



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Föräldrars upplevelse av Bedside Handover

- En intervjustudie

Författare: Matilda Andersson och Sara Nyberg

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Föräldrars upplevelse av Bedside Handover

- En intervjustudie

Författare: Matilda Andersson och Sara Nyberg

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** Bedside handover innebär att rapport mellan sjuksköterskor sker på patientens rum med patienten närvarande. På barnavdelningen i Kristianstad implementerades bedside handover i september 2016 och har sedan dess använts på avdelningen. **Syfte:** Syftet med föreliggande studie var att belysa föräldrars upplevelse av bedside handover. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie genomfördes med elva föräldrar vars barn hade varit inlagda på barnavdelningen i Kristianstad under hösten 2017. En innehållsanalys användes med en deduktiv ansats enligt en modell för bedside handover, Standard Operating Protocol (SOP). **Resultat:** Resultatet visade att föräldrar genom bedside handover fick möjlighet att ta del av personalens kommunikation och fick därigenom insyn i planeringen av vården. De fick även möjlighet att delta i beslut gällande barnets vård. **Konklusion:** Studien visade att föräldrar upplevde ökad delaktighet i samband med bedside handover då de blev inbjudna som en samarbetspartner i vården.

## Nyckelord

Barnsjukvård, Bedside Handover, delaktighet, föräldrars upplevelser, intervjustudie

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Familjen och delaktighet.....	6
Bedside handover.....	7
Vårdetiska och samhällseliga aspekter.....	9
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval.....	10
Förförståelse .....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat.....	14
Diskussion.....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	22
Konklusion och implikationer .....	24
Bilaga 1 (1).....	30

## Introduktion

Bedside handover innebär att rapport mellan sjuksköterskor sker med patienten närvarande och det sker oftast på patientens rum. Den typen av rapport gör det möjligt för sjuksköterskan som börjar sitt pass att visuellt se patienten och samtidigt ställa frågor till patienten och till sjuksköterskan som ska avsluta sitt pass. Det uppmuntrar patienten till ett aktivt deltagande i sin vård (Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012). En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2015) och rapport som sker med hjälp av bedside handover kan minska risken för misstag inom vården, då informationsutbytet även involverar patienten (Maxson et al., 2012). I Norden har vi ett dokument som är utformat som ett verktyg för att ta tillvara barns rättigheter inom hälso- och sjukvård: Nordisk Standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård [NOBAB:s standard]. Enligt NOBAB:s standard är en god relation och kommunikation samt ett gott samspel mellan vårdpersonal och familj av allra största betydelse för barnet eftersom vårdmiljön ofta kan skapa osäkerhet och rädsla hos såväl barn som föräldrar (Söderbäck, 2010).

Idag ställs allt högre krav på patientens möjlighet till delaktighet i vården. Patientlagen som kom 2014 syftar bland annat till att ytterligare betona patientens rätt till delaktighet. Där fastslås tydligt att "Denna lag syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet" (Patientlagen, SFS 2014:821, 1§). Vidare beskrivs i lagen att omvårdnaden ska utformas och genomföras i samråd med patienten och hans eller hennes närstående. I de fall där patienten är ett barn ska dess vårdnadshavare få tillgång till information motsvarande det som patienten har rätt till (a.a.). Även FN:s barnkonvention fastslår i den 12:e artikeln att barn har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. Barnets åsikter ska i förhållande till dess ålder och utveckling tillmätas betydelse (Unicef, 2014). När familjemedlemmar har möjlighet att delta i överrapporteringen skapas en möjlighet att både förstå och vara delaktig i patientens vård (Tobiano, Chaboyer & McMurray, 2012). Det framkom i en studie av Greaves (1999) att familjecentrerad vård främjas genom användning av bedside handover. Då implementering av bedside handover har gjorts för patienternas och deras familjers skull var det av stort intresse att få information om föräldrarnas upplevelse av denna arbetsmetod. Idag

finns ett fåtal studier gjorda utifrån familjens perspektiv och ännu färre utifrån föräldrarnas perspektiv. Därför kan föreliggande studie bidra med ny information i ämnet.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Joyce Travelbee beskriver omvårdnad som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och vid behov att finna mening i dessa upplevelser (Travelbee, 2002). Omvårdnadsprocessen som sjuksköterskan kan använda sig av beskrivs av Travelbee på följande vis:

- Observera och utforska om en individ har ett omvårdnadsbehov
- Bekräfta behovet tillsammans med individen
- Bedömning görs tillsammans med individen om sjuksköterskan kan tillgodose omvårdnadsbehovet eller om någon annan behöver kontaktas för att bättre tillgodose behovet
- Planera hur omvårdnadsbehovet ska tillgodoses, hur och när detta ska ske samt hur det ska utvärderas

För att sjuksköterskan ska kunna ge patienten omvårdnad krävs kommunikation.

Kommunikation är en ömsesidig process som kan vara både verbal och icke verbal och sker kontinuerligt när två personer träffas (Krikevold, 2000). Travelbee (2002) beskriver kommunikation som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap och en förutsättning för att kunna bedriva god omvårdnad. Genom kommunikation skapas mellanmänskliga relationer som dels är en process med faser, dels ett medel för att kunna ge god omvårdnad. Med hjälp av den mellanmänskliga relationen kan en individs attityd till sin sjukdom påverkas och därigenom kan individen bemästra både sjukdomen i sig och det lidande som den medför (Eide & Eide, 2009). Den mellanmänskliga relationen kan bara finnas mellan människor och inte mellan abstrakta roller (a.a.). Travelbee delar in den mellanmänskliga processen i fem faser. I den första fasen *det första mötet* går båda parter in med föreställda stereotypa bilder av varandra. Den andra fasen *framväxande identitet* innebär att förhållandet mellan sjuksköterska och patient blir mer mellanmänsklig och de lär känna varandra allt mer. De stereotypa

bilderna av varandra börjar suddas ut. Den tredje fasen *den empatiska fasen* innebär att båda parter börjar förstå meningen och relevansen med den andras känslor och tankar. Det leder till förmåga att kunna förutse den andra personens reaktioner, behov och handlande. Den fjärde fasen *den sympatiska fasen* beskriver Travelbee som en attityd hos de olika parterna med en önskan om att underlätta och lindra den andres lidande. Den sista fasen *ömsesidig förståelse och kontakt* uppstår som ett resultat av att den omvårdnadsgivande parten har lindrat lidande (Travelbee, 2002).

