

UTBILDNING I BARN-HLR TILL FÖRÄLDRAR MED SVÅRT SJUKA BARN

- Intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter

HELENE JÖNSSON

UTBILDNING I BARN-HLR TILL FÖRÄLDRAR MED SVÅRT SJUKA BARN

- Intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter

HELENE JÖNSSON

Jönsson, H. Utbildning i barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn – Intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter. *Examensarbete i Omvårdnad 15 högskolepoäng* avancerad nivå. Malmö Universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för Vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Föräldrar till svårt sjuka barn som erbjuds förebyggande föräldrautbildning i barn-HLR före hemgång från sjukhus upplever ökad trygghet samt medför en ökad säkerhet för de sjuka barnen i hemmet. Det saknas kunskap huruvida sjuksköterskor på barnkliniker i Sverige har erfarenhet av att erbjuda denna föräldragrupp utbildning i barn-HLR och hur den i så fall bedrivs.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn- HLR, i samband med sjukhusvistelse.

Metod: En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie utfördes, med totalt elva sjuksköterskor från de större barnkliniker i Sverige. Med induktiv innehållsanalys analyserades materialet enligt Burnard.

Resultat: Temat som framkom var: Sjuksköterskor har en nyckelroll i föräldrautbildning, samt följande kategorier: *Sjuksköterskans undervisande funktioner, Föräldrar och närståendes utbildningsbehov, Utbildningsstrategier, Resultat och konsekvenser av utbildningen.* Sjuksköterskornas erfarenhet var att föräldrar till svårt sjuka barn inte alltid får tillräcklig undervisning inför hemgång, de påvisade stress över att inte kunna hantera akuta situationer. Föräldrarna upplevdes tryggare när de fick information och kunskap. Det utbildningsprogram i barn-HLR som finns upplevdes som otillräckligt då det inte täcker behovet som föräldrautbildning till svårt sjuka barn.

Slutsats: En standardiserad preventiv föräldrautbildning för barn-HLR till svårt sjuka barn saknas - med de individuella behov som de barnen kan ha. Ansvarsfördelningen är otydlig om vem som tar beslutet om föräldrautbildning ska erbjudas, samt sjuksköterskorna har en nyckelroll i föräldrautbildningen men har ett svagt mandat att bedriva undervisning då stöd från riktlinjer saknas.

Nyckelord: Barn-HLR, föräldrautbildning, sjuksköterskors erfarenheter, svårt-sjuka barn.

EDUCATION IN CPR TO CHILDREN FOR PARENTS WITH HIGH-RISK CHILDREN

- INTERVIEW STUDY OF NURSES' EXPERIENCE

HELENE JÖNSSON

Jonsson, H. Education in CPR to children for parents with high-risk children – Interview study of nurses' experience. *Degree project in nursing 15 credits - advanced level*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2018.

Background: Parents with high-risk children who are offered preventive parental education in Cardiopulmonary resuscitation (CPR) for children before departure from hospitals experience increased security and result in increased safety for the sick children in the home. There was no knowledge whether nurses at children's clinics in Sweden had experience in offering this parent group training in CPR for children or, if so, how it was conducted.

Aim: The aim of the study was to investigate nurses' experiences of educating parents with high-risk children in CPR for children, during hospitalization.

Methods: A qualitative study incorporating semi-structured interviews was performed, with a total of eleven nurses from the major children's clinics in Sweden. The interview material was analyzed through inductive content analysis according to Burnard.

Results: The theme that emerged was: Nurses have a key role in parental education, and following categories were: *Nurse's educational functions, Parents and relatives' educational needs, Educational strategies, Results and consequences of education*. Parents to high-risk children are not always adequately taught pre-departure, they demonstrate of stress over not being able to cope with emergency situations. Parents was felt safer when they received information and knowledge. The educational program of CPR for children that exist were perceived as insufficient as it does not cover the need for parental education to high-risk children.

Conclusion: A standardized preventive parental training in CPR for children is lacking, with the individual needs that high-risk children may have. Responsibilities are unclear on who takes the decision on parental education and who will be offered, the nurses have a key role in parental education but have a weak mandate to carry out teaching when support from recommendation was lacking.

Keywords: Cardiopulmonary-resuscitation, high-risk child, nurse-experience, parents-education.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	4
BAKGRUND	4
Hjärtstopp hos barn.....	4
Svårt sjuka barn – högriskbarn.....	5
Föräldrars behov av trygghet i vården av ett svårt sjukt barn.....	5
Sjuksköterskans roll i föräldrautbildning i barn-HLR.....	6
Utbildning i Barn-HLR för föräldrar.....	6
Problematisering.....	7
SYFTE	7
METOD	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys.....	9
Etiska aspekter	11
RESULTAT	12
Sjuksköterskan har en nyckelroll i föräldrautbildningen	12
Sjuksköterskans undervisande funktioner.....	12
<i>Pedagogisk kompetens</i>	12
<i>Pedagogiska metoder</i>	13
Föräldrar och närståendes utbildningsbehov.....	14
<i>Föräldrars utbildningsbehov</i>	14
<i>Närstående och assistenters utbildningsbehov</i>	16
Undervisningsstrategier.....	16
<i>Sjuksköterskans val av undervisningsmaterial</i>	16
<i>Uppföljning och återkoppling av föräldrautbildning</i>	18
Resultat och konsekvenser av utbildningen.....	19
<i>Föräldrars behov av ökad trygghet</i>	19
<i>Oklart ansvar</i>	19
<i>Resursbrist</i>	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	21
SLUTSATS	27
Framtida forskning.....	27
REFERENSER	28
BILAGOR	32
<i>Bilaga 1 – Informationsbrev</i>	
<i>Bilaga 2 - Samtyckesblankett</i>	
<i>Bilaga 3 – Intervjuguide</i>	

INTRODUKTION

Att barn får hjärtstopp utanför sjukhus är lyckligtvis ovanligt. I Sverige drabbas varje år 60 till 70 barn under 12 år av hjärtstopp, varav 70 % sker i hemmet, enligt Svenska Hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport (2016). Små barn har en ökad risk att drabbas av hjärt- och luftvägstopp, eftersom de har trängre luftvägar, och hjärtstopp hos barn är oftast luftvägsrelaterat. Av de barn som drabbas av hjärtstopp är hälften under ett år (a.a.). Ytterligare ökad risk för hjärtstopp har svårt sjuka barn, s.k. högriskbarn, vilka innefattar prematura barn, barn med medfödda missbildningar som exempelvis vissa hjärtfel, samt barn med andningshinder eller nedsatt andningsfunktion (respiratorisk insufficiens), (Pierick m.fl. 2012). Förutsättningen för att ett barn ska överleva ett hjärtstopp utan neurologiska skador beror helt på hur snabbt hjärt- och lungräddning (HLR) startas och med vilken kvalitet HLR utförs (Maconochie m.fl. 2015).

Om föräldrar till svårt sjuka barn erbjuds utbildning i barn- HLR, är en viktig del i denna utbildning att förebygga, förhindra och åtgärda en akutsituation med luftvägs- och hjärtstopp (Murray & Joseph 2016; Parsons & MacKinnon 2009; Pyles & Knapp 2004). Önskvärt vore om de fick kunskap och förutsättningar att hantera och tidigt starta hjärt-lungräddning i hemmet. Detta skulle bidra till att ge föräldrarna känsla av kontroll och trygghet (Parsons & MacKinnon 2009).

BAKGRUND

Hjärtstopp hos barn

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (Sv.r. HLR) utger riktlinjer för HLR som revideras vart femte år. Där presenteras viktiga skillnader i orsaken till att barn och vuxna drabbas av hjärtstopp, samt hur de ska behandlas. Åldersdefinitionen för barn i dessa riktlinjer (2016) avser spädbarn från nyfödda till 1 år och barn över 1 år till puberteten. Åldern på barnet har betydelse för bakomliggande orsaker till hjärtstopp (Maconochie m.fl. 2015). Om ett spädbarn under ett år drabbas av luftvägs- eller hjärtstopp är orsaken oftast andningsrelaterade problem eller plötslig spädbarnsdöd. Spädbarn är extra känsliga för påverkan på luftvägarna, exempelvis infektion eller främmande kropp, och den mest frekventa orsaken till hjärtstopp hos barn är sviktande andningsfunktion. Drabbas äldre barn upp till puberteten av hjärtstopp, är orsaken oftast drunkning, kvävning eller trauma (a.a.). Barn med andningssvikt får försämrad syresättning och minskad förmåga att andas ut koldioxid, hjärtat påverkas och barnet får bradykardi, vilket leder till en asystoli om inte andningssvikten åtgärdas (Sv.r. HLR 2016). Den vanligaste hjärtrytmen vid hjärtstopp hos barn är asystoli och den kan inte behandlas med defibrillering. De viktiga skillnaderna mellan barn och vuxna som får hjärtstopp är att den vuxne oftast har fullgod andningsfunktion och en hjärtrytm som kan behandlas med defibrillering, till skillnad från barn som med sin andningssvikt som orsak till hjärtstoppet, har sämre förutsättningar till återföring till spontan cirkulation (Maconochie m.fl. 2015; Sv.r. HLR 2016).

Svårt sjuka barn - högriskbarn

Varje år föds cirka 7000 barn för tidigt i Sverige enligt Svenska Prematurförbundet (2013). Med prematura barn innefattas barn födda före vecka 32, vilket kan innebära ökad risk för omogen lungfunktion samt problem med apnéer. Längre apnéer kan medföra att barnet får bradykardier, ofta som en effekt av den sviktande syresättningen (Maconochie m.fl. 2015). Detta innebär att dessa barn har ökat behov av tillsyn och övervakning.

Det föds varje år cirka 1000 barn med hjärtmissbildning i Sverige och flertal av dessa blir helt friska efter operation. Dock får ett litet antal barn fortsatta besvär med onormal hjärt- och lungfysiologi, kvarstående låg syresättning eller sviktande hjärtfunktion (Sv.r. HLR 2016). Även barn med kardiomyopati samt barn som drabbas av livshotande rytmrubbningar får påverkad hjärtfunktion med ökad risk för hjärtstopp. Dessa sjukdomar kan både vara medfödda eller utvecklas senare (Sunnegårdh 2014). Bland barn som föds med andningshinder eller nedsatt lungfysiologi, får vissa bestående dysfunktioner, medan andra barn växer ifrån besvären. Hjärt- eller lungsjukdom kan ge kraftig andningspåverkan, vilket kan innebära behov av andningshjälp i hemmet. De barn som vårdas med hemrespirator har dessutom en trakeostomi för att säkra öppen luftväg. Detta medför behov av ständig tillsyn, med krav på adekvat kunskap och handlingsberedskap hos föräldrarna (Fiske 2004).

Föräldrars behov av trygghet i vården av ett svårt sjukt barn

Flera amerikanska studier har påvisat föräldrars behov av känsla av trygghet. På 90-talet gjordes studier av Dracup m.fl. (1998) med 94 föräldrar, samt Moser m.fl. (1999) med 335 föräldrar. Studierna undersökte effekten av utbildning i barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn, avseende upplevd oro och stress inför akuta situationer som luftvägs- och hjärtstopp. Där framkom att utbildning i barn-HLR har en viktig funktion för föräldrarna, de upplevde en känsla av kontroll, minskad oro och kunde hantera tidigare betungande erfarenheter (Dracup m.fl. 1998; Moser m.fl. 1999).

I en brittisk studie av Clarke (1998) undersöktes om utbildning i barn-HLR till föräldrar minskade deras oro för plötslig spädbarnsdöd (SIDS). Antal studiedeltagare var 27 föräldrar till barn som var 18 månader eller yngre. I studien kunde inte påvisas någon minskad oro för SIDS efter utbildning i barn-HLR, dock ökades föräldrarnas känsla av trygghet genom att kunna hantera sitt barns hälsa och säkerhet (a.a.). Om föräldrar får kunskap att upptäcka försämringar hos sitt barn i tid, ökar förutsättningarna för att kunna förhindra att ett barn får hjärtstopp (Pyles & Knapp 2004; Maconochie m.fl. 2015). Genom utbildning och handlingsberedskap kan risken för hjärtstopp hos barn minska samt ger ökad trygghet för föräldrarna (Sv.r. HLR 2016).

