



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Anestesisjuksköterskors upplevelse av barnanestesi

Åsa Engstrand

År 2012

Examensarbete, Avanceradnivå 15hp

Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Anestesisjukvård

Handledare: Marja-Leena Kristofferson och Ulla-Carin Ivarsson

Examinator: Annika Nilsson

---

## Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av barnanestesi på två operationsavdelningar, en allmän operationsavdelning och en dagkirurgisk operationsavdelning, vid två sjukhus i Mellansverige. Studien hade en deskriptiv design med en kvalitativ ansats. Tio anestesijuksköterskor med mer eller mindre erfarenhet av barnanestesi deltog. Data insamlades med hjälp av halvstrukturerade intervjufrågor och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet redovisades utifrån ett tema, tre subteman och nio kategorier. Temat var *Kompetens, fingertoppskänsla och samarbetsförmåga ställd på sin spets*, med tre subteman *Förberedd och beredd*, *Interagerar och öppnar för delaktighet* och *Känslomässig anspänning*. De intervjuade anestesijuksköterskorna beskrev upplevelser av barnanestesi som komplexa och varierande situationer. Vikten av att förbereda sig noggrant såväl mentalt som praktiskt samt god samverkan med barnet, föräldrar och övrig vårdpersonal beskrivs som viktiga komponenter för en lyckad barnanestesi. En lyckad anestesi gav en känsla av stor tillfredsställelse medan en mindre lyckad anestesi gav en känsla av frustration och misslyckande hos anestesijuksköterskorna. Trots den känslomässiga anspänningen så upplevde de barnanestesi som det roligaste och mest utmanade de kunde vara med om i sitt yrke.

Nyckelord: anestesijuksköterskor, upplevelser, barnanestesi, erfarenhet, förberedelser, föräldrars närvaro.

## **Abstract**

The aim of this study was to describe the anesthesia nurses experiences of pediatric anesthesia in two surgical wards, a general surgery department and a day surgery surgical department at two hospitals in central Sweden. The study had a descriptive design with a qualitative approach, in which ten anesthetic nurses with more or less experience in children's anesthesia participated. Data were collected using semi-structured interview questions and were analyzed using qualitative content analysis. The results were reported based on a theme, three sub themes and nine categories. The theme *When skills, tactfulness and interpersonal skills come to a head*, with three sub themes *Being prepared and ready*, *Interacts and open for participation* and *Emotional tension*. The anesthesia nurses who were interviewed described the experiences of children anesthesia as complex and varied situations. They needed to prepare themselves thoroughly, both mentally and practically. Good interactions with the child, parents and health professionals were described as important components for a successful pediatric anesthesia. A successful anesthesia gave a feeling of great satisfaction, while a less successful anesthesia gave a feeling of frustration and failure of the anesthetic nurses. Despite the emotional tension, they felt that pediatric anesthesia was the most fun and challenging they could be involved in their profession.

Keywords: anesthesia nurses, experiences, children's anesthesia, experience, preparation, parents' presence.

## **Innehållsförteckning**

<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>4</b>
HISTORIK.....	4
BARNNS UTVECKLING.....	6
PSYKOLOGISK FÖRBEREDELSE FÖR BARN INFÖR ANESTESIN.....	6
FÖRÄLDRARS NÄRVARO OCH SAMVERKAN.....	7
ANESTESISJUKSKÖTERS KANS YRKESROLL.....	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT.....	8
PROBLEMMOMRÅDE.....	9
SYFTE.....	9
<b>METOD.....</b>	<b>10</b>
DESIGN.....	10
URVAL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP.....	10
DATAINSAMLINGSMETOD.....	11
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	11
DATAANALYS.....	12
ETISKA ASPEKTER.....	13
<b>RESULTAT.....</b>	<b>14</b>
KOMPETENS, FINGERTOPPSKÄNSLA OCH SAMARBETSFÖRMÅGA STÄLLD PÅ SIN SPETS.....	14
VARA FÖRBEREDD OCH BEREDD.....	15
<i>Förberedelser viktiga.....</i>	<i>15</i>
<i>Mindre marginaler.....</i>	<i>16</i>
<i>Erfarenhet och vana.....</i>	<i>16</i>
<i>Anpassning och fantasi.....</i>	<i>17</i>
INTERAGERAR OCH ÖPPNAR FÖR DELAKTIGHET.....	17
<i>Kontakt och samverkan med barnet.....</i>	<i>17</i>
<i>Samverkan med vårdpersonal.....</i>	<i>18</i>
<i>Föräldrars medverkan och påverkan.....</i>	<i>18</i>
KÄNSLOMÄSSIG ANSPÄNNING.....	19
<i>Utmanade och roligt.....</i>	<i>19</i>
<i>Misslyckande och frustration.....</i>	<i>20</i>
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>21</b>
HUVUDRESULTAT.....	21
RESULTATDISKUSSION.....	22
METODDISKUSSION.....	27
KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FORTSATT FORSKNING.....	28
SLUTSATS.....	29
REFERENSER.....	30

## Introduktion

Anestesi används oftare på barn än på vuxna. Diagnostiska undersökningar och behandlingar som på vuxna kan göras i vaket tillstånd eller i lokalbedövning, görs vanligtvis under anestesi på barn.<sup>1</sup> De flesta barn sövs för mindre ingrepp på allmänna operationsavdelningar men de allra minsta barnen och de som är svårast sjuka tas oftast om hand på speciella barnoperationsavdelningar. Anledningen till att anestesi används oftare på barn är att de inte ska bli rädda och att ett relativt litet ingrepp inte ska sluta med en psykologisk traumatisk upplevelse. Vissa barn kan även bli så rädda för situationen att de vägrar att genomgå ingreppet.<sup>2</sup>

Barn skiljer sig både fysiologiskt och anatomiskt från vuxna och det ställer speciella krav vid anestesi. Luftvägen på barn är mindre än vuxnas men den är ofta mjuk och fin i vävnaden och inte stel och svårhanterlig som hos vuxna. Ett vanligt problem inom barnanestesi är att barn ofta är förkylda. Täppt, snorig näsa och irriterad luftväg kan vara nog för att orsaka en luftvägsspasm hos barnet.<sup>3</sup> Det gäller då att överväga vikten av operationen jämfört med risken att utföra den.<sup>4</sup>

För anestesistjuksköterskan är barnanestesi en mångsidig och komplex situation. Det krävs god kunskap och erfarenhet men också intuition, fantasi och inlevelseförmåga för att kunna skapa en bra situation runt barnet och dess föräldrar under den korta tid som de möts i det perioperativa vårdförloppet.<sup>2,3</sup>

## Historik

”If you take away a sick child from it’s parents or nurse, you break its heart immediately”, s14, så formulerade sig en engelsk barnläkare vid namn George Armstrong.<sup>5</sup> Han var den första barnläkaren i Europa på 1700-talet. Intresset för barns sjukdomar var inte särskilt stort på den här tiden och synen på sjuka barn utgick främst från ett sjukdomstänkande.<sup>6</sup>

Under 1800-talet byggdes de första barnsjukhusen, miljön var hemlik och mödrarna fick stanna kvar hos barnet eftersom det var ont om sjukvårdsutbildad personal.<sup>3</sup> I slutet av 1800-talet ändrades uppfattningen om anhöriga på sjukhus, föräldrar förbjöds och tron på att barn skulle behandlas på ett mekaniskt sätt uppmuntrades.<sup>7</sup> I USA utfördes den första operationen i narkos. Personerna som utförde narkosen hade oftast ingen utbildning, det kunde exempelvis vara vaktmästaren eller liknande som utförde narkosen.<sup>8</sup> En kvinna som intresserade sig för barnanestesi var amerikanskan Betty Lank. Hon arbetade som sjuksköterska på Children’s

hopsital i Boston i 30 år. Under sin karriär arbetade hon bara med barn och hennes ambition var att skapa en fungerande anestesisjukvård för barn och deras behov.<sup>9</sup> I slutet på 1800-talet började intresset för barnanestesi växa fram i Europa.<sup>10</sup> Barndödligheten var hög på den här tiden och 25% av de spädbarn som föddes i Europa dog vid födseln. I Tyskland uppmärksammades den höga barnadödligheten och ett arbete började för att ge barn bra medicinsk vård anpassat för dem och med utbildad personal.<sup>11</sup>

I början på 1900-talet förändrades den själlösa synen på barnsjukvård och betydelsen av föräldrars närvaro hos barnet uppmärksammades återigen.<sup>6</sup> En engelsk psykiatriker vid namn John Bowlby, studerade i mitten på 1900-talet barns reaktion på separationen från sina föräldrar och den påvisade hur viktigt det var för barnen att ha sina föräldrar med sig under sjukhusvistelsen.<sup>7</sup> Först på tidigt 1930-tal uppmärksammades anestesi i Sverige, alltså många år senare än andra länder i världen. Intresset för barnanestesi kom ungefär samtidig. Under 1934 påbörjades förbättringsarbeten vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, i syfte att underlätta anesthesierna för barn och försöka minska stressen och oron för barnet.<sup>12</sup>