### *Familjen och delaktighet*

Det finns många definitioner på vad en familj är. Författarna har valt att arbeta utifrån följande definition: "*Familjen är alltså en grupp individer som binds samman av olika strukturella, funktionella och/eller känslomässiga band. Den är emellertid inte statisk utan utvecklas över tiden*" (Kirkevold, 2002, s. 23). Denna definition av familj har valts då det ger bättre utrymme för att familjekonstellationer idag ser olika ut. Enligt föräldrabalken (SFS 1949:381) har föräldrar både rättighet och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnet. De har samtidigt även skyldighet att utifrån barnets utveckling, mognad och ökande kompetens ta hänsyn till barnets egna åsikter och önskemål (Johansson, 2013). Socialstyrelsen beskriver delaktighet som ett sammanfattande begrepp där individen ska ha inflytande över sin vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2014). Söderbäck (2014) beskriver delaktighet som när familjen har en känsla av kontroll över vården. Att skapa en vårdmiljö där hela familjen har möjlighet att vara delaktig kan däremot vara en utmaning. Sjöberg, Svedberg, Nygren och Carlsson (2017) beskriver att föräldrar vill ha information om sitt barns vård och bli involverade i kommunikationen för att kunna delta i vården och hantera rollen som förälder till ett sjukt barn. Vårdpersonal tenderar att inte bjuda in barnet till diskussion utan fokuserar endast på föräldrarna. Ett sådant handlande innebär i senare led att föräldrarna får förklara för barnet vad som ska hända (a.a.). Barnet är därmed inte fullt delaktig i sin egen vård (Söderbäck, 2014). Ett barns kompetens är ofta större än vad vuxna tror (Söderbäck, 2010). Barn har en stor förmåga att förstå information som ges till föräldrar och de föredrar att denna information även ges till dem (Coyne, Amory, Gibson & Kiernan, 2016). En studie av Coyne, Amory, Kiernan och Gibson (2014) där barn fick frågor angående deras medverkan i beslut, visade att barnen redan vid sju års ålder var medvetna om att det togs större och mindre beslut i deras vård. De upplevde att deras åsikt endast efterfrågades i de mindre besluten, som exempelvis vid vilket klockslag en vårdhandling skulle ske, men att deras åsikt inte efterfrågades i de

stora besluten. Ett barn som får vara delaktig blir skicklig på att kommunicera, prioritera och beskriva sin vilja, sina behov och önskningsar och på så sätt visa sitt eget perspektiv. Genom att ta tillvara barnets eget perspektiv, dess erfarenheter, iakttagelse- och uppfattningsförmåga, motivation och vilja i en vårdssituation ges förutsättningar för en god vård. Barns och ungas inflytande och delaktighet i vårdssituationer ska ske genom information och förberedelser kring olika vårdaktiviteter och i vårdprocedurer. Barn och unga har utifrån sin enskilda förmåga kompetens att i olika grad delta i beslut som rör dem själva. Avsikten med all kommunikation är att få och ge information och att skapa förtroendefulla relationer för att kunna samarbeta i en vårdssituation (Söderbäck, 2010).

### *Bedside handover*

Bedside handover är ett arbetsredskap där rapport mellan sjuksköterskan som slutar sitt pass och personalen som börjar sitt pass sker inne på patientens rum. Chaboyer, McMurray, Wallis och Chang (2008) har utvecklat en modell där processen för bedside handover beskrivs utifrån ett Standard Operating Protocol (SOP). SOP består av fem delar, vilka är *förberedelse*, *introduktion*, *informationsutbyte*, *patientens delaktighet* samt *patientsäkerhet*. Den första delen *förberedelse* innebär att säkerställa att patienten känner sig bekväm med att bedside handover utförs, att det är okej att familjen är närvarande samt att patientens sekretess kan bibehållas under rapporten. Nästa del *introduktion* innebär att personal introduceras för patienten där familjen får möjlighet att hälsa på ansvarig personal som påbörjar sitt arbetspass. Den tredje delen *informationsutbyte* innebär att patientens tillstånd summeras, förändringar i patientens vård och planering går igenom och personalen har möjlighet att ställa sina egna frågor till varandra. Den fjärde delen *patientens delaktighet* innebär att patienten bjuds in i samtalet, patienten och familjen ställer sina frågor och kan tillägga information de upplevt inte framkommit. Sista delen *patientsäkerhet* består av att kontrollera miljön runt patienten, som exempelvis infarter, maskiner och övervakningsblad.

En studie av McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson och Gehrke (2011) har visat att genom att använda sig av bedside handover ökar relevansen av det som berättas. Studier visar dessutom att bedside handover minskar onödigt informationsutbyte genom att involvera patienten i överrapporteringen (McMurray et al., 2011; Bradley & Mott, 2013). Möjligheten att kunna rätta felaktig information och bidra med viktig information är något som deltagarna i en studie av Lu, Kerr och McKinley (2014) upplevde. Något annat som framkom i studien var att när

bedside handover används förändras den sociala dynamiken mellan sjuksköterska och patient (a.a.). Patienter beskriver att de känner sig stärkta av att ha möjlighet att lyssna på rapporten då de får möjlighet att få ytterligare information. Patienten får större utrymme att vara delaktig i sin egen vård (McMurray et al., 2011; Bradley & Mott 2013). Enligt Street et al. (2011) beror fördelarna med bedside handover på en god kombination av patientens medverkan, användning av strukturerad kommunikation: Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation (SBAR) och god dokumentation. Patienter som varit med om bedside handover har beskrivit en upplevelse av att bli behandlad som en partner i vården genom att sjuksköterskan delger sin professionella information samt att patientens egen kunskap bejakas (McMurray et al., 2011). Sand-Jecklin och Sherman (2014) menar att en god relation mellan sjuksköterska och patient främjas av bedside handover. Hur patienter visar sitt deltagande i bedside handover varierar. En del patienter föredrar att endast lyssna medan andra tar en aktivt deltagande roll (a.a.). Att använda bedside handover som rapporteringsmodell innebär att varje sjuksköterska enbart får rapport om de patienter som hon kommer att vara ansvarig för (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Enligt Chaboyer et al. (2010) innebär en mer traditionell typ av rapport att sjuksköterskan som börjar sitt arbetspass delges information om alla patienter på avdelningen, vilket sker utan patientens närvaro. Det gör att sjuksköterskan hamnar i en expertroll gentemot patienten och har då ofta mer information om patientens vård än vad patienten själv har (McMurray et al., 2011). Enligt Greaves (1999) beskriver sjuksköterskor ett bekymmer med bedside handover. De upplever en oro över kompromiss med sekretess och integritet gentemot patienten då andra än vårdpersonal och patienten kan uppfatta information angående patientens vård. Däremot talar en studie av Lu, et al. (2014) emot detta. I den studien genomfördes intervjuer där en fråga som patienterna fick var om de upplevde att bedside handover innebar kompromisser med deras integritet eller sekretess. Majoriteten nekade till detta.

Barnavdelningen i Kristianstad började använda bedside handover i september 2016 hos patienter som var inlagda för infektion. I januari 2017 implementerades bedside handover på hela avdelningen. Förändringen gjordes som ett förbättringsarbete för att öka familjens delaktighet i vården. Personalen på avdelningen fick dessförinnan en introduktion i hur bedside handover fungerar. I samband med inskrivningssamtal på avdelningen får familjerna numera muntlig information om att rapportsystemet bedside handover kommer att användas mellan dag- och kvällspersonal samt vad det innebär.



