



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Föräldrars upplevelse av barnets omvårdnad på en pediatrik intermediärvårdssal

- En intervjustudie

Författare: Ingela Ahlgren

Handledare: Annica Sjöström- Strand

Magisteruppsats

Hösten 2018

Föräldrars upplevelse av barnets omvårdnad på en pediatrik intermediärvårdssal

-En intervjustudie

Författare: Ingela Ahlgren

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Magisteruppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Flertalet studier belyser nyttan av intermediärvård som kan avlasta intensivvårdsavdelningar. Det saknas däremot studier där upplevelsen av omvårdnaden på en pediatrik intermediärvårdsavdelning undersöks ur både patient och närstående perspektiv.

Syfte: Beskriva föräldrars upplevelse av barnets omvårdnad på en pediatrik intermediärvårdssal.

Metod: Induktiv kvalitativ intervjustudie. Sju intervjuer utfördes med totalt 11 föräldrar. Studien analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Föräldrarna beskrev att personalens bemötande, närvaro och stöd var faktorer som gav trygghet. Vidare beskrev föräldrarna att känslan av trygghet ökade när de upplevde att barnets behov blev tillgodosett.

Konklusion. Genom att använda Roys adaptationsmodell kan sjuksköterskor möta föräldrarna i situationen, hjälpa dem anpassa sig till den nya otrygga världen och öka deras delaktighet i barnets omvårdnad.

Nyckelord

Barn, föräldrar, upplevelse, intermediärvård, adaptationsmodellen, kvalitativ metod

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Definitioner	5
Perspektiv och utgångspunkter	6
Teoretisk referensram	6
Intermediärvårdens utveckling	7
Omvårdnad av barn och familj	8
Syfte	11
Metod	11
Deltagare	11
Instrument	12
Datainsamling	12
Analys av data	13
Förförståelse	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	16
Uppnå trygghet i en otrygg tillvaro	17
Att bli stärkt i barnets omvårdnad	17
Känslan av att vara oförberedd	17
Kompetent personal	18
Personalen ingav förtroende	20
En utmaning att anpassa miljön efter barnets behov	20
Att vara i en "bubbla"	21
Miljöns betydelse för trygghet	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1 (1)	35

Introduktion

Problemområde

När barn vårdats på pediatrika intensivvårdsavdelningar medför det ångest och rädsla hos föräldrarna, enligt en engelsk studie av Oxley (2015). Ångest som kan pågå flera månader efter utskrivningen. Överflyttning från den pediatrika intensivvården till pediatrik vårdavdelning var en av orsakerna till stress (ibid.). Även en svensk studie av Dahav och Sjöström-Strand (2017) visade att överflyttningen från en pediatrik intensivvårdsavdelning till vårdavdelning orsakade stress. På intensivvårdsavdelningen finns alltid personal inne på salen medan föräldrarna får ta större ansvar för omvårdnaden på vårdavdelningen. Föräldrarna upplevde sig inte vara emotionellt redo för det större ansvaret de fick ta över sitt barns omvårdnad (ibid.). På den pediatrika intensivvårdsavdelningen hade föräldrarna alltid möjlighet att ställa frågor till personalen som hela tiden befann sig i rummet (Oxley 2015). Efter överflyttningen till vårdavdelningen upplevde föräldrarna att det var svårare att få information på grund av den minskade personaltätheten. Föräldrar beskrev att tryggheten de upplevt på intensivvårdsavdelningen minskade i samband med överflytten. Resultatet av studien påvisar ett behov av mellanvårdsnivå/intermediärvård för barnen och deras familjer (ibid.).

Flertalet studier belyser nyttan av intermediärvård som kan avlasta intensivvårdsavdelningar och kan vårda patienter som inte längre uppfyller kriterier för intensivvård men fortfarande kräver ökad övervakning och omvårdnad (Solberg et al. 2014; de Silva, de Sousa och Padilha 2010; Russ och Agus 2015). Det saknas däremot studier där upplevelsen av omvårdnaden på en intermediärvårdsavdelning undersöks både ur patienter och ett närstående perspektiv.

Genom att belysa föräldrars upplevelser kan sjuksköterskor potentiellt få ökad insikt och kunskap om hur de kan bemöta familjerna och på så sätt underlätta för föräldrarna och barnet. Familjer som befinner sig i svårhanterlig situation behöver anpassning till rådande verklighet menar Callista Roy, omvårdnadsteoretiker och grundare till adaptionsmodellen (RAM). Syftet med omvårdnaden enligt Roy (2011) är att främja och integrera familjer för att stödja kompensationsprocesser och att identifiera kompromissad anpassning. Sjuksköterskan kan

med hjälp av RAM finna samband mellan föräldrarnas upplevelse och användbara omvårdnadsåtgärder. RAM bygger på anpassning till olika stimuli och utgörs av fysiologiska behov. Anpassning är en rörlig process där sjuksköterskans uppgift är att påverka stimuli det vill säga påverka förutsättningarna för familjens anpassning till situationen. Roy, Whetsell och Frederickson (2009) menar att människans samspel med miljön utgör fokus för omvårdnad och att sjuksköterskans uppgift är att stödja samspelet genom att underlätta för individen att integrera med situationen (ibid.). Barnets sjukdom innebär förändring för familjen och behov av anpassning i miljön (tillvaron). Sjuksköterskans uppgift är således att återskapa en positiv miljö.

Bakgrund

Definitioner

Denna studie utgår från United Nations International Children's Emergency Funds (UNICEF 2009) definition av barn vilket innebär alla människor under 18.

FN:s konvention om barns rättigheter (UNICEF 2009) beskriver att barn inte mot sin vilja ska skiljas från sina föräldrar utom i fall där myndigheter finner att det är nödvändigt för barnets bästa (ibid.).

I begreppet föräldrar inkluderas föräldrar eller vårdnadshavare (Riksföreningen för barnsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening 2008). Enligt Föräldrabalken 6 kap. 2 § (SFS 1949:381) ansvarar vårdnadshavaren för att barnets behov blir tillgodosett och enligt 6 kap. 11§ (SFS 1949:381) angående frågor som rör barnets personliga förhållande har vårdnadshavaren både rättigheter och skyldigheter att fatta beslut. Dock ska hänsyn tas till barnets önskemål och detta i större utsträckning i takt med barnets stigande ålder (ibid.). Enligt Patientlagen kapitel 1 § 8 (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvård bedrivas med barnets bästa i åtanke. Vidare beskrivs i kapitel 3 § 3 att barnets vårdnadshavare ska få information om barnets tillstånd.

BIVA – Barnintensivvårdsavdelning. En vårdnivå för barn med hotande eller manifest svikt i ett eller flera organsystem (Svenska intensivvårdsregistret 2017).

IMV – Intermediärvård, bedrivs som egna avdelningar, inom intensivvården eller som speciella salar på pediatrika vårdavdelningar – *pediatrisk intermediärvårdssal* (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet 2015).

Perspektiv och utgångspunkter

Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att barnsjuksköterskan ska ha fördjupad kunskap i att kunna leda omvårdnadsarbetet baserat på barnets och närståendes behov. I rollen ingår färdigheter och kompetens för samarbete med barnet och närstående. Barnsjuksköterskan ska möjliggöra så att närstående ska beredas plats i närheten av barnet, och ansvarar för att miljön fysiskt, psykiskt och socialt är anpassad för barnet (ibid.). Det ingår i sjuksköterskans roll att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att hjälpa till att uppnå hälsa och minska lidande. Det ingår dessutom att ansvara för upprätthållandet av en god miljö där alla respekteras, arbetet ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt samt inbjuda till en öppen dialog. Sjuksköterskan arbetar aktivt med att skydda utsatta individer och arbetar efter professionell forskningsbaserad kunskap för att omvårdnaden ska vara evidensbaserad (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Teoretisk referensram

Som teoretisk ram för omvårdnad används Callista Roy's adaptionmodell (RAM). Adaptionmodellen är applicerbar då den grundar sig på att främja anpassning till ny miljö och plötslig sjukdom. När den appliceras på det sjuka barnet kan det möjliggöra /underlätta anpassning så att barnet känner större trygghet inför det okända. Omvårdnad enligt RAM innebär att främja anpassningen i fyra adaptiva lägen, fysiologisk funktion, självbild, rollfunktion och social samhörighet vilka bidrar till hälsa, livskvalitet och att dö med värdighet (Roy 2011). Miljö definieras Roy som alla förhållanden, omständigheter och influenser som omger och påverkar människors utveckling och beteende som adaptiva system med särskild hänsyn till mänskliga resurser. RAM innebär att identifiera stimuli som kan påverka individens beteende. När de stimuli som kan påverkas eller förändras identifierats och

därmed anpassats, finns möjlighet att påverka omvårdnaden i positiv riktning. Vidare menar Roy att omvårdnad som baseras på modellen syftar till att förbättra relationer genom acceptans, skydd, främjande av självständighet och främjande av personliga och miljömässiga förändringar. Strategier kan användas för att stödja en familj i kris och identifiera förekomst av kompromissad anpassning. Ett fysiskt anpassningsproblem för en familj kan vara plötslig sjukdom (ibid.).

