



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Sjuksköterskans roll och upplevelser vid förberedelser av barn inför perifer venkateter sättning och blodprovstagning

- En intervjustudie

Lisa Hultmark och Frida Kans

2013

Omvårdnadsvetenskap  
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap 15 hp  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Josefin Westerberg Jacobson  
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

---

## *Förord*

Författarna vill rikta ett varmt tack till samtliga deltagande sjuksköterskor för att Ni delat med er av era tankar och upplevelser kring förberedelser av barn. Tack till kvalitetssamordnaren på barnkliniken som hjälpt till med rekrytering av sjuksköterskor till studien. Ett stort tack även till Maria Radeskog för de tips och den vägledning vi fått. Slutligen vill vi rikta ett stort tack till vår handledare Josefin Westerberg Jacobson för stöttning, tips och råd.

## *Abstract*

The purpose of the study was to describe the nurse's role and experiences around preparation of children in front of peripheral venous catheter (PVC) placement and blood draw. The study used a descriptive design with qualitative approach and was performed on a pediatric clinic in Sweden. Semi-structured interviews were performed with seven nurses of whom the first was a pilot interview, which was included in the result. The recruitment of nurses was made by a purposeful sampling, maximum variation sampling, with help of the quality coordinator of the pediatric clinic. The collected data was analyzed with the manifest qualitative content method. The analyzes resulted in the categories "To adept the preparation according to the child and the situation to breed a confident relation" and "To give safety and be flexible at difficulties". In the result it emerged that all nurses prepared the children with authentic material and information but adapted the preparation by the children's age and cognitive development. But in spite the difficulties that can emerge the adaption will be expired as something positive. It is important that the nurse is flexible since every children and preparation situation is unique. If the nurse manages to earn the child's faith the preparation will be fine and be a positive experience for both the children and the nurse.

Keywords: nurse, experiences, children, preparations, adaption.

## *Sammanfattning*

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser kring förberedelsen av barn inför perifer venkateter sättnig (PVK-sättnig) och blodprovstagning. Studien hade en deskriptiv design med kvalitativ ansats och genomfördes på en barnklinik i Sverige. Semistrukturerade intervjuer utfördes med sju sjuksköterskor varav den första var en pilotintervju som inkluderades i resultatet. Rekryteringen av sjuksköterskor skedde via ett strategiskt urval med hjälp av kvalitetssamordnaren på barnkliniken. Insamlad data analyserades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen resulterade i kategorierna ”Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation” samt ”Att ge trygghet och vara flexibel vid svårigheter”. I resultatet framkom att sjuksköterskorna förberedde alla barn med autentiskt material och information men anpassade förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling. Trots de svårigheter som kan uppkomma upplevs förberedelsen som någonting positivt. Det gäller att sjuksköterskan är flexibel då varje barn och förberedelsefall är unikt. Om sjuksköterskan lyckas vinna barnets förtroende kommer förberedelsen gå bra och bli en positiv upplevelse för såväl barnet som för sjuksköterskan.

Nyckelord: sjuksköterska, upplevelser, barn, förberedelser, anpassning.

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introduktion</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 Bakgrund   | 1         |
| 1.2 Sjuksköterskans roll i mötet med barnet och dennes familj  | 2         |
| 1.3 Vikten av att förbereda barnet inför PVK-sättning/blodprovstaging                                      | 3         |
| 1.4 Förberedelser i olika åldrar   | 4         |
| 1.5 Sjuksköterskans upplevelser av hinder vid förberedelser  | 5         |
| 1.6 Mötet med barn från andra kulturer   | 5         |
| 1.7 Teoretisk anknytning   | 6         |
| 1.8 Problemformulering   | 6         |
| 1.9 Syfte och frågeställningar   | 7         |
| <b>2. Metod</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1 Design   | 7         |
| 2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp   | 7         |
| 2.3 Datainsamlingsmetod  | 8         |
| 2.4 Tillvägagångssätt  | 9         |
| 2.5 Dataanalys   | 9         |
| 2.6 Forskningsetiska överväganden  | 11        |
| <b>3. Resultat</b>   | <b>11</b> |
| 3.1 Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation           | 11        |
| 3.1.1 Att anpassa förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling                               | 11        |
| 3.1.2 Att anpassa förberedelsen då barnet är rädd  | 13        |
| 3.1.3 Att förbereda barn för att motverka sjukhusrädsla i framtiden samt betydelsen av att tala sanning    | 13        |
| 3.1.4 Vikten av att sjuksköterskan och barnet skapar en god relation byggd på ömsesidig respekt och tillit | 14        |
| 3.2 Att ge trygghet och vara flexibel vid svårigheter  | 14        |
| 3.2.1 Trygga föräldrar ger trygga barn – oroliga föräldrar kan försvåra förberedelsen                      | 14        |
| 3.2.2 Tidsbrist det största hindret vid förberedelsen  | 15        |
| 3.2.3 Språkförbistringar och andra svårigheter vid förberedelsen av barn från andra kulturer               | 16        |
| <b>4. Diskussion</b>   | <b>18</b> |
| 4.1 Huvudresultat  | 18        |
| 4.2 Resultatdiskussion   | 18        |
| 4.3 Metoddiskussion  | 22        |
| 4.4 Allmän diskussion  | 25        |
| 4.5 Slutsats   | 25        |
| <b>5. Referenser</b>   | <b>26</b> |

# 1. Introduktion

## 1:1 Bakgrund

Enligt Förenta Nationernas (FN) barnkonvention är ett barn varje människa under 18 år. Idag har alla världens länder utom Somalia och USA skrivit under barnkonventionen vilket gör den till det viktigaste dokumentet som försvarar barnets rättigheter (Lindberg & Lagercrantz 2006). Enligt barnkonventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barnet och varje barn har rätt till sjukvård. Vidare har alla samma rätt till att få sina grundläggande behov tillgodosedda och barnet har rätt till information och medinflytande utifrån ålder och mognad (Hammarberg 2006). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB) har utarbetat riktlinjer gällande barn i vården efter FN:s barnkonvention. Riktlinjerna slår bland annat fast att barn som vistas på sjukhus har rätt till att hela tiden ha en förälder eller annan närstående med sig. Barnet har rätt att vårdas tillsammans med andra barn på en barnavdelning och inte på vuxenavdelningar. Miljön kring barnet ska vara trygg och ge möjlighet till lek och aktiviteter (NOBAB 2012).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har alla barn, oavsett ålder, rätt att ha en förälder närvarande under sjukhusvistelsen och föräldrarna har rätt att vara delaktiga i barnets vård (Hälso- och sjukvårdslagen 1982), dock bör det tas i beaktande att familjestrukturen idag kan se mycket olika ut och att barnet ibland kan vara boende hos andra än sin kärnfamilj. Kärnfamilj innebär en familj med en man och en kvinna och deras gemensamma barn (Lindberg & Lagercrantz 2006).

Beroende av barnets tidigare upplevelser och erfarenheter är alla möten med barn i vårdssituationer olika. Barn har i olika åldrar olika situationer som de känner rädslor inför. Det är därför av stor vikt att personal som arbetar med barn inte bara har ett barnperspektiv utan även barnkompetens. Att ha barnkompetens innebär att ha kunskap om barnets olika utvecklingsfaser och de förutsättningar barnet har i de olika utvecklingsfaserna (Bischofberger 2004). Att ha ett barnperspektiv innebär att förmågan att se världen genom barnets ögon och tänka sig in i hur barnet tänker, känner och upplever händelser (Hallström & Lindberg 2009).

Vid en PVK-sättning, perifer venkateter sättning, förs en kanyl in i en ven, oftast i underarmen, för att få tillgång till blodbanan. En PVK används i huvudsak för att kunna ge

patienten näring, vätska, blodkomponenter och läkemedel (Vårdhandboken, PVK översikt 2011). En PVK består av ett infusionsaggregat med två eller flera kranar som fungerar som en infart för läkemedel/vätska/blod/näring, en plastslang som kommer att ligga under huden i blodbanan samt en nål som vid införandet hjälper till att punktera huden men som dras ut direkt efter införandet (Vårdhandboken, PVK inläggning och avlägsnande 2011). Blodprovstagning sker i ytliga vener, ofta i armbågsvecket, och innebär att en kanyl punkterar venen för att få tillgång till blodbanan. Kanylen kopplas sedan till ett provrör i vilket blodet fylls (Vårdhandboken, blodprovstagning tillvägagångsätt 2011).