År 1976 bildades Union of National European Paediatrics Societies and Associations, UNESPA, i ett samarbete med 18 europeiska länder. UNESPA är en organisation som värnar om barnen i samhället. Stora skillnader upptäcktes inom barnhälsovården i de olika länderna. Ett arbete påbörjades för att ge barn lika vård i alla länder.<sup>10</sup> I Sverige finns, Svensk förening för barnanestesi och barnintensivvård (SFBABI) som arbetar för att anpassa sjukhusvister till barn. SFBABI har tagit fram riktlinjer för hur barnanestesiverksamheten i Sverige bör organiseras, bl.a. gällande krav på personalens kompetens och erfarenhet av barnanestesi samt att det ska finns resurser att ta hand om eventuella komplikationer som kan uppstå vid barnanestesi.<sup>13</sup>

FN:s barnkonvention lyfter fram rättigheter och skydd för barn, ett arbete för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård. Med barnkompetens menas kunskap om och förståelse för barnets biologiska, psykologiska och sociala utveckling i ett åldersperspektiv. Inom begreppet barnkompetens ligger också förmågan att kommunicera och interagera med barnet och föräldrarna.<sup>14</sup>

## **Barns utveckling**

Barns fysiologiska och psykologiska behov varierar i förhållande till ålder och var de befinner sig i utvecklingsprocessen.<sup>15</sup> Barnet utvecklas i ett socialt samspel med andra människor, de viktigaste personerna i början är den egna familjen, men ju äldre barnet blir desto fler sociala kontakter får det och deras sociala nätverk ökar. Utveckling vad gäller social kompetens, begåvning och personlighet påverkas av ett samspel mellan medfödda egenskaper och olika miljöfaktorer. Barnets motoriska utveckling har stor betydelse för den emotionella utvecklingen.<sup>7</sup>

Hur ett barn reagerar på en sjukhusvistelse beror på olika faktorer som ålder, tidigare erfarenheter, mognad, verklighetsuppfattning, fantasi och sjukdomens art.<sup>16</sup>

Barn mellan 1 – 3 år har inte full förståelse för den nya situationen och miljön de hamnat i vid en sjukhusvistelse. De kan känna separationsångest. Därför är det viktigt att föräldrarna är med barnet och att de är välinformerade om ingreppet, så de kan stötta sitt barn. I förskoleåldern, 3-6 år, börjar barnet bli mer självständigt, separationsångesten till föräldrarna har avtagit men föräldrarna är ändå den stora tryggheten.<sup>17</sup> Integriteten hos barnet börjar utvecklas och de kan känna rädsla och osäkerhet inför nya händelser och situationer. Skolbarn, 7 – 13 år, har nästan full kontroll över sin kropp, kroppsintegriteten utvecklas och den egna integriteten, vilket kan göra att de känner sig kränkta vid undersökningar och anestesi. Föräldrarna är viktiga förstås men de kan även känna tillit till vänner eller ”favorit personal”.<sup>6</sup>

## **Psykologisk förberedelse för barn inför anestesi**

Barnet bör få träffa personalen före sin operation och bli informerad om vad som väntar och få möjlighet att ställa frågor. En svensk studie indikerar att förberedelser inför operationen kan minska barnets stress och förstärka barnets bemästringsförmåga.<sup>18</sup> Barnet och föräldrarna behöver kunskap om vad som ska ske.<sup>19</sup> Information till barn ska vara enkel och ärlig, den ska vara anpassad till barnets nivå. Det är viktigt att tala till barnet och inte över huvudet på barnet, vilket kan upplevas som kränkande.<sup>20,21</sup>

Enligt Edwinson Månsson behöver små barn 0-3 år information precis innan en händelse. Att barnet får öva med material på exempelvis en docka är ett bra sätt. Barn i åldern 3-7 år får informationen bäst genom lek, teckningar eller fotografier samt att barnet själv utför undersökningen på en docka. I skolåldern, 7-13 år, klarar barn av enkla förklaringar dock inte

för långa, det är viktigt att uppmuntra barnet att komma med frågor. Tonåringar behöver information med verklighetsanknytning. Humor och sunt förnuft är ett bra sätt att nå tonåringar. Ibland kan det vara bra att ge informationen utan föräldrarnas närvaro.<sup>6</sup> Olika hjälpmedel kan med fördel användas vid informationstillfället, som dockor, fotoalbum, sagor och broschyrer.<sup>22</sup> En rundvandring i sjukhuslokalerna är också ett bra sätt att få barnet att känna sig tryggt och hemvant.<sup>23</sup> Bra och anpassad information i den preoperativa fasen kan leda till en positiv upplevelse av sjukhusvistelsen även efter operationen, vilket kan underlätta för barnet vid framtida möten med sjukvården.<sup>16,24</sup> I vissa fall kan barn bli så rädda för situationen att de inte vill samarbeta alls. Det är en svår situation för alla inblandade, då måste ibland personal och föräldrar bestämma åt barnet. Ett visst mått av tvång kan då behöva användas för att kunna genomföra ingreppet.<sup>1,25</sup>

## **Föräldrars närvaro och samverkan**

Som anestesijuksköterska finns inte bara barnet där att ta hänsyn till utan även föräldrar och/eller anhöriga.<sup>6</sup> De bör vara med vid induktionen och finnas närvarande när barnet vaknar till och kan med fördel informeras tillsammans med barnet om anestesi.<sup>3,26</sup> Föräldrarna betyder mycket för barns trygghet i alla åldrar och de har en viktig ibland oersättlig roll i vården av barnet. De känner sitt barn bäst av alla och de är tryggheten för barnet. De förstår barnets känslomässiga behov allra bäst och det är till föräldrarna barnet känner tillit. Föräldrarna i sig kan uppleva situationen stressfylld. Därför behöver de stöd och information om vad som ska ske, så de kan hantera situationen på bästa sätt och inte överföra sin oro på barnet.<sup>27</sup> Föräldrarna kan fungera som en länk mellan personalen och barnet.<sup>15</sup>

## **Anestesisjuksköterskans yrkesroll**

I kompetensbeskrivningen för anestesisjuksköterskor står att dennes övergripande arbetsområde är anesthesiologisk vård vilket förutsätter att anestesisjuksköterskan har goda kunskaper inom såväl det omvårdnadsvetenskapliga som det medicinska området.<sup>28</sup> En anestesisjuksköterska har många uppgifter bl.a. att vara förberedd på den förestående anestesi med utrustning och läkemedel samt att bemöta patienten på ett bra och förtroende



ingivande sätt. Att få patienten att känna trygghet och lugn samt att patienten får behålla känslan av kontroll av situationen i mesta möjliga mån är viktigt.<sup>3,29</sup>

Vid barnanestesi är bemötandet och mottagandet av barnet och dess föräldrar viktigt. Mötet med barnet och föräldern varar endast under en relativt kort tid och under mycket speciella förhållanden.<sup>3</sup> En bra kommunikation och ett bra samarbete med barnet och dess anhöriga är viktigt för att anestesi och kirurgin ska avlöpa på ett tillfredsställande och lyckat sätt.<sup>30,31</sup> Det är viktigt att komma ihåg att barn inte är små vuxna. De är egna individer, de växer hela tiden och befinner sig i en utvecklingsprocess som gör att deras fysiologi och anatomi förändras. Detta kräver speciella kunskaper hos anestesijuksköterskan, speciellt vad det gäller andning, cirkulation och farmakokinetiken hos barnet. Det är även viktigt att ha kunskaper om barnets psykologiska utveckling, speciellt barnets känslomässiga, psykologiska och sociala behov samt att vara lyhörd och fantasifull.<sup>32</sup>

Barnets anatomi är annorlunda än vuxens och ju yngre barnet är desto mindre reserver har det, vilket gör att risken för exempelvis hypoxi, bradykardi och liknande vid anestesi ökar markant. Samtidigt är det friska barnet den robustaste patienten som anestesijuksköterskan kan ha medan det sjuka och späda barnet är det sköraste<sup>8</sup>. Alla dessa aspekter måste en anestesijuksköterska ha i åtanke vid barnanestesi vilket gör det till en komplex situation som kräver kunskap, erfarenhet, inlevelse förmåga och flexibilitet.<sup>32</sup>

## **Teoretisk utgångspunkt**

På 50 – 60 talet utvecklade Ida Orlando en omvårdnadsteori där fokus ligger på relationen mellan sjuksköterskan och patienten samt hur väl omvårdnadshandlingen svarar upp mot patientens behov. Orlando lyfter fram att sjuksköterskan först och främst bör ha förståelse för patienten, dels utifrån dennes verklighet och uppfattning om omvärlden samt utifrån hur hon själv handlar utifrån patientens perspektiv. Enligt Orlando behövs kontinuerliga reflektioner i omvårdnadsprocessen för att förstå patientens speciella behov i den aktuella situationen och sjuksköterskan styr omvårdnadshandlingarna utifrån dem. För att kunna utföra adekvata omvårdnadshandlingar bör sjuksköterskan, enligt Orlando, dela sina tankar och känslor med patienten för att klargöra att hon har uppfattat patienten rätt och utförd omvårdnadshandling utvärderas sedan tillsammans med patienten.<sup>33</sup>

## **Problemområde**

Arbetet som anestesijuksköterska är ett mångsidigt arbete och innefattar många utmaningar och oväntade situationer, vid barnanestesi är detta speciellt uttalat. Anestesijuksköterskan måste använda all sin kunskap, erfarenhet, fantasi och intuition för att göra det korta mötet med barnet och dess föräldrar till det bästa. De flesta anestesijuksköterskor tycker det är speciellt utmanande med barnanestesi. Därför känns det relevant att belysa anestesijuksköterskornas upplevelse av barnanestesi. Vid litteratursökningen gällande forskningen om anestesijuksköterskans upplevelse av barnanestesi har ytterst få kvalitativa studier framkommit.<sup>25</sup> Det finns behov av ökad kunskap och förståelse för den utmanande uppgift som barnanestesi är. Kunskap och förståelse som anestesijuksköterskor kan använda för reflektion och lärande.