Intermediärvårdens utveckling

Under en polioepidemi i Danmark upptäckte Ibsen (1954) bristerna i behandling av patienter som blev behandlade i dåtidens respiratorer. Baserat på detta utvecklades en ny form av vårdavdelning med utökad möjlighet för övervakning samt en ökad personalstyrka (ibid.). Kelly, Fong, Hirsch och Nolan (2014) beskrev att intensivvården utvecklades vidare under åren som följde, bland annat i USA och Storbritannien som medförde utveckling till en multidisciplinär vårdenhet (ibid.). Intensivvård ska förebygga och behandla svikt i organsystem, vården ska omfatta övervakning, behandling, diagnostik och omvårdnad av patienter med svåra, potentiellt livshotande tillstånd (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet 2015). Barnintensivvårdsavdelningar finns på fyra platser i Sverige; Göteborg, Lund, Uppsala och Stockholm (Svenska intensivvårdsregistret 2017). Där barn med medicinska och kirurgiska åkommor samt barn med svikt i olika organsystem vårdas. Vården bedrivs dygnet runt av specialistutbildade team bestående av anestesiläkare, sjuksköterskor, undersköterskor, barnsköterskor, som har nära kontakt med barnläkare på övriga kliniker (ibid.). Det mesta av omvårdnaden på barnintensivvårdsavdelningar bedrivs inne på salen hos barnet där föräldrarna samtidigt uppmuntras att vara delaktiga i omvårdnaden (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet 2015). Överflyttning till vanlig pediatrik vårdavdelning kan ske hela dygnet (ibid.).

Konceptet med intermediärvård introducerades 1968 av Gotsman och Schrire som föreslog en avdelning för patienter som inte längre var i behov av intensivvård men som heller inte var färdigbehandlade för att överflyttas till en vanlig vårdavdelning (Prin och Wunch 2014). Patienter som vårdas på en intermediärvårdssal kan läggas in från olika specialiteter; en del kommer från intensivvårdsavdelningar och flyttas därmed ner från en högre vårdnivå, andra flyttas upp en vårdnivå från en vanlig vårdavdelning. Intermediärvården kan bedrivas som

egna avdelningar, inom intensivvården eller som speciella salar på vanliga vårdavdelningar (ibid.). Enligt Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet (2015) kan intermediärvård erbjudas när det medicinska behovet för intensivvård inte längre föreligger, men patienten fortfarande har behov av omvårdnad och medicinska insatser som inte kan tillgodoses på vanlig vårdavdelning. Den ska också omfatta lokala riktlinjer gällande kompetens, bemanning samt vilka medicinska indikationer som intermediärvården ska erbjuda. Intermediärvård bedrivs i multidisciplinärt samarbete med specialister som är relevanta för patientens behandling. Solberg et al. (2014) beskrev i en studie från Nederländerna att införandet av intermediärvård medförde färre inläggningar på intensivvården, patienterna hade tidigare vårdats på intensivvården men hade egentligen inte behov av intensivvård. En brasiliansk studie visade på liknande resultat, fler patienter kunde tidigare överflyttas från intensivvårdsavdelningen i de fall sjukhusen hade intermediärvård (de Silva, de Sousa och Padilha 2010). En studie som genomfördes i USA beskrev att bland de sjukhus som hade intermediärvård vårdades färre barn på barnintensivvårdsavdelningar, de vårdades då istället in på en intermediärvårdssal (Russ och Agus 2015).

Intermediärvård kan bedrivas av olika verksamheter men ska utgå från samma förhållningssätt som inom intensivvården (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet 2015). Arbetet präglas av nära samarbete med föräldrar då den bedrivs inne i rummet där familjen är närvarande. Precis som intensivvård bedrivs intermediärvård i multidisciplinärt samarbete mellan olika specialiteter och ska utmärkas av ett förhållningssätt som är etiskt. Personalen ska ha kunskaper om etniska och kulturella olikheter vad gäller frågor som kan uppkomma vid svår sjukdom och kris (ibid.).

Omvårdnad av barn och familj

Inom barnsjukvården används ofta familjefokuserad omvårdnad (FFO). FFO kan beskrivas utifrån två perspektiv; familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening 2015). I familjecentrerad omvårdnad ses familjen som ett system och i familjerelaterad omvårdnad är individen i centrum men hänsyn tas till övriga familjemedlemmar (ibid.). FFO bygger på att relationen mellan sjuksköterskan och familjen är icke-hierarkisk och vetskapen om att sjuksköterskans bild inte är sanningen (Centrum för

forskning om familjers hälsa 2010). Relationen byggs istället på samarbete där både sjuksköterskan och familjen bidrar med sina erfarenheter och kunskaper (ibid.).

Barnsjuksköterskan ska medverka till att säkra omvårdnads kvaliteten utifrån omvårdnadsprocessens mål. Omvårdnad skall bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, barnsjuksköterskan skall även uppmärksamma barnets och närståendes resurser (Riksföreningen för barnsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening 2008).

Omvårdnaden ska bedrivas på personnivå, partnerskap inleds med patienten och dennes närstående, så deras kunskaper om hur det är att leva med ohälsa/sjukdom kan kombineras med professionernas kunskaper om vård och behandling. (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Omvårdnad innebär att lindra lidande, förebygga sjukdom och främja hälsa oavsett sociala villkor, kulturell bakgrund, ålder eller kön. Målsättningen för omvårdnad är att skapa balans mellan patient, närstående och omvårdnadspersonal i omvårdnadsrelationen för ökat deltagande och för att närstående och patient ska känna trygghet och uppleva respekt (ibid.).

Patientlagen (SFS 2014:821) kap 1, §8 och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) kap 6, §1 innebär att vården ska utföras med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att barnets bästa ska beaktas i vårdsituationer.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kap 6, §1, anger att vården så långt som det är möjligt skall ske i samråd med patienten. Detta vidareutvecklas i kap 6, §6 med att ansvarig personal skall se till att patienten och dennes närstående får information (ibid.).

En engelsk studie beskriver att inläggning av barn på sjukhus orsakar stress hos både föräldrar och barn (Diaz-Caneja, Gledhill, Weaver, Nadel och Garralda 2005). Hos familjer vars barn vårdats på en pediatrik intensivvårdsavdelning framkom högre nivåer av stress än hos de familjer vars barn vårdats på en vanlig vårdavdelning (ibid.). En amerikansk studie visade på liknande resultat, då barn lades in på sjukhus kunde hela familjen uppleva stress (Shudy et al. 2006). Hela familjen, inklusive syskon påverkades men det framkom inga kulturella eller socioekonomiska skillnader (ibid.). Resultatet från en amerikansk studie visade på att föräldrarna upplevde att deras viktigaste uppgift var att skydda sina barn, även då de vårdades på sjukhus (Rosenberg et al. 2016). Föräldrarna beskrev att de kunde säkerställa sina barns säkerhet genom att vara informerade, delaktiga samt genom att få tröst och komfort (ibid.). I studien av Oxley (2015) framkom det att bevittnandet av barnets svåra sjukdom orsakade

skrämmande känslor, ordval som framkom var “mardröm”, “fruktansvärt”, “hjälplos” med flera.

I en studie från Irland där barns upplevelse av vården undersöktes framkom att barnen upplevde att vistelsen på sjukhuset kunde vara skrämmande. Barn upplevde en oro över att föräldrarna inte hade möjlighet att ha en plats att sova på. Flera barn uttryckte att det kändes lättare om föräldrarna fick information från sjukvårdspersonal som de i sin tur kunde berätta för barnen (Coyne och Kirwan 2012).

I en svensk studie av Hagvall, Ehnfors och Anderzén-Carlsson (2016) där barn i behov av avancerad sjukhusvård vårdades beskrev föräldrarna att de upplevde sig vara i en utsatt och sårbar position. De balanserade mellan att verka som vårdgivare och att vara i behov av omvårdnad. Föräldrarna var i behov av stöd för att kunna möta sina egna behov och för att kunna vårda sitt barn. Det var viktigt att barnet behandlades med respekt för att föräldern skulle känna tillit till personalen. Förbättringar som att omorganisera miljön till att passa barnets behov skulle underlätta för föräldrarna (ibid.). Då intermediärvård syftar till att behandla personer som är svårt sjuka, kräver det ökad övervakning av vitala parametrar, miljön på rummet och omvårdnaden blir därmed anpassad efter detta (Waydhas et al. 2017).

