

Å ivareta barn på generell intensivavdeling – intensivsykepleieres erfaringer

Hanne Gravdal

Intensivsykepleier
Stavanger universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger

Hanne Løhre Sandnes

Intensivsykepleier
Stavanger universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger

Evy Margrethe Gundersen

Intensivsykepleier og førstelektor
Universitetet i Stavanger

Intensivsykepleie

Pediatri

kvalitativ metode

Fokusgruppeintervju

Sykepleien Forskning 2020 15 (80265) (e-80265)
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.80265

Sammendrag

Bakgrunn: Intensivsykepleiere på generell intensivavdeling skal ivareta pasienter i alle aldre. De fleste norske sykehus har ikke egen barneintensivavdeling. Akutt kritisk syke barn blir derfor ivaretatt på generell intensivavdeling hvor det er overvekt av voksne pasienter. Barna er i en spesielt sårbar situasjon. Diagnoser og sykdommer som forekommer hos kritisk syke barn, skiller seg ofte fra de kritisk syke voksne pasientene.

Hensikt: Få innsikt i intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer når de ivaretar akutt kritisk syke barn som er innlagt på generell intensivavdeling.

Metode: Vi benyttet et kvalitativt, eksplorerende design. To kvalitative fokusgruppeintervjuer er gjennomført med til sammen ti intensivsykepleiere som var ansatt på generell intensivavdeling. Fenomenologisk-hermeneutisk forskningsmetode ble anvendt som tilnæringsmåte. Vi utførte dataanalysen ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultater: Analysen identifiserte tre temaer: god forberedelse gir trygg behandling, samarbeid til barnets beste og å møte barnet i henhold til utviklingsnivå. Hvert tema illustreres av tre til fem kategorier.

Konklusjon: Studien viser at intensivsykepleierne generelt hadde gode opplevelser med å ivareta barn på generell intensivavdeling, selv om de også hadde kjent på usikkerhet og utrygghet. Tiltak som god opplæring, godt samarbeid og å imøtekomme barnets behov forbedret deres opplevelser.

Intensivsykepleiere skal ivareta akutt kritisk syke mennesker i alle aldre og sikre et faglig forsvarlig behandlingstilbud (1, 2). Begrepet «akutt kritisk syk» antyder at situasjonen er, eller kan bli, livstruende dersom den ikke blir behandlet (3).

Barn på intensivavdeling er i en spesielt sårbar situasjon (4). Diagnoser og sykdommer hos kritisk syke barn skiller seg ofte fra voksne pasienter (5, 6). Barn er stadig under utvikling, og intensivsykepleierne må tilpasse seg deres utviklingsnivå (7).

De fleste norske sykehus har ikke egen barneintensivavdeling. Barn som trenger intensivbehandling, innlegges derfor på generell intensivavdeling (8). Det påvirker hele familien når barn behandles på intensivavdeling, og barnet har behov for å ha sine foreldre på sykehuset (9, 10). Sykepleien bør sentreres rundt hele familien, ikke kun det syke barnet (10, 11).

Det er mange utfordringer med å behandle barn på avdelinger med overvekt av voksne pasienter (5). Intensivsykepleiere på generell intensivavdeling har ikke samme ekspertise i å behandle barn som voksne.

De har vanligvis mindre forståelse og kunnskap om den pediatriske pasienten, og det kan skape frykt og usikkerhet hos intensivsykepleieren. I tillegg har mange en større medfølelse for barn og har gjerne egne barn som de relaterer til (12).

Hensikten med studien

Vi har ikke funnet studier som beskriver hvordan intensivsykepleiere opplever det å ivareta akutt kritisk syke barn på generell intensivavdeling. Det er derfor behov for ny kunnskap tilpasset barns spesifikke behandlings- og omsorgsbehov.

Hensikten med denne studien er å få innblikk i intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med denne pasientgruppen. Vi formulerte følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever intensivsykepleiere det å ivareta akutt kritisk syke barn på generell intensivavdeling?

Metode

Vi benyttet et kvalitativt, eksplorerende design. Kvalitativ tilnærming er passende når man ønsker å utforske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (13). En og samme virkelighet kan beskrives fra ulike perspektiver. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for de involverte (14).

To fokusgruppeintervjuer med intensivsykepleiere fra samme generelle intensivavdeling ble gjennomført.

