitorering.

I en studie av Esteve och Marquina-Aponte (2011) beskrev barn, i åldrar mellan sju och elva år, smärta som en känsla i endast en del av kroppen, som kunde uppstå spontant. Ju äldre barnen var desto vanligare var svar som handlade om psykologisk smärta. Definitionen av smärta som något som uppstår på grund av en fysisk skada, minskade ju äldre barn som tillfrågades var. Skolbarnen nämnde positiva aspekter, som att det fanns möjligheter till lindring (ibid.). I en annan studie, av Turkmen et al. (2017), var injektion det vanligaste ordet som användes för att definiera smärta, enligt sexåringar. Man fann att jämnåriga barn beskrev smärta på liknande sätt och ju äldre de tillfrågade barnen var, desto tydligare och mer definierat beskrev de smärta. Barnens vardags- och sjukhusupplevelser påverkade deras definition av smärta (ibid.).

Procedurrelaterad smärta hos barn

Många barn upplever otillräcklig smärtlindring under sjukhusvistelse (Groenewald et al., 2012). Andelen barn inlagda på sjukhus med måttlig till svår smärta är på liknande nivåer som studier från sent 90-tal och början av 2000-talet visat, särskilt bland spädbarn och tonåringar. Smärtbehandling kan vara bristfällig då behovet av denna ofta underskattas (ibid).

Läkemedelsverket (2014) beskriver att förbereda barnet är ett moment i grundläggande behandling i samband med smärtsamma procedurer. Genom att förbereda barnet på vad som ska hända, innan och under proceduren, kan vi låta barnet känna kontroll och trygghet. Förberedelser ska ske med utgångspunkt i barnets ålder, utveckling och individuella förutsättning. Exempel på förberedelser innan smärtrelaterade procedurer är att ge barnet kunskap om vad som ska hända, låta barnet känna delaktighet och låta barnet visa att det har förstått den givna informationen (ibid.). Att förklara den smärtrelaterade proceduren för barn och lägga tid på förberedelser innan proceduren, minskar barns ängslan och smärtperception och ökar barns känsla av trygghet och bekvämlighet (Tunc-Tuna & Acikgoz, 2015; de Moraes Ferreira et al., 2012).

I en studie av Dovland Andersen et al. (2018) uppgav sjuksköterskor att bedömning av barns smärta underlättas av kunskap om barnet i fråga. Att ha byggt upp en relation till barnet samt föräldern gör att smärtbedömning utförs lättare och snabbare. Därmed ansågs smärtbedömning i situationer där relationen inte blivit etablerad ännu och samarbetet inte blivit utvecklat ännu, som på akutmottagning, mer utmanande (ibid.). På akutmottagningar är suturering, venpunktion och insättning av perifer venkateter exempel på vanliga smärtrelaterade procedurer hos barn (Cummings, 2015).

I en studie av Crumm et al. (2020) jämfördes barns upplevelser av smärta, vårdnadshavares upplevelser av sina barns smärta samt vårdpersonalens upplevelser av barnens smärta på akutmottagningar, före och under smärtrelaterade procedurer. Det framkom att barnen själva upplevde mer smärta än vårdpersonalen trodde att de gjorde. Även vårdnadshavarnas upplevelser av barnens smärta var högre skattad än vårdpersonalens (ibid.). I en annan studie, av Weingarten (2014), upplevde barn att det tog för lång tid att erhålla smärtstillande behandling eller att det tog lång tid för behandlingen att verka. Nittionio barn i åldrarna 7–17 år deltog i studien och tillfrågades även om förslag för hur smärtbehandling hade kunnat

förbättras på akutmottagningen. Fyrtiotvå procent av barnen upplevde att snabbare smärtbehandling hade varit bättre. Barn som förstod sjuksköterskorna tenderade att vara mer nöjda med sin smärtbehandling, än de barn som upplevde svårigheter med att förstå (ibid.).

Sjuksköterskors perspektiv

En del sjuksköterskor som jobbar med barn, likställer upprepad procedurrelaterad smärta med kronisk smärta, i den bemärkelse att barnet utsätts för smärta utan återhämtning och att sjuksköterskor saknar resurser till att behandla barnet ordentligt (Pillai Riddell et al., 2009). Sjuksköterskor upplever att barn som inte fått veta vad de ska genomgå, kan vara mer benägna att ha ont, jämfört med barn som blivit förberedda på vad som ska hända (Salanterä, 1999). I en studie av Olmstead, et al., (2014) beskrev sjuksköterskor att distraktion under en smärtrelaterad procedur blir ineffektiv om barnet inte har blivit förberett innan proceduren. De tog upp komplexiteten i att jobba med barn och smärta. De upplevde svårigheter i att dämpa barnens rädsla och oro innan själva procedurerna. En strategi som fungerade en gång, behövde inte alltid fungera nästa gång (ibid.). Enligt sjuksköterskor upplevs smärta på olika sätt av varje barn och ibland olika från procedur till procedur, vilket måste respekteras (Olmstead et al., 2014; Salanterä, 1999; Ljusegren et al., 2011). Sjuksköterskors engagemang i att skapa en relation mellan sig själva och barnen och på vilken nivå de lyckas kommunicera med barnen, upplevs vara två avgörande faktorer innan smärtrelaterade procedurer hos barn (Olmstead et al., 2014; Simons, 2014). Skapandet av tillit, vårdpersonal och barn emellan, upplevs förebygga negativa smärtminnen och kronisk smärta (Simons, 2014). I en studie av Héden et al. (2009) kunde sjuksköterskors upplevelser av barns smärta handla om känslor som rädsla och oro hos barnen som ett större problem, inför och under smärtrelaterade procedurer, än smärta i sig. Smärta rapporterades ändå förekomma, mer eller mindre, vid varje procedur. Sjuksköterskorna upplevde att det behövdes mer förberedelser än EMLA-salva samt information, som var rutin på deras arbetsplats, för att minska barns rädsla, oro och i sin tur smärta (ibid.).

Föräldrars attityder tros ha en stor inverkan på barns smärtupplevelser (Salanterä, 1999). Sjuksköterskor tror att föräldrars roll i arbete med barn och smärta är av största vikt (Salanterä, 1999; Karlsson et al., 2014; Grahn et al., 2015). Minst en förälder behöver kunna närvara vid smärtrelaterad procedur hos barn, upplever sjuksköterskor (Karlsson et al., 2014). Förälderns närvaro måste kunna styras av barnets behov. Föräldern behöver vara barnets

representant. Om föräldrar inte klarar av detta, behöver sjuksköterskorna ta ansvaret för det under smärtrelaterad procedur (ibid.).

I en studie av Grahn et al. (2015) beskriver sjuksköterskor att de i sin profession är ansvariga för att barnet och familjen är informerade om vad som ska hända, när de befinner sig på akutmottagning. Sjuksköterskor måste avsätta tid till att ge information om vad som ska ske. Ju mer barnet och familjen vet desto tryggare känner de sig i situationen. På en akutmottagning krävs det särskilt tålamod för detta, enligt sjuksköterskorna. Oavsett detta måste sjuksköterskor behålla sin professionalitet i alla lägen. Barnets roll och delaktighet i sin egen vård på akutmottagningen är inte att förglömma. Barnet får inte känna sig ignorerat. Även detta anses vara särskilt utmanande i akuta situationer på akutmottagning (ibid.). I en annan studie, av Ljusegren et al. (2011), uppger sjuksköterskor att kunskap om smärta och smärtlindring hjälper dem att känna självsäkerhet i sin roll. Kunskap om smärta och hur den ter sig hos barn, anses komma med erfarenhet. Sjuksköterskorna uppger att de känner sig ansvariga för barnens smärtskattning och smärtlindring (ibid.). I studien av Olmstead et al. (2014) beskrev sjuksköterskorna hur deras erfarenhet påverkade hur de valde att förbereda barn med hjälp av avledning. De mindre erfarna sjuksköterskorna upplevde att deras fokus låg mer på den tekniska aspekten av proceduren än på själva avledningen och att avledningstekniker var något som växte fram med erfarenhet (ibid.).

Vidare berättar sjuksköterskor att personalbrist och brist på icke-farmakologiska interventioner för smärtlindring bidrar till att smärtlindringsarbete för barn försämras (Aziznejadroshan et al., 2017). Personalbrist kan resultera i att personal inte har tid till att använda smärtskattningsinstrument till alla barn och att sjuksköterskor med liten erfarenhet inom området får jobba utan stöd av sina mer erfarna kollegor. Barn och föräldrar som inte får chansen att förberedas inför smärtrelaterade procedurer kan orsaka sjuksköterskor stress och agitation. Därmed blir samarbetet barn, förälder och sjuksköterska emellan sämre vid smärtrelaterade procedurer (ibid.).

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar.

Metod

Studien har genomförts som en kvalitativ intervjustudie med induktivt förhållningssätt. Det induktiva förhållningssättet används för att undersöka ett fenomen utifrån deltagarens levda erfarenheter. Utifrån det beskrivna fenomenet kan sedan slutsatser dras (Priebe & Landström, 2017).

