



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Maria Lindén & Marie Kvart

Handledare: Annica Sjöström- Strand

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Maria Lindén & Marie Kvart

Handledare: Annica Sjöström- Strand

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

En stor del av alla barn som söker akutsjukvård i Sverige vårdas på vuxenakutmottagningar. Sjuksköterskans upplevelse av att vårda dessa barn är ett eftersatt forskningsområde. Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning. Intervjuer genomfördes med åtta sjuksköterskor på ett akutsjukhus i södra Sverige. En kvalitativ ansats valdes och materialet har analyserats med hjälp av innehållsanalys. I resultatet framkom fyra huvudkategorier: *att vara osäker, att uppleva otillräcklighet, att känna glädje samt att överbrygga svårigheter*. Slutsatsen blev att sjuksköterskorna upplevde det som utmanande och svårt att vårda barn. Samtidigt kände de stor glädje i mötet med barnen och uttalade en tydlig vilja att på olika sätt förbättra vården. Studien visade även på vidare forskningsmöjligheter, främst gällande organisation och kunskapsutveckling.

Nyckelord

(sjuksköterska, upplevelse, vuxenakutmottagning, pediatrik akutsjukvård)

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Akutmottagning	3
Triagesystem och prioritering	4
Barn på sjukhus – behov och rättigheter	4
Föräldrarnas perspektiv	6
Sjuksköterskans utgångspunkter och perspektiv	6
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Instrument och forskningstradition	9
Datainsamling	9
Databearbetning	10
Förförståelse	11
Etisk avvägning	11
Resultat	12
Att vara osäker	13
Att vara ovan	13
Att ha brist på kunskap	14
Att känna obehag	15
Att uppleva otillräcklighet	15
Svårighet att skydda barnet	16
Brister i miljön	17
Krav utöver det vanliga	18
Att känna glädje	19
Den positiva variationen	19
Att klara uppgiften	20
Att överbrygga svårigheter	21
Egna strategier vid svåra händelser	21
Organisatoriska stöd	21
Att dela det svåra	22
Att överbrygga brister i miljön	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28
Bilaga 1 (5)	33
Bilaga 2 (5)	35
Bilaga 3 (5)	36
Bilaga 4 (5)	37
Bilaga 5 (5)	38

Problembeskrivning

Att vårda och behandla barn kan upplevas som påfrestande. Den potentiella inverkan på personalen som utför vården är ett eftersatt forskningsområde (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008). Flertalet sjuksköterskor upplever att de blir emotionellt påverkade när de vårdar barn, särskilt när barnet blir ledset eller om provtagning/ behandling inte fungerar som planerat (a.a.). PM som exempelvis reglerar antalet försök att ta blodprov eller sätta en perifer venkateter avser både att skydda barnet samt ger en ram för personalen att arbeta inom. Ytterligare forskning behövs särskilt för att förstå sjuksköterskor som vårdar och behandlar barn utanför pediatrika miljöer där inte samma stöd och skydd finns som inom de pediatrika klinikerna (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008).

Det finns studier som visar att föräldrar som söker akut sjukvård med sina barn ofta upplever sjuksköterskorna som stressade. Dessa föräldrar uppfattade att det främst var bristande arbetsrutiner och organisation som stressade sjuksköterskorna (Ygge & Arnetz, 2004). Internationella studier visar på ett ökat antal sökande till akutmottagningarna (Currie, 2006) samt att föräldrar ofta söker akut sjukvård även för icke-akuta åkommor (Forgeron & Martin-Misener, 2005). Flertalet föräldrar har en önskan att pediatrikt specialistutbildade sjuksköterskor bedömer och behandlar barnen (a.a.).

De flesta sjukhus i Sverige har en vuxenakutmottagning som också tar emot och vårdar barn (Region Skåne, 2013). På ett av Region Skånes akutsjukhus bedöms och behandlas årligen cirka 22000 akutpatienter under 18 år. Hälften av dem vårdas på barnakutmottagningen för barnmedicinska sökorsaker. Resterande, 11000 barn, vårdas däremot på akutmottagningen för vuxna (a.a.). Bilden är liknande på flera av Sveriges akutmottagningar (Region Skåne, 2013) vilket innebär att många sjuksköterskor och barn/ungdomar möts i denna vårdsituation. Då det är brist på forskning inom området behövs ytterligare kunskap för att bättre förstå sjuksköterskornas upplevelse av sin arbetssituation (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008).

Bakgrund

Akutmottagning

I Sverige saknas en nationell definition av begreppet akutmottagning. Socialstyrelsen skriver dock att sjukhusbundna akutmottagningar ansvarar för vård som inte är planerad, omfattande samtliga vid sjukhuset förekommande vårdområden och med varierande angelägenhetsgrad (Hanning, Bruce & Yngve, 2011). Sjuksköterskor har möjlighet att specialistutbilda sig inom prehospital vård, det vill säga ambulanssjukvård, men detta omfattar inte hospital akutsjukvård (Högskoleförordningen 1993:100). Socialstyrelsens statistik för 2011 omfattade cirka 2,5 miljoner akutbesök (Hanning, Bruce & Yngve, 2011). Akutmottagningar i Sverige har ett politiskt och samhälleligt uppdrag att inte överskrida fyra timmars vistelse för varje enskild patient, den så kallade fyra-timmars regeln (a.a.).

Juridiskt regleras verksamheten bland annat av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2a+2b§) vilken anger att hälso- och sjukvård ska bedrivas av den personal, i de lokaler och med den utrustning som är nödvändig för att ge god vård. Material och behandlingsmetoder måste anpassas efter den enskilda patienten och inom barnsjukvård är variationer gällande patientens storlek, anatomi och fysiologi viktiga faktorer (Vicioso och Bosley, 2009). Det är därför viktigt att ansvarig personal på akutmottagningen är väl förtrogen med exempelvis de olika endotrachealtubernas storlek och läkemedelshantering som kan bli aktuellt vid behandling av barn (a.a.).

Castanheira Nascimento¹ et al., (2011) visade i en studie på positiva effekter när det fanns anpassat lekmaterial för barn att leka med i väntrummet. Genom intervjuer med anställda avsåg studien visa på vårdpersonalens upplevelse av att vårda barn som fick möjlighet till lek under väntetiden. Studien visade att möjligheten till lek underlättade kommunikation och interaktion mellan barn och personal samt att väntetiden underlättades. För att kunna arbeta med barn på ett positivt sätt och genomföra bedömningar samt bemöta dem visade det sig därför nödvändigt med en anpassad barnvänlig miljö på sjukhuset (a.a.).

Triagesystem och prioritering

När ett barn anländer till en akutmottagning genomförs oftast en triagering (Wikström, 2006). Triage kommer från det franska ordet *trier*, som betyder välja ut. Triage är till för att prioritera och sortera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och vitalparametrar. Syftet med triage är att de mest allvarligt sjuka ska få behandling och träffa läkare först. För att underlätta och säkerställa att bedömningen av barnet blir korrekt har triagesystem utvecklats som ett beslutsstödsunderlag för sjuksköterskor på akutmottagningar (a.a.).

Eftersom ett barn på en akutmottagning har en okänd och potentiellt mycket allvarlig sjukdom finns en hög grad av osäkerhet som komplicerar ett triagebeslut (Vatnøy, Fossum, Smith & Slettebø, 2013). Att utföra triage under dessa svåra förhållanden är en krävande process och en utmaning för sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård. Ett standardiserat triagesystem, inklusive vitala parametrar och standardiserade algoritmer för tecken och symtom, har visat sig öka användningen av vitala parametrar, symtom och tecken för beslutsfattande (a.a.). Triagesystem har visat sig öka den medicinska säkerheten genom att stödja sjuksköterskan till en tidigare upptäckt av organsvikt samt genom en bättre uppföljning av barnet under vistelsen på akutmottagningen (Widgren & Jourak, 2008).

Flertalet akutmottagningar i Sverige arbetar enligt triagesystemet *retts-p* som står för *rapid emergency triage and treatment system- pediatrics* (Widgren, 2013). *Retts* har utvecklats från det tidigare triagesystemet *Metts* som står för *medical emergency triage and treatment system* och är ett validerat instrument. Skillnaden i dessa triagesystem är att *Retts* även har ett utformat bedömningsstöd anpassat för barns vitalparametrar, symtom och diagnoser d.v.s. *retts- p*. Någon anpassning till barn fanns inte i det tidigare beslutsstödet *Metts*, utan det var utformat för vuxna. Införandet av triagesystemet *retts-p* är fortfarande nytt på Sveriges sjukhus då det infördes under 2012. *Retts-p* har prioriteringar från ett- fyra, där prioritering ett innebär att barnet är allvarligt sjukt och ska omhändertas omedelbart och prioritering fyra innebär att barnet är ganska välmående och därmed kan få vänta i fyra timmar eller mer (a.a.).

Barn på sjukhus – behov och rättigheter

Enligt barnkonvention definieras barn som en individ som inte fyllt arton år. Mellan 13 och 19 år används begreppet ungdomar (UNICEF, 2006). Hälso- och sjukvårdslagen påtalar att patienter har rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, undersöknings-

metoder samt vård och behandling (SFS 1982:763, 2a+2b§). Patientsäkerhetslagen anger att vård ska utformas och genomföras i samråd med patienten, så långt det är möjligt (SFS 2010:659, kap 6, 1§). Lagstiftarens krav innebär vid vård och behandling av barn att informationen måste anpassas efter det enskilda barnets ålder och mognadsnivå (Runeson, Mårtenson och Enskär, 2007). Sjuksköterskan har möjlighet att använda olika strategier för att förklara för barnet vad som kommer att ske, beroende på ålder och mognad exempelvis med dockor, bilder eller samtal (Edwinson Månsson och Dykes, 2004).

Castanheira Nascimento¹ et al., (2011), menar att det är möjligt att använda så kallade coping-kit med enkla kommunikationskort, leksaker och böcker som medel att förklara vad som sker och underlätta vården av barn (a.a.). De sjuksköterskor som fick möjlighet att prova olika typer av coping-kit uppfattade att materialet var effektivt för att minska barnets oro samt underlättade samarbetet med barnet (Drake, Johnson, Stoneck, Martinez & Masse, 2012).

