

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:32

Anestesisjuksköterskans erfarenheter av mötet med vuxna
stickrädda patienter

- en kvalitativ intervjustudie

Susanne Allhage

Maria Löfberg



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Anestesisjuksköterskans erfarenheter av mötet med vuxna stickrädda patienter

Författare: Susanne Allhage och Maria Löfberg

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning inom anestesisjukvård, 60 högskolepoäng

Handledare: Angela Bång

Bihandledare: Ewa-Lena Bratt

Examinator: Björn-Ove Suserud

Sammanfattning:

Studier visar att ungefär var tionde patient upplever stickrädsla, en rädsla för nålstick som gör att de undviker att söka vård vilket i sin tur kan leda till hälsoproblem på lång sikt. Att utföra venpunktion är en vanlig arbetsuppgift för anestesisjuksköterskan och hur hon hanterar patientens stickrädsla är av stor betydelse för hur patienten upplever vården som helhet. Anestesisjuksköterskan ska genom dialog med patienten bekräfta patientens rädsla och hjälpa patienten att känna trygghet på bästa sätt. När patienten upplever lidande på grund av vård, i detta sammanhang venpunktion uppstår vårdlidande och detta vårdlidande kan anestesisjuksköterskan förebygga. Syftet med studien är att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenhet av mötet med vuxna patienter med stickrädsla. Åtta anestesisjuksköterskor intervjuades på fyra olika operationsavdelningar i Västsverige. Studien har en kvalitativ ansats och de utskrivna intervjuerna är analyserade med innehållsanalys. I resultatet framkom tre kategorier; stödjande faktorer och hindrande faktorer för anestesisjuksköterskan i mötet med den stickrädda patienten samt patientnära faktorer som påverkar mötet. Anestesisjuksköterskorna utför omvårdnadsåtgärder för att minska patientens vårdlidande och har som mål att göra det bästa för patienten. De ser och tolkar patienternas tecken på rädsla och bemöter dem utifrån dessa. Anestesisjuksköterskornas erfarenhet och kunskap gör att de blir trygga i sin yrkesroll och kan på så sätt skapa en trygghet hos patienten.

Nyckelord: *stickrädsla, anestesisjuksköterska, vårdlidande, preoperativt samtal, perioperativ dialog, fysiska reaktioner*

Keywords: *fear of needles, nurse anesthetist, suffering from care, preoperative dialogue, perioperative dialogue, physical reactions*

“Hörde på radion att man nu kan köpa en salva på apoteket som verkar bedövande och som man kan använda på huden innan man tar sprutor. Jag är nu 62 år gammal och har haft sprutskräck sedan jag var 8 år. Då låg jag inne på sjukhus och blev verkligen misshandlad av både sjuksköterskor och doktorer som dessutom gjorde narr av mig för att jag var rädd för sprutorna. Jag hoppas att inga barn nu för tiden råkar ut för något liknande. Hur är det egentligen – ska barn lära sig att tåla smärta, till exempel sprutor, eller ska man skydda dem mot smärta så mycket man kan? Till sist skulle jag för min egen del vilja veta om den nya salvan kan användas även av vuxna?”

Farfar med sprutskräck

(Fråga till radiodoktorerna i programmet Ronden oktober 1997).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Stickrädsla	2
Fysiska reaktioner på stickrädsla	3
Stresspåverkan	4
Stress och coping	4
Bemötande	5
Vårdlidande	5
Preoperativt samtal	5
Sjuksköterskans arbetsuppgifter	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
Ansats	8
Datainsamling	8
Informeranter	8
Etiska överväganden	9
Dataanalys	9
RESULTAT	9
Stödjande faktorer i mötet	9
Att vara i expertrollen	9
Säkerhet i expertrollen	10
Betydelsen av god praktisk förberedelse	11
Hindrande faktorer i mötet	13
Kommunikationssvårigheter med patienten	13
Konsekvenser av tidsbrist i mötet	13
Patientnära faktorer som påverkar mötet	14
Tidigare erfarenheter hos patienten	14
Patientens copingförmåga	15
Patientens reaktioner under sticksituationen	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16

Datainsamling	16
Dataanalys	17
Resultatdiskussion	17
Att vara i expertrollen	18
Säkerhet i expertrollen	19
Betydelsen av god praktisk förberedelse	19
Kommunikationssvårigheter med patienten.....	20
Tidigare erfarenheter hos patienten	20
Patientens copingförmåga	21
Patientens reaktioner under sticksituationen	21
<i>SLUTSATSER</i>	22
Kliniska implikationer	22
<i>REFERENSER</i>	23
Bilaga 1	25
Bilaga 2	26
Bilaga 3	27
Tabell 1	28

INLEDNING

I arbetet som anestesijuksköterska är det ofta nödvändigt att utsätta patienter för smärta i samband med perifer venpunktion (PVP). Det kan vara i samband med att patienten skall sövas då de får en perifer venkateter (PVK) eller på vårdavdelningar dit anestesijuksköterskan ofta blir tillkallad som experthjälp vid svårstuckna patienter. För en del patienter är PVP mycket ångestframkallande. En del patienter är så rädda att de till och med undviker sjukvård av rädsla för att behöva bli stuckna. Även om inte alla har en uttalad skräck så är det många som tycker att det är obehagligt.

Inom barnsjukvården är utgångspunkten att barn alltid tycker att det är en obehaglig procedur och lägger stor vikt vid att informera, förbereda, smärtlindra och avleda vid sticksituationen. Inom vuxenvården har vi alltför ofta sett att detta tankesätt saknas. Personalen tar ofta för givet att den vuxna patienten vet hur t.ex. en PVK ser ut, fungerar och de ska "stå ut" med att bli stuckna utan bedövningssalva eller annan metod för att minimera obehaget. Vår erfarenhet är att många vuxna tror att de har kvar en nål i armen för att sjuksköterskan har använt benämningen "sätta nål" när de lägger in en PVK. En del vuxna skäms kanske för att tala om att de är stickrädda men får en ångest eller panikattack när det väl är dags vilket då försvårar för anestesijuksköterskan att hantera situationen. Om anestesijuksköterskan erhåller adekvat och tillräcklig information innan proceduren, tror vi att sticksituationen kan optimeras vilket framförallt kan visa sig betydelsefullt i mötet med personer som utvecklat stickrädsla.

I vår uppsats ville vi ta reda på hur anestesijuksköterskan tänker och agerar kring mötet med stickrädda vuxna patienter. Vi genomförde därför en intervjustudie med anestesijuksköterskor som informanter.

BAKGRUND

Stickrädsla

Studier visar att så mycket som 10 % av vuxna patienter inom vården uttalar stickrädsla (Hamilton, 1995; Deacon och Abramowitz, 2006; Wright, Yelland, Heathcote och Shu-Kay, 2009). I en studie utförd med hjälp av frågeformulär till 1500 patienter på ett kliniskt kemiskt laboratorium i Turkiet var siffran så hög som 21.1 % av deltagarna som var rädda för blod och stick (Kose och Mandiracioglu, 2007). Stickrädsla och nålfobi har en stark ärftlig komponent men även att en inlärd komponent är av stor betydelse. (Hamilton, 1995; Kose & Mandiracioglu, 2007; Wright m.fl. 2009). Av personerna med stickrädsla i Wrights m.fl. (2009) studie hade så många som 46 % varit med om tidigare traumatiska händelser med nålar och stick.

Stickrädsla kan uppstå efter någon negativ upplevelse hos läkaren eller tandläkaren. Med tiden kan denna stickrädsla utvecklas till en fobi för nålar med en oro inför nålstick. Patienter som är rädda för nålstick kan utveckla en rädsla som även innefattar blod, sprutor, läkare, sjuksköterskor, vita rockar, sjukhus och till och med lukten av sjukhus och vårdinrättningar (Hamilton, 1995; Kose och Mandiracioglu, 2007).

Hamilton (1995) skriver om nålfobi och menar att detta inte enbart är något som barn uttrycker utan även vuxna. Personal inom vården bör vara observanta på nålfobi och stickrädsla eftersom studier påvisat att det förekommer hos en av tio patienter. Personer med stickrädsla tenderar att undvika att söka vård på grund av sin rädsla vilket ökar risken för allvarliga hälsoproblem och dödlighet på lång sikt. Kose och Mandiracioglu (2007) menar att stickfobi är en egen sorts fobi som inte har något sammanhang med andra sorters fobier eller psykiska tillstånd och sjukdomar. Kvinnor visar oftare stickrädsla jämfört med män enligt deras studie och kvinnors rädsla för att sticket ska orsaka skada på kroppen var även den större än männens. Man kunde dock inte se någon skillnad mellan könen gällande en uttalad fobi för nålar och stick. Man noterade även en skillnad i stickrädsla i förhållande till utbildning där det var vanligare med stickrädsla hos lågutbildade i förhållande till högutbildade män som kvinnor. En skillnad fanns även i rädslan och förmågan att hantera den om patienten visste att sticket innebar en botande behandling eller inte. Även Wright m.fl. (2009) har i sin studie kunnat påvisa en skillnad mellan könen där 72 % av informanterna i deras studie som uppgett att det varit stickrädda var kvinnor. Även åldern verkar ha betydelse, 60 % av informanterna med stickrädsla var under 40 år.

