Magisteruppsats

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdomar 60 hp

Sjuksköterskors erfarenhet av att ta emot barn i hemsjukvården

En kvalitativ intervjustudie

Omvårdnad 60 hp

Halmstad 2022-05-17
Emma Enlund och Kristine Joleby

HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sjuksköterskors erfarenheter av att ta emot barn i hemsjukvården

En kvalitativ intervjustudie

Författare:	Emma Enlund Kristine Joleby

Ämne	Omvårdnad
Högskolepoäng	15hp
Stad och datum	Halmstad 2022-05-17

Titel	Sjuksköterskors erfarenhet av att ta emot barn i hemsjukvården -En kvalitativ intervjustudie
Författare	Emma Enlund, Kristine Joleby
Akademi	Akademin för hälsa och välfärd
Handledare	Susann Regber, Docent i omvårdnad, Med. Dr.
Examinator	Elenita Forsberg, Universitetslektor i omvårdnad, Med. Dr.
Tid	VT 2022
Sidantal	25
Nyckelord	Barn, hemsjukvård, sjuksköterska, övergång

Sammanfattning

Bakgrund: Barn med kronisk eller långvarig sjukdom kan behöva hemsjukvård. Sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård vårdar främst äldre personer och kan sakna erfarenhet av att vårda barn. **Syftet:** Var att undersöka erfarenheten av övergången för barn från slutenvård till hemsjukvård hos sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården. **Metoden:** En deskriptiv kvalitativ metod med tio intervjuer har använts som analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier. De tre kategorierna var: (i) behov av gemensam planering inför vården i hemmet, (ii) vården i hemmet behöver vara barn och familjecentrerad samt (iii) sjuksköterskans behov av stöd. Informanterna tyckte det var viktigt att sjuka barn kunde få vård i hemmet och de upplevde ett nära och bra samarbete med slutenvården. Att ha erfarenhet av att vårda sjuka barn och ha en specialistutbildning var en fördel vid övergångsprocessen. Resultatet visade att kommunerna i samma region planerade och arbetade på olika sätt vid ett barns övergången till hemsjukvården. **Konklusion:** Sjuksköterskan i hemsjukvården strävar efter att barnet och familjen får vårdas i hemmet när det är möjligt. Samtidigt behövs det mer erfarenhet, utbildning och rutin för att skapa förutsättningar för sjuksköterskorna i hemsjukvården vilket är till nytta för barnen som behöver vård i hemmet.

Title	Nurses´ experience of receiving a child in homecare - A qualitative interview study
Author	Emma Enlund och Kristine Joleby
School	School of Health and Welfare
Supervisor	Susann Regber, Ass. Professor in nursing, PhD
Examiner	Elenita Forsberg, Senior Lecturer in nursing, PhD
Period	VT 2022
Pages	25
Key words	Children, home health care, nurse, transition

Abstract

Background: Children with chronic or long-term medical condition may need home care. Nurses in municipal home care mainly care for the elderly and may lack experience in caring for children. **Aim:** To investigate the experience of the transition for children from inpatient care to home care with nurses active in in-home care. **Method:** A descriptive qualitative method was used with interviews that were analyzed according to qualitative content analysis. **Results:** Three categories emerged: (i) need for joint planning for home care, (ii) home care needs to be child and family-centered and (iii) the nurse´s need for support. The informants thought it was important that sick children could receive healthcare at home, they experienced a close and good collaboration with inpatient care. Having experience of caring for sick children, having a specialist education was an advantage in the transition process. Municipalities in the same region planned and worked in different ways during a child's transition to home health care. **Conclusion:** The nurses in home care strives for that the child and the family are cared for at home whenever possible. More experience, education and routine are needed to create conditions for the nurses in home care, which is beneficial for the children who need care at home.

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Barnets rättighet att vårdas i hemmet 1

Hemsjukvård 2

Övergången till hemsjukvård 3

Teoretisk referensram 4

Problemformulering 5

Syftet 5

Metod 5

Design 5

Urval 5

Datainsamling 6

Dataanalys 7

Forskningsetiska överväganden 9

Resultat 10

Behov av gemensam planering inför vården i hemmet 10

Olika kontaktvägar mellan slutenvården och hemsjukvården 10

Det välplanerade mötet före hemgång 11

Förutsättningar för förberedelser av vården 13

Vården i hemmet behöver vara barn och familjecentrerad 14

Vikten av förberedelser inför det första hembesöket 14

Behov av anpassning till barnet och familjen 15

Föräldrars delaktighet främjar vården 16

Sjuksköterskans behov av stöd 17

Sjuksköterskans närhet till stöd och rådgivning 17

Betydelsen av kollegialt stöd och hantering av upplevelser 18

Diskussion 19

Metoddiskussion 19

Resultatdiskussion 20

Konklusion 24

Självständighetsdeklaration och individuella insatser 25

Referenser

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Inledning

Barn med kroniska eller långvariga sjukdomar kan behöva vård i hemmet av hemsjukvård. Enligt Socialstyrelsens statistik (Socialstyrelsen, 2021) fick 379 000 personer kommunal hemsjukvård 2020, majoriteten av dessa var personer över 65 år. Barn 0–17 år som fick vård i hemmet med stöd av kommunal hemsjukvård varierade i antal under 2020 från 800 till 1400 visar statistik som redovisats månadsvis. Kommunal hälso- och sjukvård definieras som vård och behandling som är kommunens åtagande och ansvar och den bedrivs i särskilda boendeformer, dagverksamhet eller som hemsjukvård i patientens egna hem (Socialstyrelsen, 2021). Vilken hemsjukvård olika regioner i Sverige erbjuder till barn ser olika ut. Vården kan ges genom kommunal hemsjukvård (Grimheden et al., 2017) och en del regioner erbjuder barn specialiserad hemsjukvård och den ges då i regionens regi (Castor et al., 2019.) Regionala cancercentrum i samverkan (2020) beskriver hur barn med cancerdiagnos och deras familj har rätt att vårdas i hemmet och de föreslog som insats under 2020 och 2021 att en nationell kartläggning skulle ske för att se hur tillgången till hemsjukvård såg ut för barn i Sverige (Regional cancercentrum i samverkan, 2020). Övergången mellan sjukhusvård och hemsjukvård kan enligt en litteraturstudie av Ronan et al. (2020) upplevas stressig och frustrerande för föräldrar till barn med komplexa hälsobehov. Att lämna den bekanta och säkra sjukhusmiljön fick föräldrar att uppleva olika känslor som rädsla, förlust av den trygga miljön samt stress över det ansvar som väntade hemma (Ronan et al., 2020). Samtidigt som det i en kvalitativ studie (Castor et al., 2018) där tolv familjer deltog framkom att barnen och familjerna önskade att få vara hemma med hemsjukvård när det var möjligt och det beskrevs då som värdefullt. Sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård upplevde en utmaning både i sin profession och på ett personligt plan i att vårda barn i hemmet visar en kvalitativ studie (Castor et al., 2017) med intervjuer genomförda i fokusgrupper med totalt 36 deltagare. De kunde känna en rädsla för att något skulle bli fel, något som de sällan beskrev i vården med vuxna (Castor et al., 2017). I föreliggande studie har sjuksköterskor verksamma i kommunal hemsjukvård intervjuats om sina erfarenheter av barns övergång från slutenvård till hemsjukvård vilket har tidsbestämts som tiden från det att slutenvården kontaktar hemsjukvården för att inleda vårdplanering tills det att barnet varit hemma med hemsjukvård i två veckor.