Nordisk Förening för sjuka barns behov (Nobab, 2013) menar att barn har rätt att vårdas med andra barn i en miljö anpassad för deras ålder och behov. De har vidare rätt att ha vårdnadshavare med sig vid samtliga inom vården förekommande procedurer (a.a.). Barns psykiska och fysiska behov skiljer sig beroende på vilken ålder och var i utvecklingen barnet är (Broberg, 2012). Mötet med barnet måste därför ske på den nivå där barnet befinner sig (a.a.). När ett barn är i behov av akut sjukvård och anländer till en akutmottagning är det därför viktigt att inte bara handla snabbt, utan också vara medveten om barns anatomiska, fysiologiska samt kognitiva skillnader och anpassa vården därefter (Rzucildo & Shirk, 2004).

Piaget förklarar i sin utvecklingsteori att det finns fyra huvudstadier i barns kognitiva utveckling och att de är åldersrelaterade (Broberg, 2012). Småbarn upp till två år tänker genom sina sinnen och motoriska göromål, det så kallade sensomotoriska stadiet. Under förskoleåldern utvecklas barnets förmåga att även tänka symboliskt, något Piaget benämner som preoperationellt. Ofta visar det sig i användningen av fantasi och språk. I tidiga skolåldern tillkommer ett logiskt och oftast konkret tänkande, som senare utvecklas till att även omfatta abstraktioner och förmåga till reflektion över jaget. Barns psykiska och fysiska behov skiljer sig därmed enligt denna teori beroende på hur gamla de är och var i utvecklingen det befinner sig. Barnets olika sätt att förstå sin omvärld kräver att omvärlden, i detta fall vården, är flexibel i sitt bemötande (a.a.).

Föräldrarnas perspektiv

En studie från USA visade att det är av stor betydelse för familjen att ha ett familjecentrerat vård-perspektiv även i akuta situationer (Brown, Mace, Dietrich, Knazik & Schamban, 2008). Å andra sidan framkom att vårdpersonal, såväl läkare som sjuksköterskor, upplevde det som besvärande att ha föräldrar med sig vid akuta åtgärder. Acceptansen för att arbeta familjecentrerat ökade dock med utbildningsnivå och erfarenhet (a.a.). Ett flertal studier från främst England och USA redogjorde för olika projekt som bland annat syftade till att öka kompetensen att vårda barn bland vårdpersonal och därmed stärka både barnets och föräldrarnas ställning i akuta situationer (Egerton, 2012; Forgeron & Martin-Misener, 2005; Mearns, Wilson & Buchanan, 2012). Flertalet föräldrar som uppsökte akut sjukvård med sina barn upplevde en trygghet efter bedömning av en barnsjuksköterska (Egerton, 2012). Av 100 kanadensiska föräldrar som deltog i en studie kunde samtliga tänka sig att låta en barnsjuksköterska bedöma och behandla deras barn istället för en läkare (Forgeron & Martin-Misener, 2005). Föräldrar som deltog i studien kände sig trygga med att låta barnsjuksköterskan ta anamnes och göra en basal somatisk undersökning. 82 % kunde tänka sig att låta barnsjuksköterskan suturera enklare sår och 74% av föräldrarna var villiga att låta barnsjuksköterskan remittera till röntgen och granska röntgenbilder (a.a.).

Faktorer som ökar föräldrars tillfredsställelse på en akutmottagning är bland annat kort väntetid, ett samtal för uppföljning dagen efter och 24-timmars möjlighet att komma tillbaka efter hemgång (Aitken & Wiltshire, 2005; Sónia & Ernestina, 2013). Flertalet föräldrar upplever dock att barnets integritet skyddades bristfälligt under vårdtillfället, något som de uppfattar som ett stort bekymmer (Aitken & Wiltshire, 2005). Matziou et. al., (2011) visade att föräldrar känner tillfredsställelse med sjuksköterskans attityder och bemötande men att given information inte upplevdes som lika god. Studien visade att en god vård, adekvat smärtlindring, föräldrarnas delaktighet i vården och en förtroendefull relation till personalen var de viktigaste faktorerna för föräldrarnas tillfredsställelse (a.a.).

Sjuksköterskans utgångspunkter och perspektiv

Kompetensbeskrivningen menar att legitimerade sjuksköterskor ska ha förmåga att tillämpa kunskaper inom omvårdnad och medicin samt självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning, omvårdnadsdiagnostik samt genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad (Socialstyrelsen, 2005).

Vidare anges att hen ska kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska som psykiska, samt hantera läkemedel på ett adekvat sätt med tillämpning av kunskaper inom farmakologi (a.a.).

Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar och deras närstående är barnsjuksköterskans specialistområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnsjuksköterska anger att, med utgångspunkt i barn och ungdomars specifika hälso- och sjukvårdspanorama, hen ska utföra de uppgifter som angetts för legitimerad sjuksköterska (a.a.). Hen ska även arbeta i enlighet med Barnkonventionen (UNICEF, 2006) samt den standard för nordisk barnsjukvård som anges av Nobab (2013). En legitimerad barnsjuksköterska ska ha fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens gällande barns fysiska, psykiska, sociala och kulturella utveckling och behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Hen ska även ha kunskaper och färdigheter vad gäller farmakologi, farmakokinetik och läkemedelshantering i samband med omvårdnad av barn. Vidare anges att legitimerade barnsjuksköterskor ska ha grundläggande färdigheter och kompetens i samband med akut sjukdom hos barn (a.a.). McManaway & Drewes (2010) visade att barnsjuksköterskor vid akuta händelser kunde härleda diagnostiska beslutsfattande färdigheter från sin utbildning, genom patientcentrerad vård och diagnostiska resonemang.

Både Egerton (2012) och Brown et al (2008) poängterade betydelsen av utbildning för att sjuksköterskan på ett patientsäkert sätt ska kunna vårda barn i akut sjukvård. Upplevelsen av egen kompetens gav ofta trygghet i bemötandet med barnet och dess närstående (Forgeron & Martin-Misener, 2005). Sjuksköterskor som arbetar inom barnsjukvård kan som tidigare beskrivets ofta uppleva stress och upprördhet i samband med vård av barn och vid olika procedurer där barnet inte vill medverka (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008). Campos, Circéa, Da Silva & Saporoli, (2011) beskriver att barnsjuksköterskorna upplevde det ofta problematiskt att hantera personliga svårigheter och påverkades av de föreställningar, värderingar och sociala villkor som finns i samhället. De påtalade att bättre förberedelser var nödvändigt för att kunna råda och vägleda barn (a.a.). Det är viktigt att sjuksköterskor som möter barn i vården har kunskap om barns fysiska, psykiska och kognitiva utveckling för att rätt kunna bedöma och bemöta barnet (Currie, 2006). Ett gott omhändertagande kräver komplexa ställningstaganden, inlevelse och fantasi – allt utifrån det enskilda barnets ålder och mognadsnivå (a.a.).

Syfte

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning.

Metod

Författarna har valt att använda sig av en kvalitativ metod som intervjustudie. En kvalitativ metod lämpar sig då en studie syftar till att belysa upplevelser, erfarenheter och attityder av ett fenomen (Ahrne & Svensson, 2012). Uppsatsen fokuserar på innehållet i intervjuerna med avsikt att utveckla en fördjupad förståelse för sjuksköterskans upplevelse av sitt arbete av att vårda barn på en akutmottagning för vuxna. Författarna har använt sig av innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004), för att kunna beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter samt textens innehåll. Denna analysmetod är funktionell inom omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter, såsom utskrifter av inspelade intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). Metoden är strukturellt hanterlig att arbeta med och är väl beprövad inom kvalitativ forskning (a.a.).

Urval

Teamcheferna på den aktuella akutmottagningen agerade som mellanhand genom att ge författarna utrymme att presentera studien vid det dagliga och ordinarie arbetsplatsmötet. Ett brev med förfrågan om tillstånd att genomföra den aktuella intervjustudien skickades till enhetschefen (Bilaga 1). Samtliga legitimerade sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna (se nedan) med anställning på en akutmottagning på ett medelstort regionalt sjukhus i södra Sverige fick ett brev med en förfrågan att delta i intervjustudien (Bilaga 2). Inklusionskriterier: Hen skulle vara legitimerad sjuksköterska, hen skulle ha en fast anställning eller ett vikariat på mer än sex månader på akutmottagningen. Författarna hade för avsikt att genomföra åtta-tolv intervjuer och de första åtta som anmälde sitt intresse att delta i studien söktes upp. De genomförda åtta intervjuerna visade sig ge ett sådant rikt material att någon ytterligare informant inte ansågs behövlig av författarna och handledare. Då studien kom att innefatta de första åtta som anmälde intresse att delta kom urvalet därmed att bli ett så kallat bekvämlighetsdito (Kvale & Brinkman, 2009). Med för många intervjuer kunde materialet bli ohanterligt och svårt att överblicka (Trost, 2010). Även arbetet med att avgöra

vilka detaljer som förenade eller skiljde sig åt skulle försvåras av ett allt för stort material (a.a).

Instrument och forskningstradition

Som undersökningsinstrument valde författarna att använda sig av en semistrukturerad intervjuguide. Denna intervjuform är oftast lätthanterlig då den tillåter viss styrning av samtalet samtidigt som den öppnar för informanten att utveckla sina tankar (Dalén, 2008). Under förarbetet till studiens problemområde och bakgrund breddades författarnas kunskap om det valda ämnet. Denna kunskap kom att definiera fokusområden som författarna önskade belysa. Enligt Trost (2010) ska en intervjuguide omfatta få och övergripande frågeställningar baserade på intervjuarnas kännedom om forskningsområdet. Frågeställningarna ska speglas mot ett tydligt syfte och intervjuarens förtrogenhet med ämnet ska leda till en följsamhet i intervjusituationen (a.a.). Intervjuguiden till denna studie utformades med underlag av den vetenskapliga litteratur som författarna läste in inför arbetet samt den samlade erfarenheten av akut-, och barnsjukvård som författarna har.