## **Definition**

I denna studie definieras barn som barn i åldrarna 1,5 – 13 år.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av barnanestesi på två operationsavdelningar, en allmän operationsavdelning och en dagkirurgisk operationsavdelning.

## **Metod**

## Design

Studien genomfördes med deskriptiv design och kvalitativ ansats.<sup>34</sup> Denna ansats är vald för att få fram anesthesisjuksköterskors upplevelser av det valda ämnet i studien. Kvalitativ forskning försöker beskriva, fördjupa och förklara förståelsen för människors uppfattningar och upplevelser.<sup>34</sup>

## Urval och undersökningsgrupp

Deltagarna till studien valdes utifrån ett bekvämlighetsurval. Inklusionskriterier var att anesthesisjuksköterskorna hade erfarenhet av att söva barn. Totalt tillfrågades tolv anesthesisjuksköterskor om att delta i studien, två tackade nej. Deltagargruppen bestod slutligen av tio anesthesisjuksköterskor som hade erfarenhet av barnanestesi till barn mellan 1,5 år till 13 år, vid en allmän operationsavdelning alternativt vid en dagkirurgisk operationsavdelning vid två sjukhus i Mellansverige. Deltagargruppen bestod av 2 män och 8 kvinnor i varierande åldrar mellan 35 till 60 år, med en medelålder på 47 år. Arbetserfarenhet som anesthesisjuksköterska varierade mellan 1 till 25 år, med ett medelsnitt på 10 år. Erfarenheten av barnanestesi varierade bland deltagarna från ett års erfarenhet till 20 års erfarenhet. Övrig arbetserfarenhet varierade mycket bland anesthesisjuksköterskorna, en del hade arbetat länge som sjuksköterska på vårdavdelning innan sin specialistutbildning och andra hade lång yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvården.

Den dagkirurgiska operationsavdelningen hade en barnmottagning som förberedde barnen inför operationen. Anesthesisjuksköterskan på den dagkirurgiska avdelningen möter främst för övrigt friska barn som opereras för mindre ingrepp. Vanliga ingrepp kan vara insättande av rör i öronen, bortagande av halsmandlar och/eller körtel bakom näsan samt tandingrepp. Vid den allmänna operationsavdelningen kommer barn för planerade operationer men också för akuta ingrepp. Ingreppen kan bestå av bräckoperationer, blindtarmsoperationer, olika benbrott och mjukdelsskador. Vissa av de intervjuade anesthesisjuksköterskorna arbetade vid både den dagkirurgiska avdelningen och den allmänna operationsavdelningen.

## Datainsamlingsmetod

Data samlades in med hjälp av en, för studien av författaren konstruerad, intervjuguide med halvstrukturerade frågor som inriktade sig på anestesijuksköterskors upplevelse av barnanestesi. Intervjufrågorna grundade sig främst på vad som kunde upplevas som underlättande respektive hindrande vid barnanestesi, skillnaden mellan anestesi till vuxna och barn samt orsaken till varför ett anestesiförlopp blev bra eller dåligt. Följdfrågor om t.ex. föräldrar, förberedelser, samarbete, annan personal och psykologiska aspekter användes för att få en så varierande beskrivning av upplevelsen som möjligt från informanterna. Vid intervjun fick informanten svara på frågor om sin bakgrund såsom ålder, kön, yrkeserfarenhet samt erfarenhet av att utöva barnanestesi.

## **Tillvägagångssätt**

Tillstånd att genomföra intervjuerna hämtades från verksamhetschefen på verksamhetsområde anestesi. Därefter kontaktades vårdenhetscheferna på de båda operationsavdelningarna för att få hjälp med att utifrån inklusionskriterier välja ut anestesijuksköterskor till studien.

Anestesisjuksköterskorna tillfrågades sedan via mail och/eller telefon om deltagande i studien av författaren. Informationsbrev och intervjuguide skickades ut till samtliga tillfrågade anestesisjuksköterskorna via mail. Efter att de givit sitt medgivande att ingå i studien genomfördes en testintervju med en av de tillfrågade anestesisjuksköterskorna. Denna testintervju användes sedan i studien. Efter godkännande av testintervjun från handledarna genomfördes intervjuerna med de resterande nio deltagarna. Intervjuerna genomfördes av författaren själv under år 2008. Intervjuerna genomfördes på anestesijuksköterskans arbetsplats i ett avskilt rum och intervjun dokumenterades med hjälp av bandspelare. Varje intervju inleddes med frågor om anestesijuksköterskans bakgrund såsom ålder, kön, yrkeserfarenhet m.m. Sedan ombads anestesijuksköterskan att beskriva sin allmänna upplevelse av barnanestesi och därefter vad som upplevdes som underlättande och hindrande vid barnanestesi. Anestesisjuksköterskan fick fritt berätta om sin upplevelse. För att få en helhet av situationen gavs kompletterande frågor till informanten exempelvis ”Kan du utveckla det?”, ”Hur menar du?”. Intervjuerna tog i genomsnitt 35 minuter (20-80 minuter) att genomföra. Intervjuerna transkriberades därefter ordagrant till text. Deltagarna blev informerade om att de efter intervjun kunde bli kontaktade igen för kompletterande frågor.

## **Dataanalys**

Allt intervjumaterial har bearbetats med en kvalitativ innehållsanalys med stöd av Graneheim Lundman.<sup>35</sup> Innehållet i intervjuerna lästes flera gånger och meningsbärande enheter som stämde överens med syftet plockades ur texten. De meningsbärande enheterna komprimerades till kondenserade meningsenheter för att komma åt kärnan i texten. De kondenserade meningsenheterna kodades sedan och koderna i sig sattes in i kategorier utifrån liknande innehåll. Exempel på analysprocessen kan ses i Tabell 1. Sammanlagt bildades nio kategorier, dessa kategorier placerades sedan under tre subteman som representerade dess innehåll. Allt samlades under ett tema som företrädde det huvudsakliga innehållet i resultatet. Temat arbetades fram genom att författaren läste och bearbetade materialet från intervjuerna flera gånger för att sedan komma fram till ett tema som representerade kärnan i studien.