Många svårt sjuka barn som vårdas på intensivvårdsavdelningar skrivs hem från sjukhuset med sina föräldrar som lärt sig mata och vårda sitt barn. I en amerikansk studie har det påvisats att föräldrar inte har de specifika kunskaper som krävs för att förutse eller hantera akuta försämringar hos barnet (Murray & Joseph 2016). Om sjukvården erbjuder föräldrar och vårdnadshavare med svårt sjuka barn en förebyggande föräldrautbildning i barn-HLR före hemgång från sjukhus, ökar både säkerheten för de sjuka barnen i hemmet och tryggheten hos föräldrarna (a.a.).

Möjligheten att lära sig hjärt-lungräddning till barn under dessa svåra omständigheter kan ge två effekter anser Parsons och MacKinnon (2009). Föräldrarnas oro förstärks och de blir medvetna om risken för hjärtstopp hos sitt barn eller så stärks känslan av kontroll med att föräldrarna behärskar de handgrepp och åtgärder som krävs vid en akutsituation (a.a.).

Sjuksköterskans roll i föräldrautbildning i barn-HLR

I en amerikansk studie av Knight m.fl. (2013) utbildade 125 sjuksköterskor 117 föräldrar till högriskbarn i barn-HLR före hemgång. Det framkom att 97 % av sjuksköterskorna var nöjda eller mycket nöjda med utbildningsprogrammet samt med möjligheten att utbilda preventivt och öka föräldrarnas kunskap om luftvägs- och hjärtstopp på barn inför hemgång (a.a.).

Utifrån specialistsjuksköterskans kärnkompetens säker vård framkommer att kunskap och delaktighet hör ihop, barnet och familjen har behov av kunskap om den egna hälsan då det är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att de är delaktiga i vård och beslut (SSF 2016). När sjuksköterskan identifierat ett utbildningsbehov kan effektiva åtgärder med kunskapsspridning genomföras och arbetet för en säker vård blir förbyggande. Barnsjuksköterskan har ansvar för att bevaka barnets rätt att få hjälp i omvårdnad av sina föräldrar som ska ges stöd och undervisning. Föräldrarna ska ges den kunskap och utbildning som krävs samt skapa de förutsättningar som behövs för att kunna ge bästa omvårdnad till barnet inför hemgång från sjukvården enligt föräldramedverkan i nordiska standards för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB 2012). Denna utgår från Förenta Nationernas (FN) barnkonvention (1989). Sverige ratificerade barnkonventionen 1990 för att kunna stärka och skydda barns rättigheter. NOBAB (2012) har sammanställt riktlinjer för att säkra barns rättigheter inom sjukvården. Där framkommer att föräldrar och barn ska delges information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder, samt att åtgärder ska vidtas för att minska fysisk och psykisk stress hos barnet (a.a.).

Utbildning i Barn-HLR för föräldrar

I Sv.r. HLR riktlinjer (2016) ingår *barn-HLR till Samhället* (2016), en första hjälpen-behandling som kan ges till ett barn som har slutat andas och vars hjärta har slutat slå. HLR innefattar två moment: inblåsningar och bröstkompressioner. Inblåsningar tillför syre till blodet och bröstkompressionerna medför att blodet cirkulerar ut i kroppen tack vare händernas tryck på bröstkorgen. HLR på barn startas alltid med inblåsningar eftersom när ett barn blir livlöst beror det oftast på att det har slutat andas och barn är mycket känsliga för syrebrist. När andningen upphör får inte kroppen tillräckligt med syre och till sist slutar hjärtat slå. Hjärtverksamhet kan stödjas med hjälp av bröstkompressioner. Hjärnan är det organ som är mest känsligt för syrebrist. Om syretillförseln inte kommer igång tillräckligt snabbt, finns det en risk att barnet får bestående hjärnskador som kan uppstå redan efter några minuter.

Barn-HLR ges till barn under ett år och till barn från ett år upp till puberteten men med olika handgrepp (Sv. HLR 2016). Utbildningsprogrammets mål för *barn-*

HLR till Samhället (2016) är att lära sig upptäcka och bedöma om barnet är vid medvetande, om det andas samt bedöma livstecken och påbörja HLR:

Öppna upp barnets luftväg, ge fem inblåsningar och blås till bröstkorgen höjer sig, en inblåsning ska ta 1 sekund. Kunna bedöma livstecken, om livstecken saknas ge hjärtkompressioner med hög kvalitet. Tryck på nedre delen av bröstbenet med en takt på minst 100/minut, inte mer än 120/minut.

Kompressionsdjup 4 cm om barnet är <1 år, 5 cm om barnet är >1 år. Släpp upp helt efter varje kompression, men behåll hudkontakten. 30 kompressioner följt av 2 inblåsningar, 30:2. Inblåsningar och bröstkompressioner ska ske utan avbrott och på hårt underlag.

Efter HLR i en minut ska 112 larmas om ej gjort av omgivande person. HLR skall pågå oavbrutet tills sjukvårdspersonal tar över (a.a.).

Hantering av luftvägsstopp är att uppmuntra barnet att hosta, barnet <1 år görs fem snärtiga brösttryck med två fingrar liggandes på din underarm, vänd barnet och tryck fem snärtiga tryck mellan skulderbladen, vänd igen och titta i munnen. Handgreppen för barn >1 år och vuxna är samma, med fem ryggdunk och fem brösttryck samt titta i munnen. Vid medvetlost barn utförs HLR men titta i munnen innan inblåsning.

Viktiga skillnader mellan utbildningsprogrammen i barn-HLR är att *barn-HLR i Samhället* är mer kortfattad, det innefattar endast ett handgrepp för öppen luftväg. Bedömning och hantering av barn som inte andas men har livstecken ingår inte i programmet, det inriktas på HLR 30:2 som till vuxna. Utbildning är filmbaserad utan förberedelser, ingen scenarioträning eller träning med hjälpmedel ingår och utbildningstiden är avsevärt kortare. Utbildningsprogrammen inom sjukvården är mer omfattande och längre. Barn-HLR för sjukvården (S-HLR barn 2016) och avancerad barn-HLR (A-HLR barn 2016) har flera handgrepp för öppen luftväg, påvisar 20 inblåsningar till barn som inte andas men har livstecken. När tecken på liv saknas startas HLR med 15:2, vilket anses vara bäst för barnet då öppen luftväg och säkrad ventilation kan vara avgörande för framgångsrik HLR.

Problematisering

Internationella studier har visat att föräldrar med svårt sjuka barn kan uppleva barn-HLR utbildning som ett redskap för att få kontroll, minskad oro och stärkt självförtroende i omvårdnaden om barnets hälsa och säkerhet (Murray & Joseph 2016; Parsons & MacKinnon 2009). När föräldrar erbjuds utbildning inför hemgång vid sjukhusvistelse ges de kunskap att hantera en akutsituation som luftvägs- och hjärtstopp (a.a.).

Utifrån svenska förhållanden saknas studier om utbildning i barn-HLR erbjuds till föräldrar med svårt sjuka barn samt hur de i så fall genomförs. Även inom svensk sjukvård saknas rekommendationer om att erbjuda barn-HLR utbildning till dessa föräldrar inför hemgång från sjukhusvistelse. Det saknas också kunskap huruvida sjuksköterskor på barnkliniker har erfarenhet av att erbjuda denna föräldragrupp utbildning i barn-HLR och hur den i så fall bedrivs.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn-HLR, i samband med sjukhusvistelsen.

METOD

Utifrån studiens syfte genomfördes en kvalitativ semistrukturerade intervjustudie, då det är en lämplig metod vid efterforskning av deltagarnas individuella erfarenhet (Kvale & Brinkman 2014). Analys av insamlat studiematerial skedde utifrån Burnard m. fl. (2008) beskrivning av induktiv innehållsanalys.

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i föreliggande studie var sjuksköterskor med instruktörsutbildning i barn-HLR som varit aktiva instruktörer de senaste fem åren. De skulle ha arbetat på barnklinik med svårt sjuka barn, så kallade högriskbarn och de skulle dessutom ha erfarenhet från att ha utbildat föräldrar med svårt sjuka barn i barn-HLR.

Rekryteringen skedde via mailkontakt till områdeschefer (OC) och enhetschefer (EC) på berörda barnkliniker inom Region Skåne. Författaren efterfrågade kontaktuppgifter till lämpliga informanter samt bifogade studieinformation via informationsbrev (Bilaga 1). Av 18 tillfrågade OC/EC svarade åtta, varav en uppgav att inga sjuksköterskor var HLR-instruktörer på avdelningen, samt en annan bedömde att studien ej var relevant då endast fåtal familjer gick direkt hem från deras avdelning. Övriga OC/EC hänvisade vidare till 10 tilltänkta informanter, där en personlig förfrågan via email skickades. Av 10 tillfrågade knöts kontakt med sex informanter där samtliga tackade ja till studiedeltagande. Då informantunderlaget var otillräckligt inom Region Skåne, blev det aktuellt att utöka antalet informanter genom rekrytering av sjuksköterskor från andra barnkliniker i Sverige. Bekvämlighetsurval användes utifrån Polit och Beck (2017) där kontakt via svenska HLR rådet gav rekommendationer om lämpliga informanter. Förfrågan skickades till 16 tilltänkta sjuksköterskor via email, där samtliga var verksamma utanför Skåne. Av 16 tillfrågade var 15 intresserade, dock uppfyllde endast fem av dessa informanter studiens inklusionskriterier. De fem inkluderades och godkände intervju via telefon. Studiedeltagarna var slutligen elva sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Samtliga informanter fick personlig förfrågan med Informationsbrev, där syftet med intervjun redovisades samt samtyckesformulär (Bilaga 2) som undertecknades av studiedeltagarna innan intervjustart. De informanter som intervjuades via telefon bifogade undertecknade informationsbrev och samtyckesformulär via email före intervjustart.

Studiedeltagarnas medelålder var 41 år (30 – 58 år), med sjuksköterskeerfarenhet mellan 9 – 29 år. Erfarenheten av att vårda barn var mellan 9 – 29 år och samtliga hade erfarenhet från vård av svårt sjuka barn. Nio av 11 sjuksköterskor var specialistutbildade, varav sju av nio var barnsjuksköterskor, övriga två var inom anestesi och intensivvård. Erfarenhet som instruktör i barn-HLR var mellan 6 – 25 år.

Datainsamling

Studiens datainsamling skedde via semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide (Bilaga 3) med frågeområden som utgick från studiens syfte där sjuksköterskornas erfarenhet avsågs att efterforskas hos varje informant enligt Polit och Beck (2017). Informanterna uppmuntrades att tala fritt om ämnet för att uppnå så många olika upplevelser och beskrivningar som möjligt, samt för att få fram all efterfrågad information (a.a.).

Innan samtliga intervjuer påbörjades genomfördes en pilotintervju där frågor och upplägg testades samt den tekniska utrustningen för inspelning av intervjun (Danielson 2012). Den tänkta intervjutiden på 45 till 60 minuter prövades om den var rimlig, vilket den var då informanten fick tid att prata fritt så omfattande svar framkom på intervjufrågorna. Intervjumaterialet från pilotintervjun skrevs ut för att se om de planerade frågorna var adekvata. Efter pilotintervjun inkluderades några underliggande stödfrågor för att ringa in ämnet då svaren från pilotintervjun blev något utsvävande. Exempel på intervjufråga *"Vilka behov tror du dessa föräldrar har av att få barn-HLR utbildning?"*, med tillägsfrågor *"Kan du beskriva hur behovet visar sig?"*; *"Vilka konsekvenser för föräldrarna?"*. Pilotintervjun med den första informanten gav ett innehållsrikt material på 15 A4 sidor med 7300 ord, vilket medförde att den inkluderades i studien.

Varje intervju inleddes med att informanten informerades om studiens syfte och inbjöds att ställa frågor. Informanten fick godkänna ljudinspelning via mobiltelefon under intervjun för att inte störa samtalet, då intervjun kan upplevas friare om samtalet spelas in enligt Kvale och Brinkman (2014). Enstaka stödanteckningar fördes där informanten stärkte orden med mimik eller kroppsrörelse, vid telefonintervjuerna fördes stödanteckningar då suckar, tankepauser framkom som stöd vid transkriptionen. För att tidigt i intervjun skapa en god kontakt mellan informant och författare användes inledningsvis öppna beskrivande frågor om yrkeserfarenhet och patientklientel.

