

KANDIDATUPPSATS

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2007:43

Hjärtebarnet

En empirisk studie av sjuksköterskors bedömning av sövda hjärtopererade
barns välbefinnande

PETRA LERNÅS



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Hjärtebarnet: Hur bedömer sjuksköterskor sövda hjärtopererade barns välbefinnande.

Författare: Petra Lernås

Ämne: Vårdvetenskap, med inriktning på omvårdnad

Nivå och poäng: Fördjupningsnivå 1, 10 poäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Gunilla Carlsson

Examinator, datum och underskrift (uppsatsen godkänd)

.....
Datum Namn
Namnförtydligande:

Sammanfattning

Ett hjärtopererat barn vårdas på barnintensivvårdsavdelningen. Den postoperativa vården kräver högspecialiserad teknisk apparatur och personalen är specialistutbildad på barn och intensivvård. Arbetstempot är högt och det ges inte mycket tid för reflektion. De hjärtopererade barnen är svårt sjuka och det är av stor vikt att det finns kvalificerad personal som vårdar barnen. Genom vårdvetenskaplig forskning ökas kunskapen om patientens lidande och genom vårdandet kan välbefinnandet öka för människan i olika livssituationer. Det är viktigt att sjuksköterskor är väl medvetna om barnens upplevelser, reaktioner och rättigheter under sjukhusvistelsen. Målet med vårdandet är att minska lidandet för barnet och därmed uppnå ett välbefinnande. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor bedömer sövda hjärtopererandebarns välbefinnande. Fem sjuksköterskor ingick i denna studie som är kvalitativ. Den metod som användes vilar på en livsvärldsteoretisk grund. Det är genom sjuksköterskornas beskrivningar av sin livsvärld som forskningsfrågan kan närmas. Sjuksköterskorna observerades under vårdssituationer då de utförde bedömningar. Anteckningarna från observationerna användes för att vara till hjälp under intervjun som skedde på barnintensivvårdsavdelningen. Intervjuerna bandades och transkriberades ord för ord. Resultatet av sjuksköterskornas beskrivningar presenteras i fem teman:

”Sjuksköterskors bedömning av barns upplevelse av smärta och obehag”, ”Miljöns betydelse”, ”Vårdare- anhörigrelationens betydelse”, ”Kroppslig beröring” och ”Erfarenhetens betydelse”. Resultatet visar att sjuksköterskorna framförallt ser på barnen och genomför sina bedömningar. Sjuksköterskorna beskriver att miljön på rummet och hur barnen ligger i sängen har betydelse för om barnen upplevs ha välbefinnande. Om barnet har smärta eller obehag kan det inte uppleva välbefinnande enligt sjuksköterskorna. Den tekniska apparaturen är ett hjälpmedel och erfarenheten av att tidigare vårdat sövda hjärtopererade barn hjälper sjuksköterskan i sina bedömningar.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtopererade barn	2
Bedömning	2
Tyst kunskap	3
Livsvärldsperspektivet	3
Sövda människors livsvärld	4
Barns lidande.....	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Livsvärldsansats.....	6
Förförståelse	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Observationer.....	7
Intervjuer.....	8
Dataanalys	8
RESULTAT	9
Sjuksköterskornas bedömning av barnens upplevelser av smärta och obehag	9
Miljöns betydelse.....	12
Betydelsen av relationen mellan sjuksköterska och anhörig	14
Kroppslig beröring	15
Erfarenhetens betydelse	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
REFERENSER	23
Bilaga 1	255

INLEDNING

Inom intensivvård vårdas allvarligt sjuka och nyopererade patienter. Personalen som arbetar inom intensivvård måste under sitt arbetspass ha ständigt hög beredskap för att något skall hända. I Sverige utförs hjärtoperationer på barn vid Lunds universitetssjukhus och i Göteborg på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Den postoperativa vården efter en hjärtoperation sker på intensivvårdsavdelningen. De opererade barnens ålder varierar mellan 0-16 år. Flera av patienterna på barnintensivvårdsavdelningen har genomgått en hjärtoperation och vårdas postoperativt på avdelningen. Efter hjärtkirurgin ligger de i respirator sövda med smärtstillande mediciner och sedativa mediciner. Där arbetar sjuksköterskor samt barn- och undersköterskor i parvård med en patient under de första ofta kritiska timmarna efter operationen. Intensivvården kräver medicinsk kunskap och vårdandet kräver hög specialiserad vård med mycket teknisk apparatur. På grund av patientens tillstånd kommer den medicintekniska apparaturen att betyda mycket för vårdaren. Det finns risk att den tekniska delen av vården blir så dominerande att den vårdvetenskapliga aspekten kommer i bakgrunden.

Utvecklingen inom barnsjukvård går hela tiden framåt och vårdpersonal behöver ökade kunskaper om barns behov och upplevelser på sjukhus. Genom vårdvetenskaplig forskning ökas kunskapen om patientens lidande och genom vårdandet ökar välbefinnandet för människan i olika livssituationer. Det är viktigt att sjuksköterskor är väl medvetna om barnens upplevelser, reaktioner och rättigheter under sjukhusvistelsen. Detta för att vårdpersonal ska kunna ge barnen en så bra vård som möjligt utifrån deras livsvärld. Barn reagerar och uttrycker sig olika beroende på deras utvecklingsnivå. Barnens lidande ser olika ut, det är en subjektiv känsla. De sövda nyopererade barnen förmedlar på olika sätt sitt lidande. Barnen upplever ofta smärta efter det operativa ingreppet och efter kvarvarande slangar och katetrar. Sjuksköterskor bör vara medvetna om att barn upplever, uttrycker och förmedlar smärta på ett annorlunda sätt jämfört med vuxna.

BAKGRUND

I bakgrunden behandlas de faktorer som kan påverka sjuksköterskans vårdande handlingar och hur barns lidande kan se ut. Reflektioner görs omkring livsvärldsperspektivet och sövda patienters upplevda livsvärld.

Hjärtopererade barn

Hos barn är det framför allt medfödda defekter i hjärtat som leder till att de behöver opereras. Missbildningarna kan vara små som t.ex. PDA (persisterande ductus arteriosus) eller ASD (atrium septum defekt) de barnen kräver oftast inte stora resurser från barnintensivvårdsavdelningen. De barnen som föds med bara en kammare och kärllmissbildningar är ofta mycket vårdkrävande på intensivvårdsavdelningen. Hjärtoperationer på barn kan delas in i slutna hjärtoperationer där bröstbenet ej sågas itu eller öppna operationer. Den öppna operationen innebär att bröstbenet blivit itu sågat för att därefter sys samman igen. Vissa patienter kan ligga på intensivvårdsavdelningen med s.k. ”öppen sternum” det vill säga att de inte sytt ihop bröstbenet. För att bedriva den specialiserad vård postoperativt som operationen kräver har barnen flertalet katetrar som kopplas till en monitor på intensivvården (Rogers & Helfaer, 1995).

Bedömning

Bedömningen av patientens situation med utgångspunkt för hälsans och lidandets substans består av två delar menar Wiklund (2003). Den första är datainsamlingen där sjuksköterskan ska försöka förstå patienten genom historiska och aktuella data. Syftet med datainsamlingen är att samla tillräckliga och adekvata data. Sjuksköterskan använder flera sinnen och sin intuition för att bedöma patienten. Det är viktigt att rimligheten speglas mot en teoretisk kunskap och att sjuksköterskan kan distansera sig från sin egen förförståelse. Under datainsamlingen kan flera instrument komma till användning för att underlätta bedömningen. Instrumenten kan vara både tekniska och/eller teoretiska. Genom att sjuksköterskan kopplar samman sina iakttagelser och relaterar dem till en referensram, fördjupas förståelsen för patienten. Sjuksköterskans teoretiska kunskap speglar dataanalysen (Wiklund, 2003). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, och Fagerberg (2003) hänvisar till Lehtinen som bland annat diskuterar sjuksköterskans ”kliniska blick”, ett uttryck som vanligtvis används för att beteckna en förmåga att göra en snabb helhetsbedömning av patienten. Enligt Lehtinen skaffar sig sjuksköterskan den erfarenheten efter en tids yrkesutövande. Wireklint-Sundström (2005) har i sin studie beskrivit hur sjuksköterskan genomför bedömningar och att bedömningen av patienten är centralt i vårdandet. Forskning av Benner, Tanner och Chesla (1999) visar att erfarenheten utvecklar sjuksköterskornas kompetens när det gäller att hantera välbekanta situationer. Inom intensivvården påvisar forskarna sambandet mellan erfarenhet och kunskapens betydelse för sjuksköterskorna i vårdandet. Herbig, Bussing och Evert (2000) visar i sin forskning att erfarna sjuksköterskor använder sin känsla vid bedömningar för att finna information om patienten. I sin avhandling beskriver Wireklint-Sundström (2005) att bedömning betraktas som en tolkande process i vårdandet enligt Malterud. Det gäller att kunna skilja normalt från onormalt, vanligt från ovanligt och förväntat mot oförväntat. Wireklint-Sundström hänvisar vidare till tidigare forskning av Lynehamn som påvisar

att sjuksköterskor förlitar sig i första hand, på sina iakttagelser beträffande hur patienter ser ut när de gör sin bedömning.