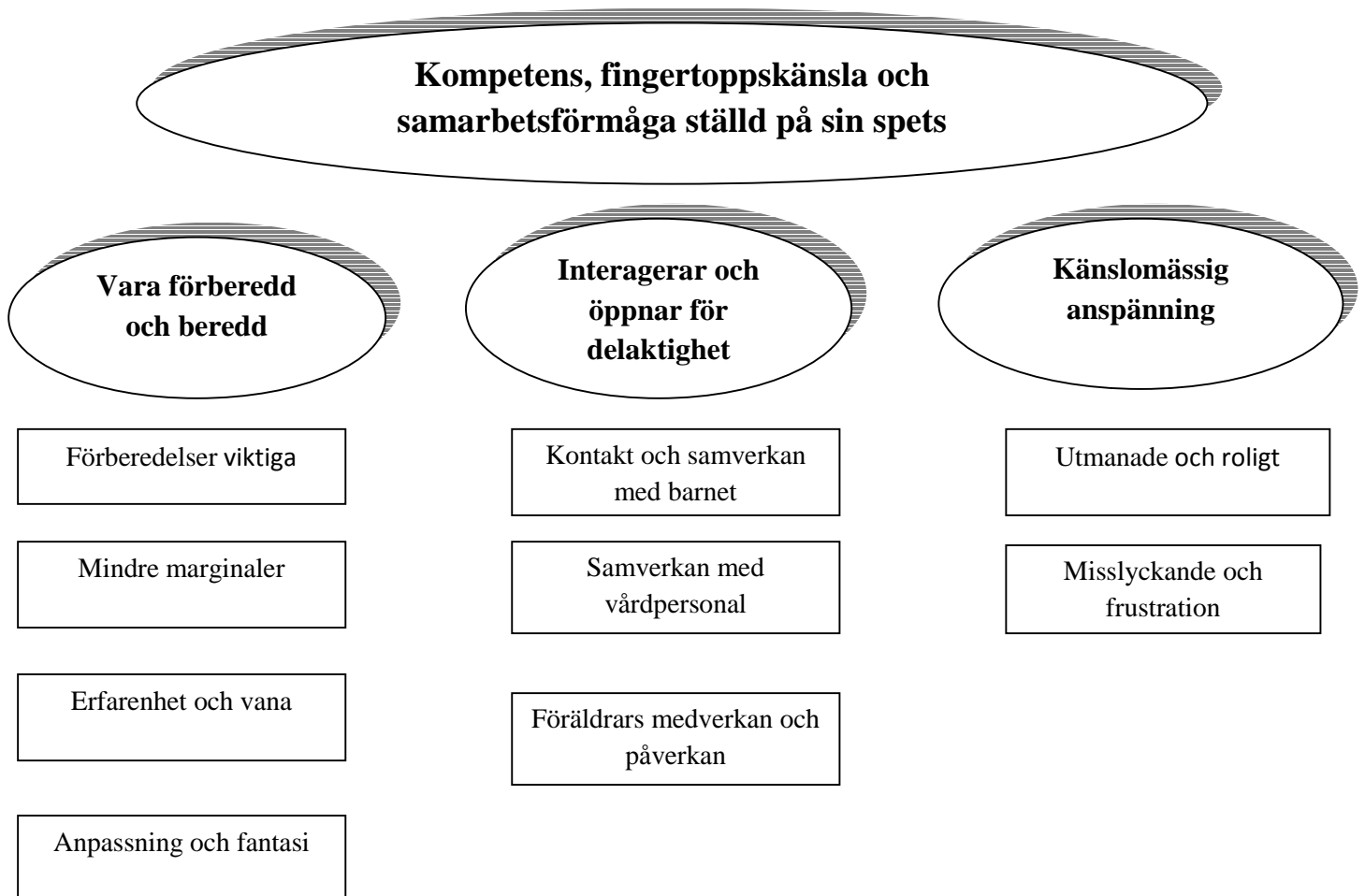
Tabell 1. Exempel på analysprocessen <b>Meningsbärandeenhet</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
För det första så är det ju jättekul att söva barn överhuvudtaget och att möta dem.	Jättekul att söva barn och möta dem.	Berikande och roligt att söva barn.	Utmanande och roligt	Känslomässig anspänning	Kompetens,, finger- toppskänsla och samarbets- förmåga
...att det är nog bra med erfarenhet, för när man möter ett barn så verkar det som att det viktigaste är just det här att skapa kontakt med barnet.	Bra med erfarenhet när man skapar en kontakt med barnet.	Erfarenhet underlättar vid kontakt med barnet.	Erfarenhet och vana.	Vara förberedd och beredd	ställd på sin spets
...det som gör att det blir bra det är att barnet kommer hit och är väl förberett innan det allra bästa är om man inte har behövt ge någon premedicinering utan att de kommer att minnas alltihop det här.	Det bästa är när barnet kommer hit och är väl förberett och inte har fått någon premedicinering.	Bra när barnet är välförberett utan pre- medicinering	Förberedelser viktiga	Vara förberedd och beredd	

## Etiska aspekter

Deltagarna fick information om syftet med studien och studiens upplägg. Deltagarna informerades om att deltagandet i studien var helt frivilligt och att de kunde avbryta deltagandet när som helst under studien utan vidare motivering. Intervjumaterialet behandlades konfidentiellt, vilket innebar att enskilda svar inte kan identifieras i examensarbetet. Bara författaren och handledarna har haft möjlighet att ta del av den transkriberade texten. Författaren anser att informanterna inte kan komma till skada på något sätt och att de etiska krav som finns är uppfyllda genom den muntliga och skriftliga information som givits. När examensarbetet är godkänt kommer all data att förstöras.<sup>36</sup>

## **Resultat**

Analysen av det insamlade materialet från intervjuerna resulterade i ett tema med tillhörande tre subteman och nio kategorier (Figur 1). Kategorierna beskrivs med löpande text under vardera subtema. För att öka trovärdigheten ges citat från intervjuerna. Varje citat är märkt med ett nummer som visar från vilken intervju citatet kommer ifrån.



Figur 1. Presentation av tema, subteman och kategorier.

## Kompetens, fingertoppskänsla och samarbetsförmåga ställd på sin spets

Temat framkom ur tre subteman. Gemensamt för dessa subteman var anesthesisjuksköterskans komplexa och mångsidiga arbete vid barnanestesi. Att vara extra förberedd och beredd, både mentalt och praktiskt eftersom kraven är större och marginalerna mindre i jämförelse med anestesi till vuxna. Att möta och samverka med barnet, föräldrar och övrig vårdpersonal samt ur det skapa en bra och tillfredsställande situation för barnet, föräldern och sig själv.

Kategorierna tar även upp de känslomässiga motsatser som anesthesisjuksköterskan kunde uppleva i samband med barnanestesi när det fungerar bra eller när det fungerar mindre bra.

### Vara förberedd och beredd

Subtemat bildades ur kategorierna Förberedelser viktiga, Erfarenhet och vana, Anpassning och fantasi och Mindre marginaler.

#### *Förberedelser viktiga*

De intervjuade anesthesisjuksköterskorna belyste vikten av att vara optimalt mentalt förberedd innan barnet anländer till operation. De belyste även vikten av att planera och gå igenom anestesi med den personal som ska vara på salen, samt vara förberedd med läkemedel och den utrustning som ska användas.

”har man de här riktigt små barnen så då ringer man ju aldrig ner patienterna så att de är här i sänghallen på en gång utan att man gör klart och man har en plan och man har diskuterat. ... vi har så bra dokument vi har en barnbyrå också, där vi har en pärm där det står alla doseringar och allting finns tillgängligt...” (4).

Vad det gäller barnens egen förberedelse så förbereddes de flesta barn optimalt på barnmottagningen enligt anesthesisjuksköterskorna. Det underlättade om barnen hade fått information om vad som ska ske och hur det ska gå till innan de kommer till operation. Bra information och förberedelser gav trygghet till barnet. De barn som kom in akut förbereddes oftast inte på barnmottagningen utan det mesta av förberedelserna gjordes direkt på operation.

”våra barn är ju väldigt väl förberedda eftersom dom allra flesta är på barnmottagningen för ett förberedelsebesök, där man får titta på de grejer man använder och tjejerna där inne berättar och lite så de får se klädsel, mössa och munskydd och andningsmasker och slangar och nålar och hela faderullan, så att de inte är helt obekanta med det och det är väldigt bra” (10).



### *Mindre marginaler*

Kategorin mindre marginaler innefattar enligt anestesijuksköterskorna de speciella förhållanden som råder under barnanestesi. Eftersom barn har mindre reserver kan en förhållandevis lugn och bra anestesi vändas till en akut situation på kort tid.

”går oftast så väldigt fort med barn och en saturation som sjunker ... då är det bra att ha det här i fingrarna så att man vet. Du ska vara beredd på allting så är det men det ska man ju alltid vara. Eller liksom att man har läkemedel och sånt uppdraget och utrustning man kan behöva” (6).

Anestesisjuksköterskorna upplevde att barn hade känsligare luftvägar än vuxna. Olika luftvägsproblem uppstod oftare med barn, därför måste anestesisjuksköterskan tänka på att inte ventilerat barnet för hårt eller manipulera luftvägen i onödan.

”För att man har ju mindre.... När man är barn så har man mindre resurser, man är mer reaktiv i luftvägarna det finns mycket att tänka på. Det är liksom som ett litet hantverk i sig när man sover barn så man får vara väldigt försiktig” (5).

### *Erfarenhet och vana*

Kategorin beskriver betydelsen av erfarenhet och vana, vilket kunde underlätta vid bemötandet och kontakten med barnet. Erfarenhet gav också trygghet vilket var viktigt enligt de intervjuade anestesijuksköterskorna.

”I början var man mer koncentrerad och orolig för det här med narkosen... man hade en sån oro för det så det var svårt att ta det här bemötandet... Man hade nog lite förhöjd puls i början som man inte har längre utan man kan lägga ner krut.... man kan bemöta på ett annat sätt så upplever jag det själv i alla fall” (3).

Anestesisjuksköterskorna ansåg också att oerfaren och ovan personal kunde störa stämningen på salen, vilket skapade oro och störde anestesiförloppet.

”och så var det en lite oerfaren narkosläkare som kom in han tog liksom inte tag i problemet utan han började släcka ner på salen och försöka få lite lugn så att pojken kanske kunde somna till där inne till slut. Men grejen var att han var så uppe i varv ändå så han lugnade liksom aldrig ner sig, så det blev en jättegrej” (4).