## *1.2 Sjuksköterskans roll i mötet med barnet och dennes familj*

För barn innebär det en ökad stressnivå att komma till ett sjukhus och genomgå behandlingar, undersökningar och omvårdnadsåtgärder. Barnet reagerar olika på denna stress beroende på utvecklingsfas, ålder, fantasi och verklighetsuppfattning (Bischofberger 2004). För att barnet ska kunna hantera ett sjukhusbesök och de föreställningar och fantasier som uppstår kring besöket behöver barnet information och förberedelser. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa barnet avdramatisera föreställningar och fantasier och detta gör han/hon genom att förbereda och informera barnet. Detta genom att visa bilder och foton, visa materialet som kommer att användas eller visa på en docka eller nalle hur proceduren kommer att gå till (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). För att kunna förbereda och informera barnet på rätt sätt krävs att sjuksköterskan tar reda på barnets tidigare vårdupplevelser och tar hänsyn till detta (Hallström & Lindberg 2009). Om en PVK-sättning/blodprovstagning utförs utan att barnet har blivit förberett och informerat uppstår en rad negativa känslor hos barnet, däribland ångest och aggression samt att barnet blir ledsen, tillbakadragen eller gör motstånd (Lloyd *et al.* 2008). Barnet är således i behov av information för att kunna förstå och hantera sin situation (Coyne 2006) och det krävs även att barnet och personalen har en relation som bygger på tillit och samförstånd (Hallström & Lindberg 2009).

Föräldrar har rätt att vara delaktiga i barnets vård och sjuksköterskan som vårdar barnet bör följaktligen även skapa en god och tillitsfull relation med föräldern. Föräldrar kan ibland agera oväntat och överbeskyddande och vilja skona barnet från det som ska hända (Bischofberger 2004). Medverkande föräldrar kan ibland ha obearbetade upplevelser som gör att de kan känna rädsla och ångest. Om föräldern visar dessa känslor kan det göra barnet osäker och rädd (Ives & Melrose 2004). Föräldrars medverkan är dock oftast till fördel då barnet ska genomgå någonting smärtsam eller otäckt under sjukhusvistelsen. Detta för att vara

en trygghet för barnet och för att samarbetet mellan barnet och vårdpersonalen ska gå lättare (Kyritisi *et al* 2004). Barn som är rädda och upplever smärta har lättare att hantera sina känslor om föräldrarna är närvarande (Gilboy & Hollywood 2009). Sjuksköterskan som arbetar med barnet måste ha en lyhörd och öppen attityd för både barnets och föräldrarnas reaktioner (Bischofberger 2004). Känner sig föräldern trygg under sjukhusvistelsen leder detta till att föräldern vill medverka i vården av barnet (Kristensson-Hallström 1999).

### *1.3 Vikten av att förbereda barnet inför PVK-sättning/blodprovstagning*

I en vårdmiljö utsätts barnet för mycket nya intryck som kan skapa rädsla och ångest. Exempel på detta kan vara främmande ansikten, nya ljud och ord samt främmande dofter (Salmela *et al.* 2010). Medicinsk rädsla är en av barns största rädslor. Förberedelser och information minskar dock risken för framtida rädsla (Hallström & Lindberg 2009). Inom kategorin medicinsk rädsla är de största rädslorna under sjukhusvistelsen rädsla inför smärta, rädsla inför PVK-sättning/blodprovstagning, separation från föräldrarna, att bli lämnade ensamma samt rädsla för utrustningen på sjukhuset (Salmela *et al.* 2011). Förberedelser minskar barnets oro och ångest inför PVK-sättning/blodprovstagning (Justus *et al.* 2006). Förberedelser har också stor betydelse i huruvida PVK-sättningen/blodprovstagningen kommer gå att genomföra men framför allt så har den stor betydelse för barnets framtida uppfattning om sjukvården (Hallström & Lindberg 2009). Det är sjuksköterskans ansvar att även förbereda barnet med lämplig smärtlindring inför blodprovstagning (Melhuish & Payne 2006).

Barnet ska bemötas med respekt och tas på allvar och barnet bör uppleva att han/hon har kontroll över situationen. Genom att förbereda och informera barnet inför PVK-sättning/blodprovstagning ges barnet möjlighet att vara delaktig i vårdtillfället. Därmed visas respekt för barnet och barnet upplever en känsla av kontroll (Bischofberger 2004). Då barn vistas på sjukhus bör miljön vara lugn anpassad efter barn och ungdomar. Det bör vara så få främmande människor i rummet som möjligt för att ge barnet trygghet (Ives & Melrose 2010). Det är viktigt att arbeta för att barnets sjukhusvistelse ska bli så bra som möjligt, då barnets första möte med sjukvården och personalen är mycket viktigt för hur barnets fortsatta förtroende för vården och vårdgivarna kommer att se ut (Bischofberger 2004).



## *1.4 Förberedelser i olika åldrar*

Majoriteten av barnklinikerna i Sverige förbereder barnen på likartat sätt. Vid förberedelser av barn i åldrarna 2-3 år informerar sjuksköterskan barnet tillsammans med föräldern och använder sig av lekterapi, så som dockor och nallar (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). För att få en uppfattning om vad barn behöver för typ av förberedelser i olika åldrar är det bra att känna till att en tvååring kan skilja på mitt och ditt och vill helst inte dela med sig. Språket är omoget och en tvååring kan ännu inte förstå konsekvenser av nya handlingar och faror. Barn vid tre års ålder kan cirka 500 ord och kan sätta ihop meningar på upp till sex ord. Från denna ålder kan barnet berätta om sina upplevelser och känslor (Lindberg & Lagercrantz 2006).

Förskolebarn, 4-5 år, påbörjar sin förberedelse hemma genom att barnet tillsammans med föräldern läser hemskickat material tillsammans. Fotografier på barn som genomgått det barnet ska genomgå visas och förklaras av sjuksköterskan på avdelningen. Sjuksköterskan visar också materialet som ska användas på dockor eller nallar (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). Vid fyra års ålder kan barnet upp till 1000 ord och pratar oftast korrekt. Nu kan barnet även lyssna till längre förklaringar och berätta om händelser de varit med om (Bischofberger 2004). Femåringen behärskar språket flytande och grammatiskt korrekt. Vid denna ålder har barnet fått insikt i tidsrelationer, regler och rättvisa (Lindberg & Lagercrantz 2006).

Även barn i skolåldern, 6-12 år, får material hemskickat som de läser ensam eller med föräldern. På sjukhuset förbereder sjuksköterskan barnet, med eller utan föräldrar, genom att titta på bilder och foton av andra barn som genomgått PVK-sättning/blodprovstagning. Barnet får läsa enkla åldersanpassade broschyrer och sjuksköterskan visar det material som ska användas på en docka eller nalle. Sjuksköterskan kan även ibland visa och förklara hur kroppen fungerar och ser ut (Edwinson-Månsson & Dykes 2004).

I skolåldern utvecklar barnet ett abstrakt tänkande och lär sig planera och lösa problem. Ur juridisk synpunkt har ett barn i 11-12 års ålder kompetens att fatta beslut i vårdssituationer (Lindberg & Lagercrantz 2006). Tonåringar, 13-18 år förbereds oftast utan föräldrarna. De får broschyrer, titta på utrustningen samt diskutera händelseförloppet med sjuksköterskan (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). I tonåren utvecklar ungdomar sina kognitiva färdigheter och kan nu reflektera över sina egna tankar och känslor, tänka hypotetiskt för att lösa problem, tänka utanför ramar och gränser och ha en uppfattning om sådant de inte upplevt eller har tidigare erfarenhet av (Hwang & Nilsson 2011).

Materialet som används vid förberedelserna ser således mycket lika ut. Sjuksköterskan anpassar språk och nivå efter barnens förståelse, ålder och kognitiva utveckling (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). När barnet kan förstå och ta in information behöver barnet rak och ärlig information och sjuksköterskan bör inte utesluta att PVK-sättningen/blodprovstagningen kommer att orsaka obehag eller/och smärta. Lek är en viktig del i förberedelserna och kommunikationen med barnet. Under lek med till exempel autentiska materialet och en nalle uttrycker barnen lättare sina känslor och upplevelser. Lek är också ett bra sätt för barnet att bearbeta sina tidigare vårdupplevelser på (Bischofberger 2004).

### *1.5 Sjuksköterskans upplevelser av hinder vid förberedelser*

Om barnen och föräldrarna inte är tillräckligt förberedda inför PVK-sättningen/blodprovstagningen kan det leda till att föräldrar eller barn blir upprörda och ledsna. Detta upplevs av sjuksköterskan som ett stort stressmoment (Lloyd *et al.* 2008) Sjuksköterskorna hyser stor empati för barnet och dess rädsla. Denna empati tillsammans med den stress som kan uppstå när föräldrar och barn blir upprörda kan leda till att sjuksköterskan snabbt vill få proceduren ”överstökad” för barnets skull (Ives & Melrose 2010). För att minimera risken för en misslyckad procedur krävs att sjuksköterskorna har möjlighet att avsätta tillräcklig tid för förberedelser. Vid situationer som kräver ett akut omhändertagande hinner inte sjuksköterskan förbereda barnet och det kan då hända att personalen är tvungna att använda våld för att kunna genomföra det som behövs. Det skapar ångest, skam, skuld känslor och frustration hos sjuksköterskan. Många sjuksköterskor upplever det svårt att avgöra barnets kognitiva mognad och veta hur förberedelser ska anpassas (Lloyd *et al.* 2008) Sjuksköterskan upplever ibland att föräldrar på mer eller mindre drastiska sätt försöker övertala och tvinga sina barn till PVK-sättning/blodprovstagning och sjuksköterskan upplever det svårt att säga ifrån. Föräldrarna kan ibland skuldbelägga sjuksköterskan inför barnet genom att exempelvis säga ”Hon är så dum mot dig som ska göra det här”, vilket gör sjuksköterskan upprörd och ledsen eftersom det förstör barnets förtroende för vårdpersonal. Ett annat hinder som sjuksköterskan kan uppleva är när föräldrarna överför sina egna obearbetade rädslor på barnen så att barnen blir oroliga och rädda (Ives & Melrose 2010).