SBU (statens beredning för medicinsk utvärdering) definierar begreppen ångesttillstånd, fobi och specifik fobi som alla är symtom som kan yttra sig vid stickrädsla. Ångesttillstånd kan medföra panikattacker, fobier och tvångstankar/tvångshandlingar. Panikattacker definieras som avgränsande hastigt påkommande attacker av intensiv rädsla, fruktan eller skräck. Fysiologiskt kan detta medföra symtom som extraslag av hjärtat och kvävningsskänslor. Fobier definieras som en bestående irrationell rädsla för ett specifikt stimuli (en utlösande företeelse, aktivitet eller situation). Fobier resulterar i att personen antingen undviker att utsättas för det stimuli som utlöser fruktan eller uthärdar det under lidande. Den specifika

fobin är den vanligast förekommande ångestsyndromet och drabbar 10 % av befolkningen någon gång i livet. Den utmärks av en irrationell rädsla för särskilda företeelser som till exempel tandläkarbesök eller åsyn av blod. Fobin har oftast ingen större inskränkning på det dagliga livet men kan i vissa fall utgöra ett stort lidande eller handikapp. Patienter med stickfobi undviker ofta sjukvården med risk för att utsättas för stick och detta kan leda till att deras hälsa försummas. (SBU-rapport, 2005).

Fysiska reaktioner på stickrädsla

Enligt både Hamilton (1995), Kose och Mandiracioglu (2007) och Wright m.fl. (2009) yttrar sig stickrädslan fysiskt genom att patienten till en början får en ökning av det sympatiska nervsystemet genom att uppvisa tecken på takykardi och hypertension. När nålen sedan sätts mot huden får patienten istället reaktion från det parasympatiska nervsystemet i form av bradykardi och hypotension vilket inte sällan orsakar yrsel och illamående och ibland svimning. Hamilton (1995) skriver att patienten inte helt sällan börjar skaka vilket ses som ett gensvar från CNS (centrala nervsystemet) på den syrebrist som kortvarigt uppstår i samband med en vasovagala reaktionen. I sällsynta fall har det hänt att patienter med nålfobi drabbats av asystoli och plötslig död i samband med nålstick. Därför är det viktigt att det finns syrgas och akututrustning nära till hands.

Eftersom flertalet patienter inte helt förlorar medvetandet vid en vasovagal reaktion vid nålstick använder Hamilton (1995) begreppet vasovagal reflex istället för vasovagal svimning i de fall då patienterna är vid medvetande trots sin vasovagala reaktion. Under en vasovagal reflex har EKG-förändringar i form av ventrikulära extraslag, supraventrikulära extraslag, sinusarytmier och ST-förändringar kunnat påvisas. Dessa EKG-förändringar är sekundära den vagala påverkan på AV-noden och sinusknutan och till viss del även till motsättningsförhållandena mellan det sympatiska och parasympatiska nervsystemet. Även kroppens stresshormoner blir påverkade under en vasovagal reflex. Ökningar av kortisol och kortikotropin (ACTH) samt vasopressin och antidiuretiskt hormon (ADH) har uppmätts. Metoder för att lindra den vasovagala reaktionen som uppstår vid nålsticket, och därmed minska upplevelsen av obehag, kan vara att gnugga på ytan eller att nypa på stickstället för att bedöva innan sticket. En annan metod är att bedöva med en salva med lokalbedövningsmedel en tid innan det är dags att sticka. Det är en god idé om patienten ligger ned, gärna med benen högt för att försöka undvika vasovagala reaktioner. Premedicinering i form av benzodiazepiner är en annan metod som kan hjälpa till att minska obehag (Hamilton, 1995).

Enligt Bambgade (2007) innefattar fobiattacker vanligtvis sympatisk överaktivitet i form av takykardi, hypertension, huvudvärk, agitation, okoncentration och hyperventilation. Dessa fysiska symtom är potentiellt skadliga. Takykardi och hypertension ökar hjärtats arbete och risken för kardiovaskulära händelser. Därför bör dessa patienter skyddas från att få panikattacker. I tillägg till ångestdämpande läkemedel bör dessa få även betablockerande läkemedel. Hyperventilation är egentligen en reaktion på en kombination av rädsla, fobi, panik och hypoxi och patienter med fobier eller panikattacker hyperventilerar kroniskt.

Stresspåverkan

När en patient med stickrädsla utsätts för stick innebär detta en stressituation. (Hamilton 1995; Kose och Mandiracioglu, 2007; Wright m.fl., 2009). Det sympatiska nervsystemet är viktigt för att klara av tillfälliga stressituationer men om kroppen utsätts för långvarig stress kan det ge många skadeverkningar. Det sympatiska nervsystemet påverkas på olika sätt vid en krissituation. Vid en såkallad "fright, fight, flight" reaktion ökar hjärtfrekvensen, blodkärlen i hud och inre organ kontraheras så att mer blod flödar ut till skelettmuskulaturen. När striden börjat vidgas blodkärlen i skelettmuskulaturen med hjälp av ämnesomsättningsprodukter från musklerna som då tillförs ännu mer blod. Bronkerna utvidgas och andningsfrekvensen ökar vilket förbättrar syretillförseln. Energittillförseln ökar också genom att glukogen och fett bryts ner vilket leder till att blodets innehåll av glukos och fettsyror ökar. (Bjålie, Haug, Sand och Sjaastad, 1998.)

Det är viktigt att ta reda på patienternas tidigare upplevelser. Beroende på dessa blir upplevelsen och reaktionen på en situation olika för olika patienter. Händelser och upplevelser kan leda till stress vilket kan ske i samband med provtagningar och behandlingsprocedurer. (Carnevali, 1996; Lazarus, 1999). Individens värderingar, övertygelser, seder och bruk spelar också in i hur patienter upplever en situation. Sjuksköterskan möter ofta situationer där dessa faktorer skapar konflikt med övriga familjemedlemmar och/eller annan vårdpersonal. Beroende på religion, ålder, attityder m.m. bland patienter eller vårdpersonal kan det ske konflikter vid väsentliga omvårdnadsdiagnoser och behandlingsplaner. En överensstämmelse med och stödjande av individens värderingar, övertygelser, seder och bruk kan istället förstärka individens förmåga till sitt dagliga liv och sina upplevelser (Carnevali, 1996).

Stress och coping

Enligt Lazarus (1999) är stress och emotioner beroende av varandra och går inte att behandla separat. Det finns stora liknelser i hur de påverkar psykologiskt välbefinnande, hur en person fungerar samt somatisk hälsa. Begreppen stress, emotioner och coping hör ihop. Samma stimuli kan påverka olika individer på helt skilda sätt beroende på personens karaktär. Faktorer som påverkar stress och emotioner är: krav, begränsningar, möjligheter och kultur. Det finns två typer av bedömningar i stressteorin; primär och sekundär bedömning. Primär bedömning handlar om att bedöma om det som händer relaterar till personens värderingar, målsättningar, tron på sig själv och världen samt situationens mening eller avsikt. Bedöms situationen som en stressande händelse finns det avgörande alternativ: skada eller förlust, hot eller utmaning. Sekundär bedömning är en kognitiv värderingsprocess som fokuserar på vad som kan göras åt en stressande person eller miljö. Det är en utvärdering av olika copingstrategier. Två funktioner av coping beskrivs, problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping. Förändring av situationen som orsakar ångest (problemfokuserad coping) är möjlig att lösa genom att ändra förhållandet mellan personen och miljön. När det handlar om att reglera ångest handlar det om emotionsfokuserad coping där personen måste ändra inställning så att problemet går att hantera. Människor är beroende av båda dessa typer för att hantera stressande möten.

Bemötande

PVP är en vanlig arbetsuppgift för sjuksköterskan i samband med intravenös behandling eller provtagning. För många patienter kan PVP vara ångestframkallande och inte sällan innebär detta ett orosmoment även för sjuksköterskan (Ozolins och Isaksson, 1998; Hamilton, 1995) menar att det är viktigt att vårdpersonal har kunskap om hur de ska bemöta patienter med nålfobi och stickrädsla för att kunna ge dem vård på bästa sätt. Många stickrädda patienter tänker att rädslan är unik för dem och att ingen annan känner som dem och att denna rädsla innebär att de är svaga eller omogna. Vårdpersonalen bör visa stickrädda patienter respekt och empati för att försäkra patienterna om att de inte är barnsliga eller löjliga utan accepterar deras rädsla så att de inte behöver skämmas för den. Att ge patienterna bekräftelse på att vårdpersonalen ser deras rädsla, att sätta ord på den kan göra att patienten lättare accepterar sin rädsla och ger dem möjlighet att kunna bemästra rädslan.

Vårdlidande

Dahlberg (2002) skriver att vårdandet bör innebära ett välbefinnande för patienten men att det även finns ett lidande som kan uppstå på grund av den vård som ges, det så kallade vårdlidandet. Ett vårdlidande uppstår ofta på grund av ett omedvetet handlande och bristande kunskap tillsammans med bristande reflektion hos vårdpersonalen. Vårdlidandet bör dock ses som ett onödigt lidande som med alla medel bör elimineras. Studier har visat att vårdlidandet innebär en förnekelse av den lidande människan, det vill säga patienten. När patientens lidande inte uppmärksammas blir följden att han eller hon fräntas rätten att vara delaktig i sin egen hälsoprocess och att patientens självklara värdighet kränks.

I Dahlbergs studie (2002) beskriver patienter att en form av vårdlidande är att inte förstå vad det är som sker, att inte förstå meningen med vårdandet. Att patienten inte förstår innebär att denne blir utsatt och kränkt, att patienten inte känner att han eller hon är delaktig i sin egen vård. I samma studie beskriver patienter en vård som är alltför inriktad på rutiner och scheman istället för på patientens egna önsknings och behov vilket gör att ett vårdlidande kan uppstå. Det kan även vara så att vårdpersonalen och deras behov hamnar i fokus i stället för patienten och de behov som denne har.