Tyst kunskap

I vårdandet finns en dimension av kunskap som inte så lätt låter sig fångas eller beskrivas. Det finns flera teorier som behandlar kunskapens s.k. tysta dimension, den dominerande i detta sammanhang är Polanyis teori om erfarenhetskunskap. Han menar att all kunskap vilar på ett fundament av tyst kunskap. Kunskapen är en process och ett samspel mellan individ och kultur. Den är personlig och kulturbunden, dvs. en blandning av traditionella och individuella bidrag. Polanyi menar att individens tradition, förnuft och subjektivitet förs samman till en personlig kunskap. Föreställningar, värderingar, känslor, attityder och färdigheter kan också innefattas i individens kunskap (Polanyi, 1998). Erfarenhets kunskap kan vara ett förhållningssätt till arbetet och vårdaren kan göra ställningstaganden och vidta åtgärder, även om inte varje steg i handlingen alltid kan beskrivas (Wireklint-Sundström, 2005). Ekebergh (2001) konstaterar att människor vet mer än vad de kan uttrycka, vilket innebär att yrkesmässiga färdigheter inte kan eller endast med möda uttryckas i ord. Kunskapen finns inneboende i handlingen och det kan ställa till problem vid kunskaps överföring. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2001) menar att tyst kunskap kännetecknas av att vara oreflekterad och oartikulerad, och därmed svår att kontrollera i vårdande.

Livsvärldsperspektivet

Livsvärld är ett begrepp som kommer ifrån fenomenologin och ur detta begrepp går inte värld och liv att skilja åt. Det vi möter i världen av ting, människor och företeelser erfars på ett speciellt och uniksätt av varje människa i livsvärlden. Dahlberg et al. (2003) refererar till filosofen Merleau-Ponty som menar att kroppen på ett fenomenologiskt plan är ett medel med vars hjälp människan förhåller sig till omvärlden och att kroppen är ett subjekt. Livsvärldsperspektivet innebär att beakta patienters (vårdares eller anhörigas) sätt att uppfatta sin situation i vårdandet samt att vårdarnas förmåga till "närvaro" i mötet med öppenhet och följsamhet för att förstå hur patienten erfär situationen (Wiklund, 2003). Trots negativa omständigheter har vårdaren en strävan att hjälpa patienten att kunna uppleva ett välbefinnande skriver Wireklint-Sundström (2005). Dahlberg et al. (2003) menar att livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå och beskriva samt analysera världen som den erfars av människor. Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet tar för given. "Livsvärlden är således något mer och annat än summan av fysisk fakta" skriver Bengtsson (1998, s.18). Den vårdvetenskapliga kunskapen polariserar inte den medicinska i ett vårdande förhållningssätt utan det är patientens upplevelser som är vägledande i vårdandet. Med livsvärlden som ansats problematiseras den medicinska kunskapen ur patienten och vårdvetenskapens perspektiv anser Dahlberg et al. (2003). Centralt för livsvärlden är att den är "oupplösligt förbunden med ett subjekt, nämligen med det subjekt som erfär den, lever och handlar den" (Bengtsson, 1998, s 19).

Sövda människors livsvärld

Sövda patienters livsvärld skiljer sig från vakna patienter då de inte kan se, höra känna, lukta eller smaka på världen. De kan inte kommunicera ”normalt” om sina upplevelser med personer i sin omgivning. Sövda patienter har inte tillgång till sin livsvärld på samma sätt som när de är vid medvetande (Dahlberg et al., 2003). För att underlätta för patienterna att sova måste ljud och aktiviteter runt patienten begränsas så mycket som möjligt. Vårdåtgärderna koncentreras där ex. bäddning, temptagning och vändning sker vid samma tillfälle. Personalen bör begränsas i antal på vådrummen och ljuden dämpas under tiden patienten ska sova menar Bergbom- Engberg och Hallenberg (1981).

Dahlberg et al. (2003) menar att medvetlösheten kan jämföras med drömmen där en omstuvning av verkligheten sker och ofta förvrängs verkligheten till ond och bisarr. Sövda personer ska bemötas som människor vid medvetande. Det betyder att vårdandet präglas av samma omsorg i tal och handling, och med samma värdighet och integritet som om patienten vore seende, hörande och rörlig. Vårdaren måste vara kreativ att hitta andra sätt att kommunicera med och förstå patienten. Sjuksköterskan måste vara öppen och följsam för personer vars sätt att uttrycka sig skiljer från det ”vanliga”. Vi får omedelbart inte tro att till exempel barns upplevelser är felaktiga och irrelevanta bara för att de använder andra uttrycksätt och ord än vad vi är vana vid (Dahlberg et al., 2003). Samspelet mellan patient och vårdare får en avgörande betydelse i omvårdnadsarbetet för att uppnå det syfte man har med vården. Vårdaren har egna behov, önskemål, tankar osv. som påverkar detta samspel. I vårdrelationen krävs ett personligt engagemang och känsla. I vårdandet av en patient i respirator har vårdaren makten över patienten och dennes liv. Patienten är helt utelämnad och risk finns att samspelet mellan vårdare och patienter sker på vårdarens villkor. För personalen är det svårt att engagera sig i varje patient och möta deras personligheter beroende på korta vårdtider, ständigt högt arbetstempo och utförandet av mängder med arbetsuppgifter som kan vara livsnödvändiga för patienten. Författarna framhåller att om kontakten och samspelet präglas av respekt, ömsesidighet och acceptering kan relationen mellan patient och vårdaren i sig vara behandlande. (Bergbom- Engberg & Hallenberg, 1981).

Barns lidande

Öhle'n menar att det är omöjligt att räkna upp vad det är som orsakar lidande, eftersom det som avgör om en händelse eller förlust skall orsaka lidandet är vad den betyder för den drabbade personen själv. Lidandet saknar ofta språkliga uttryck, vilket gör den lidande personen oförmögen att delge andra sina upplevelser. Personer kan berätta om sitt lidande i uttryck som alldagliga, fantasifulla, verbala såsom icke-verbala språkformer. Lidandet lindras dels mellanmänniskt med professionella vårdare och av närståendes vårdande omsorg dels genom personens egna sätt att förhålla sig till och lindra sitt lidande.

Lidandet kan beskrivas som människans kamp för livet enligt Öhle'n (Bengtsson, 1999).

Olsson och Jylli (2001) menar att barns smärta skiljer sig från vuxnas. En bedömning av barns smärta är därför annorlunda jämfört med vuxna på grund av att barn inte lika bra som vuxna kan uttrycka sin smärta verbalt. De smärttillstånd som barn kan drabbas av kan se annorlunda ut jämfört med vuxna. Framför allt har barn ett annorlunda sätt att tolka och värdera smärtan de utsätts för. Wiroonpanich och Stickland (2004) har kategoriserat de icke-verbala beteendena i gråt med eller utan tårar, tysthet, grimaser (ansiktsuttryck) samt kroppsspråk. Att uppfatta och lindra barns smärta bör därför vara en utmaning för sjuksköterskan. I amerikansk barnintensivvårdslitteratur beskrivs hur barn vårdas på intensivvårdsavdelningar i respirator efter öppen hjärtoperation. Här beskriver författarna grundligt den postoperativa övervakningen av de hjärtopererade barnen efter ankomsten till intensivvårdsavdelningen. Patienten kopplas till en monitor som kontinuerligt mäter EKG, temperatur, blodtryck, centralt ventryck, pulmonalis artär tryck, koldioxidutsöndring och syrgasmättnad. Dränageförluster och urinutsöndring mäts initialt varje kvart. Patienten kopplas till respirator och provtagningar sker kontinuerligt av elektrolytbalans, blodvärde, blodsocker, infektionsprover, koaguleringsprover och syrabasstatus (Rogers & Helfaer, 1995). Vårdaren mäter kliniskt och observerar data av en patients tillstånd på olika sätt för att öka den professionella vården menar Wiklund (2003).

PROBLEMFORMULERING

Patienterna som vårdas på en intensivvårdsavdelning har ofta livshotande sjukdomstillstånd eller är nyopererade. De flesta vårdas i respirator och är nedsövda. På intensivvårdsavdelningen för barn är vårdpersonalen specialistutbildade inom intensivvård eller barnsjukvård. Många har lång erfarenhet av att vårda svårt sjuka barn. Sjuksköterskorna inom barnintensivvården får erfarenhet och kunskap av att bedöma och vårda barnen. Ofta är det den dolda och tysta kunskapen som sjuksköterskorna använder sig av i sitt vardagliga arbete. De barn som kommer till intensivvården efter en öppen hjärtoperation vårdas sövda efter operationen från något dygn till flera veckor. Vårdpersonalen arbetar med att analysera tecken på lidande som barnen kan uppleva efter en operation. Målet med att vårda är att minska patientens lidande och det ska vara drivkraften för att en vårdrelation ska uppstå. Det känns angeläget att beskriva hur sjuksköterskans bedömning av hjärtopererade barns välbefinnande ser ut, för att bidra till minskat lidande hos barnen.

Forskningsfråga:

Hur bedömer sjuksköterskor hjärtopererade sövda barns välbefinnande?
Vad bedömer sjuksköterskorna som välbefinnande?

