



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

En kvalitativ intervjustudie med föräldrar till barn under tre månader som inte fått närvara då barnet sövdes

Föräldrars upplevelser kring tiden för deras
barns operation

Författare: Elna Lampei & Sofia Lloyd

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Januari 2015

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

En kvalitativ intervjustudie med föräldrar till barn under tre månader som inte fått närvara då barnet sövdes

Föräldrars upplevelser kring tiden för deras barns operation

Författare: Elna Lampei & Sofia Lloyd

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Januari 2015

Abstrakt

I Sverige opereras och sövs flera hundra barn varje dag och att som förälder vara närvarande vid sövningen är kanske självklart för många. På en del sjukhus i Sverige får en förälder närvara vid barnets sövning oavsett barnets ålder medan på andra sjukhus finns det en åldersgräns på barnet för att en förälder ska få närvara. Syftet med studien var att undersöka hur föräldrar, som inte fick vara med sina barn vid sövning, upplevde tiden kring barnets operation. En kvalitativ intervjustudie utfördes med åtta föräldrar vars barn opererats på ett sjukhus i södra Sverige. Analysprocessen med innehållsanalys resulterade i tre kategorier; *barnet i centrum, det som inte går att påverka och att få bekräftelse och känna trygghet*. Resultatet visade att en del föräldrar önskade att få närvara vid sina barns sövning medan andra önskade att slippa. Oavsett om föräldrar får närvara vid sina barns sövningar eller inte är det viktigt att individualisera stödet och ha det familjecentrerade omvårdnadsperspektivet i fokus.

Nyckelord

Familjecentrerad omvårdnad, sövning, spädbarn, föräldrars upplevelser, trygghet, bemötande, påfrestning

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
Perspektiv och utgångspunkter – Familjecentrerad omvårdnad	3
Framväxt av familjecentrerad omvårdnad	4
Anestesi av barn	5
Föräldrar och barns behov	5
Jämförelse mellan närvarande och icke närvarande föräldrar, inverkan på barn och	6
föräldrar	6
Fokus på närvarande föräldrar	7
Föräldrars önskan om närvaro	7
Kvalitativ infallsvinkel, en svensk studie	8
Syfte	9
Metod	9
Kontext	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	10
Genomförande av databearbetning	12
Förförståelse	13
Etisk avvägning	14
Resultat	15
Barnet i centrum	15
Att vara nära sitt barn	15
Att sätta barnets behov först	17
Det som inte går att påverka	18
Att uppleva otrygghet	18
Påfrestande tankar och känslor	19
Påfrestande omständigheter	20
Att få bekräftelse och känna trygghet	21
Positivt bemötande är betydelsefullt	21
Erfarenhet och information gör skillnad	22
Behov av stöd	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av framtaget resultat	29
Konklusion och implikationer	33
Referenser	34
Bilaga 1 (4)	38
Bilaga 2 (4)	40
Bilaga 3 (4)	41
Bilaga 4 (4)	44

Problembeskrivning

I Sverige opereras och sövs flera hundra barn varje dag (Socialstyrelsen, u.å.) och det är rutin att föräldrar oftast är med och stöttar sina barn även under själva sövningen (Andersson, Johansson & Almerud Österberg, 2012). För oss som lever på 2000- talet kan familjecentrerad omvårdnad tyckas vara en självklarhet men i artikeln *The Evolution of Family-Centred Care* beskrivs hur samhället började uppmärksamma barns behov av socialt och emotionellt stöd i mitten av 1900-talet och hur familjecentrerad omvårdnad successivt förts in i barnsjukvården sedan dess (Jolley & Shields, 2009). Familjecentrerad omvårdnad ska se till familjens behov samtidigt som barnet är i centrum (Hallström, 2009). Enligt Förenta Nationernas [FN] barnkonvention (1989) ska barnets bästa alltid komma först. I detta ligger ett enormt ansvar hos sjukvårdspersonalen (Hallström & Lindberg, 2012). Föräldrar är inte alltid med sina barn vid sövning och det finns olika åsikter om huruvida föräldrar är till nytta eller inte för egen och för barnets del (Akinci, Köse, Öcal & Aypar, 2008; Hannallah & Rosales, 1983).

På en del sjukhus i Sverige får en förälder närvara vid barnets sövning oavsett barnets ålder och på andra sjukhus gäller att barn under en viss ålder, till exempel tre eller sex månader, sövs utan en närvarande förälder (Personlig kommunikation med personal på fem olika operationskliniker, 2014). Det finns även sjukhus, till exempel i Danmark, där två föräldrar får närvara (Sørensen, 2008). Det innebär en risk att söva barn och störst risk för komplikationer är det för barn under en månad (a.a.). Studier har visat att föräldrar vill vara med sina barn men att de också behöver stöd och information för att i sin tur kunna vara ett bra stöd för barnet (Kam, Voss, Gold & Pitkin, 1998; Himes, Munyer & Henly, 2003). Det finns få kvalitativa studier gjorda inom området och för författarnas kännedom endast en svensk, det finns även få studier inom ämnet som inkluderar spädbarn. För författarnas kännedom finns det inte någon studie som har fokuserat på just de föräldrar som inte har fått lov att närvara vid sina barns sövning. En studie som undersöker dessa föräldrars upplevelser skulle kunna ge kunskap för att bättre kunna hjälpa och stötta föräldrar i samma situation. Det är därför av intresse att undersöka hur föräldrar till barn under tre månader, som inte får vara med sina barn vid sövning, upplever tiden kring barnets operation.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter – Familjecentrerad omvårdnad

Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård [NOBAB] har med utgångspunkt i FN:s barnkonvention tagit fram en nordisk standard för barn inom hälso- och sjukvården (NOBAB, u.å.). I denna står bland annat att barn på sjukhus har rätt att ha en förälder med sig, att fysisk och psykisk stress hos barn och föräldrar ska minimeras, samt att föräldrar ska uppmuntras till att medverka i barnets vård (a.a.). Familjecentrerad omvårdnad fokuserar på individen och familjen som en helhet (Jolley & Shields, 2009). Ett samarbete mellan familj och personal ska finnas men det är trots detta barnets behov som ska stå i centrum (a.a.). Föräldrars behov är också viktiga och Shields et al. (2012) beskriver nio punkter som är centrala inom familjecentrerad vård. Dessa nio punkter handlar om att inse föräldrarnas betydelse i barnets liv och att se till att samarbete mellan vårdpersonal och förälder finns genom hela vårdkedjan. Att värdesätta familjers olika kulturer, styrkor och copingstrategier är också delar av de nio punkterna liksom att se till att familjen får kontinuerlig fördomsfri information och att uppmuntra familjer att ha kontakt med varandra. De sista punkterna handlar om att visa sig känslig för barn och familjers utvecklingsbehov, att se till att det finns rutiner för att ge familjer emotionellt och ekonomiskt stöd samt att utforma vård som är flexibel, kulturmedveten och svarar mot familjers behov (a.a.).

År 2006 publicerades en litteraturstudie vars syfte var att undersöka användande av familjecentrerad vård på barnsjukhus (Shields, Pratt & Hunter, 2006). Författarna till den artikeln definierar familjecentrerad omvårdnad som *”a way of caring for children and their families within health services which ensures that care is planned around the whole family, not just the individual child/person, and in which all the family members are recognized as care recipients”* (Shields et al., 2006, s. 1318). En äldre definition av familjecentrerad vård är *”the professional support of the child and family through a process of involvement, participation and partnership underpinned by empowerment and negotiation”* (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002, s. 22). Definitionen är fortfarande aktuell och användes av Stuart och Melling (2014) i deras studie som syftade till att jämföra skillnader mellan föräldrar och sjuksköterskors upplevelser av familjecentrerad omvårdnad på en sjukhusavdelning där barn lades in akut och vårdtiderna var korta. I studien fann forskarna att

föräldrar och sjuksköterskor hade ganska lika uppfattningar om vad familjecentrerad omvårdnad innebar men att det inte gick att förutsätta att alla familjer ville ha det på samma sätt och att det var viktigt att vid varje vårdtillfälle prata med familjemedlemmarna om vilka uppgifter de ville och kunde utföra kring vården av barnet. Båda ovan nämnda definitioner känns relevanta och författarna har inte valt att ta ställning för eller emot någon av dem utan har med båda två för att förtydliga vad familjecentrerad omvårdnad innebär.

Framväxt av familjecentrerad omvårdnad

I mitten av 1800-talet startades fler och fler barnsjukhus upp i Europa (Hallström, 2009). Mödrarna fick vara på sjukhuset och råddes att sköta omvårdnaden kring sina barn i så stor utsträckning som möjligt. I slutet av 1800-talet, då infektionssjukdomar blev allt vanligare och barnadödligheten ökade, ändrades inställningen till mödrarnas delaktighet (a.a.). För att bekämpa infektioner satsades det på fasta rutiner, renlighet och liten eller ingen kontakt alls mellan det sjuka barnet och dess förälder (Jolley & Shields, 2009). Efter andra världskriget, då många brittiska barn hade evakuerats och därmed separerats från föräldrarna, började samhället uppmärksamma barns behov av socialt och emotionellt stöd (a.a.). Det började då synas tydliga tecken på att denna separation var skadlig för barnen och på samma sätt som krigsbarnen för illa kunde tecken på allvarlig negativ påverkan visas hos de barn som vårdats en längre tid på sjukhus (Hallström, 2009; Jolley & Shields, 2009). Föräldrar påverkades också negativt genom att inte få närvara vid omhändertagandet av sina barn på sjukhus (Jolley & Shields, 2009). Från att tecknen på betydelsen av föräldrars närvaro började komma tog det tid innan familjecentrerad omvårdnad förts in runt om i världen, men på slutet av 70-talet fick föräldrar återigen börja vara med sina barn på sjukhus (Jolley & Shields, 2009). Föräldrar hade rätt att vara med sina barn och barnen hade rätt till sina föräldrar dygnet runt (a.a.). Sjukvården kan trots detta inte kräva av föräldrar att vara närvarande men det är viktigt att uppmuntra föräldrar att vara hos sina barn och berätta om de positiva effekterna av deras närvaro så som att barnet känner en trygghet och ett lugn (Ygge, 2009).

Anestesi av barn

Totalt opererades 7148 barn mellan 0-4 år i Skåne år 2013. Av dessa ingrepp utfördes 2985 inom slutenvården och 4163 inom dagkirurgin (Socialstyrelsen, u.å.). Redan år 1919 i Kanada arbetades det specifikt med barnanestesi då speciella problem i samband med att barn sövdes hade identifierats (Henneberg & Hansen, 2008). Detta spred sig senare till andra delar i Nordamerika och på slutet av 40-talet även till Europa (a.a.). De vanligaste akuta komplikationerna som kan inträffa vid sövning är laryngospasm, bronkospasm och aspiration (McAlister, 2010). Vanligast är det med komplikationer hos barn under en månad (Henneberg & Hansen, 2008). Faktorer som kan påverka anestesisituationen är barnets tidigare erfarenheter, premedicinering, barnets ålder, förberedelser och information, föräldrarnas ångest, omgivningen och föräldrarnas tillfredsställelse (a.a.).

En studie har visat att även föräldrar påverkas vid barnets sövning (Scrimin, Haynes, Altoè, Bornstein & Axia, 2009). Föräldrar till barn som sövdes inför en operation uppgav genom att fylla i en enkät en hög akut stressnivå under de första 24 timmarna efter operationen. Av de föräldrar som deltog i studien upplevde 28 % minst ett symptom som indikerade akut stress. Av de totalt 154 deltagande föräldrarna i studien rapporterade 26 % att de hade höga ångestnivåer i samband med och efter att deras barn blivit sövt. Något som hade en stor betydelse för föräldrarnas upplevelse av ångest var vilken typ av operationen deras barn hade genomgått (a.a.). Adekvat information kan dämpa föräldrarnas ångest vilket i sin tur kan gagna barnet (Sørensen, 2008). Föräldrars oro kan även dämpas genom att båda två får vara med under sövningen (Kain et al., 2009).