## *Anpassning och fantasi*

Kategorin anpassning och fantasi innefattar de färdigheter som behövs hos anestesijuksköterskan för att kunna skapa ett bra möte med barnet, speciellt med de mindre barnen.

”Så man måste ju använda sin fantasi många gånger innan man sover för att få barnet på sin sida. ...nästan lura barnet att få dom till och.. avleda dem för att inte vara så rädda. Avleda dem så att de får vara med och medverka vid uppläggningsen innan sövningen” (1).

Flexibilitet och anpassning var också viktiga egenskaper hos anestesijuksköterskan. Att anestesijuksköterskan anpassade sig till barnet både språkligt och i sitt sätt att vara. Att vara beredd på att situationen kunde ta en annan vändning än det som var förväntat samt att kunna söva utan viss utrustning om barnet protesterar.

”För att komma igång kan det bli så att du får inte sätta på barnet någonting överhuvudtaget och då måste du kunna söva utan det som du kanske annars är van vid. ... du måste ha blicken liksom och veta vad du ska göra och veta vad som är viktigt” (6).

## **Interagerar och öppnar för delaktighet**

Subtemat bildades ur kategorierna Kontakt och samverkan med barnet, Samverkan med vårdpersonal och Föräldrars medverkan och påverkan.

### *Kontakt och samverkan med barnet*

Anestesisjuksköterskorna ansåg att bemötande, kommunikation och barnets medverkan är viktiga komponenter vid barnanestesi för att skapa en bra atmosfär och ett gott samarbete med barnet. Bemötandet ansågs vara extra viktigt med de äldre barnen, då de är lättare att kommunicera med. Enligt anestesisjuksköterskorna var det också lättare att kommunicera med de större barnen för de var ofta intresserade av situationen på ett annat vis, av exempelvis tekniken inne på salen.

” sen tror jag också det här att, kanske inte när de är riktigt små men när de blir lite större att man pratar till dem som till vuxen att man inte försöker och liksom gulla och sådär. Barn är mer raka och ärliga än vad vuxna är” (8).

Bemötandet och samverkan med de mindre barnen skilde sig från de äldre enligt anestesijuksköterskorna. Uppfattningen var att det var svårare med kommunikationen med de mindre barnen och ibland svårare att få dem att medverka. Det var viktigt att känna in situationen och inte forcera framåt speciellt om barnet var oroligt och ledset.

*”... det är inte alltid man kopplar på all övervakning direkt det får man ju också känna in. För att ibland går det inte att sätta på någonting... det gäller ju att känna in det där innan då vänder man alltså innan man går över gränsen. ... som sagt känna in situationen och inte hålla på att pressa dem för det går inte man blir bara ovän” (9).*

### *Samverkan med vårdpersonal*

Att samarbetet och kontakten mellan personalen på salen fungerar på ett tillfredsställande sätt vid barnanestesi, ansågs som väldigt betydelsefullt för anestesijuksköterskorna. Det upplevdes som viktigt att arbeta med personal som de kände sig trygg med och att de var välförberedda med utrustning och hade planerat anestesi ordentligt tillsammans, samt att en gemensam plan fanns för åtgärder vid eventuella problem.

*” För har man förberett ordentligt och det... man har pratat ihop sig på salen och doktorn och med den andra personen de har med sig och så då går det oftast jättebra” (7).*

Enligt de intervjuade anestesijuksköterskorna fick det heller inte vara för mycket personal på salen vid barnanestesi och helst skulle det vara den personal som träffat barnet tidigare som utövade barnanestesi på operationsdagen.

*”...och så att man inte är för många egentligen,...eller att den narkosköterska som ska vara med träffar barnet från början och att man liksom kommer igen sen att det är samma person liksom. ... så man inte byter när man tar in patienten”(8).*

### *Föräldrars medverkan och påverkan*

Föräldrarna till barnen har en stor inverkan på anestesi förloppet och atmosfären runt barnet ansåg anestesijuksköterskorna. De föräldrar som kände sig lugna och trygga med situationen skapade även ett lugn hos barnet.

*” Är föräldrarna lugna och har förberett sitt barn så präglar det ju barnet jättemycket..., men det är ju viktigt för våran del också att göra deras upplevelse så bra som möjligt... så det är ju inte bara barnet utan der är ju föräldrarna också,... det är lika viktigt att ta hand om dom så att de känner att vi är trygga i det vi gör (7).”*

Oroliga föräldrar skapade oro hos barnet och det upplevdes som en nackdel för anestesijuksköterskorna. Föräldrarna kunde ibland även uttrycka sig på ett för barnet negativt sätt om situationen och göra den svårare för barnet.

*”.ibland är de mer oroliga än vad barnen är, så att man får först tackla deras oro och försöka så de inte överför det på barnen. Det har man ju också varit med om att de kan ju säga saker som att ” oj jag.. nu tittar jag bort när du sätter venflon för jag tycker att det här är så otäckt..... ja de är väl så orolig själv så de tänker inte på hur de uttrycker sig.(3)”*

De intervjuade anestesijuksköterskorna upplevde att vid ”masknarkos” dvs. när barnet sövs genom att inhalera gas via en andningsmask, behövdes ibland ett visst mått av tvång för att kunna utöva barnanestesi. Då var det av yttersta vikt att anestesijuksköterskan hade föräldrarnas samtycke till och förståelse för detta.

## **Känslomässig anspänning**

Subtemat bildades ur kategorierna *Utmanade och rolig* och *Misslyckande och frustration*.

### *Utmanande och roligt*

Anestesijuksköterskorna beskrev att det var roligt och utmanande med barnanestesi. I utmaningen låg det att få barnet att medverka och att göra tillfället och situationen så bra som möjligt för barnet.

*” jag tycker det är jättekul alltså jag älskar att söva barn jag tycker det är det roligaste av allting så känns det. Upplever ingen skräck med det alls faktiskt, det är konstigt men jag gör inte det, sen kan jag också se det som en liten utmaning att göra det där tillfället så bra som möjligt för barnet...(7)”*

Några av de intervjuade anestesijuksköterskorna menade att det var annorlunda med barnanestesi i jämförelse med anestesi till vuxna. Det krävdes större koncentration och de var tvungna att tänka till lite mer exempelvis med läkemedelsdoseringar och dylikt.

*”..så att det är alltid en viss anspänning att söva barn det ska jag villigt erkänna, är det någon gång man skärper till sig lite extra så är det ju då... nu ska jag inte säga att man är oskärrt annars heller men man tänker till lite mer och det är andra doseringar och (2)”*

### *Misslyckanden och frustration*

Kategorin misslyckande och frustration handlar om när det inte blir som anestesijuksköterskan har tänkt vid barnanestesi. De intervjuade anestesijuksköterskorna upplevde frustration och tyckte det var jobbigt när barnet var ledset och oroligt och att de inte fick den kontakt eller samverkan med barnet som de önskade.

*”Men är det barn som är kanske inte lika förberett eller de är i en lite känslig ålder då... de kan vara ledsna och lite såhär då kan det vara tråkigt. Oftast är det såhär är de ledsna när man sover ner dom är de oftast de när de vaknar också. Så helst vill man att de ska vara glada och inställd till det man gör(4).”*

När ”masknarkos” var nödvändigt behövde anestesijuksköterskorna ibland använda ett visst mått av tvång för att kunna utföra barnanestesi. Det kunde upplevas som jobbigt både för barnet, föräldern och anestesijuksköterskan.

*... ofta är det optimala om de har en venflon när de kommer så vi kan söva på det viset. Men det händer nästan alltid varje dag om vi har fem barn att nå... de lyckas inte få in någon nål. Att du får söva på mask, det kan upplevas som jobbigare för barnet får då måste man hålla tätt ordentligt och då blir det oftast att man får använda lite tvång då (3).....*

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Syftet med studien var att undersöka anestesijuksköterskors upplevelse av barnanestesi vid en allmän operationsavdelning alternativt vid en dagkirurgisk operationsavdelning.

Nio kategorier bildade tre subteman och ett tema.

Tema *Kompetens, fingertoppskänsla och samarbetsförmåga ställd på sin spets.*

- Subtema 1 *Vara förberedd och beredd* beskriver hur viktigt det är för anestesijuksköterskan att vara väl förberedd och beredd inför barnanestesi, samt vikten av en bra kontakt och ett bra samarbete med barnet, föräldern och vårdpersonalen.
- Subtema 2 *Interagerar och öppnar för delaktighet* beskriver vikten av att anestesijuksköterskan lyckas samverka och skapa en bra kontakt med barnet, föräldrar och vårdpersonal.
- Subtema 3 *Känslomässig anspänning* beskriver de känslomässiga motsatser som anestesijuksköterskan kan uppleva i samband med barnanestesi.

