LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans upplevelse av att bemöta barn och deras familj på allmän intensivvårdsavdelning

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Charlotte Henriksson och Linn Persson

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans upplevelse av att bemöta barn och deras familj på allmän intensivvårdsavdelning

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Charlotte Henriksson och Linn Persson

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

I Sverige finns idag fyra avdelningar som bedriver barnintensivvård. Det innebär att det på många sjukhus i landet endast finns allmän intensivvårdsavdelning där det svårt sjuka barnet behandlas. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att bemöta barn och deras familj på en allmän intensivvårdsavdelning. Metoden var kvalitativ design där 14 intensivvårdssjuksköterskor intervjuades på två sjukhus i södra Sverige. Data analyserades genom innehållsanalys och resulterade i tre kategorier: *Stimulerande men en utmaning*, *Att skapa en relation till barnet* och *Att skapa en relation till familjen.* Resultatet visade att det kändes betydelsefullt och stimulerande att vårda barn men att det fanns känslor av otrygghet i bemötandet eftersom det aldrig blev rutin. Bemötandet av barnet upplevdes bli bättre av rak och tydlig information och sjuksköterskorna använde sig ofta av lek för att nå barnet. Det ansågs viktigt att se hela familjen och att familjen fick vara tillsammans hela tiden men det upplevdes inte alltid att det fanns resurser till det.

Nyckelord

Allmän intensivvårdsavdelning, Barn, Bemöta, Familj, Sjuksköterska, Sverige

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 1

Problembeskrivning 2
Bakgrund 3
Perspektiv och utgångspunkter 3
Barnet i vården 3
Familjen i vården 4
Intensivvård 6
Intensivvårdssjuksköterskan 7
Familjen på intensivvårdsavdelning 8
Syfte 9

Metod 9
Kontext 9
Urval 10
Datainsamling 11
Databearbetning 12
Etisk avvägning 13
Förförståelse 14

Resultat 15
Stimulerande men en utmaning 15
Den egna osäkerheten påverkar bemötandet 15
Behovet av kontinuitet 16
Att skapa en relation till barnet 18
Kommunicera med barnet 18
Vara lekfull 20
Att skapa en relation till familjen 20
En känsla av trygghet 20
Viktigt att se och involvera familjen 23

Diskussion 25
Metoddiskussion 25
Resultatdiskussion 27
Konklusion och implikationer 31

Referenser 32

Bilaga 1 (3) 36

Bilaga 2 (3) 38

Bilaga 3 (3) 40

Problembeskrivning

Barn kan ibland behöva vistas på sjukhus i kortare eller längre perioder. Det är då viktigt att barnets möte med vården blir så barnanpassat som möjligt. I skrivande stund finns i Sverige endast fyra avdelningar som bedriver barnintensivvård, BIVA (Svenska intensivvårdsregistret, 2011). Det innebär att det på många sjukhus i landet endast finns allmän intensivvårdsavdelning där det svårt sjuka barnet behöver behandlas. Barn är inte små vuxna, de är beroende av de vuxnas närvaro och agerande (Hallström 2003; 2009). Om ett barn blir svårt sjukt engageras inte bara barnet utan hela familjen (a.a.). För att kunna bemöta barnet, föräldrarna och eventuella syskon på ett optimalt sätt krävs det att sjuksköterskan har specifik kunskap och kompetens för detta (NOBAB, u.å.). Att vårda barn skiljer sig från att vårda vuxna, inte bara i sjukdomspanorama och patofysiologi från spädbarn till tonåren (Ratcliff, 1998) utan även när det gäller omvårdnad, där den familjecentrerade omvårdnaden är av stor vikt (Hallström, 2003; 2009; Institute for patient- and family-centered care, 2010). Offord (2010) och Jenkins, Waldmann och Taylor (2010) skriver att personal på avdelningar, där man inte regelbundet tar emot barn, känner sig stressade över att vårda barn och blir mindre säkra i hanteringen av barn. Personalen blir hämmade i sitt arbete på grund av att de saknar den pediatriska kunskapen (Offord, 2010; Jenkins, Waldmann & Taylor, 2010). Det finns tidigare studier (Hall, 2005; Macdonald, Liben, Carnevale & Cohen, 2012; Scott, 2008) om bemötande av barn och deras familj på intensivvårdsavdelning (IVA) men dessa fokuserar främst på hur föräldrarna upplever bemötandet från sjuksköterskorna. Studier om sjuksköterskornas upplevelser inom området är däremot sparsam. Genom att belysa sjuksköterskans upplevelse av att bemöta barn och deras familj på en allmän intensivvårdsavdelning önskar författarna med den här studien öka kunskapen inom området. Ökad kunskap om bemötandet av barnet och deras familj kan leda till förbättrad omvårdnad och bättre anhörigmöten, det vill säga främja familjecentrerad omvårdnad.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Wright, Watson och Bell (2002) definieras familjen som en grupp individer som binds samman av starka känslomässiga band. Familjen har en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv. Sjuksköterskan behöver se familjebegreppet som något som sträcker sig bortom traditionella gränser för medlemskap såsom blodsband, adoption och äktenskap (a.a.). Familj definieras enligt Broberg (2009) som ett system där de olika individerna och relationerna påverkar varandra. Familjens situation påverkar ett barns hälsotillstånd och i omvänd ordning påverkar sjukdom hos ett barn dess föräldrar och syskons situation. När behandling och insatser planeras för det sjuka barnet är det därmed viktigt att beakta hela familjens situation (a.a.). Familjecentrerad vård innebär att se till hela familjen för att barnet ska kunna må bra (Institute for patient- and family-centered care, 2010). Familjen ses som en helhet, där familjens medlemmar och deras interaktioner påverkar varandra och omvårdnaden fokuserar både på individen och familjen (Hallström, 2009). Institute for patient- and family-centered care (2010) beskriver familjecentrerad vård som ett ömsesidigt positivt partnerskap mellan vårdgivare, patient och familj. Kärnan i familjecentrerad vård är att lyssna på och respektera familjens värderingar och val. Det är viktigt att stödja familjen socialt, känslo- och utvecklingsmässigt. För att få ett gott samarbete innebär det även att göra patient och familj delaktiga i vården och beslutsfattande genom aktuell, förståelig, fullständig och korrekt information (a.a.). Till skillnad från vård av vuxna innebär vård av barn ett större krav på att uppmärksamma hela familjen eftersom barnet och familjen påverkar varandra i större utsträckning. Därför är familjecentrerad omvårdnad lämplig som referensram i denna studie.

Barnet i vården

En av barnkonventionens fyra grundläggande principer är att det som är bäst för barnet alltid ska beaktas (UNICEF, u.å.). Enligt Hallström och Lindberg (2012) är ett sjukt barn mer känsligt för förändringar i omgivningen och för främmande miljöer än vuxna. Vårdmiljön för barn ska vara ålder- och individanpassad (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Vårdmiljön

ska vara en fysiskt, psykiskt och socialt barnanpassad miljö där det ska finnas plats för närstående i omedelbar eller nära anslutning till barnet (a.a.). En sjuksköterska som är specialiserad mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (barnsjuksköterska) ska möjliggöra optimal delaktighet för barn och närstående i omvårdnadsarbetet samt i första hand kommunicera med barnet. Barnsjuksköterskan ska vidare stödja, ge utvecklingsanpassad information och vid behov utbilda barnet och dess närstående (Kompetensbeskrivning, 2008).

Vårdpersonal som jobbar med barn inom hälso- och sjukvården har inflytande i barnets utveckling och deras livsvillkor (Söderbäck, 2010). Således bör vårdpersonalen ha kompetens inom barns utveckling och en förståelse för barnets rättigheter (a.a.). Den nordiska föreningen för sjuka barns behov, NOBAB (u.å.) skriver att personal som vårdar och behandlar barn ska ha utbildning och kompetens så att de kan bemöta både de fysiska och de psykiska behoven hos barnet och dess familj. För att kunna ta hand om barnet på bästa sätt krävs det att vårdpersonalen har förmågan att förstå hur det sjuka barnet upplever situationen (a.a.). Tingberg (2004) skriver att ett barns utveckling blir störd i en krissituation och det är därför nödvändigt att närma sig barnets sätt att kommunicera och det är en förutsättning att kunna kommunicera med barnet och dennes familj för att kunna tillgodose barnets behov (a.a.). Bemötande i vården består till största del av en kommunikativ verksamhet där det viktigaste redskapet är en dialog (Robertsson, 2013). Söderbäck (2010) beskriver att familjen har en oersättlig roll för barnet och det är därför av största vikt att skapa en bra relation och kommunikation med familjen. Det är av stor betydelse att kunna bemöta barn och föräldrar i en miljö som för dem kan vara okänd och då ofta skapar en osäkerhet (a.a.). En studie av Loyd, Urquhart, Heard och Kroese (2008) visade att sjuksköterskor blev stressade av att utföra procedurer på barn som inte ville medverka och de kände ett obehag av att hålla fast barnet. Sjuksköterskorna upplevde att stressen och obehaget sjönk om de i förväg kunde förklara för barnet och föräldrarna varför proceduren behövde genomföras. Det var också viktigt för sjuksköterskorna att ha tid att förbereda barnet (a.a.).

Familjen i vården

Att bemöta barn i vården innebär även att bemöta föräldrarna. Det är väsentligt att förstå vikten av att låta föräldrarna närvara i olika vårdsituationer i den mån det är möjligt, då

föräldrarna är den konstanta faktorn i ett barns liv. En familjecentrerad omvårdnad blir nödvändig eftersom föräldrarna och barnet påverkar varandra och föräldrarna behöver känslomässigt stöd, något som i sin tur hjälper till att lindra barnets oro (Hilliard & O`Neill, 2010; Roets, Rowe-Rowe & Nel, 2012). Enligt Hallström (2003) vill föräldrar känna trygghet och kunna förmedla trygghet till sitt barn. Föräldrar önskar ha en god kommunikation med personalen där de får information om vad, hur och varför. Att ha kontroll, vara en kompetent förälder, få vara närvarande och passa in är viktigt för föräldrar. Föräldrar vill även kunna vara en aktiv i den del av familjen som är utanför sjukhuset samt kunna tillgodose sina praktiska behov (a.a.). För barnet, som befinner sig i en situation som de upplever som hotfull, är det viktigt att känna att de har kontroll över situationen de befinner sig i, få vara nära sina föräldrar samt få sin integritet respekterad (Hallström, 2009). För övrigt vill barn få sina fysiska behov tillfredsställda och de behöver aktivitet, bekräftelse, erkännande, nya erfarenheter, information samt få vara delaktiga (a.a.).

