



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **FÖRÄLDRARS ERFARENHETER FRÅN EN BARNAKUT**

- En intervjustudie

**Författare: Jessica Egerbo och Helén Svahn**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barn och ungdom/
Program och/eller kurs:	Examenarbetet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Kristina Rosengren

Titel (svensk): Föräldrarnas erfarenheter från en barnakut. – En intervjustudie

Title (engelsk): Parent´s experiences from one Paediatric emergency department. – An interview study

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barn och ungdom.
Program och/eller kurs:	Examensarbete OM5300
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Kristina Rosengren
Nyckelord:	Barnakuten, erfarenhet, föräldrar och nöjdhet

---

#### SAMMANFATTNING:

**Bakgrund:** Föräldrar söker till barnakuten då det är svårare att få en bokad tid till vårdcentralen och många hänvisas av Vårdguiden 1177 att söka barnakuten. Det finns en risk att ett sjukt barn missas i mängden av alla sökande. Tidigare forskning har sökt anledningar till varför föräldrar väljer barnakuten framför vårdcentralen samt vad som lett till tillfredsställelse hos föräldrarna. Det saknas forskning om föräldrars egna erfarenheter om sitt barns besök på barnakuten.

**Syfte:** Studiens syfte var att undersöka föräldrars erfarenheter av sitt barns besök på barnakuten.

**Metod:** Studien genomfördes som en kvalitativ deskriptiv design med semi-strukturerade intervjuer med 12 föräldrar som med sitt barn besökte en barnakut för vård. Insamlad data analyserades med en kvalitativ innehållsanalysmetod med manifest tolkning.

**Resultat:** I resultatet identifierades nio underkategorier och tre kategorier. De tre kategorierna var: Barnsjuksköterskans professionella bemötande, informationens påverkan av besöket och tillgodose familjens behov.

**Slutsats:** Specialistsjuksköterskan på barnakuten har som uppgift att kunna triagera vårdnivån och eventuellt hänvisa vidare till annan vårdinstans. Vid ankomsten till barnakuten ska vårdpersonalen se till att föräldrar med sina barn blir väl bemötta, bekräftade, inte blir bortglömda och får kontinuerlig information om undersökningar och väntetid. Genom ett

professionellt bemötande av vårdpersonalen på barnakuten kommer besöket att upplevas mer gynnsamt.

**Nyckelord:** Barnakuten, erfarenhet, föräldrar och nöjdhet

## ABSTRACT

**Background:** Several parents tend to seek the Paediatric emergency care because of difficulty to reserve a time at health centre and many are referred by the Care guide 1177 to seek care at the child emergency department. A high risk is available that a serious sick child can be missed among all others patients. Earlier science tried to seek reasons why parents choose Paediatric emergency department care instead of other health care and try to clarify what leads to the parents' satisfaction. There is a lack of research on parents' own experiences on their child's visit to the children's emergency department.

**Aim:** The aim of the study was to declare parents experiences of the child's visit at the Paediatric emergency care. The study question was parent's experiences of the child's visit at the Paediatric emergency care.

**Methods:** A qualitative descriptive design with semi-structured interviews was used, with 12 parents who visiting the Paediatric emergency care with their child for care. The collected data was analysed using qualitative content method with a manifest interpretation.

**Results:** The result consists of nine subcategories and three categories. The three categories are as follow: Children nurse's professional attitude, the information impact of the visit and to meet family needs

**Conclusion:** The aim for the specialized nurse at the Paediatric emergency care has to be able to triage the care for the child and to possibly refer on to another care. When arriving to the Paediatric emergency, health workers should ensure that parents with their children will be taken care of, confirmed, not be forgotten and be kept informed of investigations and waiting time. The visit will be more favourable if the health worker gives parent and children a professional response.

**Keywords:** Experience, paediatric emergency department, parents, and satisfaction

## **Förord**

Vi vill tacka de föräldrar som varit med och delat med sig av sina erfarenheter av sitt besök på barnakuten. Vi vill också tacka för att vi fick utföra våra intervjuer på Barnakuten Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus.

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Margaretha Jenholt Nolbris för ditt stöd och engagemang under vår Magisteruppsats.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Specialistsjuksköterskans omvårdnadsansvar .....	1
Tidigare forskning .....	2
Teoretisk referensram .....	5
Familjecentrerad vård .....	7
Verksamhetsbeskrivning .....	8
Problemformulering.....	10
Syfte.....	10
Metod .....	10
Design .....	10
Urval .....	11
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	12
Etiska överväganden.....	14
Resultat.....	17
Barnsjuksköterskans professionella bemötande .....	17
Att få ett första bemötande.....	17
Att bemöta oroliga föräldrar .....	18
Att ha behov av att få en diagnos .....	18
Informationens påverkan av besöket .....	19
Att få mer information om besöket .....	19
Att få besked om väntetiden .....	20
Att få orsak till väntetiden.....	21
Tillgodose familjens behov .....	22
Att ha uppsikt av barnet .....	22
Att kunna köpa mat.....	23
Att anpassa miljön för familjen.....	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion .....	27
Slutsats.....	31
Kliniska implikationer .....	32
Referenslista .....	33
Bilagor	

## **Inledning**

Ett mycket aktuellt ämne idag är söktrycket på barnakutmottagningarna. Det rapporteras om långa väntetider, frustrerade och arga föräldrar som inte anser att deras barns tillstånd tas på allvar. Söktrycket har ökat de senaste åren och enligt statistik från Barnakuten på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus ses en ökning från 2010 till 2015 med cirka 6500 fler besök. Studier visar att mer än hälften av alla besök på barnakuten inte är akuta åkommor (Sturm, Hirsh, Weselman & Simon, 2014). Ett högre söktryck ställer högre krav på personalen som arbetar på barnakuten och barnen riskerar att få vänta mycket längre än de borde. Det höga söktrycket på barnakuten på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus visar sig även i väntrummet med många barn som tillsammans med sina föräldrar får vänta länge på att bli omhändertagna. För allvarligt sjuka och de allra yngsta barnen blir situationen ohållbar. Det medför en risk för de allra sjukaste barnen som kan missas i mängden av alla andra. Enligt författarna är dagens föräldrar unga, oroliga och osäkra och många saknar sina egna föräldrar för att kunna få råd om barns sjukdomar och skador. Vi ser därför ett stort behov av att undersöka föräldrars erfarenheter av sitt barns besök på barnakuten.

## **Bakgrund**

### **Specialistsjuksköterskans omvårdnadsansvar**

För specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom är omvårdnad huvudämnet, det är kärnan. Det är viktigt att den bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet för att ge den bästa tillgängliga vården till barn och deras familj. Specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom ska kunna möta barnet i alla dess sinnesstämningar oavsett ålder, utvecklingsnivå, bakgrund, familjesituation, handikapp eller sjukdom som barnet har. För att kunna ge en så bra vård som möjligt i mötet med barnet krävs specifik kunskap och kompetens som endast en utbildad specialistsjuksköterska inom barn och ungdom har. Hon har kunskap om barns unika och speciella behov och vet att barn inte är små vuxna, utan barn är egna individer och skiljer sig avsevärt från de vuxna. Anatomien på barn är annorlunda men också utvecklingen. Specialistsjuksköterskan känner väl till sjuka barns symtom och kan reagera när något inte står rätt till (Svensk sjuksköterskeförening SSF, 2008). Enligt NOBAB (Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård, 2003) krävs en speciell utbildning för att arbeta

med barn då deras symtom på sjukdom och ohälsa skiljer sig avsevärt från vuxna. Små barn kan ge diffusa eller inga symtom på att något är fel. Barn uttrycker sina behov på annorlunda sätt än vuxna vilket gör att det är viktigt att fler utbildar sig till specialistsjuksköterskor inom barn och ungdom (ibid). Enligt vårdförbundet (2014) kan det för en oerfaren sjuksköterska som saknar specialistkompetens vara svårt att se den egentliga betydelsen av barnets beteende. Ett tyst och ”snällt” barn kan verka enkelt men det kan istället handla om att barnet har väldigt ont eller att det är något allvarligt eller till och med ett livshotande tillstånd. För att kunna upptäcka det sjuka barnet så krävs ett tränat öga och en specialistkompetens (ibid).

NOBAB (2003) hävdar att sjuksköterskan inom barn och ungdom ansvar för att verka för att alla beslut som tas om barnet gör det utifrån barnets bästa. Hon företräder barnet i olika situationer och har alltid barnets bästa i främsta rummet. NOBAB (2003) anser att barn har rätt att få information som är åldersanpassad och de har rätt att få vara tillsammans med sina föräldrar. Sjukhusvistelse ska endast ske i de fall då vård inte kan ske hemma (ibid). Enligt socialstyrelsens, Vägledning för barnhälsovården (2014) ska specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom stötta föräldrarna i deras föräldraskap. Det sker genom det partnerskap eller samarbete som finns dem emellan. Det är viktigt att specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom ser till att föräldrarna känner stor tillit och tro på sin egen förmåga att ta hand om sitt barn på bästa sätt. Genom att göra föräldrarna delaktiga i barnets vård och visa att hon finns där som en stöttepelare och bollplank så kan en lyckad och bra vård ges (ibid).

## Tidigare forskning

Vid granskning av tidigare forskning framkom det i flertalet studier att barnakuten ofta användes som en primärvård. Många publicerade studier visade på att de icke akuta besöken stod för mer än hälften av alla besök som skedde på barnakuten (Ellbrant, Åkeson & Karlsland Åkeson, 2015; Sturm et al., 2014). Att barnakuten användes för åkommor som inte ansågs akuta visade sig ge konsekvenser. Ekonomin påverkades negativt och det gavs ingen kontinuitet för barnen. Genom att föräldrarna använde barnakuten så missades möjligheten för vårdcentralen att ge förbyggande hälso- och sjukvård (Sturm et al., 2014). Att barnakuten används som en vårdcentral är inget unikt för Sverige, utan är ett globalt problem. Flertalet studier tar upp den viktiga aspekten att patientsäkerheten påverkades och vid nödsituationer

kunde sjuksköterskorna vara upptagna med icke akuta patienter på grund av att det var för mycket patienter på barnakuten (Ellbrant et al., 2015; Berry, Brosseau, Brotanek, Tomany-Korman & Flores, 2008; Sturm et al., 2014). I studierna påvisades att arbetsbelastningen på akutsjukvården blev större på grund av det ökade söktrycket. Det ledde till flertalet konsekvenser, bland annat skapades missnöje hos dem som väntade, kostnaderna blev höga och ett svårt sjukt barn kunde riskera att missas (Berry et al., 2008; Sturm et al., 2014).