Urval

Ett bekvämlighetsurval har använts utifrån inklusionskriteriet. Studiens inklusionskriterium var sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdomar på akutmottagningar i södra Sverige, med mer än ett års erfarenhet av pediatrik vård. Erfarenheten var ett inklusionskriterium, då det är en förutsättning för att kunna svara på syftet (Henricson & Billhult, 2017). Fyra verksamhetschefer för fem barnakutmottagningar i södra Sverige fick förfrågan om deltagande i studien. En verksamhetschef ansåg inte att verksamheten kunde svara på studiens syfte och avböjde medverkan. En enhetschef som agerade mellanhand återkom inte med svar trots två påminnelser. Därmed föll två verksamheter bort.

Instrument

För att svara på studiens syfte genomfördes semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju innebär att öppna frågor ställs i en viss struktur där utrymme finns för intervjuaren att ställa följdfrågor (Danielsson, 2017). Studiedeltagarna var då inte låsta till fasta svarsalternativ utan kunde svara fritt för att kunna beskriva sina egna tankar och reflektioner kring den ställda frågan.

Datansamling

Till hjälp vid genomförandet av intervjuerna användes en intervjuguide (Bilaga 1). En pilotintervju genomfördes, efter medgivande av verksamhetschef för den specifika barnakutmottagningen, för att testa om frågorna gav svar på studiens syfte (Danielsson, 2017). Eftersom inga korrigeringar av intervjuguiden gjordes efter pilotintervjun, inkluderades materialet i analysen. Efter att pilotintervjun hade genomförts skickades ett informationsbrev samt medgivandeblankett ut till verksamhetschefer på resterande barnakutmottagningar (Bilaga 2). Både barnakutmottagningar och akutmottagningar som tar emot både barn och vuxna tillfrågades, då strukturen på akutmottagningar ser olika ut mellan olika sjukhus. De verksamhetschefer som godkände denna studie och fann studiens syfte relevant för sina respektive verksamheter var verksamhetschefer för barnakutmottagningar. Ett informationsbrev skickades ut efter godkännandet till respektive enhetschef med en förfrågan om detta kunde vidarebefordras till anställda sjuksköterskor på barnakutmottagningen (Bilaga 3). Informationsbrevet följdes upp med påminnelsemail till de enhetschefer som ej svarat på första mailet. Detta för att kunna få kontakt med sjuksköterskor som var villiga att delta i en intervju. De sjuksköterskor som valde att delta ombads att maila sina kontaktuppgifter till författarna och därefter bokades tid för intervju via mail.

Intervjuerna genomfördes under hösten 2020. På grund av rådande pandemi skedde intervjuerna via säker videolänk genom programmet Zoom. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. En av författarna ställde frågor under intervjun och den andra lyssnade och förde anteckningar. Båda författarna hade de olika rollerna vid olika intervjuer. Intervjuerna spelades in som ljudfil, på mobiltelefon i flygplansläge, bortkopplad från internet, efter godkännande av studiedeltagarna. Efter att intervjuerna avslutats transkriberades de (skrevs ut) ordagrant. De första tre intervjuerna transkriberades tillsammans av båda författarna genom en säker videolänk. Resterande intervjuer transkriberades av en av författarna.

Förförståelse

Forskare som personer har en betydelse för forskningsprocessen (Priebe et al., 2017). Ett begrepp som hanterar detta faktum är förförståelse. Förförståelse är det forskaren redan kan och vet innan en studie påbörjas och i begreppet ingår värderingar och erfarenheter. Även den

kunskap som inhämtas under studiens gång ingår (ibid.). Författarna till denna studie är verksamma sjuksköterskor inom pediatrik sedan fyra år tillbaka och har erfarenhet av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagning. Upplevelserna är att förberedelser blivit nedprioriterade, sparsamt utförda eller ibland helt uteblivit. Det har funnits olika anledningar och olika utfall vid samtliga tillfällen.

Under arbetet med studien har författarna strävat efter att vara medvetna om den egna förförståelsen och hålla sig neutrala i förhållande till den under insamlandet och analyserandet av material, för att inte styra resultatet i någon riktning. Diskussioner och reflektioner kring den egna förförståelsen har hållits författare emellan och även tillsammans med handledare.

Analys av data

Analysen genomfördes som en kvalitativ innehållsanalys med hjälp av Graneheim och Lundman (2004). Under analysprocessen höll sig författarna medvetna om sin förförståelse. Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter plockades meningsbärande enheter ut, med innehåll som svarade på studiens syfte (Tabell 1). För att behålla sammanhanget i texten togs även omgivande text med. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan till kortare beskrivningar av innehållet där kärnan i texten behölls, för att minska ner textmassan. Ur de kondenserade meningsbärande enheterna skapades koder, där liknande koder sedan användes till att skapa subkategorier. Ur subkategorierna utformades mer övergripande kategorier. Kategorierna är beskrivande av det manifesta innehållet i den ursprungliga texten. Materialet granskades sedan i sin helhet för att ge en djupare förståelse för innehållet genom en latent analys och ur detta skapades ett tema av det underliggande abstrakta innehållet (ibid.). Den latent analysen genomfördes genom att författarna var för sig lyfte det underliggande innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna och skapade koder utefter dessa. Tillsammans hittades en röd tråd genom texten som blev temat.

Tabell 1. Exempel av schematisk sammanställning av analys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Sub-kategori	Kategori	Tema
Hur föräldern är som person eller hur föräldern är i sin, gentemot sitt barn från början gör ju en jättestor skillnad i ingången för mig.	Hur föräldern är mot sitt barn gör skillnad.	Föräldern gör skillnad	Föräldrars medverkan gjorde skillnad	Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning	Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde hög-specialiserad omvårdnad
Alltså jag vill inte kalla det att man ljuger för dem, men den här klassiska att man kanske undanhåller lite information...	Inte ljuga, men undanhålla lite information.	Inte ljuga	Att skapa förtroende och tillit	Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning	Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde hög-specialiserad omvårdnad

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen, som innehåller forskningsetiska principer för all medicinsk forskning där människor inkluderas, tillämpades under studiens gång. Det innebär att ta hänsyn till och respektera integritet, självbestämmande, rättigheter, hälsa, värdighet, skydd och konfidentialitet hos den som deltar (World Medical Association [WMA], 2013). När studiens projektplan var godkänd skickades en ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet för rådgivande yttrande.

Inför studiens början har deltagarna rätt till information om studiens syfte, metod och alla andra relevanta delar (WMA, 2013; SFS 2003:460). Deltagarna fick därför skriftlig information om studien i förväg samt muntlig vid intervjutillfället. Inför intervjun fick deltagarna ge sitt skriftliga medgivande genom att skicka en påskriven samtyckesblankett till författarna (Bilaga 4), antingen genom att scanna eller fotografera blanketten samt maila den

eller genom att posta den till någon av författarna. Informerat samtycke är en av de etiska principerna för att skydda deltagarnas självbestämmande (Kjellström, 2017). För ett informerat samtycke krävs att deltagaren får information, har förmåga att ta till sig informationen samt deltar frivilligt i studien. Deltagarna erbjöds att ställa frågor innan samtycke gavs för att säkerställa att deltagaren kände sig välinformerad. Allt deltagande i studien har varit frivilligt och deltagarna kunde när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att uppge något skäl till varför, vilket gavs som information både skriftligt, men även muntligt strax innan intervjuens start (SFS, 2003:460).

Det sjukhus där författarna arbetar tillfrågades enbart om deltagande i pilotintervju, då samspelet mellan författarna och deltagaren kan påverkas under intervjutillfället om en personlig relation finns. Den personliga relationen kan göra att intervjupersonen hamnar i en beroendeställning där det är svårt att säga nej till att delta i studien, vilket kan göra deltagandet ofrivilligt. Efter verksamhetschefs godkännande och med enhetschef som mellanhand genomfördes pilotintervjun med en kollega till en av författarna, där den andre författaren höll i intervjun med den personliga relationens inverkan i åtanke.

Det är av yttersta vikt att skydda identiteten på deltagarna i studien (WMA, 2013; SFS 2003:460) och därför har allt intervjumaterial kodats med färger mot en kodlista istället för siffror i ordningen som intervjuerna genomförts. Efter att intervjuerna spelats in på mobiltelefon utan internetuppkoppling fördes de över till ett USB-minne och raderades från mobiltelefonen, som fortsatt var bortkopplad från internet. Allt material har förvarats inlåst hos författarna och därmed oåtkomligt för utomstående. Kodlista och intervjumaterial har också förvarats åtskilt för att säkerställa rätten till konfidentialitet för studiedeltagarna (Kjellström, 2017). När uppsatsen är godkänd kommer allt intervjumaterial förstöras.