Innehållet i de tre subteman beskriver den komplexa och varierande situation som anestesijuksköterskan befinner sig i vid barnanestesi. Vikten av att förbereda sig noggrant såväl mentalt som praktiskt samt god samverkan med barnet, föräldrar och övrig vårdpersonal beskrivs som viktiga komponenter för en lyckad barnanestesi. En lyckad anestesi gav en känsla av stor tillfredsställelse medan en mindre lyckad anestesi gav en känsla av frustration och misslyckande hos anestesijuksköterskorna. Trots den känslomässiga anspänningen så upplevde de barnanestesi som det roligaste och mest utmanade de kunde vara med om i sitt yrke.

## **Resultatdiskussion**

### **Vara förberedd och beredd**

Förberedd och beredd, är de faktorer som har betydelse för att anestesijuksköterskan ska kunna genomföra en bra barnanestesi. Anestesijuksköterskorna förberedde sig själva mentalt inför anestesin men också med läkemedel och utrustning.

Genomgående för anestesijuksköterskornas beskrivning av upplevelsen av barnanestesi var vikten av att vara förberedd och beredd på det väntade men också det oväntade som kan inträffa. Eftersom barn har mindre marginaler än vuxna kan en lugn anestesi snabbt förändras till en akut situation. Förberedelserna kunde dock ge anestesijuksköterskorna en känsla av lugn och kontroll. Att exempelvis ha läkemedelsdoseringar klart för sig, allt enligt barnets vikt och den utrustning som behövs testad och klar, var betydelsefullt. Mauleon beskriver i sin studie vikten av att känna sig väl förberedd som anestesijuksköterska. Det gav en känsla av säkerhet och kontroll och därmed en lugn anestesi.<sup>29</sup>

Den största och viktigaste förberedelsen förekom inom anestesijuksköterskorna själva, den mentala förberedelsen var betydelsefull. De kände att de endast ville fokusera på barnet och mötet med det och inte på läkemedel och utrustning. Flera studier har visat att anestesijuksköterskor upplever det betydelsefullt att få tillfälle och tid att förbereda sig mentalt inför ingreppet, samt att skapa en bra kontakt och ett respektfullt samspel mellan sig och patienten.<sup>21,37</sup> Med mentalförberedelse menade anestesijuksköterskorna att de försöker skapa sig en bild av barnet och dess situation utifrån barnets ålder, var det befinner sig utvecklingsmässigt samt vad som kan verka skrämmande för barnet. Men trots försöket att skapa sig en uppfattning av mötet, så kunde de aldrig veta hur mötet skulle bli och hur situationen skulle arta sig.

De förberedde sig på en oväntad komplex situation, vilket vissa av anestesijuksköterskorna tyckte var just charmen med barnanestesi. Det var den ultimata utmaningen, där de fick använda all sin kunskap, erfarenhet, fantasi och intuition för att göra mötet med barnet så bra som möjligt. Situationen kunde ändras snabbt genom att barn har mindre marginaler än vuxna att spela på, detta kunde ibland upplevas som stressande enligt anestesijuksköterskorna. Perry menar i sin studie att vissa anestesijuksköterskor upplevde stress i samband med barnanestesi eftersom en lugn och stabil anestesi plötsligt kan förvandlas till en akut situation på väldigt kort tid.<sup>38</sup>

I intervjuerna framkom att erfarenhet och vanan kunde underlätta vid bemötandet och kontakten med barnet. Att ha en yrkeserfarenhet att falla tillbaka på gjorde att anestesijuksköterskorna kunde fokusera på barnet istället för att tänka utrustning, läkemedel

m.m. De ansåg att erfarenhet gav trygghet och lugn. Kände de sig avslappnade så blev atmosfären runt barnet och dess föräldrar också avspänd och behaglig. Orlando menar att ju bredare och djupare kunskap och erfarenhet sjuksköterskan har desto enklare är det att möta och förstå patientens behov.<sup>39</sup> Vissa av de intervjuade anestesijuksköterskorna ansåg att oerfaren och osäker personal skapade en orolig stämning på salen. Det framkom även att en oerfaren och ny anestesijuksköterska inte skulle utöva barnanestesi utan att ha någon erfaren anestesijuksköterska med sig. För att få erfarenhet krävs att anestesijuksköterskan ges möjlighet att utöva barnanestesi för att känna sig bekväm i situationen, samt att få en chans att uppleva de olika situationerna som kan uppstå och kunna hantera dem. Andersson m fl tar upp ämnet, nyexaminerade specialistsjuksköterskors upplevelse av att vara ny, i sin studie. Studien visar att även fast de har utbildningen så är det svårt att vara ny. Erfarenhet får de med tiden och det finns många oskrivna regler att lära sig.<sup>40</sup>

## **Interagerar och öppnar för delaktighet**

Vid mötet med barnet och dess föräldrar var det viktigt att skapa en bra kontakt och samverkan för att få en lugn och trygg situation runt barnet. Att samverka med vårdpersonalen fungerade bra var också av yttersta vikt.

Anestesisjuksköterskorna kände att den första kontakten och samverkan med barnet var viktigt för att kunna skapa en bra situation. Anestesisjuksköterskorna möter barnet endast under en kort tid och ska under den korta stunden skapa ett möte där barnet kan känna trygghet och tillit, detta kunde upplevas som svårt. Wennström och Hallberg tar upp betydelsen av preoperativ dialog med barn. Studien visar att barnens oro och stress inför den främmande situationen minskade när de fick information och chans att tillsammans med sina föräldrar ställa frågor innan operationen.<sup>18</sup> Orlando menar att patienten blir oförmögen att förmedla sina behov av hjälp om inte sjuksköterskan etablera en bra och förtroendeingivande kontakt med patienten.<sup>39</sup> Wennström och Hallberg menar också att informationen ska vara anpassad till barnet och dess utvecklingsnivå. Oron och stressen inför ingreppet minskar hos barnet om de får bra och förståelig information.<sup>18,41</sup> Att informera barnet om vad som ska ske och hur ingreppet ska gå till var av yttersta vikt enligt de intervjuade anestesijuksköterskorna. Enligt Shin m fl kan barn känna sig utanför i en vårdssituation, vilket gör att det är viktigt att de får mer kontroll och inflytande över sin sjukhusvistelse.<sup>20</sup>



På den dagkirurgiska avdelningen används idag förberedelsebesök för barnen. Där får de information om ingreppet, rundvandring i lokalerna samt titta på den utrustning som kommer att användas. Besöket har resulterat i ett positivt resultat enligt anestesijuksköterskorna. Barnens oro minskar och det är lättare för barnen att komma tillbaka på operationsdagen då de känner igen sig i miljön och även känner igen en del av personalen. Rice m fl beskrev att barns oro inför operation minskade med ett informationsbesök. I denna brittiska studie fick barnen komma på ett förberedelsebesök, där barnet och dess föräldrar fick information om operationen, visning i lokalerna, och ett tillfälle att se utrustning som skulle användas.<sup>42</sup>

Enligt Tveiten har helhetsperspektivet en central betydelse i omvårdnaden av ett barn samt att föräldern och barnet bör ses som en helhet.<sup>43</sup> Anestesijuksköterskorna hade inte bara barnet att beakta utan även föräldrarna, det är som att ha två patienter i en menade vissa av de intervjuade anestesijuksköterskorna. Föräldrarnas medverkan vid barnanestesi hade stor betydelse. De känner barnet bäst och vet hur barnet fungerar och reagerar på olika situationer. Det gör att de sitter inne med unik information om barnet som kan vara till fördel för anestesijuksköterskan. Messeri et al påvisar i en studie att föräldrars närvaro vid inledningen av anestesi för barn är till stor fördel. Föräldrarna är barnets trygghet och de får barnet att slappna av och känna lugn.<sup>17</sup> Enligt Orlando kan sjuksköterskan med fördel ta hjälp av närstående till patienten för att tolka hans eller hennes behov, om patienten inte kan uttrycka det själv.<sup>39</sup> De intervjuade anestesijuksköterskorna upplevde att föräldrarna kunde vara till stor hjälp vid induktionen. Lugna och trygga föräldrar ingav lugn och trygghet till barnet. Att ge information till föräldrarna var också viktigt enligt anestesijuksköterskorna, så de kunde känna sig delaktiga i situationen. Spencer och Frisch menar i sina studier att föräldrar vill ha information om ingreppet både muntligt och skriftligt för att känna sig trygga och lugna samt vara ett stöd för sitt barn på ett positivt sätt.<sup>27,31</sup>

Anestesijuksköterskorna upplevde föräldrarnas närvaro och samverkan oftast positivt, men det hände att de försvårade arbetet. I vissa fall kunde föräldrarnas oro och osäkerhet vara mycket stor. De kunde uttala sig olämpligt och visa sin egen rädsla för situationen inför barnet. Vilket resulterade i att barnet upplevde situationen som orolig och skrämmande vilket påverkade barnet negativt och gjorde situationen svårare för dem. Två studier påvisar just att föräldrars oro kan försvåra arbetet för anestesijuksköterskan genom att göra sitt barn nervöst och oroligt.<sup>26,44</sup> Shirley et al menar i sin studie att det var just mödrarna till barnen som visade mest oro.<sup>26</sup> Enligt de intervjuade anestesijuksköterskorna fick endast en förälder följa med in på operationssalen vid barnanestesi, vid de sjukhus där studien genomfördes. Zee mfl

påvisar i sin studie att barnet inte blev lugnare om det var två föräldrar med vid induktionen, men föräldrarnas oro minskade däremot om de var två.<sup>45</sup>

Enligt författaren till föreliggande studie utförs barnanestesi vid vissa tillfällen via maskinduktion. Detta sker exempelvis om barnet inte har en perifer venkateter. Att söva på mask kan innebära ett större trauma för barnet, enligt anestesijuksköterskorna, då det är nödvändigt att hålla masken tätt över näsa och mun så barnet kan inhalera gasen ordentligt. De flesta barn upplever det här som obehagligt och brukar försöka värja sig, därför kan ett visst mått av tvång bli nödvändigt för att kunna genomföra induktionen. Att ha föräldrarnas förståelse för det var av yttersta vikt ansåg anestesijuksköterskorna. Det var viktigt att föräldrarna var välinformerade om hur induktionen skulle gå till och att barnet eventuellt kommer att protestera. Anestesijuksköterskorna kände ibland att det handlade om att ta ett beslut. Att genomföra induktionen eventuellt mot barnets vilja och med tvång upplevdes svårt för anestesijuksköterskorna.