De genomförda intervjuerna varade i 25 - 59 minuter, sammanlagt 412 minuter, medel 41 minuter per intervju. Vid transkribering av inspelat material (76 sidor) lyssnade och tolkade författaren materialet så inte bara orden, utan även informantens pauser och tonfall registrerades, samt noteringar från stödanteckningarna, enligt Kvale & Brinkman (2014).

Dataanalys

Den insamlade datan analyserades med tematisk innehållsanalys enligt Burnard m.fl. (2008), ett tillvägagångsätt för analys av kvalitativa data genom induktiv metod. Det innefattar analys utan förutbestämd teori, struktur eller ramverk vilket lämpar sig väl när endast lite är utforskat om det studerade fenomenet.

Texterna genomlästes flertal gånger där noteringar gjordes i marginalen för att identifiera sammanfattande meningar och ord till en öppen kodning (Tabell 1).

Tabell 1. Utdrag ur analysprocessen vid öppenkodning enligt Burnard m.fl. (2008).

Citat från transkriberad intervju	Öppen kodning
<i>"Utbildar hela personalgruppen, nyanställda... i barn-HLR"/ .../ "Föräldrarna lär sig snabbt och de blir specialister på hur deras barn vill ha det och dess behov"/ (Informant O) .../ "Upplever föräldrar känner stress av risksituation och önskar utbildning" (Informant M)</i>	Allmän erfarenhet av undervisning av kollegor Specifika erfarenheter med undervisning riktad mot svårt sjuka barn - patient/ förälder/ närstående Upplevd informations-/ utbildningsbehov hos föräldrar

<i>" Barn-HLR till allmänheten fungerar för friska barn, men är inte tillräckligt här/ (Informant R) .../ Många har hjälpmedel hemma som sug och syrgas/ (Informant N) .../ Barnen är sjukare när de vårdas hemma, det ställs högre krav på närmst vårdare" (Informant M).</i>	Barn-HLR för allmänheten Hjälpmedel Ökat föräldraansvar
<i>" Vi har checklistor som vi utgår ifrån i föräldrautbildningen ... allt ska komma med oavsett vem som utbildar/ (Informant V) .../ Ställer mycket frågor, öppna frågor så de får förklara och visa, tränar mycket på handgreppen och så/ (Informant R) .../ genomfört utbildning med tolk...föräldrarna fick svar på sina frågor" (Informant Q).</i>	Kursgenomförande Aktivt lärande Språk på undervisningen
<i>" Egna pedagogiska kunskaper vid föräldrautbildning inhämtas från HLR rådets instruktörsutbildningar/ (Informant P) .../En utmaning för oss instruktörer är hur vi pratar, får tänka om lite, det är ju faktiskt sina barn de ska rädda" (Informant U).</i>	Sjuksköterskans förkunskaper Reflektion över egen kunskap

Utifrån den öppna kodningen sammanställdes ord och meningar så koder framkom. Efter gruppering av likvärdiga koder framkom underkategorier som fördes samman till kategorier (Tabell 2). Med färgkodning av kategoritillhörighet bearbetades de transkriberade texterna ytterligare och framkommit material grundade studiens resultat med kategorier som ledde till ett övergripande tema: Sjuksköterskan har en nyckelroll i föräldrautbildningen.

Tabell 2. Utdrag av resultatet från analysprocessen enligt Burnard m. fl. (2008).

Kategorier	Underkategorier	Koder
Sjuksköterskans undervisande funktioner	Pedagogisk kompetens Pedagogiska metoder	<ul style="list-style-type: none"> • Formellkunskap • Reflektion över egen kunskap • Erfarenhet från undervisning av: <ul style="list-style-type: none"> - Kollegor, föräldrar till svårt sjuka barn, assistenter • Uppmuntrar frågor • Träning i realistiska risksituationer • Film, Kursbok • Instruktörsledd • Scenarioträning
Föräldrar och närståendes utbildningsbehov	Föräldrars utbildningsbehov Närstående och assistenters utbildningsbehov	<ul style="list-style-type: none"> • Individanpassat utifrån barnets behov • Behov utifrån diagnos • Föräldrabehov av: <ul style="list-style-type: none"> - Teoretisk kunskap - Praktisk kunskap - Individanpassad kunskap
Undervisningsstrategier	Sjuksköterskans val av undervisningsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> • Barn HLR • Hjälpmedel • Specifik kunskap • Förberedelser • Kursgenomförande • Kvalitetskontroll

	Uppföljning och återkoppling av föräldrautbildning	<ul style="list-style-type: none"> • Standardiserat utbildningsprogram
Resultat av utbildning	<p>Föräldrars behov av ökad trygghet</p> <hr/> <p>Oklart ansvar</p> <hr/> <p>Resursbrist</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Föräldrars behov att vilja ha kontroll • Föräldrar upplever stress • Ökat föräldraansvar • Oklar ansvarsfördelning <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Undervisningslokal • Tjänstgöring • Utmaningar

ETISKA ASPEKTER

Enligt Etikprövningslagen (SFS 2003:460) 1§ och 2§ som avser forskning på människor, utgör inte arbeten som utförs av studerande i grundläggande eller avancerad högskoleutbildning forskning, därför behöver inte en formell etisk granskning göras.

I studien utgick det etiska övervägandet ifrån de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2017) rekommenderar. De utgörs av fyra huvudkrav, krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informationskravet uppfylldes genom det Informationsbrev som utskickades via email till tänkta informanter där avsikten med undersökningen presenterades samt studiens syfte förmedlades. Information gavs skriftligt med tid för genomläsning innan godkännande av studiedeltagande lämnades. Det framgick att deltagandet i studien var frivillig samt att de data som samlades in endast används till forskningen (a.a.). Genom att informanten delgavs och undertecknade ett samtyckesformulär, uppfylldes samtyckeskravet. Deltagarna hade rätt att själva bestämma över sin medverkan och hade rätten att när som helst avbryta studiedeltagandet.

Medverkan i intervjustudien utgjorde inga kända risker för informanten vare sig på kort eller lång sikt. Konfidentialitetskraven uppfylldes för uppsatsen då inga känsliga personuppgifter sparades och intervjuer spelades in på en mobiltelefon utan internetuppkoppling. Efter transkribering överfördes inspelat material på ett dataminne som förvarades i ett låst, brandsäkert skåp. Det insamlade materialet kodades och avidentifierades vilket stärkte möjligheten till konfidentialitet för deltagarna. Allt insamlat material raderas när uppsatsen har examinerats och publicerats. Insamlade data används endast för att nå studiens syfte vilket uppfyller nyttjandekravet.

RESULTAT

Det analyserade intervjumaterialet utmynnade i ett tema, samt fyra kategorier med underkategorier som beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn-HLR, i samband med sjukhusvistelse.

Det tema som framkom var: **Sjuksköterskan har en nyckelroll i föräldrautbildningen**, samt följande kategorier:

Sjuksköterskans undervisande funktioner; Föräldrar och närståendes utbildningsbehov; Undervisningsstrategier; Resultat och konsekvenser av utbildningen.

Sjuksköterskan har en nyckelroll i föräldrautbildningen

I intervjuerna med sjuksköterskorna framkom att föräldrar med svårt sjuka barn kunde ge uttryck för oro, rädsla och stress för sin kunskapsbrist om att klara av omvårdnaden av barnet vid hemgång, då de saknade verktyg för att förutse och hantera risk- och akutsituationer. Det påtalades från sjuksköterskorna att föräldrarna efter hemgång förväntades se tidiga tecken på försämring hos sitt barn och söka vård i tid. Utifrån sjuksköterskornas erfarenheter framkom det även att det saknades standardiserat utbildningsprogram i barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn, som stöd i utbildningen för att säkra hög kvalitet. Det framkom också att sjuksköterskorna uttryckte det var oklart vem som tog ansvar för erbjudandet av föräldrautbildning. De upplevde sig ha svagt mandat för föräldrautbildning i barn-HLR då rekommendationer saknades.

Sjuksköterskans undervisande funktioner

Utbildningserfarenheten och frekvensen från föräldrautbildning i barn-HLR hade stora variationer från 3 - 5 undervisningstillfällen under flertal år till regelbundna utbildningar, 6 - 12 gånger per år. Av de intervjuade sjuksköterskorna gav fyra sjuksköterskor de mer frekventa utbildningarna då detta innefattades i barnens vårdprogram (Trakeostomi 2018). Även tre sjuksköterskor med avsatt tid för HLR utbildning på deltid, 20 - 50 % tjänst, höll fler och mer frekventa utbildningar.

”Får ganska fria händer av chefen som litar på vår kunskap och bedömning vad personal, föräldrar och assistenter behöver i undervisning/.../med bra samarbetet, två 50% tjänster i utbildning samt egen budget kan vi utbilda mer.”
(Informant O)

Det framkom att vissa sjukhus hade kliniska träningscenter som kan erbjuda föräldrar, kommun, BVC och assistentbolag barn-HLR-utbildning samt instruktörsutbildning. Det påtalades att ett standardiserat utbildningsprogram till föräldrar med svårt sjuka barn saknades. Sjuksköterskorna ansåg att det hade varit ett stöd, samt att ett individanpassat utbildningsmaterial efter det specifika barnets behov hade varit nödvändigt.

Pedagogisk kompetens

Sjuksköterskornas erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn-HLR utgick från mångårig yrkeserfarenhet inom barnsjukvård samt erfarenheter som barn-HLR instruktörer. Med tillit till egen kunskap samt klinisk erfarenhet från vård av svårt sjuka barn och dess föräldrar ansåg de sig kunna identifiera föräldrars utbildningsbehov och mötte detta behov med undervisning.

Ytterligare en förutsättning var stöd från HLR - rådets instruktörsutbildningar där pedagogiska metoder som aktivt lärande och problembaserad lärande med scenario tränades. Det gav tillsammans med egen teoretisk kunskap och praktisk mängdträning kompetens både avseende HLR - kunskaper så som vad det sjuka barnets situation krävde. Det framkom också att det var viktigt att hålla HLR kunskapen uppdaterad med nya svenska riktlinjer. Det gav trygghet att med lång barnerfarenhet ha inhämtat en känsla för hur föräldrar med svårt sjuka barn kunde bemötas, vilka reaktioner som kunde uppstå och hur de borde hanteras. De hade ingen mer formell pedagogisk utbildning än det som ingår i sjuksköterskeprofessionens utbildning, däremot var flertalet av de intervjuade också HLR-instruktörer i *avancerad Barn-HLR (2016)*, där föräldrars roll och närvaro diskuteras.

Pedagogiska metoder

Av sjuksköterskorna hade samtliga lång erfarenhet inom barnsjukvård och dessutom var 9 av 11 specialistsjuksköterskor inom barn, intensivvård eller anestesi. Med de kunskaperna och erfarenheterna till grund och utifrån HLR rådets instruktörsutbildningar med praktisk träning och aktivt lärande upplevde sjuksköterskorna att de hade tillräcklig kompetens för att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i Barn-HLR. De saknade dock stöd från lämpligt standardiserat utbildningsprogram, samt formell pedagogisk kompetens.

Sjuksköterskorna ansåg det var lättare att utbilda utifrån instruktörsledning och använda den webbaserade utbildningsfilmen som komplement med många pauser för frågor. Deras uppfattningen var att kursbok saknades då det gav chans för förberedelse inför kurstillfälle samt gav möjlighet till att uppdatera kunskapen om kursboken följde föräldrarna. Sjuksköterskorna använde sig av kontrollfrågor till föräldrarna som motivation och kunskapskontroll. Den gemensamma uppfattningen var att föräldrarna hade frågor både om HLR och specifika frågor om sitt barn.