Resultat

Den latent analysen skapade ett tema; *‘Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde högspecialiserad omvårdnad’*. Resultatet har bildats av en kategori och åtta subkategorier (Tabell 2). Kategorin *‘Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning’* innehåller subkategorierna *‘Tiden spelade roll’*, *‘Att skapa förtroende*

och tillit, *'Fantasi var värre än verklighet'*, *'Att tvinga fick konsekvenser'*, *'Att ha kontroll'*, *'Faktorer som försvårade'*, *'Barnens olika åldrar styrde'* samt *'Föräldrars medverkan gjorde skillnad'*. I studien deltog åtta sjuksköterskor, en man och sju kvinnor, från barnakutmottagningar som enbart tar emot barn och ungdomar. Av dessa var samtliga sjuksköterskor grundutbildade och fyra hade specialistkompetens utöver sin grundutbildning. Sjuksköterskorna hade 2 till 36 års erfarenhet av pediatrik vård.

Tabell 2. Översikt över teman, kategorier och subkategorier.

Tema	Kategori	Subkategori
Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde högspecialiserad omvårdnad	Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning	Tiden spelade roll Att skapa förtroende och tillit Fantasi var värre verklighet Att tvinga fick konsekvenser Att ha kontroll Faktorer som försvårade Barnens olika åldrar styrde Föräldrars medverkan gjorde skillnad

Att hjälpa barn att klara av smärta var komplext och krävde högspecialiserad omvårdnad

Komplexiteten i att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagning framkom tydligt. Samtliga sjuksköterskor beskrev att smärta hos barn var komplext och en individuell upplevelse. På barnakutmottagning behövde sjuksköterskorna förhålla sig till tidspress i kombination med tidsbrist. Situationer som kunde uppstå på barnakutmottagningen upplevdes skapa rädsla hos barnen och innebar att sjuksköterskorna behövde ha en förståelse för barnets situation. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns jobbiga känslor kopplade till att riskera att göra barnet illa mot sin vilja. Upplevelserna handlade inte helt sällan om känslor av otillräcklighet. Fler händer kunde behövas eller behövde man vara på flera ställen samtidigt, då det kunde finnas många barn och föräldrar, i kombination med få i personalstyrkan. För att

tackla hinder för förberedelser inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningar krävdes kommunikation sjuksköterska, patient, förälder och övrig vårdpersonal emellan. Det behövde tas hänsyn till varje individuell patient, där åldersspannet varierade från nyfödd till tonåring, och inte bara patienten, men även föräldrarna till barnen och annan vårdpersonal i teamet. För att uppnå en bra kommunikation behövde sjuksköterskorna förstå vad som ligger till grund för barnets och förälderns olika känslor och behov i olika situation. Varje patient och varje situation var helt unik, helt ny och helt oförberedd, vilket var en stor utmaning för både en novis och en erfaren sjuksköterska på vilken arbetsplats som helst, men i synnerhet på barnakutmottagning där arbetet måste vara snabbt och effektivt.

Utmaningar och möjligheter vid förberedelser på barnakutmottagning

Sjuksköterskorna uppgav att de relativt ofta utförde smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningen. Procedurer som blodprovstagning, lumbalpunktion, alla typer av stick, sondsättning, reponeringar och omläggningar av sår upplevdes smärtsamt för barnen. Något som sjuksköterskorna nämnde, som inte behövde vara en smärtrelaterad procedur fysiskt sett, utan snarare att själva samtalet kunde vara smärtsamt, var när barn kom till barnakutmottagningen för undersökning efter ett övergrepp.

Tiden spelade roll

Det framkom att man på barnakutmottagning behövde arbeta med ett visst tempo. Det behövde gå fort, både för att patienter och föräldrar ville vara där så lite som möjligt, men även för att sjuksköterskorna ville få patienterna vidare till rätt vårdnivå. Det gällde att vara förutseende vid varje besök, från triage till behandling så att det gick att vara ett steg före hela tiden, på grund av tidsbrist. Sjuksköterskornas upplevelser var att tiden inte alltid fanns även om man skulle vilja det. Sjuksköterskor upplevde dessutom att barn inte går med på något de inte är redo för. Det framkom att det var bland det svåraste att göra något med ett barn när man egentligen inte hade tiden till det. Det fanns ett behov av att ta sig tiden för förberedelser för att tiden var avgörande för hur förberedelsen och proceduren skulle bli. Genom att vänta in och informera barnet upplevdes proceduren som mer lyckad.

“Bara för att det ska gå fort så ska det ju inte göra ondare.” - Röd

Trots att sjuksköterskor behövde skynda sig under förberedelser och procedurer, försökte de att avstå för att inte stressa barnen och skapa kaos. Sjuksköterskorna ansåg att de är medvetna om vikten av förberedelse och att de tar sig tiden till det. Det upplevdes i slutändan ta längre tid att låta bli att förbereda. Med erfarenhet kom även lärdom om hur förberedelser kunde optimeras trots tidsbrist. Det man kunde göra vid tidsbrist, som vid högt patientflöde eller egna förutsättningar som stress, var att ge föräldrarna tid till att prata med sina barn istället. Det upplevdes som en avlastning. Ett annat exempel på detta var att medan föräldrarna gav barnet mat, kunde sjuksköterskan göra någonting annat. Däremot ansågs tiden för att invänta bedövning och samtala med familjen ändå oftast finnas på barnakutmottagningarna. Sjuksköterskorna upplevde att de med mer erfarenhet hamnade mer sällan i de situationer där förberedelsen inte känts tillräcklig, än de gjorde som nyexaminerade sjuksköterskor.

“Det går snabbare att ta vår tid än att stressa med det generellt. Om det inte är urakut såklart, så är det bättre att ta sin tid skulle jag sammanfatta det.” - Grön

Besök på barnakutmottagningen kunde många gånger snabbt bli akuta situationer. Vid akuta situationer upplevdes det snabbast att få det gjort, vilket kunde kännas hemskt för sjuksköterskorna. Ofta var det då förberedelsen av barnet som fick stå åt sidan, för att man behövde rädda först och förklara sedan. Vissa gånger var det oundvikligt och vissa procedurer gick inte att göra på ett bättre sätt. Vid mindre akuta situationer behövdes mer tid. De flesta sjuksköterskor ansåg att det oftast fanns tid att vänta in barnet, att det inte alltid var så akut att man inte kunde göra en bra förberedelse. Ofta kunde ordinerade blodprover vänta tills bedövningen hade verkat. Ibland kunde dock de oplanerade besöken på barnakutmottagningen präglas av tidsbrist och att sjuksköterskan själv var oförberedd på vad som skulle komma att ske. I en mycket akut situation upplevdes förberedelserna främst riktas till föräldrarna, särskilt om barnet inte var vid medvetande. Det upplevdes svårt att ibland behöva avväga om barnet då skulle genomgå en smärtsam procedur som ett stick, för att få intravenös smärtlindring, eller vänta på bedövningssalvans verkan innan sticket och smärtlindringen och istället ha ont av sin sjukdom eller skada. Samtliga sjuksköterskor lyfte utmaningen och komplexiteten i barnakutmottagningens mer akuta situationer.

“Många barn som kommer till oss är ju inte så akut sjuka så att vi inte kan vänta med blodprov liksom.” - Rosa

“Det kan hända så snabbt att man kanske inte ens har någon möjlighet att förbereda. Det tycker jag kan vara svårt.” - Orange

Det framkom att flera utomstående faktorer kunde påverka utfallet av förberedelsen på barnakutmottagningen, som att hinna bli trygg och hitta ett lugn i rummet. Sjuksköterskorna menade att procedurer som utfördes ofta var engångsföreteelser och att agerandet i förberedelsen kanske hade varit annorlunda om det hade varit en smärtrelaterad procedur som skulle upprepas för barnet flera gånger. Hade det varit en procedur som skulle upprepas hade sjuksköterskan backat och kommit tillbaka när barnet var redo istället, så länge det inte var en akut situation. Möjligheten att boka ett återbesök i en icke akut situation nämndes som ett bra alternativ om förberedelsen inte kunde hinnas med.

Att skapa förtroende och tillit

Alla sjuksköterskor beskrev att det var viktigt att skapa förtroende och tillit barnet, föräldern samt sjuksköterskan emellan under förberedelsen. Några sjuksköterskor beskrev att de försökte vänja barnet vid att de bara fanns i rummet först.

Kommunikation mellan sjuksköterskan och barnet var viktig för att kunna göra en bra förberedelse. Kontakten mellan sjuksköterskan, barnet och familjen kunde även bli positiv eller negativ beroende på om familjen och sjuksköterskan befann sig på samma våglängd och hade samma mål med besöket. Om familjen inte alls ville samma saker upplevde sjuksköterskan att kontakten blev sämre och att det kunde vara avgörande för hur hela förberedelsen och proceduren blev. Om det däremot blev en positiv kontakt mellan familjen och sjuksköterskan kunde det skapa en bättre förutsättning för ett bra besök för alla inblandade.

Skapa och övervinna ett förtroende genom att visa att man faktiskt menar det man säger under förberedelsen, utan att ljuga eller luras, var viktigt för relationen, men upplevdes också vara en av de svåraste delarna i mötet. Det kunde ibland upplevas som en barriär som var svår att

komma över, när barnet inte ville eller vågade lita på det sjuksköterskan sa eller visade. Sjuksköterskorna upplevde att utan förtroende från barnet kunde de inte genomföra någonting och att det var viktigt att visa för barnet att de vill väl och inte vill skada barnet, samt att aldrig göra någonting som barnet inte vet om innan.

