



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

**Den stora utmaningen:
anestesisjuksköterskors erfarenheter av barninduktion**

Eva Hellman

Mirjam Sirviö

Marlene Wikberg

Specialistutbildning anestesisjukvård, 60 hp

Omvårdnad AV, vetenskapligt arbete 15 hp

Vårterminen 2011

Abstrakt

Bakgrund: Anestesisjuksköterskor i Sverige har en unik roll i och med att de har ett eget yrkesansvar som ger behörighet att utföra anestesiarbetet självständigt. Det finns många utmaningar som en anestesisjuksköterska ställs inför vid sövning av barn, både ur fysiologisk och psykologisk synvinkel. Få studier finns gjorda kring anestesisjuksköterskors erfarenheter av barninduktion.

Syfte: Studiens syfte var att belysa anestesisjuksköterskors erfarenheter vid barninduktion.

Metod: Studien genomfördes på ett sjukhus i mellersta Sverige under våren 2011. En kvalitativ intervjumetod användes med innehållsanalys av materialet. Sammanlagt intervjuades 14 anestesisjuksköterskor med varierande yrkeserfarenhet.

Resultat: Alla studiedeltagare ansåg att det är en utmaning att söva barn. Med ökad erfarenhet upplevde anestesisjuksköterskorna att de blev tryggare i sin yrkesroll och att de lättare kunde hantera de små marginaler som barns fysiologi innebär. De betonade vikten av en god kommunikation med barnet och dess familj. Ibland uppkom situationer som ställde anestesisjuksköterskan inför etiska dilemman.

Diskussion: I studien framkom hur anestesisjuksköterskor utvecklas från att vara noviser till att bli experter på sitt område. En tydlig känsla av yrkes stolthet kunde utläsas av intervjuerna. Anestesisjuksköterskorna befann sig på ett kontinuum mellan att vara uppgifts- eller relationsfokuserad.

Nyckelord: Anestesisjuksköterskor, barninduktion, erfarenheter, omvårdnad, samspel

Abstract

Background: Nurse Anesthetists in Sweden have a unique role due to the responsibilities required of the profession and due to the fact that NA's often work alone. There are many challenges a nurse anesthetist meets when performing a child induction, both from a physiological and a psychological aspect. There are only a few studies conducted concerning nurse anesthetists' experiences of child induction.

Aim: The aim of this study was to describe nurse anesthetists' experiences of child induction.

Method: The study was conducted in a hospital in Norrland in the spring of 2011. A qualitative interview method was used with a content analysis of the material. A total of 14 NA's were interviewed, with a varied amount of years in the profession.

Result: All interviewees thought that it was a challenge to perform a child induction. With increasing experience, the NA's became more comfortable in their professional role and could cope with the small margins that a child's physiology brings. They all emphasized the importance of a good communication with the child and its family. NA's sometimes found themselves in situations wherein ethical dilemmas arose.

Discussion: The study showed that NA's evolved from being a novice to becoming an expert in their field. A clear sense of pride of the profession could be read between the lines during the interviews. The NA's could be found in a continuum between being relationship-oriented and being task-oriented.

Key words: Child induction, experience, interaction, Nurse anesthetist, Nursing

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Induktion och generell anestesi	1
Barninduktionens olika utmaningar.....	2
Omvårdnad	4
Problemformulering	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Kvalitativ intervjustudie	5
Urval och deltagare.....	5
Genomförande	5
Datainsamling	6
Bearbetning och analys av material.....	6
Etiska överväganden.....	7
Resultat	8
Skapa en förtroendefull relation	8
Att utvecklas i sin yrkesroll	10
Uppleva etiska dilemman	11
Händelser på salen.....	12
Betydelsen av premedicinering	13
Diskussion	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	15
Att övervinna osäkerheten: erfarenhet ger trygghet	15
Relations- eller uppgiftsfokuserat arbetssätt.....	16
Slutsats.....	18
Referenslista	19
Bilaga 1	21
Bilaga 2.....	22
Bilaga 3.....	23
Bilaga 4.....	24
Bilaga 5.....	25

Introduktion

I Sverige och övriga Norden har anestesijusköterskor en unik roll i och med att de har ett eget yrkesansvar som ger behörighet att utföra anestesiarbetet självständigt. I arbetet ingår att utföra lokal och/eller generell anestesi, analgesi och sedering samt övervakning av vitala funktioner hos patienter i alla åldrar med olika sjukdomsdiagnoser. Yrket innebär användande av avancerad teknik, potenta läkemedel och kravet på säkerhet och utbildning är högt. Det dagliga arbetet är oförutsägbart, komplext och växlande. Anestesijusköterskan måste handla rationellt och göra snabba omprioriteringar när situationen kräver det. Goda kunskaper om cirkulation och respiration är en nödvändighet (Lindwall & von Post, 2008, s. 19; Hovind, 2005, s. 15-17).

Det finns många utmaningar som anestesijusköterskan ställs inför i sitt möte med barn som ska opereras och deras föräldrar. Inläggning, operation och undersökningar kan ofta vara sammanknippade med smärta, oro och rädsla. Dessa situationer upplevs ofta som stressiga både för barn, föräldrar och sjukvårdspersonal. Ofta handlar det om korta möten vilket ger en begränsad möjlighet att förbereda och informera barnet och dess föräldrar inför kommande ingrepp. Sjuksköterskan måste därför förfina sina metoder för att skapa en god kontakt under den korta tid som ges. I detta korta möte har sköterskan möjlighet att hjälpa familjen att hitta verktyg för att bemästra den ovanliga och skrämmande situationen (Craft-Rosenberg & Denhy, 2001).

Bakgrund

Induktion och generell anestesi

Narkos innebär att patienten försätts i ett medvetslöst tillstånd, så kallad generell anestesi. Induktion innefattar inledningen av anestesin fram till dess att patienten har somnat. Vid induktionen är det oftast två anestesijusköterskor som tillsammans utför detta. Den ena ansvarar för luftvägen och den andra handhar läkemedlen. Proceduren inleds oftast med intravenösa smärtstillande och eventuellt lugnande läkemedel. Detta brukar resultera i att patienten blir trött. Därefter sövs patienten ner med sömnmedel eller anestesigas. När patienten somnat är det vanligt med andningsuppehåll och luftvägen måste därför säkras och manuell ventilation kan bli nödvändigt. Vid säkring av luftvägen kan olika hjälpmedel användas; mask, endotrakealtub eller larynxmask. Om patientens egen andning inte är tillfredsställande eller om operationen så kräver, kan patienten ventileras med hjälp av en narkosapparat. Sönnen upprätthålls sedan med hjälp av intravenösa läkemedel eller anestesigaser (Hovind 2005, s. 51-52).

Barninduktionens olika utmaningar

Barn är inte små vuxna. De växer och utvecklas och fysiologin varierar beroende på barnets ålder. Barn har högre metabolism, högre syrgaskrav, mindre lungvolymreserver och mindre muskelmassa. Anatomien i halsen ser annorlunda ut jämfört med en vuxen och barnets svalgreflexer är mer känsliga för stimuli. Vid sövning av barn finns små marginaler och deras tillstånd kan snabbt försämrats. Detta kräver att anestesisyjuksköterskan har goda kunskaper om andning, cirkulation, anatomi och farmakokinetik och är väl förberedd på komplikationer som kan inträffa. (Clarke, 2010 ; Wicker & O'Neill, 2006).