### *Vårdetiska och samhällseliga aspekter*

När ett barn blir inlagt på sjukhus innebär det en stor stress för hela familjen (Eide & Eide, 2009). Barnet befinner sig i en miljö som inte är dess ordinarie. Enligt Söderbäck (2014) beskriver barn delaktighet som att själva ha någon form av kontroll över sin livssituation. Genom att använda bedside handover får familjen en känsla av kontroll och känner större trygghet i vården (Lu, Kerr & Mckinley, 2014). Rapport som sker med hjälp av bedside handover kan minska misstagen inom vården då informationsutbytet även involverar patienten (Maxson, Derby, Wroblewski, Foss, 2012). En ökad upplevelse av delaktighet samt minskade misstag inom vården kan innebära en bättre vård för barn och deras familjer. Lu, Kerr och Mckinley (2014) beskriver hur patienter aktivt kan delta och minimera riskerna för felaktig information. Om bedside handover kan leda till minskad felaktig information kan vårdskador minska, vilket innebär en besparing både samhällsekonomiskt i form av kortare vårdtider men också vårdetiskt, avseende ett minskat lidande för barnet och familjen. Då bedside handover används, behöver sjuksköterskan även ha vårdetiska aspekter i åtanke så som respekt för självbestämmande, värdighet, integritet och sårbarhet. Genom att respektera självbestämmande ges familjen handlingsfrihet att göra val baserat på personliga värderingar. Likaså ska familjens värdighet respekteras vilket innebär bekräftelse av familjens existens och respekt för deras frihet, ansvar och moraliska handlingar. Att respektera familjens integritet handlar om att vara lyhörd för familjens och barnets olikheter och sårbarhet samt att beakta barnets och familjens livssammanhang och livshistoria (Stryhn, 2007). Äldre barn har ofta en starkare integritet än små barn (Söderbäck, 2014). Det bör beaktas vid bedside handover så att barnets integritet inte riskerar att kränkas exempelvis på grund av att familjemedlemmar medverkar utan att barnet är bekväm med det.

### **Syfte**

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelse av bedside handover.

### **Metod**

Studien utformades som en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. En kvalitativ innehållsanalys syftar till att djupgående tolka texter i en beskrivande form (Danielson, 2014).

Den deduktiva analysen innebär att materialet analyseras utifrån en teori eller modell (Elo & Kyngäs, 2008). I föreliggande studie har materialet analyserats utifrån Standard Operating Protocol för bedside handover. Intervjuer genomfördes med syfte att belysa föräldrars upplevelser av bedside handover. Metoden valdes av författarna för att få ett mångfacetterat resultat utifrån det aktuella syftet. Studien inleddes med att en litteraturoversikt gjordes där tidigare studier inom ämnet granskades och sammanställdes.

## **Urval**

Målgruppen för studien var föräldrar till barn som har varit inskrivna på barnavdelningen i Kristianstad. Författarna har använt sig av ett strategiskt urval. Ett strategiskt urval innebär att studiedeltagare väljs ut utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Efterhand som studiedeltagare tackat ja, har de inkluderats i studien. Inklusionskriterierna var att familjen och den förälder som tillfrågades att delta i studien hade varit med om arbetsmetoden bedside handover. Studiedeltagare som haft en vårdrelation till författarna har exkluderats från studien. Även icke svensktalande föräldrar har exkluderats. Då det inte dokumenterades på avdelningen hur många personer som tillfrågades att delta i studien kan det totala antalet personer som tillfrågades inte anges. I föreliggande studie tackade initialt 15 personer ja till att delta i studien. Studien fick ett oplanerat bortfall på fyra personer innan intervjuerna ägt rum. Det oplanerade bortfallet berodde på att personerna uttryckt att de inte längre ville delta i studien alternativt att författarna inte kunde komma i kontakt med personen trots lämnat samtycke. Intervjuer genomfördes med elva föräldrar som samtliga var barnets vårdnadshavare vid vårdtillfället. Intervjuerna har pågått i mellan 20 till 42 minuter med ett medelvärde på 33 minuter. Av föräldrarna var sju mammor och fyra pappor. Fyra av föräldrarna hade utbildningsnivå motsvarande högskoleutbildning och sju hade gymnasial utbildning. Antalet barn som föräldrarna hade varierade från ett till fyra. Föräldrarnas ålder varierade från 29 till 53 år och åldern på barnet som varit inlagt varierade från fyra månader till 16 år.

## **Förförståelse**

Förförståelse innebär att författarna har en förkunskap om ämnet innan studien påbörjats. Det handlar inte enbart om kunskap utan också om värderingar och erfarenheter (Priebe & Landström, 2012). Författarna valde därför att inför studien reflektera över sin förförståelse. Båda författarna är verksamma inom barnsjukvård och är legitimerade sjuksköterskor sedan

tre respektive fem år. Författarna har olika mycket erfarenhet av bedside handover. En av författarna har varit med vid introduktionen av bedside handover på barnavdelningen i Kristianstad medan den andra författaren har fått erfarenhet av bedside handover via verksamhetsförlagd utbildning på samma avdelning. Förförståelsen som fanns hos författarna var att föräldrar får en ökad upplevelse av delaktighet i samband med bedside handover, men att det även kan väcka känslor av osäkerhet och ökade krav på föräldrarna.

## **Datainsamling**

Som undersökningsinstrument valde författarna att använda sig av semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide utformades utifrån studiens syfte (Bilaga 1). Skriftligt tillstånd för att genomföra studien erhöles från barnavdelningens verksamhetschef i Kristianstad som då även hade tagit del av studiens projektplan. Enhetschefen samt personalen på avdelningen erhöles också ett informationsbrev inför studiens start. En person i personalen tillfrågades att fungera som mellanhand mellan författarna och avdelningen. Mellanhanden fick muntlig samt skriftlig information om studien och hur rekryteringen skulle gå till och hon hade ett övergripande ansvar för rekryteringen. Projektplanen för studien samt en blankett med medgivande från verksamhetschefen skickades till vårdetiska nämnden (VEN) som gav ett rådgivande yttrande (VEN 50-17). Rekryteringen pågick mellan september och december 2017. Studiedeltagare rekryterades till studien genom att föräldrar tillfrågades i samband med utskrivning från barnavdelningen i Kristianstad. De fick då av mellanhanden muntlig och skriftlig information om studien samt en samtyckesblankett inför intervjun. De fick även lämna sitt namn och telefonnummer om de önskade delta i studien så att författarna sedan kunde ta kontakt med dem inför en eventuell intervju.