SYFTE

Syftet är att beskriva hur sjuksköterskor bedömer hjärtopererade sövda barns välbefinnande. Syftet är också att beskriva vad de bedömer som välbefinnande hos de sövda hjärtopererade barnen.

METOD

Genomförandet i föreliggande analys var kvalitativ. För att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter krävs att forskaren går till sjuksköterskornas livsvärld och till deras levda erfarenheter. Utifrån detta perspektiv valdes observationer och intervjuer som datainsamlingsmetod. Genom den kvalitativa intervjun vänder sig forskaren till människors livsvärld menar Kvale (1997). Dahlberg (1997) menar att forskaren skall ha en öppenhet och "gå till sakerna" direkt genom att utgå från ett livsvärldsperspektiv och möta intervjupersonen som ett subjekt. I denna analys innebär det att ge sjuksköterskor en möjlighet att uttrycka sina upplevelser av att bedöma sövda hjärtopererade barns välbefinnande.

Livsvärldsansats

För att förstå mänskliga upplevelser och beskriva dess innebörd har en metod med livsvärldsansats valts. Sjuksköterskornas livsvärld ska härigenom lyftas fram och deras upplevelser och erfarenheter synliggörs och problematiseras. Studien kommer därav att vara kvalitativ. Sjuksköterskans sätt att bedöma det sövda barnets välbefinnande beskrivs i studien. Ambitionen med denna forskningsansats är att öppet och följsamt förhålla sig till informanten och den upplevda erfarenheten av hur sjuksköterskor bedömer sövda hjärtopererade barn. Det krävs intresse och lyhördhet för att kunna ta del av individens livsvärld så att sjuksköterskornas bedömning av välbefinnande kan visa sig enligt Dahlberg (1997). Dahlberg (1997) refererar till Merleau-Ponty som betonar att ett fenomenens egentliga innebörd eller mening alltid är inbäddad i människans existens, dvs. det är en levd innebörd och inte en intellektuellt konstruerad mening. Följaktligen kan innebörder endast nås genom konkreta erfarenheter och upplevelser, så som det är i livet. Genom beskrivning av den konkreta situationen fångas även det som finns inom och omkring individen såsom tankar, känslor, historia kultur osv. (Ekebergh, 2001). Polanyi (1998) menar att individen för samman tradition och subjektivitet till en personlig kunskap, vilken ofta även innefattar föreställningar, värderingar, känslor, attityder och färdigheter.

Förförståelse

Min erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska inom barn intensivvården finns med mig och kan inte suddas ut, istället har jag strävat efter att medvetandegöra denna förförståelse. Enligt Dahlberg (1997) är förförståelsen den bakgrundskunskap och den kontextuella kunskap som behövs för att något över huvudtaget skall förstås. Det handlar om att lägga band på och tygla sin egen förståelse och vara öppen och följsam mot det som visar sig. Tyglandet innebär en distansnerande hållning. De egna föreställningarna, kunskaperna och idéerna om livsvärlden hålls tillbaka. (Dahlberg et al., 2001). Genom att tygla förförståelsen kan vi hindra den från att okontrollerat ta över förståelseprocessen och det är genom denna medvetenhet som det blir möjligt att öppet och följsamt gå till "sakerna". Ekeberg (2001) hänvisar till Merleau-Ponty som beskriver reflektion som inte bara en kognitiv funktion utan som en helhetsakt. Den inbegriper människan i sin levda existens, något som människan lever igenom.

Urval

Informanterna bestod av sjuksköterskor från en barnintensivvårdsavdelning i västra Sverige. Alla är specialist- utbildade inom intensivvård och/eller barn- och ungdomssjukvård. Vårdenhetschefen eller sektionsledaren har valt ut aktuella sjuksköterskor för studien. I studien ingick totalt fem informanter. Kravet för att delta i studien var att sjuksköterskorna skulle ha bedömt sövda barn minst i två år. Det var fyra kvinnor och en man som intervjuades, de har arbetat på avdelningen från två och ett halvt år till 21 år. Studien genomfördes på en barnintensivvårdsavdelning i västra Sverige. Studien pågick 2007 från vecka 9 till 12. Vårdenhetschefen på den aktuella avdelningen har godkänt studien.

Datainsamling

Verksamhetschefen och jag informerade muntligt om studien i samband med ett arbetsplatsmöte. Skriftlig information sattes upp på sjuksköterskornas informationstavla samt i pärmen för information till övrig personal (bilaga 1). När intervjuaren fått informanternas samtycke till studien bestämde vi tid för observation och intervju.

Observationer

Observationernas syfte var att iaktta sjuksköterskorna när de genomförde vårdhandlingar på barnet för att eventuellt få ett underlag till intervjutillfället. Wireklint-Sundström (2005) beskriver att analysen av de nedtecknade observationerna innebär att genom gestaltning återge hur bedömningen genomfördes. Detta vill säga hur bedömningen kom till uttryck i vård situationer på barnintensivvårdsavdelningen. Intervjuaren skrev ned anteckningar som sjuksköterskorna fick reflektera över under intervjun. Sjuksköterskan gör vid början av sitt arbetspass en grundlig genomgång av barnets tillstånd. Intervjuaren hade inte möjlighet att närvara vid de tillfällena utan

observerade sjuksköterskan när hon genomförde observationerna på barnet under det postoperativa förloppet. Observationerna tog mellan 5-25 minuter.

Vårdenhetschefen eller sektionsledaren rekommenderade mig att observera dag-sjuksköterskorna under deras eftermiddags pass, då avdelningens verksamhet bäst tillåter det. Nattsjuksköterskornas observation skedde i samband med att de gick på natt passet. Sektionsledaren tilldelade den aktuella sjuksköterskan det nyopererade hjärtbarnet där observationen skulle äga rum. Den skriftliga informationen upprepades muntligt vid intervjutillfället. Målet var att sjuksköterskan vid observationstillfället vårdade ett barn som hjärtopererats samma dag.

Intervjuer

Den intervjumetod som användes i föreliggande analys motsvarar Kvaales (1997) "kvalitativ forsknings intervju", och benämns "the reflective dialogue" av Dahlberg et al. (2001). Intervjumetoden har varit att från ett livsvärldsperspektiv få sjuksköterskorna att beskriva hur de upplever de sövda hjärtbarnens välbefinnande.

Intervjuerna genomfördes i lugn avskild miljö i anslutning till avdelningen. Sjuksköterskorna var i tjänst men inte patientansvariga. Samtliga intervjuer genomfördes omedelbart efter att jag observerat sjuksköterskorna. Intervjuerna startade med frågor jag fått från mina observationer. Jag frågade t.ex. varför de lade handen på barnets panna när de kom in på salen eller hur de bedömer om barnet har ont. Följdfrågorna ställdes sedan följsamt efter sjuksköterskans berättelse så att de fick beskriva hur de upplevde situationen. Exempel på följdfrågor var: Hur menar du då? Och kan du berätta mer om det? Syftet med följdfrågorna var att stimulera till en fördjupning och reflektion av sjuksköterskornas upplevelser av att bedöma barnen. Genom reflektion kan sjuksköterskan komma åt och sätta ord på sina erfarenheter. Intervjuerna spelades in på band och tog mellan 35-55 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant med pauser, tveksamheter, skratt och liknande uttryck.

Dataanalys

Dahlberg (1997) menar att syftet med analysen är att beskriva, förstå och tolka data. Vidare menar hon att de ska sammanställas så att de kan hanteras och presenteras och beskrivas med ny förståelse. Metoden kräver att analysen genomförs i ett antal faser. Enligt Dahlberg (1997) ska datamaterialet som analyseras ur ett livsvärldsperspektiv innebära en öppenhet och följsamhet inför hur sjuksköterskornas upplevelser visar sig. Datamaterialet har lästs under en bekantningsfas så att jag fått en helhetsuppfattning. Dahlberg (1997) menar att när forskaren med enkelhet kan beskriva de olika intervjuerna är det dags att gå vidare. När texten upplevts som en helhet har jag påbörjat en uppdelning av meningsbärande delar. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv har det funnits delar som sammanfaller med varandra och andra delar som visar skillnader på hur bedömningarna kan se ut. Dahlberg (1997) kallar detta den analyserande fasen. De olika delarna markerades och gav där efter en uppdelning av texten i s.k. meningsbärande enheter. Dahlberg (1997) menar att resultatet av databearbetningen

innebär att det till text överförda materialet är kategoriserat med avseende på upplevelser. Analysarbetet resulterade i fem teman som utgör beskrivningar av hur sjuksköterskor bedömer sövda hjärtopererade barn. Innehållet i texterna relateras till den ursprungliga datatexten genom citat från intervjuerna.

RESULTAT

Resultatet i sjuksköterskornas beskrivningar presenteras med följande fem teman: "Sjuksköterskornas bedömning av barnens upplevelser av smärta och obehag", "Miljöns betydelse", "Betydelse av relationen mellan sjuksköterska och anhörig", "Kroppslig beröring" och "Erfarenhetens betydelse". Sjuksköterskornas beskrivningar av sina upplevelser i teman exemplifieras och förtydligas genom citat från intervjuerna. Vidare används begreppet sjuksköterska om inte sammanhanget kräver att specifika yrket som läkare eller barn-och undersköterska anges. Begreppet anhörig används som samlingsbegrepp för förälder, närstående eller liknande.