Bakgrund

Barnets rättighet att vårdas i hemmet

Barnkonventionen finns för att stärka barns mänskliga rättigheter och blev lag i Sverige januari 2020 (SFS 2018:1197). Vid beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa och barn ska inte skiljas från sina föräldrar utom när det är absolut nödvändigt (SFS 2018:1197).
Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB) är utarbetad efter FN:s konvention om barns rättigheter (UNICEF, 2020). I artikel

nummer ett skrivs det “att barn skall läggas in på sjukhus endast när den nödvändiga behandlingen och omvårdnaden inte kan ges på ett lika bra sätt i hemmet eller i öppen vård” (NOBAB, 2020). Information till barnen ska vara anpassad efter ålder och vårdpersonal som arbetar med barn ska ha rätt kompetens och utbildning. Vården ska också organiseras så att det finns kontinuitet för barnet och familjen (NOBAB, 2020). I en kvalitativ intervjustudie med både sjuksköterskor och barn (Sahlberg et al., 2020) framkom det att barn behöver vårdas av vårdpersonal med kompetens för att ge barn hälso- och sjukvård oavsett var vården ges. Det framkom även att tillräckligt med tid i mötet var viktigt samt att barnen var väl informerade för att öka barnens delaktighet i vården och för att barnen skulle känna sig trygga (Sahlberg et al., 2020).

Begreppet ”hem” står för mer än ett ställe att bo på enligt Hilli (2017). Vidare skriver Hilli (2017) att hemma kan vara en fysisk plats men även en känsla av sammanhang där känslan av hemma infinner sig. Hemmet utgör den privata sfären med integritet och självbestämmande. Genom att se människan i den miljö och kontext där hon lever ger en nyanserad bild av hela familjen, deras resurser och behov. Att få vård i det egna hemmet i en bekant miljö stödjer upprätthållandet av daglig aktivitet, en ökad självkänsla och bevarandet av integriteten. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om hemmets betydelse och vilka konsekvenser det kan ha för människan, hälsan och vårdandet (Hilli, 2017).

Hemsjukvård

Hemsjukvård föreslås som ett komplement till sjukhusvård enligt Castor et al. (2018) studie. I denna kvalitativa studie har tolv familjers upplevelser av när barn får hemsjukvård studerats. Att kunna få vård i hemmet visade sig ha betydelse för hela familjen. Vardagsrutinerna kunde fortsätta nästan som innan barnets sjukdom och det var enklare att kunna upprätthålla de sociala relationerna. Barnens vänner, skolkompisar och familj kunde hälsa på dem hemma i stället för att besöka dem på sjukhuset, vilket var något som upplevdes positivt. Barnen upplevde att tid och energi kunde användas till mer värdefulla aktiviteter än att åka fram och tillbaka till sjukvården. Syskonens stress minskade av att rutinerna kunde fortgå och de slapp anpassa sig efter sitt sjuka syskon. Även föräldrarnas stress minskade av att kunna behålla kontrollen över hela föräldraskapet. Barnets symtom lindrades och även barnets välbefinnande ökade när de kunde få vård i hemmet (Castor et al., 2018). Vård som kan ges hemma för att underlätta för barnet och familjen kan innebära palliativ vård, provtagning, parenteral nutrition och intravenös antibiotika vilket beskrevs i en kvalitativ studie gjord av Castor et al. (2017). I en svensk intervjustudie (Munk et al., 2011) beskrev sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården att variationerna i arbetsuppgifterna är stora och det kan gå lång tid mellan gångerna de till exempel hanterar medicinskteknisk utrustning och centrala infarter. Vidare lyfte sjuksköterskor vikten av att arbeta patientsäkert och det kräver utbildning innan patienten kommer hem från sjukhuset och att kollegor hjälps åt vid hembesöken. Det

framkom att tiden för att utföra arbetsuppgifter är annorlunda jämfört med sjukhuset då det kan vara långa avstånd att köra mellan besöken i hemmet (Munk et al., 2011).

I Samuelsson et al. (2015) intervjustudie med tolv sjuksköterskor i hemsjukvården framkom att många sjuksköterskor i hemsjukvården saknade pediatrisk utbildning och erfarenhet av att vårda barn. Sjuksköterskorna kände sig osäkra inför att vårda ett barn i hemmet. Utbildning, ett bra samarbete med sjukhuset samt professionell vägledning var avgörande för att sjuksköterskor skulle känna sig mer trygga i vården av barn i hemmet (Samuelsson et al., 2015). I en svensk kvalitativ studie med sjuksköterskor och läkare (n=161) gjord av Weiner et al. (2021) framkom vikten av handledning kring de moraliska frågor som kan uppkomma i samband med att vårda barn med cancerdiagnoser. Deltagarna i studien fick förutom att svara på frågeformulär prova teambaserad handledning som ett stöd i etiskt svåra situationer inom barnsjukvård. Forskarna fann att när flera professioner deltar och diskuterar patientens situation kan svåra beslut bli mer välgrundade och det gör personalen trygg. Handledning kan ge sjuksköterskan förutsättningar för att kunna förbereda sig inför att vårda barn med dålig prognos. Ett fungerande lagarbete kan höja vårdkvalitén och personalens självförtroende kan öka (Weiner et al., 2021).

Att arbeta med barn i hemsjukvården innebär inte bara svårigheter enligt Castor et al. (2017) för sjuksköterskor vill vårda i hemmet för barnets skull. Det kan vara en utmaning som även ger en tillfredsställelse när det fungerar och en erfarenhet som de kan ta med sig (Castor et al., 2017). Detta styrks även i en studie där elva sjuksköterskor (Grimheden et al., 2017) som arbetade i hemsjukvården i södra Sverige intervjuades. Sjuksköterskorna kände att de kunde göra stor nytta när de vårdade allvarligt sjuka barn i hemmet där barnet har sin familj, vänner och tillhörigheter. Sjuksköterskorna beskrev även att de hade stora möjligheter till att kunna påverka och göra skillnad för familjen när de gav vård i hemmet. Det framkom även att sjuksköterskorna tyckte det var viktigt att arbeta i team och stötta varandra (Grimheden et al., 2017).

Övergången till hemsjukvård

I Halland sker den gemensamma samordningen mellan slutenvården, närsjukvården, psykiatriska öppenvården och kommunen genom IT systemet Lifecare (Region Halland, 2021). När en patient är utskrivningsklar från sjukhuset och inte bedöms behöva inneliggande vård men har behov av medicinsk vård i öppenvården, i kommunal hemsjukvård eller behöver insatser från socialtjänsten görs en samordnad individuell vårdplanering (SIP). Då sker ett möte mellan samordnande vårdgivare och patient och en planering för hur vården ska formas efter utskrivningen från sjukhuset genomförs. Hur en SIP ska utformas och hur den ska fungera står i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612).