### *1.6 Mötet med barn från andra kulturer*

I dagens mångkulturella samhälle ställer barn och föräldrar från olika kulturer och länder barnsjukvården i Sverige inför nya utmaningar. En utmaning är mötet med barn och föräldrar som har ett annat modersmål än Svenska (Lindberg & Lagercrantz 2006). Enligt Hälso- och

sjukvårdslagen ska vård ges på lika villkor och patienten ska få individuellt anpassad information (Hälso- och sjukvårdslagen 1982). En fungerande kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare är en grund i barnsjukvård och i alla planerade vårdsammanhang bör vårdgivaren anlita tolk då det råder språkförbistringar (Lundberg & Lagercrantz 2006). En av de största svårigheterna sjuksköterskor upplever i mötet med barn från andra kulturer är de språkförbistringar som ofta uppkommer (Festini *et al.* 2009). En ytterligare utmaning vid mötet med barn och föräldrar med annan kulturell bakgrund är de olika föreställningarna om hälsa, sjukdom och död som skiljer sig mellan olika kulturer. Med kultur anses symboler, värden och regler som delas av en grupp människor som överflyttas mellan generationer. Vidare finns olika föreställningar om hur barn bör uppfostras och hur sjukdomar uppkommer och botas. Kulturen präglar människors handlingar och verklighetsuppfattningar. Olika kulturer har olika syn på hur ett samtal ska föras och även kroppsliga signaler kan variera mellan kulturer (Lundberg & Lagercrantz 2006).

### *1.7 Teoretisk anknytning*

Omvårdnadsteoretikern Ida Jean Orlando betonade vikten av att sjuksköterskan arbetar för att hjälpa patienten att lindra såväl fysisk som psykiskt obehag i här-och-nu-situationer. Sjuksköterskan bör, genom en interaktionsprocess med patienten, beskriva omvårdnaden. Sjuksköterskans handlingar är ändamålsenliga och styrs av riktlinjer (Kristoffersen *et al.* 2006). Orlando betonade vikten av patientens delaktighet och menade att samspelet mellan sjuksköterskan och patienten är av stor vikt. Sjuksköterskan bör ge patienten utrymme att beskriva sina känslor och upplevelser för att sedan handla därefter. En sjuksköterska bör få träning och utbildning i att iakta patienter för att kunna tillfredsställa dennes behov (Orlando 1990).

### *1.8 Problemformulering*

Vikten av att förbereda barn inför PVK-sättning/blodprovstagning finns väl beskriven (Justus *et al.* 2006, Hallström & Lindberg 2009, Lloyd *et al.* 2008). Författarna anser dock att det finns få empiriska studier som konkret visar hur sjuksköterskan kan förbereda barnet inför PVK-sättning/blodprovstagning. Barn ska i möjligaste mån vårdas på barnklinik, dock kräver vissa tillstånd att barnet behöver vårdas på eller besöka andra vårdinrättningar och avdelningar på sjukhuset. Kunskap kring att vårda barn bör därför ligga i allmänsjuksköterskans intresse. Denna studie bidrar till att visa konkreta exempel på hur

förberedelser av barn kan gå till inför en PVK-sättning/blodprovstagning. Vid vård av barn möter sjuksköterskan nästan alltid barnets närstående vilket kan göra situationen komplex. Författarna avser i studien därför beröra vilken roll sjuksköterskorna upplever att föräldrarna har vid förberedelsen. Rädsla inför PVK-sättning/blodprovstagning förekommer även bland vuxna och många av de förberedelser som beskrivs i studien är således applicerbart även på dem.

## *1.9 Syfte och frågeställningar*

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid förberedelser av barn inför PVK-sättning och blodprovstagning.

Frågeställningar:

1. Hur förbereder sjuksköterskan barnet inför PVK-sättning/blodprovstagning och vad är viktigt att tänka på?
2. Vilka svårigheter upplever sjuksköterskan vid förberedelser av barnet och hur bemöts och hanteras dessa?

## **2. Metod**

### *2:1 Design*

En kvalitativ ansats med deskriptiv forskningsdesign valdes. Intervjuguiden hade ett semistrukturerat upplägg. Enligt Polit och Beck (2008) används en deskriptiv design då syftet är att beskriva och dokumentera subjektiva känslor, upplevelser och åsikter.

### *2:2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp*

Ett strategiskt urval valdes för att kunna beskriva ämnet ur ett subjektivt perspektiv. En relativt liten undersökningsgrupp, med varierande erfarenheter och upplevelser inom ämnet, handplockades efter de inklusionskriterier som valts (Polit & Beck 2008).

Barn- och ungdomskliniken där författarna genomförde intervjuerna var uppdelad i en mottagning, en barn- och ungdomsavdelning samt en neonatalavdelning- Då förberedelser inte är applicerbart på för tidigt födda barn exkluderades personalen från

neonatalavdelningen. Författarnas mål var att intervjua 6-8 personer och sju intervjuer genomfördes varav den första var en pilotintervju med en sjuksköterska som tidigare varit verksam på barnkliniken. Ett inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha erfarenhet av att möta och förbereda barn i åldrarna 0-17 år, vilket är åldrarna på barn som vistas på barnkliniken. En önskan var att sjuksköterskorna skulle ha olika lång erfarenhet samt bestå av både allmänsjuksköterskor och barnsjuksköterskor. Ett annat inklusionskriterier var att deltagarna skulle kunna förstå och tala det svenska språket.

Deltagarna bestod således av sju sjuksköterskor, varav fyra barnsjuksköterskor och tre allmänsjuksköterskor. Deltagarna hade varit verksamma som sjuksköterskor mellan 1-31 år. Samtliga hade erfarenhet av att möta barn innan de blev sjuksköterskor. Ingen uppgav att de hade någon formell fortbildning i att förbereda barn.

### *2:3 Datainsamlingsmetod*

En semistrukturerad intervjuguide utformades utifrån studiens syfte med avsikt att beröra samtliga ämnesområden. Frågorna hade öppna svarsalternativ vilket bidrog till att deltagarna hade stor möjlighet att kunna uttrycka sina egna åsikter (Polit & Beck 2008). I enighet med Polit och Beck (2008) har ja- och nej frågor undvikits och författarnas roll var i intervjusituationerna att uppmuntra deltagarna att tala fritt kring ämnet. I en semistrukturerad intervju ges samma frågor till alla tillfrågade. Följdfrågor användes för att få utförligare svar och uppmuntrade deltagarna att berätta mer om sina upplevelser och åsikter (Polit & Beck 2008). Under varje huvudfråga på intervjuguiden fanns exempel som författarna använde om deltagarna hade svårt att förstå frågan.

Intervjuguiden inleddes med bakgrundsfrågor, exempelvis om den tillfrågade var sjuksköterska eller barnsjuksköterska, tidigare erfarenheter av barn samt antal år som verksam sjuksköterska. Intervjun innehöll åtta frågor och de områden som berördes var förberedelser av barn, upplevelser av förberedelser, föräldrarnas roll, svårigheter och hinder i arbetet med att förbereda barn och förberedelser av barn från en annan kultur och med annat språk. Intervjun avslutades med en öppen fråga då de tillfrågade hade möjlighet att komplettera områden de ansåg viktiga i förberedelsen av barn. En av frågorna som ställdes var ”Upplever du några hinder när du ska förbereda barn och i så fall vilka?”

## *2:4 Tillvägagångssätt*

Vårdenhetschefen för den valda barn- och ungdomskliniken kontaktades via telefon och gavs information om studien och denne gav sitt godkännande för studiens genomförande. Vårdenhetschefen kontaktade i sin tur kvalitetssamordnaren på barnkliniken som erbjöd sig att välja ut och kontakta sjuksköterskor som uppfyllde studiens inklusionskriterier och ansågs lämpliga att intervjuas. Ett okänt antal sjuksköterskor vid den valda barnkliniken tillfrågades och sex av dessa tackade ja till att medverka i studien. De tillfrågande sjuksköterskorna som svarade ja till att delta i studien fick informationsbrevet om studien av kvalitetssamordnaren, samt lämnade sina kontaktuppgifter till kvalitetssamordnaren som vidarebefordrade dessa via mail till författarna. Författarna kontaktade därefter deltagarna via telefon och bokade in en intervju.