Kvalitativa forskningsmetoder i modern mening började utvecklas och medvetet användas i sociala studier under sent 1800-tal (Taylor & Bogdan, 1998). Metoderna fick tidigt fotfäste inom antropologin och sociologin men kom under senare delen av 1900-talet att bli väletablerad även inom så skilda discipliner som hälsovetenskap och pedagogik (a.a.). Innehållsanalys lämpar sig väl för att hantera stora datamängder (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Metoden användes initialt, och fortfarande, för kvantitativa analyser inom massmedieforskning. Senare utvecklades innehållsanalys som metod till att även omfatta kvalitativa forskningsansatser inom discipliner som beteendevetenskap, vårdvetenskap och humanvetenskap (a.a.). Den omvårdnadsforskning som bedrivits i Sverige har i huvudsak varit av typen tillämpad forskning (Rooke, 1997).

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i form av intervjuer med deltagarna. Intervjuerna bestod av olika teman och frågor som författarna önskade att behandla. Deltagarna informerades via ett utskickat brev (Bilaga 3) om syftet med intervjun/ studien, den sekretess och konfidentialitet som utlovades samt att endast författarna och deras handledare skulle komma att hantera materialet. Deltagarna garanterades att materialet kommer förvaras inlåst fram till efter

godkänd examination och därefter förstöras. Varje intervju varade mellan 30 – 60 minuter och informanten hade möjlighet att när som helst avsluta sitt deltagande i studien. Intervjun utfördes av en av författarna då risken var att två intervjuare kunde få den intervjuade att känna ett underläge som minoritet i samtalet (Trost, 2010). En pilotintervju där båda författarna närvarade genomfördes för att bedöma kvalitén på intervjuguiden (Kvale & Brinkman, 2009). Denna lästes sedan igenom, granskades och analyserades. Främst diskuterades förhållningssättet till intervjuguiden, vilket ledde till en friare användning av frågorna och större individuell anpassning vad gäller följdfrågor. Författarna ansåg dock, i samråd med handledaren, att pilotintervjun gav så god information att den kunde inkluderas i studien. Under intervjuerna användes ljudupptagare då författarna fann många fördelar med detta. Vid användning av ljudupptagare får intervjuaren möjlighet att endast koncentrera sig på frågorna och svaren, det fanns också möjlighet att lyssna till tonfall och ordval efter intervjun samt lära sig av sina egna misstag och sådant som gjordes bra när författarna lyssnar till sin egen röst (Trost, 2010). Eftersom förhållandet mellan författare och informanten påverkas i stor utsträckning av var intervjun sker (Ahrne & Svensson, 2012) var det av stor vikt att deltagarna själva fick välja lokal där intervjun skulle genomföras. En ostörd lokal på det aktuella sjukhuset var ett alternativ som föreslogs deltagarna. Författarna anhöll om tillstånd att få göra intervjuerna på deltagarnas arbetstid och arbetsplats. I övrigt fick deltagarna själva välja vid vilken tid de ansåg att intervjun passade bäst. Intervjuerna fokuserade på upplevelsen av att vårda patienter mellan 0 – 18 år. Då barn i olika åldrar har olika behov (Lagercrantz, 2012) önskade författarna inte göra någon avgränsning till yngre alternativt äldre barn.

Databearbetning

Intervjuerna transkriberades och genomlästes naivt vid upprepade tillfällen av båda författarna. Därefter påbörjades analysarbetet. Data bearbetades och analyserades med hjälp av den induktiva kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim & Lundman (2004). En induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter som kan baseras på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). En text bör alltid ses i sitt sammanhang och kan inte plockas ur sin kontext (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012).

Samtliga intervjuer som genomfördes kan betraktas som en *analysenhet* i analysprocessen. Delar av texten (*domän*) som handlar om ett specifikt område utgjorde en grov struktur. En *domän* ska vara identifierbar med låg grad av tolkning (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). Författarna plockade ut meningsbärande enheter (*meningsenhet*) d.v.s. en konstellation av ord, meningar eller stycken som relaterar till samma centrala betydelse. För att underlätta analysarbetet klippte författarna ut dessa i pappersform för att få en helhetssyn av materialet. De meningsbärande enheterna *kondenserades* och *abstraherades* gemensamt av författarna. Med *kondensering* menas att texten görs kortare och mer lätthanterlig samtidigt bevaras det centrala innehållet och med *abstrahering* menas att lyfta innehållet till en högre logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2004). *Meningsenheterna* fick därefter en *kod* som beskrev dess innehåll och därefter sorterades de in i olika underkategorier. Slutligen skapades *kategorier* där varje kategori bestod av flera underkategorier med liknande innehåll. Exempel på innehållsanalysen bifogas som bilaga 5.

Förförståelse

Begreppet förförståelse definieras som de åsikter och uppfattningar en forskare har om det fenomen som ska studeras (Dalén, 2008). I en kvalitativ studie utgör forskarens förförståelse alltid en del av mötet med informanten och kommer att bidra vid analysen av det insamlade materialet. En intervjusituation är en skapande process med två deltagare där båda bidrar till samtalet. Genom en hög grad av medvetenhet om den egna förförståelse kan forskaren använda den som ett verktyg för att förstå informantens upplevelser och berättelser (a.a.). Eftersom studiens författare båda är engagerade och verksamma i akut barnsjukvård finns risk för att tolkning och förmedling av resultat färgas av personlig erfarenhet och uppfattning. Då det inte går att frånsä en förförståelse har författarna till denna studie valt att genom ett fortlöpande samtal ständigt problematisera dilemmat.

Etisk avvägning

Hermerén (1992) skriver om väsentlighetsprincipen att forskaren bör fråga sig om det förväntade värdet av de kunskaper som en studie kan ge uppväger kostnaden i tid och pengar att få fram dem. Forskning bör inriktas mot sådant som verkligen är värt att veta och forskaren bör vidare överväga för hur många denna nya kunskap är viktig (a.a.).

Då denna studie avser efterhöra sjuksköterskors upplevelse av sitt arbete är det viktigt att sätta informantens värdighet och integritet i centrum för intervjun (Trost, 2010). Att reflektera över egen yrkeskompetens, patientbemötande och enskilda vårdssituationer kan vara krävande och väcka starka känslor. Det är inte otänkbart att reflektioner kring arbetsplatsens organisation och ledarskap kommer att ventileras under intervjun. Det är då centralt att informanten kan känna sig trygg med att det som framkommer under intervjun behandlas konfidentiellt och inte återkopplas till verksamheten innan allt material är helt avidentifierat (a.a.). I enlighet med autonomiprincipen lämnade informanterna sitt informerade samtycke att delta i studien där även rätten att avbryta deltagandet garanteras (Helgesson, 2006). En av författarna har tidigare varit verksam som sjuksköterska på den aktuella akutmottagningen. Dock hade inte denna författare någon relation till de informanter som hon intervjuade. Detta så kallade solidaritetsproblem (Dalen, 2008) krävde en hög grad av medvetenhet av författarna.

Resultat

I studien ingick åtta sjuksköterskor, en man och sju kvinnor. Sjuksköterskorna hade alltifrån 18 månader till 32 års erfarenhet. Några av sjuksköterskorna hade tidigare erfarenhet av att arbeta med barn inom vården och två hade specialistutbildningar men inte inom barnsjukvård. Resultatet av hur sjuksköterskor upplever att vårda barn på en vuxenakutmottagning kommer att redovisas i fyra kategorier och 12 underkategorier.

Underkategori	Kategori
Att vara ovan	Att vara osäker
Att ha brist på kunskap	
Att känna obehag	
Svårighet att skydda barnen	Att uppleva otillräcklighet
Brister i miljön	
Krav utöver det vanliga	
Den positiva variationen	Att känna glädje
Att klara uppgiften	
Egna strategier vid svåra händelser	Att överbrygga svårigheter
Organisatoriska stöd	
Att dela det svåra	
Att överbrygga brister i miljön	

Figur 1: Sammanställda underkategorier/kategorier: Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning.

Att vara osäker

Sjuksköterskorna som intervjuades uttryckte en rädsla för att vårda barn, speciellt de barn som var svårt sjuka. Rädslan kunde ofta härledas till osäkerhet och bristande erfarenhet av att vårda barn. Detta kunde bero på att de flesta barnen oftast inte var så sjuka, men också för att de var väsentligen färre än vuxenpatienterna. Samtidigt upplevde sjuksköterskorna att de hade en bristande kompetens vid omhändertagande av barn och att känslan av trygghet och skicklighet vanligtvis endast infann sig vid vård av svårt sjuka vuxna. *”Jag är mer van att hjälpa vuxna när dom mår dåligt och då är jag van också med mina egna verktyg att göra det.” (4)*

Att vara ovan

Sjuksköterskorna uttryckte en upplevelse av osäkerhet vid omhändertagandet av svårt sjuka barn. Detta beskrevs som stressfullt med adrenalinpåslag. Sjuksköterskorna beskrev att det var vanligt förekommande med känslor som panik och ångest. De angav även att de upplevde en extra fokusering vid just barnlarm, en uttalad vilja att göra sitt absolut yttersta. Flertalet informanter uttryckte ovana att vårda de svårt sjuka barnen och menade att osäkerheten inte hade varit så påtaglig om de fått mer erfarenhet av att arbeta med de barnen. *”Vi jobbar inte tillräckligt med barn på det viset. Allt man har vana med är ju mycket lättare, då går det ju på rutin. Så har man inte rutinen uppe så känns allting mycket mer osäkert.” (8)*

Informanterna beskrev en känsla av att tvingas lämna sin trygghetszon när de vårdade barn med livshotande tillstånd. Även sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet beskrev en önskan om ytterligare erfarenhet vid omhändertagande av svårt sjuka barn. Några beskrev att de i sådana situationer kunde känna sig sämre förberedda för uppgiften. *”/.../ med barn så tror jag att allting inte faller sig lika naturligt just för att man inte är van.” (1)* Dock uttryckte ingen av de mer erfarna sjuksköterskorna rädsla eller önskan att inte närvara när ett svårt sjukt barn kom till akutmottagningen.