Föräldrar och barns behov

Barn kan redan från nyföddhetsperioden känna av och påverkas av föräldrarnas rädsla, ångest och oro (Hallström & Lindberg, 2012). De upplever för dem främmande miljöer, ljud och dofter (a.a.). I en studie gjord av Björk, Nordström och Hallström (2006) identifierades att ha en förälder nära som barnets största behov under sjukhusvistelsen. I en annan studie som publicerades 2002 iaktogs föräldrars behov i samband med barnets sjukhusvistelse (Hallström, Runesson & Elander, 2002). De behov som identifierades som viktigast för

föräldrarna var behovet av egen trygghet och behovet av att förmedla trygghet till barnet (a.a.).

Jämförelse mellan närvarande och icke närvarande föräldrar, inverkan på barn och föräldrar

Redan 1967 publicerades en studie som undersökte effekten av en förälders närvaro vid sitt barns sövning (Schulman, Foley, Vernon & Allan, 1967). Resultatet visade att barnen där mamman varit närvarande var mindre ledsna jämfört med barnen som inte haft sin mamma närvarande. Ingen mamma störde personalen under sövningen (a.a.).

Sedan 1967 har flera studier gjorts där barns sövning med närvarande föräldrar jämförts med barns sövning utan närvarande föräldrar (Akinci et al., 2008; Arai et al., 2007; Blesch & Fisher, 1996; Hannallah & Rosales, 1983; Kain et al., 1996; Palermo, Tripi & Burgess, 2000). Olika parametrar har jämförts men förutom Blesch och Fisher (1996), som enbart jämfört föräldrars upplevelser, har samtliga använt någon typ av mätskala för att bedöma barnets oro eller beteende i samband med sövning (Akinci et al., 2008; Arai et al., 2007; Hannallah & Rosales, 1983; Kain et al., 1996; Palermo et al., 2000). Hannallah och Rosales (1983) fann liksom Schulman et al. (1967) att barnens oro minskade när en förälder var närvarande jämfört med inte var närvarande. Kain et al. (1996) fann inte någon signifikant skillnad i oro hos de undersökta grupperna som helhet men fann att bland annat barn över fyra år och barn till föräldrar med låg oro hade lägre kortisolvärden när en förälder var med vid sövning jämfört med samma grupper av barn som sövdes utan närvarande förälder. Arai et al. (2007), Akinci et al. (2008) och Palermo et al. (2000) hittade inga signifikanta skillnader i oro eller beteende hos de barn som hade en förälder med vid sövning jämfört med de som inte hade någon förälder med sig. I en litteraturstudie från 2009 drog författarna, efter att ha jämfört studier som undersökte stressnivån hos föräldrar och barn vid sövning, slutsatsen att det inte hade så stor betydelse för barnets oro om föräldrar närvarade vid sövningen eller ej (Chundamala, Wright & Kemp, 2009).

Kain et al. (2003) fann i en studie att hjärtfrekvens och svettning ökade hos föräldrar som var närvarande vid sina barns sövning jämfört med hos en kontrollgrupp av föräldrar som inte var närvarande. Akinci et al. (2008), Blesch och Fisher (1996), Kain et al. (1996) och Palermo et

al. (2000) jämförde oro hos föräldrar som var med sina barn vid sövning med oro hos föräldrar som inte var med sina barn vid sövning och ingen av studierna visade på signifikant skillnad i oro mellan grupperna. Däremot fann Akinci et al. (2008), Blesch och Fisher (1996) och Palermo et al. (2000) signifikant minskning av oro i båda grupperna av föräldrar efter barnets ingrepp jämfört med före. Blesch och Fisher (1996) fann också att mammor hade högre nivå av oro jämfört med pappor.

Fokus på närvarande föräldrar

Flera studier har, istället för att jämföra grupper av föräldrar som varit med respektive inte varit med vid sitt barns sövning, med olika infallsvinklar fokuserat på gruppen föräldrar som varit med sina barn vid sövning (Himes et al., 2003; Kam et al., 1998; Ryder & Spargo, 1991). Resultaten från dessa studier visade att det var fördelaktigt med närvarande föräldrar och att det inte medförde problem men att det var viktigt att föräldrarna fick stöd och information (a.a.). Vessey, Bogetz, Caserza, Liu och Cassidy (1994) fokuserade i en studie på vad som upplevdes som påfrestande för föräldrar under sina barns sövning. De fann att separationen från barnet efter sövningen var värst följt av att känna och se barnet bli slappt under sövning samt se barnet vara ledset före sövning. I samma studie tydde även resultatet på att anestesi-personal var bättre på att tyda mammors signaler på oro än pappors (a.a.).

Föräldrars önskan om närvaro

På 1990-talet gjordes en studie i Storbritannien där 90 föräldrar fyllde i en enkät med frågor för att undersöka deras åsikter om att närvara vid sina barns sövning (Braude, Ridley & Sumner, 1990). Frågeformuläret fylldes i på sjukhuset före barnets sövning. Av de tillfrågade föräldrarna ville 66 % närvara och de vanligaste orsakerna till detta, var barnets oro och föräldrarnas plikt-känsla. Av de som ville närvara angav 32 % att de skulle ändra åsikt om barnet somnat av premedicinering. Av de tillfrågade angav 23 % att de föredrog att inte närvara vid sövning (a.a.). I andra tidigare nämnda studier där föräldrar som varit med vid sitt barns sövning tillfrågats om de vill vara med vid en eventuell ny sövning har 97-100% svarat ja (Kain et al., 1996; Kam et al., 1998; Ryder & Spargo, 1991). Blesch och Fisher (1996) fann att en av de saker som de föräldrar som var med sitt barn vid sövning var mest nöjda med

under vårdtiden var just att vara närvarande vid sitt barns sövning. Flera studier visade också att föräldrar upplevde att de varit till nytta för sina barn och för anestesipersonal då de varit med vid sövning (Himes et al., 2003; Kain et al., 1996; Ryder & Spargo, 1991).

Kvalitativ infallsvinkel, en svensk studie

År 2012 publicerades en svensk kvalitativ studie vars syfte var att illustrera innebörden av att vara förälder vid ens barns första polikliniska sövning (Andersson et al., 2012). Metoden som användes var en deskriptiv metod inspirerad av fenomenologi. Intervjuer genomfördes med sex föräldrar till barn mellan ett och sju år. Barnen fick ha med en förälder vid sövning, alla barn fick premedicinering och sövdes på mask. Föräldrarna hade fått skriftlig information angående sövning men ingen valde att besöka operationssalen före operationen. Intervjuerna gjordes inom tre veckor efter sövningen och tog 20-45 minuter. Intervjun inleddes med att föräldern fick beskriva upplevelsen av när barnet skulle sövas. Resultatet visade att föräldrarna upplevde situationen kring barnets första sövning som överväldigande eftersom det var något oförutsägbart nytt som förändrade vardagen. De var oroliga för sövningen och operationen och de upplevde också att de förlorade kontrollen och hade känslor av hjälplöshet. Föräldrarna tyckte att det var väldigt viktigt att i god tid få information om vad som skulle hända i operationssalen. Hemskickad skriftlig information upplevdes som bra och enbart information på plats i operationssalen upplevdes som otillräcklig. Det betydde mycket för föräldrarna att få möjlighet att vara med. Att få välja om barnet skulle sövas i famn eller på brits kändes bra. Bemötandet upplevdes som viktigt, till exempel små saker som att personalen kom ihåg barnets namn. Även om det viktigaste för föräldrarna under sövningen var att personalen fokuserade på barnet, upplevde de att det hade varit skönt om det funnits någon på salen som hade tänkt på dem och kanske gett en liten uppmuntrande klapp på axeln. Det ideala för föräldrarna hade varit om den andre föräldern också fått vara med. (a.a.). På en del sjukhus i Danmark tillåts båda föräldrarna att vara med under sövningen och detta är att föredra då den gemensamma upplevelsen kan göra det lättare för föräldrarna att stötta varandra (Sørensen, 2008).

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur föräldrar, som inte fick vara med sina barn som var under tre månader vid sövning, upplevde tiden kring barnets operation.

Metod

Kontext

Rekryteringen av föräldrar genomfördes på en vårdavdelning på ett sjukhus i södra Sverige. På denna vårdavdelning fick föräldrar till barn under tre månader inte närvara vid barnens sövning, det varierade om och när familjerna fick information om detta. Upptagningsområdet för vårdavdelningen var Södra sjukvårdsregionen, det vill säga från Halmstad-Växjö-Kalmar och söderut. Antal vårdplatser på avdelningen var 15 och av dessa var 10 platser avsedda för kirurgpatienter. Vid tiden för studiens genomförande fanns dock totalt 10 platser öppna på avdelningen med anledning av personalbrist. Denna avdelning arbetade familjecentrerat genom att se det som en självklarhet att föräldrarna fanns nära och fick möjlighet att vara delaktiga i vården av sina barn (Verksamhetschef på berörd avdelning, personlig kommunikation, 4 november 2014.).

Urval av undersökningsgrupp

Urvalet av föräldrarna som ingick i studien genomfördes konsekutivt. Inklusionskriterierna i studien var föräldrar som inte hade fått närvara när deras barn skulle sövas. Barnet skulle vara under tre månader och vid tillfället för intervjun utskriven från sjukhuset. Föräldrarna skulle förstå och kunna tala svenska.

Exklusionskriterierna var i de fall barnet hade någon kronisk sjukdom eller då någon skada eller komplikation hade uppkommit i samband med vårdtiden samt föräldrar som av egen vilja valt att inte vara med vid sövningen.

Totalt lämnades 17 informations- och samtyckesblanketter ut till föräldrar på den aktuella avdelningen. Nio föräldrar valde att delta i studien och två föräldrar valde att avböja medverkan. De resterande sex informations- och samtyckesblanketterna som delades ut lämnades aldrig åter. Under en av intervjuerna framkom det att föräldern hade fått valmöjlighet om att närvara vid sövningen, därför exkluderades den ur studien.

Föräldrarna som intervjuades var mellan 27 och 41 år gamla, sju stycken kvinnor och en man. Barnen till föräldrarna var sex pojkar och två flickor som opererades på grund av esophagusatresi, hirschsprungns sjukdom, ljumskbräck och pylorusstenos. De opererade barnen hade mellan noll till tre äldre syskon och var mellan två dagar och två månader vid operationstillfället.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Författarna ville genom studien få fram hur de föräldrar som inte fick närvara vid sövningen upplevde tiden kring deras barns operation. Metoden som ansågs lämplig att använda var en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativ metod används när studiens syfte är att ta reda på erfarenheter, uppfattningar, upplevelser och tankar hos människor (Polit & Beck, 2010). Målet med en kvalitativ metod är att få en djupare förståelse för en viss situation som den är och så som individer uppfattar den (a.a.).

Genomförande av datainsamling

Inför studien tog författarna kontakt med berörd områdeschef och information om studien gavs (Bilaga 1). Efter godkännandet att utföra studien lämnades även information till en person som fungerade som mellanhand mellan föräldrarna och författarna, det vill säga personal på den aktuella avdelningen (Bilaga 2).