Innan intervjuerna på barnkliniken ägde rum genomfördes en pilotintervju med en barnsjuksköterska med många års erfarenhet inom förberedelser av barn, detta för att testa intervjuguidens hållbarhet (Polit & Beck 2008). Efter pilotintervjun valdes en fråga bort då författarna upplevde att frågan blev besvarad genom de andra frågorna. En bakgrundsfråga och en intervjufråga lades till och meningsbyggnad och enstaka ord omformulerades på vissa frågor. Pilotintervjun kompletterades sedan med de nya frågorna och inkluderades i studiens resultat. Intervjuguiden skickades via mail till samtliga sjuksköterskor, utom en som bokades med kort varsel, innan intervjuerna genomfördes. Detta för att deltagarna skulle ha en chans att förbereda sig och därmed kunna ge utförligare svar under intervjuerna. Alla sjuksköterskor blev erbjudna att läsa intervjuguiden innan intervjun påbörjades om de inte hunnit läsa i förväg.

Intervjuerna ägde rum på sjuksköterskornas arbetstid och de tillfrågade fick själva välja tid och en enskild plats för intervjun, detta för att minimera störningsmoment och få en så lugn miljö som möjligt. Enligt Polit och Beck (2008) bör platsen för en intervju vara lugn och avskild. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Tidsåtgången var mellan 10-45 minuter per intervju och spelades in med diktafon. Ljudfilerna överfördes till dator för att raderas efter examinatorns godkännande av examensarbetet.

## *2:5 Dataanalys*

Insamlad data granskades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys. Detta innebär att de sagda meningsbärande enheterna som svarade på frågeställningarna valdes ut,

kondenserades och kodades för att sedan delas in i subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman 2004). Författarna transkriberade, granskade, tog ut meningsenheter kondenserade och kodade materialet var för sig för att sedan granska varandras material. Tillsammans analyserade författarna det kodade materialet som delades in i subkategorier och kategorier. Se tabell 1 och 2.

**Tabell 1.** Visar hur författarna analyserat insamlad data. Ger exempel på hur meningsenheter kondenserats, kodats och delats upp i subkategorier och kategorier.

| Meningsenhet   | Kondensering   | Kod  | Subkategori  | Kategori  |
|--|--|--|--|---|
| Men det finns föräldrar som är lika rädda som barnen, så är det ju, som har sjukhusskräck.                         | Det finns föräldrar som är lika rädda som barnen, som har sjukhusskräck. | Föräldrar kan också vara rädda.                              | Trygga föräldrar ger trygga barn – oroliga föräldrar kan försvåra förberedelsen. | Att ge trygghet och vara flexibel vid svårigheter.  |
| Jag brukar alltid visa, hur små barnen än är, hur man ska göra, jag visar grejerna och det gör jag även för stora. | Visar alltid grejerna och hur man ska göra för både små och stora barn.  | Förklarar och visar materialet för alla barn, oavsett ålder. | Att anpassa förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling.          | Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation. |

**Tabell 2.** Visar hur författarna sammanställt subkategorier och kategorier utifrån de kodade intervjuerna.

| Kategori    | Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation |  |   |
|-------------|--|--|---|
| Subkategori | Att anpassa förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling                       | Att anpassa förberedelsen då barnet är rädd              | Att förbereda barn för att motverka sjukhusrädsla i framtiden samt betydelsen av att tala sanning |
| Kod         | Skillnad i mognad även bland jämnåriga.  | Tar reda på barnets tidigare vårderfarenheter.           | Tappad tilltro till en vårdpersonal innebär tappad tilltro till alla vårdpersonal.                |
|             | Visar barnet hur blodprovstagnig går till, beroende på ålder och mognad.                     | Om det är negativt tar man reda på vad som var negativt. | Förtroende och tillit kan förstöras snabbt men tar lång tid att bygga upp.                        |

## *2:6 Forskningsetiska överväganden*

Helsingforsdeklarationen poängterar vikten av att deltagarna medverkar i studien frivilligt, samt att de ska vara väl informerade om sina rättigheter. Deltagarnas rättigheter är bland annat att få sin integritet respekterad och garanteras att lämnade uppgifter behandlas konfidentiellt (Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration 2002). Även vetenskapsrådet uppger att deltagarna måste lämna sitt samtycke att medverka i studien, att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan vidare motivering (Vetenskapsrådet 2012). Detta har anammats med ett informationsbrev till deltagarna som innehöll information om bland annat studiens syfte, författarnas kontaktuppgifter, de medverkades rättigheter samt att materialet från intervjuerna efteråt skulle raderas. Då intervjuer endast gjorts med vårdpersonal och inte patienter söktes ej medgivande från forskningsetiska rådet.

## **3. Resultat**

I resultatdelen nedan presenteras insamlad data från de sju intervjuer som gjorts med hjälp av de kategorier som skapades under analysprocessen, vilka är: ”Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation” och ”Att ge trygghet och vara flexibel vid svårigheter.” Dessa används som rubriker. Rubrikerna i sin tur består av underrubriker vilka var de subkategorier författarna fann under analysprocessen. Resultatet presenteras tillsammans med citat, där deltagarna benämns D1 – D7 (deltagare).

### *3.1 Att anpassa förberedelsen efter barnet och situationen för att skapa en tillitsfull relation*

#### *3.1.1 Att anpassa förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling*

För att sjuksköterskan ska kunna förbereda barnet på rätt sätt är det viktigt att ha kunskap om utvecklingspsykologi och det är viktigt att anpassa förberedelsen efter såväl barnets ålder som kognitiva förmåga. Överlag uppgav sjuksköterskorna att de förbereder barn och ungdomar med liknande material och tillvägagångsätt. Gemensamt för alla förberedelser, oavsett barnets ålder, är att sjuksköterskan alltid visar materialet som ska användas vid PVK-sättning/blodprovstagning. Sjuksköterskans roll är att avdramatisera det som ska hända och detta kan göras genom att barnet själv får känna och/eller leka med materialet för att bekanta sig.



Barn använder sina föräldrar som en referenspunkt och genom att visa på föräldern ser barnet att det inte är någon fara. Hur sjuksköterskan visar materialet beror på barnets ålder och mognad. Även de minsta barnen förbereds men då mest för att föräldrarna ska få ta del av informationen. När det gäller äldre barn visar sjuksköterskan nålen i en perifer ven katetern (PVK) men är noga med att berätta att nålen sedan tas bort. Dem yngre barnen däremot får endast bekanta sig med en PVK utan nål, detta för att barnet ska känna igen materialet när det senare används. Förberedelser hjälper barnet att få ett bra helhetsintryck av sjukhusvistelsen och de ska känna sig stolta när de lämnar barnkliniken även om det gjort ont och barnet var ledset.

*”Mitt mål är ju att de ska kunna gå härifrån och känna sig hela och inte stukade i det de varit med om hos mig” – D3*

*”Även om de tycker att det gjort ont eller varit ledsna, det får man ju vara, är det viktigt att det känns bra när de går härifrån, det tycker jag är jätteviktigt” - D2*

På barnkliniken använder sjuksköterskorna ett speciellt språk med lekfulla målade ord. Blodådran kallas för landningsbana, en PVK kallas för flygplan och sjuksköterskan kan säga att han/hon tankar medicin i den. Då sjuksköterskan förbereder små barn är lek en viktig del och barnet kan själv få sätta en PVK på en nalle och ”tanka” med hjälp av en spruta. Äldre barn förbereds också med autentiskt material, dock anpassar sjuksköterskan språket och använder mer vuxna ord. Muntlig information och dialog blir viktigare för de äldre barnen. Vissa av de äldre barnen är vetgiriga och vill veta allt medan andra inte vill veta lika mycket om vad som ska hända då de tycker att det är otäckt. Det är viktigt att sjuksköterskan inte undanhåller information om PVK-sättning/blodprovstagning, exempelvis att sticket kommer kännas och kanske vara obehagligt. En annan viktig del i förberedelsen är att använda hudbedövning för att minska obehag och smärta för barnet vid sticket. På barnkliniken har de som rutin att bedöva alla barn, såvida barnet inte själv uppger att han/hon inte vill ha någon bedövning.

*”Och att man inte säger ’det här gör inte ont och det går så fort’. Det måste få veta att det känns att få en nål, men vet de vad som händer så blir de oftast lugna” – D7*

### *3.1.2 Att anpassa förberedelsen då barnet är rädd*

Barn är många gånger rädda vid sjukhusvistelser. Alla situationer och barn är olika och därmed krävs olika tillvägagångssätt vid förberedelsen. Det är sjuksköterskans roll att ta reda på barnets tidigare vårderfarenheter och upplevelser. Om barnets upplevelse varit positiva försöker sjuksköterskan göra på liknande sätt. Har barnet däremot negativa vårderfarenheter måste sjuksköterskan ta reda på vad som varit negativt och förbereda barnet utifrån hans/hennes rädslor. Ibland är barnet så skrämt att det inte räcker med ett förberedelsetillfälle utan barnet och föräldern måste komma tillbaka till barnkliniken vid flera tillfällen. Det finns situationer då barnet är så rädd att förberedelser inte är tillräckliga och då kan sjuksköterskan använda hjälpmedel så som lustgas eller andra lugnande läkemedel. Ibland händer det även att barnet bli rädd under förberedelsetillfället.