Att hjälpa barn bemästra stressen av att genomgå en operation är en av de viktigaste uppgifterna som en sjuksköterska i den perioperativa vården har. Barnets förmåga att anpassa sig till en situation beror på flera faktorer:

Ålder och utvecklingsnivå. Små barn och förskolebarn har ofta separationsångest inför att skiljas från sin förälder och är samtidigt rädda för främlingar. Barn kan känna rädsla för den främmande miljön som en operationssal innebär. Tonåringar genomgår många snabba kroppsliga förändringar och är besvärade över att känna sig utlämnade och blottade. Det är viktigt för anestesisyjuksköterskor att anpassa sig till barnet de möter för att på bästa sätt minska deras oro och rädsla. (Craft-Rosenberg & Denhy, 2001, s. 315-317; Yip, Middleton, Cyna & Carlyne, 2009; Tveiten, 2000, s. 30-31).

Barnets språkutveckling och tidsuppfattning har stor betydelse för hur de uppfattar information och anpassar sig till situationen. Det är bra att kombinera muntlig information med visuell information, till exempel att rita, visa på en docka och visa utrustning. Beroende på barnets ålder måste sjuksköterskan anpassa sitt språk och agerande. Små barn förstår ord bokstavligt och först i sjuårsåldern börjar barnet förstå sammanhang och tänka abstrakt. Till exempel ordet narkosmask kan betyda något annat för de små barnen, maskar finns ju i jorden. Barnets uppfattning om tid är konkret, till exempel "ett ögonblick" tolkas som den tid det tar att blinka. Sjuksköterskan måste beskriva tid på ett mer konkret sätt så att barnet lättare kan förstå (Tveiten, 2000, s. 19-28; Halldin & Lindahl, 2005, s. 457).

Negativa upplevelser. Negativa erfarenheter från tidigare anestesi kan påverka framtida möten med sjukvårdspersonal. Dessutom kan barns rädsla inför en sövning och operation kan leda till postoperativa beteendeförändringar och tecken på stor oro. För vissa barn kan dessa förändringar kvarstå upp till två veckor. Dessa barn kan drabbas av oro, ät- och sömnsvårigheter, samt kan visa tecken på separationsångest, regression och agitation. Barn som ges premedicinering mot sin

vilja visar ofta tecken på motvilja vid fortsatt induktion. (Fortier, Del Rosario, Martin & Kain, 2010; Proczkowska-Björklund, Gustafsson & Svedin, 2010).

Samspelet mellan personal, föräldrar och barn. Narkospersonalens beteende är direkt relaterat till hur tryggt barnet känner sig vid insomnandet. Barnet påverkas även av samspelet mellan narkospersonal och föräldrar i hög grad. (Iacobucci, Federico, Pintus & De Francisci, 2005). Barn har liten förmåga att använda egna copingstrategier och det är viktigt att anestesipersonalen stärker barnets copingförmåga. Att berätta skämt eller leka med utrustning kan förbättra barnets sinnesstämning. Avledning gör att barnet distraheras och inte behöver tänka på oroande moment, som till exempel venpunktion. Större barn distraheras genom samtal om roliga ämnen. Utrustningen kan nyttjas som rekvisita till en lek, till exempel masken beskrivs som astronautens rymdmask. Beröm, tröst och uppmuntran är en annan effektiv metod för att skapa trygghet, tillit och självförtroende hos barnet. Överdriven tröst kan dock resultera i att barnet blir mer stressat och mer fokuserat på sin rädsla. (Chorney, Torrey, Blount, MacLaren, Chen & Kain, 2009).

Föräldrars närvaro. Det finns skilda meningar om föräldrarnas närvaro perioperativt. Barnets rädslor kan minska om de har med sig en förälder som inger trygghet och kan trösta och förklara. Om föräldrar är välinformerade och insatta i proceduren kan det underlätta vid induktionen. Dock kan föräldrarnas egen oro och rädsla bidra till att barnets oro ökar. Små barn som inte har sina föräldrar med sig i den perioperativa processen visar ofta tecken på ångslan och oro en tid efteråt. Ur föräldrarnas synvinkel är det positivt att få vara med vid induktionen, fastän de upplever en stor stress att behöva lämna barnet när det somnat. Föräldrar gagnas av utförlig information och en god interaktion med anestesipersonalen vilket minskar deras egen oro. Föräldrarna upplever ofta att de är till hjälp både för barnet och personalen. (Romino Keatley, Secrest & Good, 2005; Iacobucci, et al., 2005; Lardner, Dick & Crawford, 2009)

Miljö. Med ordet miljö menas både den objektiva och subjektiva miljön. Det är viktigt att miljön på operationssalen är så behaglig som möjligt. Höga röster, starka ljud och skrämmande föremål i barnets närhet bör undvikas. Förberedelser bör vara klara så att barnet kan få personalens fulla uppmärksamhet. Vid induktionen bör man tilltala barnet på ett lugnt och avstressande sätt, det kan också kännas tryggt att hålla någon i handen. Vissa patienter vill ha tystnad, andra vill bli distraherade med lite småprat; patienten själv måste få bestämma. Temperaturen bör vara behaglig så att barnet inte fryser (Iacobucci et al., 2005; Halldin & Lindahl, 2005, s. 204).

Omvårdnad

Anestesisköterskans omvårdnad ska baseras på den enskilda patientens behov och resurser. En anesthesi är en utlämnande upplevelse för patienten; kroppen blottas och patientens vitala funktioner läggs i någon annans händer. Vården ska ske i samråd med patienten.

Anestesisjuksköterskan ska under detta korta möte skapa tillit, lindra oro och hjälpa patienten att känna sig trygg i förvisningen om att de ska få en god och säker anesthesiologisk omvårdnad. En anestesisjuksköterska ska värna om patientens integritet, vara uppmärksam mot den enskilda individens behov, bevara patientens autonomi och ge adekvat information. Anestesisköterskans yrkesutövning ska bygga på en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt.

(Kompetensbeskrivningen anesthesi, 2008; Hovind, 2005, s. 46; Halldin & Lindahl, 2005, s. 196-198; Wicker & O'Neill, 2007, s. 130-131).

Watsons holistiska omvårdnadsteori bygger på humanistiska värderingar kombinerat med vetenskapliga kunskaper och metoder. Målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten att uppnå harmoni och högre grad av hälsa, patienten står i centrum men även familjen har betydelse. Omvårdnadsprocessen berör både individen och de närstående. Sjuksköterskan måste visa kunskaper, engagemang och mänskliga värderingar; det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd, kan tyda kroppshållning och olika ansiktsuttryck för att kunna läsa av en annan människas känslouttryck. (Watson, 1993, s. 26-28, 40).

Helhetsperspektivet är en central del i omvårdnaden av barn. Barn, föräldrar och eventuella syskon utgör en enhet. Detta innebär att familjemedlemmarna påverkar varandra ömsesidigt och hänsyn måste tas till alla inom familjen (Tveiten, 2000, s. 32,37). McCormack & McCance (2006) beskriver i sin studie hur sjuksköterskan kan använda sig av ett personcentrerat förhållningssätt. De beskriver hur omvårdnadsprocessen består av ett brett spektrum av olika element. Sjuksköterskan bör arbeta med att patientens värderingar, fysiska behov och delaktighet i beslutsfattandet får ha en central roll. Dock har miljön en stor inverkan, den kan antingen begränsa eller underlätta denna process. I en miljö där akutsjukvård bedrivs behövs en stöttande organisation för att sjuksköterskan ska kunna arbeta på ett personcentrerat sätt.