”Utgår från filmen som grund för friska barnet, sedan individanpassat utifrån specifika barnet. Har inget standardiserat eller nedskrivet koncept, improviserar och utgår från föräldrarnas frågor. Allt från HLR till mat, känns bra att vara tillgänglig ett par timmar.” (Informant Z)

Sjuksköterskorna poängterade hur viktigt det var att föräldrarna förstod skillnaden mellan barn- och vuxen-HLR. Att de inte bara förstod hur man gör utan också varför de gör på det specifika sättet, och vad de ska titta efter för tecken på försämring hos barnet. Det problembaserade lärandet bestod av små realistiska scenarioövningar med HLR träning som inte ingick i *Barn-HLR i Samhället (2016)*. Föräldrarna gavs möjlighet att diskutera och träna på risksituationer som kunde uppstå samt hur de kanske kunde förebyggas. Det uppfattades motiverande för föräldrar och assistenter att se vad som verkligen kan hända och vad de kan göra i väntan på ambulans.

Det framkom delade uppfattningar om att blanda föräldrar och assistenter i samma utbildningsgrupp, några utbildade alltid separat då de sjuksköterskorna valde att ha ett kunskapstest till assistenterna. Däremot inbjöds föräldrarnas närstående som mor- och farföräldrar till föräldrautbildningen, uppfattningen var att de som var nära vårdare till barnet borde få utbildning.

”Vid en diagnos som lätt sätter i halsen, där erbjuds föräldrarna utbildning, även mor- och farföräldrar får vara med, de som kommer vara nära barnet.”
(Informant Q)

Föräldrar och närståendes utbildningsbehov

Sjuksköterskornas erfarenheter påvisade att föräldrar hade olika behov av utbildning och kunskap, men även att närstående hade behov av utbildning. De som var nära barnet kunde erbjudas utbildning och de upplevdes tryggare när de fick information och kunskap.

Föräldrars utbildningsbehov

Sjuksköterskornas uppfattning var att föräldrarnas egenvårdsansvar för de svårt sjuka barnen har ökat över tid. Barnen har behov av trygg hemmiljö där föräldrarna som närmaste vårdare kan hantera akuta situationer. Föräldrarna har behov av heltäckande utbildning i Barn- HLR samt utbildning utifrån sitt sjuka barns övriga individuella behov.

Den gemensamma uppfattningen var att föräldrarnas utbildningsbehov av Barn-HLR upplevdes större än vad som kunde erbjudas innan hemgång. Föräldrarna ska kunna hantera de basala omvårdnadsåtgärder som uppkommer som nybliven förälder: amma, blöjbyte och anknytning till sitt barn som kan störas av vårdprocessen och traumatiska upplevelser. Det fanns även förväntningar från barnets vårdenhet att föräldrar skulle klara av medicinering, sondmatning, inhalationer samt reagera på försämringar som andnings- och cirkulationspåverkan. Föräldrarna uppmanades söka sjukvård vid försämring, men erbjuds inte utbildning och kunskap att förebygga eller hantera en akut försämring.

”Alla föräldrar är rädda för att barnet sätter i halsen, utbildning i barn-HLR medför trygghet/.../ Vissa diagnoser får föräldrarna mäta saturation dagligen hemma för att söka hjälp i tid vid försämring. Läggs stort medicinskt ansvar på föräldrarna, de ska följa mätningar, men ges inte redskap för att hantera en akut försämring, som att få utbildning i barn-HLR.” (Informant U)

Föräldrarna upplevdes ha olika behov av föräldrautbildning inom barn-HLR. Vissa föräldrar kunde inse att problem som risksituationer kunde uppstå, exempelvis ett barn som sondmatas kräks och aspirerar. De ville ha kunskap samt handlingsberedskap för att kunna hantera akuta försämringar. Föräldrarna upplevdes stressade över dessa situationer, de ville gärna komma hem men var otrygga om de inte kunde hantera akuta försämringar. Däremot påtalade sjuksköterskorna att andra föräldrar uppgav att de inte ens tänkt tanken att något kunde hända, utan var trygga med att kunna ringa sjukvårdsupplysning och ambulans.

”De flesta föräldrar är väldigt positiva till att få gå utbildningen men de förstår också allvaret med barnets sjukdom. Varför är vi utvalda till utbildningen, finns det större risk för vårt barn att få hjärtstopp? Klart det finns en rädsla bakom, samtidigt som tryggheten med att få kunskapen väger tyngre.” (Informant R)

Den gemensamma uppfattningen var att föräldrarna upplevdes tryggare när de fick information och kunskap av sjuksköterskorna. Många föräldrar var pålästa via internet, media och föräldraforum, men hade svårt att sortera och värdera

lämplig information. Det framkom att det uppfattades som viktigt att kunskap och färdigheter lärs ut. Sjuksköterskorna utmanades av att på ett lämpligt sätt uttrycka sig till föräldrar som genomgått traumatiska upplevelser och dessutom ska lära sig att återuppliva sitt eget barn. Deras uppfattning var att utbildning borde utgå från friska barns förutsättningar utifrån anatomi, ålder och avsedda handgrepp, därefter individanpassas utifrån det sjuka barnets behov. Sjuksköterskorna påtalade även att utbildningen borde utgå från teoretisk kunskap till praktiska färdigheter med handgrepp och träning i risksituationer som exempelvis aspiration vid sondmatning eller om barnet sätter i halsen. Erfarenheten var att de föräldrar vars barn drabbats av hjärtstopp efterfrågat utbildning då de insåg riskerna. De ville ha kunskapen att kunna hantera eller än hellre förebygga hjärtstoppet om det hände igen.

Sjuksköterskorna identifierade ett flertal diagnoser där det skulle kunna uppkomma behov av föräldrautbildning i Barn-HLR: respiratoriska och /eller cirkulatoriska besvär med olika missbildningar, arytmier, neurologiska-, metabola sjukdomar, traumabarn och multisjuka barn. I den individanpassade utbildningen till hjärtopererade barn borde det enligt sjuksköterskorna framkomma att bröstkompressioner kan göras även om barnet har genomgått sternotomi. Till barn med inopererad Interndefibrillator (ICD) på grund av livshotande arytmier, borde utbildning i defibrillering (AED) tilläggas ansåg de intervjuade sjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna berättade att till exempel föräldrar till barn med andningssvikt med trakeostomi och hemrespirator gjordes delaktiga i omvårdnaden av barnet på sjukhus. De ska kunna hantera hjälpmedel som sug och syrgas vid hemgång. Föräldrarna har stort utbildningsbehov i trakeostomihantering och hemventilator, samt kunna genomföra åtgärder vid akuta situationer som blockerad luftväg/slempropp i trakealkanyl eller accidentiell extubation av trakealkanyl. En påtaglig risk vid dessa situationer är försämrad syresättning, desaturering, vilket kan leda till bradykardi, cirkulationssvikt och hjärtstopp. De ska kunna ventilera barnet med andningsblåsa till mun eller till trakeostoma. Några av sjuksköterskorna hade erfarenheter av att föräldrar blivit hemskickade med hjälpmedel, som mask och blåsa, utan vare sig kunskap, utbildning eller träning att hantera dessa.

” Föräldrarna får träna på olika scenario utifrån deras barns behov, ex skickas ett barn hem med track och hemventilator måste de naturligtvis träna med andningsblåsa i olika scenario samt hjärtstoppsscenario. Har barnet en extern defibrillator hemma så ska de träna på det. ” (Informant T)

Flera sjuksköterskor påpekade att tidsfaktorn för larm var viktig att informera föräldrarna om, eftersom denna skiljer mellan barn och vuxna. På barn påbörjas HLR direkt med inblåsningar och HLR bör pågå en minut innan larm, för att ha möjlighet att förbättra barnets överlevnadssituation. En hjälpinsats måste startas snabbt till barn och här måste föräldern göra en viktig insats tills hjälp kommer. Det poängterades också att det var viktigt att diskutera med föräldrarna att tiden i väntan på ambulans kunde upplevas lång.

I intervjuerna framkom att föräldrautbildning i barn-HLR ingår i ett vårdprogram för barn, barn med trakeostomi (Trakeostomi 2018), där nationella riktlinjer färdigställdes under 2018.

”En arbetsgrupp med sjuksköterskor och läkare arbetar med att få fram nationella riktlinjer för trackvård i Sverige, så det finns ett nationellt nätverk. I vårdprogrammet finns en obligatorisk föräldrautbildning innan hemgång, där barn-HLR ingår.” (Informant V)

Närstående och assistenters utbildningsbehov

Erfarenheter fanns även hos sex av de intervjuade sjuksköterskorna, att undervisa personliga assistenter inför barnets hemgång. Gemensamt för informanterna var att de berättade om att det fanns ett stort utbildningsbehov hos assistenter för att barn och föräldrar ska kunna känna sig trygga vid akuta situationer i hemmet, då det förekom att assistenter saknade tidigare sjukvårdsutbildning.

”Svårt för assistenter att få rätt utbildning, de har ofta ingen sjukvårdsutbildning men ska vårda barn med andningsstöd trakeostomi med rensugning, syrgas och risk för andningsstopp. Föräldrarna har då själva fått stötta och utbilda assistenterna.” (Informant M)

Sjuksköterskorna berättade att närstående som mor- och farföräldrar ofta önskade utbildning, exempelvis vid diagnos där barn lätt sätter i halsen, som vid Esofagusatresi. De kunde erbjudas delta i utbildningen då det var av vikt att utbilda de som var nära barnet. Sjuksköterskorna uppgav att mor- och farföräldrars roll var dubbel då de både ville stötta sitt barn men var känslomässigt engagerad i sitt svårt sjuka barnbarn.

Flera av sjuksköterskorna uppgav att de hade utbildat assistenter inför barnets hemgång. Assistenterna var inte alltid informerade om sina kommande arbetsuppgifter utifrån det svårt sjuka barnets behov. Det fanns också erfarenheter att föräldrar själva tagit ansvar för säkra hemmiljön för barnet och utbildade då själva assistenter i Barn-HLR efter genomgången instruktörsutbildning.

Undervisningsstrategier

Sjuksköterskorna hade olika uppfattningar om vilket av de olika utbildningsprogrammen i barn-HLR som föräldrautbildningen skulle utgå ifrån, då inget av utbildningsprogrammen utgick från det svårt sjuka barnets behov utifrån föräldrarnas kunskap och perspektiv. Det framkom att sjuksköterskorna upplevde oklarheter när i vårdtillfället utbildningen skulle erbjudas, men att det var positivt om uppföljning av undervisningen kunde ske och att det var viktigt att återkoppling skedde till föräldrarna vid reell HLR.

Sjuksköterskans val av undervisningsmaterial

Det framkom att standardiserat utbildningsprogram saknas till svårt sjuka barn med individuella tillägg för de olika barnens behov. Det nuvarande utbildningsprogrammet *Barn-HLR i Samhället* (2016) upplevdes otillräckligt då det inte täcker det behov som föräldrautbildning till svårt sjuka barn har. De kunde ha många hjälpmedel i hemmet som sug och syrgas, samt föräldrarna måste ha kunskapen att hantera och ventileras med andningsballong på trakeostomi. Det framkom också att föräldrarna förväntas se tidiga tecken på försämring och söka vård i tid. Men att föräldrarna kan ha svårt att identifiera tecken på försämring och ha svårt att beskriva hur barnet är påverkat.

”Vi lär dem titta på barnet och se vad de ska vara uppmärksamma på, hur de gör med medicinering, när de ska bli oroliga och när de ska kontakta sjukvård. Det ger en nära kontakt till föräldrarna.” (Informant U)

Flertalet intervjuade sjuksköterskor utgick från utbildningsprogrammet *Barn-HLR i Samhället* (2016) som liknar *Vuxen-HLR* (2016) där det rekommenderas 30 kompressioner och 2 inblåsningar (30:2), men barnanpassats och föregås av fem inblåsningar. Utbildningen innefattar en webbaserad film på 35 minuter (www.hlr.nu 2016). Det framkom att utbildningens upplägg tolkades på olika sätt. Några sjuksköterskor utbildade helt utifrån filmen utan paus och hade frågor med diskussion efteråt. Några visade filmen men pausade vid behov för frågor och diskussion, samt några utbildade helt utan film. Sjuksköterskorna var överens om att filmen inte var heltäckande och undervisningstiden på 50 - 90 minuter inte var tillräcklig, de uppgav att tidslängd på undervisningen borde vara 3 - 4 timmar för att uppfylla föräldrarnas behov av kunskap.