Intervjuerna genomfördes en till fyra veckor efter utskrivning. En pilotintervju genomfördes för att prova om intervjuguiden fungerade som den var tänkt (Polit & Beck, 2012). Den genomförda pilotintervjun transkriberades och diskuterades sedan med handledaren för studien och bedömningen gjordes att intervjuguiden fungerade som det var tänkt och att materialet var av tillräckligt god kvalitet för att inkluderas i studien. Intervjuerna inleddes med att studiedeltagaren fick muntlig information om studiens syfte samt information om att de hade rätt att avbryta deltagandet i studien utan konsekvenser fram tills att studiens sammanställdes. Samtliga intervjuer genomfördes med hjälp av den framarbetade intervjuguiden. Alla studiedeltagare fick samma inledande öppna fråga, vilken var: *Kan du*

*berätta om hur du upplevde bedside handover?* Genom att ställa fördjupande frågor som exempelvis berätta, beskriv och förklara, kunde studiedeltagaren utveckla sin upplevelse (Kvale & Brinkmann, 2014, Polit & Beck, 2012). Studiedeltagarna fick själva välja plats för intervjun. Nio intervjuer ägde rum i ett samtalsrum på barnkliniken i Kristianstad, en intervju genomfördes i studiedeltagarens hem och en intervju genomfördes i ett grupprum på Hässleholms bibliotek efter studiedeltagarnas önskemål. En tyst och trivsamt miljö utan störningar eftersträvades för en god intervjusituation (Polit & Beck, 2012). Det rekommenderas även att studiedeltagaren själv ska ha möjlighet att välja plats för intervjun men att författaren har förslag på en plats där intervjun kan genomföras (a.a.). De två första intervjuerna genomfördes med båda författarnas närvaro där en av författarna intervjuade och den andra observerade, för att säkerställa att kommande intervjuer skulle genomföras på samma sätt. Detta minskar risken för att resultatet påverkas av författarnas intervjuteknik (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant till text och sparades på ett USB-minne som förvarades inlåst i ett skåp i en av författarnas hem. En kodlista upprättades och förvarades åtskilt från materialet.

## **Analys av data**

Analysprocessen påbörjades när samtliga intervjuer genomförts. Initialt skedde en naiv läsning av intervjumaterialet där författarna läste materialet ett flertal gånger för att få en god förståelse för innehållet. Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att beskriva ett fenomen med en bredd som speglar innehållet (Elo & Kyngäs, 2008). Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter i relation till syftet. Det är ord eller meningar som relaterar till eller besvarar syftet (Lundman & Hällgren-Granheim, 2012). Det gjordes först individuellt och därefter gemensamt av författarna. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan ner, vilket innebär att oväsentlig text tas bort medan kärnan av innehållet kvarstår. I nästa steg abstraherades de kondenserade meningsbärande enheterna till koder, vilket innebär en kortfattad beskrivning av innehållet i de meningsbärande enheterna (a.a.). Då de kategorier som skapades i den induktiva analysen inte blev distinkt avgränsade från varandra gick författarna tillbaka och utförde analysen utifrån en deduktiv ansats. Materialet analyserades då efter kategorierna i en sedan tidigare existerande modell (Elo & Kyngäs, 2008). Modellen som användes i föreliggande studie var kategorier skapade utifrån den flödesmodell som beskrivs i SOP för Implementing av Bedside Handover enligt Chaboyer et al. (2008). Utav de fem kategorier som beskrivits i modellen användes fyra i analysen av materialet i föreliggande

studie. De kategorier som användes var *förberedelse, introduktion, informationsutbyte* samt *patientens delaktighet*. Citat från materialet användes enligt Polit & Beck (2012) i resultatet av föreliggande studie för att stärka föräldrarnas upplevelse av bedside handover.

## **Forskningsetiska avvägningar**

I föreliggande studie valde författarna att utgå ifrån Helsingforsdeklarationen för att en god forskningsetik skulle säkerställas. Helsingforsdeklarationen innehåller samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2017). Dessa krav är nödvändiga för att studien ska vara etiskt försvarbar samt vara säker för studiedeltagare. Samtyckeskravet innebär att informerat samtycke måste lämnas av en studiedeltagare inför en studie. Det innebär att studiedeltagaren medverkar frivilligt och kan avbryta deltagandet i studien när som helst utan att ange anledning. För att uppnå ett informerat samtycke krävs att studiedeltagaren har fått tillräcklig information för att kunna ta ställning till att medverka i studien, dvs informationskravet. Att ge information till en studiedeltagare innan påbörjad studie ligger även i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor. Både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, metod, risker och betydelse ska delges studiedeltagaren (SFS 2003:460, World Medical Association, 2017). Konfidentialitetskravet innebär att studiedeltagarnas berättelser och uppgifter ska hanteras så att inga obehöriga kan ta del av det. I Helsingforsdeklarationen ingår även nyttjandekravet, som innebär att underlaget som ges av studiedeltagarna enbart får användas i den aktuella studien. Nyttjandekravet innebär även att nyttan med forskningen ska vara större än skadan för studiedeltagaren (World Medical Association, 2017).

Studiedeltagarna i föreliggande studie tog själva ställning till om de ville delta i studien i samband med utskrivning från barnavdelningen i Kristianstad. Inför det ställningstagandet hade de fått både muntlig och skriftlig information om studien samt information om att de när som helst hade rätt att avbryta sin medverkan utan konsekvenser fram till att studien var genomförd. Därefter fick de skriva under ett informerat samtycke där de godkände deltagande i studien. Samtyckesblanketten lämnades till mellanhanden i samband med utskrivningen. Författarna hämtade sedan samtyckesblanketten på avdelningen och tog senare kontakt med studiedeltagarna. Inför intervjun upprepades informationen om studien samt rätten att avbryta sin medverkan. All information har behandlats med största försiktighet så att inga obehöriga skulle kunna ta del av den. Efter genomförd intervju upprättades en kodlista som hölls åtskild

från materialet. Materialet avidentifierades och kan inte härledas till någon enskild person. Den transkriberade texten från intervjuerna sparades på ett USB-minne som förvarades inlåst i ett skåp hos en av författarna. Föreliggande studie bedöms av författarna inte medföra några risker för studiedeltagarna. Det insamlade materialet kommer endast att användas till föreliggande studie.

## Resultat

Materialet beskrivs enligt de fyra första stegen i Standard Operating Protocol (SOP) enligt Chaboyer et al. (2008) för implementering av bedside handover. De stegen är *förberedelse*, *introduktion*, *informationsutbyte* och *patientens delaktighet*.

### *Förberedelse*

Föräldrar beskrev en upplevelse av att personalen i samband med bedside handover visade respekt för familjens integritet. Exempelvis frågade personal före rapporten om familjen tyckte att det kändes bra att man gjorde bedside handover inne hos patienten och de tänkte på att stänga dörren innan de påbörjade bedside handover.

*“...det var väl det lite att de stänger dörren... det inte alla som gör det. Det känns ju ändå lite bättre när inte en massa andra hör och så blir det lite lugnare.”* (Intervju nr. 4)

I de fall där familjen inte fått information om bedside handover kunde föräldrar beskriva en känsla hos barnet av att vara utlämnad. Det kunde då kännas obehagligt när flera vitklädda personer samlas runt sängen. En upplevelse som föräldrarna hade var att personalen inför bedside handover hade ansträngt sig för att skapa ett tillfälle där de var tillgängliga för enbart den aktuella familjen och hade avsatt tid för detta. Det upplevde föräldrarna som något positivt. I de fall som föräldrar inte önskade delta i bedside handover valde de att ibland inte närvara när bedside handover skedde inne på barnets vårdrum. Det berodde enligt föräldrarna då på att de inte blivit inbjudna som en samarbetspartner i vården i samband med bedside handover.