Sjuksköterskornas bedömning av barnens upplevelser av smärta och obehag

Att barnen inte ska ha ont är en av de allra viktigaste parametrarna anser alla intervjuade sjuksköterskor. Vidare var alla eniga om att det inte finns ett barn som har smärta som känner välbefinnande. På intensivvårdsavdelningen prioriteras därför att barnen ska ha så lite ont som möjligt. En upplevelse är att barnen kan vara sövda men ändå ha så ont att de ser ut att ligga en halvmeter över sängen. De nyopererade hjärtbarnen upplevs ha jätteont det första postoperativa dygnet vilket av en sjuksköterska beskrivs såhär:

Det måste göra ont att ligga med öppen sternum som en del barn gör. Jätteläskigt när allt vaggar runt. Man får hoppas att obehaget är så litet som möjligt. Man kan ju inte plocka bort slangar innan det är dags, då får man försöka lindra så gott det går.

Hur vet då sjuksköterskorna att barnen har ont? I första hand tittar de efter synliga tecken på smärta till exempel om barnen grimaserar eller inte, om barnet är späänd i kroppen eller inte, knyter fingrarna eller om de krummar tårna. Här kommer två exempel på hur olika bedömningar kan se ut:

De kan ligga och ha jättefint blodtryck och puls och inte se ut att ha särskilt ont men tittar man under täcket ligger de kanske och svävar med benen.

Blodtryck och puls var precis som de var innan. Andningsfrekvensen var som innan. Hon knep inte med tårna eller fingrarna och inte heller grimaserade hon. Men när jag kände på henne var hon lite mer späänd och hade en ökad muskeltonus i kroppen än vad

hon hade tidigare. Andetagen var lite mindre men hon följde respiratorn. Tidalvolymen var mindre. Poxen började gå ned. Barnet reagerade positivt på lite smärtstillande.

Sjuksköterskan ovan bedömer även barns smärta genom att känna på dem.

Andra bedömningskriterier kan vara att se om barnen andas mycket och oregelbundet eller eventuellt håller andan. Parametrar som förhöjd hjärtfrekvens och blodtryck kan också vara tecken på smärta men flera uttrycker att det inte är den tekniska apparaturen man tittar på i första hand.

Sjuksköterskorna känner ett stort ansvar att delta i barnens dagliga omvårdnad där det ges flera bra tillfällen att upptäcka om barnet har ont. Ett exempel är vid vändningar då det går att observera om barnet verkar reagera med obehag eller smärta.

Sjuksköterskorna berättar att de utbildas kontinuerligt i smärttolkning och metoderna förnyas ständigt, på barnintensivvårdsavdelningen används skalorna Comfort och VAS. Comfort är en sedationsskala och VAS är en visuell skala. För att få en så bra bedömning som möjligt av de sövda barnen kombinerar vårdarna dessa skalor. Några av de intervjuade sjuksköterskorna använder inte alltid skalorna vid smärtbedömningar utan gör sina smärtbedömningar utan hjälp av de rekommenderade skalorna.

Under intervjuerna framkom upplevelsen av vissa svårigheter med skalorna. Bland annat anses att det är många parametrar som ska bedömas vilket kan göra att de blir svårarbetade. En sjuksköterska uttryckte sina känslor inför svårigheterna med skalorna så här:

Sederingskalan är jag jättedålig på men barn- och undersköterskorna är jätteduktiga.

Åsikter som framkom var att det blir en väldigt subjektiv tolkning av hur ont sjuksköterskorna eventuellt tror att barnen har. De beskriver att de VAS-bedömer barnen och flera sjuksköterskor inte litar på sin egen förmåga att smärtskatta. Detta gäller framför allt de små och sövda barnen. En del sjuksköterskor anser att VAS som ensamt instrument kan fungera på större och vakna barn som själva kan vara delaktiga.

Hos de nyopererade sövda hjärtbarnen tolkas de flesta tecknen på obehag som smärta. Sjuksköterskorna tror inte att de kan ta bort allt obehag därmed inte sagt att de inte försöker lindra obehaget. De tror att de kan hjälpa till att minimera obehaget hos de allra minsta men tyvärr kan inte allt lindras. De framkom att sjuksköterskorna försöker tillgodose de nödvändigaste primära behoven så att barnen inte ska känna sig hungriga och kissnödiga. Ibland bedömer de att barnen kissar för mycket "blir torra som russin" och därav bli de törstiga och lider av det. De sövda barnen beskrivs ha en tub i halsen som är obehaglig. Av den får de kvälj och kräkningskänsla. De har slangar och katetrar som bedöms svida och tape som kliar. Sjuksköterskorna upplever att de riktigt små barnen kan ha god smärtlindring av mat eller sockerlösning. De lite större barnen upplevs ha mer illamående postoperativt, de ulkar, grimaserar och har inte lika bra lindrande effekt som de små barnen av mat. De beskriver också att mycket kan tolkas som obehag hos barnen, men att allt kanske inte gör ont. Att mista rörelsefrihet och att ligga nedsövd i respirator samt att ha en massa slangar och inte förstå omgivningen ger

snarare tecken på missnöje och obehag än smärta hos barnen. En sjuksköterska beskriver de obehag som hon bedömer att barnen visar och som hon har svårt att lindra så här:

...sedan finns det sådant som vi inte kan uppfylla här på barniva. Vi kan inte få barnen att känna sig delaktiga och att de bestämmer över sig själva. Vi vill inte att de ska känna sig överkörda och vi vill att de ska få sina behov som barn uppfyllda, men det är omöjligt på barniva. Att få ligga hos mamma och pappa istället för att vara här går inte att jämföra.

Sjuksköterskorna påtalar under intervjuerna att tiden har en betydande del i hur vårdandet kan se ut. Ofta är det stor tidsbrist som råder och sjuksköterskorna känner sig otillräckliga. Platsbeläggningen på avdelningen är ofta mer än full och fler knackar på dörren för att komma in. Den intervjuade personalen beskriver att de inte kan påverka platssituationen utan de svårt sjuka barnen måste givetvis tas emot på barnintensivvårdsavdelningen för den specialiserade vård som bedrivs där. Många gånger har eftervårdsavdelningarna fullbelagt och kan inte ta emot de intensivvårdsbehandlade barn som är färdigbehandlade. Sjuksköterskorna beskriver att pressen på dem ökar och otillräckligheten inför att vårda barnen blir påtaglig. Nedan beskriver en sjuksköterska hur vården drivs på grund av ökat tryck på avdelningen och hur hon upplever det:

Jag kan känna ibland hur snabba vi är på att extubera patienterna för att vi har för få platser och patienten ska till avdelningen. Vi extuberar dagens hjärta som kan vara en liten bäbis samma dag som operation. Vi stänger av morfinet, får dem att vakna med ett smärtgenombrott utan dess like. Det känns inte bra, men det har jag varit med om ett par gånger.

Sjuksköterskorna berättar att de inte vill sedera och smärtstilla barnen mer än deras bedömningar kräver. Det är ingen som vill ha barnen sövda om inte situationen kräver det. Sjuksköterskorna uttalar en stor ambition om att barnen ska må bra. Ibland känner sjuksköterskorna att de behöver ifrågasätta och gå emot ordinationer för att barnen ska må bra. Sjuksköterskorna berättar att de har en kommunikation med läkarna kring omvårdnaden av barnen och de upplever att läkarna kan ha svårt att se barnens behov. Platsbristen leder ibland till att läkare vill skicka barnen till vårdavdelning tidigare än vad sjuksköterskor bedömer möjligt. Ibland får sjuksköterskorna meddela läkarna att barnen har för ont och att de inte vill sänka smärtstillande medicinen. Ibland kan de vägra och gå emot läkarens ordinationer. Sjuksköterskan har gjort en bedömning att barnet har ont och behöver sin smärtlindring. Så här beskriver en sjuksköterska:

Man vägrar sänka. Ni kan ju ordinera men jag gör tvärtemot, det är fortfarande ingen som har halshuggit mig. Läkaren kan säga att ett barn ska vara mera vaket och inte få någon mat. Det går ju an för honom som inte är hos barnet mer än några minuter, vi och föräldrarna kan se hur barnen lider när de vaknar för snabbt.

De intervjuade känner ett behov av mer tid för reflektion när de vårdar svårt sjuka barn. När de reflekterar beskriver de en känsla av att bli helare som sjuksköterska.