Problemformulering

Anestesisjuksköterskan har ett yrkesansvar som kräver medicinskt kunnande, teknisk skicklighet och samspel med patienten, anhöriga och kollegor. Arbetet sker i en stressig miljö och det finns sällan tid för reflektion. Det är viktigt att få diskutera och reflektera kring sina upplevelser, dels för att själv utvecklas i sitt yrke men också för att kunna dra lärdom av varandras erfarenheter. På

detta sätt kan professionen utvecklas och vården förbättras. Detta gör att det känns relevant att belysa anestesijuksköterskans erfarenheter vid barninduktion. Då endast lite forskning finns kring det valda ämnet kan denna studie ge en insikt och större förståelse för anestesijuksköterskans upplevelser kring deras komplexa arbete.

Syfte

Syftet med denna studie är att belysa anestesijuksköterskans erfarenheter vid barninduktion.

Metod

Kvalitativ intervjustudie

För att belysa anestesijuksköterskans erfarenheter vid en barninduktion har en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valts. Det kvalitativa synsättet riktar in sig på individen och hur den upplever och tolkar sin omgivande verklighet i relation till sina tidigare erfarenheter och kunskaper. Varje individs perspektiv anses värdefullt och bidrar till ökad kunskap inom området. Detta kan vara svårt att få fram via en kvantitativ metod. (Backman, 1998, s. 48; Cannon & Boswell, 2007, s. 174-176)

En halvstrukturerad intervju med öppna frågor är en bra metod att använda om man är flera som intervjuar och där det är en studie med flertal deltagare. Detta ger möjlighet att jämföra data och genom det dra slutsatser från den givna kontexten (Grbich, 1999, s. 94).

Urval och deltagare

Efter godkännande av verksamhetschef samt avdelningschef valde författarna att intervjua 14 anestesijuksköterskor på ett sjukhus i mellersta Sverige. Inklusionskriteriet var att de skulle ha erfarenhet av att söva barn. Deltagarna i studien hade arbetat i allt mellan ett halvår till 38 år, varav tre hade varit verksamma mindre än tre år. Sex deltagare hade arbetat mer än femton år. Deltagarna bestod av tre män och elva kvinnor.

Genomförande

Verksamhetschef och enhetschef på berörd operationsavdelning tillfrågades om samtycke till genomförande av studien, både muntligt och skriftligt (se bilaga 1 och 2). Enhetschefen kontaktades via telefon för att komma överens om lämplig tid och plats. Vid första besöket delades informationsbrev ut så att deltagarna fick möjlighet att läsa igenom studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst (se bilaga 3). Där framgick att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Även muntlig information kring detta

gavs strax inför varje intervju. Intervjuerna gjordes i två omgångar, vid första besöket intervjuades nio stycken och vid andra besöket fem. Deltagarnas medverkan skedde slumpvis i och med att de deltog i den mån de kunde bli avlösta från sitt arbete.

Datainsamling

Utifrån studiens syfte konstruerades en frågeguide med fyra huvudfrågor (se bilaga 4). Den inledande frågan berörde studiedeltagarnas upplevelser av en god barninduktion. Följdfrågorna inriktade sig på föräldrarnas närvaro, utmaningar vid barninduktion samt samarbetet med övrig personal. Vid behov ställdes klagörande frågor för att få förtydliganden. Intervjuerna genomfördes av studiens tre författare. Samtliga intervjuer genomfördes på arbetsplatsen i en avskild lokal. Genomsnittstiden för intervjuerna var cirka 15 minuter. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades.

Bearbetning och analys av material

Varje intervju renskrevs ordagrant av författaren som lett intervjun. En helhetsbild skapades genom att materialet lästes igenom flera gånger i sin helhet, först enskilt, och därefter gemensamt av de tre författare. Återkommande fraser noterades i marginalen på varje intervju. Därefter grupperades de fraser som hade gemensamt innehåll till olika enheter och det bildades preliminära kategorier. Enligt Polit & Beck (2008, s. 511) finns olika sätt att organisera data, till exempel genom färgkodning. Författarna valde att använda sig av olika siffror i textmaterialet, för att markera ut olika kategorier. Alla meningsenheter med samma sifferkod samlades ihop och dessa diskuterades med avseende på likheter och olikheter. Meningsenheterna kondenserades, därefter utformades koder med hänsynstagande till meningsenhetens innehåll och till sist bildades lämpliga subkategorier. Med hjälp av innehållsanalys inspirerad av Granskär & Höglund Nielsen (2008, s.162-165), analyserades materialet och meningsbärande enheter som relaterade till studiens syfte lyftes fram. En tolkning av det beskrivande innehållet gjordes därefter gemensamt. För en översikt av subkategorier och kategorier se tabell 1.

Författarna diskuterade tillsammans igenom svårtolkade delar av texten för att förvissa sig om att innehållet tolkades och kodades korrekt och för att uppnå konsensus. Under arbetet har en känsla av det underliggande budskapet växt fram hos författarna och teman har formulerats som redovisas i resultatdiskussionen.

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, kondensering, koder, subkategorier och kategorier från innehållsanalysen.

Meningsenhet	kondensering	kod	subkategori	kategori
"...att jag har ett lugnt och tryggt barn och en lugn och trygg förälder. Att dom känner att dom har ett förtroende och att dom känner att dom kan lämna över barnet till mig..."	Ett lugnt och tryggt barn och en lugn och trygg förälder	Skapa förtroende	Samspel med familjen	Skapa förtroendefull relation
"...det kan vara otroligt svårt ibland. Då avleder jag dom på bästa möjliga sätt, då handlar det om att improvisera".	Avleder på bästa sätt, improviserar.	Fantasi	Samspel med barnet	
"Äh, jag är nog i den fasen tror jag i min karriär där...jag tar alla tips jag kan få...jag har nog inte bildat mig en egen strategi..."	Tar alla tips jag kan få. Ingen egen strategi	Vara mottaglig	Vara ny och oerfaren	Att utvecklas i sin yrkesroll
"Jag är mentalt stark när jag kommer och tycker att det här...det är ju inte nytt för mig. Dom här har ju rullat förbi så många gånger..genom erfarenhet har jag ju skaffat mig lite extra i bakfickan".	Mentalt stark, genom erfarenhet skaffat extra i bakfickan	Erfarenhet	Yrkesskicklighet	
"...ska vi bestämma oss för att nu håller vi fast [barnet] och nu sover vi..."	Bestämma oss för att hålla fast	Tvång	Handla mot barnets vilja	Uppleva etiska dilemman
"... är det ett oroligt barn klarar man ju inte det. Då blir det jobbigt med andra störande moment, så är det ju."	Oroligt barn klarar inte störande moment	Omgivningen	Behov av en lugn miljö	Händelser på salen
"...Det som är jättebra är när de är bra premedicerade så de är lugna och samarbetsvilliga när de kommer."	Bra premedicerade, lugna och samarbetsvilliga.	Läkemedel	Effekten av läkemedel	Betydelsen av premedicinering

Etiska överväganden

I alla studier som involverar människor ska etiska ställningstaganden göras. Det är viktigt att bevara studiedeltagarnas anonymitet genom bland annat att data behandlas konfidentiellt (Polit &

Beck, 2008, s. 167, 180). Studiedeltagarna informerades innan intervjuerna påbörjades om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta intervjun när de så ville. Materialet bearbetades så att inte deltagarnas identitet avslöjades, inte heller sjukhusets namn nämndes. Enbart författarna tog del av den transkriberade texten. Extraordinära citat som framkom i intervjuerna och som kunde röja konfidentialiteten valdes bort med hänsyn till studiedeltagarna.