En studie har kommit fram till att föräldrar upplever att de är ansvariga för att skydda sina barn då de vårdas på sjukhus (Rosenberg et al. 2016). Under vistelse på en pediatrik intensivvårdsavdelning kan föräldrar ha bevittnat allvarlig sjukdom hos deras barn, och ibland bevittnat hur barnet varit nära döden (Oxley 2015). Föräldrar kan uppleva ångest i samband med överflyttning från intensivvård till vårdavdelning. Intermediärvård är en vårdnivå mellan intensivvård och vårdavdelning, ångesten skulle potentiellt kunna sträcka sig till intermediärvårdssalen (ibid.).

Det är därför viktigt att undersöka föräldrars upplevelse av intermediärvård. Med RAM som teori, kan barnsjuksköterskan potentiellt få kunskap i hur adaptationsmodellen kan stärka föräldrarna och barnet. Insikt om föräldrarnas upplevelse av omvårdnaden kan dessutom leda till en ökad förståelse och kunskap som kan generera i möjligheter för förändringsarbete.

Syfte

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelse av omvårdnaden i samband med barnets vård på en pediatrik intermediärvårdssal.

Metod

Studien genomfördes utifrån kvalitativ metodik. Kvalitativa intervjuer genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide för att fånga deras upplevelser. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är den kvalitativa forskningsintervjuns målsättning att fånga upp nyanserade beskrivningar som återger variation och skillnader (ibid.). Malterud (2014) menar att text som representerar observationer eller samtal kan bidra till mångfald och nyanser. Den kan även omfatta ett brett spektrum av strategier för att systematiskt samla in, organisera och tolka material exempelvis intervjuer. Då mänskliga erfarenheter, tankar, upplevelser och förväntningar önskas undersökas är kvalitativa metoder lämpliga för att få en ökad förståelse av individers upplevelser och erfarenheter. Målsättningen är att förstå snarare än förklara (ibid.). Datamaterialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats vilket innebär att den transkriberade texten analyserades förutsättningslöst. Enligt Graneheim och Lundman (2017) innebär induktiv ansats att analysera texter som är baserade på individers berättelser om sina upplevelser.

Deltagare

För att kunna få ett tillfredsställande svar på syftet med studien användes ett tillgänglighetsurval. De deltagare som fanns tillgängliga under studiens gång inkluderades i studien (Malterud 2014). Enligt Trost (2010) kan med fördel intervjuantalet vara färre och lite begränsade för att få ett material som är lätthanterligt och som ger en bra överblick över viktiga detaljer som förenar eller skiljer (ibid.).

Inklusionskriterier: Föräldrar till barn under 18 år som vårdades eller nyligen hade vårdats på en intermediärvårdssal under minst ett dygn under perioden oktober – december 2018.

Exklusionskriterier: Föräldrar som inte behärskade svenska eller engelska i tal och skrift,

föräldrar till prematurfödda barn på neonatalavdelningar och neonatalintensivvårdsavdelningar.

Instrument

Datansamlingen utgick från en semistrukturerad intervjuguide som utarbetades utifrån egen erfarenhet och litteraturgenomgång. Semistrukturerade frågor innebär enligt Polit och Beck (2010) att några få frågor inriktas på det syfte som ska studeras när upplevelser beskrivs. (bilaga 1). Intervjuerna inleddes med olika frågeområden som ansågs svara mot syftet och samtliga hade följdfrågor som *"vill du utveckla?"*, *"kan du ge exempel?"* (se bilaga 1). Första intervjun genomfördes som en pilotintervju för att testa intervjuguiden och den tekniska utrustningen. Intervjuguiden reviderades genom att några bakgrundsfrågor uteslöts och följdfrågorna utökades, för att bättre svara på syftet.

Datansamling

Samtliga intervjuer genomfördes under perioden oktober – december 2018 på ett barn- och ungdomssjukhus i södra Sverige. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon med lösenord så ingen obehörig hade tillgång till materialet. Det transkriberade materialet förvarades avidentifierat på dator med lösenord som endast författaren hade tillgång till och kodlistan förvarades i ett låst skåp som endast författaren hade tillgång till. Intervjuerna genomfördes av författaren och pågick under 30–45 minuter.

Initialt togs kontakt med verksamhetschefen för att få ett godkännande för att genomföra studien på kliniken. Informationsbrev och samtyckesblankett (bilaga 2) tillsammans med projektplan skickades till verksamhetscheferna. Efter att samtycket erhållits, kontaktades en mellanhand, enhetscheferna på kliniken, för att få kontakt med informanter.

Mellanhand rekryterade informanter och de föräldrar som var intresserade av att delta lämnade sina kontaktuppgifter som vidarebefordrades till författaren tillsammans med påskrivet samtycke. Därefter kontaktades föräldrarna för att boka tid för intervjun. Totalt deltog 11 föräldrar i studien, fördelade enligt följande: två intervjuer var med mödrar, en intervju var med en pappa och i fyra av intervjuerna deltog båda föräldrarna. Sex av intervjuerna genomfördes i enskilda rum på pediatrik vårdavdelning. En intervju utfördes

som en telefonintervju enligt informantens önskan. Samtliga intervjuer genomfördes på tid som motsvarade informanternas önskemål. De intervjuade föräldrarnas barn var samtliga i åldrarna 2–6 månader vid tidpunkten för intervjuerna. Barnen hade haft varierande vårdtid på intermediärvårdssalen och föräldrarna var i olika åldrar. Tre av intervjuerna genomfördes under den tid barnet vårdades på den pediatrika intermediärvårdssalen, två när barnet överflyttats till pediatrik vårdavdelning och två av intervjuerna genomfördes i nära anslutning till att barnet skrivits ut från sjukhuset. Gemensamt för informanterna var att deras barn hade vårdats minst ett dygn på en pediatrik intermediärvårdssal och att föräldrarna nattetid var på patienthotellet.

Analys av data

Dataanalysen genomfördes enligt Granheim och Lundman (2017) med manifest och latent innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades direkt efter intervjun och lästes sedan igenom vid flertalet tillfällen för att få en helhetssyn och för att upptäcka likheter och skillnader. Enligt Granheim och Lundman (2017) utgör de transkriberade intervjuerna analysen och induktiv ansats innebär att söka mönster i materialet och att förutsättningslöst analysera texter baserade på upplevelser (ibid.). Den text som sammanföll med något frågeområde i intervjuguiden delades in i domäner d.v.s. den del av texten som utgjorde en grov struktur och var möjlig att identifiera med låg tolkningsgrad. Meningsbärande enheter identifierades vilka genom sitt sammanhang hörde ihop och som svarade mot studiens syfte, dessa antecknades på separat papper. Vidare kondenserades meningsenheterna för att göra texten mer hanterbar. Med kondensering menas enligt Graneheim och Lundman (2017) en process som gör texten kortare och mer lättöverskådlig samtidigt som det centrala innehållet bevaras. Koder som beskrev den kondenserade textens innehåll bildades, analyserades, och sammanfördes till underkategorier. Likartade underkategorier sorterades och grupperades i kategorier vilka utgjorde det manifesta innehållet d.v.s. det textnära, beskrivande innehållet i texten. Kod är enligt Graneheim och Lundman (2017) en kort beskrivning av innehållet som hjälper forskaren reflektera över datamaterialet och en kategori är flera koder med liknande innehåll, kategorierna utgör det manifesta innehållet. Latent innehållsanalys innebär att analysera texten djupare för att få fram återkommande underliggande budskap i det som blivit sagt under intervjuerna (ibid.). Kategorierna, subkategorierna, koderna och de meningsbärande enheterna granskades i relation till deras kontext för att uppnå en högre abstraktionsnivå vilket

resulterade i ett tema. Analysen genomfördes i flera steg och i samråd med en erfaren forskare inom området.

Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2017).