Preoperativt samtal

Lindwall och von Post (2008) skriver om en preoperativ dialog mellan patienten och anestesijuksköterskan där de båda möts som två människor med unika kunskaper som situationen de befinner sig i. I denna preoperativa dialog ska patienten ges möjlighet att berätta om sig själv och sina tankar runt ingreppet. Anestesisjuksköterskan får kännedom om detaljer som är av betydelse för vården på bästa sätt för patienten. Hur anestesisjuksköterskan uppträder kommer att ha stor betydelse för hur patienten kommer minnas sin operation och omständigheterna runt denna. Det är viktigt att anestesisjuksköterskan i den preoperativa dialogen försöker vara öppen, mottagande, ständigt närvarande och lyssnar och reflekterar. Anestesisjuksköterskan strävar efter att ha en ömsesidig förståelse och att ett förtroende ska skapas. Detta förtroende kan förstöras om anestesisjuksköterskan ifrågasätter patienten och

dennes känslor och farhågor. I den preoperativa dialogen ska anestesijuksköterskan istället hjälpa patienten att förbereda sig för operationen genom att svara på dennes tilltal och bejaka patientens lidande för att skapa ett ömsesidigt förtroende.

Det preoperativa samtalet ses som en del i den perioperativa dialogen som von Post, Frid, Kelvered och Madsen-Rihlert (2005) skriver om, den perioperativa dialogen ses som en organisationsmodell för perioperativ vård. Idén med denna modell är att skapa en sammanhängande helhet för såväl anestesijuksköterskan som patienten. Den perioperativa dialogen innefattar anestesijuksköterskans pre- intra- och post-operativa samtal med patienten och syftar till att skydda patientens värdighet, att skapa välbefinnande och lindra patientens lidande. Den perioperativa dialogen innebär ett nytt sätt att tänka som berikar arbetsmiljön och blir till för patienten. Den perioperativa dialogen gör att anestesijuksköterskan samarbetar mer med kollegorna på operation och även med sjuksköterskorna på vårdavdelningen då de får en närmare kontakt när anestesijuksköterskan kommer och träffar patienten för ett preoperativt samtal redan på vårdavdelningen.

Enligt Bamgbade (2007) får flertalet kirurgiska patienter ingen preoperativ bedömning och för anestesipersonalen innebär det ett stort akut problem att möta någon med nålfobi inför en sövning. Det krävs ett noggrant och försiktigt bemötande med både psykiskt och farmakologiskt handhavande och när detta kommer oväntat blir det ingen bra situation för någon av de inblandade. Patienter med svår nålfobi bör genomgå desensibiliseringsterapi innan de kommer till sjukvården. För de som inte gått i terapi skall det perioperativa omhändertagandet innebära att patienten får lokalbedövningssalva vanligtvis Eutetic Mixture of Lokal Anesthesia (EMLA), benzodiazepiner och stöd från närstående för att optimera situationen. Personalen bör även tänka på miljön runt patienten, att inte visa nålar och sådan utrustning som innebär att patienten får ångest.

Sjuksköterskans arbetsuppgifter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska sjukvården uppfylla krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet i vår och behandling skall tillgodoses samt att den skall bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande. Vården ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och alla människors lika värde. Vården skall även främja en god kontakt mellan patient och vårdpersonalen. Lagen säger även att vård och behandling så långt som det är möjligt ska utformas utföras i samråd med patienten (HSL, 1982:763).

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijuksvård (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och SSF, 2008) finns att läsa att anestesijuksköterskan ska visa respekt och omsorg för patientens värdighet och integritet. Anestesijuksköterskan ska visa öppenhet och vara uppmärksam och mottaglig för patientens situation samt respektera och ta tillvara på patientens rätt till självbestämmande och dennes rätt att ta del av information. Anestesijuksköterskan skall även skapa tillit i relationen med patienten, lindra oro och rädsla och så långt som det är möjligt hjälpa patienten att behålla känslan av kontroll under ingrepp.

METOD

Ansats

Studien har utförts med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ forskning pekar på det unika i händelser och situationer och bygger på individuell tolkning av resultat. Forskarna strävar efter att karaktärisera och söka efter kategorier, beskrivningar eller modeller för att kunna beskriva ett fenomen eller ett sammanhang i världen samt att upptäcka mönster (Olsson och Sörensen, 2001). Kvalitativ innehållsanalys är användbar i omvårdnadsforskning för att tolka och granska texter från till exempel inspelade intervjuer. En induktiv ansats innebär att texten analyseras förutsättningslöst av dessa intervjuer. Fokuset ligger i att hitta skillnader och likheter i textinnehållet under analysen. Dessa placeras därefter i kategorier och teman. (Lundman och Graneheim, 2008).

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes i form av åtta intervjuer med anestesijuksköterskor vid fyra olika kliniker i Västsverige. Intervjuerna utfördes enskilt och i enrum på informanternas arbetsplatser. Intervjuerna delades upp mellan författarna så att vi utförde fyra stycken var. Intervjun utgick från en öppningsfråga som informanterna berättade fritt utifrån. Till hjälp hade vi en intervjuguide (bilaga 1) där vi skrivit upp stödfrågor som vi kunde ta till där det behövdes. Intervjuerna spelades in med hjälp av en digital diktafon och skrevs sedan ut ordagrant av författarna. Varje intervju tog ca: 10-39 minuter att genomföra.

Innan undersökningens början var syftet och problemområdet väl klarlagt, detta är viktigt menar Olsson och Sörensen (2001). Med utgångspunkt från vad Lundman och Graneheim (2008) säger om intervjuteknik strävade vi efter ett lugnt och samarbetsvilligt klimat för att informanterna skulle lämna så bra upplysningar som möjligt. Vi lät informanterna tala till punkt och strävade efter att de skulle känna att deras medverkan var viktig. Vi försökte utföra intervjuerna med så lite distraktion från omvärlden som möjligt så att intervjupersonen inte kan låta sig påverkas av ovidkommande faktorer såsom prat, telefoner som ringer eller liknande. Vi valde att utföra narrativa intervjuer vilket innebär att den som intervjuas berättar fritt om dennes upplevelser och erfarenheter av det fenomen som studeras. Forskaren blir medskapande till texten genom att stimulera berättandet.

Informanter

Innan intervjuerna kunde ta sin början erhöles ett skriftligt godkännande från verksamhetschef på respektive klinik (bilaga 2) och sedan valde vårdenhetschefen på avdelningen ut de anestesijuksköterskor som ingick i studien. Vi bad att få både manliga och kvinnliga informanter men för övrigt var det vårdenhetschefen som gjorde urvalet. Informanterna hade mellan 8-31 år i yrket som specialistsjuksköterska inom anestesijukvård. Två av informanterna var män och sex var kvinnor. Åldern på informanterna sträckte sig mellan 35-57 år, majoriteten var över 50 år och alla hade erfarenhet som sjuksköterska mellan 2-13 år innan de utbildat sig till anestesijuksköterska.

Etiska överväganden

Innan genomförandet av intervjuerna erhöll informanterna både skriftlig (bilaga 3) och muntlig information om studien. Informationsmaterialet behandlades konfidentiellt och endast författarna samt handledarna har tagit del av detta. Information som skulle kunna identifiera informanterna redovisas inte. Informanterna informerades om att deltagande i studien var frivilligt och att intervjun när som helst kunde avbrytas om så önskades.

Dataanalys

För att båda skulle få en helhetsbild av den insamlade datan lyssnade vi på samtliga intervjuer tillsammans. Varje intervju skrevs ut ordagrant av den som utfört den och har sedan lästs igenom och analyserats av båda författarna. Innan analysprocessen tog sin början reflekterade vi tillsammans över intervjuernas huvudsakliga innehåll.

De transkriberade intervjuerna analyserades av författarna tillsammans enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Genom att läsa igenom texterna identifierades meningsbärande enheter som sedan kondenserades och benämndes med en kod. Koderna markerades med olika färger, en för varje intervju och har sedan legat till grund för subkategorierna och kategorierna som presenteras i resultatet. Beskrivning av analysprocessen bifogas (tabell 1) Precis som Olsson och Sörensen (2001) såväl som Kvale (1996) påtalar är viktigt skrev vi själva ut intervjuerna i nära anslutning till intervjutillfället. Detta för att så långt som möjligt eliminera missuppfattningar.

RESULTAT

Resultatet i studien redovisas som kategorier med tillhörande subkategorier. Kategorierna är: stödjande faktorer i mötet, hindrande faktorer i mötet och patientnära faktorer som påverkar mötet. Resultatet förstärks genom att redovisa citat från intervjuerna.

Stödjande faktorer i mötet

Kategorin innefattar beskrivningar av stödjande faktorer i anestesijuksköterskans möte med den stickrädda patienten. Beskrivningen handlar om att vara i expertrollen, säkerhet i expertrollen och betydelsen av god praktisk förberedelse.

Att vara i expertrollen

Informanterna i studien förklarar att de med sin utbildning och erfarenhet genom att sticka ofta utvecklar en skicklighet inom sitt område, en skicklighet som gör att de ses som experter på att sticka patienter, det vill säga sätta infarter och ta prover. Flera av informanterna beskriver en yrkesstolthet, att de som anestesijuksköterskor ska vara stolta över den kunskap de besitter.