*”Och sen så kan det ju vara så att när man förbereder att de blir livrädda under själva förberedelsen och då kanske man måste ta till lugnande och då blir det liksom en längre process” – D5*

### *3.1.3 Att förbereda barn för att motverka sjukhusrädsla i framtiden samt betydelsen av att tala sanning*

Förberedelsen är avgörande för hur genomförandet av PVK-sättningen/blodprovstagningen kommer att gå. Sjuksköterskan har en stor roll i att det ska bli en så bra upplevelse som möjligt för såväl barnet som föräldern. Vikten av förberedelser beror även på barnets ålder. Små barn kan inte ta till sig informationen under ett förberedelsetillfälle och därmed är förberedelsen inte lika viktig för små barn som för de äldre. Om barnet får en bra upplevelse vid vårdbesöket kan det motverka att barnet skapar en sjukhusrelaterad rädsla i framtiden. Utan förberedelser kan proceduren innebära en skräckupplevelse för barnet, och kombinationen av överraskning och smärta kan orsaka stor rädsla och ångest hos barnet. Sjuksköterskan får aldrig lura barnet att exempelvis ta en spruta istället för att förbereda barnet. Lurar sjuksköterskan barnet till en spruta blir vissa barn besvikna men glada att det är över, medan andra barn aldrig kommer att acceptera att få en spruta igen.

*”Det är jätteviktigt, för om man inte förbereder barn så kan ju det få ganska stora konsekvenser för det enskilda barnet” – D1*

### *3.1.4 Vikten av att sjuksköterskan och barnet skapar en god relation byggd på ömsesidig respekt och tillit*

För att barnet ska kunna lita på sjuksköterskan under förberedelsestillfället krävs att sjuksköterskan och barnet utvecklar en relation som är byggd på ömsesidig respekt och tillit. Sjuksköterskan ska respektera barnets rädsla och oro och låta barnet veta att det är okej att vara ledsen och gråta. Det är viktigt att barnet vet att sjuksköterskan gör allt han/hon kan för att det ska gå så bra som möjligt för barnet. Barnet ska också uppleva sig själv och sjuksköterskan som ett team som hjälper varandra, till exempel kan sjuksköterskan och barnet räkna ned tillsammans om barnet ska ta en spruta. Sjuksköterskorna uppgav att de under förberedelsestillfället och vid PVK-sättning/blodprovstagning oftast är två från personalen och om barnet behöver fler förberedelsestillfällen försöker samma personer medverka, detta för att få kontinuitet och fortsätta bygga på relationen som redan finns påbörjad. Det är väldigt viktigt att lyssna på barnet, visa respekt och inte gå emot barnets vilja. Tillit tar lång tid att bygga upp men kan förstöras väldigt snabbt. Förlorad tilltro till en vårdpersonal innebär att barnet har svårt att bygga tilltro för all annan vårdpersonal även i framtiden då all vårdpersonal är densamma i barnets ögon.

*”Jag brukar säga att jag tycker att man ska alliera sig med barnet, barnet ska förstå att det är VI och det är helt okej att vara ledsen och tycka att det är otäckt”*

– D3

## *3. 2 Att ge trygghet och vara flexibel vid svårigheter*

### *3.2.1 Trygga föräldrar ger trygga barn – oroliga föräldrar kan försvåra förberedelsen*

Sjuksköterskorna upplevde att lugna och trygga föräldrar har en stor roll vid förberedelser och hur bra förberedelsen kommer att bli. En av föräldrarnas största uppgifter under sjukhusvistelsen är att göra barnet tryggt. En förälder som är trygg och lugn gör även barnet tryggt. Ibland är det någon annan än den biologiska föräldern som står barnet närmast och inger mest trygghet till barnet och då är det den personen som bör medverka vid sjukhusvistelsen. Ibland kan även föräldrar vara rädda och osäkra och sjuksköterskorna hade delade meningar huruvida dessa föräldrar är ett lämpligt stöd för sina barn under förberedelsen. De flesta av sjuksköterskorna hade uppfattningen att föräldrarna är ett stort stöd för barnen även föräldrarna är rädda.

Sjuksköterskorna var överens om att rädda och osäkra föräldrar försvårar förberedelsen då de kan uppföra sig klumpigt inför barnet och göra barnet otryggt. Till exempel kan föräldrarna säga att sjuksköterskan är dum. Det är då sjuksköterskans uppgift att försöka lugna rädda föräldrar genom att förbereda dem på samma sätt som de förbereder barnen. Om föräldern är så rädd att det inte går att lugna honom/henne behöver sjuksköterskan hitta någon annan som kan vara en trygghet för barnet. En sjuksköterska uppgav att en rädd förälder inte är en bra förebild och att förberedelsen inte blir bra om föräldern medverkar. Alla sjuksköterskor var dock överens om att föräldrar oftast var till fördel vid förberedelserna. Det kan hända att föräldrarna går emot sjuksköterskan, till exempelvis att barnet inte behöver någon hudbedövning eller att föräldern vill hålla fast barnet medan sjuksköterskan sticker. Sjuksköterskan behöver då argumentera och övertala föräldern om vad som är bäst för barnet i den situationen.

*”Barn har rätt till sina föräldrar och det är min sak att hantera en förälder som känns lite taggig och kanske rädd och så, för det bottnar ju oftast i oro för barnet” – D3*

### *3.2.2 Tidsbrist det största hindret vid förberedelsen*

Samtliga sjuksköterskor uppgav att det största hindret vid förberedelser är tidsbrist. Sjuksköterskorna prioriterar emellertid förberedelser av barnet högt och arbetar för att hinna med att förbereda barn och prioriterar detta framför dokumentation och pappersarbete. Vissa sjuksköterskor uppgav att förberedelsen kan bli åsidosatt vid stressiga dagar med många sjuka barn. Sjuksköterskan kan då delegera förberedelsen till en undersköterska, barnklinikens lekterapeut eller själv göra en snabb förberedelse i direkt samband med PVK-sättningen/blodprovstagningen. I värsta fall kan sjuksköterskan visa materialet och förklara vad som har hänt i efterhand. Andra sjuksköterskor uppgav att de aldrig skulle åsidosätta förberedelsen utan omprioritera och senarelägga eller välja bort andra saker. Detta gäller planerad verksamhet och inte akuta situationer när det handlar om att rädda liv. Sjuksköterskorna uppgav att deras erfarenheter visar att tiden som förberedelserna tar vinnns tillbaka i slutändan. Andra hinder som sjuksköterskorna upplever är personalbrist och rädda föräldrar som försvårar förberedelsen. En av sjuksköterskorna beskrev att det kan vara svårt

att förbereda barn med kognitiv funktionsnedsättning, till exempel autism, då förberedelsen måste ske på ett speciellt sätt.

*”Jag tror det handlar mycket om attityd och förhållningsätt, hur högt man värderar det här med att förbereda barn. Jag tror det är det absolut viktigaste”*

– D1

*”Ja alltså, förberedelser prioriterar jag väldigt högt. Sen kanske det är så att ja själv inte hinner förbereda och då kan undersköterskan förbereda eller lekterapeuten om hon är här. Eller om det är någon som har mer tid så kan man ta hjälp av varandra”* – D6

### **3.2.3 Språkförbistringar och andra svårigheter vid förberedelsen av barn från andra kulturer**

Vid mötet med barn från andra länder är det viktigt att tänka på att ett land kan ha flera olika kulturer och sjuksköterskan ska därför inte ta för givet att barnet och föräldrarna anammar en viss kultur för att de är från ett visst land. Överlag upplevde sjuksköterskorna att det inom sjukvården råder bristande kunskap om olika kulturer och att det kan vara svårt att förbereda barn från andra kulturer. Det gäller att sjuksköterskan samlar bakgrundsinformation innan mötet och har ett öppet och respektfullt förhållningssätt, då brukar det gå bra trots kunskapsluckor. Alla barn förbereds på liknande sätt oavsett kultur. En av sjuksköterskorna berättar att det kan finnas ett flertal olika frågor att ta hänsyn till i mötet med familjer från andra kulturer. Exempelvis att unga kvinnor ska ha slöja i möte med män och han/hon har varit med om att bönestunden har sammanfallit med det inplanerade vårdtillfället.