Ett väl fungerande samarbete på salen med personalen var viktigt för de intervjuade anestesijuksköterskorna. Att känna tillit och trygghet till den personal de utövade anestesi med var betydelsefullt. Det gav en känsla av lugn och de kunde lägga energi på att lägga upp och gå igenom anestesi tillsammans. Kände sig anestesijuksköterskorna välförberedda var det en god start för en bra anestesi för barnet. Enligt Nestel och Kidd är kommunikation och ett bra samspel mellan personal på salen viktigt. Studien anser att en bra kommunikation och respektfullt bemötande är av yttersta vikt för en bra anestesi, men att det i många fall var just det som saknades på salen.<sup>46</sup> Anestesijuksköterskorna ville heller inte ha för mycket personal på salen. Den personal som hade träffat barnet tidigare kunde vara med fördel vara med på salen men det uppskattades inte att det kom in ny personal i onödan. Enligt Orlandos omvårdnadsteori är det sjuksköterskans uppgift att ta bort störande moment som kan påverka patienten negativt.<sup>39</sup>

## **Känslomässig anspänning**

Innefattar de känslor som anestesijuksköterskan kunde uppleva i samband med barnanestesi. Vid en lyckad barnanestesi, dvs. när barnet och dess förälder genomgår anestesi och ingreppet på ett tillfredsställande och bra sätt, gav det en stor tillfredsställande känsla hos anestesijuksköterskorna. Hur anestesi skulle avlöpa var i vissa fall ovisst. Vid barnanestesi är det mycket som kan hända och tillstöta på vägen och ibland var det inte

möjligt att skapa den situation runt barnet som var önskvärt. Detta gav en känsla av frustration och misslyckande hos anestesijuksköterskorna.

Anestesisjuksköterskorna upplevde att det var roligt och utmanade med barnanestesi. De fick använda alla sina kunskaper som anestesisjuksköterska. Att lyckas få barnet att medverka och skapa en bra situation runt barnet ansågs som en utmaning. Vissa av anestesisjuksköterskorna menade att de var mer koncentrerade vid barnanestesi och vissa kände de alltid en viss spänning. De var väl förberedda med läkemedel och utrustning så att all fokus kunde läggas på barnet. Vid en lyckad anestesi, när allt runt barnet gick som planerat och önskat, kunde anestesisjuksköterskorna känna en stor tillfredsställelse, det var då den roligaste anestesin enligt vissa av anestesisjuksköterskorna. Enligt Orlando är patientens upplevelse i fokus för sjuksköterskans omvårdnad. Orlandos omvårdnadsteori fokuserar på uppmärksamhet och skicklighet i att föra en dialog med patienten och bedöma vilka insatser som behövs i en specifik situation. Orlando betonar även vikten av det unika hos varje individ och att varje människa befinner sig i ständig utveckling.<sup>47</sup>

Samtidigt som det kunde vara den roligaste anestesin så upplevde de intervjuade anestesisjuksköterskorna det också som det svåraste att utföra. Barnanestesi upplevdes som en komplex situation med många komponenter som ska stämma för att det ska bli en bra situation runt barnet.

I vissa fall blev inte anestesin som tänkt. Barnet kanske vägrade samarbeta eller var ledset och otröstligt, vilket gjorde att anestesisjuksköterskorna upplevde det som frustrerade och i många fall kände de anestesin som ett misslyckande. Runeson et al beskriver i sin studie svårigheten för anestesisjuksköterskan att leva upp till de många aspekter och komplexa situationer som de kan ställas inför vid barnanestesi. Förutom den medicinska säkerheten, menar Runeson, så finns där många aspekter att ta hänsyn till såsom barnets egen vilja, föräldrars önskemål, kollegors krav m.m.<sup>25</sup> Enligt Orlando består omvårdnad inte av automatiska handlingar utan sjuksköterskan formar sina omvårdnadshandlingar utifrån patientens omedelbara beteende och behov.<sup>39</sup>

## Metoddiskussion

Studien bygger på en kvalitativ intervjustudie för att få fram anestesijuksköterskornas upplevelser och egna känslor av ämnet. Studiens trovärdighet bör enligt Graneheim m.fl granskas utifrån begreppen ”credability”, ”dependability” och ”transferability”.<sup>35</sup>

Med ”credability” menas trovärdighet, vilket innefattar val av metod till studien samt variation av deltagare med olika åldrar, bakgrund och med olika mängd erfarenhet. I studien användes intervjuer med halvstrukturerade frågor som datainsamlingsmetod. Informanten fick svara fritt på en huvudfråga och beskriva sina upplevelser och känslor utifrån den. En frågeguide fanns för att kunna ställa kompletterande frågor för att underlätta för informanten att förklara hur de upplevde situationen. Att använda en frågeguide kan också ge en negativ effekt om den styr informanten för mycket, d.v.s. att det ger mindre detaljerade beskrivningar.<sup>34</sup> För att motverka detta användes öppna huvudfrågor där det fanns plats för deltagaren att delge sin upplevelse. För att förvissa sig om att frågeguiden belyste studiens syfte gjordes en testintervju. I informantgruppen var det en stor åldersskillnad som ger variation i studien. Det ingick informanter både från centraloperation samt en dagkirurgisk verksamhet, vilket ger omväxling och variation till studien då informanterna både träffar barn som ska utföra större operationer och ibland akuta ingrepp samt friska barn som ska göra små och kortare ingrepp.<sup>35</sup>

I studien deltog 8 kvinnor och 2 män, att ha både män och kvinnor med kan ses som en fördel och kan ge variation i resultatet. Då författaren, vid studiens början, inte hade så mycket erfarenhet av ämnet, så kan det inte ha påverkat resultatet nämnvärt. Graden av erfarenhet varierade bland informanterna. Vissa hade många års erfarenhet medan andra endast några eller något års erfarenhet av barnanestesi. Detta kan ha påverkat resultatet i negativ riktning då de inte har lika mycket erfarenhet och kunskap om ämnet att falla tillbaka på. Att ha intervjuat fler än 10 anestesijuksköterskor hade troligen inte påverkat resultatet, då det fanns en informationsmättnad efter dessa intervjuer.<sup>35</sup> För att öka trovärdigheten användes citat från intervjuerna i resultatet.

För att öka pålitligheten ”dependability” menar Graneheim m.fl att det är viktig för en dialog och bearbeta materialet tillsammans med andra insatta för att minska förändringar i analysprocessen.<sup>35</sup> I studien har författaren tillsammans med sina handledare diskuterat det insamlade materialet och författaren har sedan bearbetat kategorier, subteman och tema för att sedan tillsammans med handledarna arbetat med analysprocessen. Till fördel för studien har

varit att en av handledarna hade lång erfarenhet av barnanestesi medan en inte hade någon erfarenhet, vilket gjorde att arbetet med studien har utförts från två olika synvinklar.

Med ”transferability” menas överförbarhet, dvs. i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. För att öka graden av ”transferability” i studien har författaren beskrivit urvalsmetod, datainsamlingsmetod och analysprocess så tydligt som möjligt för läsaren. Tema, subteman och kategorier samt citat har använts för att öka överförbarheten. Datainsamlingsmetoden var väl fungerande för att samla in data, där informanten står för informationen och författaren kan hjälpa till med kompletterande frågor.

Författaren hade, innan studien började, lite erfarenhet och kunskap om metoden, vilket kan ha haft en negativ effekt på resultatet. Under arbetets gång ökade dock kunskaperna och författaren fick mer kunskap och en bättre förståelse. Möjligen hade författaren fått mer och bättre beskriven information av informanterna genom att ha en bättre intervjuteknik. Att ställa fler följdfrågor samt att hjälpa informanten på ett bra sätt att framföra sin upplevelse av barnanestesi.