Fokusgruppeintervju er hensiktsmessig når man vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (14, 15).

Vi brukte en fenomenologisk-hermeneutisk tilnæringsmåte. Den avdekker levd erfaring ved å beskrive menneskers erfaringer og fortolker datamaterialet ved at man trekker ut essensen i teksten og kommer frem til hovedkonsepter ved levd erfaring (16). Den essensielle meningen studeres og åpenbares i fortolkningen av den transkriberte teksten (17).

Utvalg

Inklusjonskriterier for å delta var intensivsykepleiere ansatt ved generell intensivavdeling hvor det behandles barn.

Informantene skulle ha minimum 75 prosent stilling og ha hatt pleieansvar for barn innlagt på avdelingen for å sikre at de hadde erfaring med pasientgruppen.

Medlemmer av ressursgruppen for barn på avdelingen ble ekskludert, da de trolig har mer kunnskap og erfaring med pasientgruppen enn flertallet av personalet. Utvalget besto av ti kvinnelige intensivsykepleiere i alderen 31–54 år med generell intensivverfaring fra 6 måneder til 20 år. Sju av informantene hadde egne barn.

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 50826) og sykehusets personvernombud før intervjuene ble gjennomført. Informantene signerte samtykkeskjema og ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

Datainnsamling

Etter utført pilotintervju gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer i desember 2016 og januar 2017. Det er i tråd med Malterud (14), som anbefaler to grupper som utgangspunkt for datainnsamling. Fem informanter deltok i hvert intervju, som varte omtrent en time. Antallet informanter i hver gruppe ble bestemt etter anbefalinger fra metodelitteratur (18).

Intervjuguiden inneholdt få åpne spørsmål organisert under tre hovedtemaer: erfaringer, opplevelse av mestring og forbedringspotensialer. Vi valgte en åpen struktur med lite involvering av moderator. Vi konsentrerte oss om informantenes diskusjon med hverandre fremfor å få spesifikke spørsmål besvart.

Alle informantene hadde god dialog og var aktive i samtalen. De beskrev fenomenene med egne ord. Førsteforfatteren var moderator og passet på at samtalen innbefattet de ønskede temaene. Vi hadde forberedt oppfølgingsspørsmålene, men det ble ikke behov for å benytte disse.

Andreforfatteren var til stede under begge intervjuene. Hun noterte ansiktsuttrykk og stemning og hadde muligheten til å komme med kommentarer. Vi fikk dermed sikret at det nonverbale språket samsvarte med det verbale.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart. Datamaterialet var beskrivende og rikt. Det ikke var behov for å supplere med flere intervjuer (14).

Analyse

Dataanalysen ble utført ved hjelp av Graneheim og Lundmans (19) kvalitative innholdsanalyse med induktiv tilnærming. Metoden åpner for å beskrive det manifeste innholdet i teksten og fortolke underliggende latent budskap (20). Det samsvarer med et fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign.

Det transkriberte materialet ble først gjennomlest som en helhet. Første- og andreforfatteren identifiserte deretter meningsenheter i teksten hver for seg. Meningsenhetene ble kondensert til et høyere abstraksjonsnivå før de ble gitt en kode (tabell 1).

Videre analysearbeid med koder og kategorier som ledet til temaene, ble diskutert mellom forfatterne før det ble oppnådd enighet (tabell 2).

Tabell 1. Steg i den kvalitative innholdsanalysen til Graneheim og Lundman (29)

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode	Kategori	Tema
Meningsbærende del av teksten. Består av ord, meninger og deler av teksten som henger sammen gjennom sitt innhold. Hentes fra transkriptet og utgjør grunnlaget for analysen.	En prosess som gjør teksten kortere og lettere håndterlig. Det sentrale innholdet bevares.	Den kondenserte teksten abstraheres og løftes til et høyere logisk nivå. Benevnes med kode, som er en etikett på en meningsenhet.	Utgjøres av flere koder som har liknende innhold. Kategorier er internt homogene og eksternt heterogene. Benevningen av en kategori svarer på spørsmålet «hva».	Sammenbinder det underliggende innholdet i et antall kategorier. Et tema svarer på spørsmålet «hvordan» og utgjør en tråd av mening gjennom kategorier på et tolkende nivå.