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
men man fick bra uppmuntran av personalen, det var tryggt för personalen var där hela tiden	Fick bra uppmuntran och hjälp av personalen, närvarande personal	Fick uppmuntran och hjälp av närvarande personal	Personalen ingav förtroende	Att bli stärkt i barnets omvårdnad
Man var inte förberedd på deltagandet i omvårdnaden, det kändes stressigt och hemskt,	Var inte förberedd, blev stressad, kändes hemskt.	Ökad oro och ångest	Känslan av att vara oförberedd	
Personalen var engagerade och kompetenta. Alla i personalstyrkan kände barnet och var så kärleksfulla vilket ingav trygghet.	Barnet var känt av hela personalstyrkan som var kompetent och kärleksfull	Bemötandet av barnet och personalens kompetens ingav trygghet	Kompetent personal	
Det fanns ingen plats för föräldrarna. Obekvämlig fåtölj att sitta i. Jobbigt att dela sal med andra. Vi kände oss isolerade, levde i en bubbla	Obekvämlig fåtölj. Fanns inte plats för föräldrarna. Jobbigt dela sal. Känsla av isolerade, levde i en bubbla	Obekvämlig fåtölj. Ingen plats för föräldrar. Kände oss isolerade, levde i en bubbla	Att vara i en bubbla	En utmaning att anpassa miljön efter barnets behov
Väldigt mycket sjukhusrum, väldigt vitt och kallt, sterilt, Inte barnvänligt. Mycket stressig miljö.	Stressig miljö. Kall, vit, steril och inte barnvänlig	Miljön är kall och inte barnvänlig	Miljöns betydelse för trygghet	

Förförståelse

Förförståelsen inkluderar enligt Graneheim och Lundman (2017) tidigare erfarenheter, teoretisk kunskap och förutfattade meningar. Förförståelsen behöver medvetandegöras för att minimera risken att studien påverkas men också för möjligheten att upptäcka ny kunskap och erhålla djupare förståelse (ibid.). Författaren har arbetat 12,5 år som sjuksköterska varav 1,5 år inom barnsjukvården och har erfarenhet av att ta emot barn från barnintensiven till pediatrik avdelning. Vid upprepade tillfällen under studiens gång har författaren reflekterat över sin förförståelse för att förhindra påverkan på datainsamlingen och analyserna.

Utvecklingen av intermediärvård inom pediatriken utgör grunden för intresset av ämnet.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Vetenskapsrådet (u.å) finns det fyra allmänna huvudkrav på forskning som ska skydda individen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att de som är berörda av forskningen skall informeras om studiens syfte, vidare skall de informeras om att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta sitt deltagande när som helst under pågående studie (ibid.). Samtliga informanter informerades innan intervjuerna påbörjades om syftet med studien. Med samtyckeskravet menas det att samtliga deltagare i studien, själv har rätten att bestämma över sin medverkan hur länge och på vilka villkor de ska delta, medverkan ska kunna avbrytas utan negativa följder för deltagaren (Vetenskapsrådet u.å). Deltagandet i studien byggde på frivillighet och därmed även rätten att när som helst utan att lämna orsak avbryta. Samtycke från deltagarna inhämtades innan intervjun påbörjades, information om studien gavs i samband med detta. Deltagarna informerades om studiens syfte och att intervjun inte hade som syfte till att vara ett terapiesamtal. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om deltagarna ska förvaras på sådant sätt att det är praktiskt omöjligt för obehöriga att komma åt samt att inga uppgifter kan härledas till enskild person. (Vetenskapsrådet u.å). Datamaterialet hanterades konfidentiellt. Personuppgifter förvarades på dator med skyddat lösenord som endast varit tillgängligt för författaren. Informanterna blev informerade om att inget av det som sades under intervjun skulle spridas, exempelvis till personalen på avdelningen. Allt intervjumaterial som spelades in på en mobiltelefon var även det skyddat med lösenord. Information som framkom under intervjuerna behandlades/avkodades så att enskilda personer inte kunde identifieras. Med nyttjandekravet menas att insamlade uppgifter endast får användas för forskningens ändamål

(Vetenskapsrådet u.å). Insamlat material användes endast till studiens syfte. All information från intervjuer kommer efter att uppsatsen blivit examinerad som godkänd att förstöras. I enlighet med Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning får personuppgifter endast behandlas efter samtycke från berörda. Dessutom måste information lämnas hur personuppgifterna kommer att användas samt hur dessa kommer att skyddas (SFS 2018:218). Detta beaktades genom att informationsbrev om studien och om hur uppgifterna skulle skyddas lämnades till informanterna som även via skriftlig samtyckeblankett gav sitt medgivande innan intervjuerna påbörjades. Projektplanen skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden VEN 48–18 för prövning och rådgivande yttranden som inte hade några etiska invändningar mot att studien genomfördes. Enligt World Medical Association (2013) behöver framsteg inom medicinsk forskning involvera mänskliga deltagare för att kunna få fram orsaker, utveckling samt förebyggande åtgärder. Etisk standard ska användas för att säkerställa människors säkerhet samt skydda deras hälsa och rättigheter. Forskning får endast godkännas om den kommer utföras med respekt för människovärdet vilket ska beaktas vid en etiksprövning (ibid.).

Resultat

Analysen av datamaterialet resulterade i ett övergripande tema *Uppnå trygghet i en otrygg tillvaro*, två huvudkategorier *Att bli stärkt i barnets omvårdnad* och *En utmaning att anpassa miljön efter barnets behov*. Se tabell 2 samt fem subkategorier.

Tabell 2. Tema, Kategorier och subkategorier

Tema	UPPNÅ TRYGGHET I EN OTRYGG TILLVARO	
Kategori	Att bli stärkt i barnets omvårdnad	En utmaning att anpassa miljön efter barnets behov
Subkategori	Kompetent personal	Att vara i en bubbla
	Personalen ingav förtroende	Miljöns betydelse för trygghet
	Känslan av att vara oförberedd	

Uppnå trygghet i en otrygg tillvaro

Överflytten från barnintensiven genomfördes vanligtvis utan föregående planering. Det upplevdes av föräldrarna som skrämmande och ångestfylld förändring. Barnet hade flyttats ner en vårdnivå från intensivvård till intermediärvård.

Föräldrarna uttryckte att personalens bemötande, närvaro och stöd var faktorer som ingav trygghet. Vidare beskrev föräldrarna att känslan av trygghet ökade när de upplevde att barnets behov blev tillgodosett. Föräldrarna påtalade brister i miljön som de menade lätt kunde åtgärdas med exempelvis möbler och färg för att erhålla en positivare och på så vis tryggare miljö.

Att bli stärkt i barnets omvårdnad

Föräldrarna uttryckte att de upplevde att det ställdes högre krav på intermediärvården, där de fick ta mer ansvar för barnets omvårdnad i jämförelse med barnintensiven. På barnintensiven kunde deltagandet i omvårdnaden av barnet vara begränsat till exempelvis; att sondmata eller att byta en blöja. På intermediärvården utökades ansvaret att delta i omvårdnaden av barnet genom att barnet fick lämna kuvösen och kunde vara i föräldrarnas famn samt att föräldrarna blev delaktiga och ansvariga för barnets basala grundläggande omvårdnad och skötsel.

Känslan av att vara oförberedd

Föräldrarna påtalade att det ökade ansvaret på intermediärvården var förknippat med ångest och oro. Barnet var fortfarande anslutet till övervakning och hade ett flertal infarter vilket kunde medföra svårigheter att vårda barnet. Det upplevdes svårt att knyta an till det sjuka barnet. Föräldrarna uttryckte vidare att de behövde tid för att uppleva trygghet i situationen, de upplevde till en början att det var svårt att veta vad som förväntades av dem. Vidare menade föräldrarna att det tog tid innan känslan av att vara en ”riktig” förälder infann sig.

Det kändes inte som vårt barn, vi var inte redo att delta i omvårdnaden. Det var svårt att ta i barnet med alla infarter. Det är stressigt med oron för barnet, oron över syskonen därhemma, sedan ska man vara delaktig i omvårdnaden. Känts som om man åkt berg och dalbana

(Informant 1)

Föräldrarna beskrev vidare att de successivt flyttades ner en vårdnivå från intermediärvårdssalen till pediatrik vårdavdelningssal, vilket bidrog till en ökad oro och ångest. Den ökade oron bestod av att föräldrarna i större utsträckning själva fick identifiera eventuella förändringar i barnets hälsotillstånd. Barnet kunde då vårdas dagtid på pediatrik vårdavdelningssal och nattetid på intermediärvårdssalen. Det kunde också vara en överflyttning till hemortssjukhuset där vården fortsatte på pediatrik vårdavdelning.