Att ge ökad föräldrautbildning om små barns olika sjukdomstillstånd och vad föräldrarna kan ge för egenvård var effektivt i vissa studier enligt Sturm et al. (2014) men enligt Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen och Mehrotra, (2013) ledde inte interventionsförsöken till att föräldrarna sökte mindre. I deras litteraturöversikt som innehåller 26 olika artiklar klargjorde Uscher-Pines et al. (2013) det aktuella kunskapsläget om varför föräldrar sökte barnakuten istället för vårdcentralen i USA. En anledning var att interventionsprogrammen inte uppmärksammade det underliggande problemet som gjorde att föräldrarna valde att söka barnakuten. Föräldrarna inte hade samma tillit till vårdcentralerna som barnakuten (ibid). Andra anledningar till att föräldrarna sökte barnakuten istället för vårdcentralen var att vårdcentralen inte ansågs ha de resurser som deras barn behövde, föräldrarna missbedömde hur svårt sjukt deras barn var och det fanns svårigheter med att boka tid på vårdcentralerna. Många föräldrar uppgav missnöje med vårdcentralen på grund av problem med kommunikationen och att de ofta blev hänvisade med remiss vidare till barnakuten. Det framkom att föräldrar upplevde att vården på barnakuten var mer effektiv och säkrare än den vård som gavs på vårdcentralen. De ansåg personalen mer kompetenta och professionella på barnakuten än på vårdcentralen (Berry et al., 2008; Brosseau, Nimmer, Yunk, Nattinger & Greer; Uscher-Pines et al., 2013). Det framkom även att de önskade att vårdcentralen skulle göra fler tider tillgängliga för att på så sätt göra det lättare för föräldrarna att gå dit (Berry et al., 2008).

Enligt Uscher-Pines et al. (2013) var yngre föräldrar mer benägna att söka barnakuten med sina barn än äldre föräldrar. Även föräldrar med utländsk härkomst sökte i större utsträckning med sina barn på barnakuten. I fyra artiklar av tio framkom det att kvinnor oftare valde att söka akutvård för sina barn för icke brådskande fall än vad män gjorde. Enligt Uscher-Pines et al. (2013) var det 80 % av föräldrarna som ansåg att deras barn hade akuta åkommor, de



behövde ett snabbt omhändertagande och eventuellt få behandling. Författarna Byczkowski, Fitzgerald, Kennebeck, Vaughn, Myers och Kachelmeyer (2013) beskrev att föräldrars tillfredsställelse av sitt besök på barnakuten var beroende av hur väl läkaren och sjuksköterskan arbetade tillsammans (ibid). Andra saker som påverkade föräldrarnas nöjdhet var väntetiden (Fitzpatrick, Breen, Taylor, Paul, Grosvenor, Heggie & Mahar, 2014; Byczkowski et al., 2013; Margaret, Clark, Warden, Magnusson & Hedges, 2002). Enligt Fitzpatrick et al. (2014) berodde föräldrarnas nöjdhet även på kommunikationen och den information som gavs, vilket också studien av Margaret et al. (2002) påvisade. Dessa var avgörande för deras övergripande nöjdhet med besöket på barnakuten. En annan sak som påverkade föräldrarnas sammanlagda tillfredsställelse av sitt besök enligt Byczkowski et al. (2013) var hur mycket folk det var på barnakuten. Om det fanns mycket folk där samtidigt så påverkade de föräldrarnas totala tillfredsställelse med besöket (ibid).

En studie av Cramm och Dowd (2008) undersökte överensstämmelsen mellan vad föräldrarna uppgav sig vänta på och vad de faktiskt väntade på. Efter att föräldrar träffat läkaren och påbörjat behandling skulle föräldrarna uppges vad de väntade på, även läkaren rapporterade vad familjen väntade på. Det framkom att 67 % överensstämde med det som läkaren sagt, 11,5 % delvis medan 21,5% hade en helt annan uppfattning av vad de faktiskt väntade på. Det framkom att föräldrar med lägre utbildning än gymnasienivå var mer oense med läkaren än de med högre utbildning. Även läkarens erfarenhet var av betydelse för om missförstånd uppstod mellan läkaren och föräldrarna (ibid).

Enligt Cramm och Dowd (2008) har många forskare kommit fram till att effektiv kommunikation är avgörande för att ge en bra vård, men det är inte välstuderat när det gäller akutmottagningen. Det finns många amerikanska studier som har studerat varför föräldrar söker barnakuten med icke akut sjuka barn men det är inte så välstuderat i Europa och framförallt inte i Norden. En studie har gjorts i Sverige och publicerades 2015. Studiens syfte var att förklara anledningarna till varför föräldrarna söker barnakuten och hur de hanteras och utvärderas. I deras studie framkom det att 25 % av patienterna snabbt, säkert och korrekt kunde hänvisas antingen till vårdcentral eller skickas hem av erfarna specialistsjuksköterskor. De påvisade att det skulle leda till att sjukare patienter snabbare fick hjälp. Fitzpatrick et al. (2014) hävdade att föräldrars uppfattning av vad som påverkade deras nöjdhet genom

barnakuten var betydelsefull för vårdpersonalen framförallt i stressiga miljöer så som barnakuten. Föräldrars klagomål och deras erfarenheter ansågs betydelsefulla för att utveckla och föra vården framåt. Föräldrar upplevde att det fanns en stor brist i informationen som gavs.

## Teoretisk referensram

Utifrån Travelbees (1971) syn är varje människa unik och oersättlig. Hennes teori bygger på en mellanmännisklig process där sjuksköterskan i sin omvårdnadsprofession försöker hjälpa patienten att förebygga och hantera sina erfarenheter av sjukdom. För att finna en mening med sin sjukdom behövs en mellanmännisklig process där sjuksköterskan ser varje enskild patients behov. Det innefattar att möta behoven hos anhöriga och andra inblandade för att ge en god omvårdnad till patienten (ibid). Enlig Travelbee (1971) är det viktigt för patienten att känna hopp och det anser hon är ett av syftena med omvårdnaden. Genom hoppet kan patienten känna mer glädje, minska sitt lidande av sjukdomen och finna mening med livet. Varje människa reagerar olika vid lidande. Vissa reagerar med chock, ilska och uppgivenhet medan andra reagerar med förståelse, de finner en mening med det som hänt och ser det som en naturlig del av tillvaron. Alla människor har olika grundinställning (ibid). Hur människan accepterar en händelse anser Travelbee (1971) ligger i hans/hennes grundinställning till livet och avgör hur vi hanterar den nya situationen. Den enskilda patientens erfarenheter är personliga. För att skapa en god relation behöver sjuksköterskan och patienten se varandra i mötet och befinna sig på samma nivå. För att uppnå det behöver fem olika faser genomgås.

Den första fasen handlar om att sjuksköterskan och patienten ska lära känna varandra. Båda observerar, granskar och skapar ett intryck av varandra. Det är viktigt att sjuksköterskan är öppen och bortser från tidigare förförståelse om patienten. I den andra fasen börjar sjuksköterskan och patienten att skapa en kontakt med varandra där rollerna blir mindre synbara och de unika individerna bakom de stereotypa rollerna växer fram. Den tredje fasen handlar om att sjuksköterskan ska känna empati till patienten, att ha förmåga att gå in i, ta del av och förstå patientens aktuella känslomässiga tillstånd. Sjuksköterskan bör visa engagemang och intresse för patienten och på så sätt kan sympati utvecklas som är den fjärde fasen i Travelbees teori om människa-människa-förhållande. Den femte och sista fasen

innebär att sjuksköterskan och patienten skapar en kontakt som bygger på tillit. Denna process är viktig och meningsfull för både sjuksköterskan och patienten. Den görs genom den kunskap, ord och handlingar som sker emellan dem (ibid).

Att kommunicera menar Travelbee (1971) är en gemensam process där tankar och känslor förmedlas eller delas. Syftet med kommunikation är att lära känna barnet och familjen för att lättare kunna utforska och tillgodose deras behov. Detta mellanmänniska möte kan påverka patientens attityd till sitt eget lidande och förstå meningen med sin situation och kan leda att patienten bättre hanterar både lidande och sjukdom (ibid). Inom vårdmiljön är kommunikationen betydelsefull för att förstå den enskildes upplevelse av lidande och hälsa (Fredriksson, 2012). Kommunikation syftar till att få information, att ge information, att skapa en betydelsefull relation och att fylla en social funktion (Hallström & Lindberg, 2015 b). Den icke verbala kommunikationen är av stor betydelse inom hälso- och sjukvården och det är viktigt att vårdpersonalen är medvetna om den och tar den i beaktande vid kommunikation med familjen (Zani, Marcon, Tonete & de Lima Parada, 2014). För att människan ska överleva, kunna samarbeta och även tillfredsställa personliga behov krävs en bra kommunikation. Kommunikation innefattar inte bara verbala ord utan också vårt kroppsspråk. Den verbala kommunikationen uttrycks i tal och skrift medan den icke-verbala kommunikationen uttrycks i ord, gester, tystnad, ansiktsuttryck och kroppshållning (Fossum, 2013).

Att bemöta handlar om att leva sig in i den andra personens behov och livsvärld samt att visa empati för den andra. Genom att göra det visas respekt för motparten (Fossum, 2013). Att stödja patienten i dess lidande anser Travelbee (1971) är sjuksköterskans främsta uppgift. Hon menar att det är viktigt att hjälpa patienten att hantera och att hitta en mening i sin situation. Alla människor är unika och det är viktigt att de möts utifrån sin egen situation (ibid). Enligt Broberg (2015) krävs att vårdpersonalen är vänliga, engagerad och goda lyssnare för att få till ett bra bemötande (ibid). I hälso- och sjukvården är det viktigt hur patienten tas emot vid ankomst. Att hälsa dem välkomna, räcka fram handen och att se dem i ögonen är saker som kan uppfattas betydelsefulla för ett bra bemötande (Fossum, 2013). Bergh (2012) menar att sjuksköterskan är beroende av att ha en bred kompetens och en pedagogisk funktion för att kunna ge ett bra bemötande. Det finns enligt Broberg (2015) flera forskningsstudier som visar

att bemötande och kommunikation är avgörande för att föräldrarna ska känna nöjdhet med sitt besök och för att skapa förtroende för vårdpersonalen (ibid).

## Familjecentrerad vård

En familj oavsett hur familjen ser ut eller vilka som innefattas i ordet familj är en sammansättning där individerna och dess relationer kommer att påverka varandra (Broberg, 2015). Enligt Nationalencyklopedin (2015), så är familj en kombination som är grundad på äktenskap och blodsförvantenskap mellan familjemedlemmar. I det flesta kulturer är familjen den samhällsliga basen. Ett vidare begrepp innebär att familjen består av dem som säger sig ingå i ordet familj oavsett blodsförband eller inte (Hallström & Lindberg, 2015 a). När det gäller omvårdnad av det sjuka barnet har familjen stor betydelse för barnets vård och tillfrisknad. Vården har börjat bli inriktad mot familjefokuserad omvårdnad. Det finns två olika inriktningar av familjefokuserad vård, antingen familjerelaterad vård eller familjecentrerad vård. I familjerelaterad vård så ses familjen i ett sammanhang där fokus ligger på en eller flera av de enskilda individerna. Om det istället är familjecentrerad vård så finns fokus på både familj och individ på samma gång. I den familjecentrerade vården så ses familjen som en helhet (Hallström & Lindberg, 2015 a).