“Så det är liksom hela, hur du presenterar situationen från det att du kliver in i rummet, som handlar om att skapa förtroende och tillit och att jag inte är farlig.” - Brun

En viktig del i skapandet av förtroende och tillit upplevdes vara att inge trygghet hos barnet och familjen. Tryggheten kunde skapas genom att vara noggrann vid förklaringar och information, men också genom att vara ärlig. Sjuksköterskorna ansåg också att det var viktigt vilken information som gavs under förberedelsen och att den inte alltid behövde vara fullt så detaljerad så att barnet blev skrämt.

“Att man försöker visa liksom men man säger inte att det kommer inte att göra ont för då ljuger jag ju. Det kan ju fortfarande göra ont. Vi håller ju ändå hårt.” - Röd

Sjuksköterskorna beskrev att det kunde vara till hjälp att prata med barnet först och sedan väva in familjen genom att ta med föräldrarna i samtalet. Det upplevdes också viktigt att verkligen lyssna på barnet. Ett sätt för att skapa förtroende och tillit med barnet var att göra ofarliga saker först, för att visa att sjuksköterskor inte är farliga. Ett sätt som beskrevs var att använda sig av barnets nalle för att visa, eller visa på barnets förälder innan barnet själv får prova. Mindre barn med mycket egen vilja upplevdes som en utmaning som krävde påhittighet för att nå fram till barnet och få börja förbereda.

“Förberedelsen är att redan när man träffar dem visa, visa att här är, här är ni trygga med mig.” - Grön

Fantasi var värre än verklighet

Enligt sjuksköterskorna var fantasin värre än verkligheten i de allra flesta fall. Det kunde vara jobbigt de gånger det inte gick att lugna barnet, förbereda barnet på vad som skulle göras eller få barnet att koppla av. Känslan var att hur det än gjordes ibland, blev det inte lyckat.

Dessutom poängterades att ha tålamod när man jobbar med barn. Sjuksköterskor upplevde att

barn ofta var rädda för att det skulle göra ont och därför hade svårare att samarbeta under förberedelsen och proceduren. Detta gällde vid allt det som skapade rädsla hos barnet. Sjuksköterskorna upplevde att något de inte trodde skulle göra ont, kunde visa sig vara smärtsamt för barnet. En smärtfri procedur, som kontroll av pulsen, kunde av barnen upplevas som något smärtsamt. Sjuksköterskorna trodde det kunde bero på att barnet inte visste hur det ska kännas i förväg. En smärtrelaterad procedur kunde vara en mjuk klämma på fingret, om barnen var rädda för den.

“Barnen förstår ju inte skillnaden, om jag har stuckit i fingret och de är överens med mig om att jag ska göra det, så hanterar de det sticket. Men sen kommer jag med det här långa glaströret och ska ta en syrabas, då kan de gå fullständigt i taket, för då tror ju de att jag ska sticka den långa, tjocka nålen rakt igenom fingret.” - Brun

Barn som varit inom sjukvården en del tidigare och inte haft det bra, var enligt sjuksköterskorna rädda för vuxna i vita kläder. Upplevelsen var att det kunde upptäckas redan i triage om barnen gömde sig eller värjde sig. Även stickrädsla kunde förekomma på barnakutmottagningar. Enligt sjuksköterskorna skulle allt som barnen var rädda för förberedas. Upplevelsen var dock att det fanns gånger barnen blivit så skrämda att de blivit rädda för att komma tillbaka.

Att tvinga fick konsekvenser

När barnen inte alls ville vara med om förberedelse eller procedur och protesterade både verbalt och fysiskt genom att skrika, sparka och slåss tog förberedelsen avsevärt längre tid. Att bara röra vid barnet då kunde sjuksköterskan uppleva som att barnet utsattes för ett trauma.

“Det kanske vi måste göra för att vi kan inte få svar någon annan dag, vi behöver veta det idag, och det är ofta då när det blir så påtvingat med det, när det inte går att vänta, det är då det kan, det kan ju bli ett trauma för dem om det här inte lyckas på första försöket och sen inte andra.” - Grön

Sjuksköterskorna upplevde också att det var viktigt med bedövningssalva eftersom barn som blivit stuckna utan bedövningssalva kanske gått med på det en gång och sedan aldrig kommer

gå med på ett stick ens när bedövning använts. Sjuksköterskorna beskrev även att fasthållning kunde upplevas värre än proceduren i sig, speciellt för små barn som inte förstår vad som händer eller varför. Det upplevdes som jobbigt även för sjuksköterskan att behöva hålla fast barnet för att genomföra en smärtsam procedur. Mindre barn behövde dock oftast hållas på grund av att de behövde ha en kroppsdel stilla i samband med proceduren, men inte själva klarade av att hålla den så. Större barn eller skräckslagna barn, menade sjuksköterskorna, skulle man absolut inte hålla fast om det inte var av en riktigt akut anledning och att det skulle finnas en god medicinsk grund för fasthållningen.

“Vi gör inte det på större barn för det är nog det mest fruktansvärda man kan utsätta någon för, att hålla fast och göra smärtsam procedur.” - Mörkröd

Sjuksköterskorna beskrev att de hellre backar om barnet är skräckslaget och inte vill om proceduren som planerats att genomföras inte är av det akuta slaget. Erfarenhet lyftes av sjuksköterskorna som en avgörande faktor i beslutet om de valde att backa eller inte. Sjuksköterskor berättar om situationer som upplevts som övergrepp när mer erfarna kollegor bestämt sig för att “nu ska den planerade proceduren bara genomföras,” men att dessa situationer inte uppstår på samma sätt längre då erfarenheten gör att sjuksköterskorna kan ta barnets parti i större utsträckning.

Att ha kontroll

Inför en smärtrelaterad procedur var det viktigt att få en bra start. En dålig start kunde innebära att barnet och föräldern inte hade en önskad attityd i början eller att sjuksköterskan inte lyckades lugna familjen inför proceduren. När saker som skett tidigare under besöket varit svåra att genomföra, kunde de orsaka stress hos sjuksköterskan inför nästa förberedelse och procedur med samma barn.

“...märker man när man tog pulsen eller skulle ta ett blodtryck eller ja men bara det var en pärs, ja då vet, då vet man att det kanske blir jobbigt när vi måste ta det där sticket också.” - Grön

I materialet framkom att vid förberedelser av barn var att informera, visa och berätta vad som kommer att hända det allra viktigaste för att öka kunskap och förståelse för någonting de

kommer att behöva gå igenom. Sjuksköterskorna beskrev att alla barn hade rätt att veta vad som väntade dem. Inte minst för att barnen var i en okänd miljö och allt var nytt för dem. Sjuksköterskorna beskrev att ju äldre barnen var, desto mer bestod förberedelserna av enbart information och stöd, men att även då fick avvägningar göras, för att även äldre barn kan ha stickrädsla och inte vilja veta, titta eller röra sakerna. Det upplevdes som en individuell bedömning.

“Så det är ju viktigt att man ger rätt information, förbereder barnet och då brukar det faktiskt flyta på väldigt bra.” - Blå

Prata med barnet var viktigt, att förklara noggrant och att få barnet att bli intresserat. När barnet blev intresserat och tyckte det som skulle ske var spännande, upplevdes det lättare att nå fram med information om proceduren. Flera sjuksköterskor använde sig av lek och lekfullhet under förberedelsen, för att få med sig barnets intresse. Det kunde göras genom att visa hur det känns med hjälp av att kittla barnets hud när bedövningsplåster plockats bort, att locka till skratt, eller berätta för barnet hur provet kommer att åka iväg genom rör hela vägen till laboratoriet och att barnet får följa med och skicka iväg det efteråt. Det ansågs nödvändigt att respektera om barnet inte vill prata däremot. För sjuksköterskorna var det viktigt att alltid ha barnets bästa i åtanke och ha med sig vad barnet har runt omkring sig i sitt liv just då, samt känna in barnets egna förutsättningar.

Sjuksköterskor beskrev hur en förberedelse börjar tidigt i besöket, när misstanken om behov av till exempel provtagning uppstår. Då förbereddes barnet ofta genom att få bedövningsplåster och att sjuksköterskan förklarade att prover kanske kommer att behöva tas. Då hade sjuksköterskan hjälpt barnet till att mentalt kunna känna kontroll och förbereda sig på ett eventuellt stick, så att det inte blev en överraskning senare. Det beskrevs även hur vissa barn egentligen hade behövt få informationen dagar i förväg för att mentalt kunna förbereda sig och känna kontroll över situationen, men att den tiden inte fanns vid ett akut besök på en barnakutmottagning. Avledning ansåg samtliga sjuksköterskor vara ett viktigt komplement till en bra förberedelse. Att hitta en balans mellan att vara rättvis och bestämd men ändå trygg var något som upplevdes fungera väl.

“Ofta så tycker de ju att stasbandet är det som gör mest ont eller själva, att man stasar med armen. Men man kan säga att det kommer att kännas men vi gör det så snabbt som möjligt.” -

Röd

Det framkom att det var viktigt att alltid tänka på framtiden i förberedelserna för barnen, eftersom det som sker under proceduren kan påverka framtida händelser. Det skapade stolthet både hos sjuksköterskan och barnet att veta att man lyckats med en bra förberedelse.