## **Kliniska implikationer och förslag på fortsatt forskning**

Det är viktigt att ny utbildade anestesijuksköterskor får en chans att vara med vid och utöva barnanestesi tillsammans med en erfaren anestesijuksköterska. Eftersom det är en så komplex situation med barnanestesi så borde det finnas mer vetenskaplig forskning runt anestesijuksköterskors upplevelse av barnanestesi. Sådan kunskap skulle kunna vara till stöd i anestesijuksköterskornas yrkesutövande. Det är viktigt att ta reda på vad som kan vara till hjälp för anestesijuksköterskorna i sitt arbete med barnen, samt vad som skulle kunna lindra den känslomässiga anspänning som anestesijuksköterskorna kan känna i samband med barnanestesi. Anestesijuksköterskorna bör få utrymme att ventileras och diskutera vad som gick bra respektive dåligt vid barnanestesi och vad som kan underlätta och förbättra samt ha en öppen dialog och ett gemensamt mål med barnet i centrum. Mer verktyg/hjälpmiddel behövs som anestesijuksköterskorna kan använda sig av för att skapa fungerande rutiner och för att ge trygghet kring barnanestesi.

## **Slutsats**

Anestesisjuksköterskorna upplevde barnanestesi som det roligaste och det mest utmanade de kunde vara med om i sitt yrke. Det var en komplex och mångsidig situation där det ställs stora krav på anestesisjuksköterskan vad gäller kunskap, erfarenhet, intuition och fantasi. Att kunna hantera komplexa och föränderliga situationer samt den känslomässiga anspänning det medför. Att samverka med barnet, föräldrar och annan vårdpersonal fungerade bra var också av yttersta vikt för att få till en tillfredsställande och trygg situation runt barnet.

## Referenser

1. Amorim de CJT, Mackenzie A, Hallowell LM, Stewart SE, Ditchfield MR. Practice MRI: Reducing the need for sedation and general anesthesia in children undergoing MRI. *Australian Radiology* 2006;50:319-323.
2. Lewis I, Burke C, Voepeö-Lewis I. Children who refuse anesthesia or sedation: a survey of anesthesiologists. *Pediatric Anesthesia*. 2007; 17(12): 1134-1142.
3. Hovind I. Anestesiologisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. Homer JR, Elwood T, Peterson D, Rampersad S. Risk factors for adverse events in children with colds emerging from anesthesia: a logistic regression. *Pediatric Anesthesia*. 2007;17(2): 154-161.
5. Hallström I. Barn- och ungdomssjukvård. Stockholm: Liber; 2003.
6. Månsson Edwinsson M, Enskär K. Pediatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2008.
7. Magnusson M, Blennov M, Hagelin E, Sundelin C. Barnhälsovård – att främja barns hälsa. Stockholm: Liber; 2009.
8. Halldin M, Lindahl S (red). Anestesi. Stockholm: Liber; 2005.
9. Galvin S, Dewan J. Betty Lank: A Kind and Gentle Anesthetist Devoted to Children. *American Association of Nurse Anesthetists* 2009;76(3):176-180.
10. Gavin A, Boda D, Ehrich J, FAnconi A, Habib R, Hallman N. The founding and early history of the European Society for Paediatric Nephrology 2007;22:1-15.

11. Weirich A, Hoffmann GF. "Ernst Moro (1874-1951) – A great pediatric career started at the rise of university-based pediatric research but was curtailed in the shadows of Nazi laws". *European Journal of Pediatric* 2005;164:599-606.
12. Eklund, J. Sen start för svensk anesthesiologi. Anestesins utveckling i Sverige 1904 –1942 speglad i *Läkartidningen*. *Läkartidningen* nr19 vol1103 2006. Direktlänk. Åtkomstdatum: 2012-01-04 från [http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/4/4013/ikt0619s1541\\_1544.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/4/4013/ikt0619s1541_1544.pdf)
13. Svensk förening för anestesi och intensivvård. SFBAB Svensk förening för barnanestesi och barnintensivvård. Direktlänk. Åtkomstdatum: 2012-01-04 från <http://www.sfai.se/referensgrupper/svensk-foerening-foer-barnanestesi-och-barnintensivvard>
14. Socialdepartementet (2005). Mötet med barnet. Barnkompetens inom hälso- och sjukvården. Rapport Artikel nr S 2005.031. Direktlänk. Åtkomstdatum 2012-01-04 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/03/63/0cf43344.pdf>.
15. Zee N, Kain MD, Alison A, Caldwell-Andrews PhD. Preoperative Psychological Preparation of the Child for Surgery: An Update. *Anesthesiology Clinics of North America* 2005; 23:597-614.
16. Brewer S, Gleditsch LS, Syblik D, Tietjens ME, Vacik HW. Pediatric anxiety: child life intervention in day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 2006; 21(1)13-22.
17. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Pediatric Anesthesia* 2004; 14:551-556.
18. Wennström B, Hallberg L, Bergh RM. Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(1): 96-106.



19. Vessey, J A., Bogetz MS, Casraz CL, Liu KR, Cassidy MD. Parental upset associated with participation in induction of anesthesia in children. *Canadian Journal of Anesthesia* 1994;41(4):276-280.
20. Shin H, White-Traut R. Nurse-child interaction on an inpatient pediatric unit. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(1):52-56.
21. Hatawa P, Olsson G, Lagerkranser M. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations; a comparison of two methods. *Pediatric Anesthesia* 2000;10(5):477-86.
22. Rawlinson S C, Short J A. The representation of anesthesia in children's literature. *Anesthesia* 2007;62(10): 1033-1038.
23. Li H C W, Lopez V. Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2008;13(2)63-73.
24. Proczkowska Björklund M, Gustafsson P A, Svedin C G. Children's play after surgery: background factors and associations to behavior during anesthetic induction. *Journal of Child Health Care* 2010; 14(2)170-178.
25. Runeson I, Proczkowska-Björklund M, Idwall E. Ethical dilemmas before and during anesthetic induction of young children, as described by nurse anesthetists. *Journal of Child Health Care* 2010;14(4)345-354.
26. Shirley PJ, Thompson N, Kenward M, Johnston G. Parental anxiety before elective surgery in children. *Anesthesia*. 1998; 53,956-959.
27. Spencer C, Franck L. Giving parents written information about children's anesthesia: Are setting and timing important? *Pediatric Anesthesia* 2005;15:547-553.

28. Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård (2008). Direktlänk. Åtkomstdatum 2012-01-04 från [http://www.aniva.se/index.php?option=com\\_content&view=article&id=112&Itemid=200043](http://www.aniva.se/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=200043)
29. Mauleon A, Ekman S. Newley graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing – a phenomenographic study. American Association of Nurse Anesthetists. 2002; 70(4):281-7.
30. Lambert V, Glacken M, McCarron M. "Visible-ness": the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. Journal of Clinical Nursing 2008; 17:3092-3102.
31. Frisch A, Johnson A, Timmons S, Weatherfold C. Nurse Practitioner Role in Preparing Families for Pediatric Outpatient Surgery. Pediatric Nursing. 2010; 36: 41-47.
32. Nagelhout J, Zaglaniczny K L. Nurse Anesthesia. St Louis, Missouri. Elsevier Saunders; 2005.
33. Jahren Kristoffersen N. Allmän omvårdnad. Stockholm: Liber; 2001
34. Polit D F, Beck C T. Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research, concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24: 105-112.
36. Vetenskapsrådet. Codex. Direktlänk. Åtkomstdatum 2012-01-04 från <http://www.vr.se/etik.4.3840dc7d108b8d5ad5280004294.html>
37. Lindwall L, von Post I. Habits in Perioperative Nursing Culture. Nursing Ethics. 2008; 9:15, 5670-681.

38. Perry TR, The certified registered nurse anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *American Association of Nurse Anesthesits* 2005; 73(5), 351-356.
39. Orlando I-J. *The Dynamic Nurse-Patient Relationship* New York: National League for Nursing; 1991.
40. Andersson N et al. Professional roles and research utilization in paediatric care: newly graduated nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring* 2007; 21:91-97.
41. McLaren J, Zee N K, Development of a brief Behavioral Intervention for Children's Anxiety at Anesthesia Induction. *Children's Health Care* 2008; 37:196-209.
42. Rice M, Glasper A, Keeton D, Spargo P. The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: an observational study. *Pediatric Anesthesia*. 2008;18:426-430.
43. Tveiten S. *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
44. Schofield Mc C, White JB. Interrelations among children, parents. Premedication and anesthetists in paediatric day stay surgery. *British Medical Journal* 1989;299:1371-1375.
45. Zee NK et al. How many parents should we let into the operating room? *Pediatric Anesthesia* 2009; 19:244-249.
46. Nestle D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theater: a focus group interview. *BioMed Central Nursing* 2006;5:1:1-9.
47. Rooke L. *Omvårdnad teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Vårdvetenskapligt bibliotek. Stockholm: Liber;1997.