Dudley, Ackerman, Brown & Snow (2015) menar att familjecentrerad vård innebär ett synsätt att planera, utföra och utvärdera vården utifrån ett fördelaktigt partnerskap mellan familj, barnet och vårdpersonalen. Det kan tillämpas på barn och även vuxna i alla åldrar och kan ges på alla vårdinstanser. Att ge familjecentrerad vård på barnakuten ger både möjligheter men också utmaningar. Det finns unika aspekter att ta hänsyn till så som att det är ett akut besök och det innebär att det inte finns någon pågående patient- vårdar relation utan den behöver skapas i det akuta skedet. Genom att jobba familjecentrerat så kan en bra vård ges och ett ökat välbefinnande hos barnet och dess familj kan skapas. Den visar respekt för styrkor, kulturer, traditioner och expertisen som finns hos alla oavsett om de är familj, barnet eller vårdpersonalen. Familjecentrerad vård handlar om att förstå relationen mellan patient/familj och dess vårdgivare. Det är ett förbund där alla parter har lika stor inverkan och de påverkar och påverkas av varandra. Det senaste åren har föräldrarna blivit mer aktiva deltagare i barnens hälsovård och det är ett viktigt framsteg enligt Dudley at al. (2015). Information till

föräldrar bör ges på ett icke dömande sätt och specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom ska stötta föräldrarna till att fatta ett bra beslut för sitt barn (ibid). Inom akutsjukvården är information betydelsefullt och det sker ständigt informationsutbyte mellan olika personalkategorier men även mellan vårdpersonal, barn och föräldrar. Brist på information i patientvården kan lätt leda till missförstånd och oro (Ayatollahi, Bath, Goodacre, 2013). När information ges behövs avstämning och återkoppling för att försäkra sig om att mottagaren förstått och tolkat budskapet rätt (Ayatollahi et al., 2013). I patientlagen står det att vårdpersonalen bör försäkra sig om att mottagaren har förstått den information som getts. Att ge både skriftlig och muntlig information kan i vissa fall vara att föredra (Patientlagen, 2014). Det är viktigt att tänka på mängden information som ges på en och samma gång, detta för att ge patienten en säker vård (Socialstyrelsen, 2014).

En effektiv kommunikation är väsentlig för att kunna ge en familjecentrerad vård. Att kunna kommunicera och föra en bra dialog är en konst och det är viktigt att stämma av för att se om de som sagts uppfattas rätt av föräldrarna (Dudley et al., 2015). Kommunikation anses av vårdpersonal vara ett grundläggande verktyg i sjukvården och finns i alla åtgärder som utförs med barnet och familjen för att vägleda, informera, supporta och tillgodose deras grundläggande behov. Det används för att utveckla och göra vårdkvaliteten bättre. För att skapa en bra kommunikationsteknik behövs en interaktion mellan vårdpersonal och familjen (Zani et al., 2014).

## Verksamhetsbeskrivning

Barnakuten finns tillgänglig för barn mellan 0-18 år dygnet runt. Hit kan föräldrar söka när barnet har en akut sjukdom eller skada och som kräver ett akut omhändertagande. På barnakuten arbetar läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor. De kan ha specialistkompetens inom barn och ungdom, dock är det inget krav (1177, Vårdguiden, 2015). Vårdpersonalen som arbetar på en barnakutmottagning saknar ofta specialistkompetens inom barn och ungdom, vilket kan försvåra och fördröja omhändertagandet. Konsekvenser av detta är att vårdpersonalen saknar den kliniska blicken och att de har svårt att lita på sitt eget omdöme och fatta rätt beslut (Andersson, Omberg & Svedlundh, 2006). Vid ankomst till barnakuten görs en första bedömning (triage) av en triagesjuksköterskan för att få en uppfattning om det

sjuka barnets tillstånd. På barnakuten i Sverige används ett triagesystem som kallas Rapid Emergency Triage and Treatment System Pediatric (RETTTS-P). RETTTS-P bygger på en bedömning av sökorsak och vitalparametrar som leder fram till en prioriteringsgrad. Det finns fem olika färgkoder som bestämmer hur snabbt en patient ska träffa en läkare. Det är i första hand vitalparametrarna som avgör vilken färgkodning barnet får (Ziegler, Almroth, Bergman, Jansson, Rylander & Wickbom, 2014).

Färgkoderna i RETTTS-P har följande betydelse;

Röd; Träffa läkare omedelbart

Orange; Träffa läkare inom 15 minuter

Gul; Träffa läkare inom två timmar

Grön; Träffa läkare inom fyra timmar

Blå; Ingen triagering behövs

I RETTTS-P finns ett kompletterande verktyg till vitalparametrarna, ett strukturerat sätt att få reda på sökorsak som kallas för Emergency Symptoms and Signs (ESS) och endast denna kan höja prioriteringsgraden. Om ett barn blir gul på sina vitalparametrar så kan kontaktorsaken höja färgkodningen då sökorsaken kan ha en högre prioritering. ESS koden får aldrig nedprioriteras utan väger tyngst (Westergren, Ferm & Häggström, 2014). För att kunna göra en korrekt bedömning krävs erfarenhet och god kunskap om barns utveckling. Enligt Andersson et al. (2006) är det den vårdpersonal med goda erfarenheter som är bäst på att triagera, det krävs mod för att våga lita på sitt beslut men även kunskap är viktigt för att kunna prioritera rätt. Vidare hävdar de att kunskap är ett viktigt verktyg vid prioritering. Om kunskapen saknas leder det till en högre prioritering och det är svårast att prioritera de icke akuta fallen. Det är många faktorer som påverkar och är viktiga när beslut av prioritet ska tas av sjuksköterskan. Triagering ligger till grund för hur snabbt läkaren behöver träffa barnet. Den bestämmer vilka som behöver vård omgående och vilka som kan vänta (ibid).

Studien är utförd på en barnakut som tar emot barn mellan 0-16 år, dygnet runt. Varje dygn söker i snitt 150 barn. På vintern är det högsäsong och då kan det vara cirka 200 barn som söker per dygn medan det vid lågsäsong är ett söktryck på cirka 100 barn. Det är cirka 75 stycken anställda på barnakuten och den anses vara den största barnakuten i Sverige.

## Problemformulering

Söktrycket på barnakuten har fortsatt att öka och det ställer stora krav på personalen som arbetar där. Väntetiderna blir längre vilket leder till högre risk att föräldrarna går missnöjda därifrån. Ett mått på kvalitet inom barnakuten är föräldrarnas tillfredsställelse och nöjdhet. Tidigare studier har visat att faktorer som påverkar föräldrars nöjdhet är kommunikationen som sker mellan föräldrar och vårdgivarna men också det samspel som finns mellan läkare och sjuksköterskor. Informationen som ges och hur föräldrarna bemöts har betydelse för föräldrarna. Det finns många studier som har undersökt föräldrars användning av barnakuten och det har försökt att hitta interventioner för att minska användandet av barnakuten på ett felaktigt sätt. Den forskning som hittills gjorts fokuserar på varför föräldrar söker barnakuten och hur deras nöjdhet ser ut men det finns ett stort glapp vad gäller deras upplevelser och erfarenheter av besöket på barnakuten. Specialistsjuksköterskans ansvar är att se till barnets och familjens bästa och att hela tiden sträva efter att ge dem den bästa tillgängliga vården och se till att föräldrarna får vara nära sina barn hela tiden. För att bättre kunna förstå föräldrarnas behov när de vistas på barnakuten med sina barn behövs det mer fördjupad kunskap om vad de har för erfarenheter av sitt barns besök på barnakuten.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka föräldrars erfarenheter av sitt barns besök på barnakuten

## Metod

### Design

En kvalitativ deskriptiv intervjustudie med semistrukturerade frågor användes för att besvara syftet, som handlar om föräldrars erfarenheter av besöket med sitt barn på barnakuten (Polit & Beck, 2012). Genom att intervjua eller samtala med personer kan deras upplevelser och erfarenheter av det som önskades studeras framkomma. Den kvalitativa design som valdes var semistrukturerade intervjuer. De semistrukturerade intervjuerna gav möjlighet till en öppen och fri dialog och föräldrarna kunde uttrycka sig med egna ord i sin berättelse. Kvalitativ forskning syftar till att ge en god variation av fenomenet, det kan till exempel ges om informanterna har olika ålder, kön och etnicitet (Polit & Beck, 2012). I denna studie genomfördes de semistrukturerade intervjuerna ansikte mot ansikte.

## Urval

Kontakt togs med verksamhetschef och vårdenhetschef innan studien genomfördes. Ett skriftligt godkännande inhämtades. I studien användes ett ändamålsenligt urval för att välja personer som svarade an på syftet (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterierna var föräldrar till barn mellan noll till 10 år som besökte barnakuten. Anledningen till att detta inklusionskriterium sattes var att barnen själva ansågs kunna svara på frågorna efter 10 års ålder och intresset var att undersöka föräldrarnas erfarenhet. Barnen fick inte vara prioriterade akuta, med röd eller orange färg enligt triage metoden utan behövde ha lägre prioritering, det vill säga ha färgkodning gul eller grön. Anledning till att det inte var en högre prioritering, var att föräldrarna då inte ansågs ha möjlighet att delta i en intervju när barnets vård krävde en större omvårdnad. Föräldrar och barnen skulle efter triagering ha väntat på att få träffa läkare i minst två timmar innan intervjun utfördes för att ha hunnit bekanta sig med barnakuten och dess miljö. Deltagarna skulle förstå och tala det svenska språket eftersom ingen möjlighet fanns att använda tolk. Ekonomiskt utrymme saknades i denna studie. Rekrytering av deltagare skedde på barnakutmottagningen under två eftermiddagar/kvällar. Personalen på barnakuten informerades om studien och fick i uppdrag att rekrytera lämpliga kandidater till författarna. Då föräldrarna tillfrågades att delta i studien fick de läsa igenom en forskningspersonsinformation (FPI) och lämna ett muntligt samtycke. De föräldrar som deltog i studien var mellan 24 - 46 år gamla. Fem stycken var pappor och sju stycken mammor, de hade varierande etnicitet. För att skapa en stor variation valdes deltagare i olika ålder, etnicitet och kön (Polit och Beck, 2012). Även barnen som deltog hade varierad ålder från noll till tio år.