För att kunna främja barnets delaktighet i vården och visa barnet respekt krävs det kompetens inom familjecentrerad vård. Vårdpersonalen bör ha ett professionellt intresse av att samverka med föräldrarna och på så sätt se till barnets behov. Att ha ett barnperspektiv är också att stödja föräldrarna. Det ska vara en självklarhet att barnet har tillgång till en förälder i vårdsammanhang (Söderbäck, 2010). Föräldrarna ska också i enlighet med den nordiska standarden för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB, u.å.) få hjälp och uppmuntran att stanna hos sitt barn och ha möjligheten att övernatta. Scott (1998) skriver i sin studie att det var viktigt för föräldrarna att ha möjlighet att träffa sitt barn när som helst under vårdtiden och att det var viktigt att få kontinuerlig information om barnets tillstånd. En studie av Hall (2005) visade att föräldrar till kritiskt sjuka barn ofta hade en känsla av utanförskap och att de inte fick reda på vad som skulle hända. Föräldrarna kände att sjuksköterskorna inte lyssnade på dem och tog till sig av deras kunskap som förälder när de upplevde att deras barn blev sämre (a.a.). Macdonald, Liben, Carnevale och Cohen (2012) skriver i sin studie att en av de mest stötande och svåraste situationer föräldrar upplevde under barnets vårdtid på en intensivvårdsavdelning var att bli behandlad som en besökare och att bli flyttad från barnets säng. Det är viktigt att låta anhöriga vara nära och involverade i omvårdnaden (Engström, Uusitalo & Engström, 2011). Föräldrarna har en viktig roll i vården av det sjuka barnen då de känner sitt barn bättre än någon annan och är känsliga för förändring i barnets tillstånd (Hallström, 2003).

Intensivvård

Enligt Larsson och Rubertsson (2012) definieras intensivvård som diagnos, monitorering, vård och behandling av patienter med potentiell reversibel svikt i ett eller flera organsystem. I teamet kring patienten ingår läkare, specialistutbildad sjuksköterska inom intensivvård och oftast undersköterska och sjukgymnast. Ett multidisciplinärt samarbete med flera olika specialiteter som arbetar med och runt patienten krävs utöver teamarbetet (a.a.). Ratcliffe (1998) skriver att intensivvård för barn är beroende av att personalen har utbildning och kompetens inom specialiteten.

Kritiskt sjuka barn skiljer sig i jämförelse med vuxna både i sjukdomspanorama och i patofysiologi (hur funktionen i olika fysiologiska system påverkas av sjukdom och kan påverkas av olika behandlingar). Det är också en skillnad från spädbarn till tonår (Ratcliff, 1998). I England kom år 1997 riktlinjer gällande centralisering av den pediatriska intensivvården, *Pediatric Intensive Care; A Framework for the Future,* som är en standard för att säkra kvaliteten av vården för barn som behöver intensivvård bland annat genom att lokaler skall vara anpassade för barn och att all personal skall vara utbildade för att vårda och stödja barn (Pearson, Barry, Timmins, Stickley & Hocking, 2001; Pearson, et al., 1997; Ratcliffe, 1998). Syftet med centraliseringen av den pediatriska intensivvården var att få en övergripande bild (Mattsson, et al., 2013) och därmed minska risken för bland annat komplikationer (Pearson, et al., 1997) och dödlighet (Fraser, Maskrey & Taylor, 2004; Pearson, et al., 2001). Genom centraliseringen har man i studier (Fraser, Maskrey & Taylor, 2004; Pearson, et al., 2001) sett att vårdtiden inom barnintensiv minskade i förhållande till allmän intensivvårdsavdelning.

I Sverige finns, i skrivande stund, fyra avdelningar som bedriver barnintensivvård, där barn mellan 0-18 år behandlas (Svenska intensivvårdsregistret, 2011). Det låga antalet barnintensivvårdsavdelningar innebär att det flesta barn idag vårdas på allmänna intensivvårdsavdelningar. Nästan hälften av alla vårdtillfällen av barn inom intensivvård år 2009 skedde på en allmän intensivvårdsavdelning som är mer anpassad för vuxna (Larsson & Rubertsson, 2012).

Intensivvårdssjuksköterskan

Intensivvårdssjuksköterskan ska vårda patienter, med svikt i ett eller flera organ, med skiftande diagnoser i alla åldrar (Kompetensbeskrivning, 2012). Intensivvårdssjuksköterskans arbete är bland annat att övervaka patientens vitala funktioner med hjälp av medicinteknisk utrustning. Intensivvårdssjuksköterskan ska även kunna identifiera smärta hos patienten, kunna administrera läkemedel på ett säkert sätt och planera omvårdnaden samt medverka vid transport av en svårt sjuk patient. Vidare beskrivs det i kompetensbeskrivningen att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna se individens specifika omvårdnadsbehov och kunna utföra dem. Intensivvårdssjuksköterskan ska stötta, informera samt undervisa patient och närstående om åtgärder, monitorering och medicinskteknisk utrustning (a.a.). I en studie av Kean och Mitchell (2014) beskrev sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar att även om de såg familjer som en enhet som sjukvårdspersonalen var där för att stötta, så kände sjuksköterskorna att familjens närvaro fördröjde deras arbete. Sjuksköterskorna upplevde att allt tog mycket längre tid eftersom de var tvungna att hela tiden förklara för patientens närstående vad de gjorde (a.a.).

Offord (2010) menar att på avdelningar där man inte regelbundet tar emot barn, känner sig personalen stressad över att vårda barn på grund av att de saknar den pediatriska kunskapen. Personalen blev mindre säkra i hanteringen av barn och blev därmed hämmade i sitt arbete (Jenkins, Waldmann, Taylor, 2010). Personalen upplevde svårigheter i att genomföra procedurer, svårigheter i förmågan att undervisa samt svårigheter i det kliniska beslutsfattandet (Suresh & Crowe, 2012). Dessa svårigheter blev extra tydliga när komplexitet i uppgifterna ökade, samt under återupplivning (a.a.). När situationen blev mer kritisk, tenderade sjuksköterskorna inom intensivvård att bli mer medicinskt fokuserade och barnet sågs mer som ett objekt, vilket äventyrade barnets välmående (Mattsson, Forsner, Castrèn & Arman, 2013). När sjuksköterskan inte svarade på barnets behov fanns en risk att barnet upplevde smärta och lidande (a.a.).

Familjen på intensivvårdsavdelning

I en studie (Boie, Moore, Brummett, & Nelson, 1999) såg man att det fanns en stor önskan hos föräldrarna att i akuta situationer vara närvarande under genomförandet av procedurer på barnet. Föräldrarna uttryckte att deras närvaro hjälpte till att trösta barnet och minska dess rädsla (a.a.) samt gav barnet styrka (McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007). Att vara närvarande uttrycktes av föräldrar som en outtalad rättighet och ett ansvar (a.a.). I beslutet om förälderns närvaro under en procedur måste flertalet faktorer tas med i beaktning som förhållandet mellan föräldern och barnet, önskan hos föräldern att stanna kvar eller inte och läkarens behov av att behålla koncentrationen i en svår situation vilken kan störas av förälderns närvaro (Boie, Moore, Brummett, & Nelson, 1999).

I en studie av Davies, Tibby och Murdoch (2005) framkom att vårdpersonalen inte alls eller enbart minimalt fann föräldrarnas närvaro under transport av ett sjukt barn som stressande. Vårdpersonalen som arbetade inom akut- och intensivsjukvård fann det endast lite eller inte alls svårt att genomföra procedurer på barnet i föräldrarnas närvaro. Att ha en förälder närvarande ansågs av vårdpersonalen ha en lugnande effekt på barnet. Det gavs även möjlighet att bland annat förklara aspekter av barnets sjukdom och ta fullständig anamnes på barnet (a.a.). Vårdpersonal känner sig mer uppskattad och agerar mer professionellt när föräldrarna är närvarande men föräldrarna kan också öka ångesten hos vårdpersonalen i en akut situation vilket kan påverka vårdpersonalens beslutsförmåga (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011). Under återupplivningsförsök och invasiva procedurer kunde anledningar som avbrott, emotionell påfrestning, familjens brist på kunskap, ökad stress för vårdpersonalen och långvarig upplivning anses som nödvändigt att exkludera barnets föräldrar från situationen (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011). Vårdpersonalens stress var oftast mer relaterat till faktorer hos föräldrarna än sjukdomens svårighet eller erfarenheten hos personalen (Davies, Tibby & Murdoch, 2005).

Föräldrar uttrycker betydelsen av att bli tillfrågade om att vara närvarande (McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007). Även sjuksköterskorna påpekade att det inte är alla föräldrar som vill vara närvarande, men att de har rättigheten att göra valet. Endast om föräldrarnas närvaro är skadlig för barnet ska man be dem att lämna rummet (a.a.). Familjens närvaro under procedurer (och återupplivning) kräver riktlinjer och en strukturerad metod för att säkerställa framgång (Suresh & Crowe, 2012). Utan riktlinjer och metod får en individ eller liten grupp avgöra frågan om föräldrarnas närvaro (Jones, Parker-Raley, Maxson &

Brown, 2011), vilket leder till inkonsekvent behandling av föräldrar (McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007).

Tidigare forskning gällande sjuksköterskornas upplevelse av att bemöta barn och deras familj på allmän intensivvårdsavdelning är sparsam. Förhoppningen är att föreliggande studie ska kunna ge en utökad förståelse och nyanserad bild inom området och ligga till grund för potentiella förbättringar för den familjecentrerade omvårdnaden.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj på en allmän intensivvårdsavdelning.

Metod

Studien är empirisk och genomförd med kvalitativ metod. Vid kvalitativ metod går resultatet på djupet och gäller specifika miljöer och omständigheter (Olsson & Sörensen, 2011). Kvalitativ forskningsmetod syftar till att tillföra kunskap grundad på erfarenhet och att skapa en större förståelse för en upplevd händelse (Polit & Beck, 2008). Eftersom författarna önskar att belysa en upplevelse är en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer lämplig. Studien är genomförd med ett hermeneutiskt forskningsperspektiv, vilket innebar att fånga upplevelser och strävar efter att förstå och tolka människors erfarenheter och situationer (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2008). I tolkningsarbetet försöker man nå en fördjupad förståelse genom frågorna vad, var, hur och varför (Olsson & Sörensen, 2011).