Föräldrar som svarade mot studiens urvalskriterier informerades muntligt om studien av avdelningspersonalen i samband med att deras barn kom tillbaka från operation. En informationsblankett och samtyckesblankett (Bilaga 3) lämnades också till föräldrarna. Föräldrarna hade sedan tid att fundera på om de ville delta i studien eller inte och återlämnade blanketten till personalen i samband med utskrivning. De som ville delta lämnade kontaktuppgifter och informerat samtycke. Författarna kontaktade avdelningen varje dag för att få besked om antalet inlämnade samtyckesblanketter och för att påminna om att dela ut till föräldrar som uppfyllde urvalskriterierna. Författarnas första kontakt med föräldrarna skedde per telefon eller mail, då tid för intervjun bestämdes i samråd med föräldrarna och eventuella frågor besvarades.

Intervjun byggde på öppna frågor som gav respondenten möjlighet att berätta utifrån sina egna upplevelser och känslor. Föräldrarna avgjorde själva vad de ansåg vara tiden kring deras barns operation. Bakgrundsdata som samlades in var deltagarens ålder och kön, barnets ålder vid operationstillfället, vilken operation som genomgåts, samt vilken ålder eventuella syskon hade. Intervjuarna använde sig av en intervjuguide (Bilaga 4) detta för att föräldrarna skulle ge svar på de frågor som intervjuarna efter en litteraturgenomgång kom fram till var viktiga för studiens syfte (Starrin & Renck, 1996). Samtliga intervjuer genomfördes som telefonintervjuer relaterat till att sjukhusets upptagningsområde var stort. En ytterligare anledning till valet av telefonintervjuer var att en av intervjuarna genom sitt arbete på det aktuella sjukhuset hade kommit i kontakt med några av föräldrarna (Polit och Beck, 2010).

En pilotintervju utfördes för att testa intervjuguiden och intervjutekniken. Enligt Polit och Beck, (2010), kan en pilotintervju ses som en träning för intervjuarna och på så sätt användas för att förbättra intervjutekniken. Pilotintervjun som genomfördes ansågs av författarna och handledaren vara av god kvalitet, därför valde författarna att inkludera den i resultatet. Båda författarna närvarade vid alla intervjuer, den ena utförde samtliga intervjuer och den andre lade fokus på att sköta ljudinspelningen och komma med kompletterande frågor.

Ljudupptagningen spelades in med hjälp av två mobiltelefoner och en bandspelare. Intervjuerna genomfördes mellan den sjunde augusti och den 21:e oktober. Tiden från operationen till intervjutillfället varierade mellan sju dagar och tre månader med en median på tre veckor. Intervjuernas längd varierade mellan 23 och 43 minuter med ett medianvärde på 32 minuter.

Genomförande av databearbetning

Författarna inspirerades av Burnards två aspekter på innehållsanalyser som bygger på fyra respektive 14 steg, båda beaktades i analysen (Burnard, 1991, 1996). Av Burnards 14 steg användes alla utom steg sex, sju och elva. Steg sex innebär att två kollegor bjuds in för att var för sig skapa egna kategorier och att de tre kategorilistorna jämförs och diskuteras för att öka validiteten (Burnard, 1991). Steg sju innebär att det transkriberade materialet läses igenom på nytt efter att steg sex har genomförts. Steg elva innebär att några utvalda respondenter kontaktas för verifiering av analysen (a.a.).

Direkt efter att varje intervju var genomförd skrev författarna var för sig ner ord och korta minnesanteckningar för att på så sätt få en kort sammanfattning av varje intervju. Ljudinspelningarna transkriberades sedan ordagrant och skrevs ut i sin helhet. Författarna läste igenom intervjuerna var för sig för att kunna skapa sig en helhetsbild av materialet. Under genomläsningen skrev författarna ner förslag på olika övergripande områden som kändes relevanta för syftet. För att nå samstämmighet diskuterade författarna sedan de övergripande områden som framkom. Ur det transkriberade materialet togs meningsbärande enheter ut och dessa i sin tur kondenserades för att sedan bilda koder (Tabell 1). Alla koderna skrevs ut och klipptes ut till små kodlappar där författarna markerad varje lapp med vilken intervju och sida koden tagits från. Lapparna grupperades till en början i 35 olika högar, de högar med liknande innehåll sammansattes sedan och bildade till slut åtta subkategorier och tre kategorier. Kategorierna tilldelades vars en färg och författarna läste återigen igenom alla intervjuer var för sig och markerade texten i transkriberingarna med respektive färg. Därefter jämförde och diskuterade författarna färgkodningarna och alla färger klipptes ut och samlades i olika dokument, ett för varje färg. Detta moment utfördes på en dator i officeprogrammet Word. Under färgkodningen anpassades subkategorierna något för att bättre stämma överens med innehållet. Innan resultatet utformades jämfördes kategorierna med de sedan tidigare framkomna övergripande områdena för att på så sätt upptäcka om det fanns några områden som inte kunde täckas in under kategorierna. Under analysens gång hade författarna tät kontakt med handledaren och subkategorier och kategorier justerades fortlöpande under bearbetningen av materialet. Författarna valde att integrera olika citat från intervjuerna i resultatet, detta för att förstärka studiens resultat. Föräldrarnas egna ord är väldigt viktiga och ska tas till vara på i analysprocessen (Dalen, 2007). För att förklara vilken intervju citatet kom ifrån användes förkortningen I för Intervju och sedan intervjuens kod (Intervju 1=I1).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det är så svårt, det är klart man vill vara med honom dygnet runt och speciellt när det händer såna grejer.	Man vill vara med honom dygnet runt	Vill vara med barnet	Att vara nära sitt barn	Barnet i centrum
Det är också jobbigt att se ens lilla barn med fullt med slangar och sladdar och allt möjligt.	Jobbigt att se sitt barn med slangar, sladdar och annat.	Jobbigt med slangar på barnet	Påfrestande omständigheter	Det som inte går att påverka
En sövning är aldrig riskfri och framför allt med en tre veckors bebis så kändes det ännu mer att om något gick snett...	En sövning är aldrig riskfri, framför allt inte med en tre veckors bebis	Oro för risker med sövning	Att uppleva otrygghet	Det som inte går att påverka
Sen visade hon de här värdena när de hade testat att allt såg bra ut, jag satt bredvid när hon kollade igenom så det kändes också bra, jag gillar att få fakta och förklaringar.	Hon visade värdena när de hade testat att allt såg bra ut, jag satt bredvid, det kändes också bra, jag gillar att få fakta och förklaringar.	Gillar att få fakta och förklaringar	Erfarenhet och information gör skillnad	Att få bekräftelse och känna trygghet

Förförståelse

Den egna förförståelsen är viktig att beakta (Sjöström, 1994). Det går inte att bortse från forskarens värderingar, förväntningar, fördomar och känslor (a.a.). Båda författarna har erfarenhet av att som sjuksköterskor lämna barn under tre månader till operation och båda författarna har egna barn. Författarna pratade innan intervjuerna gjordes igenom sina egna erfarenheter och upplevelser av att följa med barn och föräldrar till operationsslussen och båda har märkt att tanken på att lämna sina egna spädbarn till operation har funnits med och påverkat uppfattningen om hur det är troligt att föräldrar reagerar när de inte får närvara. Detta innebär att författarna har en förförståelse som har beaktats under studiens intervju- och analysfas. Intervjuaren har under intervjuerna försökt att undvika att ställa ledande frågor och har utgått från att föräldrarnas svar inte är förutsägbara. Förförståelsen har i viss mån varit positiv eftersom författarna direkt har förstått innebörden av begrepp och förkortningar som föräldrarna använt sig av i intervjuerna.

Etisk avvägning

Tillstånd för att genomföra studien söktes hos berörd områdeschef på sjukhuset i södra Sverige. En prövning av studien gjordes också hos vetenskapliga etiknämnden (VEN) som i maj 2014 gav sitt godkännande till att genomföra studien. Samtliga deltagare i studien

informerades skriftligt och muntligt om studien och enbart de som gav ett skriftligt informerat samtycke inkluderades i studien. Detta beaktar informations- respektive samtyckeskravet i empiriska studier (SFS 2003: 460. 16§, 17§). Enligt samtyckeskravet får ingen påtryckning avseende deltagande eller ej ske (a.a.). Information gavs muntligt och skriftligt av mellanhand för att undvika att undersökningspersonerna skulle känna sig tvingade att delta. Detta var också viktigt relaterat till att en av författarna arbetade på avdelningen. Utifrån autonomiprincipen var deltagandet i studien frivilligt och kunde närsomhelst avbrytas av föräldern, detta i enlighet med etikprövningslagen (SFS 2003:460, 16§). Deltagarna i studien kan inte identifieras eftersom intervjuerna kodades med olika nummer och i resultatet kan enskild person inte identifieras eftersom analysen skedde på gruppnivå vilket svarar upp mot konfidentialitetskravet i empiriska studier (Polit & Beck, 2010). En av telefonerna som innehöll alla sparade intervjuer förvarades inlåst. På den andra telefonen och bandspelaren raderades intervjuerna efterhand som de hade blivit transkriberade. Allt utskrivet material förvarades också inlåst när det inte bearbetades. Kodlistan förvarades inlåst skild från materialet.

Enligt Kvale (2006) är det viktigt att överväga vilka konsekvenser en empirisk studie kan medföra för undersökningspersonerna och för att undvika att belasta de föräldrar som redan befann sig i en extra ansträngande situation, blev föräldrar till barn som fått skada eller komplikation i samband med vårdtiden inte tillfrågade om att delta. Föräldrar till barn med kroniska sjukdomar blev inte heller tillfrågade. Det fanns en risk att intervjun skulle kunna upplevts ansträngande av föräldrarna. Författarna var medvetna om denna risk och hade, om behov uppkommit, förmedlat kontakt till avdelningen där barnet opererades, där det fanns kurator och psykolog tillgänglig. Det fanns ingen direkt nytta med studien (Polit & Beck, 2010) för de föräldrar som deltog mer än att de fick dela med sig av sina upplevelser och att deras upplevelser skulle kunna ge kunskap som kan gagna framtida föräldrar i samma situation.

Resultat

Vid den naiva läsningen identifierade författarna olika övergripande områden. Det som framkom starkast var föräldrarnas maktlöshet, behov av trygghet och stöd samt en önskan om att barnet skulle stå i centrum.

Analysen ledde till tre kategorier som speglade föräldrarnas upplevelser av tiden kring deras barns operation. De tre kategorierna var ”barnet i centrum”, ”det som inte går att påverka” och ”att få bekräftelse och känna trygghet”. Kategorier med subkategorier presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2 Kategorier och subkategorier

Barnet i centrum	Det som inte går att påverka	Att få bekräftelse och känna trygghet
Att vara nära sitt barn	Att uppleva otrygghet	Positivt bemötande är betydelsefullt
Att sätta barnets behov först	Påfrestande tankar och känslor	Erfarenhet och information gör skillnad
	Påfrestande omständigheter	Behov av stöd

Barnet i centrum

Att vara nära sitt barn

Föräldrarna beskrev att känslan av att vilja vara nära barnet var instinktiv och svår att förklara. I situationer som var ansträngande för barnet som till exempel blodprovstagning var det extra viktigt att finnas nära som förälder. De upplevde det positivt att få lov att hjälpa till med omvårdnaden, att kunna göra små saker som att byta blöja, mata eller trösta sitt barn. ”vi fick byta blöja och vända lite på han ... fick mata han i sonden och så där, det var skönt” (I1).