Sjuksköterskorna beskrev att väntan på att personal från barnakuten skulle anlända till akutmottagningen vid ett så kallat barnlarm ofta upplevdes som en evighet. *”När föräldrar kommer springande med sina barn direkt in till disken och vi slår ut ett barnlarm så känns det som om det tar en halvtimme innan barnakuten kommer, när de i själva verket är där på 1-2 minuter. Och det är just den här vanmakten och osäkerheten.” (2)* Flertalet informanter

upplevde även en osäkerhet gällande vad som förväntades av dem när personal från barnakuten kommit till akutmottagningen. Vidare menade sjuksköterskorna att utökad scenarioträning tillsammans med barnakutens personal hade kunnat vara en tänkbar lösning på problemet.

De friskare barnen som inte var i behov av omedelbar vård upplevdes som lättare att hantera då de flesta beskrev att de hade större erfarenhet av att vårda dem. Den största utmaningen med de friskare barnen var av pedagogisk karaktär där flertalet av sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckliga strategier att använda sig av, exempelvis när de behövde avleda barnen. De små barnen upplevdes av de flesta som mest utmanande att vårda. Upplevelsen grundades i att små barn inte kunde uttrycka sig verbalt samt att de anatomiska och fysiologiska skillnaderna då var som störst i jämförelse med vuxna. *”Dom minsta är svårast. Dom är så långt från vuxna som man kan komma. Dom som är tolv, tretton och uppåt kan man ändå prata med och få veta var det gör ont. Jag tycker nog det är lättare när dom är lite större.”*(7)

Att ha brist på kunskap

Sjuksköterskorna upplevde brist på kunskap och kompetens vad gällde flera aspekter av barnsjukvård. *”Ibland har vi barn med testistorsion som ska gå direkt till operation och då hade det känts bättre att man kunde vara mer med föräldrarna och stötta mer och inte bara ställa dem i hörnet /.../ Att få dem lite mer med på banan.”*(7)

Sjuksköterskorna uttryckte att de hade haft stöd av ytterligare utbildning vad det gällde mötet med hela familjen. Informanterna ansåg dock att det bästa sättet att tillägna sig denna kunskap var genom att träffa barn och familjer frekvent och kontinuerligt. Men då det inte var möjligt på vuxenakutmottagningen upplevde de att utbildning var ett bra alternativ. *”Vi måste använda utbildning som vapen i kampen med att få arbetslivserfarenhet.”*(3)

Att konsultera en kollega, exempelvis vid administration av läkemedel, var en strategi som framkom för att kompensera för egen upplevd bristande kompetens. Känslor som frustration och brist på kompetens uttrycktes vanligen i de fall barn inte ville medverka till undersökning eller provtagning. *”Jag kan bli frustrerad och sen får jag lämna det, och då kan jag känna att jag inte har så mycket kompetens så då hämtar jag en annan kollega.”* (4)

Flertalet sjuksköterskor upplevde att arbetet vid prioritering och triagering underlättades av retts-p som nyligen införts. Det framkom dock variationer vad gällde i vilken utsträckning retts-p användes som ett verkligt stöd i den medicinska bedömningen. Sjuksköterskor med kortare erfarenhet uppgav att de förlitade sig mycket på det formella bedömningsinstrumentet. *”Det är jättebra och en hjälp för det skiljer ju sig med parametrar för barn och för olika åldrar och vad man ska tänka på. Sånt som man inte tänkte på innan. Så det är en stor hjälp.”* (1) Ju längre klinisk erfarenhet av barnsjukvård informanten hade desto friare beskrev hen sig förhålla sig till retts-p.

Att känna obehag

Barn beskrevs av sjuksköterskorna som utsatta och det upplevdes svårt att se dem som patienter. Sjuksköterskorna uttryckte att svårt sjuka barn genererade mycket negativa känslor, som obehag. De känslorna förvärrades då informanterna samtidigt upplevde sig ha liten erfarenhet och därför kände även osäkerhet i sådana situationer. *”Känslan blir ju mycket värre när det är ett barn /.../ Det är mycket svårare att nå fram till barn. Kanske det också är det som gör det så mycket svårare /.../.”* (8)

Några av sjuksköterskorna beskrev det som obehagligt att ha föräldrar närvarande i akutrummet och kände att närvaron ökade kraven på dem. *”Det är rätt obehagligt, samtidigt så vet jag ju att det för deras skull är det bästa. Att få vara med hela vägen och se allt och så. Men det sätter större press på oss också.”* (8)

Sjuksköterskorna beskrev att de ofta upplevde obehag de tillfällen barnet inte vill medverka till provtagning. De kunde till och med bli stressade i förväg om de visste att de skulle ta ett blodprov. *”Det är jobbigt att göra något mot någon som inte vill att man ska göra det. Och är dom små så förstår dom inte varför vi måste göra det heller, då spelar det ingen roll hur mycket jag förklarar”.* (7)

Att uppleva otillräcklighet

Sjuksköterskorna uttryckte en känsla av otillräcklighet direkt kopplat till uppgiften att vårda barn på en vuxenakutmottagning. *”Det är en frustration. En ilska och frustration där man känner att man just kanske inte räcker till.”* (6)

Svårighet att skydda barnet

Flertalet informanter uttryckte en vilja att skydda barnet. Insikten om barns utsatthet och behov av vuxnas omvårdnad var genomgående. Denna insikt utgjorde grunden för sjuksköterskornas känsla av ett utökat yrkesmässiga ansvar vid vården. När barnets somatiska sökorsak egentligen mer var ett uttryck för psykosociala problem ökade sjuksköterskornas känsla av otillräcklighet. Besvärliga psykosociala förhållanden inom familjen eller i skolan upplevdes som svårhanterligt och frustrerande. *"Det tar lite mer än vad det ger om man säger så."* (4) Anledningar som avsaknad av redskap att hjälpa och tidsbrist angavs men även att det egna ansvarsområdet endast omfattade akutmottagningens verksamhet. *"/.../ har dom ont då kan jag göra något åt det, utan oftast är det saker där jag är utanför en gräns att göra någonting."* (4)

Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde sin arbetsplats som en farlig miljö, både ur psykosocialt och fysiskt perspektiv. Ett flertal informanter beskrev svårighet att skydda barnen från att uppleva svårt sjuka och skadade vuxna i gemensamma väntrum och korridorer. Sjuksköterskorna oroades över att barnen tvingades se och uppleva svåra situationer som de saknade intellektuell förmåga och mognad att hantera och förstå. *"När jag ser att vi kanske har någon som blir väldigt dålig på akuten och så är barnen i den miljön, det blir jobbigt för mig. Att se det."* (4) Tidsbristen tvingade sjuksköterskorna att förlita sig på att föräldrarna kunde förklara för sina barn, något de upplevde som otillfredsställande. Samtliga ansåg att barnen sannolikt hade besparats mycket oro och skrämmande upplevelser om de hade vårdats separat från vuxna patienter. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter vad det gällde lokalernas planering samt att skilja barn och vuxna från varandra. *"Det finns inga andra ställen att sätta dem på för att ja, vi har för många som behöver enkelrum. /.../ dom behöver ett enkelrum av en annan anledning än just medicinsk. Det är svårare att motivera det behovet."* (6) Även upplevd brist i den egna kommunikativa förmågan angavs som ett hinder för att kunna förklara för barnet. En sjuksköterska uttryckte önskemål om utbildning för att öka sin kommunikativa förståelse.

De informanter som hade mer erfarenhet av barnsjukvård uttryckte även frustration över att inte kunna skydda barnen från onödiga och smärtsamma procedurer. Provtagning som informanterna inte upplevde som medicinskt motiverad, inte sällan ordinerad av läkaren efter föräldrarnas önskan, angavs som den vanligaste situationen. *"Det egentligen den jobbigaste*

situationen, att gå in och göra det trots 'nej' när man kanske inte finner det till 100% motiverat.” (6)

Brister i miljön

”Det hade varit lättare att undersöka dom på minihuset på Maxi än hos oss faktiskt.” (6)

Akutmottagningens miljö upplevdes av flertalet informanter som rationell och genomtänkt vid vård av vuxna patienter. Däremot var lokalerna inte anpassade för barn och sjuksköterskorna upplevde att det inverkar på deras möjlighet att genomföra ett gott arbete. Att inte ha tillgång till leksaker gjorde det svårt att avleda barnen vid exempelvis provtagning. Av samma anledning begränsades möjligheten att leka fram en tillit hos barnet. För att kunna genomföra en god klinisk observation av barnet angav flera informanter att de hade behov av en miljö som mer inbjöd till lek och rörelse. *”Har man leksaker så är det enklare att motivera barnet att vara med, det blir enklare att få dom att börja leka /.../ det blir enklare att göra en samlad bedömning.” (2)*

Sjuksköterskorna menade att akutmottagningens miljö sannolikt upplevdes som hotfull speciellt vad det gällde de små barnen. *”Du kan inte ta in ett enda barn som inte blir rädd på en akutmottagning för hela den miljön är så hotfull. Och där är det meningen att du ska göra det jobbigaste som finns för ett barn som redan är sjukt.” (6)* Informanterna angav dels den fysiska miljön som hotfull men även sin egen klädsel och naturligtvis även situationen. Inga av dessa faktorer upplevde de att de hade någon möjlighet att påverka, vilket fick dem att känna frustration och otillräcklighet. *”Du ligger redan på minus från början innan du ens börjar att komma med det som är jobbigt.” (6)*

Informanterna var väl medvetna om miljöns betydelse för barnet samt deras egen möjlighet att vårda. Flera uttryckte stor förståelse för barnens behov av en anpassad miljö för att vården skulle bli mindre traumatisk. Skillnaderna i miljö för barnen som vårdades på barnakutmottagningen och de som vårdades på akutmottagningen var uppenbar för flertalet. *”Där är inga tavlor, inga roliga grejor på väggarna. Inte på något rum. Det är väldigt tråkigt, om man jämför med barnakuten. Med tanke på hur många barn vi har.” (8)*

Akutmottagningens lokaler upplevdes också som en fara för små barn. Exempelvis beskrevs att i de breda korridorerna vistades lekande barn parallellt med akuta transporter av svårt sjuka vuxna. Informanterna angav även att det kunde upplevas som svårt att förklara för

föräldrar vilka fysiska risker som akutmottagningens miljö kunde utgöra för barnet. *”/.../ alltså dom befann sig på en yta där jag absolut inte ville att dom skulle vara. /.../ Alltså det var horribelt. (att inte föräldern lyssnade)”*. (3)

Krav utöver det vanliga

Samtliga informanter gav uttryck för att akut barnsjukvård ställde utökade krav på dem.