*“Men det är klart, det såg väl lite konstigt ut att vi kom gåendes tillbaka och personalen stod inne och pratade om A fast vi inte var där... Men jag förstod det inte som att syftet var att vi skulle vara med och delaktiga utan mer för personalen att lämna vidare”. (Intervju nr. 6)*

### **Introduktion**

Föräldrar beskrev att bedside handover innebar ett naturligt sätt för personalen att hälsa och presentera sig för familjen. Det gav först och främst familjen ett ansikte på vem som skulle finnas tillgänglig senare under eftermiddagen men även ett sätt att lära känna den nya personen som skulle vara ansvarig för familjens vård resten av dagen. De beskrev att relationen började redan när personalen presenterade sig för familjen och växte i takt med personalens engagemang. Föräldrarna upplevde att bedside handover bidrog till att både de och barnet tidigt fick ett förtroende för personalen.

*“...trevligt att få lära känna de nya som kommer och tar över, så man vet med namn vad de heter, Jenny eller vad det nu är så vet man lite vem man ska prata med om det är något.”*

(Intervju nr. 3)

### **Informationsutbyte**

Föräldrarna beskrev att de genom bedside handover kontinuerligt fick tillgång till information om barnets aktuella tillstånd och de fick situationen sammanfattad för sig och hade tillfälle att ställa sina frågor. Genom att lyssna på personalens frågor till varandra fick de även svar på sina egna funderingar. De fick en tydlig överblick över vården och därmed även insyn i planeringen av vården. De beskrev en upplevelse av att informationen var tydlig och lagd på en för familjen anpassad nivå. Däremot var inte alla föräldrars upplevelse att de var tydligt involverade i samtalet, utan i vissa fall var rapporteringen något som skedde mellan personalen medan föräldern och barnet observerade och lyssnade. Föräldrarna beskrev ett behov av kontroll och de beskrev att de genom bedside handover fick en ökad upplevelse av kontroll då de hade tillgång till informationsutbytet och hade möjlighet att rätta eventuella fel i rapporteringen.

*“Ja det jag tyckte var bra med rapporten var ju att när dom pratade sinsemellan så lyssnade man ju för att se att de fick med allting. Och hade de missat någonting större så kunde man i så fall göra ett inlägg på det så... ..och då kände man ju liksom en stor trygghet i att det inte skulle bli fel eller sådär. Ja alltså det ger ju en trygghet. (Intervju nr. 5)*

En återkommande upplevelse var även att föräldrarna genom att ta del av informationsutbytet vid bedside handover fick svar på frågor som de inte själva tänkte på i den situationen men som hade funnits hos dem tidigare. Det var inte minst till fördel när de sedan skulle rapportera vidare till övriga familjemedlemmar som inte hade möjlighet att närvara vid rapporten. Föräldrar som hade haft ett barn inlagt på barnavdelningen före implementeringen av bedside handover beskrev en stor skillnad i möjligheten till information nu jämfört med när rapporten skedde bakom stängda dörrar på expeditionen. När föräldrarna inte fått tillgång till rapportering via bedside handover upplevde de större ovisshet och vården upplevdes som en förälder beskrev det *“som en enda lång väntan på svar”* (Intervju nr. 3).

Föräldrar beskrev att genom att ta del av informationsutbytet vid bedside handover blev personalens kunskap om och erfarenhet av barnsjukvård tydlig för familjen. Det skapade ett förtroende för personalen och gav en känsla av att de vet vad de gör. Personalen fick genom bedside handover kunskap om vad som hade hänt tidigare under vårdtiden och vad som skulle hända framöver och alla i personalen hade samma kunskap. Vidare beskrev föräldrarna hur de kände stor tillit till personalens kompetens och att det därför inte spelade någon roll om informationen kom ifrån sjuksköterskan eller läkaren.

Föräldrar beskrev även hur personalen automatiskt anpassade informationsutbytet till vilka i familjen som var närvarande för att inte riskera att skrämna yngre familjemedlemmar. Informationen som delgavs under bedside handover var relevant och korrekt med tillräckligt mycket detaljer för att övrig personal samt familjen skulle få en klar bild av situationen och barnets aktuella tillstånd. Onödiga detaljer och information om eventuella oönskade utgångar som kunde vara skrämmande för barnet att höra innefattades inte i rapporten. Föräldrar beskrev att de upplevde att personalen hade olika mycket engagemang under bedside handover. Det var i huvudsak sjuksköterskan som skulle gå av sitt pass som var den aktiva i bedside handover. Upplevelsen var trots det att alla inblandade fick den information de skulle ha.



En upplevelse som fanns hos föräldrarna var att en del i personalen ibland verkade uppleva det som obehagligt att utföra bedside handover. Anledning till detta upplevde föräldrarna var olika lång erfarenhet hos personalen. Det uppfattades som obekvämt för mindre erfaren personal att med familjen närvarande ha ett informationsutbyte med mer erfaren personal och att berätta saker som den andra personalen troligtvis redan visste. Däremot upplevde föräldrarna att det var viktigt att det gjordes då de som familj hade rätt att ta del av information gällande barnets vård.

*“De var lite av en repetition av vad som hade hänt när läkaren var där och det man inte hade uppfattat riktigt när läkaren var där, förstod man när dom rapporterade över till varandra.”*

(Intervju nr. 11)

### ***Patientens delaktighet***

Föräldrar beskrev en upplevelse av att de genom bedside handover hade möjlighet att vara delaktiga i barnets vård och känna sig som en samarbetspartner i vården. De har beskrivit en upplevelse av att vara en naturlig del i barnets vård samt att deras kunskap om barnet var värdefull i bedside handover och hade betydelse för vården. Personalen var mån om att bjuda in familjen i kommunikationen och göra familjen delaktig i beslut gällande barnets vård. Det kunde till exempel handla om beslut rörande planering av barnets måltider, administrering av medicin eller andra aktiviteter under dagen. När föräldrarna och barnet involverades i planeringen av vården upplevde de att de lättare kunde hantera situationen då de i förväg visste vad som skulle ske under resten av dagen. Föräldrarna beskrev även en upplevelse av att få möjlighet att påverka planeringen av barnets vård i samband med bedside handover och att deras åsikter togs i beaktning. De upplevde att de i samband med bedside handover kunde diskutera barnets vård med sjuksköterskan och tillsammans komma fram till gemensamma beslut för familjen.

Föräldrar beskrev att möjligheten till delaktighet och samarbete i vården var större vid bedside handover jämfört med när information gavs av läkaren, exempelvis i samband med rondan. Det berodde enligt föräldrarna på en rädsla att störa läkaren och att *”uppta hans dyrbara tid”* (Intervju nr. 7). Möjligheten att delta i kommunikationen och delge sin egen information var större i sammanhang när inte läkaren var närvarande. Föräldrarna upplevde att vid bedside

handover var deras kunskap efterfrågad och att de hade något att tillföra. Föräldrarna beskrev bedside handover som en viktig del av deras vardag på sjukhuset. De beskrev en upplevelse av att personalen bekräftade att de som föräldrar tillsammans med barnet besatt kunskap som var viktig i vården. Personalen frågade föräldrarna hur de upplevde barnets aktuella tillstånd och vad de trodde var anledningen till att barnet inte mår bra. Kunskapen de delgav om barnet upplevde de att personalen var lyhörd för, vilket gav en känsla av delaktighet och ökat självförtroende hos föräldrarna. Föräldrarna upplevde även att barnet var involverat i bedside handover och att kommunikationen inkluderade barnet i de fall barnet visade att det ville delta. Vidare beskrev föräldrarna att barnen uppskattade att vara delaktiga i bedside handover. De beskrev upplevelsen hos barnet som en känsla av att vara betydelsefull.