Sjuksköterskans egen mentala förberedelse inför proceduren var också viktigt, att kunna känna kontroll över situationen och veta vad som skulle göras. De gånger det kändes extra bra för sjuksköterskan var när allt hade gått som planerat och barnet inte upplevde den genomförda proceduren som smärtsam.

“Alltså då är det den absolut bästa, det är liksom när allting har flutit på med både information, förberedelser, inget ont för de känner inte ens när man sticker och sen woops så var det färdigt liksom.” - Blå

De gånger sjuksköterskorna upplevde att förberedelsen gick sämre var när barnet och föräldern for illa på grund av att det gjorde ont. Upprepade stick gavs som exempel. Det var smärtsamt även för sjuksköterskan att se barnet ha ont. Andra situationer var när barnet inte gick att lugna, där även lugnande läkemedel användes, men situationen hamnade utanför sjuksköterskans och barnets kontroll.

Olika typer av fysisk och medicinsk förberedelse användes, samtliga sjuksköterskor ansåg att det fanns många olika sorters förberedelse. Det som sjuksköterskorna upplevde var viktigast med förberedelser var att minimera smärtan som barnet kände både innan och under själva proceduren. Att förbereda ett spädbarn innebar främst att se till att de var mätta, lugna och hade det bra. Sockerlösning upplevdes ge god smärtlindring, både använt enskilt, men även tillsammans med napp som tröst, och tröst av förälder. Även att genomföra en blodprovstagning under tiden det lilla barnet ammade upplevdes lindra smärtan under själva sticket. Det gav sjuksköterskorna känslan av att ha kontroll över proceduren. Om barnet inte var i förälderns famn använde sig sjuksköterskorna av värme ovanför skötbordet och ibland i enstaka fall även bedövningssalva.

Bedövningssalvor och plåster till större barn användes i stor utsträckning och upplevdes ge god effekt, speciellt tillsammans med andra förberedelser som avledning. Användningen av bedövningssalva och avledning upplevdes underlätta inför kommande besök, då smärtan inte skapade rädsla hos barnet, snarare kände barnet någon form av kontroll. För många sjuksköterskor upplevdes bedövningssalvorna hjälpa barnen mentalt att veta att det faktiskt inte kommer att göra ont.

Lustgas användes som hjälp till de lite större barnen, från ungefär sex års ålder. Detta upplevdes ge god smärtlindring för barnen och minska behovet av andra lugnande läkemedel som Midazolam. Även andra typer av smärtlindring, såsom att lägga avlastande gipsskenor vid fula frakturer användes i väntan på att bedövning skulle verka. Bedövning samt annan typ av smärtlindring hjälpte både sjuksköterskan samt barnet att ha kontroll över situationen.

Sjuksköterskor upplevde att det kunde skilja sig i förberedelsen och i känslan av att ha kontroll med ett barn som var på sjukhus för första gången och ett barn som var mer van vid sjukhusmiljön. Fördelen med att träffa ett barn vid deras första besök var att det, till skillnad från barn som ofta besöker barnakutmottagningen, kunde finnas mer utrymme för att prova sig fram till en bra förberedelse tillsammans med barnet och föräldern. Barn som är mer vana vid sjukhusbesök har ofta stor erfarenhet och vet vad som fungerar för dem och samtidigt som det ibland kan vara en fördel för sjuksköterskan kan det även vara svårt att möta förväntningar och önskemål, på grund av olika yttre omständigheter.

Faktorer som försvårade

Behovet av tillräcklig personalstyrka på barnakutmottagningarna lyftes ofta upp. Arbetspassen kunde se olika ut både personalmässigt, men även beroende på hur sjuka barnen var, antal barn och i vilken utsträckning barnen som befann sig på barnakutmottagningen hade behov av hjälp. Enligt sjuksköterskorna fanns det inte alltid tillräckligt med personal att tillgå under förberedelse.

Sjuksköterskorna beskrev att barn som inte mådde bra var svårare att förbereda på ett tillfredsställande sätt. Barn som mådde dåligt hade svårt att orka ta in information, att lyssna och medverka vid förberedelser. Det upplevdes också svårt att avleda barn som inte mådde

bra för att de egentligen bara ville få vara ifred. Barnen blev ofta ledsna av mindre procedurer, så som att ta en vikt, när de hade hög feber och nedsatt allmäntillstånd.

“De kan ju bli ledsna av att man tittar på dem eller att man bara existerar.” - Mörkröd

Ofta upplevde sjuksköterskorna att förberedelser av de sjukare barnen blev sämre eftersom barnen inte orkade ta till sig informationen under förberedelsen, såsom att lyssna och titta på bilder. Sjuksköterskorna upplevde det som att barnen inte orkade bry sig om vad som skulle hända just då.

“Dubbelt så jobbigt säkert eftersom de både är sjuka och kanske har ont eller är rädda eller så och så gör man någonting ytterligare som gör att de får mer ont.” - Orange

Sjuksköterskorna beskrev även att barn med olika diagnoser kunde vara svårare att förbereda då de kunde behöva lite mer tid att landa i det som kommer att hända och att den tiden ofta inte fanns på barnakutmottagningen.

Sjuksköterskorna upplevde att de ofta behövde vara barnets ambassadörer i relation till läkare vid förberedelser på barnakutmottagningarna. Det framkom att sjuksköterskorna ofta upplevde att läkarna tyckte det var omständligt och att det var som en börda att behöva invänta bedövning, lustgas eller annan förberedelse för att proceduren skulle kännas bättre för barnet. Sjuksköterskorna upplevde att de behövde vara mer alerta när läkarna var på plats för att se till att barnet fick rätt förutsättningar för att klara av att genomgå en smärtrelaterad procedur och vara snabba med att visa, förklara och ge smärtlindring till barnet. Att kunna stå på sig mot läkare kom med erfarenhet och hur väl sjuksköterskan kände till de olika läkarna och vilket barnperspektiv de olika läkarna hade.

“Det kanske inte alltid är helt perfekta förutsättningar för att kunna förbereda ett barn.” -

Lila

Barnens olika åldrar styrde

Samtliga sjuksköterskor uppgav att de på barnakutmottagning träffar barn och ungdomar från 0 till 18 år och det var stor skillnad på hur de bemöter en två månader gammal bebis och en

17-åring. Även om en 17-åring kan vilja ha bedövningssalva, kan man samtidigt skoja med dem och få dem att förstå. En bebis går inte informera om vad som ska göras. Det framkom att sjuksköterskor hade olika utmaningar vid förberedelsemomentet, beroende på barnens ålder och utvecklingsnivå. Barnens intresse och förmåga att ta in information kunde variera utifrån åldern. När de fick in en patient kollade de först hur många år patienten var, för att veta vad som kunde tänkas vara mest realistiskt i den specifika situationen. Redan i första mötet kunde de förbereda sig själva på vad som skulle behövas, relaterat till barnets ålder och reaktioner.

“Att förbereda är väl, eftersom att det är barn det handlar om, så kan man ju inte alltid förbereda genom att förklara liksom och öka förståelsen, utan då kanske man ibland, men det handlar väl om att öka någons förståelse och trygghet för en händelse eller en, en, ett moment som man ska gå igenom. Så jag tänker att, ja, utifrån barnets ålder och mognad och möjlighet att ta till sig information.” - Rosa

Från det att barnen börjat prata tillbaka, upplevdes det mer naturligt att tala direkt till barnet under förberedelse. De äldre barnen kunde få frågan om de ville veta när sticket kommer eller om de hellre ville titta bort. Var barnen äldre upplevdes det enklare att förbereda, var de i skolåldern kunde de åtminstone prata med dem. Hos de yngre fick de gå lite omvägar, men om det låste sig helt hos dessa barn, upp till tre eller fyra år gamla, var upplevelsen att man ibland behövde fullfölja proceduren ändå. När barnet var mindre krävdes ofta avledning i större utsträckning än noggranna förklaringar kring vad som ska göras, men att även vara uppmärksam på vad man säger och hur man säger det.

“...avväga vad som, vilka ord som skräms, eller vad man ska säga ibland.” - Mörkröd

Sammanfattningsvis var det viktigt att under en förberedelse komma ihåg att barn inte är små vuxna.

Föräldrars medverkan gjorde skillnad

Det framkom att de flesta barn brukade ha lättare att medverka under förberedelse med föräldrars hjälp. Föräldrar upplevdes vara en stor del i förberedelsen inför smärtrelaterad procedur och en tillgång i arbetet.