## Datainsamling

Datainsamling skedde under två kvällar på barnakuten. Söktrycket var lungnare än det brukar vara och det gjorde att rekrytering av deltagarna blev svårare än förväntat. Personalen på barnakuten tillfrågade 13 familjer, 12 familjer deltog i studien. Informanterna var mellan 24 - 46 år gamla. En familj valde att avböja medverkan på grund av att familjen hade varit på barnakuten i väldigt många timmar, ville hem så fort som möjligt och dessutom var de oroliga för att de skulle säga något fel. Datainsamlingen gjordes genom intervjuer med föräldrar på barnakuten under tiden de väntade på att få träffa läkaren. Till hjälp fanns en intervjuguide (se bilaga 3) som utarbetades innan intervjuerna påbörjades. Frågorna skrevs själva och



diskuterades med handledare innan intervjuerna startades. Den bestod av tio stycken frågor. Den första frågan som var inledningsfrågan bestod av en öppen fråga som gav intervjudeltagaren möjlighet att berätta om sin upplevelse av det första bemötandet på barnakuten. De kommande åtta frågorna handlade om vilken information föräldrarna fått, om de fått vänta, vad de trodde att väntan berodde på, hur deras upplevelse av besöket var, vad som varit mindre bra med besöket och om någon del varit bra. Den avslutande frågan löd om de önskade tillägga något mer. Till frågorna fanns kompletterande följdfrågor som användes om något behövde förtydligas. Den genomarbetade intervjumall var till hjälp för att ställa alla frågor som var tänkta (Polit och Beck, 2012). Önskan var att intervjua föräldrarna enskilt men i vissa fall pratade båda föräldrarna under intervjun vilket gjorde att det inte blev enskilda intervjuer.

Intervjuerna skedde inne på behandlingsrummet där barnet och familjen väntade på att få träffa läkaren. Intervjuerna skedde i privata kläder och deltagarna informerades om att bägge författarna jobbade på en barnakut. Den ena författaren på den befintliga barnakuten där studierna gjordes och den andra på en barnakut några mil bort. Intervjuerna spelades in på ljudfil och det varade mellan 10-15 minuter. Intervjuerna gjordes gemensamt, en intervjuade och den andra var observatör och hanterade bandspelaren. Rollerna byttes om med att författarna turades om att intervjua varannan förälder. Semistrukturerade intervjuer användes för att få mycket data om fenomenet (Polit och Beck, 2012).

## Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Fokus fästes på det manifesta innehållet i texterna men en viss tolkning av materialet gjordes (Graneheim och Lundman, 2004). De transkriberade texterna lästes upprepade gånger av båda författarna för att en övergripande förståelse av det insamlade materialet skulle uppnås (Graneheim och Lundman, 2004). I analysprocessen framkom meningsbärande enheter och genom det reducerades texten. Vissa texter var mer innehållsrika än andra och en analysmall användes som hjälp i analysprocessen. Meningsbärande enheter kodades. (Graneheim och Lundman, 2004). Efter kodning fördes en dialog med handledare för att se om koderna kunde anses trovärdiga. Första analysen genererade många koder och analysen gjordes om två gånger för att finna koder som mer liknade varandra. Koder som hade

liknande innebörd sammanfördes och underkategorier formades. Underkategorierna var cirka 18 stycken från början men reducerades, några togs bort eller flyttades till en annan underkategori. Efter att underkategorier formats grupperades de efter betydelse. Diskussion fördes vid flertalet tillfällen med handledaren. Koder och underkategorier placerades i en mall som skrevs ut och underkategorierna klipptes isär och placerades efter sin innebörd, se tabell ett. Vissa av texterna flyttades under processen, de var mer lämpliga i en annan underkategori. I tabell två finns exempel på analysmetoden i alla steg.

*Tabell 1. Exempel på analysmetod för koder och kategorier*

**Föräldrarna har inte fått någon**

**information vid ankomst**

An 1 Fick ingen information

So 1 Fick ingen information

Na 1 Att inget få veta

Sa 1 Visste egentligen ingenting

Fi 1 Man vet inget

Da 1 Inte så mycket information

Fi 1 Man vet inget

Ma 1 Information saknas

Je 1 Ingen direkt information

Fi 1 Information om att vänta

Je 1 Ingen allmän info har getts

Mi 1 Fick ingen direkt information

Mi 1 Informationen sprutar inte

Tabell 2. Exempel på analysmetod i alla steg

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Att ni har mycket att göra gissar jag, sen gissar jag att ni har nån form av prioritering på hur svårt eller akut det är, och han mår ju ganska bra så jag gissar att han är ganska långt ner på priolistan.	Nån form av prioritering på hur akut det är, gissar att han är ganska långt ner på priolistan.	Prioriteras utifrån hur akut det är	Orsaken till väntetiden	Informationens påverkan av besöket

## Etiska överväganden

Denna uppsats grundar sig på de etiska kraven på regler och riktlinjer från Vetenskapsrådet (Codex, 2013). Vetenskapsrådet har utvecklat fyra forskningsetiska riktlinjer, informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Codex, 2013) och i utformningen av denna studie togs hänsyn till dessa.

### Informationskravet

Deltagarna i studien fick relevant information om studiens syfte dels genom ett forskningspersonsinformationsbrev (FPI) men också mutligt för att kunna fatta beslut om de ville delta eller inte. De fick information om att deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta när de ville.

### Samtyckeskravet

Ett muntligt samtycke inhämtades till att delta i studien från samtliga deltagare innan intervjuerna påbörjades. Före start av intervjun upprepades för deltagarna deras rätt att när som helst avbryta intervjun, utan att behöva ge någon förklaring till detta.

#### Konfidentialiteskravet

Varje deltagare fick ett kodnummer för att avidentifieras. Ljudfiler och datamaterial förvarades på ett säkert sätt. Obehöriga kunde inte komma åt dem eftersom de låg gömda hemma hos författarna. Efter genomförd och godkänd studie av examinator raderades samtligt inhämtat material.

#### Nyttjandekravet

För att uppfylla nyttjandekravet, hade enbart de ansvariga för studien tillgång till datamaterialet och ingen obehörig kunde få tillgång till detta. Deltagarna i studien informerades om att materialet enbart skulle användas till ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet.

#### Förförståelse

Eftersom båda arbetar på barnakuten medför det en viss förförståelse för hur föräldrar reagerar i vissa situationer och hur de upplever sitt besök på barnakuten, då vi som författare bland annat i analysprocessen tolkar data. Det är därför viktigt att ha en självkritisk reflektion kring den egna förförståelsen, personliga erfarenheter och att tidigare kunskap kan påverka forskaren (Polit & Beck, 2012). Den ena författaren arbetar på den barnakut där intervjuerna utfördes men då det är en barnakut med högt patientflöde ansågs risken liten att författaren skulle träffa på någon bekant, vilket inte gjordes. Det fanns en medvetenhet hos oss både under och efter intervjuerna att vår förförståelse kan speglas i materialet men resultatet har inte påverkats av våra personliga erfarenheter.

#### Risk/ nyttaanalys

I denna studie togs hänsyn till forskningsetiska principer där risker och nytta ställdes mot varandra. Målsättningen var att ingen av deltagarna skulle uppleva besvär efter studiens fastställande. Deltagarna valde själva vad de vill delge oss eller inte. En fördel med studien ansågs vara att vårdpersonalen kan få en ökad förståelse för föräldrars erfarenhet av besöket

på barnakuten. Det kan leda till ett bättre bemötande och omhändertagande av patienten. Genom att föräldrarna delgav oss sina erfarenheter kan detta bidra till en bättre akutsjukvård för både personal och föräldrar. Den risk som förelåg var att personerna upplevde det som påträngande och jobbigt att delta men då fanns möjlighet att avbryta studien. Det har inte kommit till vår kännedom att någon upplevt intervjuerna som jobbiga. Vi anser att nyttan överväger eventuella risker.

## Resultat

Dataanalyserna resulterade i tre stycken kategorier och nio stycken underkategorier. Kategorierna blev följande; Barnsjuksköterskans professionella bemötande, informationens påverkan av besöket och tillgodose familjens behov. För att få ett mer tillförlitligt resultat presenteras citat för att belysa de olika kategorierna nedan (tabell 2).

Tabell 3. Underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Att få ett första bemötande Att bemöta oroliga föräldrar Att ha behov av att få en diagnos	Barnsjuksköterskans professionella bemötande
Att få mer information om besöket Att få besked om väntetiden Att få en orsak till väntetiden	Informationens påverkan av besöket
Att ha uppsikt av barnet Att ha möjlighet att äta Att anpassa miljön för familjen	Tillgodose familjens behov

### Barnsjuksköterskans professionella bemötande

Barnsjuksköterskorna på barnakuten gav ett professionellt bemötande vid ankomsten. Föräldrarna kände att de blev tagna på allvar, kände sig välkomna och lättade över att få komma in. Flera föräldrar kände rädsla och oro inför besöket för att bli hänvisade hem igen. De uppgav att de blev väl omhändertagna vid inskrivningen och i triagen. Några föräldrar uppgav att de blev snabbt triagerade då personalen uppmärksammade barnets tillstånd. Att de snabbt träffade en barnsjuksköterska gjorde föräldrarna lugna då de kunde få information om barnets tillstånd.

### Att få ett första bemötande

Föräldrarna ansåg sig få ett omvårdnadsmissigt bemötande när de kom till barnakuten med sitt sjuka barn. Sjuksköterskorna som hade den första kontakten med familjen gav dem ett

välkommande mottagande. Föräldrarna beskrev att personalen var skickliga och hade hela tiden barnet i centrum. Personalen upplevdes säkra och det gjorde föräldrarna förnöjsamma. Några av föräldrarna fick ett snabbt första omhändertagande av sjuksköterskan när de kom till barnakuten. Deras barn var små och känsliga. Det blev snabbt triagerade och därefter hänvisades de till ett rum för att minimera risken för andra sjukdomar. En pappa uppgav att hans son var påverkad vid ankomst och det observerades av personalen som snabbt tog hand om familjen. Att bli sedd och tagen på allvar fick föräldrarna att känna sig väl omhändertagna. Det skapade en positiv upplevelse hos dem.

*”Det gick jättesnabbt idag, vi kom och det var någon av vårdpersonalen som upptäckte att han mådde dåligt. Så han kom faktiskt fram till oss innan det var våran tur, för att fråga.”(9)*

### **Att bemöta oroliga föräldrar**

Föräldrar som besökte barnakuten under studien påpekade att de var ängsliga och bekymrade för sitt barn och det var därför de sökte akut på barnakuten. Föräldrarna visste att barnen inte var allvarligt sjuka men oroade sig ändå för barnens symtom. Föräldrarna uppgav att det kändes som att de blev tagna på allvar när de kom till barnakuten. De uttryckte att de blev sedda och bekräftade i sin oro av sjuksköterskorna som jobbade på barnakuten när de var där. Sjuksköterskorna tog sig tid att prata med föräldrarna och de gjorde att de kände sig bekräftade.

*”Det kändes verkligen som de tog en på allvar så där så att man inte bara var en i mängden och skulle sitta ner och vänta för här är alla barn, så det kändes verkligen som att de tog oss på allvar fastän hon inte var så särskilt sjuk.”(4)*

### **Att ha behov av att få en diagnos**

Att få ett svar på varför barnet var sjukt var något som föräldrarna önskade sig och även något som de förväntade sig att de skulle få under sin vistelse på barnakuten. Föräldrarna menade att de kunde hantera situationen på ett bättre sätt genom att få veta vad som var orsaken till barnens besvär. En mamma uppgav att läkaren gav svävande svar på sonens besvär. Det

gjorde att mamman märkte av läkarens osäkerhet och blev mer ängslig. Hon visste inte vad hon kunde göra för att förhindra att hans besvär upprepades. Mamman önskade sig egenvårdsråd för att hon ansåg att det skulle ge henne en ökat trygghet om något liknande skulle inträffa igen.