Resultat

Efter innehållsanalys av de fjorton intervjuerna framkom 5 kategorier och 9 subkategorier som beskrev det manifesta innehållet i texten (se tabell 2).

Tabell 2. Översikt av kategorier och subkategorier

Subkategori	Kategori
Kommunikation Samspel med barnet Samspel med familjen	Skapa en förtroendefull relation
Vara ny och oerfaren Yrkesskicklighet	Att utvecklas i sin yrkesroll
Handla mot barnets vilja	Uppleva etiska dilemman
Behov av en lugn miljö Samarbetet på salen	Händelser på salen
Effekten av läkemedel	Betydelsen av premedicinering

Två huvudteman kunde urskönjas ur det latenta innehållet i intervjuerna. Från intervjuerna kunde det utläsas att osäkerhet var något alla studiedeltagare hade upplevt, främst i början av sin karriär. Större erfarenhet skapade en känsla av trygghet i yrket. Det framkom också att narkosköterskorna kunde vara antingen uppgifts – eller relationsfokuserade. De flesta befann sig mellan dessa två ytterligheter. En del narkosköterskor lyfte fram det fysiologiska främst, medans andra betonade vikten av att skapa en god relation till barnet.

Skapa en förtroendefull relation

Kommunikation. God kommunikation med både barn och föräldrar är en utav hörnstenarna vid barninduktion. Det är ett redskap för att dels skapa kontakt och dels förstå barnets och föräldrarnas behov av information och stöd. Kommunikation är komplext och innefattar både kroppsspråk, ögonkontakt och det verbala språket. Varje möte är unikt och det gäller att känna av varje individ.

"Viktigt är själva mötet och få en uppfattning, vad är det här för barn? Å hur kan vi hantera det här?...För det är ju olika barn och det är ju olika kontakter."

"Det här med ögonkontakt är jätteviktigt, att man pratar med dom (föräldrar), att man ser att dom förstår. För i bland kanske lyssnar dom men ändå liksom syns det att dom lyssnar inte riktigt ändå. Man måste riktigt liksom fånga deras uppmärksamhet."

Samspel med barnet. Det framkom under intervjuerna att narkossjuksköterskorna använder sig av olika tillvägagångssätt för att närma sig barnet. De nämner att de genom lek, fantasi och avledning kan skapa en kontakt till barnet. Många beskriver att detta kräver en fingertoppskänsla. Narkossköterskorna beskriver hur de anpassar sina tillvägagångssätt med hänsyn till barnets ålder och utveckling.

"Då avleder jag dom på bästa möjliga sätt, då handlar det om att improvisera. Man kan prata om att det är spännande...att dom kan rita på skärmen när de rör fingret...monitorer tycker ju barn är spännande."

Det finns en tillfredsställelse i att knyta en god kontakt med barnet och i att lyckas få dem att vända från att vara rädda och negativt inställda till att bli mer positivt inställda och vilja samarbeta.

"Jag tycker ju att det är jättekul när man har ett barn å man känner dom är lite tveksam, men precis på gränsen till att jag vill inte, men ändå så kan man prata med dom och få dom med sig då tycker jag att jag har gjort ett jättejobb...då får jag nästan en kick och jag känner att YES!"

"...så vi kunde lirka med honom så kunde vi ju ge läkemedel samtidigt det var faktiskt jätteroligt. Han vart helt vänd...han tyckte nog att det var riktigt roligt på slutet där."

Många nämner också just själva betydelsen av ett lugnt och harmoniskt insomnande för barnet. De poängterar att det har en inverkan på fortsatt vård på uppvakningsavdelningen.

"...för får du ett barn som börjar gråta så vaknar det gråtande. Hela förloppet blir ju dåligt."

Samspel med familjen. Under intervjuerna framkom att narkossjuksköterskorna tycker att hela familjen är viktig men att de i första hand fokuserar på barnet.

"...man inriktar sig ju mer på barnet. Det är klart at man vill få föräldrarna med sig också men man pratar ju mer med barnet och försöker få den att känna förtroende för en".

En av de viktigaste uppgifterna narkossjuksköterskan anser sig ha, då de söver barn, är att få både barn och föräldrar att känna sig trygga. Under induktionen är oftast en förälder närvarande. Detta

upplevs av samtliga narkosköterskor som en resurs förutsatt att föräldern är lugn. Föräldrars oro kan föras över till barnet eftersom barn är duktiga på att läsa av sina föräldrar. En lugn förälder har ofta ett lugnt barn.

"...att jag har ett lugnt och tryggt barn och en lugn och trygg förälder. Att dom känner att dom har ett förtroende och att dom känner att dom kan lämna över barnet till mig..."

"...det kan ge barnet en trygghet om också föräldern är trygg...för barnet tittar på föräldern och ser hur dom reagerar och då blir det likadant för dom. Så det är jätteviktigt att ta hand om mamman eller pappan likaväl som barnet."

Att utvecklas i sin yrkesroll

Vara ny och oerfaren. Alla intervjudeltagare betonade att man som nyfärdig narkosköterska upplever stor nervositet och en viss osäkerhet inför att söva barn.

"Ja det är skillnad när man är ny, absolut. Det är nog det pirrigaste man kan göra som ny syrra tror jag. Att söva barn. Så är det. Det är så mycket runt det, så kan man känna länge, att det kan vara lite påslag."

"...som ny är det ju väldigt...man slits ju verkligen mellan hopp och förtvivlan..."

När de mer erfarna narkosköterskorna blickar tillbaka och beskriver hur det var att söva barn som nyutbildad, framkommer det att de då inte förstod hela vidden av vad de ställdes inför.

"Då förstod man ju inte hur svåra situationer man kunde ställas inför. Utan då gick man liksom med förbundna ögon in i allt..."

"...ju längre du har jobbat ju mer varse blir du om vad som kan hända, så är det ju...och den erfarenheten hade man ju naturligtvis inte när man började."

Yrkesskicklighet. Barns fysiologi skiljer sig markant från de vuxnas. Barnets tillstånd kan förändras snabbt och kräver snabba åtgärder. Det krävs en stor skicklighet, kunskap och noggranna förberedelser för att kunna bemästra dessa situationer.

"...vi har ett helt annat tankesätt när det gäller barn och narkos cirkulatoriskt och respiratoriskt och det är ju en utmaning på ett helt annat sätt, anesthesiologiskt sett."

"...för barn har mycket mindre marginaler och det för att du måste vara mer förberedd... Det händer snabbt med barn."

Med erfarenhet har narkosköterskorna skaffat sig fler verktyg för att hantera svåra situationer. De försöker hela tiden ligga steget före. De menar att den kunskapen endast kan uppnås genom praktisk erfarenhet. För att skaffa sig den erfarenheten måste man våga ställas inför utmanande situationer.