Kontext

Under 2013 fram till december 2014 vårdades det på de aktuella sjukhusens intensivvårdsavdelningar strax över 100 barn under 18 år varav 2 var respiratorkrävande. De vanligaste diagnoserna bland barnen var intoxikationer, men det har också förekommit

ketoacidos, trauma och diverse medfödda sjukdomar. Inom sjukhusens upptagningsområde fanns totalt 41 931 barn folkbokförda år 2013.

Urval

Målgruppen för studien var sjuksköterskor som då var verksamma på en allmän intensivvårdsavdelning på två sjukhus i södra Sverige vilka saknar barnintensivvårdsavdelning. Ett ändamålsenligt urval användes, vilket innebar att respondenterna inkluderades efter förutbestämda kriterier (Polit & Beck, 2008). Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna ska ha mött och vårdat ett eller flera barn under sitt arbete på IVA. Exklusionskriterier var sjuksköterskor med specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn- och ungdom.

Avdelningscheferna på respektive intensivvårdsavdelning kontaktades per telefon under slutet av våren 2014 för förfrågan om att medverka i studien samt fick informations- och samtyckesbrev skickat till sig (Bilaga 1) där de bland annat tillfrågades om att hitta lämpliga respondenter för studien enligt urvalskriterierna. Avdelningscheferna gav samtycke till att delta i studien och agerade mellanhand. På ett av sjukhusen tog avdelningschefen upp förfrågan om att delta i studien på ett arbetsplatsmöte och samlade in kontaktuppgifter i form av mail och mobiltelefonnummer för dem som var intresserade, vilket resulterade i fem respondenter. På det andra sjukhuset kontaktades avdelningschefen per telefon som då rekryterat sex stycken respondenter. Dessa sex skulle sedan höra av sig via mail till författarna. När responsen på mailen var obefintlig ringdes respondenterna upp under hösten 2014. Fem av de sex respondenterna svarade och bokades in för intervju. På det andra sjukhuset kontaktades de fem respondenterna via mail under början av hösten 2014 för förfrågan om deltagande och informationsbrevet angående studien bifogades (Bilaga 2). Responsen på mailen var ringa och efter några dagar skickades därför ett sms ut till de respondenter som inte svarat på mailet och efter ytterligare några dagar kontaktades de respondenter som fortfarande inte hört av sig via telefon. Ytterligare fyra respondenter anmälde sig under datainsamlingen genom intensivvårdssjuksköterskor som deltagit i studien. Det genomfördes totalt sju intervjuer av respektive författare på respektive sjukhus, totalt 14 intervjuer.

Bakgrundsfakta om exempelvis sjuksköterskans antal verksamma år på IVA, ifall de hade någon specialistutbildning, erfarenhet eller utbildning av att bemöta barn och hur vanligt det var att sjuksköterskan vårdat barn på IVA efterfrågades. De 14 respondenterna som deltog i studien var mellan 40 och 62 år gamla och hade arbetat som intensivvårdssjuksköterskor mellan 6 och 24 år. Två av respondenterna hade tidigare arbetat på IVA som undersköterskor. Tre av respondenterna hade under vidareutbildningen inom intensivvård haft kortare praktik på barnavdelning och två av respondenterna hade gått en kurs i neonatologi. Respondenterna bestod av 13 kvinnor och en man.

Datainsamling

Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer som gjordes med stöd av en egenutformad intervjuguide (Bilaga 3). Vid semistrukturerade intervjuer finns färdiga frågor så att forskaren får den efterfrågade informationen men samtidigt ges respondenten frihet att svara i egna ord vilket innebär att respondenten kan ge så mycket detaljer denne vill samt förklaringar (Polit & Beck, 2008). Frågor för fördjupning/förtydligande stod med i intervjuguiden som ett stöd vid intervjun. Efter att frågor om respondenternas bakgrund som intensivvårdssjuksköterska ställts övergick frågorna till hur respondenterna upplevde det att bemöta barn och deras familj på intensivvårdsavdelningen. Ett exempel på en övergripande fråga som ställdes var: *Hur upplever du det att bemöta barn och deras familj?* vilken följdes av två följdfrågor: *Vad är positivt med att bemöta patientgruppen barn och familj?* och *Vad upplever du kan vara en svårighet i bemötandet av barnet och dennes familj?* Följdfrågorna ställdes vid behov för att hjälpa respondenten att tänka efter och på så sätt bidra till mer information, vilket leder till en djupare förståelse om upplevelsen.

Tid och plats för genomförandet av intervjuerna bokades utifrån respondenternas önskemål och efter överenskommelse. Intervjuerna genomfördes i ett rum på eller i anslutning till intensivvårdsavdelningen i enlighet med respondentens önskemål. Övrig personal gjordes uppmärksam på att intervjuer genomfördes där, för att minska risken för att respondenten blir störd under intervjun. Försökspersoner som ska delta i en studie ska innan deltagande få begriplig information om studien och därtill lämna sitt samtycke till att delta (Olsson & Sörensen, 2011). Respondenterna hade tidigare fått skriftlig information bland annat gällande studies syfte, att det var frivilligt att delta samt att konfidentialitet garanterades. Innan

intervjuerna startade fick respondenterna samma information muntligt samt undertecknade en samtyckesblankett (Bilaga 2). Deltagarna erhöll även information om författarnas yrkesbakgrund. De individuella intervjuerna spelades in efter respondentens tillåtelse. En pilotintervju genomfördes utav en av författarna för att testa intervjuguiden samt för att öva intervjuteknik. Pilotintervjun diskuterades mellan författarna samt med handledare och pilotintervjun var av tillfredsställande kvalité och inkluderas i studien. Intervjuerna pågick mellan 15-50 minuter, med ett medianvärde på 26 minuter. Intervjuerna transkriberas sedan ordagrant och slutligen inkluderades data från samtliga 14 intervjuer i studiens resultat.

Databearbetning

Innehållsanalysen skedde med en induktiv ansats eftersom induktiv ansats med fördel kan användas vid analys av människors berättelser om sina upplevelser (Graneheim och Lundman, 2004). Induktiv ansats innebär att texten läses och analyseras förutsättningslöst. Eftersom studien grundar sig på en djupare förståelse av ett fenomen användes innehållsanalys med latent tolkning enligt Graneheim och Lundman (2004). I kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på tolkning av texter och att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Analysprocessen inleddes med att de 14 transkriberingarna enskilt lästes igenom av författarna flertalet gånger för att få en känsla för helheten i texten. Därefter delades texten in i meningsbärande enheter (tabell 1) som relaterade till varandra och var relevanta för studiens syfte. Meningarna kondenserades, vilket innebar att meningarna kortades ned men behöll kärnan av innebörden. Nästa steg i analysen var att koda de kondenserade meningarna med ett ord eller en mening. Därefter jämfördes kodernas likheter och olikheter för att delas in i underkategorier som sedan bildar kategorier (a.a.). Direkta citat från transkriberingarna används i presentationen av resultatet för att belysa viktiga punkter (Polit & Beck, 2008).

Tabell 1. Exempel på analysschema

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
Vissa grejer kan göra ont och då säger jag ärligt att det här kommer att göra ont. Jag är nog ganska tydlig som person så jag tror att barnen känner trygghet i min tydlighet.	Det kan göra ont och då säger jag ärligt att det kommer göra ont. Jag tror barnen känner trygghet i min tydlighet.	Nå barnet	Kommunicera med barnet	Att skapa en relation till barnet
Dröjer det lång tid mellan gångerna så kan man ju… dels glömmer man bort en del grejer och så har det kommit lite nytt och det kan ju göra att man blir lite osäker.	Blir det lång tid mellan gångerna så glömmer man saker och det kommer nytt, det kan göra en osäker.	Osäkerhet när det blir sällan	Behovet av kontinuitet	Stimulerande men en utmaning

Etisk avvägning

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska respondenterna enligt samtyckeskravet få en begriplig information om studien för att de självständigt ska kunna avgöra om de vill medverka eller inte. Respondenterna fick information, enligt informationskravet, om vad det innebar att vara respondent och att deltagandet var frivilligt med rätt att avbryta medverkan när som helst (Helsingforsdeklarationen, 2013; Polit & Beck, 2008; Vetenskapsrådet, 2011). Konfidentialitskravet garanteras genom att den information och de resultat som framkom vid datainsamlingen inte sprids i sådan form att personer och/eller situationer kan kännas igen (Olsson & Sörensen, 2011; Vetenskapsrådet, 2011), det är endast författarna som har tillgång till informationen (Polit & Beck, 2008). Det transkriberade materialet avidentifierades och kodades så att intervju och person inte kan kopplas samman (Olsson & Sörensen, 2011; Vetenskapsrådet, 2011). Datamaterialet förvaras inlåst och när uppsatsen är klar och godkänd av examinator kommer datamaterialet att förstöras (a.a.). Det finns dock en eventuell konfidentialitetsrisk, då medarbetarna kan känna igen sina kollegor i resultatbeskrivningen eftersom fler respondenter från samma avdelning tillfrågades om deltagande. Insamlat datamaterial används endast till författarnas tilltänkta studie enligt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2011).

Etiska principer i form av autonomiprincipen och godhetsprincipen följdes genom arbetets gång. Med autonomiprincipen menas att den information som ges ska vara förståelig och tillräcklig (Olsson & Sörensen, 2011). Respondenterna som deltog i studien fick såväl skriftlig som muntlig information om studiens syfte. Godhetsprincipen innebär en strävan att göra gott genom att så effektivt och tillförlitligt som möjligt komma fram till ny och väsentlig kunskap som kan leda till förbättring och utveckling inom omvårdnad. Genom att belysa sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj kan ökad kunskap och förståelse fås inom området. Ökad kunskap om bemötandet kan leda till förbättrad omvårdnad och bättre anhörigmöten, det vill säga främja familjecentrerad omvårdnad. Även den etiska principen att inte skada följs genom att respondenternas integritet och värderingar respekteras. Då urvalsförfarandet gjordes enligt vetenskapliga normer beaktades rättviseprincipen (a.a.). En ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för etisk rådgivning genomfördes innan studien påbörjas, referensnummer VEN 91-14, med utlåtande den 6:e juni 2014.