*”Han har faktiskt skadat sig och det är bättre att veta vad det är för diagnos på honom. Just nu är det oklart... Oklar diagnos, vad ska vi göra för att förhindra att det ska hända igen...Att de förklarar om behandling och vad man kan göra för att förebygga ” (5)*

### Informationens påverkan av besöket

Enligt föräldrarna var informationen betydelsefull för deras nöjdhet av besöket på barnakuten. Att få kontinuerlig information om vad som skulle hända under besöket påtalade alla att det var något de saknade under hela besöket. Även att få uppdaterad information om väntetiden var något som ansågs vara betydelsefullt. Föräldrarna var medvetna om att de behövde vänta, väntan i sig var inte jobbig men att inte veta hur lång den kunde bli var besvärligt. Informationen påverkade föräldrarna och var den främsta orsaken till att de kände sig mindre nöjda med sitt besök.

### Att få mer information om besöket

Det framkom att föräldrarna upplevde att de hade kunnat hantera situationen bättre om det hade fått mera information redan vid ankomst. Många ansåg att det inte fick någon information alls utan blev endast hänvisade att sitta ner och vänta i väntrummet. Den information som gavs var mycket bristfällig och handlade mest om att de skulle fylla i ett papper. Föräldrarna tilldelades en broschyr vid inskrivningen där de kunde läsa om vilket team samt triagenivå barnet hade, dock var det många som inte läste den och därav missades viktig information. De uppgav att de hade blivit nöjdare om de fått kontinuerlig återkoppling om vad som skulle hända under sitt besök. Ett par av föräldrarna ansåg att de var mer dem som gav information än att de fick information. Det upplevde att det fanns svårigheter med att veta hur mycket information de skulle delge vårdpersonalen. De ville att personalen skulle få en tydlig bild av deras sjuka barns symtom och tillstånd men ville inte prata för mycket. Två



av föräldrarna ansåg att det vara svårt att veta vart de skulle ta vägen vid ankomst till barnakuten. De ansåg även att det var svårt att finna någon personal att prata med på barnakuten.

*”Splittrat skulle jag säga. Lite spretigt så där. Ja men för det första svårt att veta vad man ska göra framförallt när man kommer in....Så att hitta någon att bli bemött av var svårt upplevde vi.” (10)*

### **Att få besked om väntetiden**

De flesta föräldrar påtalade att de saknade besked om hur lång väntetiden var eller skulle tillslut bli. Att de inte fick någon tidsuppfattning och inte visste hur länge det kunde handla om gjorde att föräldrarna upplevde att de blev mer stressade och frustrerade. Föräldrarna menade att om de fått en ungefärlig tid eller vetat var i kön de befann sig, hade deras situation underlättats. En förälder uppgav att han fick besked om att det kunde ta tid innan de fick träffa en läkare idag. De var flera av dem som påtalade att de förstod att det var svårt att säga en exakt tid men att få en ungefärlig tid ansågs göra det lättare för föräldrarna att kunna hantera den långa väntetiden och den stressade situationen. Föräldrarna ansåg att väntan i sig inte var det svåra utan det svåra var att inte veta hur lång den skulle bli. Det hade hjälpt dem att lättare planera sitt besök och de kunde gå iväg i lugn och ro utan att riskera att bli missade. Föräldrarna ansåg att det var jobbigt och svårt att inte veta vad som skulle hända under tiden de var på barnakuten.

*”Eh generellt så är det att det är så obestämt med tid, det gäller alla besök när vi har varit här. Det är det att man vet inte man får inte ens i timmar hur länge kan det röra sig om....Det innebär ju att man vet ju inte är man glömd eller är man i kö...Hinner vi gå till maskinen eller ska vi vara här för de kan komma när som helst”( 11)*

En av föräldrarna uppgav att den information de fick vid ankomst var att väntetiden var lång medan en annan förälder hävdade att väntetiden skulle vara kort idag men så blev det inte.

*”Är man här som ensam förälder så vill man inte gå iväg. Då man inte vet om man missar tiden till läkaren..eller någonting som talar om att du är med, vi har inte glömt dig och din beräknade tid är kanske.”(11)*

Alla föräldrar uppgav att de fått vänta på läkaren, några längre och andra kortare tid. Föräldrarna visste att de skulle behöva vänta på att träffa läkaren men det ansåg ändå att det var jobbigt, långtråkigt och ovisst att bara sitta ner och vänta utan att få några besked. Den långa väntan ledde till missnöje och förtvivlan. Föräldrarna ville inte vara på barnakuten för länge och därför ansåg de alla att väntetiden var mindre bra med deras besök på barnakuten. Ett par föräldrar uppgav att det inte var farlig att behöva vänta. De visste att deras barn inte var så högt prioriterat enligt triage och det innebar en längre väntetid för dem. De förväntade sig att de skulle få vänta och såg det som en självklarhet att de föräldrar som sökte med ett akut sjukt barn fick träffa läkare före dem. Föräldrarna förväntade sig ett snabbt omhändertagande då de kom till barnakuten. En mamma uppgav att ”akut” betyder att det ska ges snabb hjälp till den som söker men hävdade att det inte skedde. De föräldrar som visste att deras barn inte var akut sjuka förväntade sig inget snabbt omhändertagande.

*”Att väntetiden, herregud....När de säger akut man väntar på något snabbt hjälp. Akut betyder snabb hjälp tycker jag....När det är akut så kommer jag hit för hon mår inte bra och vi behöver lite snabb hjälp. Men det blir ingen snabb hjälp så man känner sig mer sjuk eller dem känner sig mer sjuka. Ah det blir lite så här”(12)*

### **Att få orsak till väntetiden**

Föräldrarnas svar på om vad de trodde att väntetiden berodde på, var att de flesta trodde att väntetiden var beroende av hur mycket personal som fanns tillgänglig. En annan anledning

som påtalades till den långa väntetid var bristen av läkare som var i tjänst på akuten under tiden de befann sig på barnakuten. En annan orsak som uppgavs till väntetiden var att de fanns mer prioriterade fall på barnakuten som var tvungen att vårdas före deras barn. Andra orsaker som uppgavs var att det var väldigt många sjuka barn på barnakuten vilket gjorde deras väntan längre. En förälder uppgav att de fått veta att det kom in en bebis som var mer prioriterad än deras barn och de gjorde att de fick vänta, vilket de ansåg var självklart. Föräldrarna hade själva orsaker till väntetiden men det var sällan som de fått veta orsaken från sjuksköterskorna till att de fick vänta. Om de fått en orsak så var det att det var många barn på barnakuten och det gjorde att deras barn fick vänta. En pappa uppgav att han tyckte att sjuksköterskorna kunde ta mer prover utan läkarordination eftersom det inte fanns så många läkare. Han ansåg att de hade underlättat för alla parter.

*”Jag kan tänka mig att ni har lite dålig bemanning, de kan jag tänka mig. Då optimerar man ju sina, asså man får beläggning på sina läkare och så tar man upp de i kötid istället. Skulle man inte ha ... så, då utnyttjar man inte sina läkare till fullo på samma sätt, det finns ju sån aspekt till det hela, som vi satt och tänkte på här medan vi väntade, haha. ” (4)*

## **Tillgodose familjens behov**

Då föräldrar och barn besökte barnakuten fanns de flera saker att ta hänsyn till. Att föräldrar och barn fick sina behov tillgodosedda var viktigt. Något som föräldrarna saknade var tillsyn av deras sjuka barn. Att få tillsyn ansåg föräldrarna vara väsentligt. De ansåg att tillsynen brast och mat och dryck saknades. De önskade att mindre förtäring skulle finnas tillgänglig på barnakuten. De påtalade också att de önskade få veta vart de kunde inhandla mat vid längre vistelse. Miljön på barnakuten upplevdes trång och tråkig. Det fanns begränsat med lekmöjligheter för barnen och möblerna upplevdes obekväma.

## **Att ha uppsikt av barnet**

Många av föräldrarna önskade att de fått mer kontakt med vårdpersonalen under tiden de vistades på barnakuten. De ansåg att de blev lämnade ensamma och det var ingen personal

som kom och kontrollerade och observerade barnet, trots att de gick många timmar emellan den första triagen till läkaren sedan kom. Barnen kunde försämrats utan att någon i personalen märkt det. Ett barns sjukdomstillstånd kan snabbt ändras och vårdpersonalen behöver ständigt uppdatera sig om det aktuella läget. Flera av föräldrarna var besvikna för att de och barnen kände sig bortglömda av personalen som var i tjänst på akuten. Enligt föräldrarna kunde vårdpersonalen vara mer synliga och kontinuerligt tittat till barnen för att se deras aktuella tillstånd. Föräldrarna uppgav att uppsikten var bristfällig både i väntrummet men också inne på behandlingsrummet. De ansåg att personalen snabbt gick förbi utan att lyfta huvudet och se dem. Ett föräldrapar ansåg att deras barn blev observerat av vårdpersonalen under sin vistelse på barnakuten. Återstående föräldrar önskade att de fått denna tillsyn.

*”Ensamt...Nej men jag har ju varit här för mig själv sen vi kom. Sen har jag ringt på klockan vi två tillfällen och då tycker jag att det har varit för dålig respons på den. Det har tagit för lång tid innan någon har kommit. Det tycker jag inte är bra. ...inte varit så mycket i kontakt med personalen” (9)*

### **Att kunna köpa mat**

Föräldrarna uttryckte en önskan om att barnakuten skulle ha mer mat och dryck tillgängligt. De uppgav att det skulle varit bra, då det oftast var väldigt långa väntetider och barnen behövde få i sig något att äta och dricka. Det behövdes även till föräldrarna själva. De uttryckte att det saknades uppgifter om vart det fanns möjlighet att köpa mat i närheten och dess öppettider. De uppgav att någon sort av mindre förtäring ansågs nödvändigt att ha tillgängligt på barnakuten. Det kunde då köpa eller eventuellt få något för att både barnen och föräldrarna skulle hålla sitt humör uppe. Besöket skedde oftast oplanerat och det var inte många som lyckades få med sig någon mat till barnen och sig själva. Föräldrarna uttryckte också att en automat för att köpa kaffe saknades på barnakuten. De föräldrar som var där ensamma, det vill säga mamma eller pappa uppgav att det var svårt att få tillgång till mat. De vågade inte lämna rummet av rädsla att missa läkaren.

*”Förut fanns ju tillgång till maskinen nu är den ju borta någonstans Automaten för att köpa kaffe eller så här, jag vet inte ens var den är nu ens.. Jag vill tillägga att ni borde ha mer att äta här på barnakuten” (11)*

### **Att anpassa miljön för familjen**

Väntrummen upplevdes som små och trånga vilket gjorde att föräldrar och barn satt tätt ihop. Det utgjorde en risk för barnet att få ytterligare sjukdomar. Små barn hostade varandra i ansiktet och de gjorde att de kunde komma dit med en infektion och åkte hem med en annan eller flera. En pappa uppgav att det varit utmärkt att kunna ha samma rum från de att de kom till barnakuten fram tills de gick. En trevligare miljö som var mer anpassad för lek var något föräldrarna önskade sig på barnakuten. Vissa föräldrar ansåg att böcker, leksaker och TV varit bra under den långa väntetiden. Barnen blev då sysselsatta. En mjukare stol och andra bättre anpassade möbler inne på behandlingsrummen ansåg föräldrarna nödvändiga för att göra miljön bättre. En mamma ansåg att en mjukare säng med grindar varit bra att ha tillgång till under timmarna på barnakuten. De trodde att de skulle göra det lättare för dem att stå ut med sitt besök.