Synen på anestesijuksköterskan som en slags expert inom området venpunktion delas av såväl patienter som övriga personalkategorier. Informanterna berättar hur de mottas positivt av patienter och personal vid tillfällena då de går till avdelningar som stickhjälper. De blir

inkallade som expertis då patienten är rädd och ledsen inför sticksituationen. Informanterna beskriver det som en tacksam roll att gå ut på olika avdelningar som stickhjälp till stickrädda patienter, att de och deras kunskap blir uppskattade av såväl patienter som personal. Informanterna beskriver även hur de kommer in som i ett överläge då de kommer in och ska sticka där någon annan har misslyckats eller kanske inte vågat försöka. Detta överläge tror de ger dem en fördel inför mötet med den stickrädda patienten. En av informanterna berättar på följande sätt:

”när vi kommer då har dom preparerat patienten genom att säga jag ringer narkosköterskan de är proffs på detta. Jaha, redan där så är det ett steg, å så kommer man in där då kanske med massa pennor i fickan o läkarrock å sökare och så vidare och kanske en sån där operationsmössa också å då blir det en signal, nu kommer det nån som är jätteduktig på detta, å då är det stor sannolikhet att patienten slappnar av, nu är det nån som är proffs o de är tacksamt att komma dit”

Informanterna beskriver även att deras utbildning och erfarenhet gör att de blir skickliga att tolka tecken på rädsla hos patienterna och ger dem kunskap om hur de gör för att bekräfta den. Att lyckas med ett enda stick är något som är viktigt, att endast ett stick ska behövas för att minska lidandet hos patienten.

Säkerhet i expertrollen

Informanterna betonar vikten av att vara närvarande i mötet med den stickrädda patienten. De beskriver att de är noga med att hälsa på patienten, gärna genom att ta dem i hand och se dem i ögonen samt presentera sig med namn och med titel. Informanterna förklarar att de är noga med att bekräfta patienten och visa att de finns här för honom eller henne just nu. Det är viktigt att skapa ett lugn hos de stickrädda patienterna, att få dem att slappna av och känna sig omhändertagna. Genom att visa att de behärskar situationen, att de kan sin sak och vet vad de gör försöker informanterna skapa trygghet hos patienterna. Att vara lugn och stabil är ett sätt att inge förtroende, att visa sig självsäker är ett annat.

Vikten av att anpassa sitt bemötande till de stickrädda patienterna påtalas av informanterna, att gå långsammare till väga och förklara lite mer är två olika sätt. Någon beskriver det som att ta det mer försiktigt och någon annan som att vara lite mer omtänksam och kanske säga något uppmuntrande. Att inte behandla alla patienter lika utan anpassa sig utifrån varje person man möter är något som alla informanter påtalar. En av informanterna beskriver sitt bemötande på följande sätt:

”det är inte så att man behandlar alla lika utan man går in och individanpassar och man känner in vad är det här för människa då, hur ska jag ta hand om den här människan på bästa sätt o har man fått den informationen att patienten är stickrädd så växlar man in på den linjen och sen så får man, det är ju fortfarande så att man inte följer en mall men lite annorlunda inställning har man när man går in då, kanske tänker på att vara extra lugn och e' extra avslappnad”

Informanterna påtalar att det är viktigt att visa förståelse för patientens situation, bekräfta patienten och dennes rädsla. Patienten ska inte behöva känna att den är ensam om sin rädsla eller att det är något att skämmas för. Informanterna uttrycker även att det ibland kan vara svårt att veta om det verkligen är sticket patienten är rädd för eller hela situationen. En operation kan vara en skrämmande upplevelse för många patienter. Informanterna uttrycker att det ibland kan vara svårt att veta vad som är stickrädsla och vad som är rädsla för operationen.

Eftersom ett stick så gott som alltid är nödvändigt inför en operation påtalar flera av informanterna vikten av att vara bestämd. Att vara bestämd kan också vara ett sätt för informanterna att få patienten att känna tillit. En av informanterna förklarar begreppet att vara bestämd så här:

”Så det brukar vi oftast säga till dem att när dom väl kommer upp även om dom är jätterädda att det här kommer vi inte ifrån, att även om dom är jätterädda, så den här operationen kommer vi inte att få utföra om vi inte får sätta denna nålen, att vi gör det så fort som möjligt, så är du av med det. Och då brukar det oftast gå bra /.../ jag är mycket för att man inte ska ”lulli-lulla”, var klar, var rak och försök och gör det så fort som möjligt så får dom mindre ont så. Sen, det är klart att man inte ska vara hård, man kan ju vara bestämd på ett speciellt sätt, så det tror jag”

Att vara bestämd är dock inte samma sak som att tvinga sig på patienten är informanterna noga med att påtala. Även om man är bestämd så är det viktigt att lyssna på patienten och uppträda vänligt. Ett bra möte uppstår genom att kommunicera med patienten och göra det bästa för honom eller henne.

Betydelsen av god praktisk förberedelse

Samtliga informanter påtalar vikten av att göra sticksituationen så bra som möjligt för den stickrädda patienten, att alla förutsättningar för att sticket ska lyckas och gå så smidigt som möjligt är uppfyllda. En av dessa förutsättningar är att se till att allting är ordentligt förberett inför sticket. Informanterna påtalar vikten av såväl praktiska förberedelser som att de själva är mentalt förberedda på att möta en stickrädd patient. Den praktiska förberedelsen beskrivs som viktig både i hänseendet att det underlättar inför själva sticket men även att det signalerar kunskap och förtroende gentemot patienten. Att behöva leta efter saker ger inget proffsigt intryck och kan signalera osäkerhet.

Att sticksituationen optimeras genom att själva insticksstället, alltså att kärlet är optimalt är viktigt både när det gäller att komma som stichhjälp på avdelningar som när de sticker på operationsavdelningen. Värme är bra som hjälpmedel för att få fram kärlet. I de fall som informanterna går till avdelningar som stichhjälp ber de ofta avdelningspersonalen förbereda genom att värma den kroppsdel på patienten (oftast handen) som ska stickas då det tar extra tid att vänta ut effekten. I fall där detta inte är förberett försöker de utnyttja väntetiden för att skapa en kontakt och få patienten att känna sig trygg och lugn. En informant förklarar så här:

”jag känner först om patienten är kall om händerna och är dom det så brukar jag gå hämta ett fat med varmvatten så dom får doppa händerna i o så pratar vi lite allmänt o jag frågar lite om hur dom mår o, kanske om man hinner så långt som vad dom jobbar med eller vad dom tycker om, liksom försöker få dom lite avstressade o så sitter vi där med händerna i varmvattnet och det går en stund o det brukar oftast inte vara att dom är svåra att sticka utan är stickrädda”

Informanterna talar om vikten av att ta tid på sig när de möter en stickrädd patient, dels för att skapa en bra kontakt och dels för att ta sig tid till hitta de kärl som är bäst lämpade. Att tid är väldigt avgörande framkommer tydligt dels för att patienten skall känna sig lugn och trygg och även för att informanterna själva inte ska känna stress. Stickrädda patienter har större behov av tid för att det skall bli så bra som möjligt. Flera av informanterna betonade att de ger extra tid för dessa patienter. Därför är det viktigt att förbereda praktiskt så mycket som möjligt innan.

Ett flertal praktiska hjälpmedel kan vara betydelsefulla för att optimera sticksituationen för den stickrädda vuxna patienten. Informanterna arbetar för att patienten skall slippa bli stucken mer än en gång och att använda sig av olika praktiska detaljer gör att det kan underlätta för både anestesijuksköterskan och patienten. Bara en sådan enkel sak som att erbjuda patienten att hålla någon kollega eller närstående i handen medan anestesijuksköterskan sticker kan vara väl så viktigt. Ibland behövs det någon kollega som hjälper till att hålla ett stadigt tag i den kroppsdel som skall stickas för att undvika att patienten rycker till vid sticket. Detta är ett dilemma då informanterna inte vill att det ska kännas som ett övergrepp samtidigt som det i vissa fall kan vara nödvändigt för att det endast skall behöva bli ett stick.

Vad gäller information är det en oerhört viktig del i allt som har med stickrädda patienter att göra. En del patienter har inte fått information om att de skall bli stuckna, en del förstår inte varför de måste stickas. Eftersom patienterna inte blivit informerade om det så har inte heller avdelningen fått reda på att patienterna är stickrädda och då kunnat förbereda med till exempel EMLA®. Det har även stor betydelse hur anestesijuksköterskan informerar patienterna när de skall få en PVK. Vissa använder sig av formuleringen ”sätta nål” vilket kan göra att patienterna tror att nålen är kvar i kärlet. Andra betonar vikten av att tala om att det inte är någon nål kvar och visar det gärna praktiskt. En av informanterna påtalade hur viktigt detta kan vara att informera om:

”och till vuxna, det är ju, kanske man inte informerar så som till barn, för där talar man ju om, är noga med att tala om att det är ingen vass grej som är kvar, utan den tar man bort och att det är en mjuk plastslang och du kan böja armen och. Det kanske jag har, inte talat om till vuxna. För man tror att dom vet detta, tar la det för givet, men det kanske dom inte vet”

Informanterna talar om EMLA® som ett bra hjälpmedel för smärtlindring vid sticket. Det kan både ha fysiologisk och psykologisk effekt. Det är samtidigt viktigt att patienterna är informerade om hur EMLA® fungerar och att de får förvissa sig om att det har effekt innan de sticker. Användningen av EMLA® varierar, informanterna upplevde att patienterna sällan får EMLA®.

Avledning i samband med sticket använder sig ett par av informanterna av. Att låta patienterna koncentrera sig på något annat som t.ex. hur de andas kan hjälpa. Ibland tar de hjälp av en kollega att avleda samtidigt som den andra sticker.