En noggrann planering inför övergången från sjukhusvård till hemsjukvård (Castor et al., 2018) visade sig vara viktigt för att hjälpa familjen vid denna känslomässigt svåra övergångsperiod. Planeringen behöver involvera barnavdelningen, hemsjukvården och familjen. Föräldrarnas delaktighet vid planering och diskussionen inför hemgång gjorde att de kände sig mer bekväma och avslappnade av att vara hemma (Castor et al., 2018).

Det är bra om utskrivningen kan ske tidigt på dagen (Ronan et al., 2020) då föräldrarna upplevde det svårt att få stöd hemma under kvällar och nätter. Att checklistor med material som behövs i hemmet och saker som ska göras innan hemgång kan underlätta utskrivningen för sjuksköterskor och övrig personal på sjukhuset (Ronan et al., 2020). Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus i Göteborg har ett PM att följa när barn skrivs ut från barncancercentrum till hemmet med hemsjukvård (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018). Där står information om hur kontakt tas med hemsjukvården, hur den planeras och genomförs. Konsultsjuksköterskor från barnsjukhuset har undervisat sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården om barn och cancervård, då dessa sjuksköterskor ofta vårdar äldre personer och är ovana vid att vårda barn. Vidare står det i PM:et hur ordinationer ska ges, av vem och hur hemsjukvården ska nå personal på sjukhuset för stöttning vid behov. Det finns både praktiska och administrativa rutiner samt information om hur vårdplaneringen går till (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018).

Teoretisk referensram

Övergångar är en del av livet och påverkar oss i olika grad. För ett barn och för en familj kan övergången från sjukhuset till hemmet innebära glädje och lättnad men kan även innebära oro och ängslan inför framtiden. *Transitions Theory* utarbetad av Afaf Ibrahim Meleis kan användas för att förklara och underlätta övergångar vid sjukdom och ohälsa, död och födelse men även vid immigration och utskrivning från sjukhus (Meleis & Trangenstein, 1994). Meleis har tagit fram en modell över faktorer som påverkar övergång och mönster i flera olika övergångsprocesser. Genom att känna till faktorer som påverkar övergång kan sjuksköterskan enligt Schumacher och Meleis (1994) i sin profession stötta patienten i något som kan beskrivas som en sårbar period (Schumacher & Meleis, 1994). Inom sjukvården sker övergångar av olika slag ständigt och Meleis och Trangenstein (1994) beskriver sjuksköterskan som den primära vårdgivaren när patienten och familjen genomgår en övergång (Meleis & Trangenstein, 1994). Sjuksköterskan är närvarande när förändringar och krav förändras hos patienten och familjen och sjuksköterskan är ofta den som finns bredvid patienten och förbereder och underlättar nya vanor. Enligt Meleis och Trangenstein (1994) är övergångar centralt i omvårdnad och det tillhör sjuksköterskans profession att underlätta dessa övergångar (Meleis & Trangenstein, 1994).

Problemformulering

Att få hemsjukvård är betydelsefullt för det sjuka barnet och dess familj samtidigt som övergångsprocessen kan vara sårbar. Barnet och familjen behöver anpassa sig till den förändring det är att lämna sjukhuset och hitta trygghet i att få vård hemma. Sjuksköterskor i hemsjukvården arbetar främst med äldre och vårdar få barn. Att undersöka erfarenheterna av övergången från slutenvården till dess att barnet vårdats första tiden i hemmet med stöd av sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården var därför av intresse.

Syftet

Syftet var att undersöka erfarenheten av övergången för barn från slutenvård till hemsjukvård hos sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården.

Metod

Design

I studien har en deskriptiv kvalitativ metod använts (Polit & Beck, 2021). För att få en djupare förståelse kring ämnet gjordes intervjuer där deltagarna fick berätta och reflektera kring sina erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2021).

Urval

Sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården från samtliga sex kommuner i Halland valdes ut för att delta i studien. Målet var att få en spridning av deltagare från alla kommuner för att få variationsrika berättelser. I Halland vårdas barnen i hemmet av den kommunala hemsjukvården då avancerad hemsjukvård för barn inte erbjuds. Ett informationsbrev där studiens syfte framgick skickades ut via e-post till samtliga verksamhetschefer inom hemsjukvården för samtycke att kontakta möjliga deltagare till studien. Verksamhetschefer återkopplade med kontaktuppgifter till möjliga deltagare som därefter fick ett informationsbrev om studiens syfte samt ett samtyckesformulär att fylla i innan intervjun. Inklusionskriterier för studien var att informanten skulle vara verksam som sjuksköterska inom hemsjukvården samt ha erfarenhet av minst en övergång av ett barn från slutenvården skrivs in i hemsjukvården. Exklusionskriterier i studien var sjuksköterskor inom neonatal hemsjukvård.

Tabell 1 Informant, antal år i yrket, antal vård av barn i hemsjukvård samt sjuksköterskornas utbildning

Informant	n =10
Kvinna/Man	10/0
Antal år i yrket	
0–5	0
6–10	0
11–15	2
16–20	6
21–25	1
26–30	0
31–35	1
Antal barn vårdade i hemmet	
1–5	7
6–10	1
11–15	1
16–20	1
Allmänsjuksköterska/Barnsjuksköterska/Distriktssjuksköterska/Dubbla specialistsjuksköterskekompetenser	4/3/2/1

Datainsamling

Datainsamlingen utgick från individuella intervjuer med en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1). Följdfrågor tillkom som till exempel ”berätta mer”, ”förklara” ”utveckla…” ställdes för att få en djupare förståelse (Polit & Beck, 2021). Informanterna valde själva om intervjun skulle genomföras på informantens arbetsplats, via telefon eller digitalt via Teams. Forskaren bör enligt kvalitativ metod vara flexibel och följsam mot deltagare, miljö och de förändringar som kan ske under datainsamlingen (Henricsson & Billhult, 2017). Intervjuerna ägde rum under januari och februari 2022 och skedde individuellt med en intervjuare och en informant närvarande. En intervju genomfördes via telefon medan övriga intervjuer genomfördes digitalt via Teams. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon. Intervjuerna varade mellan 7 - 28 minuter (mediantid 10 minuter). Intervjuerna transkriberades i sin helhet (Henricsson & Billhult, 2017) och av de som genomfört

intervjuerna för att bekanta och fördjupa sig med den insamlade datan (Polit & Beck, 2021).