"...när man studerar då ska man vara på salar där man förväntar sig att det ska bli komplikationer, så man får lära sig att ta hand om det. Går man rakt igenom bara, det händer ingenting utan tänker att det här är jättelätt...då skaffar man sig inte den erfarenheten."

"...om inte moment ett fungerar så kan jag ta fram nummer två och fungerar inte det så har jag ytterligare en reserv i nummer tre...det har man inte från skolan eller första eller andra året, utan det är kanske efter fem till tio år..."

Flera nämner att det är svårt att befinna sig i en akut situation där man är den enda med anestesikunskaper; det är en trygghet att vara två narkosköterskor vid sövningen. De menar att det underlättar att ha likvärdiga kunskaper, för då fås adekvat hjälp om någonting händer. Man ställer höga krav på sig själv och varandra.

"Men den är ju inte alls insatt...då måste du vägleda i precis allting och är jag i en krissituation så har jag inte tid med det, det finns liksom inte rum för det."

"...har man kategorier där man har osäkerhet i olika positioner, då blir det lite rörigt. Händer det någonting inne på salen så förväntar man sig ju att medarbetarna ska klara dom uppgifter man ställer dom inför...kan man inte det då ställer man ju mig och framför allt patienten i en jättesvår situation."

Uppleva etiska dilemman

Handla mot barnets vilja. Att söva barn kan ibland innebära att man ställs inför svåra etiska dilemman. Många narkosköterskor har befunnit sig i situationer där de tvingats gå emot barnets vilja. Dessa upplevelser kan kvarstå en lång tid efteråt.

"Jag kommer aldrig glömma första gången man var med om det när man höll masken där över ansiktet och så fick det skrika sig till sömns i stort sett. Det är väl, det är en sån grej man kommer ihåg tycker jag."

Flera narkosköterskor påpekade att om barnet är motvilligt finns det en möjlighet att skjuta upp operationen förutsatt att den inte är akut. Tillsammans med ansvarig läkare tar man ställning till fortsatt handläggning. För- och nackdelar vägs in; beslutet kan påverka barnets framtida kontakt med sjukvården.

"Sen är det viktigt när det gäller barn att man inte använder tvång utan då kan man diskutera om barnet kan komma tillbaka någon annan gång. För det följer ju med...dom här upplevelserna som dom kan få...en lång tid framöver."

"...ska vi bestämma oss för att nu håller vi fast och nu sover vi eller så tar vi om det en annan dag, vid ett annat tillfälle när dom är förberedd..."

Händelser på salen

Behov av en lugn miljö. Vid en barninduktion uppstår ibland situationer som kan inverka störande för både patient och personal. Det är betydelsefullt för narkosköterskan att arbetet sker i en lugn miljö, både för sin egen skull men även för att barnet ska få möjlighet till ett harmoniskt insomnande.

"Är det ett lugnt barn klarar man fler intryck, men är det oroligt barn klarar man ju inte det. Då blir det jobbigt med andra störande moment, så är det ju".

"...allting ska vara framlagt innan så att man inte börjar med nåt, prasslar med nåt utan allting ska vara färdigt på salen när barnet kommer in...alla ska vara på sin plats."

Samarbete på salen. Vid en barninduktion deltar många olika yrkeskategorier. Det kan finnas en undersköterska, två narkosköterskor, en narkosläkare samt operationssköterskor närvarande. Det krävs att de olika yrkesgrupperna samarbetar för att kunna ge bästa möjlig vård till barnet. Som ny narkosköterska kan det vara svårt att hitta sin plats, medans de mer erfarna intar en mer ledande roll. En viss hierarki finns inom yrket; de mindre erfarna narkosköterskorna intar en mindre framträdande roll om högre kompetens finns på salen. Narkosköterskor som har arbetat länge behåller sin ledande roll oavsett vem som kommer in på salen.

"Där har jag en ledande roll eftersom det är jag som pratar med barn och förälder...då vill ju inte jag att så många andra ska prata allför mycket, utan då ska de mer slöprata..."

Ibland kan konflikter mellan personalen uppstå. Ofta handlar de om att narkosköterskan som ska söva barnet upplever att andra stör i arbetet med att skapa kontakt med barnet.

"...jag tycker att det är en person som ska vara i fokus, man kan liksom inte vara flera som ska vara fokus ett...och då får man stå tillbaks lite...den andra hjälper mera till i tysthet."

"Jag tycker att alla ska backa och gå därifrån...vi har ju tagit kontakt i slussen, vi och barnet och föräldrarna. Så går man in och så kommer det

kanske tre personer till och vill ta kontakt det funkar ju inte. Det blir alldeles för mycket."

Betydelsen av premedicinering

Effekten av läkemedel. Premedicinering beskrivs vara en viktig faktor vid barninduktion. Det medför oftast att barnet är lugnare när de anländer till operationen. Narkosköterskan beskriver att anläggandet av perifer venkateter och koppla på nödvändig utrustning kan ske i ett samförstånd med barnet, utan att skrämma upp det.

"...Det som är jättebra är när de är bra premedicerade så de är lugna och samarbetsvilliga när de kommer."

"De som inte har fått full effekt på premningen...då är ju det så att dom inte vill vara med så då blir det ju lite jobbigare."

Nyligen har rutinerna kring premedicinering förändrats på detta sjukhus. De flesta är nöjda med det nya läkemedlet, men det tar en stund innan det fått full effekt. Dock uttrycker personalen en viss osäkerhet kring dess effekter postoperativt

"de har ju bytt premedicinering...det är ju så dumt att vi ju inte vet hur barnen är efteråt..och en del har har det inte haft en effekt på, det ska ju verka i över en timme...Men de säger ju att det är bra, dom kommer ju ihåg vad dom varit med om och det ska ju vara positivt för barnet."

Dock beskrivs att enbart premedicineringen i sig inte är tillräcklig för en bra barninduktion.

"Att barnet är bra premat är en förutsättning...men premningen är bara en del. Det viktiga är en lugn induktion."

Diskussion

Metoddiskussion

Till vår studie valde vi en kvalitativ metod med enskilda halvstrukturerade intervjuer. När syftet är att beskriva individers erfarenheter av något kan det vara svårt att med kvantitativ metod få fram det underliggande budskapet (Gillis & Jackson, 2002, s.178). Med en kvalitativ metod kan nyanser och känslor lättare fångas. Vi valde bort fokusgruppsintervjuer eftersom det kan vara känsligt att beskriva sina egna känslor, upplevelser och erfarenheter i en större grupp. Det finns en risk att det i en större grupp finns dominanta individer som styr samtalsgången och de mer timida individerna kommer inte till tals (Polit & Beck, 2008, s.395; Gillis & Jackson, 2002, s.239). Vi valde att använda oss av halvstrukturerade intervjuer med fyra övergripande frågor. Detta dels för att fånga de viktigaste likheterna och olikheterna i upplevelsorna hos deltagarna

men även för att ha en struktur att följa så att intervjuerna skulle genomföras så lika som möjligt av de tre författarna. Vi turades om att leda intervjuerna men samtliga författare var närvarande vid varje intervju. Styrkan med detta förfarande är att det har varit lättare att uppnå konsensus i tolkningen av materialet. För att inte störa intervjun och för att god kontakt skulle skapas mellan intervjuaren och deltagaren, höll sig de andra två författarna i bakgrunden.