*“Ja, han var också med, eh, de ställde frågor till honom hur han kände det och ja, de frågade ofta hur han mårde och om han själv kände någon skillnad och så och om det smakade mer med mat och ja, de var väldigt så intresserade”.* (Intervju nr. 5)

Föräldrarna upplevde att personalen skapade ett lugn i situationen och hade ögonkontakt med barnet, något som var återkommande oavsett barnets ålder och som de upplevde bidrog till att barnet kände förtroende för personalen. Vidare framkom att en del sjuksköterskor lade ner stort engagemang i rapporten och gjorde stora ansträngningar för att bjuda in barnet och föräldrarna medan andra upplevdes fokusera mer på själva överrapporteringen till personalen.

Föräldrarna upplevde att de hade större möjlighet att vara delaktiga i vården när de kände förtroende för personalen. Föräldrarnas förtroende för personalen påverkades av hur de bemötte familjen, men även hur deras bemötande var gentemot de andra i personalen. Personal som inte hade ett gott bemötande, eller som uppfattades som negativa i sin framtoning skapade inte förtroende hos familjen.

Enighet rådde hos föräldrarna om att personalen vid bedside handover tog sig tid för familjen och det fanns ingen stress i överrapporteringen. Personalen svarade på familjens frågor och stannade i rummet tills alla hade den information som krävdes i den aktuella situationen. Vidare beskrev föräldrarna att de upplevde att deras möjlighet till att vara delaktiga i vården ökade då de fick tillräckligt med tid vid bedside handover. De kände att de i högre grad vågade ställa sina frågor när personalen inte upplevdes stressad. Ofta hade barnet många

frågor och föräldrarna upplevde att barnet blev tryggare när det fick ett tillfälle att ställa sina frågor och få svar på dessa samt få större insyn i planeringen av vården.

*“...de hade tid, tyckte jag i alla fall. Det var inte alls att de blev stressade eller någonting utan de tog den tid som de behövde...de svarade på alla hans frågor. Om så det var samma fråga han ställde fem gånger så var det liksom inga problem, jag kände inte att de var stressade eller så. Nej så det funkade bra”. (Intervju nr. 4)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att belysa föräldrars upplevelse av bedside handover. En kvalitativ metod valdes då det var upplevelser som skulle belysas (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterierna i studien var att studiedeltagarna skulle ha varit med om arbetsmetoden bedside handover, vara svensktalande samt att de inte hade någon vårdrelation till studiens författare. Att icke svensktalande personer exkluderades berodde på att intervjuer med tolk kan bidra till en försämrad trovärdighet i studien då kommunikationen är beroende av tolkens översättning (Björk Brämberg, 2014). Då författarna dessutom är noviser i att genomföra intervjuer ansåg de att risken var förhöjd att tillförlitligheten i resultatet skulle kunna påverkas negativt genom att genomföra intervjuer med tolk. Författarna valde av etiska skäl att inte inkludera personer som haft en vårdrelation till någon av författarna på grund av risken att studiedeltagaren skulle uppleva en beroendeställning till författaren vilket även skulle kunna påverka resultatet (Kjellström, 2012). Av samma anledning ställde mellanhanden frågan om deltagande i studien i samband med utskrivning från avdelningen.

Något som kan upplevas som en brist i metoden i den föreliggande studien var att mellanhanden inte ombads att dokumentera det totala antalet personer som föll in under inklusionskriterierna. Därmed finns ingen information om det totala bortfallet. Detta ger studien en lägre tillförlitlighet då det inte finns beskrivet hur många personer som inkluderades. Däremot kan det anses som en styrka i studien samt en ökad tillförlitlighet att endast mellanhanden gav föräldrarna information om studien och frågade om intresse att

delta. På det viset säkerställdes att föräldrarna som tillfrågades fick samma information. Rekryteringen pågick längre tid än vad som var planerat i studiens projektplan. Det berodde på att tillräckligt många studiedeltagare inte hade tackat ja till att delta i studien under den tilltänkta rekryteringsperioden. Författarna hade då inte nått ett tillräckligt stort material för att uppnå en variation som beskriver det aktuella området (Lundman och Hällgren-Granheim 2012). Perioden för rekryteringen förlängdes därför i samråd med mellanhanden och pågick från september till december 2017. Att rekryteringstiden förlängdes anser författarna inte påverka studiens tillförlitlighet. Då den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att beskriva området utifrån en betydande variation kan antalet intervjuer variera (Lundman et al., 2012). Författarna valde att använda sig av semistrukturerade intervjuer som instrument i föreliggande studie. Det ansågs lämpligt då det var en upplevelse som skulle belysas utifrån ett personligt perspektiv (Danielson, 2014). En semistrukturerad intervju ger studiedeltagaren möjlighet att prata fritt om sina upplevelser i området och svara på frågor med egna ord utan angivna svarsalternativ. Författarna får då även möjlighet styra samtalet med hjälp av fördjupande följdfrågor, vilket underlättar för studiedeltagaren att utveckla sina tankar och upplevelser (Danielson, 2014). I föreliggande studie ställdes frågor gällande bakgrundsdata om studiedeltagaren i början av intervjun. Det var frågor om ålder, kön, utbildningsnivå, barnets ålder och antal barn. Den informationen kan enligt Polit och Beck (2012) ge stöd för tolkning av materialet samt ge en djupare bild av resultatet. En intervjuguide användes i föreliggande studie för att alla intervjuer skulle utformas på ett liknande sätt och för att kunna strama upp intervjun för att handla om det som skulle undersökas. Den bidrog till att få struktur i intervjun där eventuellt kompletterande frågor kunde framkomma (a.a.). Författarna upplever att intervjuguiden varit användbar i föreliggande studie och bidragit till att få ett resultat som svarar upp mot det aktuella syftet. Då flertalet intervjuer av tidsskäl genomfördes av endast en författare närvarande åt gången kunde intervjuguiden vara till hjälp för att båda författarna skulle kunna använda samma intervjuteknik. Samtliga intervjuer genomfördes med en studiedeltagare per intervju. De två första intervjuerna genomfördes med båda författarna närvarande där den ena författaren intervjuade och den andra observerade. Det ökar studiens tillförlitlighet att båda författarna varit närvarande under de första intervjuerna då det underlättade för att resterande intervjuer skulle genomföras på samma sätt. Intervjuerna genomfördes en till fyra veckor efter utskrivning från barnavdelningen. Studiens tillförlitlighet kan ha påverkats negativt av att det skiljde i tid från utskrivning till intervju. Det finns en risk att studiedeltagarens minne av upplevelsen bleknat i de fall då det hade gått fyra veckor sedan de blev utskrivna från barnavdelningen Kristianstad.