Det största hindret sjuksköterskorna upplevde vid förberedelse av barn från andra kulturer är språkförbistringar som kan uppkomma. Språket är viktigt för ett bra utgångsläge och för att undvika missförstånd. De flesta sjuksköterskorna uppgav att de använder tolk vid förberedelsen om barnet eller föräldrarna har svårt att förstå eller göra sig förstådda på det svenska språket. Sjuksköterskorna uppgav att barnen ofta är duktiga på det svenska språket, många gånger ofta bättre än föräldrarna, därför tog sjuksköterskorna ibland hjälp av tolk för föräldrarnas skull. Tolk kan även användas för sjuksköterskans skull då föräldern och barnet

förstår och kan göra sig förstådd på det svenska språket men inleder dialoger med varandra på sitt modersmål som sjuksköterskan inte kan förstå. Flera sjuksköterskor uppgav att det innebär vissa svårigheter att förbereda barn via en tolk och oftast kräver dessa förberedelser mer tid. En av sjuksköterskorna uppgav att hon/han ibland inte använder tolk då det kostar för mycket pengar men att det då inte känns bra att till exempel sticka ett barn utan kunna förklara varför. Barn från andra länder kan ha svåra upplevelser med sig och det gäller att sjuksköterskan är lyhörd för barnets reaktioner och tänker om hur han/hon uttrycker sig och vilka ord han/hon använder.

*”Jag vet att jag sa att vi skulle sätta ett litet flygplan på handen och då hade det här barnet precis kommit från bomber, krig och flygplan och det blev jättefel, så jag lärde mig jättemycket av det” – D1*

Sjuksköterskorna uppgav att en annan svårighet som kan uppstå i mötet med barn från andra kulturer är kulturkrockar. En av sjuksköterskorna upplever att föräldrar med annan kulturell bakgrund ibland kan kräva mer av sina barn, vara mer benägna att skynda på processen och eventuellt vilja hålla fast barnet. Sjuksköterskan erfar att föräldrar från vissa kulturer är mer vana i sin kultur att det är lite hårdare tag och tycker att förberedelsen är onödig.

*”Ja men en del föräldrar som är från, ja det kan vara svenska också men oftast är det utländska, att de bara håller fast istället för att trösta och vill att det ska gå jättefort” – D7*

## 4. Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

Vid dataanalysen framkom att sjuksköterskorna förbereder alla barn med autentiskt material och information men att sjuksköterskan anpassade förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling. Till exempel förbereds små barn genom att leka med det autentiska materialet och anpassad information med målande lekfulla ord. Sjuksköterskorna fann förberedelser av barnet som viktigt och prioriterade det högt då det enligt dem var avgörande för hur genomförandet av PVK-sättningen/blodprovstagningen kommer gå samt för att förebygga framtida sjukhusrelaterade rädslor hos barnet. För att förberedelsen ska bli så bra som möjligt för barnet bör sjuksköterskan sträva efter att skapa en god relation till barnet byggt på tillit och respekt. Föräldrarna hade, enligt sjuksköterskorna, en stor och viktig roll under förberedelsen i att inge trygghet för barnet. Det största hindret som sjuksköterskorna upplevde vid förberedelsen var tidsbrist. Språkförbistringar var det största hindret sjuksköterskorna uppgav när de förberedde barn från andra kulturer. De upplevde emellertid att dessa möten oftast går bra och att barnen förbereddes på ungefär liknande sätt som svensktalande barn, dock med tolk.

### 4.2 Resultatdiskussion

I diskussionen kommer de intervjuade sjuksköterskorna benämnas som ”deltagarna” och denna studie som ”föreliggande studie.”

Omvårdnadsteoretikern Ida Jean Orlando (1990) betonade vikten av samspel och delaktighet mellan sjuksköterska och patient. I föreliggande studies resultat framkom att relationen mellan sjuksköterskan och barnet är av betydelse för hur väl förberedelsen kommer gå att genomföra. Känslan av delaktighet och inflytande är viktigt för att barnet ska känna att han/hon har kontroll över situationen och att han/hon blir respekterad och tagen på allvar (Bischofberger 2004). Enligt Orlando (1990) bör sjuksköterskan ge patienten utrymme att uttrycka sina känslor och upplevelser och det är viktigt att sjuksköterskan iakttar patienten för att kunna tillfredsställa hans/hennes behov. Deltagarna i föreliggande studie belyser vikten av att sjuksköterskan måste låta barnet visa sina känslor. Sjuksköterskan bör normalisera gråten och låta barnet veta att han/hon får visa olika typer av känslor. Detta i enlighet med Duff (2003) och Pinto och Barbosa (2007).

I föreliggande studie framkom att sjuksköterskan anpassar förberedelsen efter barnets ålder och kognitiva utveckling när han/hon beskriver hur PVK-sättningen/blodprovstagningen kommer att utföras. Detta i enighet med Orlando som markerade vikten av att sjuksköterskan, genom en interaktionsprocess med patienten, bör beskriva vad som kommer att ske (Kristoffersen et al. 2006). Vidare betonade Orlando vikten av att sjuksköterskan hjälper patienten att lindra såväl fysisk som psykiskt obehag. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskorna på barnkliniken har som rutin att använda EMLA som bedövning inför smärtsamma eller obehagliga moment, detta minskar det fysiska obehaget för barnet. För att barnet ska uppleva delaktighet kan barnet själv vara med att applicera bedövningen (Hughes 2012). Med hänsyftning till föreliggande studies resultat innebär förberedelsen i sig ett sätt att minska barnets psykiska obehag. Flera faktorer som minskar barnets psykiska obehagskänslor vid förberedelsen är en god relation till sjuksköterskan samt närvaron av föräldrarna.

I föreliggande studies resultat framkom att barn ibland är rädda när de kommer till sjukhuset och deltagarna var överens om att väl anpassade förberedelser lugnar barnet och gör barnet beredd på vad som ska hända. Detta stöds av Huges (2012) och Justus *et al* (2006) som menar att förberedelser och anpassad information minskar barnets rädsla, oro och ångest inför PVK-sättningen/blodprovstagningen. Barn är i stort behov av förberedelser för att kunna hantera det de ska vara med om (Edwinson-Månsson & Dykes 2004). En PVK-sättning/blodprovstagning utan förberedelser kan innebära en svårbearbetad traumatisk upplevelse för barnet (Lloyd et al. 2008). En annan studie visade att förberedelser i form av information, bilder, demonstration av utrustning samt visning av lokalerna minskade ångesten och oron hos föräldrarna men inte hos barnen (Fincher et al. 2012). Deltagarna uppgav att de förbereder rädda och oroliga föräldrar på samma sätt som de förbereder barnen och att detta, liksom Fincher *et al.* (2012) beskriver, oftast gör föräldrarna lugnare och tryggare. Under intervjuerna till föreliggande studie uppgav deltagarna att det är av stor vikt att föräldrarna medverkar vid förberedelsen av barnen och att lugna och trygga föräldrar ger trygga barn, detta bekräftar även Ives & Melrose (2004). Deltagarna i föreliggande studie uppgav att föräldrar i de allra flesta fall är bra för sina barn när barnet ska genomgå en PVK-sättning/blodprovstagning. Detta styrks av Pinto och Barbosa (2007) som menar att om ett barn har med sin förälder kommer barnet ha lättare att handskas med rädsla och oro som kan uppstå. Har barnet med sin förälder har de oftast lättare att uttrycka sina känslor (Pinto & Barbosa 2007).



Deltagarna uppgav att de förberedde barn i alla åldrar med autentiskt material och information men att de anpassar språk och nivå efter barnets förståelse, ålder och kognitiva utveckling. I enighet med Edwinston-Månsson och Dykes (2004) framkommer det att många barnkliniker i Sverige förbereder barn i alla åldrar relativt lika med framför allt autentiskt material, åldersanpassad information och foton (Edwinston-Månsson & Dykes 2004). När barnen är i den åldern och utvecklingsstadiet att de kan förstå och ta in information är det viktigt att inte utesluta något, som till exempel att det kommer att göra ont eller vara obehagligt (Bischofberger 2004). Vikten av att inte undanhålla eller lura barnet betonade deltagarna i föreliggande studie. De uppgav att det är viktigt att sjuksköterskan och barnet skapar en relation byggd på tillit och respekt och att sjuksköterskan respekterar att barnet är rädd, orolig och kan gråta eller vara ledset. Enligt Duff (2003) är det viktigt att sjuksköterskan normaliserar gråt och inte säga till barnet att han/hon ska vara modig och inte gråta. Det är även sjuksköterskans uppgift främja föräldern och barnets relation och att föräldrarna också accepterar de känslor som barnet kan uppleva och visa (Pinto & Barbosa 2007).

Det är viktigt att informationen anpassas så att barnen förstår vad som sägs. Sjuksköterskan kan även ta reda på om barnet har varit med om en PVK-sättning/blodprovstagnning tidigare. Det tar en stund innan PVK-sättningen/blodprovstagnningen kan utföras, detta för att sjuksköterskan ska hinna prata med barnet, uppfatta dess kognitiva utveckling och ge en anpassad information. Sjuksköterskan anpassar språket efter barnets ålder. Till äldre barn kan sjuksköterskan använda ord som vener och blod, vilket inte görs till de yngre barnen (Hughes 2012). Deltagarna berättar att de använder ett särskilt språk på barnkliniken, anpassat till barnets ålder. Målade och lekfulla ord som flygplan och landningsbana används.