Det framkom att *Barn-HLR i Samhället* (2016) uppfattades som otillräcklig utifrån de svårt sjuka barnens behov, då sjuksköterskorna ansåg att tyngdpunkt borde läggas på tidiga tecken på andningssvikt och öppen luftväg, inblåsningar innan kompressioner, samt fortsätta ge inblåsningar när barnet inte andas men har tecken på liv. Några av sjuksköterskorna gjorde individuella anpassningar till *Barn-HLR i Samhället* (2016) då de utgick från det specifika barnets behov, ex 15:2 till hjärtsjuka barn, genomgång av Automatisk Extern Defibrillator (AED) till barn med ICD, sug och syrgas-behandling till de trakeostomerade barnen samt träning med andningsblåsa på trakeostomerad docka.

De sjuksköterskor som utgick från *Barn-HLR utbildning för sjukvårdsanställda* (S-HLR till barn 2016), poängterade att det var bäst för barnet med 15:2, men att föräldrar och assistenter inte var sjukvårdskunniga. Föräldrar till barn med syrgasbehov måste kunna hantera det, då det i *S-HLR till barn* (2016) ingår sug och syrgashantering. Föräldrar till barn med trakeostomi måste kunna hantera både sug och syrgas, samt kunna ventilerat barnet med andningsblåsa på trakeostomin, vilket endast ingår i *Avancerad Barn-HLR* (A-HLR till barn 2016).

I tidigare version av *Barn-HLR* (2011) fanns utbildningsmaterial i form av kursbok för inläsning innan kursen. Kursboken ingår numera inte då den blev borttagen i senaste version *Barn-HLR i Samhället* (2016) som i stället hänvisar till webbaserad utbildningsfilm på hemsidan (www.hlr.nu 2016). Många av sjuksköterskorna saknade kursboken då föräldrarna kunde förbereda sig inför kursen med att läsa in kursboken. Föräldrarna fick då tid att fundera på innehållet och kunde ta med frågor till utbildningstillfället. Några sjuksköterskor påtalade att de har kursboken kvar och lämnade ut den för inläsning före kurstillfälle, vilket de uppgav att föräldrarna påtalade som positivt.

”I den tidigare utbildningen ingick förberedelser med kursbok som de fick läsa innan kursstart, de var väl förberedda med den. I dagens kurs ingår inga förberedelser, men jobbar man med svårt sjuka barn kan arbetsgivaren ordna mer omfattande utbildning.” (Informant T)

Olika utbildningsmaterial används av instruktörerna vid föräldrautbildningarna. Av de HLR dockor som används har vissa kontrolldisplay för kvalitetskontroll av

kompressionskvalitet avseende frekvens, djup och handplacering samt kontroll på inblåsning. Vissa dockor har klickindikering på kompressionsdjup samt andra dockor har enbart visuell kontroll av instruktör. Kvalitetsdokument för säkring av HLR med god kvalitet (Sv.r. HLR 2016) fanns för *Barn-HLR i Samhället* (2016) och till *S-HLR till barn* (2016). En sjuksköterska påtalade att lokalt fanns en specifik checklista för att kvalitetssäkra föräldrautbildningen, vilket gjorde att utbildning blev likvärdig oberoende vem som utbildade.

”Vi har checklistor som vi utgår ifrån i föräldrautbildningen, blir kanske olika ordning men allt ska komma med oavsett vem som utbildar.” (Informant V)

Det upplevdes som oklart bland sjuksköterskorna när i vårdprocessen utbildningen borde erbjudas. De flesta av sjuksköterskorna gav utbildningen under de två sista veckorna innan hemgång, trots lång vårdtid föregicks. De barn med diagnoser där *Barn-HLR i Samhället* (2016) ingick i barnets vårdprogram hade tydliga tidsramar. Utifrån vårdprogram Trakeostomi (2018) innebar dessa tidsramar krav på kunskap för att få lämna vårdavdelningen utan personal. Föräldrar till dessa barn skulle ha kunskapen att kunna hantera en akutsituation vilket innebar att de ska kunna utföra barn-HLR samt hantera trakeostomin med hjälpmedel i egen packad och medhavd akutväska.

Flera av sjuksköterskorna hade erfarenhet från att erbjuda utbildning i barn-HLR på annat språk än svenska. Det framkom att utbilda via tolk tog längre tid men att en engagerad tolk gav kvalitet på utbildning då föräldrarna fick kunskap och svar på sina frågor via tolken, samt att föräldrarna upplevdes tryggare efter utbildningen.

Uppföljning och återkoppling på föräldrautbildningen

När möjligheten fanns att efter några dagar erbjuda uppföljning på utbildningen, var sjuksköterskornas uppfattning att det var positivt för både sjuksköterskorna och föräldrarna. Föräldrarna kunde få ställa frågor och få repetera praktisk träning, samt gavs möjlighet till egen träning när en träningsdocka lämnades kvar. Sjuksköterskorna påtalade också möjligheten till kunskapskontroll om föräldrarna tagit till sig informationen, om de kunde redogöra för fakta samt visa vad de lärt sig. Det fungerade ofta då familjen var inskrivna på sjukhus en längre tid, samt motiverade sjuksköterskorna att inte lägga grundutbildningen för nära in på hemgång.

” Vid uppföljning checkar vi av hur det känns, tränar med individanpassad docka, diskuterar om någon detalj som de funderar över. Väldigt bra för mig att få återkoppling på om kunskapen har landat.” (Informant M)

Det rådde stor osäkerhet bland informanterna om hur föräldrar fick repetitionsutbildning då de var hemskrivna från sjukhuset. De med lång vårdtid hann repetera flera gånger innan hemgång vilket upplevdes positivt och motiverade tidigarelagd utbildning. Ingen av sjuksköterskorna hade erfarenhet av att repetitionsutbildning efterfrågats eller erbjudits vid återbesök.

De sjuksköterskor som hade erfarenhet av föräldrar som gjort reell HLR på sitt barn delgav vikten av återkoppling av händelsen med föräldrarna efteråt. Föräldrarna uppvisade behov av reflektion av sin insats samt behov av bekräftelse

av att det de gjort var bra, även om de upplevde att de inte följt riktlinjerna exakt och oavsett om HLR var framgångsrik eller ej. Även föräldrar som gjort reell HLR via guidning av larmoperatör hade behov av reflektion och återkoppling av sin insats, både om HLR insatsen var framgångsrik eller inte.

”En förälder som utförde reell HLR hemma hade genomgått flera repetitionsutbildningar då de haft lång vårdtid/.../Senare återkopplade vi händelsen, de fick reflektera över vad de gjort och fick bekräftelse på att det de gjorde var bra. Även om de inte följt riktlinjerna exakt så har de gjort något bra!” (Informant R)

Resultat och konsekvenser av utbildningen

Sjuksköterskornas uppfattning var att föräldrarna blev trygga med kunskap och träning. Det upplevdes oklart hos sjuksköterskorna vems ansvar det var att utse vilka som skulle erbjudas föräldrautbildning och utifrån vilka behov eller rekommendationer. Det framkom också att uppfattningen fanns att inte alla föräldrar kan erbjudas utbildning på grund av resursbrist men även att sjuksköterskorna upplevde sig ha svagt mandat för att genomföra föräldrautbildningar.

Föräldrars behov av ökad trygghet

Sjuksköterskornas erfarenhet var att utbildningen ökade medvetenheten om vad som kan hända för föräldrarna, men den kunde också förstärka oron och göra dem rädda när riskerna blev påtagliga. Deras gemensamma uppfattning var att det upplevdes stressande för föräldrarna att inte ha kunskap om vad de kan göra vid akutsituationer. Föräldrarna ville ha kontroll och det fick de med kunskapen. De intervjuade sjuksköterskornas erfarenhet var att föräldrarna blev trygga med kunskapen om vad de kan göra samt när de fick träna praktiskt. När de fick vetskapen att kunna göra något och hur det ska göras gav föräldrarna trygghet. Flera av sjuksköterskorna uttryckte att kunskap ger trygghet. När föräldrarna var delaktiga i omvårdnaden lärde de sig hantera omvårdningsmomenten genom att härma sjuksköterskan och barnsköterskan. Sjuksköterskorna hade en gemensam erfarenhet av positiva reaktioner från barn-HLR-utbildning, när föräldrarna var delaktiga och trygga i omvårdnaden gav utbildningen inte upphov till oro.

”Föräldrarna upplevs tryggare efter utbildningen, de blir medvetna om hur sjukt deras barn är men får verktyg att klara av att hantera det både psykiskt och fysiskt, de kan ta hand om sitt svårt sjuka barn.” (Informant O)

Oklart ansvar

Ansvarsfördelningen var oklar för sjuksköterskorna om vem som bär huvudmanansvaret för utbildning i barn-HLR till föräldrar och assistenter inför hemgång från sjukhuset. Ingen av sjuksköterskorna hade erfarenhet av efterfrågad repetitionsutbildning från föräldrar efter hemgång. Det var oklart även där om vem som bär ansvaret för erbjudan om repetitionsutbildning. Sjuksköterskorna upplevde även att de hade ett svagt mandat för att erbjuda föräldrautbildningar då det saknas rekommendationer eller riktlinjer som stöd.

”Föräldrar är bekymrade över vad de ska göra om något händer/.../ saknar HLR utbildning ute i samhället, har inte fått det på BVC, då kan de efterfråga utbildning på kliniskt träningscenter/.../ erbjuder att de kan komma tillbaka om de är oroliga.” (Informant P)

Resursbrist

Sjuksköterskorna beskrev avsaknad av anpassad utbildningslokal i närmiljön. De flesta hade tillgång till ett kliniskt träningscenter men med ineliggande föräldrar föredrogs utbildning vid avdelningen med närhet till barnet. Utbildning bedrevs då istället i lunchrum med risk för störningar. Undervisningslokaler i närmiljön underlättade utbildningstillfällena samt med eget utbildningsmaterial. HLR dockor med kvalitetskontroll av korrekta handgrepp, kompressionsdjup och hastighet, samt korrekta inblåsningar för att säkra utbildningsmålens kvalitetskrav uppnås.

”Underlättat för oss instruktörer om en HLR-station fanns i närheten som var bokningsbar/.../lättare få till repetitionsutbildningar som är så viktigt/.../träna lite och ofta för bästa kvalitet.” (Informant N)

En förutsättning för att ha möjlighet att erbjuda föräldrautbildning var enligt sjuksköterskorna att avsatt tid fanns i tjänstgöringen. Det framkom av några sjuksköterskor att samverkan mellan avdelningar eller HLR team saknades men skulle kunna underlätta utbildningsinsatserna. Svårigheter fanns att få tid och tillgång till vårdpersonal för deras obligatoriska regelbundna utbildningar i HLR.

”Önskar mer engagemang i barnhuset, behov av tid och pengar. Ser en försämring över åren, får kämpa för att få tid till utbildningar.” (Informant Y)

Sjuksköterskorna föreslog att föräldrautbildning eller repetitionsutbildningar skulle kunna erbjudas både inom och utanför sjukvården. Flera sjuksköterskor ansåg dock att inte alla föräldrar kan eller bör erbjudas barn-HLR utbildning innan hemgång, utan erbjudande om utbildning bör ske utifrån behov, riktlinjer eller vårdprogram.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån studiens syfte där studiedeltagarnas erfarenheter efterforskades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Då metoden ansågs vara lämplig, urvalet var representativt för en homogen grupp samt resultatet som framkom var tillförlitligt, då både data- och analysmättnad uppnåddes. Resultatet kan anses giltigt för den undersökta kontext då deltagarna representerar flera regioner och barnkliniker i Sverige vilket stärker studiens överförbarhet. En svaghet i studien kan vara författarens begränsade erfarenhet av att intervjua, trots detta framkom ett omfattande intervjumaterial som svarar mot studiens syfte och efter intervju elva tillkom ingen ny kunskap. Detta är i linje med Kvale & Brinkmann 2014 som menar att antalet informanter vanligen är kring 15 personer och att datamättnad anses uppnådd när ingen ny kunskap tillförs som svarar på forskningsfrågan.