Sjuksköterskorna försöker lindra kända obehagliga handlingar i förebyggande syfte. Genom att se till att barnen är väl sövda minskas de hostningar och ulkningar som barnen kan framkalla vid sugning. Sugningar är en återkommande vårdhandling som upplevs som obehaglig hos barnen. Vårdarna använder ett sugsystem som upplevs lättarbetat och minskar obehaget till ett minimum. Trots detta beskriver sjuksköterskorna att de suger bort massa luft eller all luft från barnens lungor. Barnen beskrivs som om de kvävs under sugningen. De beskriver sugningar som tortyr mot patienten, och uttrycker att barnens reaktioner på deras handlingar idag kommer att visa sig senare i livet hos barnen. Ögonblick av obehag tror de inte vid enstaka tillfälle har så stora konsekvenser men upprepas det under en längre tid som veckor kan det enligt en sjuksköterska lagras och poppa upp senare. De beskriver en oro för att barnen senare ska utveckla framtida men. Det kan beskrivas så här:

Vissa barn har man väldigt ont av det är inte rimligt allt man utsätter dem för. Mot vad det kan bli sedan...det är mycket lidande hos de hjärtopererade barnen. Framför allt tänker jag på dem som det blir komplikationer för. Det är ett lidande. Tortyr. Att göra små åtgärder många gånger blir tillslut plågsamt om man ska göra det upprepade gånger. Ibland kanske det inte blir mer än någon timma innan de dör, varför ska man hålla på. Det är ett lidande att hamna på sjukhus om man inte blir frisk är det då värt det.

Trots pågående morfininfusioner till barnen kan många smärtgenombrott uppstå och flera extra doser av smärtstillande kan behövas. Många gånger upplever sjuksköterskorna att den pågående medicineringen behöver ökas efter sina bedömningar. Men ibland kan de uppleva motstånd från läkare vilka ibland vill sänka smärtstillande på grund av lågt blodtryck. Sjuksköterskorna kan hamna i intressekonflikt vilket beskrivs så här:

Barnet har haft jätteont och jag har fått ge en massa extra. Läkarna kan föreslå mig att sänka morfininfusionen för att få upp trycket. Över min döda kropp! Då går jag ut därifrån. Smärta är det som är värst för dem. Det är A och O att de inte haft ont.

Miljöns betydelse

På barnintensivvårdsavdelningen beskriver sjuksköterskorna vikten av hur miljön påverkar patienternas välbefinnande. Sjuksköterskorna berättar att de tittar på barnet när de kommer in på salen. De ser hur barnet ser ut när det sover. De tittar mer på barnet än på den tekniska apparaturen för att bedöma hur barnets välbefinnande är. Sjuksköterskorna beskriver att målet är att barnen ska sova lugnt och miljön runt barnet ska vara lugn. Barnen ska ta emot andetag från respiratorn, det ska inte se ut som om luften trycks ned i barnet. De intervjuade upplever att belysningen ska vara dämpad på salen och om starkare belysning behövs täcker personalen över barnens ögon med en liten filt. Genom att observera barnet berättar sjuksköterskorna att de kan se gråten hos barnet utan att de kan höra den. Vidare berättar de att barnen ska ha ett utslätat ansiktsuttryck utan bekymmersfårer och grimaser. Barnen ska ligga avslappnat och får

inte röra sig oroligt i sängen men gärna ha små rörelser som barn gör normalt. De beskriver vikten av att det ser mysigt ut i sängen och att barnet har en filt på sig. Sjuksköterskorna berättar att de försöker lägga barnen inboade, även de större barnen. Sjuksköterskorna beskriver att barn inte vill sova nakna när de är friska, och att personalen i mesta möjliga mån försöker att de sövda barnen ska ha något på sig. Ibland kanske det inte går efter omständigheterna när barnet är så svårt sjukt att det måste övervakas hela tiden och det beskrivs av sjuksköterskorna som frustrerande. Sjuksköterskorna uppmuntrar anhöriga att ta med nallar eller andra personliga föremål till sängen hos barnet gärna ett kort på dem i hemmiljö, om det är större barn.

Det ska se skönt ut som man skulle vilja ligga själv. Att de ligger mysigt, de kan lika väl ligga hemma i sin säng. Så ska det se ut. Är det massa ljud på salen och barnet pillas på hela tiden så tror inte jag att välmåendet hos barnet är bra, även om alla parametrar ser bra ut. Ibland kan det vara för mycket, man tror inte att barnen mår bra subjektivt bara för att man ser på parametrar. Barnet sover djupt och har haft ont i magen i fyra timmar, då MAP sjunker som är en objektiv parameter men subjektivt mår barnet bättre än de senaste timmarna.

Så beskriver en sjuksköterska. Vidare berättar hon att barnens välbefinnande bedömer hon främst utifrån hur de ser ut när de ligger och sover:

Ett barn som ligger i sprättbåge och är stel som en pinne gör ont i mig att se, de ser inte lyckliga ut. Jag vill ändra läge i sängen, kanske vända dem eller ge dem napp. De barnen vill jag boa in och sedan leta efter orsaken till lidandet. Barnen ska ligga gott på sidan och halvsnutta i sömnen.

En annan sjuksköterska beskriver behovet av en bra miljö så här:

Vår ambition är att få barnen sådana att de kan ligga och titta lite. Att inte hela världens problem ser ut att vila på deras axlar, det ser ut så ibland. Det är viktigt att vi bygger bo åt dem och låter barnen vara ifred. De ska ligga lite omstoppade, liten kudde gärna en liten hemmafilt.

En sjuksköterska berättar att de riktigt små och för tidigt födda barnen vårdas enligt en modell som efterliknar livmodermiljön så kallad NIDCAP. Det innebär att personalen ger barnen mörker, fukt och tystnad i kuvöserna. Barnen ligger inpackade och har filter på sig. Sjuksköterskan beskriver att de tänder inte över en kuvös utan att täcka barnens ögon. Personalen på barnintensivvårdsavdelningen är väldigt medvetna om hur vårdandet av kuvösbarnen ser ut. Den intervjuade berättar vidare att de lite större barnen ligger i spjålsängar och där upplever sjuksköterskorna att det är svårare att få den ombonade, tysta och mörka miljö som barnen mår bra av när de vårdas sövda. En sjuksköterska berättade såhär:

Det ser så hemskt ut när de ligger i en stor gällersäng med alla extremiteter åt alla håll. De har inget täcke på sig för tempen visar 37,5 grader och den ska vara 37,0. Jag tror inte att treåringar gillar när det är stökigt och högljutt de vill ju också sova, det verkar som man glömmer det bara för att de inte vårdas enl. NIDCAP.

Det framkom att sjuksköterskorna tycker att nattpersonalen är bättre än dagpersonalen att tänka på miljön runt barnet. På dagen är det mycket som ska göras med barnen, undersökningar, omläggningar och nålsättningar osv. det är många som rör vid barnen hela tiden och det är korta stunder de får ro. Man är väldigt medveten om problemet med störande moment för barnen och mitt på dagen har avdelningen en timmas vila där barnen ska lämnas för att sova. Alla vårdåtgärder som kan förebyggas eller undvikas genomförs innan vilan t.ex. att se över alla larmnivåer och dra ned alla larmljud. Givetvis behöver små barn mer än en timmas vila om dagen och det är personalen medveten om. Sjuksköterskor beskriver att de är medvetna om problemen men att de inte alltid är duktiga på det. En sjuksköterska beskriver:

Under vilotimman drar vi ned på rummet, tar inga prover, ger inga mediciner, vänder inte barnen och suger inte. Ibland är vi dåliga på att hålla vilan, undersökningar görs, nya patienter kommer. Vi som jobbar är medvetna om detta och kan förskjuta vilan vid behov, till en stund senare. Alla barn som får sovmedicin behöver sova mycket.

Sjuksköterskorna upplever att miljön runt barnet även påverkar föräldrarna som uppskattar att det blir en hemlik miljö. Föräldrarna har lättare att se sitt barn när det ser ut som det sover hemma. Sjuksköterskorna känner att barnen påverkas av föräldrarnas sinnesläge och ber föräldrarna om tips på vårdhandlingar som kan öka barnens välbefinnande. Så här uttrycker en sjuksköterska:

Barnen påverkas av att det blir en hemlik miljö och de hör hur föräldrarna talar till dem. Jag brukar fråga hur barnet är hemma, om de har en favoritsida att ligga på. Ibland ber jag föräldrarna sjunga en sång som vi också kan sjunga för barnet, det kan minska sederingsbehovet. Barnet kan vara ett kolikbarn som kan lugnas enligt metoder som föräldrarna känner till.

Betydelsen av relationen mellan sjuksköterska och anhörig

Under intervjuerna beskriver sjuksköterskorna vikten av att ha en relation med barnens anhöriga på barnintensivvårdsavdelningen. De är eniga om att de anhöriga är en tillgång för de nyopererade barnen. De anhöriga kan ha svårt för att våga närma sig sina barn och sjuksköterskorna behöver hjälpa dem att se sina nyopererade barn. En sjuksköterska beskriver att hennes erfarenhet har visat att framför allt fäder har svårt att se sina hjärtopererade barn. Hon tror det är manligt att de tittar på den tekniska apparaturen i stället. Flera sjuksköterskor betonar vikten av att informera de anhöriga och försöka förklara hur de kan hjälpa sina barn på barnintensivvårdsavdelningen. En sjuksköterska berättar om sina erfarenheter:

Man kan märka att man går in i en vårdrelation och engagera sig mer än man brukar och föräldrarna får väldigt stort förtroende för mig. När man jobbar med barn så är föräldrarnas trygghet av stor vikt för att barnet ska må bra, inte enbart en del i sammanhanget. Informationen är den viktigaste delen för att få föräldrarna trygga. Informera på rätt sätt, inte nödvändigt proppa dem med information utan lugna dem med information på rätt sätt.