Intervjuerna pågick mellan 20 och 42 minuter med ett genomsnitt på 33 minuter. Att intervjuerna inte hade en högre genomsnittstid kan bero på studiens avgränsande syfte. I projektplanen beskrevs ett tilltänkt antal på tolv studiedeltagare, i föreliggande studie har elva personer intervjuats. Författarna ser dock inte att detta påverkat studiens tillförlitlighet då studiedeltagarna gett utvecklande och reflekterande svar. När studiedeltagare ger informativa svar där de reflekterat över sin upplevelse, krävs färre deltagare i studien (Polit & Beck, 2012). Förförståelsen som fanns hos författarna var att föräldrar får en ökad upplevelse av delaktighet i samband med bedside handover men att det även kan väcka känslor av osäkerhet och ökade krav på föräldrarna. Denna förförståelse togs i beaktning både vid utformning av intervjuguide, genomförande av intervjuer samt vid analys av materialet.

Den föreliggande studiens dataanalys är gjord med en deduktiv ansats där materialet har lagts i färdiga kategorier utefter den modell som beskrivs i SOP. Studiens tillförlitlighet kan anses minskad med tanke på att studiens metod inte till fullo är utformad efter den metod som beskrivs av Elo och Kyngäs (2008). Där beskrivs att kategorier skapas först och därefter kodoas datan och sorteras in i kategorierna. I föreliggande studie behandlades först materialet efter den induktiva analysprocessen som beskrivs av Lundman och Hällgren-Granheim (2012) vilket innebär att materialet kodoas innan kategorier skapas. Då de kategorier som skapades i den induktiva analysen inte blev distinkt avgränsade från varandra gick författarna tillbaka och utförde analysen utifrån en deduktiv ansats. Om studien initialt hade designats till att bearbetas med en deduktiv ansats hade materialet möjligen haft mer riktade frågor till de kategorier som används i analysen. Möjligen hade även intervjuguiden utformats annorlunda och då innehållit frågor för att täcka in samtliga fem kategorier inom SOP. Det skulle sannolikt kunnat påverka resultatet till att spegla hela modellen enligt SOP. Författarna var delaktiga i samtliga moment under studien och har tagit del av allt material. Under analysen har de gått tillbaka till ursprungsmaterialet samt haft diskussioner sinsemellan. Det gjordes för att säkerställa att resultatet speglade det som framkom i materialet samt att det finns en samstämmighet i att författarna har tolkat materialet på samma sätt, vilket ökar tillförlitligheten i studien. Studiens resultat har även diskuterats under arbetsseminarium med examinator samt andra studenter vilket också ökar tillförlitligheten i studien. Även användningen av citat i resultatet stärker dess tillförlitlighet (Polit & Beck, 2012). Studiens överförbarhet är begränsad då bedside handover idag inte är det generella sättet att rapportera

på avdelningar. Den föreliggande studiens resultat skulle däremot vara överförbar till liknade organiserade barnavdelningar som använder sig av bedside handover.

## Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visade att föräldrar upplevde ökad möjlighet till information i samband med bedside handover. Informationsutbytet som annars hade skett bakom stängda dörrar fick familjerna nu ta del av. Det gav föräldrarna en tydligare överblick över vården då de hade möjlighet att ta del av det som sades vid överrapporteringen mellan personalen. Det ledde till en trygghet då de kände till planeringen av vården. Även Sjöberg et al. (2017) beskriver vikten av att föräldrar får information om sitt barns vård och blir involverade i kommunikationen för att kunna delta i vården och hantera rollen som förälder till ett sjukt barn. Travelbee (2002) beskriver att kommunikation som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i att bedriva en god omvårdnad. Det är genom kommunikation som en mellanmänsklig relation kan skapas (a.a.) Bedside handover gav även tillfälle för föräldrarna att ta del av personalens informationsutbyte och därigenom få en inblick i barnets planerade vård. Det ligger i enlighet med patientlagen som beskriver att föräldrar har rätt till all information angående deras barns vård och att vara delaktiga i de beslut som tas (SFS 2014:821).

Föräldrarna upplevde att de genom bedside handover fick ett förtroende för personalen som vårdade barnet. Det var en trygghet att höra vad personalen sa om barnets vård och det skapade förtroende för personalen när de tog sig tid och visade att de brydde sig om familjen. Framväxten av förtroende för personalen började redan när personalen presenterade sig under bedside handover. Känslan av tillit som föräldrarna beskriver sammanfaller med Travelbees (2002) omvårdnadsteori. Mötet som sker när personalen kommer in och presenterar sig kan liknas med det som Travelbee benämner som *det första mötet* där parterna fortfarande har sina titlar kvar och relationen till varandra fortfarande är abstrakt. Det som sker därefter är att identiteter börjar växa fram, vilket innebär att förhållandet mellan sjuksköterska och patient blir mer mellanmänsklig och de börjar lära känna varandra. Det beskriver Travelbee (2002) som den andra fasen *framväxande av identitet*. För att det ska vara möjligt behöver vårdpersonalen lägga sina titlar åt sidan och låta mötet styras av det som gör individen och familjen unik och ge det plats i relationen. Föräldrarna i föreliggande studie upplevde att redan då de fick ett namn och ett ansikte på personalen började en relation växa fram. Att

relationen mellan patient och sjuksköterska främjas av bedside handover har även framkommit i tidigare forskning (Sand-Jecklin och Sherman, 2014; Lu et al., 2014). Den tredje fasen *den empatiska fasen* innebär enligt Travelbee (2002) att båda parter börjar förstå meningen och relevansen med den andres känslor och tankar samt en förmåga att förutse den andres behov. Föräldrarna beskrev delaktighet i samband med bedside handover som att de blev inbjudna som en samarbetspartner i vården. De upplevde att deras kunskap togs tillvara och att de togs på allvar. Det upplevdes som något positivt att kunna bidra till barnets vård. Att bedside handover skapar möjlighet att delta i överrapporteringen och planeringen av vården är något som även Tobiano et al. (2012) beskriver att närstående upplever. Likaså beskriver patienter i en studie av Lu et al. (2014) att bedside handover bidragit till ökad delaktighet i vården. Föräldrarna beskrev olika typer av deltagande i bedside handover. En del föräldrar beskrev sin roll i bedside handover som aktivt deltagande i samtalet medan andra valde en mer lyssnande roll. Det fanns även en upplevelse av att barnets åsikt och upplevelse efterfrågades och att informationen var anpassad till barnet. Coyne et al. (2016) studie som beskriver hur barn har förmågan att förstå den information som ges till föräldrar och har ett önskemål att informationen även skulle vara riktad till dem. Enligt en studie av Bruton, Norton, Smyth, Ward och Day (2016) beror patienters delaktighet i bedside handover på vilket sätt sjuksköterskan rapporterar och hur patienten bjuds in i samtalet. Vidare beskrev föräldrarna ett behov av kontroll av vården och att de genom bedside handover fick en ökad känsla av kontroll. Det fick de genom att de hade möjlighet att rätta eventuella fel i rapporteringen samt lägga till information som saknades. Föräldrarna upplevde att den möjligheten minskade risken för misstag i vården. Att bedside handover är något som bidrar till att minska misstag inom vården beskriver även Maxson et al. (2012). I föreliggande studie framkom också att föräldrar upplevde att deras behov av kontroll tillgodosågs i samband med bedside handover. Den fjärde fasen i Travelbees (2002) omvårdnadsteori *den sympatiska fasen* och den femte fasen *ömsesidig förståelse och kontakt* var däremot inte något som distinkt kunde sammankopplas med resultatet i föreliggande studie. De faserna kan sannolikt uppstå först senare i barnets vård vid längre vårdtider. Då föräldrarna i föreliggande studie beskrev att bedside handover ledde till en ökad möjlighet att vara delaktiga i vården kan det vara en arbetsmetod som kan användas för att uppnå en större delaktighet hos föräldrar och barn inom barnsjukvården. Polit och Beck (2012) beskriver överförbarhet som i vilken utsträckning studiens resultat är möjligt att överföra på andra grupper eller situationer. Överförbarheten i föreliggande studie är begränsad då bedside handover idag inte är det generella sättet att rapportera på avdelningar. Resultatet skulle däremot vara överförbart till