Hughes (2012) beskriver att sjuksköterskan inte bör berätta för barn under sex år om själva blodprovstagnningen. Deltagarna i föreliggande studie uppgav dock att de berättar även för de yngre barnen om själva blodprovstagnningen men anpassar informationen efter deras förståelse och kognitiva utveckling. Större barn är vetgiriga och vill oftast veta allt som ska hända. Även Duff (2003) beskriver att sjuksköterskan bör berätta om nålen för att undvika missuppfattningar och farhågor. Exempelvis kan små barn tro att nålen går rakt genom armen och kommer ut på andra sidan. Barn kan redan från tidig ålder medverka vid en blodprovstagnning, exempelvis hjälpa till att ta fram materiel och välja om de vill ligga eller sitta (Duff 2003). De kan även hjälpa till att applicera bedövning (Hughes 2012).

Är barnet rädd kan det vara bra att besöka sjukhuset vid upprepade tillfällen inför PVK-sättningen/blodprovstagningen. Om barnet upplever en stor ångest får tvång inte användas för att utföra PVK-sättningen/blodprovstagningen eftersom det är viktigt att barnet behåller förtroendet för vårdpersonalen (Duff 2003). Detta överensstämmer med föreliggande studies resultat då deltagarna uppgav att det finns barn som är så rädda att ett förberedelsefall inte är tillräckligt utan barnet och föräldern måste komma tillbaka till barnkliniken flera gånger. Sjuksköterskor som arbetar med barn arbetar hårt för att utveckla en förtroendefull relation. Dock kan hinder uppstå för att en tillitsfull relation ska kunna utvecklas då sjuksköterskan ofta medverkar i procedurer som är otäcka och smärtsamma för barnet. Ibland kan även föräldrarna vara ett hinder för att barnet och sjuksköterskan ska kunna bygga upp en tillitsfull relation (Bricher 1999). En av deltagarna gav ett exempel på hur en rädd och orolig förälder kan bete sig på ett klumpigt sätt och till exempel säga att sjuksköterskan är dum och elak. Det kan förstöra barnets förtroende för sjuksköterskan. Deltagarna betonar dock att föräldrarnas medverkan oftast är till en fördel och underlättar förberedelsen och PVK-sättningen/blodprovstagningen. Att föräldrarnas medverkan oftast är till en fördel bekräftas av Kyritisi *et al* (2004) som beskriver att de allra flesta föräldrar vill vara med sina barn vid smärtsamma procedurer som exempelvis blodprovstagning. Då föräldern är närvarande leder det att samarbetat mellan barnet och vårdpersonalen går lättare.

Sjuksköterskan bör vara observant på att barn från olika kulturer kan vara rädda för olika saker. Exempelvis uppger barn från USA andra vårdrelaterade rädslor än barn från Nepal. Bland de amerikanska barnen kom ”vara borta från familjen” på andra plats och ”missa skolan” på åttonde plats. För barnen från Nepal kom istället ”missa skolan” på andra plats och ”vara borta från familjen” istället på åttonde plats. Barnen från båda länderna uppgav att de var mest rädda för att få en spruta (Mahat *et al.* 2004). Det är således viktigt för sjuksköterskan i förberedelsen av barn att veta att barnen inte endast är rädda för det medicinska utan kan känna ångest inför fler saker och att barn från olika kulturer kan vara rädda för olika saker.

Deltagarna uppgav i intervjuerna att det råder bristande kunskap inom hela världen om olika kulturer och att det ibland kan vara svårt att förbereda barn från olika kulturer. Om deltagarna hade ett öppet och tillmötesgående förhållningsätt och attityd gick oftast förberedelsen bra trots bristande kunskap om barnets och familjens kultur. De beskrev också att det var viktigt att ta reda på bakgrundsinformation först för att få veta vad barnet varit med om och om

barnet har några särskilda rädslor. En studie gjord i en större stad i Sverige med 270 deltagande sjuksköterskor på barn hälsovården visade att 84 % av sjuksköterskorna upplevde svårigheter i vårdmötet med barn och föräldrar med utländsk bakgrund. Många av dessa sjuksköterskor upplevde att deras kunskap om andra kulturer var otillräcklig, liksom deltagarna i föreliggande studie (Berlin, Johansson & Törnkvist 2006). Författarna menar att utbildning borde införas i att bemöta barn/människor från andra kulturer. Detta för att höja såväl vårdkvalitén som upplevelsen för sjuksköterskan, barnet och hans/hennes familj. Detta belyser Berlin, Johansson och Törnkvist (2006).

En av de största svårigheterna vid förberedelser av barn från andra kulturer som deltagarna upplevde var de språkförbistringar som kunde uppstå. Att språkförbistringar är en svår del av att möta barn från andra kulturer bekräftas i flera studier (Festini *et al.* 2009, Nehring 2007). Sjuksköterskorna uppgav att en fungerande kommunikation är en förutsättning för att förberedelsen ska kunna bli så bra som möjligt och för att undvika missförstånd. För en fungerande kommunikation krävs att sjuksköterskan identifierar modersmålet och skaffar en tolk om det behövs, detta för att vårdgivaren, barnet och hans/hennes familj ska kunna förstå varandra (Nehring 2007). De flesta sjuksköterskorna uppgav att de oftast använde tolk om barnet eller föräldern har svårt att förstå eller göra sig förstådd på det svenska språket.

Litteraturen beskriver kulturkrocken som ytterligare en utmaning vid mötet med barn och föräldrar från annan kulturell bakgrund. Till exempel har olika kulturer olika syn och föreställning om hur barn ska uppfostras och hur sjukdom ska handskas med (Lundberg & Lagercrantz 2006). En sjuksköterska beskrev under intervjun att hon upplever att föräldrar med annan kulturell bakgrund ibland kan sätta högre krav på sina barn och vara mer benägna att försöka skynda på processen och tycker ibland att förberedelsen är onödiga. Sjuksköterskorna upplevde också att föräldrar med annan kulturell bakgrund är mer vana med hårdare tag i sin kultur.

### 4.3 Metoddiskussion

En deskriptiv design med kvalitativ ansats användes i studien vilket är fördelaktigt då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans egna upplevelser (Polit & Beck 2008). Under föreliggande studies gång har syftet ändrats från att ursprungligen handlat om förberedelser inför behandlingar och omvårdnadsåtgärder till att endast beröra förberedelser inför PVK-

sättning och blodprovstagnning. Detta på grund av att det var dessa moment som berördes under intervjuerna. Likaså ändrades barnens ålder från att ha varit 4-12 år till att istället innefatta åldrarna 0-17 år, vilket är det åldersspann på barnen som barnkliniken tar emot. Denna förändring skedde då det visade sig att sjuksköterskorna anpassar förberedelsen beroende av fler saker än barnets ålder. Deltagarnas ålder togs inte i beaktning då författarna ansåg det som irrelevant. Istället ställdes frågor om hur länge deltagarna varit verksamma som sjuksköterskor samt om de hade erfarenhet av att möta barn innan de började arbeta som sjuksköterskor då författarna ansåg dessa frågor som mer relevanta för studien.

Credibility, trovärdighet, innebär hur trovärdigt resultatet är och i vilken grad forskningsprocessen kan ha påverkat resultatet. För att öka denna studies trovärdighet utfördes en pilotintervju. Detta för att se till att intervjuguiden var skapad så att författarna kunde få svar som svarade på syftet, samt att frågorna skulle vara formulerade så att de inte kunde feltolkas av deltagarna. Intervjuguiden ändrades sedan något, en fråga togs bort och två frågor lades till. Författarna valde att inkludera pilotintervjun i studien och pilotintervjun kompletterades med de nytillkomna frågorna. För att kunna svara på syftet ur olika synvinklar önskade författarna att deltagarna skulle ha varierad arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterska eller barnsjuksköterska samt att ungefär hälften av deltagarna skulle arbeta på mottagningen respektive avdelningen. Att svara på syftet utifrån olika synvinklar ger, enligt Graneheim och Lundman (2004) en ökad trovärdighet. Detta möjliggjordes då kvalitetssamordnaren hade information om hur lång yrkeslivserfarenhet deltagarna besatt samt vart deltagarna arbetade.

Författarna lämnade ett informationsbrev till kvalitetssamordnaren och bad om att brevet skulle vidarebefordras till deltagande sjuksköterskor. Detta för att samtliga deltagare skulle få samma information om studien och sina rättigheter under studiens gång. I och med att kvalitetssamordnaren valde ut deltagarna hade författarna ingen kontroll över om deltagarna fick information om studien och om informationen var lika till samtliga deltagande. Detta skulle kunna sänka studiens trovärdighet, författarna anser dock att detta inte kom att påverka studiens slutgiltiga resultat då författarna gav deltagarna muntlig information före intervjuerna. Under analysprocessen transkriberade, kondenserade och kodade författarna var för sig för att sedan gemensamt bilda kategorier och subkategorier. Författarna granskade även varandras analysarbete. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar det studiens trovärdighet om insamlat data granskas ur två olika synvinklar. Handledaren har även

granskat vissa delar av analysmaterialet. Under analysprocessen har författarna använt Graneheim och Lundmans (2004) studie som en riktlinje.