Dataanalys

Analysen följde Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Analysprocessen påbörjades genom att intervjutexterna lästes enskilt flera gånger för att ge en känsla av helhet. Efter detta gjordes en gemensam reflektion och diskussion och meningsbärande enheter som besvarade syftet plockades ut gemensamt (tabell 2). De meningsbärande enheterna kondenserades och abstraherades därefter. Detta innebär enligt Graneheim och Lundman (2014) att texten kortas ner utan att kärnan försvinner samt att koder skapas. Utifrån dessa koder skapades sedan underkategorier och kategorier. Graneheim och Lundman (2004) skriver att kärnan i den kvalitativa innehållsanalysen är att skapa kategorier. En kategori är en grupp av innehåll som delar en gemensamhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2 Exempel på analysschema av kvalitativ innehållsanalys.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
så åkte vi ju ner då till berört sjukhus och hade en vårdplanering på plats nu kör vi ju ofta över teams [pga. pandemin] (Informant 1)	Vårdplanering på sjukhuset eller via teams	Vårdplaneringen	Det välplanerade mötet före hemgång	Behov av gemensam planering inför vården i hemmet
väldigt väl uppstyrt och så där så jag kände att det blev tryggt både för oss och för dom. [familjen] (Informant 3)	Uppstyrt, tryggt för både oss och för dom	Bra planerat och kändes tryggt	Det välplanerade mötet före hemgång	Behov av gemensam planering inför vården i hemmet
De [övergången] jag varit med på tycker jag har fungerat jättebra. Det har varit organiserat och varit bra, bra information och så (Informant 6)	Övergången har fungerat bra och varit välorganiserad, bra information	Välplanerad övergång	Det välplanerade mötet före hemgång	Behov av gemensam planering inför vården i hemmet
samtalet handlade om att hon gav en bakgrund till det här barnet och dess behov, och hur vi kunde vara behjälpliga att hjälpa till och lösa de här behoven så att patienten fick fortsätta vara hemma tillsammans med sin familj (Informant 8)	Rapport och vad för hjälp som behövdes för att kunna vara hemma med sin familj	Rapport om hjälpbehov	Det välplanerade mötet före hemgång	Behov av gemensam planering inför vården i hemmet
känner dom sig trygga och att vi är trygga så blir det ju bättre [vårdplaneringen] (Informant 10)	När alla är trygga i planeringen blir det bättre	Trygghet	Det välplanerade mötet före hemgång	Behov av gemensam planering inför vården i hemmet

Forskningsetiska överväganden

All forskning som avser människor och biologiskt material från människor omfattas av etikprövningslagen (SFS 2003:460.) Forskning får godkännas bara om den kan utföras med respekt för människovärdet samt att mänskliga rättigheter och grundläggande frihet beaktas vid etikprövningen (Eldén, 2020).

Det etiska övervägandet för studien var i enlighet med Helsingforsdeklarationen som innebär att omsorgen om individen alltid måste gå före vetenskapens och samhällets intressen (World Medical Association, 2013). Deltagandet i studien var frivillig och informanterna fick information kring studiens syfte innan ett samtycke lämnades. Informanterna fick även information om att de kunde välja att avbryta sin medverkan när som helst och med omedelbar verkan (Eldén, 2020). Brev skickades via e-post till informanterna med information om studien och dess syfte. Med detta brev bifogades även en samtyckesblankett för påskrift. Informanterna mailade eller skickade åter det påskrivna samtycket innan intervjun ägde rum. Informationen gavs även muntligt innan intervjun påbörjades.

I Codex regler och riktlinjer för forskning skrivs att forskaren tar ett ansvar för den information som samlats in om forskningsobjekten. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon och ljudfilen fördes sedan direkt efter intervjun över till lösenordskyddad dator och raderades från mobiltelefonen. Intervjuerna transkriberades och materialet avidentifierades. Materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga på lösenordskyddad dator för att följa Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning GDPR (SFS 2018:218) samt arkivlagen (1990:782). Datamaterialet destrueras efter uppsatsen blivit godkänd av examinator, detta enligt Högskolan i Halmstads rutin.

En lokal etikprövning vid Högskolan i Halmstad genomfördes och studien godkändes av den Lokala etikprövningsgruppen inom omvårdnad vid Akademin för hälsa och välfärd, diarienummer UI 2021/639.

En risk med studien kunde vara att någon informant kunde ha minnen av en övergång av ett barn till hemsjukvården som inte hade fungerat. Olika situationer kunde ha uppstått som lett till obehagliga minnen av misslyckande på olika sätt. Som intervjuare var det därför av betydelse att vara medveten om detta och i en sådan intervjusituation gå vidare med andra frågor i intervjun så att inte informanten skulle uppleva intervjun obehaglig. Nyttan med studien var att informanterna fick bidra med erfarenhet som på sikt kan öka kunskapen och medvetenheten för en så bra övergång från slutenvården till hemsjukvård som möjligt.

Efter att studien var avslutad och godkänd fick informanten tillgång till resultatet då exemplar skickades till de verksamheter som deltog. Uppsatsen finns även att läsa digitalt på DiVA portalen.

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier (tabell 3).

Tabell 3 Översikt över kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Behov av gemensam planering inför vården i hemmet	Olika kontaktvägar mellan slutenvården och hemsjukvården
	Det välplanerade mötet före hemgång
	Förutsättningar för förberedelser av vården
Vården i hemmet behöver vara barn och familjecentrerad	Vikten av förberedelser inför det första hembesöket
	Behov av anpassning till barnet och familjen
	Föräldrars delaktighet främjar vården
Sjuksköterskans behov av stöd	Sjuksköterskans närhet till stöd och rådgivning
	Betydelsen av kollegialt stöd och hantering av upplevelser

Behov av gemensam planering inför vården i hemmet

Olika kontaktvägar mellan slutenvården och hemsjukvården

Informanterna berättade att slutenvården kontaktade hemsjukvården för att starta en vårdplanering på olika sätt. Informanterna beskrev att slutenvården använde sig av Lifecare systemet som en första kontakt och sedan skedde ofta en telefonkontakt mellan barnkliniken och hemsjukvården. Ibland ringde slutenvården och berättade att ett barn snart skulle behöva hjälp från hemsjukvården. Enligt informanten kunde detta bero på att sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården inte hade tillräckligt med

erfarenhet att vårda sjuka barn vilket kunde skapa en känsla av osäkerhet och rädsla för att missa något.

> Det börjar ju med en vårdplanering där vi först får en kallelse i Lifecare. Och sedan får vi även ett samtal oftast. På grund av att hemsjukvården är lite osäkra på barn […] man är rädd att man ska missa [något], tror jag. För då brukar sjukhuset ringa upp oss och säga att nu är det ett barn på gång in. Så att vi har lite koll innan och så får vi en liten rapport (Informant 1).

Det kunde också vara sjuksköterskan från hemsjukvården som ringde barnkliniken efter att ha mottagit meddelande i Lifecare berättade en informant. Vid första kontakten kunde även den vårdcentral som barnet tillhörde inkluderas i planeringen.

> Vi har, enligt våra riktlinjer är det så att barn, alltså sjukhuset då ska skicka en SIP, den går ju via vårdcentralen (Informant 6).

Innan Lifecare systemet infördes kunde slutenvården ringa direkt till chefen för den kommunala hemsjukvården eller till en sjuksköterska i hemsjukvården för att starta en vårdplanering. En informant beskrev:

> De hörde av sig till vår chef tror jag väl det var och bara ville kolla läget om det var möjligt [att barnet fick hemsjukvård] och så, och det va väl före Lifecare tiden (Informant 3).