Återkommande var insikten att barnet aldrig kunde vårdas utan sin familj. *”Min upplevelse är att du inte bara har ett barn utan du har hela familjen där inne (på akutrummet) och du har alla att ta hänsyn till samtidigt som du har ett barn som är dåligt.”* (4) Kravet att yrkesmässigt fokusera på vården av en akut sjuk patient och samtidigt ha föräldrarna nära upplevdes inte sällan som svårt. Informanterna beskrev att det var som att ha tre patienter – perspektivet splittrades. De beskrev även att oron för att det inte skulle gå bra även omfattade föräldrarna – perspektivet vidgades. Att inte riktigt veta vad man skulle göra med föräldrar till ett akut sjukt barn var återkommande i intervjuerna. Den oro som föräldrarna gav uttryck för upplevdes av informanterna som svår att hantera i en akut situation.

Variationerna i barns kommunikativa och mognadsmässiga utveckling angavs utgöra en särskild svårighet för sjuksköterskorna. Störst krav upplevde man vid vården av de riktigt små barnen där bristen på verbal kommunikation kunde utgöra ett hinder i arbetet. Men även barn i tre till fem års-åldern som ännu saknade förmåga att resonera logiskt och abstrakt kunde medföra att sjuksköterskorna ställdes inför en utökad utmaning. För att lyckas nå fram till denna åldersgrupp angav ett flertal informanter vikten av att ta sig tid, något de ofta fann svårt att motivera på en akutmottagning med hög belastning. *”Ibland har man inte tid, man känner att man vill ta sig tiden till att, ge dem mer tid än vad man gör och kanske på ett bättre sätt.”* (8) Någon uppgav att hen gav barnen extra tid, men var då samtidigt medveten om att annat fick *”stryka på foten.”* (6)

Medföljande föräldrar upplevdes i en del fall som ett stöd i omvårdnadsarbetet. Men föräldrar kunde samtidigt upplevas som komplicerande vid barnsjukvård. Sjuksköterskorna var väl medvetna om föräldrars behov och rätt till information om barnets tillstånd och vård men fann det inte sällan svårt att förklara och informera om olika vårdval. De upplevde att föräldrarnas behov att skydda sitt barn både kunde leda till ovilja att tillåta viktiga kontroller och provtagningar som önskan om icke motiverade undersökningar. *”/.../ vår relation med barnet påverkas mycket av hur föräldrarna är /.../”* (1). Föräldrar med stor egen rädsla för olika

procedurer försvårade ofta sjuksköterskans arbete med barnet. Att samtidigt vårda barnet och bemöta föräldrarnas rädsla upplevdes som svårt och en extra arbetsbelastning. *"Vi måste igenom det och vi måste igenom det tillsammans. Och sen så kan vi prata om det efteråt. Men nu måste vi hjälpa Kalle, allihop, här och nu."* (3) Något som också försvårade sjuksköterskornas arbete var när föräldrar gjorde sig till "tolk" för äldre barn och tonåringar som kunde föra sin egen talan. Att med föräldrarnas bibehållna förtroende skapa en egen relation till patienten uppgav en informant krävde både finkänslighet och ostörd tid. Det förekom även att föräldrar begärde att hänsyn skulle tas även till övriga familjens behov, exempelvis hämtning av syskon på dagis. *"Alltså för mig, det är inte oväsentligt men det är egentligen ganska oväsentligt. Och det dilemma är inte lätt att hantera."* (4)

Att känna glädje

Sjuksköterskorna upplevde det positivt att möta och vårda barnen. De uppgav att de ville ha kvar barnen på vuxenakutmottagningen då de uttryckte att de fick en mer stimulerande arbetsmiljö när de fick vårda såväl barn som vuxna.

Den positiva variationen

Sjuksköterskorna upplevde att det tillförde energi i det dagliga arbetet att vårda även barn. De beskrev att de upplevde det positivt med barnens spontanitet och ärlighet. Sjuksköterskorna beskrev även barn och deras olika personligheter och uttryckte att de upplevde vården av barn som mer omväxlande än vården av vuxna. *"Ingen dag är den andra lik för även om du har samma diagnoser så är barnen individuella. Vuxna är det mer diagnoser du behandlar, det blir det aldrig med barn."* (6)

Sjuksköterskorna upplevde att det var tacksamt att vårda barn då barnens generositet gav positiv återkoppling. *"Det ger mig oerhörd glädje och tillfredställelse, meningsfullhet."* (4) Informanterna upplevde att barns respons på om vårdsituationen fungerade genererade omedelbar och värdefull belöning. Då arbetet på akutmottagningen ofta upplevdes som stressande var barnens återkoppling energigivande för informanterna. *"Ett par minuters glädje i en stressad situation där man annars är stressad."* (7) Genom att även vårda barn på akutmottagningen upplevde sjuksköterskorna att deras kunskap och kompetens breddades. *".../ Man lär sig mer om man säger så. Blir som en bredare utbildning."* (1)

Sjuksköterskorna uttryckte att barnens närvaro gjorde arbetssituationen mer lustfylld. En informant upplevde att det räckte med att se barnen för att bli glad. *”Man kan ju känna ett leende, litet leende ibland när man tycker det är jobbigt.”* (7) Mötet med barnet beskrevs av en informant som från barnets sida förutsättningslöst, vilket gjorde situationen oförutsägbar och spännande.

Att klara uppgiften

Sjuksköterskorna upplevde stor tillfredsställelse när de lyckats få barnet att samarbeta med stöd av pedagogik. Flertalet sjuksjukskor beskrev att en sådan situation genererade ny energi samt stärkte deras självförtroende i fortsatta situationer vid vård av barn. *”Det roliga är ju när man får ett nej till att bli ett ja och det blir bra /.../ Då blir man rätt lycklig.”* (6)

Informanterna beskrev att när de upplevde sig ha kommunicerat väl och mötet med barnet och familjen fungerat gav det upphov till positiva känslor för sjuksköterskorna. Känslor av yrkesskicklighet och glädje beskrevs av informanterna följa på ett sådant vårdmöte.

”Roligt är när ett barn kommer in och kanske har trillat, åkt skateboard, har smärta och är jätteledset och går där ifrån med ett leende och vi har lärt känna varandra och dom skiner/.../ När vi hittar varandra liksom.” (4)

Sjuksköterskorna uttryckte att utmaningar vid vården av barn, som att genomföra en klinisk observation utan barnets vetskap, var inspirerande. Tålamod och villighet att förhandla beskrevs av en informant som viktiga beståndsdelar för att framgångsrikt lyckas vårda barn.

”Jag kan förhandla i 23 och en halv timme för att lyckas i den 24. Det ser jag inte som ett misslyckande, tvärtom ser jag det som en styrka.” (3) Den största utmaningen som också gav mest belöning och styrka i yrkesrollen upplevde sjuksköterskorna var att rädda ett barns liv.

”Om man har ett jättedåligt barn där det går bra, när man verkligen lagt ner tid och kraft och resurser och helt plötsligt så vänder det. Det kan man leva på länge/.../ Det ger en sån otrolig lyckokänsla. Den belöningen kan man aldrig få med vuxna.” (6)

De olika uppgifter och utmaningar som barnsjukvård ställde sjuksköterskorna inför upplevdes bidra till egen professionell utveckling. Den pedagogiska utmaningen innebar även möjlighet att få pröva egen kunskap. *”Det är spännande att jobba med barn, man blir utmanad i sin sociala förmåga och i sin roll som sjuksköterska, framförallt kan du inte förklara för ett barn så är du kokt och det är jättekul!”* (2)

Att överbrygga svårigheter

Egna strategier vid svåra händelser

Sjuksköterskorna beskrev att svårt sjuka eller skadade barn där utgången var oviss upplevdes som extra påfrestande. Att även ett barn eller en tonåring kan skadas för livet eller dö beskrevs som både onaturligt och oförståeligt av informanterna. Sjuksköterskorna beskrev att de utvecklade olika personliga strategier för att hantera de egna känslorna så att de kunde fortsätta att fungera som sjuksköterska. En informant gav uttryck för övertygelsen att ett barns för tidiga och tragiska död var ödesbestämd, *”/.../ Om jag börjar fundera på om så kommer jag att fastna i om:et.”* (3) Möjligheten att prata med kollegor angavs av flera informanter vara det vanligaste och enklaste sättet att bearbeta en påfrestande vårdhändelse.

Sjuksköterskorna beskrev att dessa samtal var improviserade och skedde på eget initiativ. Informanterna valde oftast att tala med andra som också varit med, alternativt någon arbetskamrat som man upplevde sig stå särskilt nära. Sjuksköterskorna uttryckte att viktigast i dessa samtal var att klargöra förloppet och egen del i händelsen samt att samtalen skedde i direkt anslutning till det inträffade. *”Och känslomässigt där försöker jag prata med mina arbetskompisar under passet. /.../ Jag försöker bli av det när jag jobbar.”* (4) Behovet att få ta ett steg tillbaka från verksamheten för ett ostört samtal uttrycktes av flera. Samtidigt var det självklart för informanterna att det inte alltid var möjligt.

Organisatoriska stöd

De kamratstödande samtal som arbetsledande sjuksköterska tog initiativ till efter en svår vårdhändelse uppfattades av några informanter fungera mycket väl. Andra sjuksköterskor upplevde att kamratstödande samtal var alltför sällsynta och att förekomsten inte motsvarade det upplevda behovet. Sjuksköterskor med en positiv syn gav uttryck för en trygghet i systemet och menade att *”jag vet att det kommer att funka bra, dom är jätteduktiga.”* (5) Flera informanter uttryckte att möjligheten för att ett sådant samtal skulle komma till stånd ökade väsentligen när händelsen gällt ett barn eller en mycket ung människa. En informant uttryckte att situationen problematiserades ytterligare av det faktum att *”Alla reagerar ju olika, någonting jag kanske inte tycker berör mig så mycket kanske berör någon annan jättemycket /.../.”* (8) De informanter som inte arbetat så länge på akutmottagningen uttryckte det ibland som svårt att begära ett kamratstödande samtal. Arbetsplatsens förväntan att man beräknades tåla en hel del innan man begärde hjälp var tydlig för dem.