Dataanalys

Transkribering av samtliga intervjuer gjordes av författaren i nära anslutning till intervjun då upplevelsen och intryck var färskt vilket stärker pålitligheten. Dessutom gjordes utskrifterna ordagrant med tillägg av stödanteckningar från intervjuerna. För att öka tillförlitligheten korrekturlästes transkriberingen och jämfördes med inspelningarna upprepade gånger för att upptäcka eventuella korrigeringar. Vid analys av de första intervjuerna genomfördes den öppna kodningen individuellt med hjälp av oberoende granskare, då författaren var ovan vid analysmetoden vilket kan ses som en svaghet. Analysen med kodning jämfördes med den oberoende granskaren för att säkerställa samstämmighet i analysen vilket ökar trovärdigheten. Resultatredovisningen illustreras med citat från informanterna, vilket stärker studiens tillförlitlighet.

Förförståelse

Författarens förförståelse grundas av teoretisk bakgrund och yrkesverksam erfarenhet från situationer med vård av svårt sjuka barn, möten med deras föräldrar samt som instruktör i barn- HLR för vårdpersonal, på grund- och avancerad nivå. Författaren har inga förkunskaper om föräldrautbildning i barn- HLR. Dock kan oavsiktlig påverkan skett i tolkningar och analys av framkommit material som kan inverkat på pålitligheten. Författaren har dock varit medveten om och försökt objektivt hantera sin förförståelse som både skapat motivation och nyttjats vid forskningsprocessen. Om författaren påvisar kunskap om forskningsområdet ökar trovärdigheten för att forskningsarbetet uppfyller god vetenskaplig kvalitet enligt Lincoln & Guba (1985).

Resultatdiskussion

Sjukvården tar inte sitt ansvar när föräldrar med svårt sjuka barn skickas hem från sjukhusvistelse utan att ha erhållit den kunskap och utbildning som krävs för att klara av det omvårdnadsbehov som deras barn har. Sjuksköterskan har en nyckelroll i föräldrautbildningen då hon har identifierat de behov föräldrar med svårt sjuka barn har för att uppnå trygg hemgång. Däremot uppfattar sjuksköterskorna att de har svagt mandat för att genomföra utbildningar då stöd från rekommendationer och riktlinjer saknas. Det framkom att det befintliga utbildningsprogrammet i barn- HLR uppfattades som otillräckligt då det inte täckte de svårt sjuka barnens behov. Detta kan medföra konsekvenser för de svårt sjuka

barnen om deras föräldrar inte får den utbildning de behöver eller ges rätt förutsättningar för att klara av omvårdnaden, tolka försämringar och kunna hantera akuta situationer samt kunskap att söka vård i tid.

Utifrån sjuksköterskornas erfarenheter har föräldrars omvårdnadsansvar ökat över tid, då allt fler svårt sjuka barn överlever men de har ofta ett stort omvårdnadsbehov. Det framkom i studien att föräldrar upplevdes stressade inför hemgång, de ville gärna hem men var otrygga när de inte hade kunskap att hantera akuta försämringar. De uppmanades att uppsöka vård vid försämringar men erbjöds inte kunskap och utbildning att förebygga eller hantera dem. Resultatets stabilitet stärks av den amerikanska review studien (Murray & Joseph 2016) där det framkom att sjuksköterskan har en viktig roll i föräldrautbildningen genom att skapa trygg hemgång för det svårt sjuka barnet. Förberedelserna för barnets omvårdnad är inte bara viktiga för lyckosam och säker hemgång utan avspeglas i familjens livskvalitet. Sjuksköterskorna har hos föräldrar till svårt sjuka barn identifierat behov av trygghet då de påvisat stress över att inte kunna hantera akuta situationer. Den gemensamma uppfattningen var att föräldrarna upplevdes tryggare när de fick information och kunskap, men att det var viktigt att rätt kunskap och färdigheter lärdes ut. Föräldrar uppfattades numera mer pålästa via internet, media och föräldraforum där informationen kan vara svår att värdera med risk för feltolkningar som påföljd. I en engelskstudie (Wray 2018) som undersökte föräldrars erfarenheter av hemgång efter barnets hjärtoperation framkom att de upplevde ett stort stöd från andra föräldrar med liknande erfarenheter på sociala medier. Men den uppvägde inte avsaknaden av stöd från sjukvården (a.a.).

Den av sjuksköterskorna identifierade kunskapsbristen hos föräldrarna motiverar att det finns behov av att sjuksköterskor erbjuder och utbildar föräldrar med svårt sjuka barn i Barn-HLR inför hemgång. Denna kunskapsbrist skapar osäkerhet om förmågan att klara av omvårdnadskravet som det svårt sjuka barnet har hemma. Det framkom också att förväntningar fanns på föräldrarna att de ska reagera på och se tidiga tecken på försämring. Detta resultat överensstämmer med Murray och Joseph's studie (2016) där föräldrar som ges kunskap att bedöma hur barnet mår samt får kompetensen att ge förebyggande åtgärder, kan förhindra att andnings- och hjärtstopp inträffar. Även de amerikanska föräldrarna saknade kunskapen att tolka symtom på försämring samt saknade redskap att förutse och hantera situationer som plötsligt kan uppstå. Förbereds föräldrarna optimalt inför hemgång kan de och deras barn känna sig trygga i hemsituationen efter hemgång från sjukhuset. Familjens trygghetskänsla påverkar barnets hälsorelaterade livskvalitet vid hemkomst från sjukhus, och hur familjen tillgodoser barnets psykologiska, emotionella och sociala behov enligt Aspesberro m.fl. (2015). Detta stärker vikten av att ge föräldrar trygghet genom utbildning och kunskap inför hemgång med sitt svårt sjuka barn. Som det framgår i specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning (SSF 2016) finns ett utbildningsansvar för säkervård vilket även borde innefatta säker hemgång då barn har rätt till säker omvårdnad och trygghet av sina föräldrar.

Erfarenheten var att föräldrarna uppvisade behov att få kunskap om hur de skulle hantera och förebygga försämringar hos sitt barn. De borde få träna på de risksituationer som kunde drabba deras barn, samt att få träna med de hjälpmedel som barnet fick med sig hem. Att även få kunskap om vilka symptom på försämring som barnet kunde uppvisa och när de skulle söka vård skapar trygghet inför hemgång då kunskap ger kontroll. Resonemanget stärks av en engelsk studie

av Gaskin m. fl. (2016) där det påvisades att föräldrar till barn med enkammarhjärta inte förbereds tillräckligt inför hemgång, efter förstastegs kirurgi, för att klara av att tolka försämring hos sitt svårt sjuka barn. Det framkom att det fanns olika uttryck för att beskriva symtom, och att även de engelska föräldrarna påvisade rädslor om hur de skulle upptäcka och åtgärda försämring. Sjuksköterskorna identifierade barn med diagnoser där ökad risk för hjärt- och luftvägsstopp kan förekomma. Dessa barn utelämnas med sina föräldrar till en hemgång utan trygghet om inte en förebyggande föräldrautbildning i barn-HLR erbjuds. Det borde vara ett grundläggande krav att införa trygg hemgång för svårt sjukt barn (Murray & Joseph 2016), då det också framkom att det saknades kunskap att hantera akuta situationer i hemmet för både föräldrar och assistenter.

Det upplevdes utmanande av sjuksköterskorna hur de skulle uttrycka sig till föräldrar som genomgått traumatiska upplevelser, som exempelvis utfört reell HLR på sitt barn. Sjuksköterskorna påtalade att föräldrarna uppvisade behov av reflektion av sin insatts samt behov av bekräftelse av att det de gjort var bra, även om de upplevde att de inte följt riktlinjerna exakt och oavsett om HLR var framgångsrik eller ej. Sjuksköterskorna berättade att de föräldrar vars barn drabbats av hjärtstopp ville ha kunskapen att kunna förebygga och hantera hjärtstoppet om det hände igen, vilket tolkades att föräldrarna efterfrågade utbildning då de insåg behovet. Flera amerikanska studier påvisade redan på slutet av 90-talet att barn-HLRutbildning har en viktig funktion för föräldrarna, de upplevde en känsla av kontroll, minskad oro och kunde hantera tidigare betungande erfarenheter (Dracup m.fl. 1998; Moser m.fl. 1999). Trots dessa studier påvisas fortfarande kunskapsbrister hos föräldrar. I den spanska tvärsnittsstudien av Miguez-Navarro (2018) undersöktes kunskapsnivån om första hjälpen och barn-HLR hos 405 föräldrar. Där påvisades kunskapsbrister då 40% inte har någon kunskap, 90% av föräldrarna tyckte att kunskapen var mycket värdefull, men bara 20% hade själva sökt efter utbildning (a.a.). Även spanska föräldrar anser att kunskap är viktigt men att få själva tar sig tid att söka upp utbildning. I föreliggande studie fanns däremot erfarenheter att föräldrar tagit ett egenansvar för att säkra hemmiljön för barnet och utbildade då själva assistenter i Barn-HLR efter genomgången instruktörsutbildning. Detta stärker ytterligare att utbildning bör erbjudas innan hemgång då inte alla föräldrar har förmågan eller möjlighet att själva skaffa sig utbildning.

Specialistsjuksköterskorna har utifrån sin professions kärnkompetenser en skyldighet att värna om avancerad omvårdnad (Edberg m. fl. 2015). Med säkervård innefattas att patient och föräldrar ska känna trygghet och säkerhet samt att uppenbara risker ska förhindras för att undvika konsekvenser. Omvårdnaden ska ske med delaktighet och utifrån ett personcentrerat synsätt då det påvisats minska återinläggning av patient, dvs om en förebyggande föräldrautbildning erbjuds kan risken för konsekvenser minska. Genom att praktisera evidensbaserad vård stärks detta resonemang av den amerikanska studien av Staveski m.fl. (2014) som undersökte och påvisade att med sjuksköterskeledd föräldrautbildning, Parent Education Discharge Instruction (PEDI) gavs ökad kunskap och trygghet för både de 40 sjuksköterskorna och de 20 föräldrarna till barn med medfödda hjärtfel som ingick i studien. Utbildningen framtogs efter att föräldrarna påtalat brist på information och kunskap inför hemgång med sitt barn med stort omvårdnadsbehov (a.a.). Den amerikanska studien överensstämmer med de intervjuade sjuksköterskornas erfarenheter om kunskapsbehov hos dessa föräldrar men även behovet av utbildning. Det framkom i studien att sjuksköterskorna

upplevde sig ha svagt mandat att genomföra utbildningar, därför bör stöd ges så bästa förutsättningar skapas utifrån rekommendationer, riktlinjer eller vårdprogram, tillsammans med ett klinikövergripande ansvarstagande.