Förförståelse

Med förförståelse menas den bild som forskarna har om det fenomen som studeras inklusive teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Rosberg (2012) menar att förförståelsen eventuellt kan bli ett hinder för att se någonting nytt och att det är därför viktigt att hela tiden reflektera över förförståelsen och subjektiviteten under forskningsprocessens gång (a.a.). Det är även möjligt att under forskningsprocessen utnyttja förförståelsen då den ger en möjlighet att upptäcka ny kunskap och djupare förståelse (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). En av författarna arbetar sedan 1,5 år tillbaka på barnavdelningen på ett av de sjukhus som inkluderades i studien och har därmed samarbete med intensivvårdsavdelningen. Den andra författaren har erfarenhet av att ha egna barn som har vårdats på sjukhus. Förförståelsen har tagits i beaktning under genomförandet av studien, bland annat genom fortlöpande diskussioner under analysarbetet.

Resultat

Studiens resultat beskrivs i tre olika kategorier med tillhörande underkategorier (tabell 2). Vidare benämns intensivvårdssjuksköterskan som sjuksköterska för att göra texten mer lättläst. I kategorin *Stimulerande men en utmaning* framkom att det aldrig blir rutin på den allmänna intensivvårdsavdelningen att bemöta barn och deras familj och därför krävdes det mer av sjuksköterskan. Kategorin *Att skapa en relation till barnet* speglar sjuksköterskans tankar kring hur man bäst bemöter barnet medan kategorin *Att skapa en relation till familjen* beskriver sjuksköterskans upplevelser av att ha familjen med i vårdsituationen.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

Stimulerande men en utmaning	- Den egna osäkerheten påverkar bemötandet - Behovet av kontinuitet
Att skapa en relation till barnet	- Kommunicera med barnet - Vara lekfull
Att skapa en relation till familjen	- En känsla av trygghet - Viktigt att se och involvera familjen

Stimulerande men en utmaning

Den egna osäkerheten påverkar bemötandet

Barnen uppfattades som mer känsliga än vuxna för sjuksköterskans otrygghet. En skillnad mellan barn och vuxna som sjuksköterskorna gav uttryck för var att barn är snabbare och tydligare i sin kommunikation om det de upplever är bra eller dåligt. Barnen beskrevs som utåtriktade och gav mycket respons direkt. Sjuksköterskorna uttryckte att det var betydelsefullt att vårda barn, de kände att det var roligt och stimulerande. Sjuksköterskorna uttryckte att det var positivt att få mer erfarenhet av att arbeta med barn. Sjuksköterskorna kände att de gav allt och att det var väldigt givande när allt gick bra.

> *”Det ger mycket tillbaka för det är liksom... ett barn är ett barn, det är så mycket framtid framför dem när det går bra. Så det är himla roligt, det är lite mer stimulerande”* (Kod 6).

Inför bemötandet av barnet och dess familj uppgav sjuksköterskorna att dem fick tänka till lite extra, vara påhittiga och förbereda sig mentalt. En önskan om ökad information kring barnet fanns för att öka tryggheten inför bemötandet och vården. Sjuksköterskorna förberedde sig extra noga inför ett mottagande av barn om det var möjligt. Sjuksköterskorna påpekade också att en del kollegor är mer trygga i bemötandet av barn, något som ansågs vara relaterat till olika faser i livet och att en del har fallenhet för att bemöta barn.

Sjuksköterskorna uttryckte att det inte fanns någon generell svårighet med att bemöta och vårda patientgruppen barn och familj jämfört med att bemöta och vårda vuxna, dock beskrevs känslor av otrygghet i form av oro och osäkerhet. Svårigheten berodde snarare på person och situation mer än att det var ett barn med familj. Familjen sågs som vilka anhöriga som helst och anhöriga är de vana att bemöta. Skillnader i bemötandet av barnet och deras familj som beskrevs var att föräldrarna är en stor del av vården vilket är ovant. Sjuksköterskorna uttryckte att det var svårt att i en situation kunna bemöta stressade föräldrar, ge dem information, och samtidigt hantera den egna stressen över att utföra något som man är ovan med. Svåra situationer som beskrevs i bemötandet med barnet och var situationer när barnet absolut inte ville medverka som vid exempelvis peroral medicinering eller perifer venkateter (pvk)-sättning. Kraven ökade vid en process som pvk-sättning eftersom man inte ville orsaka en negativ upplevelse för barnet eller föräldrarna.

> *“Och känner jag att jag skulle missa och spräcker kärlet så har jag åsamkat barnet ett trauma, men även barnets föräldrar som förmodligen står över axeln och tittar på”* (Kod 12).

Behovet av kontinuitet

Sjuksköterskorna beskrev att det fanns en viss otrygghet i att bemöta och vårda barn och deras familj eftersom de gör det mer sällan. Erfarenheten blev inte så stor på grund av att det kunde gå lång tid mellan gångerna ett barn vårdades på den allmänna intensivvårdsavdelningen. Att det går lång tid mellan gångerna gör att en del glöms bort och det skapar en osäkerhet hos sjuksköterskorna. I akuta situationer ledde denna otrygghet till att

många personer involverades i vården och sjuksköterskorna uppgav att det kunde försvåra för dem och kännas kaosartat.

> *”I en akut situation här på IVA om vi har ett barn så är det ju ofta väldigt mycket människor runt, lite för mycket. Det kan bli lite kaosartat... lite... man kan uppleva det i alla fall och det är svårt att komma fram och komma till”* (Kod 4).

Sjuksköterskorna uttryckte att vården inte skiljer i det akuta omhändertagandet, själva intensivvården. Det påpekades att det fanns skillnader när det kom den praktiska hanteringen av läkemedel men inget som beskrevs som ett problem.

> *“Man utför ändå det som ska göras, liksom det är samma sak, det är bara det att man kontrollerar mängder, styrkor och sånt där tycker jag.”* (Kod 10).

Skillnader som pekades ut i läkemedelshanteringen var dosering, reaktion och vilka läkemedel som används till barn. Sjuksköterskorna beskrev det dock som jobbigt att inte känna sig lika säker i läkemedelshanteringen och materialhanteringen som vid vuxna patienter. Sjuksköterskorna uttryckte att de inte kan styra upp situationen på samma sätt som med en vuxen patient, de kan inte ha en diskussion och föra argument med läkaren eftersom kompetens saknas.

> *”Vilket gör, står jag i en jätteakut situation med någon vuxen som är sådär ur, urdålig, så kan jag nog styra upp situationen. Har jag en narkosläkare som jag jobbar med, som jag känner att här håller jag inte med i det du ordinerar så kan jag ha en diskussion och föra argument, att jag tycker, har du tänkt på det här? Ska vi inte göra så här nu? Nu har vi provat det här, nu skulle jag, vad tror du, kan vi prova det här? Och den kompetenser har jag inte om det handlar om barn. Absolut inte! Då måste jag titta på min lathund för vätska, okej du har, jag såg bara här att, gäller det i det här fallet också? Så och hur mycket.”* (Kod 12).

Det fanns ett behov av att ställa kontrollfrågor till sig själv och att de inte kan köra på frihand utan behövde använda sig av bland annat hjälpmedel till läkemedelsspädningar samt referenstabeller. Det fanns en ökad rädsla att göra fel när det rör barn. Sjuksköterskorna beskrev inte en rädsla men en otrygghet för att bemöta barnet och familjen och för

situationen, att inte klara av vården. Det fanns checklistor för att enklare kunna hantera det materiella, men när det kom till bemötande av barn fanns det inga hjälpmedel.

Det fanns även en viss osäkerhet om vården blev mer långvarig och sjuksköterskorna kände att de inte hade tillräckliga kunskaper om barn eller resurser för att ta hand om dem. Sjuksköterskorna kände att det hade underlättat om de hade haft mer kunskap om barns utveckling. De kände att den erfarenheten de hade om barns utveckling kom ifrån deras eget föräldraskap eller från barn de kände privat.

Sjuksköterskorna upplevde att det var skönt att barnavdelningen tog barnen så mycket men påpekade samtidigt att det var tråkigt att ha få barn eftersom de tappade kompetensen. Det framkom att sjuksköterskorna tog mycket hjälp av varandra i vården av ett barn, främst för kontroll vid läkemedelshanteringen. De tog även hjälp av barnavdelningen, antingen direkt på plats eller via rådgivning per telefon.

> *"Att det kommer någon som är trygg med den rollen. Att dem kan fokusera på omvårdnaden av barnet och jag kan fokusera på det jag måste med läkemedel och allt det andra."* (Kod 11).

Sjuksköterskorna beskrev att det kändes mindre tryggt desto yngre barnen var. Det framkom att det fanns ett visst samarbete med neonatal- och barnavdelningen på sjukhusen. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att vara ödmjuk och visa att man vill ta del av en annan specialists kunskaper för att bemötandet och vården kring barn och familj skall fungera så bra som möjligt.

Att skapa en relation till barnet

Kommunicera med barnet

Sjuksköterskorna beskrev det som en svårighet i de fall då det inte går att kommunicera direkt med barnet. Svårigheten låg i att behöva förlita sig på föräldrarna. Sjuksköterskorna föredrog att prata direkt med barnet om det gällde barnet och inte gå via föräldrarna. Sjuksköterskorna gav uttryck för att bemötandet av barnet blev bättre om de gav ärlig information inför en procedur och inte undanhöll information, exempelvis att det kunde göra ont. Om information undanhölls och barnet sedan tyckte att det gjorde ont så var möjligheten

för förtroende troligen förstört. Svårigheten som beskrevs låg i att få tillåtelse och förtroende att utföra en procedur som kan upplevas som negativt av barnet. Sjuksköterskorna försökte alltid att vara raka och ärliga i kommunikationen till barnen, det kändes som att barnen blev trygga av att få tydlig information.

> *"Man kan ju inte gå in och göra något som gör ont utan att faktiskt säga till. Det tycker inte jag man får lov att göra. Man kan tala om det, att man ska göra och att det kommer att kännas."* (Kod 14).

Inför och under en procedur beskrev sjuksköterskorna att avslappning och avledning i form av prat eller annan distraktion ibland var till hjälp. Sjuksköterskan uppgav att det var viktigt med en tydlighet och även en trygghet med att informera om att proceduren ska genomföras och sedan genomföra proceduren innan barnet hinner bygga upp någon stress.