Att vara nära var viktigt även om det inte fanns något speciellt föräldrarna kunde hjälpa till med. Föräldrarna upplevde att även om barnet låg på barnintensivvårdsavdelningen [BIVA] var det viktigt att få vara hos det, även om barnet var nedsövt och inte var medvetet om att de var närvarande. Föräldrarna beskrev att det var betydelsefullt med den fysiska beröringen att bara kunna klappa barnet lite på huvudet upplevdes som positivt. Eftersom närheten till barnet var viktig upplevde föräldrarna det som angeläget att bo så nära barnet som möjligt. Bäst var det på avdelningen där en förälder fick sova tillsammans med barnet. Föräldrar till barn som låg på BIVA efter operationen upplevde det som positivt att kunna besöka barnet när de ville och de var glada att de fick ett boende på sjukhusområdet. Önskan att vara nära sitt barn gjorde att föräldrar uttryckte att de även ville vara med vid barnets sövning. Samtidigt beskrev föräldrarna att de inte upplevde att barnet behövde dem i sövningssituationen utan att det var just det egna behovet av att vara nära det lilla barnet som gjorde att de ville vara hos barnet hela tiden.

Att inte få eller kunna vara nära sitt barn upplevde föräldrarna som svårt. En av föräldrarna uttryckte sig så här i samtal kring upplevelsen av att inte få närvara vid sövningen: ”... *man har just det så inpräntat, att dom är beroende av en, att man vill finnas där hela tiden. Det blir därför svårt när det inte går att vara nära.*” (I7). Det var ibland svårt för föräldrarna att sätta fingret på exakt vad som gjorde att de upplevde det svårt att lämna sina barn i slussen till operationsavdelningen men att lämna sitt lilla barn i händerna på någon annan beskrevs som otroligt jobbigt. Att lämna sitt barn kändes som att säga hejdå, att ta avsked. ”*Där kom det bara tre främmande människor och tar mitt barn... ja det är en konstig känsla alltså det är svårt att beskriva.*” (I3). Förutom sövningen så fanns det andra situationer kring tiden för barnets sövning då föräldrarna inte kunde vara så nära barnet som de önskade. En förälder beskrev tiden på BIVA såhär:

... det är också lite jobbigt när man inte kan ta upp sitt barn, jag hade knappt fått hålla honom när han föddes så det var ju också lite jobbigt. Och sen efter var dag som gick kopplas det bort någon liten slang och någon liten sladd, så man kunde se honom lite mer. (I1).

Föräldrarna upplevde att det var viktigt att tiden av separation från barnet hölls så kort som möjligt. Vid flera tillfällen beskrev föräldrarna att eftersom separationen på grund av operationen var oundviklig var det viktigt att allt gjordes så snabbt som möjligt. Just själva

avskedet från barnet i slussen var svårt och föräldrar uttryckte att det blev värre när det blev långdraget. Föräldrar uttryckte också att följa med in vid sövningen kanske skulle bli just ett långt utdraget avsked och att det därför var bättre att slippa det och istället lämna barnet snabbt i slussen. De uttryckte att om det var nödvändigt att separeras från barnet var det lika bra att det gjordes fort så att barnet snabbt kom tillbaka. *”... då vill jag att dom bara tar honom så att det blir gjort, så att jag får tillbaka honom snabbare.”* (I9).

Att sätta barnets behov först

Föräldrarna beskrev hur viktigt det var att barnets behov sattes före deras. Även de föräldrar som för egen skull skulle velat närvara vid sövningen sa att den egna önskan kom i andra hand. Det viktigaste var att personalen hade fullt fokus på barnet. En förälder uttryckte att närvaron vid sövningen skulle kunna bli möjlig om det fanns ytterligare en personal som kunde ta hand om föräldern: *”Sen vill man ju inte att fokus tas från bebisen heller, det är klart, det är ju självklart det viktigaste men hade det funnits en till som hade kunnat gjort det så hade det ju varit fantastiskt.”* (I7).

Föräldrarna beskrev vikten av att inte vara i vägen för personalen under själva sövningen och många föräldrar var väldigt flexibla i sin egen roll vid just sövningen. Föräldrar uttryckte att de utan tvekan skulle ha följt med in vid sövning om personalen trodde att det var bäst för barnet. På samma sätt önskade föräldrar att få närvara om de själva trodde att det kunde vara bra för barnet eftersom barnets behov var viktigast. *”... samtidigt så förstår jag liksom att det behövs inte och nu har vi ju ett barn som var lugnt det hade nog varit skillnad om barnet hade gråtit när dom rullade iväg.”* (I2).

Föräldrar beskrev att deras egna behov var sekundära men att när barnets behov var uppfyllda kunde de tänka på sig själva. Flera föräldrar upplevde att det var skönt att de slapp vara med vid sövningen som de trodde skulle vara obehaglig att se. Eftersom föräldrarna upplevde att de egna behoven var underprioriterade barnens var det viktigt för dem att berätta att de bara skulle välja att inte följa med om barnets behov var tillgodosedda ändå. En förälder beskriver det såhär:

... i och med att dom är så små, dom fattar ju ingenting så att säga, nej så han skulle ha vetat varken från eller till om jag var med där [vid sövningen]. ... jag hade nog inte velat vara med för att det hade bara varit jobbigt, alltså det blir ju mer påtagligt då. (I1).

Det som inte går att påverka

Att uppleva otrygghet

Föräldrar beskrev att det fanns en oro för att deras barn led av andra sjukdomar än det som de opererades för. De uttryckte att de inte försökte tänka på det för mycket just då och det minskade deras oro något. Förståelsen för att operationen var tvungen att genomföras och ibland var livsnödvändig fanns hos föräldrarna. Detta gjorde att de kände sig maktlösa, det fanns inget annat val. Rädslan för att något skulle gå fel var stor. Det var framför allt sövningen som oroade föräldrarna, inte så mycket operationen i sig. Riskerna som fanns vid sövningen var alla föräldrarna medvetna om och otryggheten upplevdes som stor. Även att barnen var så små var något som gjorde det extra påfrestande för föräldrarna. Tankar som, ”hur ska det gå”, ”kan de verkligen fixa detta”, fanns hos föräldrarna och de uttryckte även en rädsla för att barnet skulle dö under operationen eller sövningen. ”Alltså det man är rädd för är ju att dom inte ska vakna igen, det är ju det man som förälder snöar in sig på, men det är ju fasan liksom att det ska bli något tokigt.” (I7).

Känslan av att tappa kontrollen över sitt barn och situationen gjorde att föräldrarna upplevde en otrygghet. Att vilja ha kontroll men tvingas släppa den och lita på någon annan och dennes kunskap var svårt för många. Föräldrarna tyckte det kändes olustigt att lämna sitt barn utan att riktigt veta vad som väntade. De beskrev att när de inte hade kontroll över situationen kring barnet kunde det lätt leda till otrygghet. Föräldrarna visste inte alltid vad som var fel med deras barn och en oro och nervositet inför beskedet byggdes upp.

Det framkom en otrygghet när personalen byttes ut. Vetskapen om skiftbyte fanns men känslan var ändå att det förtroende som byggts upp försvann i och med att ny personal kom.

Något som gjorde situationen mer otrygg var om det var första gången barnet skulle sövas eller när det blev akut. Föräldrarna beskrev att de inte hann förstå vad som hände när barnet visade sig behöva en operation. De beskrev ett tillstånd av chock där de bara hängde på utan att hinna tänka. En förälder sa: ”... man hinner inte reflektera så mycket när det blir så akut då så det var ju chockartat alltså det var ju jättejobbigt...” (I1). Föräldrarna beskrev även situationen som omtumlande, att de var oförberedda, försökte ta in allt och att det var som att gå i en dimma.

Påfrestande tankar och känslor

Något som föräldrarna upplevde inte gick att påverka var de egna tankarna och känslorna som dök upp under tiden kring sövningen. Ibland kände de att de inte orkade mer, att det blev för mycket och att de blev ledsna. En del föräldrar tänkte på vad som hade gått fel eftersom barnet hade drabbats av en sjukdom. Berodde kanske sjukdomen på något som gjorts fel under graviditeten? Föräldrarna beskrev även att de kunde uppleva dåligt samvete för den egna reaktionen, hur mycket en förälder borde oro sig eller bry sig om sitt barn. Föräldrar uttryckte att de trodde att de oroade sig för lite, att folk nog trodde att de var dåliga föräldrar som inte oroade sig mer.

Föräldrarna tyckte det var skönt att slippa ha valmöjligheten att vara med vid sövningen eller inte. De upplevde att det var bra att någon annan styrde upp och fattade beslutet. De sa att möjligheten att välja att vara närvarande när barnet sövdes troligtvis hade lett till dåligt samvete om de hade valt att lämna i slussen till operationsavdelningen. Föräldrarna berättade också att tankar på hur det skulle gå för syskonen som var hemma var svåra, det var inte lätt att räkna till för alla under sjukhusvistelsen. En förälder beskrev hur hen upplevde att det underlättade att skjuta undan påfrestande tankar:

... jag försökte att inte tänka så mycket... han hade gått igenom så mycket, eller jag hade gått igenom... Det har hänt så mycket under hela dom här månaderna så jag har försökt att på något sätt stänga av, orkar inte mer. (I9).

Påfrestande omständigheter

Föräldrar beskrev att det var påfrestande att se barnet påverkat efter operationen. Speciellt påfrestande var det när de inte kunde göra något för att förbättra situationen för barnen. Vid olika situationer i tiden kring barnets operation blev barnen påverkade och redan det faktum att barnet blev sjukt var ansträngande för föräldrarna eftersom det innebar ett lidande för barnet. Att barnet var ledset och betedde sig onormalt eller att det inte kunde somna upplevdes av föräldrarna som påfrestande. En förälder uttryckte sig såhär:

... var enda gång han skulle somna så ryckte han precis såhär som man upplever att man faller i sömnen, ... så ryckte han till när han var på väg att somna och så blir han ledsen och lite klarvaken då och sen en liten stund senare så var han på väg att somna igen så kom det där rycket. Det var ganska jobbigt det ja. (I2).

Något annat som inte gick att påverka var barnets alla slangar och sladdar. Föräldrar kunde uppleva att det ibland kändes svårt att ens komma nära barnet för att det fanns så mycket utrustning runt omkring det. Barnets fasta var också ansträngande eftersom barnet var hungrigt och det inte fanns någon möjlighet att få barnet att förstå. I vissa fall försvårades situationen av att operationen sköts upp. En förälder formulerade sig såhär: *"Det var väl det jobbigaste. Att han inte fick äta, för även om han fick dropp så han hade näring i sig ändå, men han var ju hungrig."* (I4). När barnet äntligen fick äta kändes det bättre för föräldrarna, att se att barnet ville äta gav föräldrarna en känsla av att barnet mådde väl.

Föräldrar beskrev också att de trodde att det skulle vara påfrestande att se barnet somna in vid sövning. På grund av detta uppgav de att de var glada att slippa vara med vid sövningen.

Det fanns yttre faktorer som inte gick att styra över och som var påfrestande för föräldrarna. Några upplevde att det var personalbrist på avdelningen och att det blev rörigt i och med det. Föräldrar beskrev att de kände sig i vägen när det märktes att det saknades personal: *"... jag hade ju behövt äta kvällsmat kanske men det inser jag ju att personalen behöver också men dom har ju inte tid för går jag så måste dom ha hand om Pelle själv."* (I4). Föräldrarna uttryckte också det som besvärligt med vikarier och att det ofta kom ny personal in på rummet. Det var också påfrestande när det blev missar i den praktiska informationen. En

förälder beskrev att det var oklart hur barnet skulle bada före operation, en annan saknade skriftlig information och en tredje hade inte fått information om ett prov som togs. Ett fåtal föräldrar hade inte blivit informerade om att de inte skulle få vara med vid sövningen och det upplevdes som påfrestande. En förälder funderade på vad som hade gått fel eftersom informationen inte hade nått fram och hen kom själv fram till att det troligtvis var den akuta situationen som gjort att de hamnat mellan stolarna och inte hann få informationen. Det som gjorde att föräldrarna upplevde det extra påfrestande var att de hade förväntat sig att få följa med in vid sövningen eftersom det hade gått till så när ett äldre syskon opererades.