Hos sjuksköterskorna rådde osäkerhet vilken HLR algoritm de skulle lära ut, då de visste vilken som ingick i utbildningsprogrammet, men även vilket som var bäst för barnet. Enligt Sv.r. HLR (2016) var avsikten med 30:2 (antal kompressioner: antal inblåsningar) i *Barn-HLR i samhället* att utbildningen ska vara lättillgänglig och kortfattad så den når ut till allmänheten för att få stor spridning. Men även likheten med *Vuxen-HLR*, 30:2, gör att allmänheten vågar ingripa. Det har påvisats i studier att rädslan för att göra fel förhindrat räddningsinsats, då föräldrar är rädda för att skada barnet vid HLR. Den australiensiska retrospektiva review studien av Ryan m.fl. (2003) undersöktes 153 barn som avlidit trots HLR-insats, där skador relaterade till återupplivningsförsöket eftersöktes. I studien påvisades att smärre skador som blåmärken och skrapsår uppkom men att det var i relation till HLR-insatsens längd, HLR som pågick mer än 60 minuter ökade skaderisken med 60%. Utifrån denna studie kan slutsatsen dras att barn inte skadas allvarligt av HLR, utan störst skada sker om ingen HLR ges. Däremot för att lyckas rädda ett svårt sjukt barn i en HLR situation krävs HLR av god kvalitet och utbildningsprogram utifrån dessa barns specifika behov. I de barn-HLR utbildningar som riktas till sjukvården poängteras att 15 kompressioner och 2 inblåsningar är det bästa för barnen. På barn måste luftvägen och andningen prioriteras då 90 % av barns hjärtstopp är luftvägsrelaterade. Detta medför att det kan ifrågasättas om *Barn- HLR i Samhället* med 30:2 är det bästa för det svårt sjuka barnet som redan har sämre förutsättningar. Utbildningsprogrammet innefattar inte hantering av andningsstopp med livstecken, vilket ofta är det första tecknet på hjärt- och luftvägsstopp hos dessa barn. Sjuksköterskornas uppfattning om *Barn-HLR i Samhället* (2016) var att den var otillräcklig utifrån de svårt sjuka barnens behov, då tyngdpunkt borde läggas på tidiga tecken på andningssvikt och öppen luftväg samt kunskaper om att kunna se försämring hos sitt svårt sjuka barn för att kunna söka vård i tid. Den preventiva delen saknas eftersom läromedlen handlar om när hjärtstoppet redan uppkommit, men dessa föräldrar behöver kunskaper om när försämring är på väg att inträffa hos sina barn, dvs undvika att hamna i en HLR-situation. Förutsättningarna för att lyckas rädda ett barn vid hjärtstopp är begränsade, därför måste kunskap finnas för att försämringar hos barnet upptäcks i tid och bästa resultatet uppnås om hjärtstoppet kan förhindras (Pyles & Knapp 2004; Maconochie m.fl. 2015). Trots det utbildade de flesta sjuksköterskorna utifrån *Barn-HLR i Samhället* (2016) men samtliga gjorde egna tillägg utifrån egen uppfattning om behov hos barnet och efter vad föräldrarna efterfrågade. Utbildningarna kan då inte kvalitetssäkras då de utgår från olika tolkningar men ingen checklista, vilket medför en risk att viktiga delar i utbildningen missas.

För att kvalitetssäkra en föräldrautbildning bör ett standardiserat utbildningsprogram för barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn framtas med individuella tillägg utifrån specifika barnets behov. Med utbildningsprogram utifrån föräldrarnas behov av kunskap, handlingsberedskap och praktiskträning skapas trygghet för både föräldrar och barn. Att påbörja hjärt-lungräddning så tidigt som möjligt kan vara avgörande om barnets liv skall kunna räddas (Parsons & MacKinnon 2009; Sv.r. HLR 2016). Det framkom av sjuksköterskorna att föräldrar imiterar vårdpersonalen i omvårdnadssituationen, vilket liknar pedagogiken mästare-lärling. Det är den enklaste formen av kunskapsöverföring,

demonstration och imitation (Gärdenfors 2010). Föräldrarna lär sig hur man gör men inte varför och vilka risker det kan medföra. Utifrån detta stärks att föräldrautbildningen bör utgå ifrån det föräldrarna erfarer, hur barnet uppvisar sina symtom på försämring samt få ord på symtomet och kunskap om vad som händer och vad som kan göras. Används problembaserat lärande med enkla scenario i föräldrautbildningen kan föräldrarna få kunskap att identifiera problemet med rätt benämning samt träna på rätt åtgärd. Sjukvården ansvarar för att kunskapen ges och på vilket sätt, samt att kvalitetssäkra utbildningen så ingen kunskap missas.

Utbildningen bör kvalitetssäkras och utgå från kvalitetsmål, samt tidsplanering i god tid före hemgång så uppföljning och repetitionsutbildning uppfylls. För att förbättra överlevnaden för barn efter hjärtstopp är det viktigt att följa de kvalitetsmål i utbildningsprogrammet hjärt-lungräddning till barn enligt Sutton m.fl. (2011). Dessutom är kvalitén på hjärt-lungräddningen direkt avgörande hur överlevnadsresultatet blir efter hjärtstopp. En sjuksköterska påtalade att en kvalitetskontroll gjordes utifrån internt framtagen checklista så föräldrarna fick den information de behövde oberoende av vem som utbildade dem. Det är av största vikt att HLR utbildning erbjuds med standardiserat utbildningsprogram, utbildade instruktörer och övningsdockor med möjlighet att avläsa HLR kvaliteten. I intervjustudien framkom att med avsatt tid med deltidstjänstgöring inom HLR utbildning ges möjlighet till fler utbildningsinsatser för personal och föräldrar. Detta medför ökad kvalitetssäkring då korta utbildningsinsatser regelbundet ger högre HLR kvalitet (Sutton m.fl. 2011). Med barndiagnoser som har vårdprogram där föräldrautbildning i barn-HLR ingår innan hemgång, där säkras både utbildningsinsatsen, kvaliteten och tryggheten.

Det framkom att sjuksköterskorna ser utmaningar i att erbjuda föräldrautbildningar till föräldrar med svårt sjuka barn inför hemgång. Sjukvården har redan svårigheter att uppnå de rekommendationer för HLR utbildningar som Socialstyrelsen utger. Det fanns även svårigheter att uppfylla de lokala riktlinjer som sjukvården har med HLR träning minst en gång per år per program. I den amerikanska studien av Sutton m.fl. (2011) påvisas att hög HLR kvalitet uppnås med kort och regelbunden träning var tredje månad, samt när automatisk feedback ges då den är mer effektivt. Med en HLR arbetsstation (RQI 2016) med automatisk feedback ges möjlighet till kvalitetssäkrat utbildning för både personal, föräldrar och instruktörer då ett egenansvar läggs på teknikträning med handgrepp där individuell direktåterkoppling ges under momenten. Instruktören kan då lägga tid på fler och mer djupgående scenarioträningar utifrån behov, vilket hade underlättat föräldrautbildningen avsevärt.

Det rådde stor osäkerhet bland informanterna om hur föräldrar fick repetitionsutbildning då de var hemskrivna från sjukhuset. Med en HLR arbetsstation (RQI 2016) som är bokbar skapas möjlighet för repetition vid återbesök. För att öka samverkan mellan avdelningar kan HLR-stationen delas mellan avdelningarna. HLR-stationen är också kvalitetssäkrad samt ger individuell direktåterkoppling under utövandet av inblåsningar och kompressioner. Årskostnaden för en HLR-station för 300 personer motsvarar knappt priset på två avancerade operationer till barn med medfödda missbildningar. Det görs exempelvis ungefär 600 operationer/ år i Sverige av medfödda hjärtmissbildningar i varierande svårighetsgrad. Det förväntas att både

personal och föräldrar innehar kompetens att säkra omvårdnaden för de opererade barnen, men en påtalad risk för kompetensbrist finns.

Om föräldrar inte får barn-HLR utbildning är det viktigt att diskutera tidsfaktorn för larm, hur lång tid det tar att få hjälp, vad föräldern kan göra tills hjälp kommer och hur snabbt en hjälpsats måste startas. Då är det intressant att belysa resultatet från en engelsk studie av Dawkins m.fl. (2008) där det framkom att föräldrar utan barn- HLR utbildning utelämnas till larmoperatörens telefonledda instruktioner. Studiedeltagarna hade svårigheter att uppfatta om barnet andades, och kunde inte ge adekvata inblåsningar eller hjärtkompressioner. En tidig och effektiv hjärtlungräddning kunde inte utföras. När föräldrar inte erbjuds barn-HLR utbildning till sitt svårt sjuka barn vid hemgång utelämnas de till telefonledda instruktioner med de brister det medför, risken blir stor att insatsen misslyckas. I intervjustudien framkom att sjuksköterskor hade erfarenheter av att ge föräldrautbildning via tolk, men de saknade vetskap om den webbaserade utbildningsfilmen fanns på fler språk. Det borde vara rimligt att ett antal språk fanns tillgängligt på webbfilm samt vid telefonledda HLR instruktioner för att alla svårt sjuka barns föräldrar ska kunna inkluderas.

Utifrån studiens resultat framkommer det att vårdgivaren som region eller landsting bör öka tillsynen av kvalitetsarbetet för att säkra kompetensutvecklingen av personal samt tillsynen av patientsäkerhetsarbetet vilket gäller även för de svårt sjuka barnen. I studien framkom att flera sjuksköterskor ansåg att inte alla föräldrar kan eller bör erbjudas barn-HLR utbildning innan hemgång, utan i stället bör erbjudande om utbildning ske utifrån behov, riktlinjer eller vårdprogram. När barn skrivs hem från sjukvården måste sjuksköterskan vara medveten om att utbildning i barn- HLR är viktigt för föräldrarna (Murray & Joseph 2016; Parsons & MacKinnon 2009). Som det framgår i sjuksköterskans kärnkompetenser ska undervisning ges till friska och sjuka barns närstående i hälsofrämjande och förebyggande vård som till exempel barnolycksfall (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Detta borde innefatta föräldrautbildning i barn-HLR utifrån det svårt sjuka barnets behov då sjuksköterskan skall medverka till och stödja för säker hemgång vilket borde innefattas av säker vård. I NOBAB´s standard 3 (2012) om föräldramedverkan framgår att barn *har rätt* att få hjälp av sina föräldrar, när exempelvis ett barn som lätt sätter i halsen eller slutar andas bör dess föräldrar få kunskap att kunna hjälpa sitt barn i väntan på ambulans. Det vill säga föräldrar skall ges utbildning och stöd, så de kan ge den hjälp barnet behöver.

Ansvarsfördelningen är oklar när föräldrar med sitt svårt sjuka barn hemskrivs från sjukhus, då det är oklart vem som kontrollerar att de har den kunskap som krävs för att klara av sitt svårt sjuka barns omvårdnadsbehov. Ska föräldrautbildning ordinerar av patientansvarig läkare eller sjuksköterska, och vems behov ska styra- föräldrarnas, barnets eller barnets diagnos. Nationella riktlinjer och vårdprogram som rekommenderar utbildningsinsats saknas som stöd i beslutsprocessen om vilka föräldrar som ska erbjudas utbildning. Idag ingår föräldrautbildning i barn-HLR endast i fåtal barns vårdprogram, exempelvis barn med trakeostomi (Trakeostomi 2018) samt barn med esofagusatresi, där det förekommer nationella skillnader.

Studien har belyst sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn- HLR inför hemgång från sjukhusvistelse, dock saknas

rekommendationer att inom svensk sjukvård att erbjuda en förebyggande föräldrautbildning i barn-HLR till dessa föräldrar.

SLUTSATS

Sjuksköterskor har en nyckelroll i föräldrautbildningen då de identifierat behov som föräldrar med svårt sjuka barn har för att uppnå trygg hemgång.

Det finns behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen om vem som tar beslutet om föräldrautbildning och när den ska erbjudas- då stöd från rekommendationer, riktlinjer och vårdprogram saknas.

Det befintliga utbildningsprogrammet *barn-HLR i samhället* är troligen otillräckligt då det inte täcker behovet för föräldrautbildning till svårt sjuka barn och av den anledningen rekommenderas en standardiserad preventiv utbildning i barn-HLR som ska inkludera de individuella behov som dessa barn kan ha.

Framtida forskning

Fortsatt forskning behövs för att klargöra föräldrars erfarenheter och behov av föräldrautbildning i barn-HLR till svårt sjuka barn samt hur de framkomna behoven ska hanteras.

REFERENSER

- A-HLR Barn, (2016) *Avancerad hjärtlungräddning till barn*, Svenska rådet för hjärtlungräddning, Laerdal. <https://www.hlr.nu/hlr-till-barn/> (2018-11-01)
- Aspesberro F, Mangione-Smith R, Zimmerman J J, (2015) Health-related quality of life following pediatric critical illness. *Intensive Care Medicine*, 41, 1235–1246.
- Barn-HLR, (2011) *Kursbok*. Svenska rådet för hjärtlungräddning, Laerdal.
- Barn-HLR i Samhället, (2016) *Hjärtlungräddning till barn i samhället*. Svenska rådet för hjärtlungräddning, Laerdal. <https://www.hlr.nu/barn-hlr-samhallet/> (2018-11-01)
- Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B, (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204 (8), 429-432.
- Clarke K, (1998) Infant CPR: the effect on parental anxiety regarding SIDS. *British Journal of Midwifery*, 6 (11), 710 - 715.
- Danielson E, (2012) Kvalitativ innehållsanalys. Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination* (Uppl. 1:6). Studentlitteratur.
- Dawkins S, Deakin, C D, Baker K, Cheung S, Petley G W, Clewlow F, (2008) A prospective infant manikin- based observational study of telephone cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 76, 63-68.
- Dracup K, Doering L V, Moser D K, Evangelista L, (1998) Retention and use of Cardiopulmonary Resuscitation skills in Parents of Infants at Risk for Cardiopulmonary Arrest. *Pediatric Nursing*, 24 (3), 219 - 225.
- Edberg A K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J, (2015) *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (Uppl. 1:4) Lund, Studentlitteratur.
- Fiske E, (2004) Effective strategies to prepare infants and families for home tracheostomy care. *Advances in Neonatal Care*, 4 (1), 42 - 53.
- Förenta Nationerna, (1989). Konventionen om barnens rättigheter. Genève. <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/> (2018-08-27)
- Gaskin K L, Barron D J, Daniels A, (2016) Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young*, 26, 1414 - 1424.