*”Det är väl sköna stolar i och för sig men, men kanske inte att sitta jätte länge i. Eh och så där men nja det beror ju helt och hållet på hur länge man ska vara någonstans. Men någonting som gjorde det lite trevligare på något sätt även om det är fint med målade väggar och så där så. Nja jag vet inte någonting som gör det mysigt tror jag” (10)*

### **Metoddiskussion**

Syftet var att undersöka föräldrars erfarenheter av sitt barns besök på barnakuten efter minst två timmars väntan på att få träffa läkare. En kvalitativ metod ansågs lämplig och intervju som metod med semistrukturerade frågor valdes eftersom det gav föräldrarna möjlighet att uttrycka sina erfarenheter av besöket på barnakuten (Polit & Beck, 2012). Genom intervjuer gavs föräldrarna större möjlighet att utveckla sina svar, vilket inte var möjligt vid enkätstudie. Lika djupgående svar ansågs inte kunna framkomma i en enkätstudie.

Inklusionskriterierna ansågs relevanta utifrån studiens syfte. En nackdel var att de som inte behärskade det svenska talet i språk och skrift uteslöts. Det kan ha påverkat resultatet eftersom de kan ha andra erfarenheter av sitt besök på barnakuten än de föräldrar som valdes. Föräldrar med annan etnicitet valdes för att skapa en variation av deltagarna (Polit och Beck, 2012). Att ta del av både pappors och mammors erfarenheter ansågs var en fördel. Det gav en större variationsbredd än om endast mammor eller pappor intervjuats. En familj valde att avböja deltagande men det ansågs inte påverka resultatet. Det finns risk att deras erfarenheter skilde sig från övriga deltagare men det ansågs vara av mindre betydelse. Trots att deltagarna fick information om frivillighet att delta förelåg en risk att de kände sig tvingade att delta (Polit och Beck, 2012). De har inte kommit till kännedom att någon känt sig tvingad utan de föräldrar som deltog i studien verkade nöjda och det var många som tyckte att de var ett trevligt avbrott att bli intervjuade. En fördel med intervju som metod var att det fanns möjlighet att följa upp ifall ett svar blev oklart eller behövde vidareutvecklas (Polit och Beck, 2012).

Det finns en medvetenhet att datamaterialet påverkades av att författarna gick in gemensamt vid intervjuerna eftersom den som intervjuades eventuellt kände sig i underläge när det var två som intervjuade (Polit och Beck, 2012). Att informationen delgavs båda ansågs vara betydelsefullt och till hjälp i analysprocessen. De svar som uppkom under intervjuerna var inte alltid så informationsrika men intervjuerna i stort gav värdefull information. Att intervjustudie inte genomförts tidigare och att fyra av frågorna oftast genererade korta svar så som ja eller nej ansågs vara en nackdel. Följfrågor ställdes men trots det blev svaren begränsade. Att frågorna skrevs själva var en svaghet, det var svårt att veta hur frågorna skulle skrivas för att ge bästa möjliga svar.

Ingen pilotstudie genomfördes, det kan anses vara en nackdel. Frågorna kunde testats och omformulerats för att ge mer innehållsrika svar. De första intervjuerna gav inte lika mycket datamaterial som intervjuerna i slutet med undantag för en. Om någon med mer erfarenhet utfört intervjuerna hade de eventuellt fått mer uttömmande svar av informanterna som kunnat väga tyngre och resultatet hade eventuellt getts mer tyngd. Det datamaterial som framkom ansågs vara både intressant och trovärdigt. Att göra intervjuer var lärorikt men samtidigt

svårt. På två av de inspelade ljudfilerna var det svårt att höra vad föräldrarna sa under vissa delar då datamaterialet transkriberades. I den ena intervjun fanns en mugg med som prasslade men den byttes ut under intervjun till en mugg som inte gav de ljuden och det gjorde att intervjun kunde användas. I den andra intervjun placerades bandspelaren för långt ifrån vilket gjorde att högsta volym fick användas under transkribering. Det föreligger en liten risk för att enstaka ord missades men inget av större betydelse för sammanhanget i texten.

Textmaterialet i denna studie använde sig av en kvalitativ innehållsanalys med manifest tolkning . Vid kvalitativinnehållsanalys anses tre begrepp vara av betydelse; trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman (2004). Dessa avgör hur trovärdigt resultatet anses vara. Medvetenhet fanns att förförståelsen kan ha påverkat vid analys av materialet som i sin tur påverkat resultatet och dess tillförlitlighet. Analysering av text har inte utförts tidigare, det ansågs svårt och textmaterialet analyserades upprepade gånger för att inget skulle missas. Analysprocessen och de material som framkom diskuterades upprepade gånger med handledare och det gör att den anses vara mer trovärdigt än om bara författarna diskuterat materialet. För att tolkningen av resultatet ska anses trovärdigt har författarna försökt att visa tydligt hur analysprocessen gått till (Graneheim och Lundman, 2004).

En svaghet med studien var att veta när intervjuerna skulle genomföras. Det gick inte att i förväg veta hur många sökande det fanns på barnakuten under de tillfällen intervjuerna utfördes. Det medförde att dataanalysen hade kunnat få ett annat utfall om det hade varit längre väntetider än vad det var vid det tillfället då barnakuten besöktes. Materialet ansågs tillförlitligt utifrån förutsättningarna. Föräldrarna intervjuades i anslutning till besöket eftersom det förelåg en risk att inte få tillräckligt med föräldrar som ville delta i studien. En medvetenhet fanns om att det kunnat påverka eftersom föräldrarna var oroliga för sina barn.

Resultatet bygger på intervjuer från endast en barnakutmottagning, vilket gör att det kanske inte kan vara överförbart på alla barnakutmottagningar som finns runt om i landet.

Barnakutmottagningarna skiljer sig åt och gör att resultatet är begränsat till Drottning Silvias barnakutmottagning.

## Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva föräldrarnas erfarenheter av besöket på en barnakut. Analys av datamaterialet gjordes med hjälp av innehållsanalys genom tolkning av Graneheim och Lundman (2004) och det resulterade i tre stycken kategorier; barnsjuksköterskans professionella bemötande, informationens påverkan av besöket och tillgodose familjens behov. I studien belyses att föräldrarna upplevde både positiva och negativa erfarenheter med sitt besök på barnakuten. Föräldrarna upplevde ett trevligt bemötande och kände sig sedda och bekräftade. Det framkom att det fanns saker som skulle kunna förbättras på barnakuten för att göra föräldrarna och barn mer nöjda. Informationen var bristfällig och föräldrarna ansåg att den behövde förbättras för att mer motsvara deras förväntningar.

Att föräldrarna upplevde ett bra första bemötande av vårdpersonalen anses vara betydelsefullt. De skapar en bra förutsättning för föräldrarna för en fortsatt bra upplevelse av besöket på barnakuten. Att vara professionell i sitt bemötande trots den stressiga miljön är betydelsefullt. Det arbetas kring bemötande på barnakuten där studien genomfördes och det kan ha påverkat resultatet positivt. Personalen hade nyligen genomgått en utbildning och blivit uppmärksam på betydelsen av ett bra första bemötande. En förförståelse angående bemötande fanns men resultatet visade mer positivt än vad författarna trott. Samma resultat framkom i en studie från Storbritannien (Pagnamenta & Bengner, 2008). Personalens attityd påverkade föräldrarnas erfarenhet av sitt besök på barnakuten. En bra attityd gjorde föräldrarna nöjda med sitt besök (ibid). Det visar att det är betydelsefullt att bemöta föräldrarna direkt när det kommer och ge dem ett positivt intryck. Det första bemötandet är avgörande för den fortsatta vården och kommer att prägla den fortsatta upplevelsen av besöket på barnakuten.

Även Travelbee (1971) hävdar att det är betydelsefullt att finnas där som personal och att aktivt lyssna på patient och dess föräldrar. För att ge en god omvårdnad krävs att vårdpersonalen möter behoven hos föräldrar och barn. Travelbee (1971) menar att det är viktigt att bortse från den egna förförståelsen för att kunna bemöta professionellt. Alla föräldrar som söker med sina barn på barnakuten kommer för att de är bekymrade och vill ha svar på varför barnet inte mår bra. Vårdpersonalen bör vara medvetna om det och bemöta dem med respekt oavsett sökorsak. Vårdpersonalen ska inte döma föräldrarna utan visa respekt och ge dem den information de behöver för att känna sig trygga och säkra i situationen. I



barnsjuksköterskans yrke är det betydelsefullt att vara professionell och visa respekt, lyhördhet, medkänsla, integritet och trovärdighet (ICN, 2014). Föräldrarna har inte samma kunskap och det som för oss anses som något bagatellartat är inte det samma för föräldrarna. Att inte ha en dömande attityd mot föräldrarna menade Pagnamenta och Bengner (2008) var väsentligt. Det fanns ett samband med hur föräldrarna upplevde sitt besök, blev de bemötta trevligt så var de mer nöjda. Arman (2012) hävdade att oro och lidande kunde undvikas genom att föräldrar och barn blev professionellt bemötta. Det belyser även resultatet som framkom i denna studie.

När barnet och familjen söker på barnakuten är målet att ge en familjecentrerad vård. För att uppnå familjecentrerad vård krävs att barn, föräldrar och andra närstående ses som en helhet (Hallström, 2015 a). Denna vård enligt (Dudley et al. (2015) innebar många möjligheter men också många utmaningar. I det akuta mötet behövdes en ny relation skapas då ingen pågående relation fanns. Det krävdes att vårdpersonalen visade respekt för familjens olika styrkor, kulturer och traditioner. Att använda sig av familjecentrerad vård anses vara betydelsefullt för att skapa en bra relation mellan vårdpersonal och familj. Genom att arbeta familjecentrerat gavs en bra vård och ett ökat välbefinnande hos barnet och dess familj. I studien framkom att det saknas både information och tillsyn under besöket vilket ledde till brister i relationen och en familjecentrerad vård skapades inte fullt ut. Informationen under hela besöket på barnakuten var av betydelse för föräldrarna. Det upplevdes vara brist på information genom hela besöket och det påverkade föräldrarnas erfarenhet av sitt besök på barnakuten. Om föräldrarna fått mer kontinuerlig information kunde det lett till en ökad känsla av delaktighet och de hade kunnat hantera sitt besök lättare.