En informant uppgav att ibland skedde ingen vårdplanering utan då meddelade den kommunala biståndshandläggaren att ett barn hade beviljats hjälp enligt Lagen om vård och service till vissa funktionshindrade (LSS) och var i behov av hemsjukvård. Sedan tog informanten kontakt med familjen och vid behov även med barnkliniken. Denna övergång beskrevs av en informant på följande sätt:

> Ytterst otydligt hur detta görs det har inte varit någon röd tråd i det hela utan oftast går det ju via biståndshandläggare att vi får reda på att dom då oftast har sökt personlig assistans (Informant 4).

Det välplanerade mötet före hemgång

Efter att slutenvården tagit kontakt med hemsjukvården skedde oftast en överrapportering via telefon och sedan skedde ett möte på barnkliniken, via Teams eller i barnets hem. När mötet skedde på sjukhuset brukade familjen, ansvariga sjuksköterskor från avdelningen och ibland läkare och personal från vårdcentralen träffas tillsammans med sjuksköterskan i hemsjukvården. I vissa intervjuer beskrevs att informanterna ibland åkte tillsammans med en eller flera kollegor till mötet på sjukhuset. En informant berättade att det blev en bra övergång:

> Det var en väldigt bra övergång där vi först träffades på barnkliniken med sjuksköterskan som hade hand om barnet där och även mamman var med på mötet. Vi var två stycken sjuksköterskor från hemsjukvården som hade just

> det området där flickan bodde och en sköterska från vår kvällsverksamhet. Så vi fick en väldigt bra överrapportering och inblick i vad vi skulle göra i hemmet (Informant 7).

Flera informanter berättade att det kändes tryggt att ses på sjukhuset i ett fysiskt möte innan barnet kom hem vilket en informant beskrev så här:

> Att man samlades inför hemgången och att framför allt mamman var med där också så man hade träffat henne innan […] då tror jag att man har de bästa förutsättningarna (Informant 7).

En annan informant beskrev det på ett liknande sätt:

> Jag tror det är viktigt att ses fysiskt [före hemgången] (Informant 10).

Att få information om barnet, familjen och vad informanterna skulle göra och att få se material och utrustning gav trygghet. Dessa möten beskrevs som välorganiserade och informanterna upplevde sig välinformerade innan barnet kom hem. En informant bekräftade det positiva med att ses på sjukhuset innan barnet kom hem:

> Jag tycker det var jättebra att vi fick komma dit […] vi fick ju klämma och känna och titta på dom grejerna medans vi var där och vi träffade ju honom också och kunde prata med mamman. […] (Informant 3).

All planering skedde inte med fysiska möten utan genom att barnet rapporterades till informanten. Mötet kunde även ske digitalt via skärm och då berodde det på att de inte kunde ses fysiskt på grund av den pågående Coronapandemin.

Informanterna talade om att skapa trygghet för familjerna och att det var viktigt att kunna vårda barnen hemma så de spenderade mindre tid på sjukhuset och detta beskrevs som extra viktigt i den palliativa vården.

> Det var ju mer en rapport från deras sida och det var ju ungefär vad jag behövde, för sen hade vi föräldrarna också, föräldrarna kände sig så trygga med den här övergången också (Informant 8).

Samma informant berättade:

> För nu handlade om hur vi kan tillgodose alla hans behov i hemmet (Informant 8).

En informant beskrev familjernas uppskattning såhär:

> Dom uppskattar det här väldigt mycket familjerna för all tid som man kan minska på sjukhuset. […] Så dom [föräldrarna] är alltid positiva […] jag tycker det är ett häftigt möte att man kan hjälpa alla liksom (Informant 9).

Förutsättningar för förberedelser av vården

Få barn vårdas i hemmet vilket av en del sjuksköterskor därför kan upplevas som en utmaning. Det är inte alla sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården som har en specialistutbildning som barnsjuksköterska vilket innebär att det finns varierad erfarenhet av att vårda sjuka barn. Informanterna beskrev att kollegor ofta kände sig osäkra, rädda, oroliga och att det för många kollegor var en ny situation. En informant uttryckte sig så här:

> Jag tror det är viktigt att man säger ärligt om man inte kan eller klarar av eller att man inte vet, för det är ju många sköterskor med olika erfarenhet, olika erfarenhet med vad man har jobbat med och det är väl klart jag var ju också lite nervös inför detta [vårda ett barn], hur skall det bli och så (Informant 10).

En annan informant sa:

> Sen upplever jag ju med kollegor, att man är väldigt rädd eller orolig hur ska man, hur ska vi kunna ta emot ett barn, det här går inte, det här kan vi inte (Informant 5).

En informant beskrev det så här:

> Jag vet om att folk blir lite osäkra för det är lite speciellt med barn (Informant 6).

En informant trodde att det hade varit svårt att vårda ett allvarligt sjukt barn i hemmet som nyutbildad sjuksköterska. En annan informant menade att deras förutsättningar för att vårda barn i hemmet var obefintlig och att det saknades barnsjuksköterskor. De fick lära sig den dagen det blev aktuellt att vårda ett barn i hemmet. Informanten uttryckte även att sjuksköterskorna växte med uppgiften utifrån den vård barnet behövde. En annan informant berättade att de inte hade pratat så mycket om att vårda barn i hemmet innan det blev aktuellt i den kommunen informanten arbetade i. Informanten menade att det var svårt och upplevde en stor skillnad att vårda ett barn i jämförelse med en vuxen. En skillnad informanten beskrev var att doserna av läkemedel skiljde sig åt mellan barn och vuxna.

Att involvera chefen under förberedelsen var något som två informanter beskrev och då gällde det framför allt om att det fanns en osäkerhet om hur mycket tid som skulle behövas. En av informanterna menade att hennes chef skulle se till att de fick mer tid för besöken om det visade sig behövas.

Två informanter berättade att i deras kommun ansvarade två barnsjuksköterskor för barnen som skulle skrivas in i hemsjukvården. Dessa barnsjuksköterskor var de som var med under övergångsprocessen från sjukhuset till hemsjukvården. Barnsjuksköterskorna hade även som uppgift att ge information till sjuksköterskor som ingick i en speciell barngrupp i den aktuella kommunen då besöken ibland

behövde göras av flera sjuksköterskor. Detta arbetssätt var en rutin för att de skulle arbeta patientsäkert. En av informanterna i denna kommun sa:

> Vi är två stycken anställda barnsjuksköterskor som ansvarar för hemtagningen av dom här barnen och då kör vi enligt våran rutin för att vi alltid ska jobba patientsäkert (Informant 2).

En annan informant var utbildad barnsjuksköterska och i arbetsgruppen var det informanten som tog på sig att vara patientansvarig sjuksköterska för barnen. Informanten hade arbetat många år på en barnklinik och kände sig trygg och hade god kunskap om både sjukhussidan och hemsjukvårdssidan vilket underlättade vid övergången för barnet.

Att nå ut med information till alla var något som upplevdes som en svårighet och som kunde leda till en osäkerhet. En tydlig information till alla i arbetsgruppen var viktigt för att få den rätta kompetensen. En informant sa så här:

> Så är det ju så att det gäller ju att vara tydlig med det som ska göras (Informant 5).

Informanten sa även:

> Man blir mer trygg i det när man får informationen själv och är mer nära (Informant 5).