Att vänta upplevdes också som påfrestande. Tiden när barnet opererades beskrevs gå långsamt och föräldrarna försökte fördriva tiden med att äta, sova och gå på stan. En förälder försökte fördriva tiden då barnet opererades såhär: *”jag bara kände att jag ville lägga mig och vila så kanske tiden skulle gå lite snabbare.”* (I9).

Föräldrar beskrev även själva sjukhusvistelsen som påfrestande, att vistas i sjukhusmiljön upplevdes som mödosamt och tråkigt och en förälder sa:

... sen är det ju skittråkigt att sitta på ett sjukhus bara och vara inlagda och jag gillar inte sjukhus och jag gillar det nog ännu mindre nu efter att ha varit där med mitt barn. Alltså det är bara hela den här miljön och allt alltså så. Sen får man göra det bästa av det, det är inte mer med det. (I3).

Att få bekräftelse och känna trygghet

Positivt bemötande är betydelsefullt

Föräldrarna var nöjda med bemötandet de fick både på avdelningen, i slussen och på uppvaket. Detta gjorde att tiden på sjukhuset blev mindre ansträngande. I de fall där det ofta var samma vårdpersonal som kom in till barnet upplevdes detta som mycket positivt. Föräldrarna kände att de blev väl mottagna och fick den hjälp de behövde när de bad om det.

... han fick sin första napp där nämligen på natten när vi inte var närvarande och då hade dom valt en napp med samma färg som filten han hade med hemifrån det var väldigt gulligt. Såna små tankar eller över huvud taget så är det ju väldigt gulliga personal på avdelningen och dom försöker verkligen hjälpa till efter bästa förmåga och ta reda på svaren när man ställer frågor och, ah hjälper till och servar och allting så att det är väldig väldigt bra allting tycker jag. (I2).

Läkarna ingav ett lugn som gav föräldrarna trygghet. En förälder beskrev det som: *"... jag har känt jätteförtroende både för läkaren som har opererat honom och även faktiskt narkos för dom har kommit ner och pratat med en i lugn och ro liksom... och jag känner mig rätt trygg med dom alltså..." (I3).*

Föräldrarna uttryckte att de trodde på läkarnas vilja att hjälpa barnet och att detta skapade trygghet. Ibland förstod föräldrarna inte vad personalen informerade om, men det var ändå viktigt att de tog sig tid och informerade. *"Sen hade hon kanske kunnat sagt vad som helst, man förstår ju kanske inte riktigt det fullt men på något sätt kändes det ändå tryggt."* (I6). Genom att läkarna tog sig tid, visade de att de brydde sig och detta skapade ett förtroende. Det kändes viktigt för föräldrarna att bli prioriterade, tagna på allvar och sedda av läkarna. Att få lov att ställa frågor och att veta vem som skulle söva barnet upplevdes också som viktigt. Även om föräldrarna hade stort förtroende för läkarkåren på sjukhuset generellt var det en viktig trygghetsfaktor att ha träffat just den läkaren som skulle söva barnet. En förälder uttryckte känslan av trygghet när narkosläkaren berättade att hon skulle ta hand om barnet under operationen såhär:

"... det kändes jättetryggt i och med att man inte fick vara med och i och med att hon var så liten och man lämnade ju bort henne och så, just att hon liksom tog sig an och sa, nu är det jag som har hand om, man visste ju vem det var." (I6).

Erfarenhet och information gör skillnad

De föräldrar som varit med om ett barns sövning tidigare visste vad som skulle hända och var trygga i att det hade gått bra förra gången. Några föräldrar hade varit med om ett äldre barns sövning och hade då fått vara med under sövningen. Detta gjorde att de visste vad som skulle hända med det lilla barnet och de upplevde det tryggt att lämna barnet i slussen.

Att få information var en trygghetsfaktor för föräldrarna. Att förstå vad som skulle hända med barnet betydde mycket och några av föräldrarna berättade att de själva sökte information om barnets sjukdom på internet. Den största delen information fick dock föräldrarna av läkarna och då var innehållet i informationen av betydelse. Det var viktigt att läkarna informerade på föräldrarnas nivå, så att de förstod vad som skulle hända. En förälder uttryckte att all information gjorde att hen fick kontroll såhär:

”Alltså vi har fått så mycket information om denna operation... läkaren själv, hon som skulle operera berättade dagen innan exakt hur man gick till väga och vad dom skulle göra och så vi hade fått mycket alltså faktiskt information så man hade koll på vad som hände...” (I3).

Föräldrarna hade på olika sätt fått reda på att de inte fick närvara vid sövningen. Dels var detta redan känt sedan tidigare då det inte var första gången barnet sövdes eller då barnen hade äldre syskon som också hade sövts som spädbarn och dels informerade personal på avdelningen. Föräldrarna beskrev under intervjuerna att de fått information om att regeln fanns för att anestesipersonalen behövde fokusera till 100 % på barnet som sövdes eftersom det fanns större risker med att söva barn under tre månader. Föräldrarna berättade också att personalen sa att föräldrars närvaro vid sövningen inte var så betydelsefull för det lilla barnet som för äldre barn. Föräldrarna tyckte att det var godtagbara förklaringar och anledningar.

Föräldrarna upplevde att de fick bra information under tidens gång, de blev hela tiden uppdaterade om vad som hände.. Många upplevde att det inte bara var läkarna som kunde informera och ge fakta utan även att sjuksköterskorna satt inne med mycket kunskap och gav svar på frågor. ”... även sköterskor som man pratade med visste exakt och kunde svara på frågorna liksom det, så var man än vände sig fick man svar...” (I2).

Föräldrarna visste inte alltid vad deras barn led av utan väntade på svar. När dessa svar kom beskrevs en lättnad att slutligen veta och vetskapen om att det gick att åtgärda gjorde att situationen kändes lättare att hantera. Föräldrarna beskrev lättnaden av att operationen skulle bli av, att det var skönt att äntligen få det gjort och att barnet skulle bli friskt. ”... *man ville bara liksom, ja men ta han nu. Operera han så fort som möjligt så han blir bra.*” (I1). Att sedan få ett telefonsamtal om att operationen var klar och att allt hade gått bra var en otrolig lättnad för föräldrarna. ”*Otrolig lättnad. Man är ju väldigt, det är ju väldigt svårt att göra något under tiden. Man bara går och väntar. Sen när dom hade ringt kändes det fantastiskt skönt och vi kom upp och fick se henne igen.*” (I7).

Föräldrarna förmedlade tydligt att förtroende för personalen ökade deras trygghetskänslor. Förtroende för personalen handlade för flera föräldrar om tilltro till anestesiläkarnas och kirurgernas kompetens och erfarenhet. Denna tilltro fick föräldrarna delvis genom att de från annat håll fått höra att läkarna var duktiga och att det som barnet skulle genomgå var ren rutin för dem. ”... *det här var ju en sån rutinsak. Dom ska bara in och fixa det här.*” (I4). Föräldrarna litade på att läkarna var experter och kände att de lämnade över sitt barn i trygga händer.

Behov av stöd

Föräldrarna beskrev ett stöd i att minst en sjuksköterska följde med upp till slussen och sedan gick ner till avdelningen tillsammans med dem igen. Det framkom att föräldrar blev ledsna över att lämna sina barn och då kändes det bra att få tröst och någon att prata med genom att sjuksköterskan fanns där.

Att ha den andre föräldern vid sin sida för att kunna stötta, prata och avlasta varandra var viktigt för föräldrarna. ”*Jätteviktigt, jätteviktigt. Det hade varit hemskt om jag var där själv.*” (I7).

För just när man satt där och väntade också, den hära väntan på att de skulle ringa och att vi skulle få komma på uppvaket. Att allt hade gått bra, det var ju jätteskönt att man hade någon nära hos sig. Å suttit där själv det hade inte varit så kul. (I6).

Tiden då operationen ägde rum väckte mycket tankar och funderingar hos föräldrarna och behovet av att prata om dem var stort. Att ha någon att bolla sin tankar med och få tröst och stöd i sin oro avlastade föräldrarna. Detta framgår i följande citat.

... man tänker själva väntetiden, att man har, att man inte är själv där. Ja, det är, man hade inte velat va själv. Det är klart att man funderar ju en himla massa. Man hinner ju fundera många gånger på vad som kan hända och vad som kan gå fel. Så naturligtvis... Nej, det var ju skönt att vi var båda två, att man får den tiden. (I1).

Föräldrarna upplevde över lag att de hade stöd från personal och varandra men i de fall där stöd saknades upplevdes det som en påfrestning. Föräldrarna beskrev oftare att tanken på att sakna stöd skulle vara ansträngande än att de beskrev att de faktiskt saknade stöd.

Föräldrarna fick även stöd från övrig familj och vänner inte bara genom att de fanns där utan även genom att de hjälpte till med att ta hand om syskon som fanns hemma. Stöd fanns även att få från kuratorn på avdelningen.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Studiens syfte var att undersöka hur föräldrar, som inte fick vara med sina barn vid sövning, upplevde tiden kring barnets operation. En av studiens svagheter var att syftet var brett, vilket påverkade analysen och sammanställningen av resultatet. Föräldrarnas definition av tiden kring barnets operation varierade och det hade troligen varit en fördel om författarna definierat denna del inför genomförandet av studien. Den metod som valdes var kvalitativ och anledningen till detta var att författarna ville belysa föräldrarnas egna upplevelser och tankar (Polit & Beck, 2010) och det fanns många tidigare studier som kvantitativt undersökte

effekten av en närvarande förälder vid sövning (Akinci et al., 2008; Arai et al., 2007; Blesch & Fisher, 1996; Hannallah & Rosales, 1983; Kain et al., 1996; Palermo, Tripi & Burgess, 2000). Författarna till föreliggande studie ville belysa en annan aspekt av ämnet för att det fanns begränsad forskning som fokuserade på föräldrarnas upplevelser. Urvalet var konsekutivt, vilket innebar att föräldrar valdes ut löpande under en viss tid med inklusionskriterierna som grund (Polit & Beck, 2010). Konsekutivt urval är att föredra eftersom det finns en tidsaspekt att beakta, ju längre rekryteringen pågår desto mindre risk finns det för ett snedvridet urval (a.a.).

Ett inklusionskriterie var att barnen till föräldrarna i studien skulle vara utskrivna från sjukhuset vid intervjutillfället. Anledningen till detta var att minska den psykiska påfrestningen under sjukhusvistelsen och att föräldrarna skulle ha en chans att komma hem och få ett andrum innan de blev kontaktade av författarna. En fördel med att intervjua föräldrarna under vårdtiden skulle ha varit att de hade kunnat intervjuas ansikte mot ansikte vilket enligt Polit och Beck (2010) är att föredra då kvaliteten av data ofta blir bättre vid personliga intervjuer än vid andra metoder (a.a.). Författarna föreslog telefonintervju men i de fall föräldrarna hade velat intervjuas i hemmet eller på annan plats hade det beaktats. Förutom att orsaka onödig påfrestning under sjukhusvistelsen hade det också varit svårt att genomföra intervjuerna på sjukhuset eftersom vårdtiderna var korta och intervjuerna inte skulle ha hunnit bokas in. Att kunna tala och förstå svenska var ett inklusionskriterie som hade kunnat tas bort om ekonomiska förutsättning för att anlita tolk hade funnits. Det hade trots detta varit svårt att få fram upplevelser via en tolk, speciellt på telefon och därför ansåg författarna inklusionskriteriet vara befogat. Detta påstående stärks av Dalen (2007) som menar att språkliga missförstånd lätt kan uppkomma trots tolk. Eftersom intervjun passerar ett led extra kan den närhet mellan intervjuarna och informanten som krävs för att förstå upplevelser och erfarenheter lätt försvinna (a.a.).