Patienternas önskemål tillgodoses så mycket som möjligt. Det kan gälla patienter som blivit stuckna mycket tidigare som vet var de vill bli stuckna i första hand eller om de vill ha det på något speciellt sätt i sticksituationen t.ex. om de vill titta på eller inte, om de vill att de säger till precis när de sticker eller inte. De är väldigt noga med att de försöker anpassa situationen för varje patient på bästa sätt. Här beskriver en informant detta:

”jag skulle vilja att vi sjukvårdspersonal lyssnade på patienterna lite mera, så att dom har, utan att ta vårt eget ego, alltså jag som är jätteduktig och sticka ska inte säga till patienten att nej, jag kan inte sticka dej där eller där utan javisst, ja, jag tar där och sticker dej och så och så fixar jag det andra sen då, när patienten är sövd”

Det råder delade meningar bland informanterna om det är bra att veta om en patient är stickrädd innan de möter patienten. Ibland får de inte veta att någon är stickrädd utan avdelningen ringer och ber om stickhjälp bara. En del av informanterna tyckte att det är bra om de får veta det, de känner sig då mer förberedda själva och kan ju då även se till att patienten får EMLA®. En av informanterna tyckte att det är bättre att inte veta att patienten är stickrädd utan hellre få bilda sig en egen uppfattning.

Hindrande faktorer i mötet

Kategorin innefattar beskrivningar av hinderande faktorer i anestesijuksköterskans möte med den stickrädda patienten. Beskrivningen handlar om kommunikationssvårigheter med patienten och konsekvenser av tidsbrist i mötet.

Kommunikationssvårigheter med patienten

Informanterna i studien tar upp en rad hinderande faktorer som kan påverka mötet med den stickrädda vuxna patienten. Om det inte går att kommunicera med patienten och inte patienten förstår vad som skall göras och anestesijuksköterskan inte heller kan förmedla det blir det ett stort bekymmer. De gäller både språksvårigheter där det inte finns tillgång till tolk samt förståndshandikappade eller dementa patienter.

De tillfällen där patienten absolut inte vill medverka i sticksituationen, spänner sig, drar undan armen, skriker är förstås en väldigt krävande situation. Informanterna betonar att de samtidigt vill lyckas vid första sticket så att plågan blir så kort som möjligt för patienten.

Konsekvenser av tidsbrist i mötet

Tidsbrist är en stor nackdel när det gäller att ta hand om de stickrädda patienterna. De kräver ofta mer tid än övriga patienter och ibland är den tidsrelaterade arbetsmiljön inte optimal. Om patienten kommer akut och behöver stickas finns det inte tid för att varken smärtlindra eller premedicinera utan patienten måste då stickas direkt. Anestesijuksköterskorna själva hinner inte heller förbereda sig mentalt om det kommer en väldigt stickrädd patient.

”Alltså om det kommer in en patient akut då har jag ju ingen tid att förbereda mig, så är det ju o då, om det är sådan akutsituation så kanske man inte har tid att sätta EMLA heller det beror ju på hur snabbt, ehh det behövs”

Patientnära faktorer som påverkar mötet

Kategorin innefattar beskrivningar av patientnära faktorer i anestesijuksköterskans möte med den stickrädda patienten. Beskrivningen handlar om tidigare erfarenheter hos patienten, patientens copingförmåga och patientens reaktioner under sticksituationen.

Tidigare erfarenheter hos patienten

Informanterna i studien talar mycket om den stickrädda patienten, om varför stickrädslan kan ha uppkommit enligt deras uppfattning och erfarenhet. Vad många informanter upplever är att patienternas stickrädsla ofta beror på händelser patienterna varit med om tidigare i livet, som barn eller i vuxen ålder. Dessa upplevelser kommer tillbaka då det är dags att uppleva ett stick på nytt. Genom att försöka förstå den bakomliggande orsaken till rädslan blir det också lättare för informanterna att bemöta patienterna på ett bra sätt. Eftersom informanterna uppfattar att tidigare händelser så starkt påverkar den stickrädda patienten är de noga med att ge patienterna en upplevelse som kan ge dem trygghet. Informanterna beskriver det som att målet för deras bemötande och stick gällande den stickrädda patienten är att patienten ska få en positiv upplevelse av sticket så att rädslan kan minska till nästa sticksituation. Därför är det av yttersta vikt för dem att denna sticksituation blir så bra som möjligt. En av informanterna berättar:

”Och så vill jag att när hon går hem och så nästa gång som hon behöver återkomma, för hon kommer att behöva göra det nån gång, kanske för en helt annan sak då, så ska hon känna att det var tryggt förra gången och att det kanske ska gå bra denna gång också då, även om man har sin rädsla. Men just så att man känner att varje gång man går igenom något att aha, det blir bättre och bättre”

En annan orsak till stickrädslan tror några av informanterna kan vara att patienten i fråga är svårstucken. Om det är besvärligt och svårt att sticka varje gång som patienten behöver bli stucken blir det en smärtsam process för patienten som ligger till grund för rädslan.

Informanterna beskriver att de ofta träffar patienter både på operation och som stickhjälp på avdelningar som har kroniska sjukdomar som kan göra dem svårstuckna och med tiden även stickrädda.

Informanterna som arbetar med patienter som behöver sövas för tandingrepp beskriver att de patienterna oftast får både EMLA och premedicinering som rutin. De behandlas annorlunda då de förväntas ha rädsla för allt som har med nålar att göra. Ofta är det på grund av deras tidigare erfarenheter med tandvårdsskräck eller att de är förståndshandikappade som gör att de måste sövas för dessa ingrepp.

Flertalet av informanterna berättar om deras funderingar kring patienter med piercing, de berättar om hur patienter med flera piercingar kan vara mycket rädda för att bli stuckna.

Informanterna uttrycker en viss frustration kring denna skillnad. Informanterna förklarar även att de tror att det är en skillnad mellan stick som har med piercing att göra och de stick som de får i samband med vård. Ett stick i samband med piercing innebär något roligt medan ett stick inom vården innebär något helt annat. En av informanterna illustrerar detta på följande sätt:

”För det är väldigt många unga flickor som kommer till oss och så är de rädda för nålen men så är de piercade överallt och så frågar man dom hur har detta gått till och så, det där gör ju mer ont än det jag gör men jag tror att det är hela situationen som gör det, att det blir så mycket större”

Patientens copingförmåga

Informanterna beskriver hur de stickrädda patienterna hanterar sin rädsla och hur denna hantering skiljer sig patienter emellan. Alla individer är olika men informanterna har också lagt märke till skillnader gällande kön, ålder och kultur. Att yngre patienter är mer stickrädda än äldre är samtliga informanter överens om. Detta tros bero på att äldre har en större livserfarenhet och på så sätt är tåligare. Äldre har nog lättare att behärska sig tror informanterna, att det kanske är rädda men inte visar sin smärta utåt lika mycket som yngre patienter. Hur patienterna visar sin rädsla skiljer sig också mellan olika grupper tycker informanterna. En skillnad de beskriver är att människor från andra kulturer än vår nordiska har lättare att agera ut sin rädsla. Informanterna påtalar även signifikanta skillnader mellan könen, hur rädda de är men framför allt hur de agerar ut sin rädsla. Informanterna beskriver olikheter i hur tjejer och killar visar sin rädsla. Tjejer gråter oftare och är ledsna medan killarna ofta försöker hålla minen och verka oberörda men att det ändå går att läsa av deras rädsla med hjälp av kroppsspråket. En informant talar om skillnader mellan både åldrar och kön:

”då blir det ju varje dag man stöter på stickrädda o framförallt unga tjejer, men det ju inte, alltså det är ju aldrig nån man på 60 år som säger att dom är rädda för att bli stuckna, så e det ju faktiskt. Så därför känns det som det är de unga tjejerna.”

Flera av informanterna beskriver olika faktorer som de tror påverkar patienten och är avgörande för hur denna hanterar sin rädsla för stick. Ingreppets art kan vara en faktor som är avgörande för hur de stickrädda patienterna hanterar sin rädsla. Även det faktum att man är patient och känner sig utelämnad tror informanterna kan vara en sak som kommer till uttryck i rädsla för att bli stucken. Ska patienten genomgå ett ingrepp som är känslomässigt påfrestande förvärras rädslan tror informanterna. Ett exempel är unga tjejer som skall genomgå en abort, de visar ofta stor rädsla för att bli stuckna och informanterna drar slutsatsen att känslomässiga ingrepp eller annat runt omkring kan förvärra patienternas rädsla för att bli stuckna och hur de hanterar denna rädsla.

Patientens reaktioner under sticksituationen

Även om inte patienten uttryckligen påtalar att han eller hon är stickrädd förklarar informanterna att de uppmärksammar en stickrädd patient med hjälp av deras olika fysiska reaktioner. Det finns likheter i hur en stickrädd patient ser ut och betar sig och dessa tecken

går att använda sig av även om patienterna pratar eller inte. Ett tydligt sätt de stickrädda patienterna visar sin rädsla genom är att de gråter när det är dags att bli stucken. Andra fysiska tecken på rädsla informanterna noterat var att de stickrädda patienterna blev kallsvettiga och svettiga i händerna, att de blev bleka eller att de rodnar och att pupillerna vidgas och blir stora. En del patienter har svårt att ligga still eller kryper ihop och lägger sig i fosterställning. Ibland går rädslan så långt att patienterna inte kan styra över hur de reagerar och svimmar.