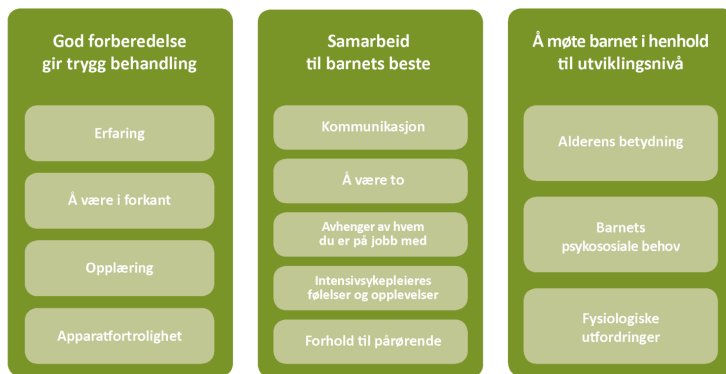
Tabell 2. Analyseprosessen fra meningsenhet til tema

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode	Kategori	Tema
«Du har jo lært som intensivsykepleier at du må være i forkant. Vi må se de problemer som kan skje, og være forberedt på det. Vi må nok tenke litt mer fremover, spesielt når det gjelder barn, fordi ting kan skje så fort.» (ID3)	Være forberedt på alle problemer som kan oppstå, fordi ting kan skje så fort.	Godt forberedt	Å være i forkant	God forberedelse gir trygg behandling
«Å vite at du har noen der, det er veldig viktig. Vi må være to selv om det bare er en unge på optiflow. Vi må ha noen som kan hjelpe i bakhånd, slik at det kommer noen med én gang når du ringer på knappen.» (ID5)	Må være to, slik at du alltid har en kollega i bakhånd.	Ha en kollega i bakhånd	Å være to	Samarbeid til barnets beste
«Det er ikke så lett å samarbeide med barn. De aksepterer ikke den samme forklaringen om at vi gjør dette nå sånn at det på sikt skal bli bedre. De har jo ikke langtidsperspektiv. Hver gang vi gjør noe, så er det ubehagelig for dem, iallfall de våkne.» (ID7)	Vanskelig samarbeid med barna om behandlingen på grunn av manglende langtidsperspektiv og forståelse.	Manglende langtidsperspektiv	Barnets psykososiale behov	Å møte barnet i henhold til utviklingsnivå

Resultater

Vi identifiserte tre temaer. Hvert tema besto av tre til fem kategorier (figur 1).

Figur 1. Resultat presentert som tema og kategorier



God forberedelse gir trygg behandling

Informantene fremhevet viktigheten av å ha erfaring med pasientgruppen. En sa følgende: «Jeg tror mye av usikkerheten som råder når det kommer et barn, skyldes at vi har for lite erfaring med det.» (ID5)

Det kjentes lettere å ha ansvaret for akutt kritisk syke barn dersom de hadde gjort det noen ganger før: «Jeg merker at jeg får mer erfaring og ro etter hvert, det er egentlig ganske godt.» (ID8)

Informantene ønsket at nye intensivsykepleiere fikk slippe til: «Folk må få lov til å slippe til, slik at det ikke bare er de samme som står på barn. Det er der du bygger erfaring.» (ID10)

Alle informantene uttrykte at det var viktig å være mentalt forberedt i arbeidet med barn. Hvis de hadde sett for seg hva som verst tenkelig kunne skje og tenkt gjennom mulige løsninger, var de godt forberedt.

Intensivavdelingen har et skjema som fylles ut i samarbeid med lege med oversikt over medikamenter og utstyr barnet skal ha hvis det blir behov for intubasjon. Dette skjemaet syntes informantene var veldig betryggende. En sa følgende: «Jeg kjenner en enorm trygghet ved å ha det skjemaet der du vet hva du skal gi, og hvilket utstyr du skal ha.» (ID2).

Gode oppslagsverk og oppdaterte prosedyrer om barn ble trukket frem som viktige for å være godt forberedt. Informantene understreket hvor viktig det var med god opplæring.



«Mer simulering ble trukket frem som forbedringsforslag.»