> *"Men just det här att man bara gör, att man liksom inte själv håller på att tveka. Det måste verkligen se ut och kännas som att nu gör vi det här och så gör man det på en gång, inte hålla på: om en stund eller snart eller så. Då brukar det gå bra."* (Kod 10)

Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårt att informera barn så att de förstod. Det fanns svårigheter att förklara för barn att vissa saker var nödvändiga att göra även om det innebar att det skulle bli jobbigt för barnet. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårare att få kontakt med barnet om barnet var väldigt reserverat och blygt men påpekade att det brukade hjälpa att prata med föräldrarna för att nå fram till barnet. Det var viktigt att få med sig föräldrarna för att få en bra kommunikation med barnet. När barnet inte förstod vad som skulle göras och vägrade göra det väcktes känslor av bland annat frustration och handlöshet och bemötandet av barnet beskrevs som jobbigt. Sjuksköterskorna beskrev att om möjligt fick man vänta in barnet och skapa en trygg situation, något som kräver tid. Sjuksköterskorna beskrev att det ibland kunde vara en hårfin skillnad mellan övergrepp och yrkesutövning, vilket väckte känslor av osäkerhet, olust och obehag hos sjuksköterskorna.

> *"… Ändå försök att förklara och var tydlig, vi kan busa, vi kan skoja lite, men nu måste vi göra det här. Vi kan inte göra det imorgon eller någon annan dag, det är nu vi måste göra det här. Det är ju klart, det är en hårskillnad mellan övergrepp och göra det man ska ibland tycker jag."* (Kod 12).

Det var en större svårighet att nå fram till äldre barn som inte ville gå med på provtagningar, där fanns en osäkerhet och fasthållning av barnen blev ibland nödvändigt för att kunna utföra procedurer. Sjuksköterskorna påpekade dock att sjuka barn ofta är tappra.

Vara lekfull

Barn har olika medel för att hantera situationen och sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att inte vara påträngande i bemötandet av barnet. Att man ska nöja sig med det lilla, vänta och låta det ta sin tid, samtidigt som man läser av kroppsspråket.

> *"Jag pratar med barnet och tar på barnet om det inte verkar backa på något sätt, lite försiktigt, medan jag läser av kroppsspråket"* (Kod 13)

Att prata om andra saker, som exempelvis vad barnet tycker om att göra på fritiden, kan öppna en konversation och påbörja en relation. Sjuksköterskorna beskrev att barnet kunde uppskatta att prata om vardagliga saker, speciellt om det varit stort fokus på sjukdomen. Det framkom att det ibland fanns svårigheter med att nå fram till barnet och att de fick leka och lirka med dem. Sjuksköterskorna påpekade vikten av att vara lekfull i sitt sätt vid bemötandet av barnet. Det upplevdes som enklare att nå barnet och att hantera en svår situation genom lek. Det kunde dock vara svårt under akuta situationer eftersom det inte alltid fanns tid att lägga på information och lek med barnet.

Att skapa en relation till familjen

En känsla av trygghet

Sjuksköterskorna uttryckte att det handlade mycket om trygghet. Hur tryggt barnet och föräldrarna är i sig själva, hur trygga barnet och föräldrarna är med varandra och hur trygg sjuksköterskan är. Det beskrevs som viktigt att ha föräldrarna med sig och att ta hjälp av föräldrarna eftersom de känner sitt barn bäst och kan göra barnet tryggt. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt med föräldrarnas stöd och att föräldrarna var med i situationen, förstod vad som hände samt att sjuksköterskorna var medvetna om vad föräldrarna förstod.

Sjuksköterskorna påtalade vikten av att föräldrarna förstod och kände sig trygga med att de alltid kunde ställa frågor.

> *"Föräldrarna representerar ju trygghet för barnet, vilket vi aldrig kan komma att göra"* (Kod 8)

Sjuksköterskorna beskrev att föräldrarnas beteende och känslor avspeglades väldigt tydlig hos barnet. Var föräldrarna stressade och rädda och tyckte att situationen var otäckt så smittade det av sig på barnet. Barnet blev likadant och det beskrevs som svårt att skapa en trygg situation. Var föräldrarna däremot lugna och trygga så var barnet i regel ganska tryggt och lugnt i sig självt. Om barnet var tryggt uttryckte sjuksköterskorna att barnet och föräldrarna tog till sig informationen lättare vilket underlättade bemötandet.

Sjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att få en bra kontakt och kommunikation med föräldrarna och vid anhöriga till ett litet barn kände sjuksköterskorna att de oftast måste vara lite mer ödmjuka och lyssna på föräldrarna. Det framkom att även föräldrarna behöver omvårdnad, stöd och hjälp. Vid procedurer upplevde sjuksköterskorna ibland att föräldrarna måste förberedas mer än barnet. Det framkom att det var viktigt att vara lyhörd och läsa av situationen. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att skapa en relation och sjuksköterskorna uppgav att humor, att ha ett lättsamt sätt och kunna skoja var viktiga medel för att skapa en relation med barnet och dennes familj. Det beskrevs som viktigt att visa att man fanns till hands och att patienten, barnet, övervakades kontinuerligt. Sjuksköterskorna gav uttryck för vikten av att föräldrarna inte skulle känna sig övergivna.

> *"... Och så visa att man finns till hands. Och att vi ser övervaknings-monitorn ute på våran central och att det sitter alltid någon där. Just att ni är inte själva med ert sovande barn nu, utan vi tycker att det här ser så bra ut så vi behöver inte vara här just nu."* (Kod 12).

Det framkom att det var viktigt för sjuksköterskorna att framstå som professionella, att personalen kom med samma information och på så sätt inger trygghet. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att tydliggöra rollerna, att föräldrarna var där för sitt barn medan vårdpersonalen fanns där som stöd, hjälp och för att utföra de behandlingsåtgärder som inte föräldrarna kan göra. Det framkom att det var viktigt för sjuksköterskorna att visa föräldrarna att de lyssnade till dem och deras kunskaper om deras barn för att föräldrarna inte skulle känna sig nonchalerade.

> *"Jag bryr mig om vad du tycker och säger och tänker. De här små förändringarna som man själv tänker som förälder att det är bara jag som ser som mamma eller pappa"* (Kod 6)

Det framkom att sjuksköterskorna såg det som en självklarhet att föräldrarna ska vara tillsammans med sitt barn dygnet runt och att vårdpersonalen aldrig skuffade undan föräldrarna. Sjuksköterskorna påpekade att barnet är omyndigt och behöver trygghet från sin anhöriga men det framkom att det inte var något som de tydligt arbetade efter på avdelningen. Det beskrevs som viktigt att berätta för föräldrarna om vikten av att de är och får vara närvarande om de vill och orkar. Sjuksköterskorna uppgav att de alltid försöker ordna så att föräldrarna kan sova på rummet men att de resurserna egentligen inte finns. Det fanns en känsla hos sjuksköterskorna av att vilja erbjuda familjerna mer för att föräldrarna alltid skulle kunna vara nära sitt barn.

Sjuksköterskorna kände att trygghet kan ges i situationen genom att avdramatisera apparater och utrustning. Det framkom som viktigt att familjen ser barnet istället för alla slangar och maskiner. Genom att visa vad apparaterna gör och om möjligt även stänga av övervakningen på salen uttryckte sjuksköterskorna att man kan hjälpa familjen. Det framkom att sjuksköterskorna ibland glömde bort att pusha föräldrarna att beröra sitt barn, speciellt vid akuta situationer då sjuksköterskorna uttryckte att det var lätt att glömma bort bemötande-biten.

> *"Det är väl så att i en riktigt akut situation så glöms, får jag nog säga generell, anhöriga bort en del beroende på att vi som jobbar är väldigt fokuserade"* (Kod 12)

Eftersom sjuksköterskorna på den allmänna intensivvårdsavdelningen vårdar barn mer sällan kände de att det blev en större sak när det kom ett barn jämfört med en vuxen, vilket var extra tydligt vid akuta situationer.

> *"Det är ju alltid, blir alltid en speciell stämning både när det är larm på telefonen om det är ett barn eller om det är omedelbart snitt eller om det är att det kommer in ett barn på akutlarm så blir det alltid speciell stämning, tycker jag. Det är samma, egentligen kan man ju även säga ungdomar, trafikolyckor och så, så blir det ju lite speciellt. Det känns i luften på något sätt."* (Kod 10).

Fler människor blev involverade i vården av barnet och det gjorde att föräldrarna hamnade i bakgrunden. Det fanns svårigheter att nå fram till familjen även om sjuksköterskorna påtalade att de i den akuta situationen inte kunde göra på något annat vis. Sjuksköterskorna gav utryck för att de var duktiga på att fånga upp familjen efter en akut situation. Om barnet var riktigt dåligt beskrev sjuksköterskorna svårigheter i att nå fram till föräldrarna. Det beskrevs som om de anhöriga inte tog in informationen samtidigt som det fanns en risk för misstolkningar. Utifrån risken för misstolkning undvek sjuksköterskorna ibland att ge information i det akuta läget. Det framkom även en otrygghet i att bemöta och kommunicera med föräldrar vars barn hade gått bort.

Viktigt att se och involvera familjen

Sjuksköterskorna beskrev det som viktigt att se hela familjesituationen när det rör bemötandet av barn. Att det handlar om att bemöta hela familjen (föräldrar och syskon) och inte bara barnet. Sjuksköterskorna uppgav att närhet av familj och anhöriga var viktigt för barnet, det var något som uttrycktes som positivt. Sjuksköterskorna upplevde att de var vana vid anhöriga och beskrev en vana av att involvera anhöriga i vården och uppmuntra deras närhet. Sjuksköterskorna kunde känna att det ibland var svårt att ha föräldrarna runt sig när de arbetade men tyckte att de positiva sidorna övervägde. Det var värdefullt att ha föräldrarnas erfarenhet med sig av hur deras barn var när de var friska. Sjuksköterskorna beskrev att föräldrarna var delaktiga från början till slut.

> *"De (föräldrarna) känner ju sitt barn allra bäst och det är ju det vi ska gå efter egentligen"* (Kod 7).