En svaghet i studien är att föräldrar till allvarligt sjuka barn exkluderades. Detta gjordes för att de inte skulle behöva ta ställning till deltagandet i studien och delvis för att författarna ansåg det kunde finnas en risk för att fokus hos dessa föräldrar skulle ligga mer på barnets sjukdom än på upplevelserna av tiden kring sövningen. Att intervjua dessa föräldrar kan dock bidra till viktig kunskap eftersom de kan behöva extra mycket stöd i sin situation och vårdpersonal kan då behöva känna till just deras upplevelser och behov.

Författarna inspirerades av Burnards innehållsanalys som utgår från fyra respektive 14 steg (Burnard, 1991, 1996). Till en början användes de 14 stegen men p.g.a. tidsbrist var inte alla steg möjliga att utföra och därför använde sig författarna av de fyra stegen i kombination med de 14. Att bara utgå från de fyra stegen upplevde författarna som otillräckligt i processen, de fyra stegen ansågs vara för vida och oprecisa varför inspiration togs parallellt med de 14 stegen.

En av författarna utförde samtliga intervjuer. Motivet för detta var att intervjuerna skulle ha samma utgångsläge och vara så lika som möjligt. Då en författare intervjuade samtliga föräldrar hann en säkerhet byggas upp och en ständig förbättring av intervjutekniken skedde. Om intervjuerna hade delats upp mellan de två författarna fanns en möjlighet att kvaliteten på intervjutekniken inte hade blivit den samma vilket i sin tur kunde ha påverkat resultatet. Båda författarna var dock närvarande vid alla intervjuer, då gavs det möjlighet för den som inte intervjuade att skriva ner eventuella följdfrågor och andra behjälpliga noteringar under intervjuens gång.

Den största orsaken till att telefonintervjuer valdes var på grund av sjukhusets upptagningsområde. Några av intervjuerna ansågs inte varit möjliga att utföra på grund av avståndet då upptagningsområdet var hela södra sjukvårdsregionen. Ytterligare en anledning var att en av författarna arbetade på avdelningen under en viss tid då datainsamlingen pågick och möjligheten att författaren hade varit i kontakt med barnens föräldrar var då stor. Att en av författarna arbetade på den aktuella avdelningen var en svaghet i studien då det fanns en risk att de intervjuade föräldrarna inte vågade berätta allt på grund av detta. Att utföra en intervju ansikte mot ansikte hade kunnat påverka föräldrarna i sättet att uttrycka sig och välja sina ord under intervjun. Detta hade möjligen gett ett annat resultat. Vidare tror författarna att en telefonintervju kan ses mindre påfrestande för föräldrarna än en intervju i hemmet eller på annan plats. Att bjuda in två föräldrarna okända personer till sitt hem kan vara något som anses för privat och därmed finns en möjlighet att föräldrar avböjer att medverka till en intervju. Att välja en annan plats för intervjun kan ses som ett bättre alternativ men även det kan påverka föräldrarnas vilja att medverka. Det kan anses besvärande att behöva ta sig till ett speciellt ställe vid en speciell tidpunkt. En telefonintervju kan också vara att föredra då den går lättare att anpassa efter föräldrarnas önskemål om tidpunkt och är mer flexibel om förhinder uppkommer. Polit och Beck (2010) belyser detta då de menar att personliga intervjuer är kostsamt i tid för båda parter (a.a.).

Författarna valde att göra en pilotintervju som visade sig svara bra på studiens syfte och därför inkluderades denna i studien. En pilotintervju är enligt Trost (2005) att föredra eftersom det i efterhand går att lyssna på intervjun och på så sätt förbättra intervjutekniken.

Det delades ut totalt 17 samtyckesblanketter till föräldrar på avdelningen och endast elva kom i retur. Av de elva avböjde två att delta och nio gav samtycke att delta i studien. De resterande sex samtyckesblanketterna har författarna ingen uppfattning om varför de inte lämnades åter. Det kan betyda att föräldrarna som blev tillfrågade inte ville delta i studien men även att föräldrarna glömt att lämna tillbaka samtyckesblanketten kan vara en orsak. Det finns en risk att de föräldrar som valde att inte delta hade haft andra betydelsefulla upplevelser att dela med sig av som på grund av bortfallet inte kom fram i studien. Även om antalet föräldrar som valde att medverka hade varit större kan inte slutsatsen dras att resultatet hade påverkats på något sätt. Enligt Trost (2005) kan ett för stort antal intervjuer göra att materialet blir svårt att hantera och viktiga detaljer kan då komma att försvinna i mängden. Få intervjuer med god kvalitet anses bättre än ett stort antal med en mindre bra kvalitet (a.a.). Till studien intervjuades nio föräldrar, det visade sig under intervju fem att den andre föräldern hade fått vara med sitt barn under sövningen. Författarna valde att inte avbryta intervjun då detta hade kunnat upplevas kränkande för föräldern, en känsla av att var oviktig och betydelselös hade då kunnat infinna sig. Författarna diskuterade med handledaren om intervjun skulle inkluderas i studien eller inte och beslutet togs att exkludera den trots att intervjun skedde med den föräldern som inte hade varit med. Innehållet av intervjun gav många intressanta infallsvinklar och författarna anser att det hade varit intressant att göra en studie med föräldrar där en av dem har fått närvara vid sövningen.

För att påvisa studiens trovärdighet ska giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet tas i beaktan (Lundman & Graneheim, 2008). Giltigheten styrs av resultatet i jämförelse med det som är avsett att beskriva. Även valet av deltagare är betydelsefullt för giltigheten (a.a.). I föreliggande studie används citat för att styrka det presenterade resultatet. Detta är ytterligare ett sätt att bedöma giltigheten (Lundman & Graneheim, 2008). Tillförlitligheten i föreliggande studie har stärkts genom att båda författarna har varit delaktiga i alla moment och tagit del av allt resultat. Författarnas handledare har också varit delaktig och medbedömare. Enligt Graneheim och Lundman (2008) visar överförbarhet på i vilken utsträckning möjligheten finns att överföra resultatet till andra grupper. Genom att ge en

noggrann beskrivning av urval, deltagare, analys, datainsamling underlättas bedömningen av överförbarheten (a.a.).

Diskussion av framtaget resultat

De intervjuade föräldrarna beskrev många olika och omvälvande upplevelser kring tiden för deras barns sövning. De gav uttryck för att olika faktorer påverkade deras känslor av till exempel trygghet och otrygghet och de hade olika erfarenheter av tidigare sjukhusvård. Med detta i åtanke är det viktigt att individanpassa stödet till föräldrar som inte får vara med sina barn under tre månader vid sövning i framtiden. I en artikel av Stuart och Melling (2014) drog författarna slutsatsen att även om sjuksköterskor och föräldrar hade ganska lik uppfattning om vad familjecentrerad vård innebar, var det väldigt viktigt att individanpassa utformningen av vården vid varje vårdtillfälle. Några föräldrar såg det till exempel som sin roll att delta i omvårdnadsåtgärder medan andra såg det som enbart sjuksköterskans uppgift (a.a.).

Den sjukhusavdelning som var med i studien har idag som regel att föräldrar till barn under tre månader inte får vara med vid sina barns sövning inför operation och denna rutin ser olika ut runt om i Sverige. Om sjukhusen skulle överväga att ändra rutinen och låta alla föräldrar som vill närvara vid sina barns sövningar, är det utifrån denna studie, ur föräldrarnas perspektiv inte bara positivt att valet skulle ligga i deras händer. Flera av föräldrarna i studien uttryckte att de tyckte det var skönt att slippa vara med vid sövningen men att de skulle vara med om de fått välja. Om föräldrarna i framtiden får välja om de vill följa med eller inte, anser författarna att lyhördhet för föräldrarnas behov är viktigt och att vårdpersonalen inte bara ska stötta de som väljer att följa med sina barn vid sövning utan även de som väljer att lämna barnet i operationsslussen. Det är lätt att anta att en förälders närvaro vid sitt barns sövning har en positiv effekt på barnets oro, men det finns inga bevis på att föräldrar faktiskt gör nytta för sina barn som är under tre månader vid deras sövning (Chundamala et al., 2009; Palermo et al., 2000). Därför anser författarna att det är extra viktigt för vårdpersonal att förklara detta för de föräldrar som tvekar inför att närvara vid sina spädbarns sövning och inte skuldbelägga dem för att de tvekar. Att ha besvärliga tankar och känslor var något föräldrarna i föreliggande studie inte kunde påverka och föräldrarna nämnde att de hade dåligt samvete över att de kanske inte brydde sig så mycket som föräldrar borde och en förälder sa just att om

det fanns ett val att vara med vid barnets sövning skulle det ha lett till ett dåligt samvete eftersom föräldern skulle ha känt att hen borde närvara men inte klarade av det.

I föreliggande studie framkom som nämnts ovan en tveksamhet till att närvara vid barnets sövning och detta resultat kan jämföras med en studie från Storbritannien (Braude et al., 1990). I den studien fick föräldrar fylla i en enkät med frågor om huruvida de skulle vilja närvara vid sitt barns sövning. De 66 % av föräldrarna som ville närvara angav att orsakerna till det var barnets oro och föräldrarnas plikt-känsla. Cirka en tredjedel av dessa föräldrar skulle välja att inte vara med om barnet fått premedicinering (a.a.). Föräldrarna i föreliggande studie gav uttryck för att de gjorde allt för barnets skull och att det därför var viktigt att sätta barnets behov först. Föräldrarna beskrev att de skulle ha följt med vid sövningen för barnets skull och att de kunde tänka på sina egna behov först efter att barnets var tillgodosedda. Föräldrar uttryckte till exempel att de skulle ha avstått från att se sövningen för att barnet ändå sov och därmed inte hade behov av föräldern.

Det är också intressant att jämföra resultatet med andra studier som har frågat föräldrar *efter* att de har närvarit vid sina barns sövningar om de skulle välja att vara med vid en eventuell ny sövning (Kain et al., 1996; Kam et al., 1998; Ryder & Spargo, 1991). I ovan nämnda studier svarade 97-100% av föräldrarna att de skulle välja att närvara igen (a.a.). Detta tyder på att föräldrar som har närvarit har upplevt att de har gjort nytta för sina barn, vilket stöds av flera studier (Himes et al., 2003; Kain et al., 1996; Ryder & Spargo, 1991). Blesch och Fischer (1996) fann att en av de faktorer som föräldrarna i deras studie varit mest nöjda med under vårdtiden var att närvara vid sina barns sövningar. Även Andersson et al. (2012) fann att det betydde mycket för föräldrarna att få möjlighet att vara med vid sina barns sövning. Detta tyder på att föräldrar i viss mån ändrar sina uppfattningar om huruvida de vill närvara vid sina barns sövning efter att de faktiskt har fått närvara.