- Gärdenfors P, (2010) *Lusten att förstå. Om lärandet på människans villkor*. Stockholm; Natur & Kultur.
- Knight L J, Wintch S, Nichols A, Arnolde V, Schroeder A R, (2013) Saving a life after Discharge: CPR training for Parents of High-Risk Children. *Journal for Healthcare Quality*, 35(1), 9 - 17.
- Kvale S, Brinkmann S, (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lincoln Y, Guba E, (1985) *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Maconochie I K, Bingham R, Eich C, López-Herce J, Rodriguez-Núñez A, Rajka T, Biarent D, (2015) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. *Paediatric life support*. *Resuscitation*, 95, 223-248.
- Miguez-Navarro C, Ponce-Salas B, Guerrero-Marguez G, Lorente-Romero J, Caballero-Grolimund E, Rivas-Garcia A, Almagro-Colorado M A, (2018) The knowledge of and attitudes toward first aid and cardiopulmonary resuscitation among parents. *Journal of Pediatric Nursing* 42, e91-e96.
- Moser D K, Dracup K, Doering L V, (1999) Effect of cardiopulmonary resuscitation training for parents of high-risk neonates on perceived anxiety, control and burden. *Heart & Lung* 28 (5), 326-333.
- Murray C H, Joseph R A, (2016) Transition from NICU to home: Are the parents ready to manage any emergency? An evidence-based project. *Neonatal network*, 35(3), 151 - 155.
- NOBAB, (2012) *Barnen och ungas rätt i vården*. Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård.
[http://plus.rjl.se/info_files/infosida36962/Barns_och_ungdomars_ratt_inom_hal so_och_sjukvarden2015.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida36962/Barns_och_ungdomars_ratt_inom_hal_so_och_sjukvarden2015.pdf) (2018-02-20)
- Parsons S, MacKinnon R J, (2009) Teaching parents' infant resuscitation. *Infant*, 5 (3), 77-80.
- Pierick T A, Van Waning N, Patel S S, Atkins D L, (2012) Self-instructional CPR training for parents of high-risk infants. *Resuscitation*, 83, 1140- 1144.
- Polit D F, Beck C T, (2016) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pyles L A, Knapp J, (2004) Role of pediatricians in advocating life support training courses for parents and the public. *American academy of pediatrics*, 114(6), 761-765.

- Ryan M P, Young S J, Wells D L, (2003) Do resuscitation attempts in children who die, cause injury? *Emergency Medicine journal*, 20, 10-12.
- RQI, (2016) *Resuscitation Quality Improvement program*.
<https://www.laerdal.com/se/doc/3512/RQI-En-vetenskaplig-innovation-for-HLR> (2018-10-29)
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm. Utbildningsdepartementet. ><https://www.lagboken.se/><PDF (2018-01-24)
- S-HLR till barn, (2016) *Hjärt- och lungräddning till barn i sjukvården. Svenska rådet för hjärtlungräddning*, Laerdal. <https://www.hlr.nu/s-hlr-barn/> (2018-11-01)
- Staveski S L, Zhelva B, Paul R, Conway R, Carlson A, Soma G, Kools S, Franck L S, (2014) Pediatric cardiac surgery Parent Education Discharge Instruction (PEDI) program: A pilot study. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery* 6(1) 18-25.
- Sunnegårdh J, (2014) *Barnkardiologi – en översikt*. (uppl. 2:2). Lund: Studentlitteratur.
- Sutton R M, Niles D, Meaney P A, Aplenc R, French B, Abella B S, Nadkarni V, (2011) Low-dose, high-frequency CPR training improves skill retention of In-hospital pediatric providers. *Pediatrics*, 128(1), 145 - 151.
- Svenska hjärt-lungräddningsregistret Årsrapport, (2016) *Nationellt register för hjärtstopp 2016, Hjärtstopp utanför sjukhus*. Göteborg. ><http://www.hlr.se> <PDF (2018-01-20)
- Svenska prematurförbundet, (2013)><http://www.prematurforbundet.se>< (2018-01-20)
- Svenska rådet för hjärtlungräddning, (2016)><http://www.hlr.nu> (2018-01-20)
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning, (2016) *Kvalitetsdokument Svenska rådet för hjärt-lungräddning. HLR-rådets kvalitetspolicy för allmänheten 2016 - 2025. Barn - HLR med god kvalitet*. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2017/08/kvalitetsdokument-samhalle.pdf> (2018-09-15)
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning, (2018) *Hjärtstopp utanför sjukhus, Årsrapport 2018*. <http://hlrr.se/ohca.html> (2018-09-15)
- Svensk sjuksköterskeförening, (2016). *Sjuksköterskor med inriktning mot barn och ungdom & svensk sjuksköterskeförening- Kompetensbeskrivning*. Riksförening för barnsjuksköterskor, Svensksjuksköterskeförening><https://www.swenurse.se> (2018-01-20)

Svensk sjuksköterskeförening, (2016) *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samliga professioner*. ><https://www.swenurse.se> (2018-02-20)

Trakeostomi, (2018) *Vårdprogram för barn med trakealkanyl*.
><https://www.barnallergisektionen.se/riktlinjer/lungmedicin/trakeostomi><PDF (2018-09-15)

Vetenskapsrådet, (2017) *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
>www.codex.vr.se/texts/HSFR <PDF (2018-01-24)

Wray J, Brown K, Tregay J, Crowe S, Knowles R, Bull K, Gibson F, (2018) Parents' experiences of caring for their child at the time of discharge after cardiac surgery and during the postdischarge period: Qualitative study using online forum. *Journal of Medical Internet Research* 20(5) e155.

Vuxen-HLR i samhället, (2016) *Svenska rådet för hjärtlungräddning*, Laerdal.
<https://www.hlr.nu/vuxen-hlr-2/> (2018-11-01)

www.hlr.nu, (2016) *Utbildningsfilmer*. Svenska rådet för hjärtlungräddning, Laerdal. <https://www.hlr.nu/utbildningsfilmer/> (2018-11-01)

Bilagor

Bilaga 1 - Informationsbrev

Bilaga 2 - Samtyckesblankett

Bilaga 3 – Intervjuguide

Bilaga 1 Informationsbrev

Projektets titel (obligatoriskt): Sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn- HLR	Datum: 2018-02-28
Studieansvarig: Helene Jönsson Helen.a.jonsson@me.com	Studerar vid Malmö Universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Mastersprogrammet Omvårdnad Nivå: Avancerad
<p>Hej!</p> <p>Jag mitt namn är Helene Jönsson och jag är Mastersstudent i Omvårdnad vid Malmö Universitet och skriver nu min Magisteruppsats. Jag är sedan många år kliniskt verksam inom barnoperation, Lund, där jag träffar många svårt sjuka barn med deras föräldrar. Jag har även ett stort intresse av utbildning inom hjärt-och lungräddning (HLR) till barn och vuxna.</p> <p>Forskningsproblem Internationella studier har visat att föräldrar med svårt sjuka barn kan uppleva barn-HLR utbildning som ett redskap för att få kontroll, minskad oro och stärkt självförtroende i omvårdnaden om barnets hälsa och säkerhet. Då de ges kunskap att hantera en akutsituation som luftvägs- och hjärtstopp samt när de erbjuds utbildning inför hemgång vid sjukhusvistelse. Dock saknas studier utifrån svenska förhållanden om utbildning i barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn.</p> <p>Inom svensk sjukvård saknas rekommendationer om att erbjuda föräldrar med svårt sjuka barn, barn-HLR utbildning inför hemgång från sjukhusvistelse. Det saknas kunskap huruvida sjuksköterskor på barnkliniker har erfarenhet av att erbjuda denna föräldragrupp utbildning i barn-HLR och på så sätt öka föräldrarnas beredskap att hantera luftvägs- och hjärtstopp hos sitt svårt sjuka barn inför hemgång.</p> <p>Forskningsfråga Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn- HLR, i samband med sjukhusvistelse.</p> <p>Metod Magisteruppsatsen har en kvalitativforsknings design och insamling av data sker genom metoden intervjuer samt dataanalysen sker med innehållsanalys.</p> <p>Inklusionskriterier för studien är sjuksköterskor med instruktörsutbildning i barn-HLR som är aktiva instruktörer de senaste fem åren, samt verksamma på barnkliniker inom Region Skåne där svårt sjuka barn, så kallade högriskbarn vårdas. Rekrytering sker via mailkontakt till dess enhetschefer (EC) där författaren efterfrågar kontaktuppgifter till tilltänkta informanter för vidare kontakt till er.</p> <p>Deltagandet i studien är frivilligt samt data som samlas in används endast till uppsatsen. De som medverkar i studien har själva rätt att bestämma över sitt deltagande och har rätt att avbryta sin</p>	

medverkan när som helst under studiens gång enligt samtyckeskravet. Insamlad datan exkluderas om deltagaren önskar avsluta sin medverkan. Med konfidentialitetskrav innebär att insamlad data inte ska delas med obehöriga samt att data ska avidentifieras så att deltagarna inte kan urskiljas. Resultat som framkommer användas, presenteras och publiceras på gruppnivå. Allt insamlat material kommer raderas när uppsatsen har examinerats. Medverkan i intervjustudien utgör inga kända risker för informanten vare sig på kort eller lång sikt.

Förväntat värde

Klargöra sjuksköterskors erfarenheter av föräldrautbildning i barn-HLR till föräldrar med svårt sjuka barn.

Magisteruppsatsen blir offentlig då den avses att publiceras på Malmö University Electronic Publishing, MUEP. Återkoppling kommer ske till barnkliniker.

Tack för jag fick ta din tid i anspråk!

Om du efterfrågar ytterligare information eller har några frågor är du välkommen att kontakta mig.

Vänligen,

Helene Jönsson

Mobil 070-30 41 347, Mail helen.a.jonsson@me.com

Handledare: Magdalena Annersten Gershter, Universitetslektor.



Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien

Ifylles av student

Samtycke från deltagare i projektet Bilaga 2

Projektets titel: Sjuksköterskors erfarenheter av att utbilda föräldrar med svårt sjuka barn i barn- HLR	Datum: 2018-02-28
Studieansvarig: Helene Jönsson Helen.a.jonsson@me.com	Studerar vid Malmö Universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Mastersprogrammet i Omvårdnad
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

Bilaga 3

Intervjuguide

- Du ska få börja berätta om din yrkeserfarenhet
- Kan du beskriva vilka patientgrupper ni har på avdelningen
- Hur upplever du barnens föräldrar i vårdsituationer med sitt svårt sjuka barn
 - Trygga, stressade, aktiva/ passiva, behov av stöd/ vägledning
- Vilka behov tror du föräldrarna har att få barn-HLR utbildning
 - Hur behovet visar sig, uttalat eller läst av föräldrarna
 - Vilka konsekvenser för föräldrarna
 - Vilka konsekvenser för vårdpersonal
- Vilka är dina erfarenheter av att utbilda föräldrar i barn-HLR
 - Föräldrareaktioner under/efter utbildning
 - Teknik 15:2 / 30:2, föregås av fem inblåsningar
 - Utbildning, när i vårdprocessen
- Hur vill du redogöra för dina egna erfarenheter av att föräldrar efterfrågat preventiv utbildning inför hemgång
- Hur har du inhämtat kunskaper om:
 - Utbildningens innehåll
 - Pedagogiska metoder
- Om du får redogöra för ett önskescenario, hur skulle det se ut helt fritt utan begränsningar