“Men är mamma trygg och hjälper mig och säger, eller pappa, nu ska de ta ett stick i fingret och det fixar du och jag litar på dig, det kommer att sticka till men nu gör vi det här.” - Brun

Om föräldern till en tonåring inte lät ungdomen komma till tals och talade för denne, valde sjuksköterskorna att gå via föräldern för att så småningom nå tonåringen. Hos de yngre barnen kunde föräldern hålla sitt barn i sin famn och lugna barnet på sitt sätt. Om inte föräldern samarbetade blev det två personer för sjuksköterskan att förbereda, vinna förtroende och skapa tillit hos. Förberedelsen krävde då mer jobb och mer tid. Upplevelsen var att barnen kunde märka när föräldrarna inte var med på banan och det blev jobbigare att komma nära barnen. Hur föräldern var som person eller gentemot sitt barn, kunde påverka ingången för sjuksköterskorna. Om förälderns inställning inte var positiv fick de börja förberedelsen där. Vid de situationer där föräldern skrämde upp barnet upplevde sjuksköterskorna att de behövde bryta och börja om från början.

I det akuta skedet kunde förberedelse handla om att förbereda en chockad förälder istället för barnet. De föräldrar vars barn i yngre åldrar skulle genomgå ett stick, kunde själva behöva förberedas genom förklaring på hur man går tillväga och hur man smärtlindrar. Om föräldrar hölls lugna, kunde så småningom barnen känna av lugnet och stressnivån under förberedelsen kunde sjunka lite. Ibland var frågan hur man skulle gå tillväga för att både barnet och föräldrarna skulle få det mest optimala bemötandet innan och under proceduren och den bästa tänkbara upplevelsen på akutmottagningen. Sjuksköterskorna kände inte barnen, föräldrar ansågs vara de som kände barnet bäst och de som kunde hjälpa till att avgöra vad som kunde tänkas hjälpa deras barn i en förberedelse inför en smärtrelaterad procedur.

Diskussion

Metoddiskussion

Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) beskriver hur en studies kvalitet bedöms utifrån trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Trovärdigheten i en studie ökar när rätt metod

använts genom hela studien för att svara på syftet, vilket kan skapa ett förtroende för att studiens resultat troligtvis är sant. Tillförlitlighet kan genereras genom att författarna tydligt visar och beskriver hur studien genomförts. Överförbarheten i studien visar på om resultatet kan appliceras i andra kontexter, miljöer eller grupper i samhället (ibid.).

För att kunna svara på studiens syfte valdes kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Avsikten var att belysa studiedeltagarnas upplevelser. Användning av exempelvis enkäter hade inte kunnat ge samma djup i materialet som intervjuerna gav (Whiting, 2008). Vid inledande litteratursökningar var inte materialet tillräckligt för att kunna genomföra en litteraturstudie som kunde svara på syftet. Användningen av observationer var inte möjligt under pågående Covid-19-pandemi, men hade kunnat användas för att få kunskap om hur sjuksköterskor förbereder barn på akutmottagning. Som design valdes en induktiv design, för att kunna utgå från deltagarnas levda erfarenheter. Henricsson (2017) beskriver att om en deduktiv ansats hade valts hade förmodligen resultatet blivit annorlunda, då det styrts inom en ram av en förbestämd teori (ibid.).

Användningen av semistrukturerade intervjuer var en styrka då författarna kunde ställa önskade frågor för att svara på syftet, men samtidigt låta deltagarna få berätta fritt kring dem utan att bli avbrutna. Följdfrågorna kunde då användas för att fördjupa svaren i de fall det ansågs relevant för att svara på syftet (Danielsson, 2017). Strukturerade frågor användes inte, då dessa styr deltagarens berättelser och används främst vid kvantitativ forskning (Whiting, 2008; Danielsson, 2017). Whiting (2008) lyfter att användningen av intervjuer som datainsamlingsmetod kan påverka tillförlitligheten då det krävs kunskap och kompetens hos intervjuaren för att göra en bra intervju (ibid.). Författarna har därför fört diskussioner kring hur intervjuerna blivit efter varje utförd sådan. Pilotintervjun som gjordes gav båda författarna erfarenhet inför kommande intervjuer, vilket stärker studien. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer, vilket ökade förståelsen för innehållet, då båda författarna fick höra samma saker. Att båda författarna deltagit vid samtliga intervjuer underlättade i diskussioner och tolkning av innehållet. När båda författarna deltar i intervjuerna, minskar risken att de olika intervjuerna genomförs på olika sätt, båda författarna får erfarenhet av att intervjua, samt att båda författarna kan påminna varandra om att medvetandegöra sin förförståelse och inte låta förförståelsen styra följdfrågorna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) påverkas förförståelsen under studiens gång eftersom författarna får ny kunskap om fenomenet som

studeras allt eftersom material samlas in. Danielsson (2017) menar att en nackdel när båda författarna deltar vid samtliga intervjuer är att det blir mer tidskrävande och kan även kännas ojämnt för studiedeltagare i en två-mot-en-situation (ibid.). Under intervjuerna upplevdes deltagarna inte påverkas av att båda författarna närvarade.

Situationen då Zoom använts som medel för att genomföra intervjuerna via videosamtal kan ha påverkat deltagare som inte är bekanta med videosamtal, genom att de inte kände sig helt bekväma. Zoom bedömdes vara till fördel då studiedeltagarnas ansiktsuttryck kunde avläsas, istället för en telefonintervju, där endast tonläget går att avläsa, men även att studiedeltagarna ser personerna som intervjuar och därmed får ett ansikte på den de blir intervjuade av (Janghorban et al., 2014). Deltagarna fick välja själva om de ville medverka i form av en telefonintervju eller via Zoom, där samtliga deltagare valde Zoom. För att kunna använda Zoom tillfredsställande krävs en bra internetuppkoppling, vilket kan vara en utmaning då det var tre personer involverade och kan även göra att intervjusituationen tar längre tid. Tidsaspekten kan även vändas till fördel för videosamtal, eftersom varken deltagare eller intervjuare behöver spendera tid för att eventuellt resa till och från platsen för intervjun och att intervjutillfället enkelt kunde flyttas på vid behov. De flesta deltagare valde att genomföra intervjun i sitt hem i lugn och ro, vilket kan medföra en trygghet för deltagaren.

Studiens urval var ett bekvämlighetsurval och antalet deltagare blev åtta sjuksköterskor. För att öka studiens överförbarhet kunde ett strategiskt urval använts, där deltagare med olika erfarenheter som möjligt inkluderades (Henricson & Billhult, 2017). Däremot fanns en bredd i urvalet, då det bestod av både män och kvinnor med både kortare och längre erfarenhet av pediatrik vård. Det sistnämnda önskades i inklusionskriteriet. Berättelserna som framkom under intervjuerna gav ett rikligt material som kunde svara på syftet. För att få fler deltagare kunde upptagningsområdet utökats, men då studien hade begränsat med tid bedömdes det inte ligga inom tidsramen. Under hösten 2020 har sjukvården i Sverige varit mer belastad än vanligt på grund av Covid-19-pandemin och detta kan ha påverkat antalet deltagare som hade möjlighet att ställa upp på intervju. Bortfallet av tillfrågade akutmottagningar kan ha påverkat studiens resultat. Eftersom Zoom användes för att genomföra intervjuer hade inte verksamheterna behövt begränsas till södra Sverige. Detta gjordes dock för att inte få ett allt för stort deltagarantal som ej var hanterbart inom tidsramen för examensarbetet.

Användningen av Graneheim och Lundman (2004) gjorde att materialet blev analyserat både på sitt manifesta och sitt latent innehåll, vilket medför att resultatet får ett större djup än vid en enbart manifest analys. Det är viktigt att noga beskriva hur analysen är utförd för att öka trovärdigheten, vilket också kan illustreras med hjälp av tabeller (ibid.). Den latent analysen är tolkande av innehållet och diskussioner fördes författarna emellan tills samstämmighet i analysen uppstod. Hela analysprocessen genomfördes gemensamt, där båda författarna analyserade första intervjun tillsammans för att få en samsyn och därefter delades materialet upp lika. När författarna analyserat var för sig byttes materialet författarna emellan och analysen granskades. Därefter gick författarna gemensamt igenom det analyserade materialet från början till slut och diskuterade fram en samsyn där uppfattningarna gått isär. Detta förfarande användes genom hela analysprocessen för att vara medvetna om och inte låta den egna förståelsen påverka resultatet. Graneheim et al. (2017) beskriver att studiens pålitlighet stärks när mer än en person analyserar det insamlade materialet eftersom olika personer kan ha olika syn på materialet.

Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) stärks studiens trovärdighet och bekräftelsebarhet genom att utomstående personer granskar arbetets resultat. Föreliggande studie har under arbetes gång granskats och bedömts vid ett seminarium.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie genomsyrades av vikten av att förbereda ett barn, oavsett situation på barnakutmottagningen. Minimera smärta för barn på barnakutmottagningar är en komplex uppgift, av största vikt att lägga resurser på, för att undvika att barn får sjukhusrädsla i framtiden. Det krävs tid, personal, erfarenhet och kunskap för att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningar. Tidsbrist och bristfällig kunskap hos sjuksköterskor kring barns smärtupplevelser, ålder- och utvecklingsskillnader samt familje- och barncentrerad vård kan sätta käppar i hjulet för ett bra flyt i arbetet med barn och smärta på barnakutmottagningar. Sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att det viktigaste med att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagningar var att minimera smärta. Två huvudfynd, tidsbristens och barns räslors påverkan på förberedelser av barn inför smärtrelaterade procedurer på barnakutmottagning diskuteras i resultatdiskussionen.