Dependability, pålitlighet, syftar till om författarnas sätt att genomföra intervjuerna kan ha påverkat resultatet. Författarna har noggrant genomfört intervjuerna med samma struktur. Exempelvis har båda författarna deltagit vid samtliga intervjuer och sett till att alla frågorna ställts till samtliga deltagare. Samtliga deltagare, bortsett från pilotintervjun, gavs möjlighet att titta på intervjuguiden innan intervjun. Detta höjer studiens pålitlighet (Polit & Beck 2008). Under varje fråga i intervjuguiden stod stödord som författarna kunde använda som exempel om deltagaren inte förstod frågan. Det kan hända att deltagarnas svar har speglats av stödorden eftersom deltagarna fick chans att ta del av intervjuguiden innan intervjutillfället. Deltagarna fick själva välja tid och plats för intervjun då författarna hade som avsikt att få deltagarna att känna sig bekväma. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 10-45 minuter, vilket kan ses som en stor variation. Författarna anser dock att även de kortare intervjuerna innehöll fylligt och användbart material. Intervjuerna spelades in med diktafon för att fånga deltagarnas egna ord och minska utrymmet för egna tolkningar. Diktafonen fungerade felfritt och ljudfilerna var av god kvalitet vilket ökar studiens pålitlighet (Polit och Beck 2008).

Confirmability, objektivitet, innebär att författarna ska reflektera över huruvida de har varit objektiva och neutrala mot insamlat material. Författarna bör inte färga resultatet med sina egna uppfattningar (Polit & Beck 2008). Studiens objektivitet förstärktes då samtlig data som svarade på syftet togs med i resultatet, även sådant som gick emot författarnas egna åsikter. I resultatet använde författarna sig av citat för att spegla deltagarnas egna ord och stärka studiens objektivitet. Studiens objektivitet ökar även då den innehåller tabeller som visar hur analysarbetet gått till.

Transferability, överförbarhet, syftar till huruvida författarnas resultat kan generaliseras och tillämpas på andra grupper, arbetsplatser eller situationer. Studiens överförbarhet, avgörs av läsaren och syftar till i vilken utsträckning läsaren tycker att studiens resultat kan appliceras och generaliseras till andra grupper, arbetsplatsers eller situationer. För att läsaren ska kunna avgöra överförbarheten krävs att författarna noga beskrivit vilken undersökningsgruppen var, hur undersökningsgruppen valdes ut, tillvägagångsätt under studiens gång samt analysprocessen (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2008).

#### *4.4 Allmän diskussion*

I föreliggande studies resultat framkom att alla deltagarna var överens om att ett barn som blivit väl förberett innebär en vinst för både barnet och sjuksköterskan. Det innebär en stor vinst för barnet om han/hon vågar genomgå PVK-sättningen/blodprovstagningen, det innebär en vinst för sjuksköterskan i och med att genomförandet går smidigare samt att förberedelser motverkar att barnet skapar en sjukhusrädsla i framtiden.

Barn ska i största möjliga mån vårdas på en barnklinik för att få vårdas med andra barn och av kvalificerad personal. Vissa tillstånd kräver dock att barnet behöver vårdas på eller besöka andra avdelningar och vårdinrättningar på sjukhuset och därför ligger kunskap om att förbereda barn i allmänsjuksköterskans intresse. Författarnas uppfattning är att sjukvården även glömmer bort att det finns många vuxna som känner rädsla inför att få en PVK eller ta blodprov. Därför är det i allmänsjuksköterskans intresse att tillämpa adekvata förberedelser även på vuxna. Exempelvis har författarna under den verksamhetsförlagda utbildning vid upprepade tillfällen mött vuxna patienter som trots att en nål sitter kvar i armen efter PVK-sättningen.

Med denna studie önskar författarna väcka intresset för andra instanser som ibland kommer i kontakt med barn, så som exempelvis operationsklinik eller hälsocentral. Författarna anser också att föräldrar har användning av studien för att veta vilka rättigheter de och deras barn har i kontakt med vården och kunna ställa krav på att deras barn får en adekvat förberedelse inför moment som kan upplevas främmande och obehaglig för barnet. Mycket forskning finns på huruvida sjuksköterskor upplever positiva effekter av förberedelser av barnet. Dock finns behov av fler studier som syftar till att undersöka hur barnen upplever effekterna av förberedelserna.

#### *4.5 Slutsats*

Trots de svårigheter som kan uppkomma upplevs förberedelsen som någonting positivt. Det gäller att sjuksköterskan är flexibel då varje barn och förberedelsetillfälle är unikt. Om sjuksköterskan lyckas vinna barnets förtroende kommer förberedelsen gå bra och bli en positiv upplevelse för såväl barnet som sjuksköterskan.

## 5. Referenser

Berlin A., Johansson S. & Törnkvist L. (2006) Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin - Primary Child Health Nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20(2), 160-168.

Bischofberger E. (red.) (2004) *Barnet i vården*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

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

Coyne I. (2006) Consultation with children in hospital: children parents' and nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing* 15(1), 61-71.

Duff AJA. (2003) Incorporating psychological approaches into routine paediatric venepuncture. *Archives of Disease in Childhood* 88(10), 931-937.

Edwinson Månsson M. & Dykes A.K. (2004) Practices for preparing children for clinical examination and procedures in Swedish pediatric wards *Pediatric nursing* 30(3), 182-187.

Festini F., Focardi S., Bisogni S., Mannini C. & Neri S. (2009) Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship* 41(2), 220-227.

Fincher W., Shaw J. & Ramelet A.S. (2012) The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* 21(7/8), 946-955.

Gilboy S. & Hollywood E. (2009) Helping to alleviate pain for children having venepuncture. *Paediatric Nursing* 21(8), 14-19.

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.

Hallström I & Lindberg T. (red.) (2009) *Pediatrisk omvårdnad*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

Hammarberg T. (2006) *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. Ny, rev. uppl. Stockholm: Utrikesdepartementet.

Hughes T. (2012) Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children & Young People* 24(5), 23-28.

Hwang P. & Nilsson B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. 3., rev. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982. Hämtad 2013-03-04 från:

[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Ives M. & Melrose S. (2010) Immunizing children who fear and resist needles: is it a problem for nurses? *Nursing Forum* 45(1), 29-39.

Justus R., Wyles D., Wilson J., Rode D., Walther V. & Lim-Sulit N. (2006) Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective *Pediatric Nursing* 32(1), 35-43.

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

Kristoffersen Jahren N., Nortvedt F. & Skaug A.E (red.) (2006) *Grundläggande omvårdnad* 4. Stockholm: Liber.

Kyritsi H., Matziou V., Perdikaris P., Zyga S., Kletsou H. & Evagelou H. (2004) Painful pediatric procedures: do parents want to be presents? *ICUs & Nursing Web Journal* 18, 9.



Lindberg T. & Lagercrantz H. (red.) (2006) *Barnmedicin*. 3. [rev. och uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lloyd M., Law GU., Heard A. & Kroese B. (2008) When a child says "No". Experience of nurses working with children having invasive procedures. *Pediatric Nursing* 20(4), 29-34.

Mahat G., Scoloveno M.A. & Cannella B. (2004) Comparison of children's fears of medical experiences across two cultures. *Journal of Pediatric Healthcare* 18(6), 302-307.

Melhuish S. & Payne H. (2006) Nurses' attitudes to pain management during routine venepuncture in young children. *Paediatric Nursing* 18(2), 20-23.

Nehring W.M. (2007) Cultural considerations for children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Pediatric Nursing* 22(2), 93-102.

Nobab, *Nordisk Standard för Barn och Ungdomar inom Hälso- och Sjukvård*. Hämtad 2012-11-26 från: <http://www.nobab.se/standard/barn-och-ungdomar.php>

Orlando I.J. (1990) *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York: National League for Nursing.

Pinto JP. & Barbosa VL. (2007) Maternal-infant bonding and the mother's participation during venipuncture: a psychoanalytic perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(1), 150-155.

Polit D. & Beck C.T. (2008) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Salmela M., Salanterä S. & Aronen E.T. (2010) Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1222-1231.

Salmela M., Aronen E.T. & Salanterä S. (2011) The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child Care, Health & Development* 37(5), 719-726.

Vetenskapsrådet, CODEX. Hämtad 2013-03-04 från:<http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Vårdhandboken, Perifer venkateter inläggning och avlägsnande. (2011) Hämtad 2013-03-08 från: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Perifer-venkateter/Inlaggning-och-avlagsnande/>

Vårdhandboken, Perifer venkateter översikt. (2011) Hämtad 2013-03-08 från: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Perifer-venkateter/Oversikt/>

Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. (2002) Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen* 99(11), 1214-1216.