Jag tycker det är tryggare när barnet är på intermediärvårdssalen där personalen är närvarande och håller koll på hur barnet mår. Till skillnad från när vi varit på vanlig sal där vi själv fått trycka på larmklockan vid förändringar, vilket har ökat vår oro (Informant 1)

Kompetent personal

De föräldrarna som var förstagångsföräldrar beskrev att på intermediärvården gavs möjlighet att lära sig mycket om barnets behov och omvårdnad. Vilket vidare beskrevs som en bidragande faktor till upplevelsen av minskad stress och successivt en ökad upplevelse av lugn och trygghet i omvårdnaden av barnet. Intermediärvården upplevdes som en trygg mellanlandning

De uppmuntrade oss till delaktighet och hjälpte till att ta upp barnet. Vi fick vägledning i hur man sköter ett barn. (Informant 4)

Föräldrarna deltog i barnets omvårdnad med exempelvis blöjbyte, matning och läkemedelshantering. Föräldrarna beskrev att de fick stöd och uppmuntran av personalen att vara delaktiga i omvårdnaden av barnet vilket upplevdes positivt och betydelsefullt. Föräldrarna uttryckte att det var skrämmande samtidigt som det gav en positiv känsla av att barnet förbättrades och närmade sig hemgång.

Vi byter blöjor, matar och ger mediciner. Det är skönt att få lov att göra någonting och inte bara titta på (Informant 5)

Föräldrarna beskrev att de upplevde personalen som engagerade och mycket stödjande. Föräldrarna menade att personalen hade förmåga och kunskap att tolka barnets signaler, vilket

bidrog till en ökad upplevelse av trygghet för föräldrarna. Föräldrarna beskrev vidare att personalen hade både förmåga och kunskap att identifiera förändringar i barnets tillstånd på ett tidigt stadium.

Framförallt känner man att dom har koll. Det är inga problem att lämna barnet när man exempelvis ska gå ut och äta för man vet att de ringer om något händer. Man vet att man kan göra andra saker också och inte bara fastna på salen liksom (Informant 5)

Föräldrarna uttryckte att det var positivt och tryggt med teamarbete som omfattade att en sjuksköterska och en barnsköterska ansvarade för omvårdnaden. Föräldrarna menade också på att personalens kompetens och även kontinuiteten var viktiga faktorer som uppskattades och ingav trygghet. Med kontinuitet menade föräldrarna att det var samma personal de träffade, all personal på intermediärvårdssalen kände barnet. De fick även kontakt med samma läkare under vårdtiden vilket uppskattades och ingav trygghet. Vidare påtalade föräldrarna att personalen hade kunskap om barnets sjukdom och omvårdnad samt även kunskap om hur påfrestande situationen kunde vara för föräldrarna.

Personalen vet var föräldrarna befinner sig i situationen och hur jobbigt och påfrestande det kan vara. Personalen är duktiga och kunniga. Dom är specialister på det dom gör, då känner man trygghet (Informant 2)

Föräldrarna beskrev att de upplevde det lugnt och tryggt när de exempelvis skulle lämna barnet för att gå och äta. Information var också en viktig del för upplevelsen av trygghet. Information om barnets hälsotillstånd, procedurer som skulle genomföras och framtida planering, var viktiga faktorer för upplevelsen av trygghet. Informationen menade föräldrarna förmedlades kontinuerligt och upplevdes som ärlig och tydlig.

När det var bra förtydligade dom med att säga det här är bra, det gillar vi att se, och när det var sämre sa dom sanningen utan att göra oss oroliga (Informant 4)

Vidare påtalade föräldrarna att personalen tydligt förklarade vad de gjorde och varför i omvårdnadsproceduren. Vilket upplevdes positivt. Föräldrarna upplevde att det gavs möjlighet att ställa frågor om de inte förstätt den information som de fått, de beskrev att de uppfattade att det var ett öppet och inbjudande klimat.

Personalen ingav förtroende

Föräldrarna uttryckte att de upplevde bemötandet från personalen som förtroendeingivande och engagerande. De beskrev att personalen hade god kunskap om barnets behov av omvårdnad. Det framkom även att personalen uppträdde lugnt i kontakten med barnet. Föräldrarna beskrev vidare att personalen upplevdes som tillgänglig och behjälplig vilket de menade ingav trygghet och förtroende. Föräldrarna uttryckte även att de uppskattade personalens omsorg om barnet när de själva inte var på salen, föräldrarna upplevde att personalen verkligen visade att de brydde sig om barnet. Det framkom även att nattpersonalen förde dagbok om nätternas händelser vilket ökade föräldrarnas känsla av delaktighet.

Personalen försöker alltid hitta lösningar för barnets bästa och det känns skönt (Informant1)

Föräldrarna beskrev att personalen även hade omtanke om föräldrarna genom att lyssna, trösta, lugna, vara rådgivande och coachande. Att bli sedd som förälder underlättade i situationen och ingav en känsla av förtroende. Vidare uttryckte föräldrarna att det fanns möjlighet och utrymme för reflektioner, vilket beskrevs som ett viktigt behov efter överflyttningen till intermediärvård.

Jag känner att jag kan gråta om jag behöver, dom finns nära inpå och tröstar (Informant 6)

Föräldrarna uttryckte även att de gavs möjlighet till att vara en familj. Vidare beskrev föräldrarna att personalen hade en tillåtande inställning för deras behov av privatliv. Föräldrarna uppskattade personalens närhet, men uppskattade även att de inte konstant befann sig i familjens omedelbara närhet.

Ibland sitter personalen i lilla rummet intill där dom kan se uppkopplingen med ekg, vilket gör att man kan ha lite privatliv (Informant 5)

En utmaning att anpassa miljön efter barnets behov

Intermediärvårdssalen upplevdes steril och opersonlig av föräldrarna som även uttryckte att miljön i sin helhet upplevdes som opersonlig. Samtidigt uttryckte de att de upplevde det säkert och tryggt att samma övervakningsapparater som de hade lärt sig att känna igen på intensivvården även användes på intermediärvårdssalen. Det framkom också att det var tryggt

att det fanns personal närvarande hela tiden, även om det inte var i samma omfattning som på barnintensiven där barnen hade en undersköterska som var ansvarig för barnet. På intermediärvårdssalen fanns endast en undersköterska som var ansvarig för patienten/patienterna på salen. Det upplevdes också som positivt att överflyttas till intermediärvårdssalen eftersom barnet inte längre var i behov av intensivvård och mådde bättre.

Det kändes som att få komma ett steg närmare hem, när vi fick komma till intermediärvårdssalen. En sorts mellanlandning och vi fick träffa läkarna som alltid hade hand om barnet. Barnet var uppkopplad till maskiner vi kände igen från barnintensiven. Upplevelsen var trygg. Den stora skillnaden var att det verkligen känns som en mellanlandning innan vi får komma hem (Informant 4)

Att vara i en "bubbla"

Föräldrarna beskrev att de kände sig isolerade och ensamma när de vistades på patienthotellet och gick i kulverten mellan patienthotellet och intermediärvårdssalen och menade att det kändes som att leva i en "bubbla", men vardagen måste ändå fungera. Det var viktigt att föräldrarna upplevde trygghet i vardagen då det är föräldrarna som förmedlar tryggheten till barnet genom sin närvaro. Föräldrarna fungerade som en länk mellan barnet och personalen.

Föräldrarna uttryckte också att det var påfrestande att dela sal med andra patienter. En kort period kunde det fungera men inte under en längre period.

Jag hade tur att inga andra barn var inlagda på intermediärvårdssalen medan vi var där, vet inte hur det hade känts att i mitt eget kaos behöva se ett annat sjukt barn och en annan förälders reaktion (Informant 2)

Föräldrarna upplevde att miljön inte var anpassad för deras behov, de upplevde att salen var spartanskt inredd. Det fanns endast en fåtölj för dem att sitta i vilket de menade var påfrestande, det fanns en önskan om ex. en fotpall. Vidare beskrev de att salen inte upplevdes som "hemtrevlig", men betonade att den var funktionell. Omvårdnaden av barnet utgick från barnet och familjen behov. För att kunna förmedla trygghet till barnet var det nödvändigt för

föräldrarna att kunna vara nära för att lugna, trösta och avleda. Därav var det viktigt att föräldrarna vistades i en miljö som var anpassad till föräldrarnas behov.

Jag skulle säga så här att för föräldrarna finns det egentligen ingen plats där. Jag satt hela dagarna med barnet i famnen på en ganska hård fåtölj, det fanns ingen fotpall och det fanns ingen plats för föräldern. Miljön är inte anpassad för föräldrar som sitter därinne hela tiden (Informant 2)

Det fanns också en önskan om att kunna beställa mat för att slippa att lämna sitt barn. Vidare fanns också en önskan om tillgång till ett familjerum direkt i anslutning till intermediärvårdssalen, även om det upplevdes som funktionellt att bo på patienthotellet. Föräldrarna uttryckte att de upplevde patienthotellet som ett vandrarhem. Föräldrarna uttryckte behov av att ha möjlighet att kunna äta och sova tillsammans med sitt barn under sjukhusvistelsen. Det är föräldrarnas närvaro som utgör den trygghet som barnet var i behov av på intermediärsalen.