liknade organiserade barnavdelningar som använder sig av bedside handover. Författarnas egen förförståelse att föräldrar blir mer delaktiga i samband med bedside handover kom att bekräftas av resultatet men författarna upplever inte att förförståelsen i sig har påverkat tillförlitligheten i resultatet utan föräldrarna hade tydliga beskrivningar av den typen av upplevelse. Förförståelsen att bedside handover kan väcka känslor av osäkerhet och ökade krav på föräldrarna var däremot ingenting som framkom i resultatet.

## **Konklusion och implikationer**

I studien framkom att föräldrarna upplevde att de genom bedside handover fick en tydlig överblick över vården samt insyn i planeringen av vården med möjlighet att påverka. De beskrev ett behov av kontroll i vården och att de genom bedside handover fick en ökad upplevelse av kontroll. Föräldrar beskrev upplevelsen av att få möjlighet att vara delaktiga i barnets vård och känna sig som en samarbetspartner i vården. De upplevde att deras kunskap efterfrågades och de var delaktiga i beslut gällande barnets vård. Föräldrar beskrev även en upplevelse av att barnet var inkluderat i kommunikationen vid bedside handover i de fall barnet önskade delta och att så ofta var fallet. Enighet rådde hos föräldrarna om att personalen vid bedside handover tog sig tid för familjen och det fanns ingen stress i informationsutbytet. Resultatet kan användas som en utvärdering av arbetsmetoden bedside handover på barnavdelningen i Kristianstad. Det kan dessutom bidra med kunskap till andra barnavdelningar som överväger att implementera arbetsmetoden bedside handover. Ytterligare forskning är önskvärt i området och då framförallt svensk forskning som kan belysa sjuksköterskors upplevelse av bedside handover.



## Referenser

Björk Brämberg, E. (2014). Kvalitativa intervjuer med tolk. I Ny, P. (red.). *Tvärkulturella studier*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Bradley, S. & Mott, S. (2013). Adopting a patient-centered approach: An investigation into introduction of bedside handover to three rural hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1927-1936. doi: 10.1111/jocn.12403

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S. (2016). Nurse handover: Patient and Staff experiences. *British Journal of Nursing*. 25(7) 386-393  
doi: 10.12968/bjon.2016.25.7.386.

Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*. (16), 27–34. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x

Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M. & Chang, H.Y. (2008). Standard Operating Protocol for Implementing Bedside Handover in Nursing. Griffith University, Australia.

Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G. & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and Experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. (18) 273-280  
doi.10.1016/j.ejon.2014.01.006

Coyne, I., Amory, A., Gibson, F. & Kiernan, G. (2016). Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *European Journal of Cancer Care*. (25), 141–156. doi: 10.1111/ecc.12411

Danielson, E. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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

Elo, S. & Kyngäs, S. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W. & Friese, R. (2012). Bedside shift to shift Nursing report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*. (21)5.

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

Greaves, C. (1999). Patients' perception of bedside handover. *Nursing standard*. (14)8 32-35.

Johansson, A. (2013) Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2002). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. (red.) *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsterorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Häglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.). *Tillämpad Kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*. (20), 451–459. doi:10.1111/ijn.12158

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J. & Gehrke, T. (2011). Patient's perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. (18), 19-26.  
doi:10.1016/j.colegn.2010.04.004

Priebe, G. Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sand-Jecklin, K. & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*. 23(19) 2854-2863. doi: 10.1111/jocn.12575

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 15 mars, 2017, från Sveriges Riksdag, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2003:460 *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 24 april, 2017, från Sveriges Riksdag, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Sjöberg, C., Svedberg, P., Nygren, JM. & Carlsson, I-M. (2017). Participation in paediatric perioperative care: 'what it means for parents'. *Journal of Clinical Nursing*. 26, 4246–4254, doi: 10.1111/jocn.13747

Socialstyrelsen, (2014). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. Hämtat 15 mars, 2017 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19469/2014-6-18.pdf>

Street, M., Eustace, P., Livingston, P., Craike, M., Kent, B. & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A Survey of nurses experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*. (17) 133-140. doi : 10:1111/j1440-172X.2011.01918.x

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 27 mars, 2017, från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening, (2015). *Kärnkompetenser*. Hämtad 25 april från: <https://www.swenurse.se/Utanfor-strukturen/karnkompetenser/>

Söderbäck, M. (2014). Barn och ungas delaktighet, I Söderbäck, M. (red.) *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber.

Söderbäck, M. (2010). Barn och Unga inom hälso- och sjukvård, I Söderbäck, M. (red.) *Barns och Ungas rätt i vården*. Stockholm: Allmänna barnhuset.

Tobiano, G., Chaboyer, W. & McMurray, A. (2012). Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*. (22) 192-200. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04212.x

Travelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard.

UNICEF (2014) *BARNKONVENTIONEN: FN:s konvention om barns rättigheter* [Broschyr]. Stockholm: UNICEF Sverige.

World Medical Association [WMA]. (2017). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 24 april, 2017, från WMA, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## **Intervjuguide**

### ***Bakgrundsfrågor:***

Ålder, kön, utbildningsnivå, antal barn?

Tidigare vårderfarenhet?

Barnets ålder?

Vilken var orsaken till inläggning?

Hur många gånger var du med om bedside handover?

### ***Inledande fråga:***

Kan du berätta om hur du upplevde bedside handover?

### ***Frågor för förtydligande:***

Kan du beskriva din roll vid bedside handover?

Hur upplevde du din möjlighet att delta i konversationen?

Kan du dela med dig av något från situationen vid bedside handover som du har varit med om?

Hur upplevde du den information som gavs vid bedside handover?

Var det något som du önskade hade tagits upp under bedside handover som du saknade?

Var det något som togs upp under bedside handover som du hade önskat inte hade gjorts?

### ***Följdfrågor:***

Berätta.

Beskriv.

Förklara.

Har du något exempel?