Avdelingens ressursgruppe for barn ble satt stor pris på: «Jeg er veldig glad for barnegruppa som har en praktisk undervisningsdel en gang i året. Det er noe av det mest nyttige.» (ID1)

Noen mente at det ville gi økt trygghet for alle dersom man måtte sertifiseres for å arbeide med barn. Mer simulering ble trukket frem som forbedringsforslag. Flere foreslo å innføre hospitering på barneavdelingen for å være i et miljø med bare barn.

Det var lettere å forholde seg rolig til ansvaret for barn dersom intensivsykepleierne mestret og var fortrolige med utstyret. Alle var enige i at det var viktig å kunne stole på utstyret. En av de største utfordringene var å vite hvilket utstyr de skulle bruke i henhold til barnets alder og størrelse.

Flere foreslo at hver enkelt skulle ta mer ansvar for å øve på å kople opp barnerespirator og gå gjennom akuttrallen med spesialutstyr for barn. Ledelsen må sette av tid til øving og legge til rette for undervisning og opplæring på avdelingen.

Samarbeid til barnets beste

Alle informantene snakket mye om viktigheten av godt samarbeid, både mellom kolleger, med pårørende og med barnet. God kommunikasjon ble trukket frem som avgjørende. Det var veldig belastende når intensivsykepleierens bekymringer ikke ble imøtekommet av legene.

Alle informantene syntes det var viktig å ha en felles plan og tydelig kommunikasjon. En sa følgende om en uoversiktlig situasjon med mange til stede i rommet: «Beskjeder ble gitt ganske klart, men hvem var det egentlig som tok imot beskjedene?» (ID9)

Informantene fremhevet hvor viktig det var å få aksept for å føle seg usikre i behandlingen av barn, og å bygge opp og trygge kolleger.

Informantene syntes det var viktig å være to intensivsykepleiere når de skulle ivareta et barn. Det skapte trygghet å vite at en kollega alltid var tilgjengelig, og å ha en å utveksle erfaringer og kunnskap med: «Det handler ikke alltid om å trenge to ekstra hender, men å være to hoder.» (ID3)

Klart fordelte arbeidsoppgaver var viktig. En intensivsykepleier kunne sitte ved barnet for å unngå at det ekstuberte seg selv, mens den andre kunne ta seg av papirarbeid, medisiner og andre oppgaver.

Hvordan intensivsykepleierne opplevde det å ivareta barn, var avhengig av hvem de var på jobb med: «Jo tryggere du er på den andre, jo tryggere er det å ha ansvar for et barn.» (ID6)

Informantene beskrev det som ubehagelig å jobbe med stressede kolleger. Flere sa at de ofte følte at det var lettere å samarbeide med en intensivsykepleier med mindre erfaring, fordi de ikke oppførte seg som om «de hadde vettet på alt».

Mye erfaring var ikke nødvendigvis en indikasjon på om de klarte å forholde seg rolige i stressende situasjoner. Flere ga likevel uttrykk for at det var ubehagelig dersom den andre var veldig uerfaren. Enkelte kolleger skapte en opplevelse av å bli «uglesett» og kontrollert.

I stressende situasjoner var det flere av informantene som hadde opplevd å føle seg misforstått, der det kunne bli slengt ut ubehagelige kommentarer. Slike hendelser var spesielt vanskelige dersom barnets foreldre var til stede.

Å skape et godt forhold til foreldre og pårørende var viktig. Ansvarsfordelingen overfor barnet måtte avklares med foreldrene. Målet var at foreldrene skulle klare å overlate det faglige og medisinske ansvaret til intensivsykepleierne og bare kunne konsentrere seg om å være foreldre: «Det er de som kjenner ungen best, og det er kjempeviktig å lytte til dem. Samtidig skal vi ha det faglige ansvaret.» (ID3)

Pårørende påvirket stemningen i rommet, og derfor syntes de det var viktig å kunne berolige dem.

Informantene ga uttrykk for blandede følelser rundt det å ha ansvaret for barn. Barnets prognose var avgjørende, og flere sa at det var vanskeligere ved økt alvorlighetsgrad. Dårlig magefølelse ga økt psykologisk stress.

I situasjoner hvor de hadde vært mye involvert i et alvorlig sykt barn, kunne det være vondt å løsrive seg og gi ansvaret videre. Mange var også redde for å gjøre feil med fatale konsekvenser.