Jag klagar inte på standarden här, men vi bor på patienthotellet och har ingen möjlighet att laga mat där. Det är ju lite som att bo på vandrarhem (Informant 5)

Miljöns betydelse för trygghet

Föräldrarna upplevde inte salen som barnvänlig, den var inredd på samma sätt som en sal på vuxenavdelning med säng och teknisk utrustning, det som utmärkte sig var barnsängen. Föräldrarna hade förståelse för att salen inte var utformad efter barnens behov, de menade att det inte fanns så mycket att göra åt den tekniska utrustningen. Vidare beskrev föräldrarna att den tekniska utrustningen medförde en känsla av trygghet men kunde också upplevas som stressande vid larm. Föräldrarna beskrev vidare att miljön inte hade någon större betydelse för de mindre barnen, men föräldrarna upplevde inte miljön som anpassad för de äldre barnens behov. De betonade dock att personalen gjorde sitt yttersta för att anpassa miljön efter barnets behov vilket uppskattades.

Rummet är inte direkt barnvänligt, det är ju vitt och sjukhusliknande. Så om där vårdas lite större barn är det ingen positiv miljö, det är ingen varm miljö för större barn. Men för spädbarn spelar det kanske inte så stor roll (Informant 3)

Diskussion

Metoddiskussion

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet behöver enligt Graneheim och Lundman (2017) granskas för att trovärdighet i en kvalitativ studie ska kunna bedömas. Begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet har olika betydelser men relaterar till varandra under begreppet trovärdighet (Graneheim och Lundman, 2017). Trovärdighet innebär hur väl syftet är besvarat med hjälp av metoden och hur väl resultatet svarar på syftet. Genom att presentera resultatet med citat ges läsaren möjlighet att se alternativa tolkningar vilket ökar trovärdigheten (Graneheim och Lundman, 2017).

Antalet informanter har inte så stor betydelse då det är kvaliteten och mängden data som svarar på syftet som utgör betydelsen (Graneheim och Lundman, 2017). För att kunna få ett tillfredsställande svar på syftet med studien har ett tillgänglighetsurval använts (Malterud 2014). Elva informanter ingick i studien och omfattade både mödrar och fäder vars barn vårdades eller nyligen vårdats på en intermediärvårdssal. En förutsättning för ett bra resultat är att finna deltagare som har erfarenhet av det som ska studeras samt är villiga att delge sina upplevelser (Graneheim och Lundman, 2017). De informanter som var tillgängliga och villiga att delge sina upplevelser har deltagit. Mellanhand användes för att rekrytera informanter, därav finns ingen uppgift om hur många som eventuellt tackade nej till att delta.

Studiens inklusionskriterier var föräldrar till barn i samtliga åldersgrupper. Informanterna som deltog i studien var föräldrar till barn i åldrarna 2–6 månader vilket kan ha påverkat resultatet och begränsar överförbarheten för äldre barn. Föräldrar till äldre barn kan eventuellt haft en annan upplevelse av barnets omvårdnad på en intermediärvårdssal, och således kanske även uttryckt andra behov som föräldrar.

Informanterna som deltog i studien var endast från ett sjukhus men några hade överflyttats från annat sjukhus. Detta kan ha påverkat studiens överförbarhet. Könsfördelningen i studien kan vara en styrka då föräldrar av båda könen deltog. Mödrars och fäders upplevelser kan variera vad det gäller erfarenheter, upplevelser och känslor detta kan öka tillförlitligheten ur ett genusperspektiv. Enligt Graneheim och Lundman (2017) syftar innehållsanalys till att variationer ska beskrivas (ibid.). Tillförlitligheten ökar även då det i urvalet av föräldrar

förelåg skillnad i vårderfarenhet relaterat till tiden som de hade vistats på intermediärvårdssalen, variation i föräldrarnas och barnens åldrar samt variation på barnens diagnoser.

I studien ingick föräldrar till barn som hade vårdats på barnintensiven eller kom från BB vilket innebar att de hade erfarenhet från högre vårdnivå. Resultatet hade möjligen fått annat utslag om informanter kommit till intermediärvårdssalen som direktinläggning hemifrån, eller efter att först ha vårdats på pediatrik vårdavdelning. Skillnad i föräldrarnas erfarenhet från olika vårdnivåer hade eventuellt kunnat påverka resultatet.

Forskarens förförståelse har betydelse för trovärdigheten (Graneheim och Lundman 2017). Då författaren varit medveten om och reflekterat om sin förförståelse under hela processen anses den inte ha påverkat resultatet i studien. Intervjuerna utfördes av en person som ställde frågor och följdfrågor. En förutsättning för att få ett uttömmande material är att deltagaren känner sig omhändertagen och trygg samt att samtalet genomförs på ett sådant sätt att intervjuaren inte har alla svaren på förhand (Malterud 2014). Samtliga intervjuer utfördes på tid och plats som föräldrarnas önskade. Intervjuerna varade 30–45 minuter, de var uttömmande, innehållsrika och fokuserade på syftet. Vilket enligt Graneheim och Lundman förstärker tillförlitligheten (2017).

En semistrukturerad intervjuguide användes för att fokusera på syftet (Malterud, 2014; Kvale och Brinkman, 2014). Syftet var att belysa föräldrars upplevelse av omvårdnaden när barnet vårdades eller nyligen vårdats på en pediatrik intermediärvårdssal. Första intervjun genomfördes som en pilotintervju för att testa intervjuguiden och den tekniska utrustningen. Intervjuguiden genomgick smärre justering för att bättre svara på syftet. Pilotintervjun inkluderades eftersom den var uttömmande och svarade på syftet.

Metod som valdes för studien var induktiv ansats vilken enligt Graneheim och Lundman (2017) innebär att söka mönster i materialet och att förutsättningslöst analysera texter baserade på upplevelser. Eftersom studiens syfte var att belysa föräldrars upplevelse är metod med en induktiv ansats lämplig och stärker resultatets trovärdighet.

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys som enligt Graneheim och Lundman (2017) är applicerbar då upplevelser som kan variera hos olika individer ska

belysas. Eftersom syftet besvarades anses metoden som relevant. Ingen information som svarade på syftet uteslöts då kategorierna var konstruerade på sätt som möjliggjorde att det gick att skilja innehållet från annan kategori. Analysprocessen tog tid och utfördes i samråd med en erfaren forskare inom området, vilket ökar tillförlitligheten i resultatet (Graneheim och Lundman 2017).

Överförbarhet menar Polit och Beck (2010) innebär i vilken grad ett studieresultat kan överföras på andra grupper eller i andra situationer och trovärdigheten beror på hur väl analysprocessen är presenterad. Vidare krävs att liknande mönster ur resultatet framkommer i flera olika studier för att kvalitativ forskning ska kunna överföras till en verksamhet (ibid.). Graneheim och Lundman (2017) menar att den som läser studien bestämmer om resultatet är överförbart till en verksamhet. Studiens resultat är således överförbart till verksamheter där barn i åldrarna 2–6 månader vårdas på pediatrik intermedieärvårdssal.

Resultatdiskussion

Resultatet i den presenterade studien visade att föräldrarna initialt upplevde överflyttningen från barnintensiven till intermedieärvårdssalen som skrämmande på grund av det utökade ansvaret för barnets omvårdnad. I en studie av Dahav och Sjöström-Strand (2017) framkom det att föräldrarna inte upplevde sig vara emotionellt redo för det större ansvar de fick ta över barnets omvårdnad vid överflyttning från barnintensiven till pediatrik vårdavdelning. Vilket således även föreligger vid överflyttning från barnintensiven till intermedieärvården. Enligt Patientlagen kapitel 1 § 8 (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvård bedrivas med barnets bästa i åtanke. Riksföreningen för barnsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2008) menar att i begreppet föräldrar inkluderas föräldrar och vårdnadshavare. I omvårdnaden av barnet ska barnsjuksköterskan förebygga sjukdom, främja hälsa och lindra lidande (ibid). Roy, Whetsell och Frederickson (2009) menar att målet med adaptationsmodellen syftar till att föräldrarna ska känna ett sammanhang till miljön och situationen för att finna balans till välmående. Föräldrarnas balans till välmående är av största vikt då det enligt Patientlagen kapitel 1 § 8 (SFS 2014:821) är vårdnadshavarens ansvar att se till att barnets behov blir tillgodosett.