Under intervjuerna framkom att föräldrarna kände oro och rädsla för sitt sjuka barn trots att de inte hade barn som var högt prioriterade enligt Retts-P. Personalens bör ha förmåga till empati och visa förståelse för föräldrars oro oavsett vilken prioritet barnet har. Genom att visa empati och kommunicera med familjen kan en god omvårdnad skapas.

Att få ett svar om barnets symtom är något som föräldrarna förväntade sig av sitt besök på barnakuten. Genom att få besked så kunde föräldrarna lättare hantera situationen. Liknande resultat framkom i Pagnamenta och Bengner (2008), där föräldrarna i deras studie förklarade att de ville få en tydlig förklaring av barnets diagnos och behandlingsmål. Det

påvisar att föräldrarna har ett behov av att få ett svar på barnets besvär. Att få en diagnos och behandling handlar inte alltid om att bli sedd av en läkare utan barnsjuksköterskor kan informera och undervisa föräldrarna om barnets tillstånd genom att ge egenvårdsråd som några föräldrar efterlyste i vår studie. I socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården (2014) hävdas att specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom ska stötta föräldrar i deras föräldraskap och få föräldrarna att känna tillit och tro på sin egen förmåga att ta hand om sitt sjuka barn på bästa sätt. Genom att barnsjuksköterskan tar sig tid vid triagen och informerar föräldrarna på ett lättförståeligt sätt kan vissa av besöken undvikas. Föräldrarna kan tryggt gå hem eller hänvisas till en annan vårdnivå tack vare erfarna barnsjuksköterskor, som också beskrivs i studien av Ellbrant et al. (2015). Klang-Söderkvist (2013) menar att kommunikation mellan vårdpersonal och föräldrar syftar till att underlätta familjens styrkor och deras förmåga till egenvård. Genom att vägleda, informera och tillgodose barnet och familjens behov kan vårdkvaliteten utvecklas och förbättras. Det leder till en familjecentrerad vård.

Att föräldrarna påtalade att det saknades information om vad de faktiskt väntade på och att de tilldelades en broschyr vid inskrivningen som de inte fick någon information om anses vara en brist. I en stressad situation är det bra att ge en tydlig och enkel information. Saker som anses självklara för vårdpersonalen är inte det för föräldrarna. Att ge både muntlig och skriftlig information till föräldrarna anses viktigt enligt Patientlagen (2014), men även att kontrollera vad föräldrarna har uppfattat. Det är bra att tänka på att all information som ges till barn ska vara åldersanpassad (NOBAB, 2003). En försäkran om att föräldrarna förstått den information som getts behövs och det bekräftades i studierna av Dudley et al. (2015) och Ayatollahi et al. (2013). Att kommunicera med varandra är en konst och kan anses vara ett hjälpmedel för vårdpersonal. Genom kommunikation lär familjen och vårdpersonalen känna varandra. Zani et al. (2014) menade att kommunikation var vårdpersonalens grundläggande verktyg. Att lära sig kommunicera är ett hjälpmedel för barnsjuksköterskan i den familjecentrerade omvårdnaden. Även en kanadensisk studie av Enarson, Ali, Vandermeer, Wright, Klassen & Spiers (2012) hävdade att god kommunikation var av betydelse och ledde till att föräldrarna var mer nöjda med sitt besök på barnakuten. Travelbee (1971) hävdade att syftet med kommunikation var att lära känna barnet och familjen vilket underlättade vårdandet.

Många föräldrar upplevde en brist i informationen om den aktuella väntetiden. Föräldrarna var medvetna om att det var en barnakut och att det var svårt att få en exakt tid men en ungefärlig tid önskades. Det framkom att det fanns en koppling mellan föräldrarnas nöjdhet och lång väntetid. Även flera andra studier visade liknande resultat bland annat Byczkowski et al. (2013) och Fitzpatrick et al. (2014) kom fram till att väntetiden var avgörande för föräldrarnas nöjdhet med sitt besök på barnakuten (ibid). Även Pagnamenta och Bengers (2008) studie visade att uppdateringar om väntetiden var en viktig faktor för föräldrarna. De hävdade att det inte var en av de viktigaste faktorerna enligt föräldrarna vilket skiljer sig en aning från denna studie. Alla föräldrarna i den aktuella studien ansåg att information om väntetiden hade underlättat för dem. Det framkom att flertalet föräldrar kände mer oro och stress över att inte veta hur lång väntetiden skulle bli än att de hade fått en ungefärlig tid. Det anses vara en brist att föräldrarna inte fått någon information om deras förväntade väntetid. Att ge en exakt tid är svårt eftersom det inträffar oväntade sjukdomsfall och dagen går inte att förutspå på en barnakut. Föräldrar borde kunna få information om hur många barn som var före i kön och det skulle ge dem en viss tidsuppfattning om hur lång väntetiden beräknades bli.

När tidsperspektivet förändras är det bra att delge föräldrarna den informationen för att undvika att de känner sig bortglömda. Barnsjuksköterskan ansvarar för att ha uppsikt över patienten och visa att föräldrar och barnen inte är bortglömda. Det anses vara värdefullt att ha uppsikt av det sjuka barnet och dess familj. Flera familjer kände sig bortglömda då ingen varit hos dem under de många timmar de vistats på barnakuten. Att inte titta till barnet kan förenas med fara då barnet snabbt kan bli sämre. En triagering behöver omprövas och tillsyn av barnet ska ske varje timme, vilket framkommer att det inte gjorts av deltagarna i studien. Att barnsjuksköterskorna endast gått förbi familjerna utan att se upp på familjerna påverkade dem negativt och det gjorde att erfarenheten av besöket inte blev så bra som det kunnat bli.

Enligt NOBAB (2003) krävs speciell utbildning för att arbeta med barn vilket författarna också hävdar. Det behövs ett tränat öga för att kunna se det sjuka barnet och därav vikten av en barnspecialistutbildning för att arbeta med sjuka barn (ibid). Det kan innebära en fara för barnet och familjen att bli triagerad av en oerfaren sjuksköterska då detta kan leda till fel prioritering av barnet. Fler specialistutbildade sjuksköterskor behövs på barnakuten. Det krävs en lång erfarenhet av att arbeta med barn för att kunna lita på sin egen bedömning. Möller et

al. (2010) hävdade att föräldrar ofta kände sig bortglömda i väntrummet. I deras studie framkom det att föräldrarna önskade information om vilken triagenivå barnet hade och deras förväntade väntetid. Vår studie hade liknande resultat men föräldrarna uppgav inget angående triagenivån. Att de inte uppger något angående triagenivån kan bero på att inte alla föräldrar var medvetna om vilken triagenivå deras barn hade. Det kan också bero av att vissa föräldrar var medvetna om att deras barn var lågt prioriterade och därför påverkade det inte på samma sätt som föräldrarna i Möller et al. studien från 2010. Det framgår i Möller et al. (2010) att vissa föräldrarna i den studien också hade hanterat situationen bättre om det fått veta hur lång väntetiden var.

Byczkowski et al. (2015) skriver i sin studie att tillgängligheten av mellanmål till föräldrar och barn hade gjort dem nöjdare. Som tidigare beskrevs i arbetet så är ett akutbesök inte alltid planerat och det är därför bra att föräldrar och barn har tillgång till mat. Resultatet i denna studie ger liknande svar. Att vara på barnakuten med sitt barn är jobbigt och att dessutom ha ett hungrigt barn och att föräldern själv behöver mat gör situationen värre. Det är därför väsentligt att ha mat att dela ut till barnen och deras föräldrar och framförallt till de föräldrar som är där ensamma. De har begränsad möjlighet att gå iväg då det är oroliga att missa tiden till läkaren. Matfrågan behöver ses över på barnakuten för att skapa en miljö mer anpassad för familjerna. Att ha en barnanpassad miljö ansågs väsentligt för föräldrarna och det framkom också att de önskade bekvämare möbler att sitta/ligga på. Några föräldrar påtalade att leksaker var viktiga för barnen andra beskrev att TV hade varit bra. De hade då kunnat leka av sig medan de väntade. Även Byczkowski et al. (2015) fick fram i sin studie att föräldrar önskade underhållning för sina barn till exempel video. De påtalade också att en ljus inredning och varma filtar var av betydelse. I Pagnamenta och Bengner (2008) fanns liknande resultat. Föräldrarna ansåg att miljön på barnakuten påverkade deras tillfredsställelse. Förståelse finns för föräldrarnas önskan om leksaker men anses inte lämpligt på en barnakut då barn söker för olika åkommor och blandas med infekterade barn och icke infekterade barn. Då barn med olika åkommor blandas i väntrum är risken stor att leksakerna kan fungera som en smittohärd.

## Slutsats

Det fanns för- och nackdelar med besöket på barnakuten. Föräldrarna kände sig sedda och tagna på allvar och de fick ett trevligt bemötande. Dock genomsyrades besöket av brist på

information. Den information som gavs var bristfällig och det saknades information om den förväntade väntetiden. Brist på information i patientvården kan leda till missförstånd och oro och i den familjecentrerade vården bör familjen bli delaktig och kommunikation kan ses som ett verktyg. Även tillsyn och matmöjligheter ansågs vara av betydelse för föräldrarnas erfarenheter av sitt besök.

## Kliniska implikationer

Från resultatet har ny kunskap framkommit som kan delges till våra kollegor på barnakuten. De svar som föräldrarna gett oss har lett till att vår medvetenhet har ökat vad gäller alla moment som utförs med barn och föräldrar på barnakuten. Resultatet från studie kommer att delges våra kollegor på barnakuten i form av en redovisning av de viktigaste resultaten. Det kan anses ge en inblick i vad föräldrarna tycker.

Som specialistsjuksköterska är det bra att arbeta med förbättringsarbeten och föra vården framåt för att göra den bättre. Genom att arbeta med bemötande, information, tillsyn, öka tillgänglighet av mat och förbättra miljön i olika förbättringsarbete på barnakuten kan utveckling av vården bli bättre. Efter att ett förbättringsarbete gjorts på barnakuten kan en fördjupad studie med enkätfrågor göras för att utvärdera om resultatet blir annorlunda. I enkätstudien kan både barn och föräldrar delta och ett större delatagrantal kan uppnås. Enkätstudien bör vara uppdelad så barn respektive föräldrar svara var för sig och kan sedan jämföras med varandra.