Föräldrarna i föreliggande studie upplevde att det fanns ett antal olika faktorer som de själva inte kunde påverka men som på olika sätt var påfrestande för dem. Att inte få vara med vid sövningen var en sådan faktor. Andra faktorer som föräldrarna beskrev var oron och riskerna med sövningen och operationen, maktlösheten att de inte kunde göra något åt det faktum att barnen var tvungna att opereras, att inte veta vad det var för fel på barnet samt att operationen var oväntad och akut. Föräldrarna kunde inte heller påverka tankarna av otillräcklighet som dök upp i olika situationer och detta upplevdes som påfrestande. Att se barnet påverkat var

också krävande och exempel på situationer som föräldrarna tog upp var när barnet fastade och var otröstligt. Det gick inte heller att påverka faktorer så som personalbrist, missar i kommunikationen och långa väntetider. Flera av de faktorer som föräldrarna i föreliggande studie upplevde att de inte kunde påverka var sådant som föräldrarna i den svenska studien från 2012 (Andersson et al.) också upplevde. Föräldrarna i Anderssons studie var med vid sövningen av sina barn som var mellan ett och sju år gamla. De föräldrarna var också rädda för vad som skulle kunna hända med barnet under operationen och framför allt var de oroliga för sövningen, speciellt själva nedsövningen. Föräldrarna upplevde också att de tappade kontrollen, i synnerhet vid själva sövningen (a.a.). För föräldrarna i föreliggande studie fanns känslan av att tappa kontrollen vid andra tillfällen och det hängde ofta ihop med en känsla av hjälplöshet för att barnet var så litet och utsatt. Föräldrarna i Andersson et al.s (2012) studie upplevde även i likhet med föräldrarna i föreliggande studie att väntan när barnet opererades var påfrestande. (a.a.). Det finns mycket som kan göras för att underlätta för föräldrar även om det finns mycket som föräldrar inte kan påverka. Konkret information är en viktig del inom familjecentrerad omvårdnad (Shields et al., 2012). Men även om föräldrarna får information om hur goda operationsresultaten är och hur liten risk det är att barnet blir allvarligt skadat måste vårpersonalen ändå vara medveten om att föräldrar trots detta är rädda att något ska gå fel. Det kan vara svårt att hinna ge all information som behövs i en akut situation men då är det viktigt att veta att föräldrarna till de barn som blev akut opererade i föreliggande studie upplevde det som en extra påfrestning och kan behöva extra stöd efteråt när tid finns. Att barn ska fasta inför operation är nödvändigt men det är viktigt att fastan även för föräldrarnas skull hålls så kort som möjligt och att föräldrarna kontinuerligt informeras om eventuella förseningar. Det är också viktigt att veta att föräldrar märker av personalbrist och att personalen måste vara medveten om att vissa föräldrar låter bli att uttrycka sina egna behov om de upplever att personalen inte har tillräckligt med tid. Att kommunikationen mellan familj och personal alltid är viktig förmedlade föräldrarna genom att berätta om hur till synes små missar i den praktiska informationen kunde leda till stress för dem.

Sjukvården förstod att barn och föräldrar hör ihop och familjecentrerad vård började införas när det upptäcktes att separationen från föräldrarna var skadlig för barnet (Jolley & Shields, 2009). Att barn och föräldrar hör ihop förmedlade även föräldrarna i föreliggande studie. Att vara nära barnet beskrevs som viktigt och självklart, flera föräldrar berättade även hur hemskt det var att lämna sina barn till operation. Liknande resultat kom även fram i andra studier. Vessey et al. (1994) fann att separationen från barnet efter sövningen var det som föräldrarna

upplevde som värst under sina barns sövning och att ha en förälder nära identifierades av Björk et al. (2006) som barnets största behov under sjukhusvistelsen.

En upplevelse som tydligt framkom i föreliggande studie var lättnaden när allt var klart eller när beskedet kom. Liknande resultat har även framkommit i andra studier som mätte oro hos föräldrarna före respektive efter barnets operation. (Blesch & Fisher, 1996; Palermo et al., 2000). De fann en signifikant minskning av oro efter ingreppet (a.a.).

I en studie av Hallström et al. (2002) identifierades föräldrarnas viktigaste behov i samband med barnets sjukhusvistelse som behovet av egen trygghet och behovet av att förmedla trygghet till barnet. Även i föreliggande studie berättade föräldrarna hur viktigt det var att uppleva trygghet. ”Att förmedla trygghet till sina barn” var inte en formulering som användes av föräldrarna men det som föräldrarna ville göra för barnets skull handlade många gånger om att skapa trygghet för barnet. I föreliggande studie förmedlade föräldrarna att det fanns olika faktorer som gjorde att de kände sig trygga. De mest framträdande faktorerna var att föräldrarna fick fortlöpande, tydlig information, att de upplevde att de kunde lita på läkarnas och vårdpersonalens kompetens, att de fick träffa läkarna som skulle söva och operera före operationen och att de fick trygghet genom närvaron av den andre föräldern.

Den svenska kvalitativa studien (Andersson et al., 2012) som syftade till att illustrera innebörden av att vara förälder vid ens barns första polikliniska sövning fann bland annat att det viktigaste under sövningen för föräldrarna var att personalen fokuserade på barnet. Vidare fann de att föräldrarna upplevde att det hade varit skönt om någon i personalen hade kunnat ge föräldern stöd under själva sövningen (a.a.). I föreliggande studie beskrev föräldrarna också vikten av att personalens fokus las på barnet. Föräldrar angav risken för att fokus skulle tas från barnet som en anledning att inte själv vilja vara med vid sövningen. De förmedlade också en önskan om att få närvara om det fanns ytterligare en personal som kunde följa med in och ta hand om föräldern. Andersson et al. (2012) fann också att det bästa för föräldrarna hade varit om båda föräldrarna fått följa med in vid sövningen och på så sätt kunnat stötta varandra. Kain et al. (2009) fann också att föräldrar uppgav lägre stressnivåer om de fick vara med båda två vid sövningen. Även i föreliggande studie beskrev föräldrarna hur viktigt det var att ha den andre föräldern vid sin sida så mycket som möjligt. Föräldrarna beskrev också att det trevliga bemötandet från personalen avlastade och att tillsynes små saker betydde mycket för välbefinnandet på sjukhuset. Detta fann även Andersson et al. (2012) som skrev

att föräldrarna uppskattade när personalen var vänlig och såg det unika i just deras barn. Vidare skrev Andersson et al. (2012) att föräldrarna upplevde situationen kring barnets första sövning som överväldigande. Detta beskrev även föräldrarna i föreliggande studie trots att de inte fick närvara vid sina barns sövningar och trots att flera av dem hade varit med om att lämna ett barn till operation vid ett tidigare tillfälle. En ytterligare likhet mellan föreliggande studie och studien av Andersson et al. (2012), var att föräldrarna beskrev vikten av information. Andersson et al. (2012) skrev att föräldrarna ville ha information i god tid och helst skriftligt. I föreliggande studie fann författarna att informationen gav ökad trygghet och ökad avlastning för föräldrarna, en förälder nämnde att skriftlig information saknades.

Konklusion och implikationer

Föreliggande studie visade att föräldrarna upplevde att det var viktigt att barnet fick vara i centrum. Föräldrarna beskrev även situationer och känslor som inte gick att påverka och genom intervjuerna framkom också vikten av att få bekräftelse och känna trygghet. En del föräldrar önskade att få närvara vid sina barns sövning och andra önskade att slippa. Med tanke på föreliggande studie skulle rutiner kring sövning av barn under tre månader kunna ses över och oavsett om föräldrar får närvara vid sina barns sövningar eller inte är det viktigt att ha det familjecentrerade omvårdnadsperspektivet i fokus. Det är av vikt att individualisera stödet och att ge tydlig information.

Referenser

- Akinci, S.B., Köse, E.A., Öcal, T., & Aypar, Ü. (2008). The effects of maternal presence during anesthesia induction on the mother's anxiety and changes in children's behavior. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 50(6), 566-571. Hämtad från <http://www.turkishjournalpediatrics.org/?fullTextId=581&lang=eng>
- Andersson, L., Johansson, I., & Almerud Östberg, S. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(29), 1204-1210. Hämtad från <http://eds.b.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca95a4fc-5977-40f6-a808-61d1a171e1d9%40sessionmgr111&vid=2&hid=110>
- Arai, Y.C.P., Ito, H., Kandatsu, N., Kurokawa, S., Kinugasa, S., & Komatsu, T. (2007). Parental presence during induction enhances the effect of oral midazolam on emergence behavior of children undergoing general anesthesia. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 51(7), 858-861. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01339.x.
- Björk, M., Nordström, B., & Hallström, I. (2006). Needs of Young Children with Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study. *Journal of Oncology Nursing*, 23(4), 210-219. doi: 10.1177/1043454206289737.
- Blesch, P., & Fisher, M.L. (1996). The Impact of Parental Presence on Parental Anxiety and Satisfaction. *Association of Operating Room Nurses journal*, 63(4), 761-768. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63127-X.
- Braude, N., Ridley, S.A., & Sumner, E. (1990). Parents and pediatric anesthesia: a prospective survey of parental attitudes to their presence at induction. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 72(1), 41-44. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2499078/pdf/annrcse01560-0045.pdf>
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466. doi: org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4), 278-281. doi: org/10.1016/S0260-6917(96)80115-8.
- Chundamala, J., Wright, J.G., & Kemp, S.M. (2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian journal of anaesthesia*, 56(1), 57-70. Doi: 10.1007/s12630-008-9008-3
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. (B. Kärnekull & E. Kärnekull, övers.). Malmö: Gleerups Utbildning AB. (Originalarbete publicerat 2004).
- Förenta Nationerna. (1989). *Barnkonventionen*. New York: Förenta Nationerna.
- Hallström, I. (2009). Barn i hälso- och sjukvården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. (ss. 21-27) Stockholm: Liber.

Hallström, I & Lindberg, T. (2012). Barn och hälso- och sjukvård. I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.), *Barnmedicin*. (4. uppl., ss. 113-120). Lund: Studentlitteratur.

Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140-148. doi: 10.1053/jpdn.2002.123020.

Hannallah, R.S., & Rosales, J.K. (1983). Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children. *Canadian Anaesthetists' Society journal*, 30(3), 286-289.

Hämtad från

http://download.springer.com.ludwig.lub.lu.se/static/pdf/84/art%253A10.1007%252F03013809.pdf?auth66=1394960735_2f9415f44fb1bb7ae67ebc47a7d7db2a&ext=.pdf

Henneberg, S.W., & Hansen, T.G. (2008). Børneanæstesi. I S.W. Henneberg & T. G. Hansen (Red.), *Børneanæstesi*. (2. uppl., ss. 1-3). Copenhagen: FADLs Forlag A/S.

Himes, M.K., Munyer, K., & Henly, S.J. (2003). Parental Presence During Pediatric Anesthetic Inductions. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 71(4), 293-298. Hämtad från

<http://eds.b.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=59689a7f-f0a7-4de2-ab44-229a926a5158%40sessionmgr112&vid=2&hid=110>

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centred Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170. doi:10.1016/j.pedn.2008.03.010.

Kain, Z.N., Caldwell-Andrews, A.A., Mayes, L.C., Wang, S.M., Krivutza, D.M., & LoDolce, M.E. (2003). Parental Presence during Induction of Anesthesia: Physiological Effects on Parents. *Anesthesiology*, 98(1), 58-64. Hämtad från

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2003/01000/Parental_Presence_during_Induction_of_Anesthesia_.13.aspx

Kain, Z.N., MacLaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Andersson, C., & Mayes, L. How many parents should we let into the operating room? *Pediatric Anesthesia*, 19(3), 244-249. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x.