Vår ursprungliga tanke var att intervjua 12 narkosköterskor. Avsatt tid för varje intervju var cirka 30 minuter. Intervjuerna tog i genomsnitt 15 minuter, vilket var kortare tid än planerat. Eftersom detta är vår första empiriska studie har det varit svårt att uppskatta hur lång tid en intervju skulle kunna ta. Vi upplevde ändå att trots följdfrågor och frågor om exemplifiering upprepade deltagarna till slut sina tidigare svar. För att få mer material att arbeta med genomfördes två extra intervjuer. Dessa intervjuer stärkte uppfattningen om att materialmättnad uppnåtts då inga nya resultat framkom. Vi hade också en förhoppning om att intervjua narkosköterskor vid ett barnsjukhus i mellersta Sverige, men på grund av ekonomiska och tidsmässiga aspekter kunde inte detta genomföras. Det kan ses som en svaghet att studien enbart genomförts på ett sjukhus; ingen geografisk spridning finns.

Vi anser att vår studie har trovärdighet på grund av att de intervjuade narkosjuksköterskorna har spridd erfarenhet och har varit yrkesverksamma i allt från sex månader till 38 år. Detta tror vi är representativt för hur personalens erfarenhet ser ut jämfört med andra anestesivdelningar på liknande sjukhus. Därför tror vi att vårt resultat bör ha viss generaliserbarhet. Det är möjligt att vårt resultat inte är överförbart till narkosjuksköterskor som har barn som specialitet.

Tillförlitligheten styrktes av analysarbetet, då författarna lyssnade igenom och läste sitt renskrivna material ett flertal gånger var för sig. Nyckelord och meningsbärande enheter ringades in samt att alla intervjuer jämfördes gemensamt där likheter och olikheter kunde utläsas för att inte missa något av värde. Styrkan i detta är att enskilda feltolkningar av materialet minimerades. Backman (1998, s. 107) betonar att citat ej får avvika från originalet. Detta har vi lagt stor vikt vid då det stärker studiens tillförlitlighet.

Det har varit svårt att jämföra vårt resultat med tidigare forskning då det finns mycket begränsat material som motsvarar vårt syfte. De studier som funnits i olika databaser vid våra sökningar har mest belyst barn och föräldrars upplevelser perioperativt. Några artiklar handlade om interaktion mellan anestesipersonal, barn och föräldrar, medans andra artiklar belyste barns och föräldrars upplevelser vid induktion och/eller den postoperativa vården. Endast en studie har hittats som belyser narkosköterskans upplevelser vid barninduktion, dock med inriktning på etiska dilemman. Därför har det varit relevant att genomföra denna studie.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa narkosjuksköterskors erfarenheter vid barninduktion. Vår studie kan ge en bild av narkossköterskans mångfacetterade arbete vid barninduktion. Den belyser vilka utmaningar de ställs inför, både medicinskt och ur omvårdnadssynpunkt. I arbetet med att söva barn bör man använda sig av ett holistiskt tankesätt. Det är inte endast barnet behov som ska tillgodoses, utan även familjen. Narkosjuksköterskan bör vara lyhörd och kunna läsa av kroppsspråk för att skapa goda förutsättningar för en god kommunikation. Denna studie har lyft fram olika verktyg en narkosjuksköterskan kan använda sig av för att skapa en god kontakt med barnet och dess familj. Studien kan ge en bättre förståelse för en narkossköterskans erfarenheter och upplevelser vid barninduktion. Vid intervjuerna framkom att arbetet med att söva barn är komplext. Narkossköterskan försöker skapa förtroendefulla relationer till barnet och dess familj. Att vara ny kan innebära en viss osäkerhet, men med åren skaffar man sig erfarenhet för att bättre hantera de olika utmaningar man ställs inför. Sköterskan ställs ibland inför svåra etiska dilemman och kan tvingas fatta svåra beslut. Dessutom beskriver narkossköterskorna att det underlättar om barnet är väl förberett samt att samarbetet på salen fungerar bra för att barninduktionen ska kunna genomföras på ett optimalt sätt. Under bearbetning av analysen upplevde vi att två övergripande teman kunde urskönjas; att övervinna osäkerheten, samt att ha ett relations- eller uppgiftsfokuserat arbetssätt.

Att övervinna osäkerheten: erfarenhet ger trygghet

Evans & Donnelly (2006) beskriver hur kunskap, skicklighet och omdöme tillsammans verkar för att sköterskan ska kunna utföra sitt arbete professionellt. Teoretiska kunskaper är något man skaffar sig i skolbänken men dessa i sig räcker inte. Genom erfarenhet skaffar man sig ovärderliga kunskaper som gör att man snabbt kan bedöma vad situationen kräver samt att man blir skicklig i det praktiska arbetet.

Känslan inför att söva barn varierade hos narkossköterskorna, från att vara orolig och lite rädd inför uppgiften, till att se det som en positiv utmaning. Vi kunde se att detta hade ett tydligt samband med antal yrkesverksamma år. Erfarenheten gör att man blir tryggare och mer säker i sin yrkesroll eftersom man har sett och hanterat många komplikationer som kan uppstå. Att söva barn innebär oftast större utmaningar än att söva vuxna. Många av de mer erfarna sköterskorna beskrev vikten av att ligga steget före, att vara förberedd på det oförberedda. De beskrev hur de i förväg tänkte ut olika strategier att ta till vid en komplikation. De mer erfarna tog gärna emot tips och råd från de mer erfarna och fann en trygghet i att arbeta med en rutinerad kollega.

Benner (1984, s. 20 - 33) beskriver hur sköterskan kan utvecklas i sitt arbete från att vara novis till att bli en expert på sitt område. I början har man ingen erfarenhet utan endast teoretisk kunskap. Med tiden förvärvar man erfarenheter och nya kunskaper, man använder sig också av intuition. Expertsjuksköterskan kan snabbare uppfatta situationen och har de rätta åtgärderna till hands. Hoffman et al. (2009) visade i sin studie att expertsjuksköterskor kan, trots få och subtila tecken hos patienten, snabbt förutspå eventuella problem. De arbetar mer proaktivt genom att uppfatta små förändringar i patientens tillstånd på ett tidigt stadium.

Under intervjuerna framträdde en känsla av yrkesstolthet. Detta var inget som uttryckligen sades men när narkosköterskorna beskrev sitt arbete var detta något som genomsyrade intervjuerna. Vi kunde ana att de var stolta över både sina medicinska kunskaper och sina praktiskt förvärvda skicklighet. Några beskrev hur övrig personal förlitar sig på att narkosköterskan ska kunna bemästra uppkomna situationer; genom sin skicklighet skapar de en känsla av trygghet på salen. De erfarna sköterskorna anser sig ha en ledande roll inne på operationssalen, medans de oerfarna antar en mindre framträdande roll. Vi uppfattade att det kan vara svårt att som relativt ny hävda sin roll, kanske beroende på den hierarki som råder. Alla var dock överens om att den som ska söva barnet är den som ska ha huvudsakliga kontakten med barnet och dess familj samt ansvaret vid anestesi. En av orsakerna till frustration i sitt arbete med barn, verkar vara att bli störd när man redan etablerat kontakt med barnet. Många beskrev att barnen är känsliga för nya intryck. Narkosköterskan kan ha hittat ett sätt att nå barnet, men när kollegor i all välmening blandar sig i, kan denna kontakt gå förlorad.