Föräldrar måste göras delaktiga i vården i enlighet med deras önskemål Coyne (2013) Roy (2011) menar att föräldrar behöver adaptera, anpassa sig till den nya situationen och att

sjuusköterskan med hjälp av adaptionsmodellen (RAM) kan stödja föräldrarna och hjälpa dem finna förståelse i situationen, för att kunna underlätta mötet av de nya krav som ställs (ibid.). I den presenterade studien menade föräldrarna att personalens stöd och uppmuntran till delaktighet i omvårdnaden av barnet upplevdes positivt och betydelsefullt.

Med hjälp av adaptionsmodellen kan sjuusköterskan hjälpa föräldrarna till medverkan i barnets omvårdnad genom anpassning till de förutsättningar som finns, och på så sätt skapa en känsla av trygghet som leder till en mer individanpassad vård av barnet. Enligt adaptionsteorin kan osäkerhet gällande deltagande i barnets omvårdnad påverkas av residurala stimuli, vilka avser inre och yttre processer som påverkar människans tillvaro. Inre och yttre processer kan innefatta tidigare erfarenheter och egna värderingar som kan påverka människans beteende (Roy 2011).

Nel Noddings, professor i pedagogik i USA (Lundqvist, 2015) menar att relationen mellan barnsjuksköterskan och barnet/familjen ska stå i centrum. Vårdetik innebär att visa omsorg och kunna förmedla en känsla av människors betydelse. Omsorg är en process som utvecklas genom uppfostran och social inlärning. Relationen mellan personerna som innefattas har stor betydelse för hur omsorgen upplevs och utifrån sjuusköterskans uppmärksamhet i mötet med patienten. Inom pediatriken kan Noddings teori vara viktig i de situationer då föräldrarna upplever oro för sitt barn och inte har förmågan att skydda barnet så som de skulle önska. Barnsjuksköterskan har då till uppgift att skydda barnet från onödigt lidande genom att förbereda, förhandla och genomföra vården utifrån barnets bästa (ibid.).

Förstagångsföräldrar beskrev att på intermediärvården gavs det möjlighet att lära sig mycket om barnets omvårdnad. Coyne (2013) menar att familjer är villiga att hjälpa till i sitt barns vård, men de behöver tydlig vägledning, information och stöd från sjuusköterskor. Roy (2011) menar att föräldrarna således inte behöver anpassa sig efter sjuusköterskans råd utan adaptionen bör resultera i en samverkan med de förutsättningarna som finns. Adaption har uppnåtts när föräldrarna kunnat hantera situationen och således vara delaktiga i barnets omvårdnad.

Föräldrarna beskrev i den presenterade studien att när de kände sig redo att delta i barnets omvårdnad, upplevdes det som en bidragande faktor för upplevelsen av minskad stress och en ökad upplevelse av lugn och trygghet i omvårdnaden av barnet.

Ett respektfullt bemötande, kontinuerlig information om barnets tillstånd och emotionellt stöd från personalen var faktorer som föräldrarna påtalade som viktiga. Vilket även påvisats i en studie av Engström, Dicksson och Contreras (2015) som menar att regelbunden information om barnets tillstånd och behandling är av stor betydelse för föräldrarna och är viktigt för känslan av delaktighet.

I den presenterade studien uttryckte föräldrarna att informationen som de fick om barnets tillstånd var ärlig och tydlig. Hagvall, Ehnfors och Anderzén-Carlsson (2016) betonar att information och emotionellt stöd från personalen upplevdes vara av största vikt. Det var även viktigt att barnet behandlades med respekt för att föräldern skulle känna tillit till personalen (ibid). Hallström, Runesson och Elander (2002) visade i en studie att föräldrarna var angelägna om att få information och att förstå den information de fick, föräldrarna hade även behov av att känna sig trygga och känna att barnet var i säkerhet. Även i Patientlagen kapitel 3§ 3 (SFS 2014:821) beskrivs att barnets vårdnadshavare skall ha information om barnets tillstånd.

Föräldrarna beskrev att förtroende för personalen uppstod genom ett förtroendefullt, engagerat bemötande. Att personalen uppträdde lugnt i kontakten med barnet och att barnet fick god omsorg och omvårdnad. Förtroende skapas även genom att bli sedd som förälder. Även i en studie av Engström, Dicksson och Contreras (2015) framkom att det var av stor betydelse för föräldrarna att ses som individer och erfara personalens engagemang i barnet. Det betonades även att sjuksköterskans viktiga uppgift när de arbetar med föräldrar och familjer till allvarligt sjuka är att se hela familjen, inte bara det sjuka barnet. I studien framkom också att föräldrarna upplevde känslor av ensamhet, hopplöshet, osäkerhet och frustration (ibid.).

Föräldrarna beskrev i den föreliggande studien att de upplevde ensamhet och isolering under natten som de tillbringade på patienthotellet och uttryckte en önskan att få tillbringa nätterna tillsammans med barnet på intermediärvårdssalen. Enligt FN:s konvention om barns rättigheter (UNICEF, 2009) skall barn inte mot sin vilja skiljas från sina föräldrar utom i fall

där myndigheter finner att det är nödvändigt för barnets bästa (ibid.). Nordiskt nätverk för barns och ungas rättigheter och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB) menar på att ha ett barnperspektiv kan betyda att personalen anammar barnets perspektiv genom iakttagelser och uppmärksamhet (Söderbäck, 2010). Vidare skriver NOBAB att *“ju mer kunskap och förståelse vi tillägnar oss om barnets perspektiv, desto större förutsättningar finns för att anpassa vårdsituationer efter barnens behov och önskingar (...) en barncentrerad vård med barns självklara rätt till samverkan med sina föräldrar och sin familj i alla vårdssammanhang”* (Söderbäck 2010, s. 41–42) (ibid.).

Sjuksköterskor som lyssnade på föräldrarna och som använde fysisk beröring för att lugna, medförde att föräldrarna och barnet upplevde sig som väl omhändertagna (Gasquoine, 2005). Små saker som inte var medicinska kunde göra betydelsefull skillnad för föräldrarnas upplevelse av omvårdnaden (ibid.).

Föräldrarna beskrev vidare i den föreliggande studien att upplevelsen av att bli sedd som förälder underlättade i situationen. Även i studien av Hagvall, Ehnfors och Anderzén-Carlsson (2016) framkom att föräldrar var i behov av stöd för att kunna möta sina egna behov och för att kunna vårda sitt barn. Engström, Dicksson och Contreras (2015) menar att det är viktigt att personal kan vara ett stöd för föräldern så att föräldern kunde komma ifrån sitt sjuka barn kortare stunder och att hämta kraft om behovet fanns. I den presenterade studien uttryckte föräldrarna att det var positivt att exempelvis kunna gå ut och äta utan att vara orolig för barnet.

Föräldrarna beskrev vidare att de uppskattade när personalen tog ett steg tillbaka och lämnade utrymme för familjeliv. Roy (2011) menar att omvårdnad som baseras på adaptionsmodellen syftar till att förbättra relationer genom bland annat främjande av självständighet. I familjecentrerad vård enligt Coyne (2013) ingår att se både barn och föräldrar. Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att målsättningen för omvårdnad är att skapa balans mellan patient, närstående och omvårdnadspersonal. Vilket är förenligt med vad Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar i sin beskrivning om att barnsjuksköterskan ska ha fördjupad kunskap att kunna leda omvårdnadsarbetet baserat på barnets och närståendes behov.

Föräldrarnas upplevelse av miljön var att samma övervakningsapparater användes som på barnintensiven och det innebar att det var välbekant för föräldrarna vilket ingav säkerhet och trygghet. Föräldrarna menade att övervakningsapparaterna endast upplevdes som skrämmande när de larmade, vilket är jämförbart med resultat som framkommit i en studie av Engström, Dicksson och Contreras (2015) där föräldrarna uppfattade miljön som speciell då den dels gav en känsla av säkerhet samtidigt som den upplevdes skrämmande.

Vidare uttryckte föräldrarna i den presenterade studien att det var påfrestande att dela sal med andra patienter och deras föräldrar. Vilket även framkom i en studie av Pooni, Singh, Bains, Misra och Soni (2013) som menade att det skapade en känsla av kaos för föräldrarna när barnet skulle vara i samma sal som andra patienter och deras familjer.