Å møte barnet ut fra utviklingsnivå

Det var delte meninger om hvorvidt alderen på barnet hadde betydning for hvordan intensivsykepleierne opplevde det å ivareta barn på avdelingen. Noen mente det var vanskeligst med de minste barna, da disse har mindre anatomiske forhold.

Noen syntes barna i 3–4-årsalderen var mest utfordrende fordi de kan være lite samarbeidsvillige. Enkelte mente at barna som var i grenseland til voksne, var mest utfordrende. Andre syntes det kjentes tryggere fordi de eldre barna har større fysiologisk reservekapasitet.

De fysiologiske forskjellene mellom barn og voksne kunne være utfordrende. Flere informanter hadde opplevd at barna ble lettere utslitt på grunn av mindre reservekapasitet.

«De fysiologiske forskjellene mellom barn og voksne kunne være utfordrende.»

Medisinering var vanskeligere grunnet uvante doseringer og økt metabolisme hos barn. Likevel var alle enige med informanten som sa følgende: «Vi vet jo hva vi skal gjøre. Behandlingsprinsippene er de samme. Det er bare formatet som er mindre.» (ID6)

Informantene ga uttrykk for at kommunikasjonen med barn kunne være en utfordring. En sa dette: «Jeg synes det er vanskelig fordi barn i sånne situasjoner går tilbake i alder. Hvor tydelig og hvor ærlig kan du være? Skal du pakke det inn? Skal du 'babysnakke'?» (ID7)

Flere av informantene opplevde at barna virket skremte, og at det var vanskelig for dem å være i ukjente omgivelser. Intensivsykepleierne mente det var viktig å fokusere på barnet og holde det rolig. En av informantene sa som følger: «Du må roe ned barnet. Hvis ikke bruker det av reservene sine, og de har ikke så mye å gå på.» (ID10)

Flere mente at det var traumatisk for de små med mange fremmede, derfor var det viktig å begrense antallet personer på rommet.

Diskusjon

Det er mange utfordringer knyttet til avdelinger som behandler både voksne og barn. Studien viser at graden av forberedelse er avgjørende for hvordan intensivsykepleierne opplever å ivareta barn. Dersom de hadde forberedt seg på situasjoner som kunne oppstå, opplevde informantene å ha mer kontroll.

Informantene ønsket fagdag og simulering

Lite erfaring med pasientgruppen var roten til mye usikkerhet, og god opplæring ble ansett som viktig. Offord (5) anbefaler at generelle intensivavdelinger har en opplæringsstrategi bestående av blant annet fagdag om barn. Det vil styrke intensivsykepleiernes kunnskaper, ferdigheter og trygghet når det gjelder å ivareta akutt kritisk syke barn.



«Informantene ønsket å hospitere på en barneavdeling for å forbedre sine kunnskaper.»

Informantene i studien vår hadde en årlig fagdag med ferdighets- og prosedyretrening sammen med ressursgruppen for barn. De ønsket mer tid avsatt til dette. Mer simulering var også ønskelig. Simuleringsbasert teamtrening på egen avdeling øker tryggheten på egne ferdigheter og bidrar til bedre kvalitet på pasientbehandlingen (21).

Simulering kan gjennomføres på alle intensivavdelinger. Informantene ønsket å hospitere på en barneavdeling for å forbedre sine kunnskaper. Intensivsykepleiere som mangler erfaring med å ivareta barn, kan læres opp slik at de får mer kunnskap om pasientgruppen (22, 23).

Avdelinger trenger opplæring og godt samarbeid

Vanore (12) påpeker forskjellene mellom barn og voksne som pasienter, og gjør oppmerksom på hvor viktig det er å forsikre seg om at personalet er godt utdannet og opplært.

Informantene i studien vår var opptatt av at det skulle legges til rette for god opplæring på avdelingen. De ønsket at det skulle avsettes tid til å bli kjent med utstyr og apparater.

Apparatfortrolighet er viktig i intensivsykepleie, spesielt i situasjoner preget av stress og uforutsigbarhet. Slik fortrolighet oppnås når intensivsykepleieren klarer å konsentrere seg om pasienten samtidig som han eller hun håndterer apparatene pasienten er avhengig av (3).

Informantene i studien påpekte at samarbeid med teamet rundt barnet var viktig. Godt samarbeid var avhengig av hvem de var på jobb med, og hvordan de kommuniserte med hverandre. Ifølge Siffleet og medarbeidere (24) har godt teamarbeid positiv innvirkning på intensivsykepleieres emosjonelle velvære og miljøet på intensivavdelingen.