Nattpersonalen har inte lika mycket anhörigkontakt som personalen på dagen då föräldrarna sover i hemmet eller på närliggande hotell. I akuta situationer eller vid tillfälle där de anhöriga ses som en stor tillgång i vården av barnet tillkallas de av ansvarig sjuksköterska. Relationen med anhöriga kan många gånger bli intensiv och personligt berörande. Det är inte alltid sjuksköterskorna orkar gå in i den relationen utan beskriver det som en balansgång i hur mycket man ska gå in för att inte bli helt slutkörd. Orkar sjuksköterskorna gå in i relationen och få de anhörigas trygghet och förtroende utan att de tar med sig jobbet hem anser de det vara en bra balansgång. De hjärtopererade barnen har ofta sina anhöriga vid sängkanten många timmar på dygnet. I vissa situationer när barnen är dåliga kan sjuksköterskorna uttrycka att de får ta över vårdandet från de anhöriga. En sjuksköterska beskriver så här:

Man känner att man kör över föräldrarna och tar kommando över situationen, nu är det vi som sköter ditt barn. Du får lita på oss.

Vidare uttrycker hon att hon känner sig splittrad, att hon kan känna sig som den obstinata sjuksköterskan som säger till de anhöriga att de inte får röra sina barn. Hon menar att de av välmening hellre ska vara tysta och inte röra vid sitt barn. För att kunna tala om de för de anhöriga anser hon att sjuksköterskor behöver ha fingertoppskänsla. Hon beskriver vidare:

Det finns situationer när jag får väga in om ett barn kan lämna barnintensivvårdsavdelningen eller om det är så svårt sjukt att det kanske inte gör det. Vad spelar det då för roll om de pillar lite på sitt barn. Det finns nog ingen förälder i världen som inte vill sitt barns bästa.

Kroppslig beröring

Sjuksköterskorna berättar att de framför allt observerar barnen när de gör sina bedömningar. Andra sätt att bedöma barnen som sjuksköterskorna beskriver är att de rör vid dem. De intervjuade berättar hur de tar i barnen och vad som händer när de tar i dem. Sjuksköterskorna lyfter inte bara på täcket utan närmar sig barnet sakta och mjukt, innan de gör omvårdnadsåtgärder. När barnen ska vändas är de ofta två personal för att undvika det obehagliga för barnen inte för att det behövs styrkemässigt. Sjuksköterskorna upplever att de små barnen söker kroppskontakt. En beskriver det så här.

Vi kan inte ge kroppskontakt till barnen men vi kan hålla i handen. Det finns många gånger som det är bättre än sedering. De riktigt små barnen kan man klappa i rumpan och vyssja, stryka försiktigt över pannan med ett finger. Att hålla om huvudet och att krulla ihop dem har bra effekt.

Sjuksköterskorna beskriver att de känner en stor tillfredställelse i att lindra barnens lidande genom att ta i dem. När barnen somnar efter att vårdaren vyssjat dem behöver sjuksköterskan inte ge sedering och det upplevs väldigt positivt. Barnens lidande kan

tolkas av sjuksköterskorna som ensamhet och då är sedering inte bästa åtgärden utan att hålla i handen upplevs ha god effekt. En sjuksköterska berättar så här.

Det här barnet behöver man inte sedera, det är inte det som är problemet utan det är ett barn som är sällskapssjukt. Bara genom att lägga handen på huvudet lugnar sig barnet och när det somnar så tar jag sakta, sakta bort handen. Många gånger vill man inte sedera och man blir så nöjd när man ser att det fungerar med handen.

Sjuksköterskorna upplever sig otillräckliga inför att kunna ge barnen den kroppskontakt de söker. De svårt sjuka barnen kan ibland vara svåra att röra vid, sjuksköterskorna upplever att de kan bli mer oroliga av kroppskontakt. När sederingen är sista utvägen tar det många gånger lång tid innan den uppnår effekt enligt sjuksköterskorna. En sjuksköterska önskar att hon kunde slänga upp barnet över axeln. Det råder ofta tidsbrist på avdelningen och de intervjuade berättar att ibland ges sedering istället för att hålla om barnet. Sjuksköterskorna beskriver att föräldrarna är en tillgång i vårdandet av deras barn och ofta sitter de vid sitt barns säng och vill inget hellre än att hålla om barnet. Föräldrar som varit med sina för tidigt födda barn på sjukhuset en lång tid känner sina barns behov och kan vara till stor hjälp för vårdandet upplever sjuksköterskorna. Flera av de intervjuade berättar för föräldrarna hur de kan hjälpa sitt barn att komma till ro när de är oroliga genom att bara hålla handen. Enstaka föräldrar rör vid sina barn hela tiden och sjuksköterskorna berättar att de ibland får förklara att det bästa de kan göra är att hålla handen på sitt barn.

Erfarenhetens betydelse

Sjuksköterskorna beskriver att tidigare erfarenheter har stor betydelse i deras bedömning av barnen i olika vårdssituationer. De upplever att det är svårt att sätta ord på handlingar de gör men att det är mycket som görs av erfarenhet. Ofta är de inte medvetna om sin kunskap innan det uppstår en situation med en mindre erfaren kollega. Sjuksköterskorna upplever att de använder sig av varandras kunskap och erfarenhet för att klara av svåra situationer. Den mer erfarna personalen försöker hjälpa de mindre erfarna att se vissa patientproblem. De intervjuade berättar att de tipsar varandra om hur man kan lösa problem. Vidare berättar sjuksköterskorna att de inte upplever prestige i att fråga kollegor och att de ber dem att se på varandras patienter för att fyra ögon ser bättre än två. Nattsjuksköterskorna upplever att de ber varandra mycket om hjälp, de beskriver en viss känsla av att de är mera ensamma och utlämnade åt varandra än dagsjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna känner trygghet i att ha tidigare erfarenhet av barn med liknande diagnoser då de vet hur de brukar reagera. De erfar att ju längre man har jobbat desto lättare har de att bedöma barnen efter operation. Av erfarenhet har de lärt sig att se tidiga tecken på smärta hos barnen. En sjuksköterska beskriver upplevelsen nedan:

Det tog lång tid innan jag förstod att det var ont barnet hade. När jag till slut gav smärtstillande förstod jag att det var ont barnet hade och att barnet mådde mycket

bättre. Nu vet jag att dessa barn kan låsa sig om det inte mår riktigt bra och jag ser de tecknen tidigare idag.

En annan sjuksköterska berättar:

Jag vet att barnet kan ha ont efter en operation och vill inte sänka morfininfusionen som läkaren ordinerar. Jag vet att patienten får smärtgenombrott, av erfarenhet vågar jag gå emot läkarens ordinationer.

Efter mångårigt yrkesverksamt liv gör sjuksköterskor sina bedömningar genom att framför allt titta på barnen, berättar de under intervjuerna. Den tekniska apparaturen använder sjuksköterskorna som ett komplement. En del av de intervjuade sjuksköterskorna berättar att de inte använder sig av de smärt- och sederingsskalor som avdelningen tagit fram utan anser att de bedömer efter erfarenhet. Så här beskriver en sjuksköterska:

Jag har arbetat så länge så jag tycker att jag smärtskattar de sövda barnen hela tiden. När jag började som sjuksköterska smärtskattade vi inte barnen och det fanns inga bedömningsskalor. Vi hade inga övervakningsapparater jag lärde mig att titta på barnet och se hur allting var, om barnet hade ont eller vad det kunde vara. Jag har det i ryggen, men det är bra att det finns skalor så man är medveten om det.

Sjuksköterskor berättar att de ut efter sina objektiva bedömningar genomför åtgärder på barnen. Om den tekniska apparaturen visar stigande värde på puls och blodtryck kan de av erfarenhet i första hand misstänka att barnet har ont. Om blodtrycket sjunker objektivt på de sövda barnen beskriver sjuksköterskorna att de ibland avvaktar att åtgärda problemet. Sjuksköterskornas tidigare erfarenhet visar att blodtrycket ibland stiger utan åtgärd. Smärta bedömer de erfarna sjuksköterskorna på olika sätt. De intervjuade beskriver att de provar sig fram genom olika metoder för att se om de lindrar smärtan. Så här uttalar sig en av sjuksköterskorna:

Om det är magknip eller annan smärta bedömer jag nog efter erfarenhet, man ser att det kommer som intervaller eller i ett annat mönster. Man får testa t.ex. varmt på magen eller tarmsond, ibland hjälper det för att det ska bli lugnt. Ibland kan mat fungera. På små barn kan mat vara lika bra som sedering.

På barnintensivvårdsavdelningen beskriver sjuksköterskorna att de lär känna barnet de vårdar. Efter att de vårdat samma barn flera arbetspass har sjuksköterskorna lättare för att bedöma barnens olika beteende. De sjuksköterskor som tidigare har vårdat barn med liknande diagnoser har större möjlighet att av erfarenhet bedöma barnens välbefinnande. Här beskrivs svårigheten när sjuksköterskan får nya patienter:

Drogerna är det sista alternativet för att få barnet lugnt och tillfreds om jag känner det. Är det ett nytt barn kan det vara en för tidig åtgärd, och man vet inte vad som händer om man rör barnet.