En informant poängterade vikten av att de efter att de fått ordentlig information om barnet tar emot när hemsjukvården känner sig redo och då är fullt förberedda att ge vård till barnet i hemmet. En annan informant berättade:

> Vi tar inte hem barnen om vi inte kan göra det patientsäkert (Informant 1).

Informanten berättade även:

> Vi får lov att stoppa [hemgången] men i största möjligaste mån försöker vi ju alltid att ta emot dom [barnet och familjen], det är ju våra prio så att säga (Informant 1).

Vården i hemmet behöver vara barn och familjecentrerad

Vikten av förberedelser inför det första hembesöket

Inför det första besöket hemma hos barnet berättade några informanter att de alltid stämde av med familjen om en tid som skulle passa bra för att inte komma olämpligt. Någon informant uppgav att de brukade ringa och stämma av en extra gång dagen innan det planerade besöket. En informant berättade följande:

> Om jag fått att jag skall vara patientansvarig sjuksköterska så ringer jag och kontaktar föräldrarna och ber att få komma och träffa dom och se vad vi ska göra, vad vi kan hjälpa dom med? (Informant 4).

Innan besöket hade några informanter även gjort i ordning en plastlåda med material som förkläden, handskar och provtagningsmaterial. Denna låda placerades sedan hos familjen på lämpligt ställe där små barn inte kunde nå den. Två informanter beskrev även att de hade med sig en pärm där ordinationer och information om barnet stod. En av dem sa:

> Har jag med mig en pärm, […] där man kan ha medicinska dokument så att alla som jobbar eller träffar patienten i hemmet skall kunna hitta medicinsk dokumentation så det är tydligt (Informant 9).

Om behov av medicinskteknisk utrustning i form av pump för total parenteral nutrition (TPN) var detta barnklinikens ansvar och dessa skulle då finnas i hemmet innan barnet kom hem. En informant uppgav att barnkliniken kunde skicka med specifikt material som skulle användas vid antibiotikaadministrering i hemmet, medans annat material som behövdes för vården i hemmet var föräldrarnas ansvar att ordna så att det fanns hemma.

Flera informanter poängterade vikten av det första mötet hemma, hur de i lugn och ro presenterade sig för barnet och familjen. Vid detta första möte gavs även information om hemsjukvårdens insatser samt att familjen alltid kunde ringa om de skulle behöva. En informant beskrev:

> Jag förklarade hur vi jobbade och så, sen gick vi igenom litegrann vad jag behövde veta för att skriva in honom för att ha en journal på honom (Informant 5).

En informant uppgav att de alltid hade med sig en nalle till barnet och eventuella syskon vid det första besöket och detta uppskattades mycket. En annan informant berättade:

> Vid första besöket försöker vi alltid göra så att vi inte skall göra något med barnet utan vi har ett samtal (Informant 2).

Vid ett tillfälle då ett barn skulle få palliativ vård i hemmet gjordes det första besöket ihop med det palliativa konsultteamet från sjukhuset. Detta uppskattades av alla och det gjorde att teamarbetet runt patienten kunde började direkt.

Behov av anpassning till barnet och familjen

Informanterna berättade att för att komma hem och vårda ett barn i deras hem innebar att sjuksköterskan behövde anpassa sig och vara mer flexibel. Att vårda i hemmet skiljer sig från sjukhusmiljön och mer hänsyn behöver då tas till barnet och familjens integritet. Ett besök kunde ta längre tid hos ett barn än hos en vuxen.

> Det är ju inte som ett vanligt [besök] när man går till en vuxen utan det tar lite längre tid. Och man får ju liksom känna av familjen lite (Informant 6).

En informant uppgav däremot att anpassning är densamma oavsett om det är ett barn eller vuxen som vårdas hemma. Det framkom i någon intervju att informanten tyckte det var viktigt att vara smidig och följsam när de gav vård i hemmet. Informanten var där för att hjälpa barnet och det var på barnets villkor. Informanten anpassade sig och gjorde på det sättet som barnet och familjen ville ha det. En informant berättade om att de vid första besöket hemma satt ner och pratade och att barnet själv fick berätta hur han ville ha vården hemma. Även föräldrarna fick tillfälle att delge sina tankar om hur sjuksköterskan på bästa sätt skall bemöta deras barn. En informant uppgav:

> Man vill skapa en viss relation ändå så att barnet och föräldrarna och de andra att de känner en viss trygghet[…] så att vi faktiskt kunde skoja lite också så hon [barnet] kunde skratta lite också och det är viktigt i eländet (Informant10).

Vid några besök kunde barnets kamrater vara närvarande och då beskrev två informanter vikten av att låta barnets kamrater få stanna kvar och i stället välja att återkomma senare. Det var således av betydelse att sjuksköterskorna inte tog över eller tog för mycket plats utan fanns där som en trygg punkt och kunde fungera som stöttepelare för hela familjen. En informant beskrev det så här:

> Man kommer ju rakt in i deras livspussel och allt det är det som är så annorlunda från att komma in på en sjukhussal. Att vi kommer ju in i familjen hur de lever och just här fanns det både småsyskon som var överallt och även diverse djur. Och då ett litet barn mitt i detta som man då skulle ta hand om så det är ju speciellt (Informant 7).

Föräldrars delaktighet främjar vården

Samspelet med familjen poängterades när barn vårdades hemma. Informanten beskrev att de hade en ständigt pågående dialog med familjen kring hur vården skulle bedrivas hemma för att det skulle bli bra och att det skulle fungera för barnet. Vårdandet innebar att se hela familjen och informanterna fanns till för att barnet skulle få vara hemma vilket en informant uttryckte så här:

> […] det ingår i vårt uppdrag att försöka se hela familjen (Informant 5).

Föräldrar hade stor kunskap och erfarenhet om sitt barns sjukdom och vård och de kunde ha en egen direktkontakt med barnkliniken. Sedan kunde informanten behöva säkerställa informationen och ha en egen kontakt med barnkliniken. Att föräldrar hade egen kontakt med barnkliniken och tog sina barn till sjukhuset när det behövdes kunde innebära att informanten inte träffade barnet och familjen så ofta utan att det blev besök i samband med att ordinationer förändrades berättade en informant:

> Problem vi möter det är […] att vi träffar ju inte dom så mycket fysiskt. […] då det är föräldrarna som tar dem till sjukhuset […] Det är ju enbart när det är någonting, nya ordinationer (Informant 4).

Att föräldrar var ständigt närvarande och hade stor kunskap och erfarenhet om sitt barns sjukdom kunde säkert göra en del kollegor osäkra enligt en informant. Vidare beskrev informanter att det gällde att vara smidig och att lyssna på föräldrar:

> Jag är inte lika mycket styrande hos ett barn som hos en vuxen […] för att föräldrarna är så involverade i sitt barn behandling och vård och kommunikation med sjukhuset […] vi är en helhet som hjälper varandra (Informant 9).

En informant berättade att familjen skulle kunna känna trygghet i att de snabbt kunde få kontakt med hemsjukvården:

> Det var också viktigt att den här tryggheten för föräldrarna, var kan jag nå en sköterska så snabbt (knäpper med fingrarna) (Informant 8).