Hvis man ikke stoler på at en kollega kan utføre jobben, kan det føre til stress og agitasjon hos intensivsykepleieren og en følelse av å måtte gjøre jobben for andre (10).

Flere av resultatene i studien vår har likhetstrekk med Rall og Dieckmanns (25) prinsipper for å håndtere og unngå akutte kriser i sykehusomgivelser. Crisis Resource Management (CRM) har som mål å koordinere, utnytte og bruke alle tilgjengelige ressurser for å gi best mulig pasientbehandling.

Viktige hovedprinsipper fra vår studie, som også påpekes innen CRM, er å kjenne omgivelsene, legge en plan, ha god arbeidsfordeling og effektiv kommunikasjon. Våre informanter fremhevet betydningen av disse prinsippene.

Rolig atmosfære ga stressmestring

Teamets prestasjon styrkes dersom man er bevisst på hvordan et team reagerer sammen i akutsituasjoner (26). Informantene i studien vår erfarte at det var viktig å være to intensivsykepleiere om ansvaret for et barn. Legene ble trukket frem som en viktig del av teamet rundt pasienten.

Informantene var avhengig av et godt samarbeid, og av at de kunne snakke til hverandre med en fin og høflig tone. Kolleger som klarte å senke skuldrene og beholde roen i stressende situasjoner, ble foretrukket som samarbeidspartnere.

Dersom informantene klarte å skape en god og rolig atmosfære hos pasienten, fikk de større mestringsfølelse av å ivareta barn. Intensivsykepleierens personlige egenskaper har betydning for hvordan foreldrene opplever å være på intensivavdelingen (9). Våre informanter var opptatt av et godt samarbeid med barnas foreldre og anså dem som en ressurs i pleien.

Intensivsykepleiere kan hjelpe til med å lindre den ubehagelige opplevelsen til pasienten ved å trekke pårørende inn som en ressurs (27). De behandler ikke kun barnet, men hele familien som en samlet enhet sentralisert rundt det syke barnet (6, 10).

Alle behovene til barnet må imøtekommes

Informantene var opptatt av å imøtekomme alle behovene til barnet, både fysiske og psykososiale. Funn i studien til Mattson og medarbeidere (4) bekrefter dette og viser hvor viktig det er å utføre helhetlig sykepleie. Akutt kritisk syke barn er i en spesielt sårbar situasjon og er avhengig av at intensivsykepleierne forstår deres behov (4, 7).



«Våre informanter syntes ofte at det var utfordrende å kommunisere med barna.»

Våre informanter var bevisste på at barn er annerledes enn voksne, og anså spesielt mindre anatomisk reservekapasitet og økt metabolisme som utfordringer. Robb (16, 17) identifiserer også de samme utfordringene. Han hevder at en av de største bekymringene intensivsykepleiere har når de ivaretar barn, er de fysiske forskjellene mellom barn og voksne.

Våre informanter syntes ofte at det var utfordrende å kommunisere med barna. God kommunikasjon er viktig for å redusere stress i forbindelse med medisinsk behandling og de problemene intensivmiljøet skaper for pasienten (27).

Metodediskusjon

Forskningen i denne studien er utført med utgangspunkt i forfatterens eget fagfelt. Det kan ha vært med på å farge funnene. Samtidig var det en styrke for forståelsen av datamaterialet. Førsteforfatteren var moderator i begge intervjuene. Hun hadde ikke sykepleiererfaring med barn, noe vi vurderte ville utgjøre minst risiko for at forforståelsen kunne påvirke informantene.

Ifølge Graneheim og medarbeidere (28) kan man stille spørsmål om resultatene er sanne, stabile og relevante for å synliggjøre ulike aspekter ved studiens troverdighet. Forskernes ansvar er å gi tilstrekkelig beskrivende data til at leseren kan vurdere hvorvidt funnene kan overføres til en annen kontekst (29).

Troverdigheten i studien vår styrkes av sitater fra informantene og det at vi har inkludert tabeller og figurer. Spredning i informantenes alder og deres erfaring ved generell intensivavdeling samt informanter med og uten egne barn kan styrke troverdigheten og overførbarheten.