Det framkom att det var positivt att ha hela familjen med i vården och sjuksköterskorna lade stor vikt vid att ta hand om dem. Sjuksköterskorna kände att det var väldigt viktigt att föräldrarna kände sig omhändertagna och delaktiga, att vara en lyssnande medmänniska hjälpte sjuksköterskorna att få en god relation med föräldrarna. Sjuksköterskorna uttryckte att det bästa ifall anhöriga kunde få kontinuerlig information direkt under processen om vad det handlar om, vad som ska hända, vad som görs och varför. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att familjen drogs in i det hela genom information samt får möjligheten att delta lika mycket i diskussionen vid olika alternativ. Sjuksköterskorna uttryckte att det fanns en förståelse hos föräldrarna för att vårdpersonalen gör det de måste göra och gör allt de kan för

att hjälpa barnet. Sjuksköterskorna kände ändå att de ibland var tvungna att övertyga hela familjen om att vissa saker var för barnets bästa. Det var svårt att bemöta skeptisk hos familjen och att det ibland kunde vara svårt att bemöta föräldrar som var rädda och oroliga. När föräldrarna ifrågasatte sjuksköterskorna väckte det jobbiga känslor av otillräcklighet och obehag.

> *"som förälder är man ju, man är ju mån om sitt barn och man vill ju det bästa och ibland så kanske… kanske de tror att det går att göra på ett visst sätt som absolut inte går och inte ens när man försöker att påtala att det inte går"* (Kod 5)

Det sågs som positivt när föräldrarna skötte omvårdnaden av barnet medan sjuksköterskorna kunde fokusera på det medicinska. Detta framkom främst vid barn med funktionshinder där föräldrarna själva var personliga assistenter och där föräldrarna skött dem helt och hållet. Känslor av osäkerhet väcktes vid omvårdnaden av barn med funktionshinder och beskrevs därför lite som en lättnad att föräldrarna var närvarande och kunde sköta omvårdnaden.

> *"Då var det verkligen en resurs att ha mamman på rummet hela tiden, hon jobbade som sitt barns assistent, att kunna fråga henne… saker som jag kanske uppfattade kanske inte var riktigt normalt kanske var normalt, det var hans friska stadium liksom"* (Kod 3)

Även om sjuksköterskorna påpekade att det var barnet som kom i första hand så kände de att det var ytterst viktigt att ta hand om föräldrarna och syskonen till det sjuka barnet. För att göra familjen delaktig och främja anknytningen kändes det viktigt att ha familjen så närvarande som möjligt. Att se familjen inkluderar syskonen och sjuksköterskorna uttryckte att det var bra för syskon att närvara, att våga vara vid sitt syskon. Sjuksköterskorna beskrev svårigheter med syskon som exempelvis inte ville gå in i rummet och ansåg det vara bäst att närma sig syskonen försiktigt, se dem och ta dem där de befinner sig i situationen och hjälpa dem fram.

> *"Och säga att: här är din… och leda fram dem till att våga vara vid sitt syskon. Eller prata med dem om vad <u>dem</u> gjort i skolan eller vad det nu är för någonting. Så dem känner att dem är välkomna när dem kommer. Att dem är lika viktiga som någon annan. Att man liksom tillåter att dem är framme vid sitt syskon. Och pilla på grejor!"* (Kod 11).

Att ha en tillåtande och välkomnade miljö där man uppmuntrar frågor uttrycktes av sjuksköterskorna som viktigt. Det var viktigt att få syskonen att inte känna sig bortglömda. Det underlättade för sjuksköterskorna att nå fram till syskonen om syskonen tilläts att vara barn trots att de var på ett sjukhus.

> *”Man försöker visa att till exempel syskon som kan vara lite stökiga på rummet och så, att det är ganska okej, att man får vara barn även där fast man får vara lite mer försiktig”* (Kod 6).

Sjuksköterskorna kände att det var givande att kommunicera med föräldrarna och att det blev en speciell sorts kontakt. Det var familjerna med barn som de kom ihåg mest.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa en upplevelse. Kvalitativ metod med hermeneutiskt forskningsperspektiv är en lämplig metod eftersom den syftar till att skapa en större förståelse för en upplevd händelse (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2008). Författarna påverkades troligtvis av sin förförståelse och valde att i urvalet exkludera sjuksköterskor med specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, något som inte överensstämmer med studiens syfte. Avdelningscheferna hjälpte till att rekrytera respondenter, vilket kan innebära en risk för egenintresse i form av att avdelningscheferna väljer ut respondenter som speglar området ur fördelaktig vinkel. Sjuksköterskorna tillfrågades inte en efter en om att delta i studien utan samtliga sjuksköterskor som passade inklusions- och exklusionskriterierna fick förfrågan. Här kan en vinkling av resultatet skett då de sjuksköterskor som valde att delta i studien kan ha haft egenintresse av ämnet. Under datainsamling anmälde sig ytterligare respondenter genom andra respondenter, vilket kan påverka konfidentialiteten eftersom medarbetarna vet vilka som deltog samt kan känna igen sina kollegor i resultatbeskrivningen.

På grund av tidspress kontaktades respondenterna vid flertalet tillfällen under en kort tidsperiod för inbokning av intervju. Det kan ha bidragit till att respondenterna kände sig

tvingade till att delta. Etiska värderingar i form av frivillighet för deltagande kan ha påverkats. För att bemöta respondenterna fick dem själva välja tid samt plats för intervjun och intervjuerna genomfördes i ett rum på eller anslutning till avdelningen. Övrig vårdpersonal informerades om att intervjun genomfördes för att minska risken att bli avbryta under intervjun. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det av stor betydelse att det inte finns några störningar i rummet där intervjun genomförs, såsom att det ringer, att någon kommer in i rummet, eller att någon annan kan höra vad som sägs (a.a.). Ingen av författarna har tidigare erfarenhet av att genomföra intervjuer men har inhämtat teoretisk kunskap om intervjuteknik via litteratur. En pilotintervju genomfördes och diskuterades med handledaren för att optimera intervjuguiden samt intervjutekniken. Dock genomförde endast en av författarna pilotintervju på grund av tidsbrist, men pilotintervjun som genomfördes diskuterades författarna emellan. Det genomfördes ytterligare tretton intervjuer på mellan 15-50 minuter, med ett medianvärde på 26 minuter, innan det bedömdes att datamaterialet innehöll tillräckligt omfattande och djupt material för att svara på studiens syfte.

En intervju är aldrig oberoende av forskaren eftersom forskaren är delaktig genom att vara medskapare av texten genom samspelet under intervjun (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Här är det viktigt att tänka på förförståelsen hos författarna. Enligt Rosberg (2012) kan förförståelsen eventuellt bli ett hinder för att se någonting nytt men Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) påpekar att det genom förförståelsen är möjligt att upptäcka ny kunskap och djupare förståelse. Utifrån förförståelsen kunde bra diskussioner föras mellan författarna samt med handledaren genom arbetets gång för att undvika påverkan av förförståelse. Respondenterna var medvetna om författarnas bakgrund och författarna använde sig av ett neutralt förhållningssätt i intervjuerna.

Hur trovärdig en studie är handlar delvis om hur resultatet kan överföras till andra situationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Att respondenterna kom från två separata sjukhus är positivt då man ser till överförbarheten till andra sjukhus med allmän intensivvårdsavdelning, främst eftersom resultaten från de olika sjukhusen i studien pekar i samma riktning. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att det är upp till läsaren att avgöra i vilken utsträckning studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer. Det är därför viktigt att noga beskriva urval, datainsamling och analys. Det underlättar även för läsaren att bedöma överförbarheten om studiens kontext finns presenterad (a.a.). Författarna har ingående beskrivit samtliga delar i metoden och anser att det gett läsaren de rätta förutsättningarna för bedömning av den föreliggande studiens överförbarhet.

Intervjuerna genomfördes enskilt av författarna vilket både har för- och nackdelar. Dels är det en fördel eftersom det i intervjusituationen enbart blir författare och respondent, något som kan få respondenten att känna sig bekvämare i situationen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim kan det vara till fördel att fler än en person utför intervjuerna, eftersom det innebär en större möjlighet att fånga upp variationer i respondenternas upplevelser (a.a.). Genom att ensam genomföra intervjun ökar risken för att missa information och underliggande budskap Möjligheterna att uppfatta nyanser i respondenternas svar, ställa följdfrågor för att förtydliga eller utöka informationen minskar också då enbart en person genomför intervjuerna.

Det deltog inga nyexaminerade eller nyanställda sjuksköterskor i studien. Den respondent som hade kortast erfarenhet hade arbetat sex år som intensivvårdssjuksköterska. Positivt var respondenternas stora erfarenhet men risk finns att resultatet blir vinklat av de som i övrigt känner sig trygga i yrkesrollen.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en induktiv ansats med latent tolkning att föredra vid analys av människors berättelser om sina upplevelser. Delar av text kan inte tas ur sitt sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) och därför gick författarna vid upprepade tillfällen tillbaka till de transkriberade intervjumaterialet för att minnas och förstå texten i sitt sammanhang. Analysschema och citat presenteras för att ge läsaren en tydligare bild av hur materialet framkommit och tolkats. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att det ger läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet om det finns en noggrann beskrivning av analysprocessen, något som även stärker resultatets tillförlitlighet. Även direkta citat från intervjuerna bidrar till att det blir enklare för läsaren att bedöma giltigheten i tolkningen av materialet (a.a.).

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna beskrev att det inte fanns någon generell svårighet i bemötandet och vården av barnet och dennes familj, ändå beskrevs känslor av oro och osäkerhet relaterat till otrygghet. Svårigheterna var enligt sjuksköterskorna relaterat till person och situation och de ansåg att bemötandet och vården inte skiljer sig mellan barn och vuxna i det akuta omhändertagandet. Ratcliff (1998) påpekar att det skiljer sig från spädbarn till tonåring samt att kritiskt sjuka barn skiljer sig i jämförelse med vuxna både i sjukdomspanorama och i

patofysiologi. Sjuksköterskorna kände sig mindre trygga i att bemöta barn och deras familjer, vilket tyder på att de inte har barn tillräckligt ofta för att hålla sig uppdaterade. Offord (2010) har i sin studie visat att personal som saknar den pediatriska kunskapen känner sig stressade över att vårda barn. Sjuksköterskorna blir hämmade i sitt arbete eftersom de är mindre säkra i hanteringen av barn (Jenkins, Waldmann, Taylor, 2010), vilket sjuksköterskorna i föreliggande studie bekräftat. Osäkerheten kan ha bottnat i att de tappade kompetens när det aldrig blev rutin. Sjuksköterskorna uttryckte att det var stimulerande att bemöta och vårda barn och att det gav dem mycket tillbaka, det sågs som positivt att få mer erfarenhet. Det var skönt att barnavdelningen tog barnen så mycket, men sjuksköterskorna uttryckte samtidigt att det var jobbigt att det aldrig blev en rutin och på så sätt aldrig en trygghet, sjuksköterskorna tappade kompetensen.