Smärtrelaterade procedurer behövde inte alltid vara de procedurer som en sjuksköterska ansåg var smärtsamma. Barnens rädsla för att något skulle göra ont upplevdes av sjuksköterskorna påverka förberedelsen och proceduren i hög grad. Chen et al. (2020) studie visade att smärta och rädsla, hos barn som fick intravenösa injektioner på akutmottagningar, var signifikant och positivt korrelerade. Detta enligt barnen, men även enligt sjuksköterskorna (ibid.). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har barnet som patient rätt till information anpassad efter ålder- och utvecklingsnivå. Sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att det fanns olika tillvägagångssätt vid kommunikation och information till barnen, beroende på åldern och utvecklingsnivån för barnet i fråga. Tala direkt till barnet och därmed involvera barnet i beslut kring sin vård var något som även togs upp i en observationsstudie av Quaye et al. (2019). Det framkom däremot att barnen inte alltid ville veta vad som skulle hända, men om barnet vägrade proceduren helt fullföljdes den ändå (ibid.). Till skillnad från detta valde sjuksköterskorna i föreliggande studie att backa istället, om barnet var skräckslaget.

Att försöka lyssna på barnet var, enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie, viktigt för att kunna bemöta barnets rädslor. I en studie av Ståhlberg et al. (2018) stämmer sjuksköterskornas upplevelser överens med detta, då de upplevde att när ett barn fick vara delaktig i hur något skulle göras, ökade det chansen för att barnet skulle vara villig att genomgå det sedan. Det handlade om att låta barnen känna att de hade makten över att påverka situationen. Inte vad som skulle ske, men hur det skulle göras (ibid.). Tre av den patient- och familjecentrerade vårdens kärnbegrepp är, som tidigare nämnt, information, deltagande och samarbete (IPFCC, u.å). Barnen och deras familjer ska få all den information de vill ha och behöver för att känna sig trygga i att genomgå en procedur. De ska genom samarbete med vårdpersonal delta i sin vård (ibid.). Med IPFCC (u.å) fjärde kärnbegrepp, värdighet och respekt, i åtanke bör barnets rädslor respekteras och bemötas. Hur detta skulle ske berodde återigen, enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie, på ålder, utvecklingsnivå och det individuella barnets förutsättningar. Några specifika hjälpmedel, utöver att visa materialet som skulle användas eller visa på barnets nalle eller förälder innan procedur, nämndes ej. I Ståhlberg et al. (2018) studie framkom att surfplattor kunde användas som stöd i barncentrerat arbete och upplevdes underlätta förberedelser och procedurer enligt vårdpersonalen.

Barnen i Lima et al. (2018) studie kände att deras största problem vid ankomst till akutmottagning var smärtlindring och att få det tillräckligt fort. Sjuksköterskorna i föreliggande studie betonade tidsbristen de upplevde i arbetet och hur den bidrog till att det ofta var en utmaning att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer. Med tanke på barns rädslor och att barn inte går med på något de inte är redo för, fanns behovet av tid för förberedelse innan procedur. Med erfarenhet kom strategier för optimering av förberedelser inför smärtrelaterade procedurer vid tidsbrist. De sjuksköterskor med mer erfarenhet upplevde att de mer sällan gjorde förberedelser som inte räckte för en lyckad smärtrelaterad procedur, oavsett tidsbrist. Tiden behövde tas. I en studie av Thomas et al. (2015) rapporterar 74 procent av 125 sjuksköterskor också tidsbrist som en barriär till arbetet med barn och smärta i triage, på akutmottagning. I likhet med denna studie upplevde sjuksköterskorna att ju mer erfarenhet de hade, desto mer bekväma ansåg de sig vara i sitt arbete med barn och smärta och desto mindre accepterade de förseningar i smärtbehandling för barn (ibid.).

Den barncentrerade vården ska utgå ifrån barnets behov (Coyne et al., 2018). Coyne et al. (2018) belyser skillnaden mellan den vuxna individen, med full autonomi, och dennes vård, samt barnet, som ska tillåtas delta i sin vård, men med stöd från sin familj. Involvera föräldrarna upplevdes i vissa fall kunna optimera förberedelsen vid tidsbrist, enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie. Föräldrar var experter på sina barn. I en studie av McKay och Gregory (2011) ansåg sjuksköterskorna likaså. Tillämpningen av familjecentrerad vård var av vikt för att få ett bra samarbete. Erbjudna familjerna alternativ och kontroll ansågs bidra till barnets och föräldrarnas delaktighet. Däremot upplevdes tidsbrist vara en av barriärerna till att utföra familjecentrerad vård i denna studie. Mer erfarna sjuksköterskor ansåg dock att de hade lärt sig att väva in delar av den familjecentrerade vården i sitt dagliga arbete och i sina övriga arbetsmoment (ibid.). Att ha vårdpersonal som har kunskap och erfarenhet i pediatrik vård, kan underlätta för tillämpning av både den familjecentrerade och den barncentrerade vården på barnakutmottagningar.

Konklusion och implikationer

Föreliggande studie identifierar tidsbrist som den största utmaningen i sjuksköterskans arbete med att få till en lyckad förberedelse inför en smärtrelaterad procedur. Resultatet av studien

stödjer tidigare forskning, men har en starkare betoning på barns rädslor och rädslans påverkan på både förberedelse och procedur. Genom att få en känsla av kontroll kunde både sjuksköterskan och barnet hantera barnets rädsla och därmed minimera smärtupplevelsen, men för detta behövdes tid. Sjuksköterskornas upplevelser i denna studie kan ge andra sjuksköterskor, som arbetar i samma eller liknande kontext, strategier för att förbereda barn för procedurer som de är rädda för och därmed har en ökad risk för att uppleva smärta under. Resultatet kan vara till nytta genom att medvetandegöra sjuksköterskor om vikten av att förbereda barn. Studien kan även komma till nytta för sjuksköterskor som förbereder barn inför smärtsamma procedurer på barnakutmottagning genom att väcka tankar och diskussioner kring rutiner som påverkar förberedelser. Dessa tankar och diskussioner kan förhoppningsvis leda till förbättringsarbete och vid behov nya rutiner, så att barn som söker vård på en barnakutmottagning utsätts för minsta möjliga lidande.

Referenser

Aziznejadroshan, P., Alhani, F. & Mohammadi, E. (2017). Experience of nurses about barriers to pain management in pediatric units: A qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 4(3), 89–96. doi: 10.4103/jnms.jnms_2_17

Chen, Y-J., Cheng, S-F., Lee, P-C., Lai, C-H., Hou, I-C. & Chen, C-W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomized trial. *Journal of Clinical Nursing* 29(3-4), 503-510. doi: 10.1111/jocn.15088

Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing* 42, 45–56. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.001

Crumm, C E., Camp, E A., Khalil, M. & Chumpitazi, C E. (2020). Improving the Pediatric Procedural Experience: An Analysis of Pain, Anxiety, and Satisfaction. *Journal of Patient Experience* 7(2), 232-237. doi: 10.1177/2374373519836471

Cummings, J A. (2015). Pediatric Procedural Pain: How Far Have We Come? An Ethnographic Account. *Pain Management Nursing* 16(3), 233-241. doi: 10.1016/j.pmn.2014.06.006

Danielsson, E. (2017). I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (2:a upplagan s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.

de Moraes Ferreira, M J., Camelo Chaves, E M., Farias, L M., Melo Dodt, R C., de Almeida, P C. & Mendes Vasconcelos, S M. (2012). Care of Nursing Team to Children with Peripheral Venous Puncture: A descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 11(1), 78–88. doi: 10.5935/1676-4285.20120008

Dovland Andersen, R., Nakstad, B., Jylli, L., Campbell-Yeo, M. & Anderzen-Carlsson, A. (2019). The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. *Pain Management Nursing* 20(4), 337-344. doi: 10.1016/j.pmn.2018.11.060

Esteve, R. & Marquina-Aponte, V. (2011). Children's pain perspectives. *Child: care, health and development* 38(3), 441–452. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01297.x

Foster, M. & Whitehead, L. (2018). Using drawings to understand the child's experience of child-centred care on admission to a paediatric high dependency unit. *Journal of Child Health Care* 23(1) 102–117. doi: 10.1177/1367493518778389

Grahn, M., Olsson, E. & Edwinson Månsson, M. (2015). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing* 31, 284–292. doi: 10.1016/j.pedn.2015.11.016

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M. & Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56(2017) 29–34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, 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

Groenewald, C. B., Rabbitts, J. A., Schroeder, D. R. & Harrison, T. E. (2012). Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Pediatric Anesthesia* 22(7), 661-668. doi: 10.1111/j.1460-9592.2012.03807.x

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: 10.1111/j.1365-2354.2008.00939.x

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (2:a upplagan s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS, 2017:30) Hämtad 2020-04-06 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Institute for Patient and Family-Centered Care (u.å). Patient and Family Centered Care. Hämtad 2020-04-06 från <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Janghorban, R., Latifnejad Roudsari, R., & Taghipour, A. (2014) Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9:1, 24152. doi: 10.3402/qhw.v9.24152