Konklusion och implikationer

Resultatet av denna studie visar på olika faktorer som påverkar föräldrarnas upplevelse av trygghet när barnet vårdas på en intermediärvårdssal. För att erhålla en känsla av trygghet är personalens kompetens, hur förtroendeingivande personalen är samt hur inbjudande miljön är viktiga faktorer. Genom att använda Roys adaptationsmodell (RAM) kan sjuksköterskor möta föräldrarna i situationen, hjälpa dem anpassa sig till den nya otrygga världen genom en individanpassad omvårdnad. Med trygga föräldrar ökar barnets förutsättningar att känna lugn och ro. Föräldrarna beskrev förslag på enkla förbättringar som kan vara av stor betydelse. I verksamheter som bedriver pediatrik intermediärvård kan t ex inredningen barnanpassas, göras mer inbjudande med vuxensäng och/eller fotpall till föräldrarna samt möjlighet för föräldrar att köpa mat så att de slipper lämna sitt barn och få dem delaktiga i barnets omvårdnad. Med trygga föräldrar blir barnet lugnare och mindre oroligt. Omvårdnaden blir mer individanpassad. Genom att adaptationsmodellen appliceras i verksamheter kan miljön förändras och påverka föräldrarnas adaptation som vidare kan leda till föräldrarnas upplevelse av att ha uppnått trygghet i en otrygg miljö.

I en framtida studie hade det varit värdefullt att undersöka personalens upplevelser av omvårdnaden på en intermediärvårdssal, t ex. vilka strategier sjuksköterskan använder för att skapa en trygg miljö och hur adaptationsmodellen kan implementeras.

Referenser

Centrum för forskning om familjers hälsa. (2010). *Familjefokuserad omvårdnad- ett strategidokument*. <http://familiesygepleje.dk/wp-content/uploads/2016/03/Familjefokuserad-omvårdnad-ett-strategidokument.pdf> [2018-03-29]

Coyne, I., & Kirwan, L., (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3). ss. 293–304. DOI: 10.1177/1367493512443905

Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5):796–808. DOI: 10.1111/hex.12104

Dahav, P., & Sjöström-Strand, A., (2017). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32. ss. 363–370. doi: 10.1111/scs.12470

de Silva, M.C.M, de Sousa, R.M.C., & Padilha, K.G. (2010). Patient Destination after Discharge from Intensive Care Units: Wards or Intermediate Care Units? *Revista Latino - Americano de Enfermagem*, 18(2), ss. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200013>

Diaz-Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., & Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, 31, ss. 1248–1254. Doi: 10,1007/s00134-005-2728-8

Engström, Å., Dicksson, E. & Contreras, P. (2015) The desire of parents to be involved and present. *Nursing in Critical Care* 20(6), ss. 322–330 doi: 10.1111/nicc.12103

Gasquoine, S. E. (2005). Mothering a hospitalized child: it's the 'little things' that matter. *Journal of Child Health Care*, 9(3), ss. 186–195.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Nielsen, B. H., & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 3:2 uppl. Studentlitteratur AB, Lund: Btj ss 219–233

Hagvall, M., Ehnfors, M. & Anderzén-Carlsson, A. (2016) Experiences of parenting a child with medical complexity in need of acute hospital care. *Journal of child Health Care*, 20, ss 68-76, doi: 10.1177/1367493514551308

Hallström, I., Runesson, I. & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of pediatric nursing* 17(2), ss140–148. doi.org/10.1053/jpdn.2002.123020

Ibsen, B. (1954). The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemics in Copenhagen, 1952. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 47, ss. 72–74. PMID: PMC1918820

Kelly, F., Fong, K., Hirsch, N. & Nolan, J.P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), ss. 376-379. Doi: 10.7861/clinmedicine.14-4-376

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

Lundqvist, A. (2015). Värdegrund och etiska perspektiv i barnhälsovård och barnsjukvård. I Hallström, I. & Lindberg, T. (red.) *Pediatrik omvårdnad*. 2:a upplagan. Stockholm: Btj. ss. 34-39

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

Oxley, R. (2015). Parents' experiences of their admission to paediatric intensive care. *Nursing children and young people*, 27(4), ss. 16-21. doi: 10.7748/ncyp.27.4.16.e564

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010) Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice. 7. uppl., Lipincott: Williams & Wilkins.

Pooni PA, Singh D, Bains HS, Misra BP & Soni RK (2013) Parental stress in a paediatric intensive care unit in Punjab, India. *Journal of Paediatrics and Child Health* 49 ss. 204–209
doi:10.1111/jpc.12127

Prin, M. & Wunsch, H. (2014). The Role of Stepdown Beds in Hospital Care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(11), ss. 1210-1216.
Doi:10.1164/rccm.201406-1117PP

Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2008)
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.
<http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf> [2018-03-28]

Rosenberg, R.E., Rosenberg, P., Williams, E., Silber, B., Schlucter, J., Deng, S., Geraghty, G., Sullivan-Bolyat, S. (2016). Parents' Perspectives on "Keeping Their Children Safe" in the Hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(4), ss. 318-326. DOI:
10.1097/NCQ.0000000000000193

Roy, C., Whetsell, M. V., Frederickson, K. (2009). The Roy Adaption Model and research global Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), ss 209-211.
doi:10.1177/0894318409338692

Roy, C. (2011). Extending the Roy Adaption Model to Meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), ss. 345-351. doi: 10.1177/0894318411419210

Russ, C.M., & Agus, M. (2015). Triage of Intermediate-Care Patients in Pediatric Hospitals. *Hospital Pediatrics*, 5(10), ss. 542-547. Doi: 10.1542/hpeds.2014-0144

SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm :Socialdepartementet.

SFS 2018:218. *Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Regeringskansliet

Shudy, M., Lihinie de Almeida, M. Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T.L., & Nicholson, C.E. (2006). Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. *PEDIATRICS*, 118(3). ss. 203-218. Doi: doi:10.1542/peds.2006-0951B

Solberg, C.J.B., Dirksen, D.C., Nieman, H.M.F., van Merode, G., Ramsay, G., Roekaerts, P., & Poeze, M., (2014). Introducing an integrated intermediate care unit improves ICU utilization: a prospective intervention study. *BMC Anesthesiol*, 14(76). Doi: 10.1186/1471-2253-14-76

Svenska intensivvårdsregistret (2017) *Barnintensivvårdsavdelningar (BIVA)*.

[http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-](http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/Barnintensivvardsavdelningar-BIVA/)

[Intensivvard/Barnintensivvardsavdelningar-BIVA/](http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/Barnintensivvardsavdelningar-BIVA/) [2018-03-28]

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet (2015) *Riktlinjer Svensk Intensivvård*. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf [2018-03-28]

Svensk sjuksköterskeförening (2015) *Familjefokuserad omvårdnad*.

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf> [2018-05-06]

Svensk sjuksköterskeförening (2016) *Värdegrund för omvårdnad*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf [2018-05-28]

Svensk sjuksköterskeförening (2017) ICN:S ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR.
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf [2018-05-06]

Söderbäck, M. (2010). Barnperspektiv och barns perspektiv. I: Söderbäck, M. (red). *Barns och ungas rätt i vården*. 2010:3. Stiftelsen Allmänna barnhuset.

http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf [18-09-27]

Trost, J (2010) *Kvalitativa intervjuer*. 4:e uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

UNICEF Sverige (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm. <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full> [2018-05-01]

Vetenskapsrådet (u.å) *Forskningsetiska principer*. Elanders Gotab

Waydhas, C., Hertig, E., Kluge, S., Markewitz, A., Marx, G., Muhl, E., Nicolai, T., Nortz, K., Parvu, V., Quintel, M., Rickels, E., Schneider, D., Steinmeyer-Bauer, K.R., Sybrecht, G & Welte, T. (2017). Intermediate care units. recommendations on facilities and structure. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113(1), ss. 33–44.
<https://doi.org/10.1007/s00063-017-0369-7>

World Medical Association (2013) *Wma declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2018-05-01]



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intervjuguide med semistrukturerade frågor:

Bakgrundsfråga:

Hur kom ni till intermediärvården? Direkt eller via annan sjukvårdsinrättning?

Huvudfrågor:

Hur har ni upplevt omvårdnaden av barnet på intermediärvårdssalen? (Vad kände du? Vad tänkte du? Ge exempel)

Har ni deltagit i omvårdnaden? (På vilket sätt? Hur upplevde du det? Ge exempel)

Beskriv hur ni upplevde miljön och tryggheten? (Hur kände du? Utveckla)

Vilken upplevelse fick ni av personalens kompetens? (Kan du utveckla?)

Hur upplevde ni informationen som gavs? (Ge exempel)

Berätta om bemötandet gentemot er och ert barn? (Kan du utveckla?)