Att dela det svåra

Sjuksköterskor med lång erfarenhet var eniga i att föräldrars närvaro under ett barnlarm var ett stöd även för dem själva. Att som vårdpersonal dela den allra svåraste situationen med föräldrarna angavs av flera informanter underlätta arbetet. Att föräldrarna skulle få möjlighet att förstå den akuta situationen genom att vårdförloppet visades i sin helhet uppgavs av informanterna som svårt men viktigt. På vad sätt föräldranärvaron underlättade för sjuksköterskorna framgick inte explicit, men omtanken om hela familjen även vid ett barnlarm, uttrycktes även i detta sammanhang. *”Jag har alltid jobbat med föräldrarna inne på akutrummet och jag tycker att det underlättar. Även om man inte har tid med dom /.../ även om barnet dör. Det är lite läskigt som vårdpersonal men det kanske man får köpa.”* (6)

Att överbrygga brister i miljön

Sjuksköterskorna beskrev olika kreativa strategier för att försöka överbrygga de svårigheter som akutmottagningens miljö ställde dem inför. I brist på lekredskap uppgav några informanter att de använde vanlig undersökningsutrustning för att leka fram en tillit hos barnet. Flera beskrev att de använde tillgängligt material för att göra miljön mer inbjudande. Informanter uppgav att de försökte prioritera barnen för att de skulle slippa vänta i en för dem inte anpassad miljö. En informant uppgav att även andra personalkategorier engagerades för att förströ barnen. Exempelvis kunde pre-hospital personal visa ambulanser. *”Och så går några minuter till det!”* (3) Sjuksköterskorna uttryckte frustration över att stökiga vuxenpatienter vistades i samma lokaler som barnen och beskrev hur de aktivt försökte hålla isär de två patientgrupperna. *”/.../ man försöker ja kanske inte placera den här mest sjuka eller stökiga patienten nära barnen så det är klart att det måste man ju, det tänker man ju klart /.../.”* (1)

Diskussion

Metoddiskussion

Denna studie ville undersöka sjuksköterskors upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning. Den kvalitativa metoden är lämplig när man vill undersöka upplevelser och erfarenheter hos en grupp människor och därför valde författarna en kvalitativ ansats

(Ahrne & Svensson, 2012). Eftersom det finns sparsamt med studier genomförda kring detta ämne kändes det relevantt att försöka bidra till kunskapsutvecklingen.

Som svar på frågan hur trovärdigt ett resultat är används inom kvalitativ forskningstradition begreppen *giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet* (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Trovärdigheten påverkas även av hur författarnas förförståelse hanterats under studiens arbete (a.a.). I denna studie har författarna valt att genom diskussion problematisera frågan för att medvetet kunna använda sig av förförståelsen i analysarbetet. Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) skriver att detta förhållningssätt öppnar för möjlighet att upptäcka ny kunskap och uppnå en djupare förståelse.

Giltighet handlar om hur sanna resultatet är (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Med giltighet avses här huruvida resultatet lyfter fram det typiska som väl representerar eller visar det som avses beskrivas (a.a.). För att få god giltighet valde författarna att ha så breda inklusionskriterier som möjligt. Detta medförde att studien kom att omfatta sjuksköterskor med varierande grad av arbetslivserfarenhet, där några hade specialistutbildning. Även informanternas åldrar, anställningsformer och kön varierade. Giltigheten kan ha påverkats negativt av det faktum att författarna gjorde studien på endast en akutmottagning. Möjligen hade resultatet blivit bredare eller bestått av andra upplevelser om studien omfattat flera olika akutmottagningar.

En pilotintervju genomfördes där en av författarna intervjuade och den andra observerade. Efter samråd med handledaren valdes att låta denna ingå i studien då innehållet, trots vissa brister i intervjuteknik, var givande och relevant. Pilotintervjun ledde till ett friare förhållningssätt till intervjuguiden och större individuell anpassning av följdfrågor. Samtliga informanter tillfrågades om de hade något att tillägga utöver intervjuguidens frågor för att inte relevant information skulle förbigås samt för att öka deras delaktighet.

Det finns risk för att en informant kan känna sig i underläge när två intervjuare (Troost, 2010). Samtidigt ger en intervjusituation med två intervjuare ökad möjlighet till observation under samtalet men författarna till denna studie valde att prioritera en så jämlik situation som möjligt.

Under arbetets gång blev det uppenbart att författarnas intervjuteknik förbättrades. Bland annat bidrog en ökad beredskap att följa upp informantens resonemang med följdfrågor till större djup i de senare intervjuerna. Författarnas initiala osäkerhet övergick småningom i en viss auktoritet gällande intervjuens inriktning mot studiens syfte. Intervjuerna blev på så vis gällande innehåll mer effektiva och koncentrerade över tid. Med större vana vid intervjuer hade sannolikt författarna lyckats utvinna mer material ur även de första intervjuerna. Detta kan ses som en svaghet i studien.

Det var viktigt att informanterna kände sig bekväma med var intervjuerna genomfördes eftersom det till stor del påverkar förhållandet mellan författare och informant och därmed även intervjuens kvalitet (Ahrne & Svensson, 2012). Informanterna gavs möjlighet att själva välja lokalen för intervjun. En ostörd lokal på lasarettets bibliotek gavs som förslag då informanterna inte själva hade något önskemål om plats. Denna lokal låg nära men inte i direkt anslutning till akutmottagningen och valdes av samtliga informanter.

Tillförlighet handlar om att forskaren ständigt styrker sina ställningstagande under analysprocessen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). För att öka studiens tillförlitlighet har författarna beskrivit analysprocessen genom att redovisa hur koder, underkategorier och kategorier arbetats fram. Författarna läste enskilt genom de transkriberade intervjuerna ett flertal gånger. Att intervjuerna och den naiva läsningen genomfördes individuellt av författarna syftade till att öka möjligheten att fånga upp variationer i materialet. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) innebär intervjuer utförda av olika personer risk för stora olikheter i intervjuteknik men också till ökade tolkningsmöjligheter. Författarna diskuterade och reflekterade under analysprocessen över tolkningsmöjligheter och abstraktionsnivåer för att koder och kategorier skulle tydliggöras. Exempel på innehållsanalysen bifogas studien (bilaga 5) för att ytterligare styrka studiens tillförlitlighet.

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet kan överföras till andra grupper än den studerade (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Då detta endast kan bedömas av läsaren är det av stor vikt att noggrant beskriva urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgjorde sammanhanget för studien (a.a.). Genom att tydligt redogöra för dessa fakta ville författarna underlätta läsarens bedömning av studiens överförbarhet.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna i studien uttryckte känslor som osäkerhet, otillräcklighet och frustration i samband med vården av barn. Olika anledningar till detta framkom, men några få utkristalliserade som mer grundläggande.

Resultatet visade att upplevelsen av osäkerhet inte hade behövt vara så påtaglig om sjuksköterskorna hade haft möjlighet att få mer erfarenhet av att arbeta med barn, inte minst de svårt sjuka och små barnen. Whelan (2006) menar att erfaren personal är en avgörande faktor för att kunna säkerställa en patientsäker vård. En akutmottagning ställer höga krav på sjuksköterskors kompetens att vårda komplexa patienter i en ständigt föränderlig vårdmiljö (a.a.). Denna studie visade att det inte endast var bristen på erfarenhet som genererade obehagliga känslor, utan även upplevd brist på kunskap och utbildning i barnsjukvård. Enligt Fanta et.al, (2006) blir vården av barn mer tillfredställande om sjuksköterskorna är pediatrikt utbildade. De kan då bättre göra självständiga bedömningar och adekvat informera barn och föräldrar (a.a.). Pediatrikt utbildade sjuksköterskor upplever även oftast en trygghet och tillfredsställelse i sitt arbete (Forgeron & Martin-Misener, 2005).

Det framkom att variationer i barns utveckling, både anatomiskt, fysiologiskt som kognitivt och socialt var en stor utmaning för informanterna. Ökad kunskap om barnets kognitiva utveckling hade sannolikt underlättat för sjuksköterskorna i vårdmötet. Små barn, som enligt Piaget befinner sig i det sensomotoriska stadiet (Broberg, 2012), lockas exempelvis enklast att medverka genom att få känna på saker och stimulans av sinnesintryck och inte via verbal kommunikation. Att vara medveten om var ett barn befinner sig i sin kognitiva utveckling är därför av stor vikt för ett lyckat möte med barnet (a.a.). Denna insikt var tydlig och problematiserad för sjuksköterskorna i denna studie.

Sjuksköterskornas behov av och vilja att skydda det enskilda barnet genomsyrade intervjuerna. Denna vilja synes bottna dels i de riktlinjer som styr barnsjukvård (Nobab, 2013), dels i informanternas egen övertygelse om att barn är extra skyddsvärda. Energi och tankemöda krävdes inte bara för att *de facto* vårda barnet utan också för att med rätt förutsättningar få göra så. De upplevda hoten mot barnets integritet och trygghet fanns inom akutmottagningen där både den psykosociala och fysiska miljön ansågs farlig för barnet men även i det faktum att sjuksköterskans yrkesansvar är begränsat. Att behöva genomföra procedurer som inte upplevdes som nödvändiga eller som barnet starkt motsatte sig var ett

exempel på när sjuksköterskorna upplevde sin yrkessituation som bristfällig i barnsjukvård. Internationell forskningen visar att detta dilemma delas av sjuksköterskor i akut barnsjukvård även i exempelvis England (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008).

I studien framkom att sjuksköterskorna upplevde en känsla av hjälplöshet då man uppfattade att ett barn for illa. Den möjlighet att hjälpa det enskilda barnet som anmälningsskyldigheten (SFS, 2001:453, 14 kap, 2§) ger berördes inte som alternativ handling i studien. En ökad medvetenhet på arbetsplatsen om denna lagstiftning skulle möjligen bidra till att minska sjuksköterskornas känsla av otillräcklighet och frustration.