Sjuksköterskans behov av stöd

Sjuksköterskans närhet till stöd och rådgivning

Informanterna beskrev ett gott samarbete med barnkliniken och flera informanter uttryckte att det var lätt att nå sjuksköterska på barnkliniken för att få stöd:

> De var [personal på sjukhuset] väldigt lättillgängliga känner jag och vi kunde ju ringa när som helst [...] jag känner att dom var väldigt tillmötesgående […] (Informant 3).

En informant berättade att samarbetet med slutenvården skilde sig mellan olika städer:

> Jag tycker att det [samarbetet] funkar väldigt väldigt bra med [stad] jag tycker det fungerar sämre med [namn på sjukhus] för där är inte våran rutin satt. […] vi [har] mer regelbundna avstämningsmöten rapporter och så vidare vilket inte finns på [namn på sjukhus] det är en stor skillnad där faktiskt (Informant 2).

Informanterna arbetade med uppdrag från barnkliniken och det var inte vårdcentralens läkare som ordinerade, som det oftast är inom hemsjukvården, utan ordinationerna kom från barnkliniken:

> Så att i detta specifika fallet med barnen så är det ju läkaren på avdelningen som har det yttersta ansvaret, inte läkaren på vårdcentralen som man annars har i hemsjukvården (Informant 9).

Vid frågetecken kring ordinationer löstes problemet smidigt via telefon. När informanten vårdat flera barn i hemmet upplevde informanterna att rutiner utformades efter erfarenheten. Informanterna lyfte fram att de bistod, utförde enstaka uppgifter eller att de fungerade som barnklinikens förlängda arm i hemmet. Detta arbetssätt

upplevdes som välfungerande beroende på barnklinikens lättillgänglighet och det nära samarbetet.
Vid behov hade barnkliniken föreläst exempelvis om barncancer och om rutiner vid hantering av subkutan venport och även lärt ut praktiska moment som att ta kapillära prover berättade en informant. Även om informanten fick uppdrag som kunde kännas ovana och som de sällan utförde fungerade det bra tack vare stödet från sjukhuset. Under tidens gång kunde arbetsuppgifterna förändras, beskrev en informant, beroende på barnets sjukdomstillstånd:

> Jag ställdes i mot slutet mot sådana uppdrag som man kanske inte riktigt var van vid. Men jag kände mig väldigt uppbackad från slutenvården (Informant 5).

Betydelsen av kollegialt stöd och hantering av upplevelser

För att alla skall känna sig trygga med vad som skall göras under besöket hos barnet uppgav en informant att de i början kunde åka två sjuksköterskor vid besöken. Att ha gott om tid för besöket var också något som framkom som en viktig förutsättning för en bra fortsatt kontakt med barnet och familjen. Att komma dit och inte känna sig stressad för att snart behöva åka vidare till nästa besök var betydelsefullt. Några informanter lyfte fram att hela arbetsgruppen hjälptes åt på olika sätt. Hjälpen kunde bestå av att dela upp ansvaret för vården eller i form av avlastning från övriga arbetsuppgifter samt att de kunde få hjälp med att bearbeta sina tankar och upplevelser som de stött på. En informant berättade:

> Man behöver kanske avlastning på något sätt, eller att övriga kollegor kan hjälpa till, om det är tidskrävande (Informant 10).

Samma informant sa även:

> Man kanske behöver prata med någon och kanske vårt lag här behöver prata […] man kanske behöver stöttning i sin egen psykiska, ja hur man mår och vad man tar med sig hem och hur man hanterar saker och ting (Informant 10).

Trots att sjuksköterskorna kände en osäkerhet och en känslomässig utmaning inför att vårda barn i hemmet kunde det även ge en positiv upplevelse. En informant beskrev att hon fick med sig lärorika erfarenheter efter vården i hemmet. En annan informant poängterade vikten av ödmjukhet och empati hos sjuksköterskor och även att sjuksköterskans personlighet spelar en viktig roll i vården av barnet och familjen i hemmet. En informant sa följande:

> Vi får vara lyhörda för det, det är så lätt att sjuksköterskan klampar på, här kommer jag i min profession (Informant 8).

Diskussion

Metoddiskussion

Trovärdigheten i en kvalitativ studie ökar om det finns en genomgående röd tråd genom hela studien från inledningen, bakgrunden, i valet av metod fortsatt i resultatet och till slut även i diskussionen och konklusionen (Granheim et al., 2017). Även att visa exempel på hur analysprocessen ser ut med meningsbärande enheter, kondenserade meningar, koder, underkategorier och som visar hur kategorier skapats ger läsaren möjlighet att bedöma studiens trovärdighet och äkthet (Granheim et al., 2017). Analysprocessen har gjorts gemensamt och diskussion har förts till konsensus uppstått vilket är en styrka då tillförlitligheten stärkts (Polit & Beck, 2021). I studien tillfrågades sjuksköterskor verksamma i hemsjukvård från samtliga sex kommuner i Halland för att få variationsrika berättelser. Två kommuner valde att inte delta i studien, den ena på grund av hög arbetsbelastning orsakad av den pågående Coronapandemin och en kommun svarade inte på förfrågan om att delta. Informanter från fyra olika kommuner intervjuades och detta ansågs vara en tillräcklig spridning över regionen för att ge svar på studiens syfte.

Totalt elva intervjuer genomfördes men under en intervju framkom det att informanten saknade erfarenhet av övergången av barn från slutenvården till hemsjukvård och uppfyllde därför inte inklusionskriterierna för att medverka i studien. Denna intervju kunde därför inte användes i studien. Det finns enligt Granheim et al. (2017) inga exakta krav på antal informanter som ska ingå i en kvalitativ studie utan syftet och kvalitén på den information som inhämtas styr hur många informanter som krävs. Enligt Granheim och Lundman (2004) är även överförbarheten av studien viktigt för ett trovärdigt resultat. Med överförbarhet menas i vilken utsträckning som resultatet kan överföras till andra sammanhang, vilket i det här sammanhanget skulle kunna avse andra kommuner i andra regioner i Sverige. Studiens bekräftelsebarhet stärks även den av ett innehållsrikt resultat med direkta citat och genom att visa exempel på innehållsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). Även hur urvalet är gjort påverkar bekräftelsebarheten och därigenom även trovärdigheten av resultatet i studien enligt Granheim et al. (2017). Om informanterna är i varierande ålder, olika kön och om de har olika perspektiv så ger det variation (Granheim & Lundman, 2004). De informanter som deltog i studien var av kvinnligt kön och deltagarnas arbetslivserfarenhet var varierande men alla hade arbetat som sjuksköterska i mer än tio år. Att inga manliga informanter deltog kan ses som en brist i variationsrika berättelser men det är även ett förväntat resultat då det finns få manliga sjuksköterskor. Att informanterna hade lång arbetslivserfarenhet och att många av dem hade specialistutbildning är berikande. Då tiden för studien var begränsad var deltagarna i studien förhållandevis få men genom ett strategiskt urval gav informanterna ett informationsrikt resultat.