Relations- eller uppgiftsfokuserat arbetssätt

Vi kunde urskönja ett latent innehåll under innehållsanalysen, i vilket vi upplevde att narkosköterskorna befann sig på ett kontinuum mellan att vara uppgiftsfokuserad och relationsfokuserad i sitt arbete. Några narkosköterskor betonade de fysiologiska och medicinska utmaningarna främst; att de stod inför en uppgift som måste lösas. De nämnde ofta ord som skicklighet, små marginaler, säkerhet och betydelsen att vara 110% uppmärksam på patientens tillstånd. Andra poängterade vikten av en god kommunikation med barnet och dess familj. De betonade att varje möte var unikt och att de försökte närma sig barnet på ett sätt som passar just den individen. Vi uppfattade att majoriteten av narkosköterskorna befann sig någonstans mellan dessa två ytterligheter. Vi trodde att det skulle finnas ett samband mellan antal yrkesverksamma år och benägenheten att vara mer relationsorienterad, men resultatet visade att så är inte fallet. Von Post et al (2005) fann ett liknade resultat i sin studie, där de undersökte sjuksköterskors inställning till en perioperativ kommunikation. De fann inte heller ett samband mellan antalet år i

yrket och sjuksköterskans inställning till perioperativ dialog. Det verkar som att benägenheten att vara mer eller mindre relationsfokuserad är mer sammankopplat till hur man är som person. Oavsett var man än befinner sig på denna skala så kräver interaktionen med patienten och anhöriga att man besitter goda färdigheter i kommunikation. Eide & Eide beskriver hur det korta mötet mellan sjuksköterskan och patienten kräver ett aktivt lyssnande och tydlig kommunikation (2009, s. 27). Många av narkosköterskorna menade, att en tillfredsställande kommunikation med både barn och föräldrar är en av de viktigaste elementen vid barninduktion. Narkosköterskorna beskrev hur de försöker tolka patienten och anhöriga genom att läsa av kroppsspråket. Det verkade viktigt för dem att patienten verkligen förstod den givna informationen. Chorney et al. (2009) beskriver i sin studie hur även föräldrar läser av personalens beteende på operationsavdelningen och anammar samma beteende som personalen har. Detta betyder att narkosköterskan kan påverka föräldrars uppträdande under induktionen. Detta fynd belyser den interaktiva processen mellan personal och familj under anesthesiinduktion.

Den korta stund narkosköterskan tillbringat med barnet och dess familj innan operation, sker oftast från det att barnet anländer till slussen och därefter rullas in till operationsrummet. Det är sällan narkosköterskan träffar barnet och dess familj innan själva operationstillfället. Tiden är ofta knapp tills operationen förväntas starta och dessutom finns ett operationsschema att följa. Trots detta var det ingen som nämnde tidsaspekten som en stressfaktor, vilket vi upplevde som förvånande. Möjligen kan tidsaspekten vara ett outtalat krav; inom dagens sjukvård finns krav på att vara effektiv men samtidigt är det höga krav på säkerhet. Dessa krav kan vara svåra att förena när man inducerar barn. Många av de intervjuade narkosköterskorna lyfte fram vikten av en god premedicinering då de upplevde att bra premedicinering gjorde att induktionen förlöpte smidigare. Vi förmodar att det tar längre tid att inducera ett barn som inte är premedicinerat. Kain et al. (1998) visade i sin studie att barn som erhållit god premedicinering var mindre oroliga och mer samarbetsvilliga under induktionen. Med en god premedicinering får barnet därmed ett mer harmoniskt insomnande samtidigt som narkosköterskans arbete går lättare och sparar tid. Det gynnar alla inblandade och kanske är det därför de flesta studiedeltagarna betonade premedicinering som en av de viktigaste faktorerna för en god induktion.

Flera narkosköterskor beskrev under intervjuerna att de då och då ställs inför etiska dilemman vid barninduktion. Ofta handlar det om att fatta beslut hur man ska gå vidare om barnet inte vill medverka vid induktionen. Runeson et al. (2010) beskriver i sin studie hur etiska dilemman vid barnanestesi ofta uppkommer på grund av stora krav som ställs på narkosköterskan. Hon ska i sitt yrke ta hänsyn till många aspekter; barnets rättigheter och vilja, familjens önskemål, och den medicinska säkerheten. Dessutom finns outtalade krav från kollegor och oskrivna regler på

arbetsplatsen som narkosköterskan känner att hon måste nå upp till. I vår studie var det de mer erfarna narkosköterskorna, som beskrev, att fanns ett alternativ att avbryta och boka om operationen om barnet var ovilligt inställt och operationen ej akut. Kanske känner dessa sköterskor sig mer trygga i att gå emot gängse regler och kan i högre grad inta rollen som patientens advokat. Kanske kan detta vara svårt att göra om man har mindre erfarenhet; vi tror att man som ny i yrket, i större utsträckning har behov av kollegors godkännande.

Slutsats

Denna studie har belyst hur anestesisjuksköterskor, oavsett erfarenhet, upplever barninduktion som en utmaning. Barnets små marginaler, samspelet med barnet och dess familj samt samspelet med övrig personal ställer höga krav på både medicinska och sociala färdigheter. Få studier finns kring ämnet fastän barninduktion är en stor del i anestesisjuksköterskans arbete. På operationsavdelningar som inte specialiserar sig på barn är det svårt för en anestesisjuksköterska att få en rutin kring sövning av barn. Därmed vore det extra viktigt med föreläsningar om aktuella rön kring sövning av barn samt möjligheten att få praktisk handledning i en stöttande arbetsmiljö. Anestesisjuksköterskan har ett stort yrkesansvar och arbetar till största del självständigt. Därmed finns sällan tid för reflektion och samtal med kollegor, trots att det är viktigt att ta del av varandras erfarenheter för att kunna utvecklas i sin yrkesroll. Vår studie visar att det finns en önskan hos nyutbildade att ta del av de mer erfarna kollegornas erfarenheter. Vidare forskning behövs för att få en större förståelse för anestesisjuksköterskans arbete samt för att kunna utveckla professionen. Det skulle vara intressant att titta på eventuella skillnader och likheter i upplevelser och erfarenheter hos narkosjuksköterskor som endast arbetar med barn jämfört med de narkosköterskor som mer sällan söver barn.

Referenslista

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Kalifornien: Addison- Wesley Publishing Company.

Cannon, S. & Boswell, C. (2007). *Introduction to Nursing Research*. USA: Jones and Bartlett Publishers.

Chorney, J., Torrey, C., Blount, R., MacLaren, C., Chen, W-P. & Kain, Z. (2009). Healthcare provider and parent behavior and children´s coping and distress at anesthesia induction. *Anesthesiology*, 111(6), 1290-1296.

Clarke, S. (2010). The differences of anesthetic care in pediatrics compared to adults. *Journal of Perioperative Practice*. 20 (9), 334-338.

Craft-Rosenberg, M. & Denhy, J. (2001). *Nursing Interventions for Infants, Children, and Families*. Kalifornien: Sage publications, Inc.

Eide H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad Kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Evans, R. & Donnelly, G. (2006). A model to describe the relationship between knowledge, skill, and judgment in nursing practice. *Nursing Forum*, Vol 1, no 4.ss150-157.

Fortier. M., Del Rosario, A., Martin, S. & Kain, Z (2010). Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*. 20 s. 318-32.

Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B.(2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for Nurses: Methods and Interpretation*. Philadelphia: Davis company.

Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health*. Australien: SAGE publications..

Halldin, M. & Lindahl, S. (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber.

Hoffman, KA., Aitken, LM. & Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses´cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (10), 1335-1344.

Hovind, I. (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Iacobucci, T., Federico, B., Pintus, C. & De Francisci, G. (2005). Evaluation of Satisfaction level by parents and children following pediatric anesthesia. *Pediatric Anesthesia* 15, s 314-320.

- Kain, Z., Mayes, L., Wang, S-M., Caramico, L. & Hofstadter, M. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: Which intervention is more effective? *Anesthesiology*, 89 (5), 1147-1156.
- Lardner, D., Dick, B. & Crawford, S. (2009). The effects of parental presence in the postanesthetic care unit on Children´s postoperative behavior: A prospective randomized, control study. *Anesthesia- Analgesia*, 110 (4), 1102-1108.
- Lindvall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård- att förena teori och praxis*. Polen: Studentlitteratur.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Proczkowska-Björklund M., Gustafsson P. & Svedin. C. (2010). Children´s play after anaesthesia and surgery: background factors and associations to behavior during anaesthetic induction. *Journal of Child Health Care* 14(2), 170-178.
- Romino, S., Keatley, V., Secrest, J. & Good, K. (2005). Parental presence during anaesthesia induction children. *Association of periOperative Registered Nurses Journal* 81(4), 780-792.
- Riksföreningen för anestesi - och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening -SSF.(2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*.
- Runeson, I., Proczkowska-Björklund, M. & Idvall, E. (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care*. 14 (4), 345-354.
- Tveiten, S.(2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Von Post I., Frid, I., Kolvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden* 4 (25), 37-42.
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Wicker, Paul. & O´Neill, J. (2006). *Caring for the perioperative patient*. Australia: Blackwell publishing.
- Yip, P., Middleton, P., Cyna, A-M. & Carlyne, A-W. (2009). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database System Review*. Jul 8;(3):CD006447

Bilaga 1

Sundsvall 2011-01-24

Informationsbrev till verksamhetschef för anestesiklinken

Vi är tre sjuksköterskor som studerar till anesthesisjuksköterskor på Mittuniversitet i Sundsvall. Som en del i denna utbildning gör vi en magisteruppsats där vårt syfte med studien är beskriva anesthesisjuksköterskans upplevelser av att söva barn. Metoden i examensarbetet är kvalitativa intervjuer med 9-12 anesthesisjuksköterskor med erfarenhet av att söva barn. Varje intervju beräknas ta ca 30 minuter och kommer att spelas in. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Uppgifter som kan identifiera deltagare kommer tas bort. Intervjuerna kommer att göras av undertecknade under februari månad 2011.

Vår fråga är om vi skulle kunna få Ert medgivande att få intervju anesthesisjuksköterskor som jobbar hos Er på XXX sjukhus.

Vår handledare är Annika Karlström, lektor. Tel: 060-XXXXXX

Med vänliga hälsningar

Eva Hellman
Leg.sjuksköterska
Studerande-
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
Tel: 070-XXXXXX

Mirjam Sirviö
Leg.sjuksköterska
Studerande-
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
070-XXXXXX

Marlene Wikberg
Leg.sjuksköterska
Studerande -
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
076-XXXXXX

Godkännande

Jag har informerats om studien och tagit del av medföljande skriftlig information. Jag ger mitt medgivande till att ni får intervju anesthesisjuksköterskor på XXX sjukhus

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Bilaga 2

Sundsvall 2011-01-24

Informationsbrev till enhetschef för anestesiavdelningen

Vi är tre sjuksköterskor som studerar till anestesisjuksköterskor på Mittuniversitet i Sundsvall. Som en del i denna utbildning gör vi en magisteruppsats där vårt syfte med studien är beskriva anestesisjuksköterskans upplevelser av att söva barn. Metoden i examensarbetet är kvalitativa intervjuer med 9-12 anestesisjuksköterskor med erfarenhet av att söva barn. Varje intervju beräknas ta ca 30 minuter och kommer att spelas in. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Uppgifter som kan identifiera deltagare kommer tas bort. Intervjuerna kommer att göras av undertecknade under februari månad 2011.

Vår fråga är om vi skulle kunna få Ert medgivande att få intervjua anestesisjuksköterskor som jobbar hos Er på Sundsvalls sjukhus.

Vår handledare är Annika Karlström, lektor. Tel: 060-XXXXXX

Med vänliga hälsningar

Eva Hellman
Leg.sjuksköterska
Studerande-
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
Tel: 070-XXXXXX

Mirjam Sirviö
Leg.sjuksköterska
Studerande-
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
070-XXXXXX

Marlene Wikberg
Leg.sjuksköterska
Studerande -
Specialistsjuksköterska
Anestesi
Mittuniversitetet
076-XXXXXX

Godkännande

Jag har informerats om studien och tagit del av medföljande skriftlig information. Jag ger mitt medgivande till att ni får intervjua anestesisjuksköterskor på XXX sjukhus

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Bilaga 3

Informationsbrev till anesthesisjuksköterska

Till dig som arbetar som anesthesisjuksköterska vid XXX sjukhus. Vi är tre sjuksköterskor, Eva, Mirjam och Marlène, som går vidareutbildningen till anesthesisjuksköterska på Mittuniversitetet. Under vårterminen 2011 skriver vi vårt examinationsarbete som en del av vår utbildning. Vårt syfte med detta arbete är att belysa anesthesisjuksköterskans upplevelser vid barninduktion, för att få fördjupad kunskap och insikt i detta område. Vi ämnar att intervjua 12 anesthesisjuksköterskor; intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant för att innehållet därefter ska kunna analyseras. Intervjuerna kommer att göras under februari månad av undertecknade studenter och varje intervju beräknas ta 20-40 minuter. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas närsomhelst. Svaren behandlas konfidentiellt och Er identitet kommer inte att kunna härledas.

Vid frågor kontakta oss:

Handledare: Annika Karlström, tel: 060-XXXXXX

Eva Hellman, tel. 070-XXXXXX

Mirjam Sirviö, tel. 070-XXXXXX

Marlène Wikberg, tel. 076-XXXXXX

Bilaga 4

Intervjufrågor

1. Vad innefattar en god barninduktion för dig?
2. Vilka utmaningar upplever du att det finns i samband med barninduktion?
3. Vad är dina erfarenheter kring föräldrars närvaro vid barninduktion?
4. Hur upplever du samarbetet med övrig personal på salen?

Utöver dessa ställdes följdfrågor så som: Hur menar du då? Kan du ge exempel? Utveckla...

Bilaga 5

Upplägg och genomförande av D-uppsats

De tre författarna har valt att göra allt praktiskt arbete med uppsatsen gemensamt. Alla tre har tillsammans suttit ihop på Mittuniversitetets bibliotek och sökt vetenskapliga artiklar och utifrån dessa skrivit bakgrunden. Därefter har intervjuerna genomförts. Alla tre författarna var med vid samtliga intervjuer och turades om att leda varje intervju. Vid transkribering av intervjuerna valde författarna att dela upp arbetet, den som ledde intervjun ansvarade för transkriberingen. Efter detta samlades materialet ihop och diskuterades gemensamt. Alla resterande delar av uppsatsarbetet har skrivits tillsammans på Mittuniversitetet. Alla tre har närvarat vid träff med handledare.