Studien visade vidare att barnen även genererade stor glädje för de sjuksköterskor som vårdade dem på akutmottagningen. Begrepp som omväxling, energi och stimulans användes för att beskriva arbetet med barnen. Parallellt med dessa känslor framkom under studien ett dilemma då sjuksköterskornas egen arbetstillfredsställelse ställdes mot vad de ansåg bäst för barnen - nämligen att vårdas av barnutbildad personal på en akutmottagning anpassad efter deras behov. Insikten var personlig och samtidigt generell. Att den dessutom var helt i linje med Nobab:s (2013) riktlinjer var däremot inte allmänt känt. Kunskap om detta styrdokument hade möjligtvis kunnat vara ett stöd för sjuksköterskorna i arbetet med barnen.

Att klara en uppgift såväl pedagogiskt som medicinskt visade sig ge större tillfredsställelse hos sjuksköterskorna vid vård av barn än vid vård av vuxna. En studie från USA visade på att specialiserad vårdpersonal inom barnsjukvården trots låga inkomster upplevde en hög nivå av tillfredsställelse och liten stress på arbetet (Shugerman, et al. 2001). Sjuksköterskorna i vår studie beskrev upplevelser av alldeles särskild lycka vid ett välfungerande vårdssamarbete med ett barn – något de sällan eller aldrig kände med vuxna.

Att all sorts barnsjukvård även omfattar familjen var självklart för informanterna. Att arbeta familjecentrerat är basalt i modern barnsjukvård men ställer utökade krav på vårdpersonalen (Hallström, Runeson och Elander, 2002). Det är av stor betydelse för familjen att ha ett familjecentrerat vårdperspektiv även i akuta situationer och genom att göra föräldrarna delaktiga i vården främjas också relationen mellan sjuksköterskan och barnet (Hallström, Runeson och Elander, 2002; Brown, Mace, Dietrich, Knazik & Schamban, 2008).

Sjuksköterskorna beskrev det som obehagligt att ha föräldrarna närvarande på akutrummet. De kände att det som gagnade föräldrarna samtidigt ställde utökade krav på dem själva.

Detta är en upplevelse som enligt forskningen omfattar all vårdpersonal, såväl läkare som sjuksköterskor, även internationellt (Brown, Mace, Dietrich, Knazik & Schamban, 2008). Samma studie visade också att acceptansen för att arbeta familjecentrerat ökade med utbildningsnivå och erfarenhet (a.a.). I vår studie framkom tankar om att bristande erfarenhet måste kompenseras med utbildning, något som även framkommer i internationell forskning (Forgeron & Martin-Misener, 2005).

Insikten om att barn är extra skyddsvärda innebär i förlängningen att barns svåra sjukdom och död upplevdes som extra svårt att hantera för sjuksköterskorna. Behovet att dela upplevelsen, främst med kollegor men även med föräldrarna upplevdes som viktigt. En studie visar att sexuella övergrepp mot barn samt barns oväntade död är extrema stressfaktorer för sjuksköterskor i akutsjukvård (Ross-Adjie, Leslie & Gillman, 2007). Möjlighet till uppföljande samtal, antingen spontana eller organiserade av arbetsgivaren, angavs också som viktigt i vår studie. I båda fallen tycks det centralt med lyhördhet i organisationen, vad som upplevdes som påfrestande av någon behövde inte upplevas så av en annan. Samtidigt visar internationell forskning att debriefing inte rutinmässigt erbjuds efter svåra händelser (Ross-Adjie, Leslie & Gillman, 2007). Dessutom innebär hög arbetsbelastning och upplevd låg egen kompetens ökad stress vid en svår händelse. Att debriefing efter en svår händelse inte bör vara frivillig utan obligatorisk är en uppfattning som flertalet sjuksköterskor påtalar (a.a.). I vår studie framkom att organisationen bör vara särskilt lyhörd gentemot sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet i akutsjukvård. Det kan vara svårt att som ”ny-på-jobbet” be om hjälp med något som mer erfarna kollegor tycks klara av utan organisatoriskt stöd som exempelvis kamratstödande samtal. Möjligheten att ta ett steg tillbaka från arbetet när något svårt inträffat angavs av flera som önskvärt. Då krävs dock att det finns tid till detta i organisationen, något som inte sällan är en bristvara i akutsjukvård (Whelan, 2006).

Konklusion och implikationer

Sjuksköterskorna i denna studie upplevde det svårt att vårda barn på en vuxenakutmottagning. De uttryckte att de saknade kunskap och erfarenhet samt att organisationen brast vad gällde miljö och rutiner. Sjuksköterskorna påtalade att de upplevde en otillräcklighet, osäkerhet och frustration. Samtidigt beskrev sjuksköterskorna stor glädje över att möta barnen samt uttryckte en önskan om att vilja utveckla den akuta barnsjukvården på arbetsplatsen. För arbetsgivaren innebär sjuksköterskornas positiva inställning till vårdutveckling en god möjlighet till förbättring av vården av de akut sjuka barnen.

Vanligtvis är en akutmottagning organiserad runt ett antal medicinska specialiteter – dock inte pediatrik. Detta kan medföra att barn ur ett mer omvårdande perspektiv riskerar att något förbises. Bättre verktyg att vårda barn behövs för att sjuksköterskor på vuxenakutmottagningar ska få möjlighet att göra ett gott arbete och känna tillfredsställelse i sin yrkesroll. Förslag på detta är kontinuerlig utbildning kring barns behov, utveckling och vård. Vidare skulle en anpassning av miljön underlätta sjuksköterskornas arbete. Bristande erfarenhet och rutin kunde kompenseras genom scenarioträningar samt lättillgängliga och adekvata styrdokument.

Grundläggande forskning kring sjuksköterskors upplevelse och erfarenhet av att vårda barn, inte minst på vuxenakutmottagningar, skulle sannolikt bidra till en kunskapsbas om hur man bäst organiserar akut barnsjukvård. En sådan forskning skulle sannolikt gagna både barnen och sjuksköterskorna. Ytterligare forskning även kring organisatoriska faktorer behövs för att smidigt väva ihop det omvårdande barnperspektivet med akutsjukvård som medicinsk specialitet.

Referenser

- Ahrne, G. & Svensson, P (2012). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber
- Aitken, P & Wiltshire, M (2005). Parental satisfaction with a nurse-led emergency assessment unit. *Pediatric Nursing*. 17, s: 31-35
- Akutmottagningar, Region Skåne (2013). Hämtad 2013-08-02 från www.skane.se/akutmottagning
- Besöksstatistik, Helsingborgs lasarett (2013). Hämtad 2013-05-15 från www.skane.se/helsingborgslasarett/akutmottagning
- Broberg, M (2012). Utvecklingspsykologiska teorier. Hallström, I. & Lindberg, T. (Red). *Pediatrisk omvårdnad*. (s. 63-69). Stockholm: Liber
- Brown, K., Mace, E, S., Dietrich, A, M., Knazik, S., Schamban, N (2008). Patient and family-centred care for pediatric patient in emergency department. *Pediatrics*. 10, s: 38-43
- Castanheira Nascimento¹, L., Cristina da Silva Pedro, I., Capelani Poleti, L., Vilela Borges, A., Pfeifer, L., Garcia de Lima, R. (2011). Playing in the waiting room of a Children's Outpatient Clinic: the view of health professionals. *SciELO*. 45, s: 455-462
- Currie, J (2006). Clinical competence in caring for paediatric patients. *Emergency Nurse*. 14, s: 12-15
- Dalen, M (2008). *Interjvu som metod*. Malmö: Gleerups utbildning
- Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A., Martinez, D., Massey., M (2012). Evaluation of a coping kit for children with challenging behaviors in a pediatric hospital. *Peditric Nursing*. 38, s: 215-221
- Edwinson- Månsson, M. & Dykes, A-K (2004). Practices for Preparing Children for Clinical Examinations and Procedures in Swedish Pediatric Wards. *Pediatric Nursing*. 30, s: 182-7
- Egerton, L (2012). Role of advanced paediatric nurse practitioners. *Emergency Nurse*. 20, s: 30-36
- Eriksson, K (1992). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Institutionen för Vårdvetenskap, Stockholm: Liber utbildning

Fanta Shebesta, K. Cook, B. Ricketts, C. Schweer, L. Brown, R. L., Garcia, V. F., & Falcone, R. A (2006). Pediatric Trauma Nurse Practitioners Increase Bedside Nurses' Satisfaction With Pediatric Trauma Patient Care. *Journal of Trauma Nursing*, 13, s: 66-69

Forgeron, P & Martin- Misener, R (2005). Parent´s intentions to use paediatric nurse practitioner services in an emergency department. *Pediatric Pain Management*. 52, s: 231-238

Graneheim, U. H., & Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, s: 105-112

Hallström, I. Runeson, I. & Elander, G (2002). An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*, 9, s: 202-214

Hanning, B., Bruce, M. & Yngve, L (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen

Helgesson, G (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur

Hermerén, G (1992). *Kunskapens pris Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet

Högskoleförordningen 1993:100. *Ansökan om rätt att få kalla sig specialistsjuksköterska*. Hämtad 2013-08-02 från www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/specialistkompetens

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, Socialstyrelsen (2005). Hämtad 2013-05-15 från www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso-och sjukvård för barn och ungdomar, Svensk sjuksköterskeförening (2008). Hämtad 2013-08-02 från www.barnsjuksköterska.com/ssfbarn

Kvale, S. & Brinkman, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lagercrantz, H (2012). Hjärnans och barnets utveckling och mognad. Hanséus (Red), Lagercrantz & Lindberg. *Barnmedicin*. (s.61- 68). Lund: Studentlitteratur

Lloyd M, Law G-U, Heard A & Kroese B (2008). When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing*. 20, s: 29-34

- Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U (2012). Kvalitativ innehållsanalys. (Red), Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur
- Matziou, V., Boutopoulou, B., Vlachioti, E., Mantziou, T., Petsios, K (2011). Parent´s satisfaction concerning their child´s hospital care. *Nursing Science.* 8, s: 163-173
- McManaway, C. & Drewes, B (2010). The Role of Nurse Practitioner in Level II Trauma at Nationwide Children´s Hospital. *Journal of Trauma Nursing.* 17, s: 82-84
- Mearns, C., Wilson, B., Buchanan, M (2012). Multiprofessional education: improving care for acutely ill children. *Nursing children and young people.* 24, s: 14-17
- Nobab (2013). Hämtat 2013-04-22 från www.nobab.se/dokument/standards
- Rooke, L. (1997). *Omvårdnadsforskning – användning av forskningsresultat.* Lund: Studentlitteratur
- Ross-Adjie, G-M., Leslie, G & Gillman, L (2007). Occupational stress in the ED: what matters to nurses? *Australasian Emergency Nursing Journal.* 10, s: 117-23
- Runeson, I., Mårtenson, E. och Enskär K (2007). Children´s Knowledge and Degree of Participation in Decision Making When Undergoing a Clinical Diagnostic Procedure. *Pediatric Nursing.* 33, s: 505-11.
- Rzucidlo, S.E., & Shirk, B. J (2004). Pediatric patients. *Trauma Nursing.* 67, s: 36- 41
- Taylor, S.J. & Bogdan, R (1998). *Introduction to Qualitative Research Methods. A Guidebook and Resource.* New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur
- SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen.* Stockholm: Riksdagen
- SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen.* Stockholm: Riksdagen
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen.* Stockholm: Riksdagen
- Shugerman, R., Linzer, M., Nelson, K., Douglas, J., Williams, R & Konrad, R (2001). Pediatric Generalists and Subspecialists: Determinants of Career Satisfaction. *Pediatrics.* 108, s: 40-54
- Sónia, A & Ernestina, M (2013). Quality and satisfaction with the emergency pediatric service: the perspective of children´s parents. *Revista de Enfermagem Referencia.* 9, s: 95-113

UNICEF (2006). *Mänskliga rättigheter- Konventionen om barnets rättigheter*.
Utrikesdepartementet: Stockholm

Vatnøy, K., Fossum, M., Smith, N., & Slettebø, Å (2013). Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21, s: 89-96.

Vicioso, M. & Bosley, J (2009). How you can address pediatric-specific training. *ED Nursing*. 19, s: 12- 15.

Whelan, L (2006). Competency Assessment of Nursing Staff. *Orthopaedic Nursing*, 25, s: 198-202.

Widgren, B (2013). *RETTTS- Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur

Widgren, B., & Jourak, M (2008). Medical emergency triage and system (Metts): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 10, s: 1-6.

Wikström, J (2006). *Akutsjukvård- Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*.
Lund: Studentlitteratur

Ygge, B, M., & Arnetz, J,E (2004). A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 19, s: 217-23.

Bilagor:

- 1 Informationsbrev till enhetschef
- 2 Samtycksblankett från informant
- 3 Informationsbrev till informanter
- 4 Intervjuguide
- 5 Exempel innehållsanalys



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2013-05-02

Bilaga 1 (5)

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning”.

Lasarettet tar årligen emot cirka 22 000 akuta besök av barn och ungdomar mellan 0- 18 år. Hälften, de 11 000 patienter som behöver träffa en kirurg, ortoped eller öron-, näsa- halsläkare tas emot på akutmottagningen för vuxna.

Syftet med denna studie är att genom intervjuer med sjuksköterskor som möter och vårdar barn på vuxenakuten försöka skapa en bild av hur de upplever sin arbetssituation just i förhållande till barnpatienterna. Förhoppningsvis kommer några områden för möjlig verksamhetsutveckling att visa sig, likaså vad som upplevs som svårt och/eller positivt i kontakten med det akut sjuka barnet.

Studien avser att omfatta 8-12 intervjuer med öppna frågor som i tid omfattar 30 – 60 minuter vardera. Undersökningsgruppen blir ett urval av sjuksköterskor verksamma på vuxenakuten, antingen med en tillsvidareanställning eller med vikariat (> 6 månader). Några andra inkluderings-/exkluderingskriterier kommer inte att vara aktuella. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan skrivas ut i fulltext för en innehållsanalys av uppsatsförfattarna.

Undersökningspersonerna kommer att informeras om studiens syfte och genomförande både muntligen och skriftligen av uppsatsförfattarna. Samtidigt kommer de informeras om att deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när så önskas utan att detta ifrågasätts. Ett informerat samtycke kommer att dokumenteras skriftligen. Inga personliga uppgifter utöver hur länge man varit yrkesverksam samt om man har någon specialistutbildning utöver sjuksköterskeprogrammet kommer inhämtas i studien. De olika intervjuerna kommer endast att ges en sifferkod och inga namn kommer antecknas.

Insamlat material kommer förvaras i ett låst skåp fram till uppsatsen är examinerad, planerat till januari 2014. Därefter kommer såväl inspelningar som utskrifter av intervjuer och analysunderlag att förstöras.

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

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barn och ungdom.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Maria Lindén
Leg. Sjuksköterska
0723 – 02 44 21
ped08ml1@student.lu.se

Marie Kvarn
Leg. Sjuksköterska
0725 – 17 77 74
sbs13mkv@student.lu.se

Annica Sjöström-Strand
Med.dr.
Leg. Sjuksköterska
Universitetslektor
Annica.sjostrom-
strand@med.lu.se

Bilagor

- 2. Samtyckesblankett**
- 3. Informationsbrev**
- 4. Intervjuguide**
- 5. Projektplan**

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

INFORMATIONSBREV

2013-05-02

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Akutmottagningen tar årligen emot cirka 11 000 patienter under 18 år. Som sjuksköterska på akuten ansvarar du för bedömning och omvårdnad av dessa patienter. Denna studie syftar till att genom intervjuer skapa en bild av sjuksköterskans upplevelse av att möta barn och ungdomar i den ofta utmanande miljö som en akutmottagning är. Intervjun beräknas ta cirka 30 – 60 minuter och genomförs av leg ssk. Maria Lindén eller leg ssk. Marie Kwart. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. När arbetet slutförts och studien examinerats, januari 2014, kommer allt material att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med Maria Lindén/Marie Kwart. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom två veckor.

Studien ingår som ett examensarbete i Barnsjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Maria Lindén

Leg sjuksköterska

0723-024421

ped08m11@student.lu.se

Marie Kwart

Leg sjuksköterska

0725-177774

marie.kwart.591@student.lu.se

Annica Sjöström-Strand

Med. Dr; Leg

sjuksköterska;

Universitetslektor

annica.sjostrom-strand

@med.lu.se

Bilaga 4 (5)

”Sjuksköterskans upplevelse av att vårda barn på en vuxenakutmottagning”

Intervjuguide

- 1 Hur länge har du varit verksam som sjuksköterska?
Hur länge har du varit verksam inom akutsjukvård?
- 2 Har du någon specialistutbildning?

Teman/ fokusområden

- Upplevelsen vid vård av akut sjuka barn. (Prioritering 1 & 2)
- Upplevelsen vid omhändertagandet av ganska välmående barn. (Prioritering 3 & 4)
- Upplevelsen av samverkan med föräldrar och eventuellt andra anhöriga
- Upplevelsen av den fysiska miljön/ lokalerna/ arbetsplatsen vid vård av barn för dig som sjuksköterska
- Upplevelsen av den psykosociala miljön vid vård av barn för dig som sjuksköterska
- Vad om något, om något, upplevs som särskilt krävande och svårt vid vården av barn?
- Vad, om något, upplevs som särskilt belönande och roligt vid vården av barn?
- Upplever du något behov av fortbildning? I så fall inom vilka områden?
- Vad upplever du att triagesystemet retts-p innebär för dig som sjuksköterska i arbetet med vård av barn?
- Upplever du något behov av kamratstödande samtal/ avlastningssamtal efter händelsen vid vård av barn? Upplever du dig i så fall få stöd i tillräcklig omfattning?

Bilaga 5 (5)

<i>Meningsenhet</i>	<i>Kondenserad Meningsenhet</i>	<i>Kod</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Kategori</i>
”Det händer så sällan så man blir ringrostig. /.../man känner sig vanmäktig./.../för det är inte det här jag är van vid. Det ligger utanför min komfort zon.”	Man blir ringrostig och vanmäktig då man måste lämna sin komfort zon	Att lämna sin trygghets zon	Att vara ovan	Att vara osäker
”Men det är inte lätt, därför jag gör det inte så ofta.”	Inte lätt då jag sällan gör	Svårt på grund av ovana		
”/.../med barn så tror jag att allting inte faller sig lika naturligt just för att man är inte van”	Inte naturligt då jag inte är van	Inte naturligt på grund av ovana		
”/.../Jag kan bli frustrerad. Och sen ibland får jag lämna det och då kan jag känna att jag inte har så mycket kompetens så jag hämtar en kollega.”	Blir frustrerad och får lämna och hämtar en kollega	Frustration på grund av bristande kompetens	Brist på kunskap	
”/.../då vill man ju kanske fråga någon kollega eller man vill, vill vara säker innan man till exempel ger medicin och så, dubbelkolla.”	Fråga kollega, vill vara säker och dubbelkolla	Fråga kollega för att vara säker		
”Det är jättebra och en hjälp för det skiljer ju sig med parametrar för barn och för olika åldrar och vad man ska tänka på. Sånt som man inte tänkte på innan. Så det är en stor hjälp.”	Det är en jättebra hjälp för det skiljer sig med parametrar för barn. Sånt man inte tänkte på innan.	Bedömningsstöd som hjälp och inläring		
”Det är rätt obehagligt (att föräldrar är med vid livshotande tillstånd) /.../ Det sätter större press på oss också.”	Det är obehagligt (att föräldrarna är med vid livshotande tillstånd). Det sätter press.	Känsla av övervakning	Att känna obehag	
”Det är jobbigt att göra något mot någon som inte vill att man ska göra det. Och är dom då små så förstår dom inte varför/.../”	Det är jobbigt att göra något mot någons vilja och svårt att förklara för dom små	Känsla av att behöva tvinga		