Det är viktigt att närma sig barnet sätt att kommunicera (Tingberg, 2004) och sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att få med sig föräldrarna för att få en lyckad kommunikation med barnet. Barnen i föreliggande studie upplevdes av sjuksköterskorna bli mer trygga när de fick tydlig information och sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt med ärlighet och en rak kommunikation. Robertsson (2013) menar att bemötande i vården till största del består av kommunikation som redskap. Enligt Loyd et. al (2008) upplever sjuksköterskor att det är viktigt att det finns tid för att förklara för barnet varför ett ingrepp måste göras. Det blir enklare att få med sig barnet och de slipper göra något mot barnets vilja (a.a.). Att skapa en trygg situation genom att till exempel leka och lirka krävde tid, något som var svårt att hitta i akuta situationer enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie. De kände ibland att de trampade på gränsen mellan övergrepp och yrkesutövning. Enligt Hallström (2009) är det viktigt för barnen att känna att de har kontroll över situationen de befinner sig i samt få sin integritet respekterad.

Mattsson, Forsner, Castrèn och Arman (2013) skriver i sin studie att vid kritiska situationer tenderar sjuksköterskan att se barnet mer som ett objekt och blir med medicinskt fokuserad. En risk för att barnet upplever smärta och lidande finns när sjuksköterskan inte svarar på barnets behov (a.a.). Även om resultatet i föreliggande studie visade att det upplevdes som viktigt för sjuksköterskorna att skapa trygghet för barnet genom närvarande föräldrar så beskrev sjuksköterskorna att de ibland glömde bort att uppmuntra föräldrarna att vara nära och beröra sitt barn. Det var speciellt svårt att tänka på den biten i akuta situationer. NOBAB (u.å.) skriver att barn ska vårdas i en miljö där personal har utbildning och kompetens för att

kunna bemöta både de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj. Resultatet visar på att det till viss del upplevs svårt att uppnå denna kompetens.

För att barnet ska må bra innebär det att se till hela familjen enligt den familjecentrerade vården (Institute for patient- and family-centered care, 2010), något sjuksköterskorna i föreliggande studie uttryckte som viktigt. Sjuksköterskorna påpekade att det var viktigt för barnet med närhet till familj och anhöriga, vilket också bekräftas av bland annat Hallström (2009) och Söderbäck (2010). Enligt NOBAB (u.å.) ska föräldrarna få hjälp och uppmuntring att vara med sitt barn hela tiden och få möjlighet till att övernatta. Det framkom att sjuksköterskorna i föreliggande studie alltid gjorde sitt bästa för att se till att någon av föräldrarna kunde sova inne hos barnet men att det inte alltid var genomförbart. Det fanns känslor hos sjuksköterskorna av att vilja kunna erbjuda mer för att hela familjen skulle kunna vara tillsammans hela tiden men att resurserna inte alltid fanns.

I föreliggande studie var det en självklarhet för sjuksköterskorna att föräldrarna skulle närvara men att respekt skulle finnas för föräldrarnas val, ifall de inte ville eller orkade närvara, något som även påtalas i tidigare studier (Boie, Moore, Brummett, & Nelson, 1999; McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007). Att tillfällen kunde uppkomma då det var bäst att exkludera föräldrarna ur rummet på grund av exempelvis att föräldrarna försvårade koncentrationen hos vårdpersonalen eller att föräldrarnas närvaro på något sätt kunde vara skadlig för barnet (Boie, Moore, Brummett, & Nelson, 1999; Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011; McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007) kom aldrig på tal hos sjuksköterskorna i föreliggande studie.

Det uttrycktes av sjuksköterskorna att det var viktigt att föräldrarna kände sig omhändertagna och delaktiga. Att bli behandlad som en besökare och bli flyttad från barnets säng beskrev föräldrar som en av de mest stötande handlingarna de upplevt under barnets vårdtid på en intensivvårdsavdelning (Macdonald, Liben, Carnevale & Cohen, 2012). Även Engström, Uusitalo och Engström (2011) påpekar vikten av att låta anhöriga vara nära och involverade i omvårdnaden. Det är även viktigt att se syskon, låta dem närvara och bli sedda.

Det var dock ovant att föräldrarna var en så stor del av vården. Sjuksköterskorna i en studie av Kean och Mitchell (2014) beskrev känslan av att deras arbete fördröjdes när familjen var närvarande hela tiden eftersom de var tvungen att ge information kontinuerligt om vad de gjorde. Sjuksköterskorna i föreliggande studie uttryckte att det var svårt att konstant ha föräldrarna närvarande när de arbetande, men att det positiva med föräldrarnas närvaro ändå

övervägde. Svårighet som beskrevs var att i stressade situationer kunna hantera den egna stressen över att utföra någon man är ovan med och samtidigt kunna bemöta och informera stressade föräldrar. Davis, Tibby och Murdoch (2005) påpekar i sin studie att vårdpersonalens stress oftast var mer relaterat till faktorer hos föräldrarna än sjukdomens svårighet eller erfarenheten hos personalen. Föräldrarna kan också öka ångesten hos vårdpersonalen vilket kan påverka deras beslutsförmåga (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011), något som också hör samband med ökat stresspåslag hos sjuksköterskorna.

Familjens medlemmar påverkar varandra och familjen ska ses som en helhet där omvårdnaden fokuserar både på individen och familjen (Hallström, 2009; Hilliard & O`Neill, 2010; Roets, Rowe-Rowe & Nel, 2012). Enligt Hallström (2003) är föräldrarna känsliga för förändringar i barnets tillstånd och har därför en viktig roll i vården av det sjuka barnet, något som sjuksköterskorna i föreliggande studie uttrycker att de tar hjälp av. Det kändes viktigt för sjuksköterskorna att vara en medmänniska som lyssnade på föräldrarna och deras åsikter och kunskaper om sina barn. Söderbäck (2010) beskriver att det är av största vikt att skapa en bra relation och kommunikation med familjen eftersom familjen har en oersättlig roll för barnet. Föräldrar vill känna trygghet och kunna förmedla trygghet till sitt barn (Hallström, 2003). Det bekräftas av resultaten i föreliggande studie att sjuksköterskorna anser att det är viktigt att inge trygghet hos föräldrarna eftersom de upplevt att föräldrarnas beteende och känslor tydligt avspeglas hos barnet och att föräldrarna ibland överför sin ångest till barnet. Sjuksköterskorna påpekar att det är viktigt att ha föräldrarna med sig och att föräldrarna också behöver omvårdnad, stöd och hjälp, något som även bekräftas av Hallström (2003). Att respektera familjens värderingar och val är kärnan i familjecentrerad vård (Institute for patient- and family-centered care, 2010) och sjuksköterskorna i föreliggande studie påtalar vikten av en bra kommunikation mellan sjuksköterska och familj. Att kontinuerligt informera om bland annat åtgärder påpekar sjuksköterskorna som viktigt. Institute for patient- and family-centered care (2010) skriver att genom aktuell, förståelig, fullständig och korrekt information ska patient och familj bli delaktiga i vård och beslutsfattande, vilket främjar ett gott samarbete. Sjuksköterskorna i föreliggande studie är troligen vana att, från sin vård av vuxna, ge anhöriga information och göra dem delaktiga i beslutsfattandet. Troligen tillämpar därför redan sjuksköterskorna en del av den familjecentrerade omvårdnaden, utifrån vana.

Tidigare studier (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011; McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007; Suresh & Crowe, 2012) påpekar att det krävs riktlinjer och en strukturerad metod för att säkerställa framgång vid familjens närvaro under procedurer.

Enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie hamnar föräldrarna ofta i bakgrunden vid akuta situationer, mycket på grund av att det var en stor sak när det kom ett barn och fler människor blev, på grund av ovana och osäkerhet, involverade i vården. Det finns behov av ökad kunskap för att känna större trygghet i bemötandet av familjen i akuta situationer.

Konklusion och implikationer

Resultatet visade att sjuksköterskorna i föreliggande studie kände att de tappade viss kompetens eftersom det aldrig blev rutin med att vårda barn. Det framkom att sjuksköterskorna tyckte att det var stimulerande och roligt att vårda barn och att det gav dem mycket men också att det fanns behov av mer kontinuitet. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt med ärlig information till barnet och att vara tydlig i kommunikationen. Vidare framkom det att det var jobbigt att bemöta barn som vägrade medverka vid procedurer och att fasthållning av barnet väckte känslor av obehag. Det underlättade att vara lekfull i bemötandet för att nå fram till barnet. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt för barnet att ha sin familj och anhöriga hos sig. Sjuksköterskorna kände vana och trygghet i att ta hand om anhöriga men det fanns svårigheter i att bemöta föräldrar som var rädda och oroliga och en osäkerhet i att ge svåra besked till föräldrarna. Studiens resultat visar att ett större samarbete med barnavdelningen kan vara till nytta för att minska känslor av osäkerhet. Vidare studier om sjuksköterskors upplevelser av att bemöta barn och deras familj på allmän intensivvårdsavdelning behövs för att öka kunskapen inom området.

Referenser

Boie, E. T., Moore, G. P., Brummett, C. & Nelson, D. R. (1999). Do Parents Want to Be Present During Invasive Procedures Performed on Their Children in the Emergency Department? A Survey of 400 Parents. *Annals of Emergency Medicin, 34(1),* 70-74. doi: 10381997

Broberg, M. (2009). Familjens liv och livsvillkor. I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad.* (s. 43-49). Stockholm: Liber AB.