Rapporterna vid passbyte beskriver sjuksköterskorna som en viktig del i informationen kring patienten. Sjuksköterskornas bedömningar och effekterna av deras åtgärder

rapporteras och är av stor vikt anser sjuksköterskorna. De intervjuade upplever därmed flera olika mönster som de kan se i barnens beteende. Efter att barnen vårdats något dygn på barnintensivvårdsavdelningen beskriver sjuksköterskorna att de har gemensamma erfarenheter kring patienten. De intervjuade upplever all rapportering mycket positiv för patientens chanser till ökat välbefinnande. Det framkom under intervjuerna att de muntliga rapporterna som sjuksköterskorna använder sig av ger en större möjlighet att tala om det som man inte alltid skriver om. Sjuksköterskorna beskriver en känsla de har inför vissa situationer som de inte kan sätta ord på, som de talar med varandra om. En sjuksköterska berättade så här:

Jag är inte för tysta rapporter, jag tror vi missar jättemycket. Det som man egentligen inte kan ta på det där lilla som man bara har en känsla av. Det tror jag är svårt att förmedla i skrift. Jag tror det är lättare att förmedla i ord om man pratar. Där kan man bli styrkt i sin bedömning. Om jag upplever så här så säger du att du kände samma sak. Då hjälper vi varandra i vår bedömning.

DISKUSSION

I diskussionen görs en avslutande reflektion över metodvalet. Det som beskrivs är val av forskningsansats och livsvärlden som grund i studien. Det reflekteras över studiens resultat där bedömningen av barnen är centralt i vårdandet. Vidare diskuteras vikten av en vårdvetenskaplig förankring i en högspecialiserad vård som barnhjärtsjukvården är.

Metoddiskussion

Jag har valt att genomföra en empirisk studie. Det föreföll sig naturligt då tidigare forskning på området var svårt att hitta. Jag har valt att begränsa analysen till hur sjuksköterskor bedömer sövda hjärtopererade barns välbefinnande. Den patientgruppen vårdas på barnintensivvårdsavdelningen och många barn upplevs genomgå ett lidande. Ansatsen i analysen var kvalitativ med ett livsvärldsperspektiv. I en sådan analys är det betydelsefullt att ha kontroll över förförståelsen och vara följsam för att kunna göra sjuksköterskornas beskrivningar rättvisa. För att möta människors levda erfarenheter och upplevelser grundade i tankar, känslor, språk och handling måste forskningsfrågan närmas utifrån ett livsvärldsperspektiv. Det är i sjuksköterskornas livsvärld som erfarenheten måste sökas. Reflektion är det redskap jag har använt för ett sådant tyglände. Genom reflektion har jag fått insikt i hur mina erfarenheter påverkar mig och därmed kunnat sträva mot att förhindra en påverkan på studien.

Förförståelsen har därmed varit under uppsikt. Istället för att snabbt förstå vad informanten menade försökte jag vara öppen och se deras erfarenheter som överraskningar för mig. Under intervjun bad jag dem utveckla svaren ytterligare istället för att snabbt förstå vad de menade. Även under analysen var det viktigt att försöka låta bli att påverkas av min förförståelse. Jag försökte vara öppen och följsam och försöka

förstå det informanterna beskrev utifrån deras livsvärld. Genom att reflektera och dröja mig kvar i analysprocessen har jag försökt att tygla min förförståelse.

Ekebergh (2001) menar att det är svårt att hålla tillbaka det egna för-givande-tagandet för att kunna vara uppmärksam, lyhörd och öppen för informanternas erfarenheter. Före datainsamlingen reflekterade jag över min förförståelse och om jag skulle kunna sätta den åt sidan. Då jag har ett stort intresse för ämnet krävdes det en medvetenhet om att intervjun skulle fokusera på studiens syfte och den preciserade frågeställningen. Intervjuerna höll sig inte alltid inom ämnesområdet utan sjuksköterskorna kom på sidospår som jag fick avstyra. Det hände att sjuksköterskorna ställde frågor till mig som under intervjun och dessa besvarades endast om de hörde till intervjumaterialet. Kvale (1997) sätter upp tio kvalifikationskriterier för vad intervjuaren bör tänka på och en av dessa är att intervjuaren skall kunna kontrollera intervjuns förlopp och inte vara rädd för att avbryta intervjupersonens utvecklingar från ämnet. Det är inget ömsesidigt samspel mellan parterna menar Kvale. Det råder en bestämd maktsymetri: intervjuaren definierar situationen, introducerar samtalsämne och styr intervjuförloppet. Jag var förberedd på att försöka ha ett professionellt förhållningssätt under intervjuerna. Det genomtänkta förhållningssättet med tyglad förförståelse har gett mig förutsättningar att lyssna på beskrivningarna och lära mig att reflektera mera över mina tidigare erfarenheter. Ibland fick jag tygla min nyfikenhet och låta deras berättelser ge följdfrågorna. En god intervjuare är expert på både ämnet för intervjun och på mänskligt samspel (Kvale, 1997). Intervjuaren måste hela tiden fatta snabba beslut om vad som ska frågas och hur det ska frågas och vilka aspekter av intervjupersonens svar som skall följas upp.

Föreliggande analys hade ett kriterium till sjuksköterskorna som skulle intervjuas som var att de bedömt sövda barn i mer än två år. Kriteriet ansågs rimligt eftersom sjuksköterskorna på barnintensivvårdsavdelningen upplever att bedöma sövda barn är svårt och att det därmed kan öka chanserna under intervjuerna att sjuksköterskorna har mer upplevelser att beskriva. I fyra av de fem intervjuerna hade sjuksköterskorna mycket att beskriva för mig. I en intervju hade sjuksköterskan svårt att beskriva hur hon bedömer sövda barns välbefinnande. Tankarna hos mig efter intervjun var om hon hade svårt att uttrycka sig för mig, om mitt sätt att styra intervjun påverkade henne eller om hon hade svårt att bedöma de sövda barnen. Sjuksköterskornas beskrivningar av att bedöma sövda barns välbefinnande relaterat till hur länge de arbetat på barnintensivvårdsavdelningen hade inget sammanhang.

Alla de tillfrågade sjuksköterskorna var villiga att ställa upp i intervjun. Detta måste tolkas som att de var villiga att dela med sig av sina erfarenheter. Det verkade som de tyckte att det var spännande att få delge sina erfarenheter och att de var intresserade av ämnet. Intervjumetoden visade sig ge bra förutsättningar för att sjuksköterskorna kunde beskriva sin upplevelse av att bedöma sövda hjärtbarns välbefinnande. Sjuksköterskorna berättade med inlevelse och blev många gånger rörda över beskrivna situationer.

Under intervjuerna framkom vissa beskrivningar som har använts som citat i resultatet. Citaten har tagits direkt från intervjuerna. Dessa meningar har gjort det lättare att förstå sjuksköterskornas beskrivningar.

Sjuksköterskornas berättelser har utgjort datamaterialet. Genom att läsa datamaterialet flertalet gånger såg jag vissa meningsbärande enheter från vilka jag skapade teman. Jag fick sortera om delarna flera gånger för att få upplevelserna beskrivna under lämpligt tema. Den livsvärldsteoretiska ansatsen innebär emellertid inte, att forskningen söker efter rätta svar eller att resultatet är giltigt så som i kvalitativa studier.

Resultatdiskussion

Syftet med denna analys var att beskriva hur sjuksköterskor bedömer sövda hjärtbarns välbefinnande. Resultatet från intervjuerna visar att sjuksköterskornas upplevelser av att bedöma barnen skiljer sig från sjuksköterska till en annan. Detta till trots har deras olika upplevelser format utskiljbara mönster som kan ses som mer innebördsteman. Analysens resultat visar att bedömningen av barnen är centralt i vårdandet och att vårdandet hör ihop med bedömningen.

Det synliggörs i resultatet att barn i stor utsträckning uttrycker sin smärtupplevelse på många olika sätt. Att bedöma barnens smärta gör sjuksköterskorna framför allt genom att titta på barnen. I analysens resultat framkommer att den tekniska apparaturen har ringa betydelse i bedömandet av barnens smärta. I enstaka fall kan den användas som ett hjälpmedel, men ses mer ofta som en parameter som inte visar barnens subjektiva tecken på smärta. Det icke-verbala uttryckssättet är det som sjuksköterskorna använder i sin bedömning. Resultatet visar att smärta hos barnen ger olika uttryck och är individuellt. Frågan är om skalor och siffror kan rättvist bedöma och förmedla varje individs unika smärtupplevelse. Det är av stor vikt att sjuksköterskor kan bedöma barnens smärta. Till sin hjälp har de olika skalor och analysresultatet visar att användandet av skalorna varierar. Sjuksköterskor upplever svårigheter med att objektivt bedöma en så subjektiv parameter som smärta. Smärta är ett lidande och målet är att minska smärtan för patienten så att patienten får möjlighet att uppnå ett optimalt välbefinnande (Eriksson, 1994).