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

Kjellström, S. (2017). I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (2:a upplagan s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2019:1144) Hämtad 2020-05-17 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (SFS, 2018:1197) Hämtad 2020-04-06 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197

Lima, DA., Rossato LM., Guedes DMB., Damiao EBC., Silva L. & Szylit R. (2018). Children's satisfaction and dissatisfaction with pain management in a Pediatric Emergency Department. *Journal of School of Nursing University of Sao Paulo* 9. Artikel: e03373. doi: 10.1590/S1980-220X2017044503373

Ljusegren, G., Johansson, I., Gimble Berglund, I. & Enskär, K. (2011). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child Care Health and Development* 38(4), 464–470. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x

Läkemedelsverket. (2014). *Behandling av barn och ungdomar i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård - kunskapsdokument*. Hämtad 2020-04-20, från Läkemedelsverket, <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och->

[forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/kunskapsdokument---behandling-av-barn-i-samband-med-smartsamma-procedurer.pdf](#)

McKay, L. J. & Gregory, D. (2011). Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 28(1), 43-52. doi: 10.1177/1043454210377179

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (2:a upplagan s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

NOBAB (u.å). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. Hämtas 2020-04-06 från http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_NOBAB_2017.pdf

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, 162–171. doi: 10.1111/jspn.1267

Olsson, G. L. (2010). Procedursmärta. I G. L Olsson & L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 239–253). Lund: Studentlitteratur.

Patientlagen (2014:821). Hämtad 2020-05-29 från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Pillai Riddell, R R., Stevens, B J., McKeever, P., Gibbins, S., Asztalos, L., Katz, J., Ahola, S. & Din, L. (2009). Chronic Pain in Hospitalized Infants: Health Professionals' Perspectives. *The Journal of Pain* 10(12), 1217–1225. doi: 10.1016/j.jpain.2009.04.013

Priebe, G. & Landström, C. (2017). I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (2:a upplagan s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M. & Hallström I. K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalization: An observational study. *Journal of Clinical Nursing* 28(23-24), 4525-4537. doi: 10.1111/jocn.15042

Salantära, S. (1999). Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Journal of Advanced Nursing* 29(3), 727-736. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00944.x

Shave, K., Ali, S., D. Scott, S & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics* 18(1), 1-10. doi: 10.1186/s12887-018-1300-y

Simons, J. (2014). A Proposed Model of the Effective Management of Children's Pain. *Pain Management Nursing* 16(4), 570-578. doi: 10.1016/j.pmn.2014.10.008

Socialstyrelsen. (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Hämtad 2020-03-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>

Stålberg, A., Sandberg, A. & Söderbäck, M. (2018). Child-centered Care: Health Professionals' Perceptions of What Aspects are Meaningful When Using Interactive Technology as a Facilitator in Healthcare Situations. *Journal of Pediatric Nursing* 43. Artikel: e10-e17. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.006

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). Kompetensbeskrivning – för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Hämtad 2020-03-25 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2020-03-25 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Taddio, A., Katz, J., Ilersich, AL. & Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 349(9052), 599–603. doi: 107165545

Thomas, D., Kircher, J., Plint, A. C., Fitzpatrick, E., Newton, A. S., Rosychuk, R. J., Grewal, S. & Ali, S. (2015). Pediatric Pain Management in the Emergency Department: The Triage Nurses' Perspective. *Journal of Emergency Nursing* 41(5), 407-413. doi: 10.1016/j.jen.2015.02.012

Trottier, ED., Ali, S., Le May, S. & Gravel J. (2015). Treating and Reducing Anxiety and Pain in the Pediatric Emergency Department: The TRAPPED Survey. *Paediatrics and Child Health* 20(5), 239-244. doi: 10.1093/pch/20.5.239

Turkmen, A S., Sahiner, N C., Koroglu, A Y. & Inal, S. (2017). Pain and factors that affect its definition as defined by preschool age children: a qualitative study. *Revista Eletronica de Enfermagem* 20, 1–9. doi: 10.5216/ree.v20.49441

Tunc-Tuna, P. & Acikgoz, 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

Twycross, A M., Williams, A M. & Finley, G A. (2014). Surgeons' aims and pain assessment strategies when managing paediatric post-operative pain: A qualitative study. *Journal of Child Health Care* 19(4), 513–523. doi: 10.1177/1367493514527022

Weingarten, L., Kircher, J., Drendel, A. L., Newton, A. S. & Ali, S. (2014). A survey of Children's Perspectives on Pain Management in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine* 47(3), 268-276. doi: 10.1016/j.jmermed.2014.01.038

Yam, M F., Loh, Y C., Tan, C S., Adam, S K., Manan, N A. & Basir, R. (2018). General Pathways of Pain Sensation and the Major Neurotransmitters Involved in Pain Regulation. *International Journal of Molecular Sciences* 19(8), 2164–2186. doi: 10.3390/ijms19082164

Whiting, L.S. (2008) Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard* 22(23), 35-40. doi: 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 30 april, 2020, från WMA, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (4)

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat inom pediatriken som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på akutmottagning som sjuksköterska?

Har du någon specialistutbildning? - vilken?

Huvudfrågor:

Vad anser du är en smärtrelaterad procedur?

Hur skulle du definiera att förbereda?

Kan du berätta om din erfarenhet av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer?

Har du några exempel på en bättre eller sämre förberedelse av ett barn innan en smärtsam procedur?

Följdfrågor:

Berätta.

Förklara.

Beskriv.

Ge exempel.

Bilaga 2 (4)

Brev till verksamhetschef

Till verksamhetschef eller motsvarande

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar – en kvalitativ intervjustudie.

Att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer är en komplex uppgift. Det finns några få studier kring sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på en akutmottagning och mycket av forskningen är något daterad. Denna studie vill belysa sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på svenska akutmottagningar.

Studien planeras att genomföras som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning där barn vårdas, med eller utan specialistutbildning, som arbetat med barn längre än 1 år inkluderas. Antal deltagare planeras vara 10-12 stycken. Intervjuerna kommer att vara halvstrukturerade för att deltagarna ska kunna ge öppna svar. Datainsamlingen planeras att påbörjas höst 2020 och kommer att analyseras med innehållsanalys.

Studiedeltagarna kommer att få ett informationsbrev med beskrivning om studien och deltagande av författarna. Deltagare kommer att ombes fylla i en medgivandeblankett för att bekräfta sin medverkan i studien, men kan välja att avbryta när som helst utan att uppge skäl till varför.

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

Allt material kommer under arbetet kodas mot en kodlista och förvaras inlåst och separat hos författarna. Efter godkänd examination av studien kommer allt material att förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Bilagor

1. Medgivandeblankett
2. Projektplan

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar – en kvalitativ intervjustudie

Er anhållan

Medgives
Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 3 (4)

Brev till mellanhand

Till enhetschefen.

Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar – en kvalitativ intervjustudie.

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

Att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer är en komplex uppgift. Det finns några få studier kring sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på en akutmottagning och mycket av forskningen är något daterad. Denna studie vill belysa sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på svenska akutmottagningar.

Sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning där barn vårdas, med eller utan specialistutbildning, som arbetat med barn längre än 1 år. Antal deltagare planeras vara 10–12 stycken. Intervjuerna kommer att vara halvstrukturerade för att deltagarna ska kunna ge öppna svar. Datainsamlingen planeras att påbörjas i oktober/november 2020 och kommer att analyseras med innehållsanalys.

Vi ställer frågan till Dig om du kan vara mellanhand och vidarebefordra information om studien till de i din verksamhet som uppfyller inklusionskriterierna i studien. Författarna ger information om studien, om de får lov, på ett avdelningsmöte, beroende på rådande situation med Covid-19. De sjuksköterskor som är intresserade av att delta i studien önskar författarna maila sina kontaktuppgifter till nedanstående mailadress. Författarna kontaktar därefter deltagarna initialt via mail eller telefon.

Deltagande i studien är helt frivilligt. Deltagaren har rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan att uppge något skäl. För att inte materialet ska kunna härledas till deltagarna kodas varje intervju mot en kodlista och materialet hålls inlåst separat från kodlistan hos författarna under studien. Efter godkänd examination av studien kommer allt material att förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Brev till studiedeltagare

Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar - en kvalitativ intervjustudie.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer är en komplex uppgift. Det finns några få studier kring sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på en akutmottagning och mycket av forskningen är något daterad. Denna studie vill belysa sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på svenska akutmottagningar.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig angående Dina upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagning. Den beräknas ta cirka 30–60 minuter och genomförs av Johanna Bengtsson och Nermana Hopovac. På grund av rådande pandemi kan intervjun ske över videolänk eller via telefon, vilket Du själv får välja. Vi kan garantera en säker videolänk.

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.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in ljudet under intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst. Den utskrivna texten från intervjun kommer att kodas mot en kodlista som förvaras inlåst och separat från materialet hos författarna. Allt material kommer att förstöras när studien examinerats och godkänts.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om **Sjuksköterskors upplevelser av att förbereda barn inför smärtrelaterade procedurer på akutmottagningar – en kvalitativ intervjustudie.**

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