Davies, J., Tibby, S. M. & Murdoch, I. A. (2005). Should parents accompany critically ill children during inter-hospital transport? *Archives of Disease in Childhood, 90,* 1270-1273. doi:10.1136/adc.2005.074195

Engström, B., Uusitalo, A. & Engström, Å. (2011). Relatives´ involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses´ experiences. *Intensive and Critical Care Nursing, 27,* 1-9. doi:10.1016/j.iccn.2010.11.004

Fraser, J., Maskrey, C. & Taylor, H. (2004). Evaluation of the Pediatric Index of Mortality in children managed on adult intensive care units. *Archives of Disease in Childhood, 89,* 974-976. doi:10.1136/adc.2003.037614

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24,* 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hall, O.C, E. (2005). Being in an alien world: Danish parents 'lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian journal of caring science, 19*(3), 179-185. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00352.x

Hallström, I. (2003). Föräldrars behov i samband med ett barns sjukdom. I Wesslén-Lindahl, K. (Red). *Barn- och ungdomssjukvård.* Stockholm: Liber AB.

Hallström, I. (2009). Barn i hälso- och sjukvården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad.* Stockholm: Liber AB.

Hallström, I. & Lindberg, T. (2012). Barn och hälso- och sjukvård. I K. Hanséus., H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (s. 113-119). Lund: Studentlitteratur

Helsingforsdeklarationen (2009). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* World medical association. Hämtad 23 november 2014 från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

Hilliard, C & O´Neill, M. (2010). Nurses ‘emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing, 19,* 2907-2915. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03177.x

Institute for patient- and family-centered care. (2010). *What is patient- and family-centered care?.* Hämtad 20 november 2014, från http://www.ipfcc.org/about/index.html

Jenkins, I., Waldmann, C. & Taylor, B. (2010). Critical care for children - `back to the future´. JICS: *The Intensive Care Society*, *11*(3), 160 - 162. Från http://journal.ics.ac.uk/pdf/1103160.pdf

Jones, B. L., Parker-Raley, J, Maxson, T. & Brown, C. (2011). Understanding Health Care Professionals ‘View of Family Presence During Pediatric Resuscitation. *American Journal of Critical Care, 20(3),* 199-208. doi:10.4037/ajcc2011181

Kean, S & Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of clinical nursing, 23,* 663-672. doi:10.1111/jocn.12195

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. (2008). Hämtad 1 december 2014, från http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf

Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. (2012). Hämtad 11 november 2014, från Riksföreningen för anestesi och intensivvård http://www.aniva.se/assets/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf

Larsson, A. & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB.

Loyd, M., Urquhart, G., Heard, A. & Kroese, B (2008). When a child says ‘no’: experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Peadiatric nursing*, 20(4), 29-34.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär. & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Mattsson, J., Forsner, M., Castrén, M. & Arman, M. (2013). Caring for children in pediatric intensive care units: an observation study focusing on nurses ‘concerns. *Nursing ethics, 25,* 528-538. doi: 10.1177/0969733012466000

Macdonald, M. E., Liben, S., Carnevale, F. A. & Cohen, S. R. (2012). An office or a bedroom? Challenges for family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Journal of Child Health Care, 16*(3), 237-249. doi: 10.1177/1367493511430678

McGahey-Oakland, P. R., Lieder, H. S., Young, A. & Jefferson, L. S. (2007). Family Experiences During Resuscitation at a Children`s Hospital Emergency Department. *Journal of Peadiatric Health Care, 21,* 217-255. doi:10.1016/j.pedhc.2006.12.001

Nordisk förening för sjuka barns behov. (u.å.). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård.* Hämtad 1 december 2014, från http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf

Offord, J, R. (2010). Caring for critically ill children in an adult environment- an educational strategy. *Nursing in critical care, 15*(6), 300-307. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00411.x.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen.* Stockholm: Liber AB.

Pearson, G., Barry, P., Timmins, C., Stickley, J. & Hocking, M. (2001). Changes in the profile of paediatric intensive care associated with centralisation. *Intensive Care Medicine, 27*(10), 1670-1673.

Pearson, G., Shann, F., Barry, P., Vyas, J., Thomas, D., Powell, C. & Field, D. (1997). Should paediatric intensive care be centralised? Trent versus Victoria. *The Lancet, 349,* 1213-1217.

Polit, D.F. & Beck, C. (2008). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ratcliffe, J. (1998). Provision of intensive care for children: A geographically integrated service may now be achieved. *BMJ, Helping doctors make better decisions, 316,* 1547.

Robertsson, E. (2013). Vårdhandboken. *Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv.* Hämtad den 10 november 2014, från http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-genusperspektiv/Oversikt

Roets, L., Rowe-Rowe, N. & Nel, R. (2012). Family-centered care in the paediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Management, 20*(5), 624-630. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01365.x.

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I M, Granskär och B, Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur

Scott, D L. (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal for specialists in pediatric nursing, 3*(1), 4-12.

Svenska intensivvårdsregistret. (2011). *Barnintensivvårdsavdelningar.* Hämtad 11november 2014, från http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/Barnintensivvardsavdelningar-BIVA/

Suresh, S. & Crowe, E. (2012). Family-centered Care: Generating Evidence in Pediatric Clinical Practice. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *186*(11), 1073-1074. doi: 10.1164/rccm.201209-1740ED.

Söderbäck, M. (Red.). (2010). *Barns och ungas rätt i vården.* Edita västra aros. Hämtad 20 maj, 2014, från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf

Tingberg, B. (2004). Barn på sjukhus. I *Barnet i vården* (s. 33-55). Stockholm: Liber AB.

UNICEF Sverige (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter.* Stockholm: UNICEF Sverige. Hämtad 23 november 2014, från https:unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed.* Stockholm - Bromma: Vetenskapsrådet: CM-Gruppen AB. Hämtat den 25 november 2014, från http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf

Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV
2014.11.05

Till enhetschef eller motsvarande på intensivvårdsavdelningen.

Förfrågan om tillstånd att genomföra ”Barn på allmän intensivvårdsavdelning - Sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj”

När ett barn vårdas på sjukhus är ofta hela familjen påverkad och den familjecentrerade omvårdnaden är av stor vikt. Ett sjukt barn är känsligare för förändringar i omgivningen och det är därför viktigt att vårdmiljön är så barnanpassad som möjligt. Det centrala i omvårdnaden är mötet med barnet och dess familj. Vi vill med den här studien undersöka sjuksköterskans upplevelse av att bemöta barn och deras familj på en allmän intensivvårdsavdelning.

Vi önskar att intervjua cirka 10-15 stycken sjuksköterskor varav vi önskar att intervjua hälften på er avdelning. Respondenterna ska inte ha någon specialistutbildning inom barnsjukvård. De ska ha vårdat minst ett barn under sitt arbete på avdelningen. Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ned. Materialet kommer vi sedan att analysera för att belysa de intervjuades egna upplevelser utifrån studiens syfte.

Vi anhåller om att få hjälp av dig för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. De potentiella respondenterna kommer att få ett informationsbrev och ett samtyckesbrev. Deltagandet är frivilligt och kan närsomhelst avbrytas. Konfidentialitet garanteras genom att inga respondenters identitet avslöjas i resultatet. Efter att arbetet har slutförts och godkänts av examinator kommer datamaterialet att förstöras. Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för ett rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.
Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Charlotte Henriksson
Student
Tel: 0708-24 25 92
charlotte.henriksson.294@student.lu.se

Linn Persson
Student
Tel: 0730-68 80 63
linn.persson.088@student.lu.se

Lisbeth Jönsson
Universitetsadjunkt/Dr med vet,
Leg barnsjuksköterska
Institutionen för hälsovetenskaper
Box 157, 221 00 Lund
Tel: 046-222 19 70
lisbeth.jonsson@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Barn på allmän intensivvårdsavdelning - Sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj.

Er anhållan

- ☐ Medgives
- ☐ Medgives ej

_____ _____

Ort Datum

_____

Underskrift

_____

Namnförtydligande och titel

_____

Verksamhetsområde

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV
2014.11.05

Information till undersökningsperson i studien Barn på allmän intensivvårdsavdelning - Sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. När ett barn vårdas på sjukhus är ofta hela familjen påverkad och den familjecentrerade omvårdnaden är av stor vikt. Ett sjukt barn är känsligare för förändringar i omgivningen och det är därför viktigt att vårdmiljön är så barnanpassad som möjligt. Det centrala i omvårdnaden är mötet med barnet och dess familj. Vi vill med den här studien undersöka sjuksköterskans upplevelser av att bemöta barn och deras familj på en allmän intensivvårdsavdelning.

Intervjun genomförs av Charlotte Henriksson eller Linn Persson. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att du själv föreslår plats efter dina önskemål. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter.

Med Din tillåtelse spelas intervjun in på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av materialet. Vid eventuella kompletteringar efter intervjun kommer vi att ta kontakt med Dig igen. Efter att arbetet har slutförts och godkänts av examinator kommer datamaterialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.

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

Med vänliga hälsningar

Charlotte Henriksson
Student
Tel: 0708-24 25 92
charlotte.henriksson.294@
student.lu.se

Linn Persson
Student
Tel: 0730-68 80 63
linn.persson.088@
student.lu.se

Lisbeth Jönsson
Universitetsadjunkt/Dr med vet,
Leg barnsjuksköterska
Institutionen för hälsovetenskaper
Box 157, 221 00 Lund
Tel: 046-222 19 70
lisbeth.jonsson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Barn på allmän intensivvårdsavdelning- Sjuksköterskans upplevelser av en familjecentrerad omvårdnad.”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

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

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat på IVA?
- Under din arbetstid på IVA, har du vårdat många barn (0-18 år)
- Har du någon specialistutbildning?
- Har du någon utbildning/kurser mot barn?
- Har du arbetat med barn tidigare innan du började på intensivvårdsavdelningen?

Intervjufrågor

- Hur upplever du det att bemöta barn och deras familj?
  - Vad är positivt med att bemöta patientgruppen barn och familj?
  - Vad upplever du kan vara en svårighet i bemötandet av barnet och dennes familj?
- Upplever du att du har tillräcklig kunskap om barns olika utvecklingsstadier?
- Hur upplever du bemötandet av barnet och deras familj när det kommer till att utföra procedurer på barnet? (exempelvis ta prover/sätta pvk)
- Upplever du att du kan främja anknytningen mellan förälder/vårdnadsgivare och barn under vårdtiden?

Klargörande frågor

- Snälla, berätta mer.
- Utveckla gärna.
- Beskriv gärna situationen.
- Skulle du kunna ge något exempel?
- Hur menar du?

Något att tillägga?