## Referenslista

- Andersson, A-K., Omberg, M., & Svedlundh, M. (2006). Triage in the emergency department- a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical care*, 11(3), 136-145.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (Red). *Vårdventenskapliga begrepp i teori och praktik*.(s.185-196). Polen: Studentlitteratur.
- Ayatollahi, H., Bath, P.A., & Goodacre, S. (2013). Information needs clinicians and non-clinicians in the Emergency Department: a qualitative study. *Health Information & Librarians Journal*, 30(3), 191-200.
- Berry, A., Brousseau, D., Brotanek, J.M., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2008). Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent conditions? A Quality Study. (2008). *Academic Pediatrics*, 8(6), 360-367.
- Bergh, M. (2012). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. I E. Pilhammar (Red). *Pedagogik inom vård och handledning*.(s.65-86). Lund: Studentlitteratur.
- Broberg, M. (2015). Familjens liv och villkor. I I. Hallström & T. Lindberg (Red). *Pediatrisk omvårdnad*. (s.44-51). Stockholm: Liber.
- Brousseau, D.C., Nimmer, M.R., Yunk, N.L., Nattinger, A.B., & Greer, A. (2011). Nonurgent Emergency - Department Care: Analysis of Parent and Primary Physician Perspectives. *Pediatrics*, 127(2), 375-381
- Byczkowski, T.L., Fitzgerald, M.R., Kennebeck, S.S., Vaughn, L., Myers, K., & Kachelmeyer, A. (2013). A Comprehensive View of Parental Satisfaction With Pediatric Emergency Department Visits. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 340-350.
- Byczkowski, T.L., Gillespie, G.L., Kennebeck, S.S., Fitzgerald, M.R., Downing, K.A., & Alessandrini, E.A. (2015). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Academic Pediatrics*, 9(15), 1-9.

Codex. (2013). *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 8 december, 2015, från Codex, <http://codex.vr.se/manniska5.shtml>

Cramm, K.D., & Dowd, M.D. (2008). What Are You Waiting for? A Study of Resident Physician-Parent Communication in a Pediatric Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 361-366.

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K., & Snow, S. (2015). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255-268.

Ellbrant, J., Åkeson, J., & Karlslund Åkeson, P. (2015). Pediatric Emergency Department Management Benefits from Appropriate Early Redirection of Nonurgent Visits. *Pediatric Emergency Care*, 31(2), 95-100.

Enarson, M.C., Ali, S., Vandermeer, B., Wright, R.B., Klassen, T.P., & Spiers, J.A. (2012). Beliefs and Expectations of Canadian Parents Who Bring Febrile Children for Medical Care. *Pediatrics*, 130(4), 905-912.

Fitzpatrick, N., Breen, D., Taylor, J., Paul, E., Grosvenor, R., Heggie, K., & Mahar, P.D. (2014) Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *Emergency Medicine Australasia*, 26 (2), 177–182.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red), *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. (s.25- 49). Lund: Studentlitteratur.

Fredriksson, L.(2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.322-332). Polen: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hallström, I. (2015 a). Barn i hälso och sjukvården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red). *Pediatrisk omvårdnad*. (s.24-30). Stockholm: Liber.

Hallström, I. (2015 b). Kommunikation med barn och föräldrar i vården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red). *Pediatrisk omvårdnad*. (s.112-114). Stockholm: Liber.

- Klang Söderkvist, B. (2013). Information-undervisning-lärande. I B. Fossum (Red). *Kommunikation samtal och bemötande i vården.*(s.51-68). Lund: Studentlitteratur.
- Magaret, N.D., Clark, T.A., Warden, C.R., Magnusson, A.R., & Hedges, J.R. (2002). Patient Satisfaction in the Emergency Department- A Survey of Pediatric Patients and Their Parents. *Academic Emergency Medicine*, 9(12), 1379-1388.
- Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 746-754.
- Nationalencyklopedin. (2015 a). *Familj*. Hämtad 19 november, 2015, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=all&q=familj>
- Nordisk förening för sjuka barns behov [NOBAB]. (2003). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 22 november, 2015, från Nordisk förening för sjuka barns behov, <http://www.nobab.se/index.php/om-nobab/produkter>
- Pagnamenta, R. & Bengner, J.R. (2008). Factors influencing parent satisfaction in a children's emergency department: prospective questionnairebased study. *Emergency Medicine Journal*, 25(7), 417- 419.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 2014:821. Patientlagen Stockholm. Sveriges riksdag. Hämtad 17 november, 2015, från [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Edita Bobergs.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar. Stockholm



Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 23 februari, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Sturm, J.J., Hirsh, D., Weselman, B., & Simon, H.K. (2014). Reconnecting Patients With Their Primary Care Provider: An Intervention for Reducing Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits. *Clinical Pediatrics*, 53(10), 988–994.

Söderbäck, M. (2014). *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis.

Uscher-Pines-L., Pines, J., Kellerman, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for non urgent conditions: systematic review. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47-59.

Vårdförbundet. (2014). *Bristen på barnsjuksköterskor orsakar kris i barnsjukvården*. Hämtad 8 januari, 2016, från Vårdförbundet,

<https://vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Debattartiklar/Bristen-pa-barnsjukskoterskor-orsakar-kris-i-barnsjukvarden/>

Vårdguiden. (2015). *Hitta rätt i sjukvården*. Hämtad 18 november, 2015, från Vårdguiden,

Westergren, H., Ferm, M., & Häggström, P. (2014). First evaluation of the pediatric version of the Swedish rapid emergency triage and treatment system shows good reliability. *Acta Paediatrica*, 103(3), 305-308.

Zani, A.V., Marcon, S.S., Tonete, V.L.P., & de Lima Parada, C.M.G. (2014). Communicative process into the emergency department between nursing staff and patients: social representation. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 135-145.

Ziegler, B., Almroth, H., Bergman, J., Jansson, E., Rylander, L., & Wickbom, A. (2014). Tidig teambedömning avlastar akutmottagningen. *Läkartidningen*, 111(9-10), 1-4

---

# Bilagor

## Bilaga 1



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

2015-11-18

## Forskningspersoninformation

### Bakgrund

Det finns idag ett ökat söktryck på barnakutmottagningarna och trots detta är bemanningen den samma och det gör att väntetiderna blir långa för många. Många föräldrar som besöker barnakuten med sina barn är oroliga, rädda och önskar att få ett snabbt omhändertagande av sitt sjuka barn. Detta har gjort att vi som sjuksköterskor har börjat fundera över vad föräldrarna har för förväntningar och deras upplevelse av sitt besök på barnakuten. Tidigare forskning har varit inriktat på att förklara vilka föräldrar som söker, alternativa sökställen och de har även gjorts olika mätningar på nöjdheten hos föräldrarna efter sitt akuta besök. Specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom har en viktig roll i omvårdnaden och dess utveckling. Som specialistsjuksköterskor har vi ett ansvar att vidareutveckla och göra vården bättre för barn och föräldrar. Vi ser ett stort behov av fördjupad kunskap om erfarenheter av besöket som just du som förälder till ett barn på barnakuten har.

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva föräldrars erfarenheter av besöket med sitt barn på barnakuten.

## **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras på Drottning Silvias Barnsjukhus under vecka 51.

Verksamhetschefen på akutmottagningen har godkänt att studien utförs. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du tillsammans med ert barn besöker barnakutmottagningen då studien pågår. Det enda kravet för ditt deltagande i studien är att du behärskar svenska språket i tal och skrift samt att ert barn ska vara mellan 0-10 år.

## **Hur kommer studien att gå till**

Vi är två studenter som utbildar oss till specialistsjuksköterskor inom barn och ungdom vid Göteborgs Universitet. Om du väljer att delta i studien kommer vi att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta ca 15 minuter. Intervjun kommer att ske i anslutning till besöket på barnakuten och spelas in på en ljudfil och därefter skrivs ut ordagrant och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå till barnsjuksköterska, vid Göteborgs Universitet.

## **Finns det några risker med att delta**

Vi ser inga direkta risker för dig att delta i studien, men det kan vara tänkbart att vi berör ämnen som du kan uppleva känsliga. Du väljer själv vad du vill prata om under intervjun och vad just du sagt kommer inte gå att identifiera i det färdiga resultatet.

## **Finns det några fördelar med att delta**

Genom deltagande i studien ser vi fördelar med att du som förälder får berätta om dina upplevelser av besöket på barnakuten. Vårdpersonalen på barnakuten får information om vad föräldrar upplever och kan på så sätt förbättra för föräldrar och barn under deras besök på

barnakuten. Det kan ge vårdpersonalen en djupare förståelse vad föräldrar upplever under sin vistelse på barnakuten.

## **Hantering av data och sekretess**

Allt datamaterial kommer att förvaras inlåst på ett säkert sätt och det du säger i intervjun kommer inte att kunna kopplas ihop med dig, utan kommer att behandlas konfidentiellt. Endast de ansvariga för studien har tillgång till datamaterialet och ingen obehörig kan få tillgång till materialet. Allt insamlat material förstörs efter att examensarbetet är godkänt av examinator.

## **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

## **Hur får jag information om studiens resultat**

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

## **Ansvariga för studien**

### **Sjuksköterska**

Jessica Egerbo

Tel. 0762-505659

### **Sjuksköterska**

Helén Svahn

Tel. 0705- 299553

### **Lektor och Handledare**

Margaretha Jenholt Nolbris

Tel. 0766-186006

## Bilaga 2



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

2015-11-23

### Information till vårdenhetschef

Förfrågan om tillstånd att få genomföra följande studie där syftet är; Att beskriva föräldrars erfarenheter av sitt besök på barnakuten.

Vi är två stycken studenter som går specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barn och ungdom på Göteborgs Universitet. Inom ramen för högskolestudierna skall ett examensarbete på avancerad nivå göras (VT 2016). Vi har valt att göra en kvalitativ studie i form av intervju. Vår tanke är att intervjua föräldrar till barn mellan 0-10 år på barnakuten i samband med deras besök där. Intervjuerna kommer att ta ca 15 minuter och kommer att spelas in på ljudfil. Vi behöver mellan 8-10 stycken intervjuer. Vi kommer att välja ut föräldrar på barnakuten med hjälp av ett bekvämlighetsurval. Inklusionskriterier är att behärska svenska språket i tal och skrift, att barnet är mellan 0-10 år och det får inte heller ha en röd eller orange prioritet. Föräldrarna ska ha väntat minst 2 timmar efter triagering.

Vi ansöker om Ditt medgivande som vårdenhetschef att få genomföra denna studie. Samtycke kommer att hämtas från föräldrarna och deras deltagande är frivilligt.

Vid frågor eller funderingar angående studien får du gärna höra av dig.

Namnunderskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## **Ansvariga för studien**

### **Sjuksköterska**

Jessica Egerbo

Tel. 0762-505659

[gusjessiha@student.gu.se](mailto:gusjessiha@student.gu.se)

### **Sjuksköterska**

Helén Svahn

Tel. 0705- 299553

[gussvahhe@student.gu.se](mailto:gussvahhe@student.gu.se)

### **Lektor och Handledare**

Margaretha Jenholt Nolbris

Tel. 0766-186006

[margaretha.nolbris@fhs.gu.se](mailto:margaretha.nolbris@fhs.gu.se)

## **Bilaga 3**

### **Intervjufrågor**

**Inledningsfrågan:** Berätta för mig hur du upplever det första bemötandet här på barnakuten?

Vilken information fick du när du kom?

Vad förväntar du dig av ditt besök här idag?

Har du fått vänta?

Vad tror du att det beror på att ni får vänta på läkaren, provtagning, röntgen, annat?

Hur har du upplevt besöket, hittills?

Har någon del varit bra?

Vad har varit mindre bra med besöket?

Var det något du saknade?

**Följdfrågor:** Kan du förklara mer? Hur menar du då?

**Avslutningsfråga:** Är det något mer du önskar tillägga innan vi avslutar intervjun?