Det kan være en svakhet at alle informantene er kvinner, men det representerer den skjeve kjønnsbalansen på avdelingen. Intervjuene ble utført ved en generell intensivavdeling, og funnene kan derfor ikke generaliseres til å gjelde alle intensivavdelinger grunnet ulikheter i avdelingens struktur og bemanning.

Det er likevel grunn til å tro at våre funn har tilstrekkelig informasjonsstyrke tatt i betraktning mål, utvalg, teori, datakvalitet og analysemetode (30) og kan være overførbare til avdelinger med liknende struktur.

Videre forskning kan bidra til viktig kunnskap og større bevisstgjøring rundt utfordringene knyttet til intensivavdelinger som behandler både barn og voksne. En observasjonsstudie kunne gitt utfyllende informasjon som ikke fremkommer i et fokusgruppeintervju. En studie om intensivsykepleieres erfaring før og etter tilført tiltak, som flere fagdager, kunne vært nyttig.

Konklusjon

Studien viser at intensivsykepleierne generelt hadde gode opplevelser med å ivareta barn på generell intensivavdeling, selv om de også hadde kjent på usikkerhet og utrygghet. Tiltak som god opplæring, godt samarbeid og det å imøtekomme barnets behov forbedret opplevelsene deres.

Referanser

1. Norsk Sykepleierforbund. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/F_A_intensivsykepleiere.pdf. 2017 (nedlastet 11.04.2018).
2. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo; 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf (nedlastet 26.04.2018).
3. Moesmand AM, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.

4. Mattsson J, Forsner M, Castrén M, Arman M. Caring for children in pediatric intensive care units: an observation study focusing on nurses' concerns. *Nursing Ethics*. 2013;20(5):528-38.
5. Offord RJ. Caring for critically ill children within an adult environment – an educational strategy. *Nursing In Critical Care*. 2010;15(6):300-7.
6. Endacott R. Needs of the critically ill child: a review of the literature and report of a modified Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1998;14:66-73.
7. Coetzee M, Britton M, Clow SE. Finding the voice of clinical experience: participatory action research with registered nurses in developing a child critical care nursing curriculum. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005;21:110-8.
8. Norsk anesthesiologisk forening og Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf (nedlastet 17.10.2019).
9. Sjuls M, Johannessen B. Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(3):248-55. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027)
10. Mahon PR. A critical ethnographic look at paediatric intensive care nurses and the determinants of nurses' job satisfaction. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014;30(1):45-53.
11. Foster JM, Whitehead L, Maybee, P, Cullens V. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of Family Nursing*. 2013;19(4):431-68.
12. Vanore ML. Care of the pediatric patient with brain injury in an adult intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2000;23(3):38-48.

13. Barroso J. Qualitative approaches to research. I: LoBiondo-Wood G, Haber J, red. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 7. utg. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2010. s. 100–26.
14. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
15. Barbour RS, Kitzinger J. Developing focus group research: politics, theory and practice. London: Sage; 1999.
16. Polit D, Beck CT. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. London: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
17. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;18(2):145–53.
18. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur; 2011
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12.
20. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
21. Rød I, Moen WEI, Struksnes S. Simuleringbasert teamtrening på barneavdeling. Sykepleien Forskning. 2017;12(61032):(e-61032). DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027)
22. Robb JA. Caring for children in an adult intensive care unit. Part I. Intensive & Critical Care Nursing. 1995;11(2):100–10.
23. Robb JA. Caring for children in an adult intensive care unit. Part 2. Intensive & Critical Care Nursing. 1995;11(3):161–9.

24. Siffleet J, Williams AM, Rapley P, Slatyer S. Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: the perspective of experienced nurses. *Applied Nursing Research*. 2015;28(4):305–10.
25. Rall M, Dieckmann P. Errors in medicine, patient safety and human factors. Wien: European Society of Anaesthesiology; 2005. Tilgjengelig fra: <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/education-training/sail/reading/crisis-mgt-pt-safety.pdf> (nedlastet 17.10.2019).
26. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B. Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2014;30(4):179–87.
27. Kolloen K. Intensivsykepleie. Pasienter på intensiv trenger oppfølging. *Sykepleien*. 2011;99(7):55–57. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027)
28. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*. 2017;(56):29–34.
29. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage; 1985.
30. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interviews studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*. 2016;26(13):1753–60.