”... och så bestämde vi oss för att nu gör vi det och så gjorde jag det och så svimmade hon. Det, ibland kan du inte, man kan inte hjälpa det ändå, dom, en del är så rädda och så spelar det ingen roll om dom har EMLA eller nånting för hon, hon, även om inte hon, hon kände ingenting, tror jag, hon var så stressad för detta...”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Datainsamling

Intervjuer var lämpliga att använda för att samla in data eftersom syftet var att beskriva anestesisyjuksköterskans erfarenheter av att möta vuxna patienter med stickrädsla. En alternativ metod kunde varit enkäter med strukturerade frågeformulär. Författarna ansåg att enkäter med färdiga svarsalternativ inte skulle ge möjlighet att låta anestesisyjuksköterskan att med egna ord beskriva sin egen erfarenhet och därför var inte detta ett alternativ. Även om en enkät med möjlighet att skriva ner egna tankar också finns har vi erfarenhet av att personer inte alltid tar sig tid eller har svårigheter att formulera sig på det viset. Det kan vara lättare att berätta öppet och det går dessutom fortare att få med mer innehåll än om de skulle skriva ner det.

Urvalet av informanterna gjordes av vårdenhetscheferna, det enda vi önskade var att helst få både kvinnliga och manliga informanter. Nu blev det ändå kvinnliga informanter i majoritet men vi tyckte inte att det hade någon betydelse för denna studiens resultat eftersom de två manliga informanterna som deltog berättade om samma saker som de kvinnliga. Det skulle kanske kunnat se annorlunda ut om antalet manliga deltagare hade varit fler men det är inget vi kan dra några slutsatser om. Urvalet av informanter blev att alla hade lång erfarenhet, det kunde förstås vara intressant att undersöka skillnaden om några hade haft mindre erfarenhet i yrket. Informanterna arbetade på fyra olika operationsavdelningar med olika sorters patientkategorier. Några av informanterna arbetade enbart med kvinnor och detta kan ha påverkat resultatet då de mestadels berättade om deras möten med stickrädda kvinnor. En av informanterna skiljde sig från de övriga i sitt bemötande. Vad vi inte vet är om vi haft fler informanter i så fall kunnat påvisa att detta är mer eller mindre vanligt. Det hade möjligen haft större genomslagskraft om antalet informanter var betydligt fler men tidsbrist gjorde att detta inte var möjligt. Då informanterna påpekade liknande erfarenheter tror vi ändå att vi fått fram mycket relevant som kan överföras till anestesisyjuksköterskor och även till sjuksköterskor inom andra områden.

En del av informanterna berättade mycket direkt efter öppningsfrågan, en del behövde mer hjälp av följdfrågor direkt för att komma igång. Intervjuguiden kom väl till pass i alla intervjuer och var ett stöd för oss i intervjuandet då vi var noviser i detta område.

Intervjuguiden kan dock ha hindrat oss i att lyfta fram sådant de berättat om som en erfaren intervjuare kunnat fånga. Vi försökte att vara medvetna om vår förförståelse och lägga den åt sidan under intervjuerna för att öppet reflektera över vad de sa. Att göra underförstådda antaganden om intervjupersonens kunskaper, inställning och beteenden kan vara en felkälla enligt Lundman och Graneheim (2008). Användandet av en diktafon som inspelningsmaterial gjorde att vi kunde koncentrera oss på informanten under intervjun och därefter transkribera dessa ordagrant efteråt i lugn och ro. Då elimineras risken att något missas. Någon enstaka tyckte att det till en början kändes lite obekvämt att spelas in men ju längre intervjun framskred var det ett mindre problem. Tiden per intervju varierade en del men vi tycker att det som var viktigt ändå framkom. En del informanter var mer pratsamma än andra men det behöver inte betyda att innehållet blev varken bättre eller sämre.

Vid en av intervjuerna var den förberedda informanten sjuk när intervjun skulle äga rum. De lyckades dock ersätta med en annan anestesijuksköterska som var helt oförberedd på detta och först ovillig till att spelas in. Trots erbjudande om att återkomma en annan dag beslöt hon sig att genomföra intervjun. Det visade sig att det inte hade någon märkbar betydelse då hon pratade öppet om ämnet utan problem.

En av informanterna hade redan innan intervjun kännedom om studien och pratat litegrann om ämnet med en av författarna, detta kan ha gjort att hon haft en förförståelse om studien och vad författarnas intresse i ämnet var. Detta kan ses som en nackdel i avseendet att denne kan ha anpassat sina svar efter vad han eller hon trott att vi velat ha fram, det kan också ses som en fördel då det funnits tid för informanten till att tänka efter och begrunda sina uttalanden.

Dataanalys

Vår förförståelse kan ha påverkat analysen trots att vi försökte att arbeta förutsättningslöst. Vi fann subkategorier och till slut växte huvudkategorier fram. Vi jämförde innehållet som vi fick fram med syftet kontinuerligt för att inte hamna på villospår. Resultatet består av skriven text tillsammans med citat som förstärker trovärdigheten och visar att subkategorierna överensstämmer med intervjumaterialet. Vi har beskrivit tillvägagångssättet på ett sådant sätt att studien kan göras om men då den består av endast åtta informanter så är det inte säkert att resultatet skulle bli likadant. Mer omfattande studier kan behövas för att få en större tillförlitlighet.

Resultatdiskussion

Denna studie visar att informanterna med sin utbildning och erfarenhet ser sig själva som experter inom området. Synen på dem som experter delas av både patienter och annan vårdpersonal och detta använder sig informanterna av för att skapa en trygghet i mötet med den stickrädda patienten. Patienten ska känna sig sedd och respekterad. För att skapa ett bra möte är det viktigt att ge sig tid till att förbereda sig själva och patienterna både mentalt och

praktiskt. Informanterna berättar om hur den stickrädda patienten agerar i sticksituationen och vad de tror kan vara bakomliggande orsaker till rädslan.

Att möta vuxna stickrädda patienter inom vården är inte ovanligt. Då anestesijuksköterskan tillhör den kategori som dagligen sticker många patienter och är de som anses vara expert på att sticka ville vi studera och beskriva deras erfarenhet av mötet med den stickrädda vuxna patienten. En av författarna har arbetat inom barnsjukvård i över 20 år och har reagerat starkt på vilken skillnad det är när det gäller att hantera stickrädda patienter. Inom barnsjukvård är det självklart att alla barn skall förskonas från sticksmärtan och erbjuder i stort sett alla någon form av smärtlindring och i många fall även sedering. Vi upplever att förhållandet är tvärtom inom vuxenvården. Där tas det för givet att vuxna ska klara av stick utan smärtlindring och utan några vidare tankar kring att ett stick kan innebära obehag för patienten. En rutinsyssla för sjuksköterskan kan innebära ett trauma för patienten.

Att vara i expertrollen

Benner (1993) beskriver fem olika stadier i en sjuksköterskas utveckling där det femte och sista stadiet är expert. Expertsjuksköterskan kan med hjälp av sin erfarenhet uppfatta varje situation intuitivt och skapa en grundlig förståelse för situationen som helhet. Expertsjuksköterskan klarar av att göra kliniska bedömningar och lösa situationer som kan vara komplicerade med stor framgång. I resultatet framkommer att anestesijuksköterskor tillhör en av de kategorier av sjuksköterskor som sticker allra mest, och blir därför en naturlig expert. Enligt Ozolins (1998) attitydundersökning angående faktorer kring utförande av PVP på barn konstaterades det att de kategorier som hade lång erfarenhet och utförde många PVP ér per vecka (bland annat anestesijuksköterskor) skattade sin förmåga att sticka barn på första försöket högre än andra sjuksköterskor. De beskriver också att venpunktion är en prestigefylld uppgift och en duktig venpunktör ofta ses på med beundran av kollegor. Även Benner (1993) beskriver att en sjuksköterska i expertstadiet får ett påtagligt erkännande för sina prestationer från både kollegor och patienter.

Informanterna talar mycket om de stickrädda patienterna som de träffat på operationsavdelningen men även till stor del de stickrädda patienter de träffat ute på vårdavdelningarna när personalen ringt efter dem och deras kompetens. Vi ställde inga specifika frågor till informanterna om just situationer där de går till avdelningarna som stickhjälp utan detta var något som samtliga berättade om helt spontant. Med tanke på att informanterna pratar så pass mycket om stickrädda patienter de träffar när de går iväg som stickhjälp kan vi dra slutsatsen att det är vanligt förekommande att de anlitas. Enligt Benner (1993) kan expertsjuksköterskan fungera som konsult för andra sjuksköterskor och det sker när anestesijuksköterskan går till avdelningar som stickhjälp. Det framkommer i resultatet att det bör vara en erfaren och skicklig anestesijuksköterska som tar hand om en stickrädd patient, detta tyder på att de tar rädslan på allvar och gör sitt bästa för patienten.

Säkerhet i expertrollen

Det är viktigt för informanterna att göra sitt bästa för att få ett så bra möte som möjligt med den stickrädda patienten. De betonar hur de tar sig tid och är närvarande i mötet och bekräftar patientens rädsla. Även om informanterna beskriver lite olika tillvägagångssätt så är deras mål och strävan att göra det så bra som möjligt för patienten. Som Dahlberg (2002) beskriver innebär ett lidande som uppkommer genom den vård som ges ett vårdlidande. Att behöva bli stucken kan innebära ett enormt vårdlidande för en stickrädd patient men här anser vi att anestesijuksköterskan har en viktig uppgift där han eller hon faktiskt kan lindra detta. Hur anestesijuksköterskan bemöter och agerar kring den stickrädda patienten är av stor betydelse och kan nog vara avgörande för hur patienten uppfattar vården som helhet. Vårdlidande anser vi vara en form av lidande som vi som vårdpersonal kan och bör göra vårt bästa för att minska eller förhindra helt. Även om inte informanterna i studien använder sig av begreppet vårdlidande så kan vi dra slutsatser att deras agerande syftar till att minska det vårdlidande som kan uppstå då en stickrädd patient behöver stickas. Informanterna beskriver hur de respekterar patientens rädsla, hur de lyssnar på patienten och tar sig tid för honom eller henne, allt detta tolkar vi som sätt att minska vårdlidandet för patienten.

I ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijuksvård” (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och SSF, 2008) betonas det bl.a. att anestesijuksköterskan skall skapa tillit i relationen med patienten, lindra oro och rädsla och så långt som det är möjligt och hjälpa patienten att behålla känslan av kontroll under ingrepp. Detta tyckte vi att informanterna i studien försökte att tillämpa väl i mötet med den stickrädda patienten.

Betydelsen av god praktisk förberedelse

Informanterna i studien visade att de verkligen tänkte på hur de praktiskt kan optimera sticksituationen för stickrädda patienter. Deras erfarenhet visade att vikten av att förbereda både sig själva, patienterna och att alla praktiska detaljer fanns tillgängliga har stor betydelse. Informanterna i studien upplevde att det är sällan som patienterna har fått EMLA® när de kommer till operationsavdelningen. Det framkom att det kunde bero på att patienterna inte var informerade om att de skulle bli stuckna vilket kan vara ett tecken på att det brister i rutinerna på avdelningen. Om inte det kommer fram så får personalen kanske inte reda på att patienten är stickrädd och får då inte chans till smärtlindring. Vi drar slutsatsen att denna kommunikation hade förbättrats om anestesijuksköterskorna hade arbetat enligt modellen för perioperativ vård som von Post (2005) skriver om. En förbättrad kommunikation mellan vårdavdelningen och operationsavdelningen hade kunnat underlätta för att förbereda på bästa sätt inför sticksituationen och på så sätt förbättra vården för den stickrädda patienten.

Informanterna betonade att EMLA® är ett bra hjälpmedel för de stickrädda patienterna. Det hjälper anestesijuksköterskan i deras möte genom att kunna visa och säga att de är bedövade i huden som både har en psykologisk och fysiologisk effekt. Varför det då är så sällan som EMLA® erbjuds på avdelningarna om inte patienten själv ber om det? Många vuxna patienter känner inte till att det finns smärtlindring att tillgå. Det är också intressant att EMLA® är den

enda smärtlindring som nämns av informanterna, en informant nämnde Rapydan® men att det var ovanligt att det användes. Ingen verkade använda sig av kylspray, isbit eller lite massage över insticksstället, metoder som enligt Hamilton (1995) går lätt att använda sig av även om det är bråttom att sticka.

Informanterna ser det som en nackdel om de inte har tid för den stickrädda patientens behov och inte heller har tid att förbereda sig själva, då har de inte heller tid att optimera sticksituationen genom god praktisk förberedelse på det sätt som de i resultatet har beskrivit är så viktigt.

Kommunikationssvårigheter med patienten

Informanterna i studien berättar om hur kommunikationssvårigheter med patienten hindrar dem från att skapa ett bra möte, detta hindrar även den perioperativa dialog som von Post m.fl. (2005) talar om. Det har i studien framkommit att det är betydelsefullt att kunna kommunicera med patienten för att göra sticksituationen så bra som möjligt. Andra hindrande faktorer som att patienten drar sig undan och skriker vilket informanterna berättar om kan vara tecken på den ”fright, fight, flight” reaktion som Bjålie m. fl. (1998) talar om. Detta kan troligtvis undvikas om informanterna ges möjlighet att förbereda sig inför mötet.

Tidigare erfarenheter hos patienten

Informanterna spekulerade kring patienternas upplevelser, detta är ingen sanning utan får tolkas med försiktighet. Vi valde ändå att ta med detta då detta var något som informanterna talade mycket om och återkopplade till.

Informanterna i studien har liksom Wright m.fl. (2009) lagt märke till att tidigare erfarenheter påverkar patienternas inställning till att bli stuckna i stor utsträckning. Därför är de också väldigt noga med att deras sticksituation ska bli så bra som möjligt. De är måna om att skapa en trygg situation för patienten så att det kan minnas detta stick på ett bra sätt, så att det blir lättare för dem i framtiden. På så sätt hoppas de kunna minska patientens obehag och rädsla inför nästa stick.

Flera av informanterna pratade om de patienter som var där för tandbehandling i narkos, där hade de ofta haft ett preoperativt samtal innan de kom dit och var då förberedda med EMLA® plåster redan hemifrån samt att många även fick läkemedel med sederande effekt. Dessa patienter fick alltså en helt annan omvårdnad som rutin för att de var kända som tandvårdsrädda sedan tidigare eller hade någon form av förståndshandikapp. Ingen av informanterna pratade om terapi i förebyggande syfte såsom desensibilisering men som Bamgbade (2007) beskrev i sin studie får däremot patienter som har en förväntad nålfobi både EMLA och benzodiazepiner.

Några av informanterna reagerar på är att hur många patienter med piercings kommer in och är rädda för att bli stuckna. Klarar man av att bli stucken för att sätta dit en piercing borde man kanske även klara av ett stick inom vården? Dessutom vet vi av egen erfarenhet att de nålar som används vid en piercing ofta är grövre än de kanyler som används inom sjukvården. En förklaring kan ju vara som informanterna resonerar kring, att piercingen innebär något

lustfyllt, något personen vill ha och själv önskat sig. En piercing innebär att smycke sin kropp, man känner sig fin och gör det för sin egen skull medan ett stick inom vården ofta innebär precis det motsatta. Anestesisjuksköterskans stick innebär en stress för patienten och den nära förestående operationen eller ingreppet innebär ofta en rädsla som kan vara svår att hantera för patienten. Som Lazarus (1999) skriver så påverkas stress och emotioner av krav, begränsningar, möjligheter och kultur. Meningen med situationen är avgörande för hur stressen hanteras. På detta sätt tycker vi att borde man kunna se en logisk förklaring till hur man kan vara rädd för att få en PVK men inte rädd för en piercing.

Patientens copingförmåga

Informanterna i studien berättar att det är vanligare att de stöter på stickrädda kvinnor än män, eller att de har lättare att fånga upp kvinnornas tecken på stickrädsla. Vissa av informanterna arbetar mestadels på en kvinnoklinik och träffar därför uteslutande kvinnliga patienter men majoriteten av informanterna arbetar med både kvinnor och män och noterade en ökad förekomst av stickrädsla hos kvinnorna. Detta överensstämmer med vad Wright m.fl. (2009) sett i sin studie där deras resultat visar på en större förekomst av stickrädsla hos kvinnor än hos män. Det är intressant att fråga sig om det verkligen är så att kvinnor är mer rädda än män eller om de bara har lättare att bejaka sin rädsla och visa den utåt? Är gråten en form av copingstrategi? Värt att notera är att Bournaki (1997) i en studie på barn och deras reaktioner vid stick noterar att flickor gråter mer än pojkar vid sticksituationer. Kan det vara så att flickor och kvinnor är mer rädda än pojkar och män, eller har de bara lättare att visa sin rädsla? Hur ska man som anestesisjuksköterska göra för att fånga upp även männens rädsla och lindra den innan det går så långt att de svimmar?

Ålder var en annan faktor som skiljer de stickrädda åt, informanterna berättar om en ökad förekomst av stickrädsla hos de yngre patienterna. Detta har även Wright m.fl. (2009) konstaterat i sin studie där en majoritet av de stickrädda patienterna var under 40 år. Detta är något man som anestesisjuksköterska kan ta till sig och alltså vara mer uppmärksam när det gäller yngre patienter och stickrädsla. Orsakerna till varför yngre är räddare än äldre tål att funderas på men kanske är det som informanterna i studien talar om, att det har en annan livserfarenhet och därför har bättre resurser att hantera sin rädsla d.v.s. deras förmåga till emotionsfokuserad coping (Lazarus 1999).

Som Lazarus (1999) beskriver kan samma stimuli påverka olika personer på olika sätt beroende på karaktär, som i denna studie kan ses som patienternas ålder, kultur, tidigare erfarenheter och kön. När externa och/eller interna krav uppstår som bedöms överstiga en persons resurser kan coping ses som kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att hantera specifika stressorer. Copingmetoder kan både patienter och anestesisjuksköterskor använda sig av vid eventuell stress i sticksituationen.

Patientens reaktioner i sticksituationen

Informanterna i studien är uppmärksamma på ett antal fysiska reaktioner som uppvisas av de stickrädda patienterna, dessa är i stort sett de samma som Hamilton (1995), Bambgade (2007), Kose och Mandiracioglu (2007) och Wright m.fl. (2009) fått fram i sina studier. Dessa

reaktioner kan dock ses som allmänna tecken på rädsla men kan ändå appliceras på stickrädda patienter. Patienten kan visa tecken på rädsla utan att det är själva sticket han eller hon är rädd för, det kan ju vara en rädsla för ingreppet i sig. Detta är en svårighet som informanterna tar upp, ibland kan det vara svårt att veta om patienten är rädd för sticket eller något runt omkring som tar sig uttryck i just en rädsla för att bli stucken. Men som våra informanter betonar är det viktigt att kommunicera med patienten för att få reda på var rädslan befinner sig för att kunna lindra denna.