Resultatet visar att sjuksköterskornas bedömning av barnens välbefinnande handlar mycket om att bedöma smärta hos barnen. De var också helt överens om att all smärta och allt obehag kan de inte alltid ta bort helt, men att de går att lindra. Den otillräcklighet som sjuksköterskorna känner inför att inte kunna hjälpa barnen i alla situationer frustrerar dem. I sådana vårdssituationer kan jag känna att sjuksköterskorna behöver tid för stöd och handledning. Om barnen har smärta kan de inte ha välbefinnande, det var en återkommande beskrivning hos sjuksköterskorna.

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna använder olika strategier för att göra vissa moment mindre obehagliga eller smärtsamma för barnen. De lär sig hantera situationer genom sina egna misstag och erfarenheter samt observera mer erfarna sjuksköterskor. Intuition användes för att bedöma situationer och utveckla en klinisk blick vilket innebär en känsla av att ”känna på sig” hur barnet kan vårdas på ett optimalt sätt. Sjuksköterskorna refererar till sin erfarenhetsbas för att synliggöra barnens behov, som en sjuksköterska uttryckte det ”jag har det i ryggraden”. Detta kan innebära att barn

utsätts för bristande kunskap och erfarenhet, vilket kan resultera i att barn får uppleva ett onödigt vårdlidande. Eriksson (1994) skriver att vårdlidande är ett lidande som upplevs då en vårdrelation inte äger rum. Vårdsituationen leder till en kränkning av patientens värdighet eller maktövning. Resultatet i analysen visar att, kan sjuksköterskan urskilja lidandet i mötet med barnet ökar möjligheten att individualisera vården efter patientens behov. Barn förstår inte varför de måste gå igenom smärtsamma eller obehagliga situationer, och jag anser att barn kan uppleva ett större vårdlidande än vuxna på grund av detta. Därför att det är av stor vikt att ständigt reflektera över sitt vårdande och att kontinuerlig handledning erbjuds personalen. Etiska diskussioner kring vårdssituationer där barn som är svårt sjuka lyfts fram kan även det vara till gagn för att minska barnens lidande.

Ovanstående analysresultat visar att sjuksköterskorna upplever de anhöriga som en stor tillgång i vårdandet. Många gånger kan de anhöriga hjälpa sjuksköterskorna att tolka barnens uttryck. Forskarna Werner och Strang (2003) skriver att föräldrarna fungerar som en länk mellan barnet och vårdpersonalen, föräldrarna bör vara trygga och lugna om de ska fungera som stödpersoner till barnet. Werner och Strang (2003) menar att föräldrarnas medverkan har betydelse för barnets trygghet vid vårdandet och föräldrarnas medverkan leder till att minska barnets rädsla. Vidare menar de att barnet kan lättare hantera stressfyllda situationer och att föräldrarna känner sina barn och vet hur de reagerar. Jag ser i sjuksköterskornas beskrivningar att det är en svår balansgång i hur involverade de anhöriga ska vara i vården. Jag anser att man inte kan lägga något ansvar på de anhöriga. De svårt sjuka barn de möter på barnintensivvårdsavdelningen behöver sina anhöriga för kärlek och trygghet. Den professionella vården får vårdarna ansvara för. Det kan finnas en risk att de anhöriga känner otillräcklighet mot sina barn då de kan ha svårt att hjälpa dem. Informationen till de anhöriga är viktig och resultatet i analysen visar på hur de intervjuade sjuksköterskorna på olika sätt informerade de anhöriga i olika vårdssituationer.

Resultatet i analysen visar att sjuksköterskorna hjälper barnet till en så optimalt bra miljö för barnet som vården tillåter. Sjuksköterskorna som intervjuades är mycket medvetna om de positiva effekter miljön har på barnen. Pölkki, Vehviläinen-Julkunen och Pietilä (2002) menar i sin forskning att i en behaglig miljö skulle barnet inte vara påverkat av sin smärta och därmed kan sjuksköterskorna lindra barnets lidande. De intervjuade sjuksköterskorna beskriver deras otillräcklighet inför situationer där de inte kan påverka miljön runt barnet som väldigt frustrerande. I miljöer där starkt ljud och ljus förekom försökte de intervjuade sjuksköterskorna ändra barnets miljö för att uppnå minskat lidande. I studien av Pölkki et al., (2002) visar de flesta sjuksköterskorna att de uppmärksammar miljön runt barnen, sjuksköterskorna minskade störande ljud, och en del använde sig av luftkonditionering för att hålla god temperatur runt barnet. Vidare beskriver de i sin studie att föräldrar tar med personliga tillhörigheter hemifrån för att uppnå en behaglig miljö runt barnet på sjukhuset. I min analys beskriver sjuksköterskorna att de vill efterlikna hemmiljön i sängen hos barnen som vårdas på barnintensivvårdsavdelningen. Sjuksköterskorna anser att de kan hjälpa de anhöriga att se sina svårt sjuka barn. Genom att se på de nyopererade sövda hjärtbarnen bedömer sjuksköterskorna barnens välbefinnande. En sjuksköterska beskrev att det ska se ut som om barnet är frisk och ligger hemma i sin säng och sover. Med det menar hon att då ser

det ut som om barnet upplever välbefinnande. Det är ett av målen med vården på barnintensivvårdsavdelningen.

Wireklint-Sundström (2005) beskriver i sin avhandling vikten av att införa ett vårdvetenskapligt perspektiv i ett medicinskt dominerat vårdområde. Barnintensivvårdsavdelningen är högspecialiserad och använder mycket medicinteknisk utrustning. Det framkom i mitt resultat att sjuksköterskorna bedömer barnen och ser apparaterna som ett hjälpmedel i vårdandet. Sjuksköterskorna upplevde att de ibland är bättre på att bedöma barnens välbefinnande än läkarna genom att sjuksköterskorna tittar på barnen mer medan läkarna ser på den tekniska utrustningen. Wireklint-Sundström (2005) menar att vårdandet likaväl som den medicinska behandlingen kan utvecklas. Vidare skriver hon att ett vårdvetenskapligt patientperspektiv aldrig kan vara ställningstagande emot medicinsk vetenskap och medicinska kunskaper.

Med hjälp av analysens resultat har bilden blivit tydligare av hur sjuksköterskorna bedömer sövda hjärtopererade barns välbefinnande. Resultatet har bidragit till en ökad kunskap om hur sjuksköterskorna upplever att bedöma sövda hjärtopererade barn. Det har även framkommit svårigheter i vårdandet av de sövda barnen och flera beskrivningar på hur sjuksköterskorna upplever otillräcklighet inför vårdandet. Resultatet beskriver hur sjuksköterskorna försöker lindrar barnens lidande.

REFERENSER

- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik* (K. Larsson Wentz, övers.). (Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgement and Ethics). Lund: Studentlitteratur.
- Bergbom- Engberg, I., & Hallenberg, B. (1981). *Respiratorvård- patientupplevelser*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Drew, N., Nyström, M. (2001). *Reflective Life world Research* Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. (2001). *Tillägandet av vårdvetenskaplig kunskap*. Åbo: Åbo Akademiens förlag.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber utbildning.
- Herbig, B., Büssing, A. & Ewert, T. (2000). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 687-695.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forsknings intervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, G. I., & Jylli, L. (2001). *Smärta hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Polanyi, M. (1998). *Personal knowledge towards a post-critical philosophy*. (Originalupplaga 1958). London: Rout ledge.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A-M. (2002). Parent's roles in using no pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 526-536.
- Rogers, M. & Helfaer, M. (1995). *Pediatric intensive care*. (2nd edition). Baltimore: Library of Congress.

- Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber AB.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd*. Göteborg: Intellecta Docusys.
- Wiroonpanich, W. & Strickland, J.C. (2004). Normalizing: postoperative acute abdominal surgical pain in Thai children. *Journal of advanced Nursing*, 19(2), 104-112.

Bilaga 1

Information till verksamma sjuksköterskor.

Studie om sjuksköterskors bedömning av välbefinnande hos sövda hjärtoppererade barn på barnintensivvårdsavdelningen.

Jag heter Petra Lernås och jag studerar vid institutionen för Vårdvetenskap, högskolan i Borås under våren 2007. Efter flera års arbete med sövda barn har jag intresserat mig för hur sjuksköterskor bedömer barnens välbefinnande för att minska lidandet hos patienten. Studien ligger till grund för min kandidat uppsats i Vårdvetenskap. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor på barnintensivvårdsavdelningen bedömer sövda hjärtoppererade barns välbefinnande efter operation.

Jag kommer att genomföra observationer när sjuksköterskor gör bedömningar av barnen och därefter intervjua dem. Intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen annan än jag och eventuellt min handledare läser de bandade och nedskrivna intervjuerna. Det betyder även att det inte går att koppla samman någon speciell person med innehållet i den färdiga uppsatsen. Intervjun beräknas ta ungefär 45-60 minuter och genomförs, efter överenskommelse med dig på avdelningen.

Deltagandet är fullt frivilligt.

Har ni några frågor eller undrar något, hör gärna av er.

Med vänlig hälsning

Petra Lernås
Intensivvårdssjuksköterska
0322-12752 (hem)
0709-607622 (mobil)
petra@lernas.com

Gunilla Carlsson
Handledare
Institutionen för
vårdvetenskap,
Högskolan i Borås
033-4354770
gunilla.carlsson@hb.se