Kain, Z.N., Mayes, L.C., Caramico, L.A., Silver, D., Spieker, M., Nygren, M.M., Anderson, G., & Rimar, S. (1996). Parental Presence during Induction of Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology*, 84(5), 1060-1067. Hämtad från

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/1996/05000/Parental_Presence_during_Induction_of_Anesthesia_.7.aspx

Kam, P.C.A., Voss, T.J.U., Gold, P.D., & Pitkin, J. (1998). Behaviour of children associated with parental participation during induction of general anaesthesia. *Journal of pediatrics and child health*, 34(1), 29-31. Hämtad från

<http://eds.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6e41fc41-c057-4542-ae0b-24b7369e3803%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4202>

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- McAlister, W. (2010). Anaesthesia in children. In L. Shields (Eds.), *Perioperative Care of the Child: A Nursing Manual*. (pp. 119-143). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- NOBAB. (u.å.). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 18 mars, 2014, från NOBAB, <http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf>
- Palermo, T.M., Tripi, P.A., & Burgess, E. (2000). Parental presence during anaesthesia induction for outpatient surgery of the infant. *Pediatric Anaesthesia*, 10(5), 487-491. doi: 10.1046/j.1460-9592.2000.00552.x.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Nursing Research – Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ryder, I.G., & Spargo, P.M. (1991). Parents in the anaesthetic room: A questionnaire survey of parents' reactions. *Anaesthesia*, 46(11), 977-979. doi: 10.1111/j.1365-2044.1991.tb09863.x.
- Schulman, J.L., Foley, J.M., Vernon, D.T.A., & Allan, D. (1967). A study of the effect of the mother's presence during anesthesia induction. *Pediatrics*, 39(1), 111-114. Hämtad från <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=be5ff9da-539a-4a4d-9147-ee4017779340%40sessionmgr113&vid=2&hid=102>
- Scrimin, S., Haynes, M., Altoè, G., Bornstein, M.H., & Axia, G. (2009). Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child: care, health and development*, 35(2), 227-233. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00920.x.
- SFS 2003:460 *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317–1323. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x
- Shields, Zhou, Pratt, Taylor, Hunter och Pascoe (2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years (Review). *The Cochrane database of systematic reviews*, 17(10), doi: 10.1002/14651858.CD004811.pub3.
- Sjöström, U. (1994). Hermeneutik – att tolka utsagor och handlingar. I B. Starrin & P.-G. Svensson. (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (ss. 73-90). Lund: Studentlitteratur.
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, V. (2002). Family-Centred Care: A Practice Continuum. In L. Smith, V. Coleman, & M. Bradshaw (Eds.), *Family-Centred Care: Concept, Theory and Practice*. (pp. 19-43). New York: Palgrave.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Statistikdatabasen*. Hämtad 10 mars, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Databasinsamling – på fältet: Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (ss. 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Stuart, M., & Melling, S. (2014). Understanding nurses' and parents' perceptions of family-centred care. *Nursing Children & Young People*, 26(7), 16-21. Hämtad från <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=1b72746d-3c51-4c29-b819-55cc7435a16b%40sessionmgr4005&hid=4208>

Sørensen, T. (2008). Sygeplejemæssige aspekter i børneanæsthesien. I S.W. Henneberg & T. G. Hansen (Red.), *Børneanæstesi*. (2. uppl., ss. 75-82). Copenhagen: FADLs Forlag A/S.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vessey, J.A., Bogetz, M.S., Caserza, C.L., Liu, K.R., & Cassidy, M.D. (1994). Parental upset associated with participation in induction of anaesthesia in children. *Canadian journal of anaesthesia*, 41(4), 276-280. doi: 10.1007/BF03009903.

Ygge, B-M. (2009). Barn på sjukhus: Att vårdas på sjukhus. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrik omvårdnad*. (ss.101-105). Stockholm: Liber.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 1 (4)

INFORMATIONSBREV

2015-01-21

Till områdeschef Charlotte Erngren

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ” Att vara förälder till barn under sex månader som sövs - En kvalitativ intervjustudie med föräldrar som inte fått närvara då barnet sövdes”

I Sverige opereras och sövs flera hundra barn varje dag och oftast är föräldrar med under sövningen. Det finns olika åsikter om huruvida föräldrar är till nytta eller inte för egen och för barnets del och det finns få kvalitativa intervjustudier gjorda inom området. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar, som inte får vara med sina barn vid sövning, upplever tiden kring deras barns operation.

Vi vill intervjua föräldrar till barn som opererats på dagkirurgiska avdelningen och avdelning 65. Inklusionskriterier är föräldrar som inte har fått närvara när deras barn skulle sövas. Barnet ska vara under sex månader och vid tillfället för intervjun utskrivna från sjukhuset. Föräldrarna ska förstå och kunna tala svenska. Exklusionskriterierna är i de fall barnet har någon kroniskt sjukdom eller då någon skada eller komplikation har uppkommit i samband med vårdtiden. Intervjuerna planeras att genomföras på telefon och 10-15 intervjuer är önskvärda. Intervjumaterialet kommer att bearbetas enligt Burnards innehållsanalys.

Skriftlig information till föräldrarna kommer att delas ut och samtycke till studien kommer att inhämtas genom en samtyckesblankett. De som vill medverka i studien skriver under samtyckesblanketten och lämnar telefonnummer. Föräldrarna informeras i brevet om att deltagandet är helt frivilligt och när som helst kan avbrytas utan orsak eller konsekvenser för barnets behandling och kontakt med barnsjukhuset i Lund. Resultatet av studien kommer att redovisas så att enskilda föräldrar inte kan identifieras. Med föräldrarnas tillåtelse kommer intervjun att spelas in. Inspelningen kommer att förvaras så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Vi anhåller om att få hjälp av personal på dagkirurgiska avdelningen och avdelning 65 med att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. Vi anhåller också om hjälp att ge kort muntlig information och lämna ut informationsbrev med samtyckesblankett i samband med att barnet kommer tillbaka till avdelningen efter operation. Om hjälp med insamling av samtyckesblanketter i samband med utskrivning anhålles också. Skriftlig information till berörd personal bifogas detta brev.

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

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom hälso- och sjukvård med inriktning barn och ungdom.

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

Med vänlig hälsning

Sofia Lloyd
Student
Leg. Sjuksköterska avd 65
0709505394
sjs07spr@student.lu.se

Elna Lampei
Student
Leg. Sjuksköterska avd 67
046 303755
sbs14ela@student.lu.se

Erna Törnqvist
Universitetslektor, Dr med vet
Leg sjuksköterska inom
diagnostisk radiologi
HSC, Lunds Universitet
046-222 19 06
Erna.Tornqvist@med.lu.se

Bilagor

1. Samtyckesblankett
2. Projektplan
3. Skriftlig information till mellanhand



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 2 (4)

INFORMATIONSBREV

2015-01-21

Till personal som arbetar på dagkirurgiska avdelningen och avdelning 65 på Skånes universitetssjukhus

Att vara förälder till barn under sex månader som sövs – En kvalitativ intervjustudie med föräldrar som inte fått närvara då barnet sövdes

Ni tillfrågas om hjälp att få kontakt med patienter för deltagande i ovanstående studie.

I Sverige sövs dagligen flera hundra barn inför att de ska opereras. Oftast är föräldrarna med när barnet sövs, men av olika anledningar tillåts inte detta alltid. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar, som inte får vara med sina barn under sex månader vid sövning, upplever tiden kring deras barns operation.

Vi vill intervjua föräldrar till barn som opererats på dagkirurgiska avdelningen och avdelning 65. Inklusionskriterier är föräldrar som inte har fått närvara när deras barn skulle sövas. Barnet ska vara under sex månader och föräldrarna ska förstå och kunna tala svenska. Exklusionskriterierna är i de fall barnet har någon kronisk sjukdom eller då någon skada eller komplikation har uppkommit i samband med vårdtiden. Intervjuerna planeras att genomföras på telefon och cirka 15 intervjuer är önskvärda. Intervjumaterialet kommer att bearbetas enligt innehållsanalys.

Vi anhåller om hjälp att välja ut patienter enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom ber vi att ni i samband med att barnet kommer tillbaka till avdelningen från operation, ger en kort muntlig information om studien till föräldrarna och lämnar ett brev med skriftlig information samt en samtyckesblankett. Lämna gärna en blankett till varje förälder om båda varit närvarande. Slutligen ber vi om hjälp att samla in samtyckesblanketterna i samband med utskrivning och att förvara dem på respektive avdelning. Vi kommer efter överenskommelse att hämta blanketterna.

Föräldrarna informeras i brevet om att deltagandet i studien är helt frivilligt och när som helst kan avbrytas. Resultatet av studien kommer att redovisas så att enskilda föräldrar inte kan identifieras. Med föräldrarnas tillåtelse kommer intervjun att spelas in. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har examinerats och godkänts förstörs materialet.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom hälso- och sjukvård med inriktning barn och ungdom.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

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

Med vänlig hälsning

Elna Lampei
Student på specialist-
sjuksköterskeprogrammet med
inriktning barn och ungdom
Leg. Sjuksköterska
046 303755
sbs14ela@student.lu.se

Sofia Lloyd
Student på specialist-
sjuksköterskeprogrammet med
inriktning barn och ungdom
Leg. Sjuksköterska
0709505394
sjs07spr@student.lu.se

Erna Törnqvist
Universitetslektor, Dr med vet
Leg sjuksköterska inom diagnostisk radiologi
Institutionen för hälsovetenskaper
Box 157
221 00 Lund
046-222 19 06
Erna.Tornqvist@med.lu.se

Information till undersökningsperson

Att vara förälder till barn under sex månader som sövs – En kvalitativ intervjustudie med föräldrar som inte fått närvara då barnet sövdes

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie som ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom hälso- och sjukvård med inriktning barn och ungdom.

I Sverige sövs dagligen flera hundra barn inför att de ska opereras. Oftast är föräldrarna med när barnet sövs, men av olika anledningar tillåts inte alltid detta. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar, som inte får vara med sina barn under sex månader vid sövning, upplever tiden kring deras barns operation.

Om Du väljer att delta i studien vill vi gärna intervjua Dig. Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av Sofia Lloyd och Elna Lampei. Om Du väljer att delta i studien kommer vi att ringa upp eller maila Dig för att bestämma tid för telefonintervju. Skulle Du av någon anledning inte vilja bli intervjuad per telefon erbjuder vi plats för intervju i Lund.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har examinerats och godkänts förstörs materialet.

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

Vi ber Dig att svara på om Du vill delta i studien eller inte genom att fylla i samtyckesblanketten och lämna tillbaka den i bifogat svarskuvert till personalen på avdelningen innan du lämnar sjukhuset.

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

Med vänlig hälsning

Elna Lampei
Student på specialist-
sjuksköterskeprogrammet med
inriktning barn och ungdom
Leg. sjuksköterska
Sbs14ela@student.lu.se

Sofia Lloyd
Student på specialist-
sjuksköterskeprogrammet med
inriktning barn och ungdom
Leg. sjuksköterska
sjs07spr@student.lu.se

Erna Törnqvist
Universitetslektor, Dr med vet
Leg sjuksköterska inom diagnostisk radiologi
Institutionen för hälsovetenskaper
Box 157
221 00 Lund
046-222 19 06
Erna.Tornqvist@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag vill delta i studien Fyll i resten av blanketten

Jag vill inte delta i studien Fyll inte i resten av blanketten

Jag har tagit del av informationen om ” Att vara förälder till barn under sex månader som sövs – En kvalitativ intervjustudie med föräldrar som inte fått närvara då barnet sövdes”

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.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

E-mail

E-mail

Intervjuguide

Berätta om dagen då ditt barn opererades.

- Vad upplevde du som bra?
- Kunde något gjorts annorlunda?
- Vilka familjemedlemmar var med på sjukhuset?

Fick ni någon information om operationsdagen?

- Vilken information fick ni?
- Hemskickad information?
- Information på plats?
- Visste du om att du inte skulle få vara med när ditt barn sövdes?

Hur upplevde du att inte få vara med vid ditt barns sövning?

- Hade du velat vara med?
- Fick du det stöd du behövde?
- Vad gjorde du under tiden ditt barn sövdes och opererades?

Helhetsintryck av vårdtiden.

Fördjupningsfrågor som kommer att användas är till exempel:

- Hur menar du då?
- Vad tänkte du?
- Hur kändes det?
- Kan du ge ett exempel