SLUTSATSER

Informanterna i studien beskriver hur de genom sin erfarenhet och utbildning känner en trygghet inför att möta stickrädda patienter. Denna trygghet förmedlar de till de stickrädda patienterna genom att visa att de behärskar situationen och visar att patienten är i trygga händer. Eftersom anestesijuksköterskorna har god erfarenhet av att utföra PVP ses de som en expert av såväl patienter som övrig vårdpersonal och denna expertisroll är något som skapar lugn och trygghet hos de stickrädda patienterna. För att bemöta en stickrädd patient på bästa sätt betonar informanterna vikten av god förberedelse inför sticksituationen. Förberedelserna består i att vara både mentalt och praktiskt förberedd samt att ta sig tid för patienten och se till att använda de praktiska hjälpmedel som finns tillgängliga, t.ex. EMLA. Informanterna bemöter varje stickrädd patient individuellt och genom att se och lyssna till patienten bekräftar de patientens rädsla. Informanterna i studien beskrev en mängd olika faktorer som påverkar dem i mötet med den vuxna stickrädda patienten. Ingen av dem negligerade att detta existerar bland vuxna utan alla hade erfarenheter av dessa patienter.

Vår erfarenhet är att många vuxna kanske skäms för att berätta om deras rädsla och de vet inte heller att det finns något hjälpmedel som t.ex. bedövning tillgängliga. Bemötandet måste individanpassas och för att få den information som är bäst lämpad för respektive patient underlättar det om anestesijuksköterskan får möjlighet att träffa patienten innan. Erfarna anestesijuksköterskor skulle även kunna utbilda personal på vårdavdelningarna och ge råd i hur personalen kan hjälpa dessa patienter redan på avdelningen. PVP är en mycket frekvent förekommande procedur och som för många patienter innebär ett onödigt vårdlidande. Vidare skulle det vara intressant att se mer studier som fokuserar på hur vuxna stickrädda patienter upplever omvårdnaden vid PVP, vilken information de erhållit och om de skulle önska att få smärtlindring om de erbjöds det etc.

Kliniska implikationer

- tydlig information till patienter om vad som skall ske
- preoperativa samtal med anestesijuksköterska
- erbjuda smärtlindring
- förberedelse och tidsplanering inför sticksituationen
- förbättrat samarbete och utbildning till personal på vårdavdelningar

REFERENSER

- Bambagade, O.A. (2007). Severe Needle Phobia in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(5), 322-329.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur
- Bjålie J.G., Haug, E., Sand E. & Sjaastad Ö.V. (1998) *Människokroppen*. Stockholm: Liber AB
- Bournaki, M-C. (1997). Correlates of pain-related responses to venipunctures in school-age children. *Nursing research*. 46 (3), s 147-154.
- Carnevali D. (1996). *Handbok I omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 21 (1), s. 4-8.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2006) Fear of needles and vasovagal reactions among phlebotomy patients. *Anxiety disorders*, 20, s 946-970
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.
- Halldin, M. AB (2008). S-Märkning. I: M. AB Halldin & S. GE Lindahl (red): *Anestesi*. (s.185-188). Liber: Stockholm.
- Hamilton, J. G. (1995). Needle phobia: A neglected diagnosis. *Journal of family practice*, 41(2), s 169-175
- Handbok för hälso- och sjukvård. *Perifer venkateter. Allmänt*. [elektroniskt dokument]
http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryID=2343&ParentId=2343.
Tillgänglig 2009-09-07
- Kvale S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kose, S. & Mandiracioglu, A. (2007). Fear of blood/injection in healthy and unhealthy adults admitted to a teaching hospital. *International journal of clinical practice*, 61 (3), s 453-457
- Lazarus, R. S. (1999) *Stress and emotion*. Bristol: Springer Publishing Company, Inc.
- Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B & Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172) . Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H & Sörensen, S (2001) *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ozolins, A. & Isaksson, C. (1998). Attityder bland sjuksköterskor till faktorer kring utförande av perifer venpunktion på barn. *Vård i Norden*. 18 (2), s. 12-15.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. [elektroniskt dokument] [http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompetensbeskrivn %20anestesi.pdf](http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompetensbeskrivn%20anestesi.pdf). Tillgänglig 2010-01-25

Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763*. [elektroniskt dokument] www.riksdagen.se. Tillgänglig 2010-01-12

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2005). Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt Vol. 1. SBU-rapport 171:1. Stockholm. [elektroniskt dokument] http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/angest_Vol_1.pdf . Tillgänglig 2010-01-25

von Post, I., Frid, I., Kelvered, M. & Madsen-Rihlert, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*. 25 (4), 37-42

Wright, S., Yelland, M., Heathcote, K. & Shu-Kay, Ng. (2009) Fear of needles. Nature and prevalence in general practice. *Australian family physician*. 38 (3), 172-176

Bilaga 1. Intervjuguide

Öppningsfråga:

Kan du berätta för mig om vilka erfarenheter du har av att möta vuxna stickrädda patienter?

Eventuella följdfrågor:

Hur skulle du beskriva en vuxen stickrädd patient?

Hur ofta möter du en patient med stickrädsla?

Upplever du att det är skillnad i hur män eller kvinnor uttrycker sin rädsla?

Kan du berätta om ett exempel där du träffat en vuxen stickrädd patient? Vad tänkte du, vad gjorde du? Hur reagerade patienten?

Hur ofta vet du om att en patient är stickrädd innan patienten kommer till op-avd?

Kan du beskriva skillnaden i mötet om du fått reda på det innan jämfört med om det upptäcks precis vid sticksituationen?

Finns det något som hindrar dig i mötet med den stickrädda vuxna patienten?

Finns det något som du tycker kan göras annorlunda?

Hur informerar du en patient som skall få en PVK? Vad säger du?

Upplever du att patienterna har egna önskemål om hur de vill sticksituationen ska gå till?

Bilaga 2. Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi heter Maria Löfberg och Susanne Allhage och läser till specialistsjuksköterskor inom anestesi på Högsolan i Borås. Under våren 2010 kommer vi att utföra en studie ur ett vårdvetenskapligt perspektiv med syfte att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av möten med vuxna patienter med stickrädsla.

Metoden för studien är en kvalitativ innehållsanalys. Vi kommer att intervjua sex anesthesijuksköterskor verksamma på operationsavdelningar. Vi vill be dig som arbetsledare att muntligen fråga två anesthesijuksköterskor på din enhet om de vill delta i vår studie. Vi kommer senare att kontakta dessa personer för att avtala en lämplig dag och tid för intervjun. Informanterna kommer att informeras både muntligt och skriftligt om studiens syfte och intervjuernas genomförande. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Intervjuerna kommer att bandas och skrivas ut ordagrant för att sedan analyseras av oss. Vi kommer att utföra intervjuerna på respektive avdelning under anesthesijuksköterskornas ordinarie arbetstid, alternativt en tid då det passar informanten. Alla intervjuer kommer att avidentifieras och ingen obehörig kommer att få tillgång till inspelat material eller utskrifter.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare

Angela Bång
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högsolan i Borås
Tel: XXX-XXXXXX
E-post: angela.bang@hb.se

Bihandledare

Ewa-Lena Bratt
Doktorand
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs universitet
Tel: XXX- XXXXXX
E-post: ewa-lena.bratt@vgregion.se

Vår förhoppning är att både du och informanterna kommer att känna att ert deltagande i studien är meningsfullt.

Med vänliga hälsningar

Maria Löfberg
Tel: XXXX-XXXXXX
E-post: marialovberg@hotmail.com

Susanne Allhage
Tel: XXXX-XXXXXX
E-post: susanne.allhage@vgregion.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Maria Löfberg och Susanne Allhage genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits

Bilaga 3. Information till anestesijuksköterskor i studien

Vi heter Maria Löfberg och Susanne Allhage och läser till specialistsjuksköterskor inom anestesi på Högskolan i Borås. Under våren 2010 kommer vi att utföra en studie ur ett vårdvetenskapligt perspektiv med syfte att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter i möten med vuxna patienter med stickrädsla.

Vi kommer att be dig berätta om dina erfarenheter av stickrädda patienter och hur du tänker och agerar i möten med dessa patienter. Intervjuerna kommer att bandas och skrivas ut ordagrant för att sedan analyseras av oss. Alla intervjuer kommer att avidentifieras och ingen obehörig kommer att få tillgång till inspelat material eller utskrifter. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Jag har förstått den information som givits om studien och ger härmed mitt samtycke att delta i studien.

Datum

Informantens namnteckning

Datum

Undersökandens namnteckning

Tabell 1 Beskrivning av analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<p><i>Det är uppenbart att du är rädd och har gråtit och vill inte komma upp hit till operationen, du är svullen om ögonen och fortfarande gråter och så fort jag kommer fram till patienten så börjar hon gråta mer och det där med, att man med, att den där aversionen i kroppen, att man vill inte...</i></p>	<p>Det är uppenbart att patienten är rädd när hon gråter och inte vill.</p>	<p>Patienten gråter</p>	<p>Patientens reaktioner under sticksituationen</p>	<p>Patientnära faktorer som påverkar mötet</p>
<p><i>Däremot så kan det ju va bra om man vet det innan att de är EMLAde o så, så e´det ju en fördel för patienten att de har sagt det innan där nere på avd, för då kan jag ju dessutom i mitt möte säga att jojo, nu är du bedövad, det har suttit en timma då är du bra bedövad o så e det..så det är klart att såsätt är det ju en fördel för patienten, EMLA är ju inte fel, jag menar e´man rädd så e´det ju jättebra,</i></p>	<p>Det är en fördel för patienten om den fått EMLA.</p>	<p>Smärtlindring</p>	<p>Betydelsen av god praktisk förberedelse</p>	<p>Stödande faktorer i mötet</p>