Alla intervjuerna förutom en genomfördes digitalt via Teams på grund av Coronapandemin som pågick i samhället under den pågående studien. Polit och Beck (2021) skriver att intervjuer som genomförs digitalt fungerar på liknande sätt som om

intervjun genomförts via ett fysiskt möte med informanten. Detta eftersom både ljud och bild tas upp under intervjun. Enligt Polit och Beck (2021) är det av betydelse att välja en plats med avskildhet för en bra intervju och detta gäller även när intervjun sker digitalt. Då intervjuerna genomfördes digitalt kunde informanterna välja platsen helt efter eget önskemål och intervjuerna kunde genomföras ostört. Intervjuer i denna studie gjordes med en intervjuare och en informant närvarande. Intervjuguiden utvärderades efter två intervjuer och beslut togs att inte göra några ändringar då intervjufrågorna genererade tillräckligt med information för att besvara syftet.

Mediantid för intervjuerna var 10 minuter vilket är relativt korta intervjuer och detta kan ses som en svaghet i studien. Troliga orsaker till den korta mediantiden kan vara ovana kring digitala intervjuer samt hög arbetsbelastning för informanterna på grund av pandemins intensifiering vid perioden för intervjuer. Även den tidsatta övergångsperioden kan ha påverkat längden på intervjuerna samt att frågornas karaktär gav många konkreta svar med manifest innehåll. Informanterna delgav bred erfarenhet om ämnet vilket gav informationsrikt resultat. Det var en fördel att intervjuerna genomfördes med en intervjuare vilket minskade risken för maktbalans och det gjorde även att ingen intervjuade personer de kände eller kollegor.

Forskaren ska vara följsam vid datainsamling och dataanalys skriver Billhult och Henricson (2017) och då en av författarna i föreliggande studie är verksam inom kommunal hemsjukvård har diskussion skett kontinuerligt författare emellan för att vara medveten om förförståelsens betydelse. Enligt Polit och Beck (2021) är medvetenhet kring sin egen erfarenhet av betydelse. Erfarenhet inom kommunal hemsjukvård kunde ses som fördel då erfarenheten av att ha arbetat i hemmiljö gav möjlighet att förstå miljön som informanterna arbetade i. Författaren hade dock liten erfarenhet kring barns övergång från slutenvården till hemsjukvården.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att informanterna tyckte att det var viktigt att barnet fick vara hemma och vårdas i sin hemmiljö, vilket bekräftas i flera studier att det underlättar för barnet och familjen (Castor et al., 2018; de Flon et al., 2021) eftersom de inte behöver lägga energi på att resa fram och tillbaka till sjukhuset och att de kan fortsätta sina vardagliga aktiviteter även när sjuksköterskan gör hembesök.

Resultatet visade även att det var få sjuksköterskor som arbetade i hemsjukvården som hade en specialistutbildning som barnsjuksköterska och att det därför varierade vilken erfarenhet sjuksköterskorna hade av att vårda sjuka barn. Informanterna beskrev att kollegor kände sig osäkra och oroliga och att det för många var en ny situation att vårda ett sjukt barn. En informant berättade även att hon trodde att det hade varit svårt för en nyutbildad sjuksköterska att vårda ett allvarligt sjukt barn i hemmet. Det är en åsikt som inte kan bekräftas i föreliggande studie men det hade varit intressant att få erfarenheter även från sjuksköterskor med kortare

yrkeserfarenhet för att jämföra hur de upplever övergången för barnen och familjen. Barnen som vårdades av informanterna hade olika sjukdomar och behövde hjälp med olika saker i hemmet. Det kunde vara allt från att administrera antibiotika och provtagning till att vårda barn i livets slut. En informant lyfte att förutom praktisk stöttning kan det vara tungt rent psykiskt att vårda sjuka barn och kollegor fick stötta och reflektera med varandra. Att arbeta i vården med svårt sjuka barn påverkar sjuksköterskor både personligt och professionellt. Något som kan hjälpa vårdpersonalen i arbetet med sjuka barn är enligt Weiner et al. (2021) organiserad handledning med deltagare från olika professioner. Oron över det nya och ovana att vårda ett barn är även något som framkommer i Samuelsson et al. (2015) kvalitativa studie. Sjuksköterskorna som deltog i studien beskrev att det blev vanligare med barn som behöver hemsjukvård men inte tillräckligt vanligt för att etablera bra rutiner. Varje gång ett barn skulle få vård i hemmet upplevde sjuksköterskorna det som nytt och ovant som gjorde att de kände en oro. Grunden till oron visade sig vara bristande kompetens och utbildning hos sjuksköterskorna (Samuelsson et al., 2015).

En norsk kvalitativ undersökning (Berg et al., 2021) visade att när sjuksköterskorna i hemsjukvården tog emot patienter i hemmet använde de sig av tidigare erfarenheter men det fanns även rutiner och checklistor som stöd för dem i arbetet. I en kommun beskrev informanterna hur de tog emot barn i hemsjukvården enligt sina rutiner och strukturerade arbetssätt. Men informanter gav även uttryck för det motsatta att det ibland saknades struktur och informanterna fick lösa situationer efter hand som de uppkom. För en del informanter upplevdes det som ett problem medan vissa informanter beskrev att problem får lösas när de uppstår och de upplevde inga större bekymmer med det. Vilken inställningen informanten hade kunde kanske bero på tryggheten i professionen som sjuksköterska då flertalet informanter varit verksamma som sjuksköterskor länge. Detta styrks även i Grimheden et al. (2017) studie där det framkommer att sjuksköterskor i hemsjukvården med lång erfarenhet upplevde det som en styrka att de arbetat länge och hade erfarenhet i yrket när de vårdade barn i hemmet (Grimheden et al., 2017). Under intervjuerna fanns en fara för att informanterna kunde haft erfarenhet av övergångar som inte fungerat. Detta var något som en informant lyfte och det beskrevs som ett problem som uppstod då det saknades tillräckliga administrativa rutiner i verksamheten och att flera olika aktörer arbetade kring familjen. Övriga informanter upplevde välfungerande övergångar och även det kan eventuellt kopplas ihop med lång erfarenhet som ger trygghet i nya situationer.

Tidigare forskning (Castor et al., 2018; Ronan et al., 2020) visar att en övergångsprocess från sjukhusvård till hemsjukvård är känslosamt och stressigt för familjen. Att som sjuksköterska känna till de faktorer som påverkar en övergång kan enligt Schumacher och Meleis (1994) transitionsteori ge familjen stöd under denna period. Då övergångar sker kontinuerligt inom vården ska dessa ses som något centralt och sjuksköterskan ska i sin profession underlätta dessa (Meleis & Trangenstein,1994). Genom intervjuerna framkom det att i en kommun fanns det bra rutiner och struktur vid övergångsprocessen. Denna kommun hade en utarbetad rutin

där det var två barnsjuksköterskor som hade huvudansvaret för alla barn som skulle få hemsjukvård. Det var dessa två barnsjuksköterskor som var med under övergångsprocessen och de upplevde att rutinen de hade fungerade och den var patientsäker. Osäkerhet och oro av att vårda barn var inget som dessa sjuksköterskor beskrev vilket stämmer överens med vad tidigare forskning visat (Samuelsson et al., 2015) det vill säga att kompetens och rutiner leder till trygghet hos sjuksköterskorna. I en svensk kvalitativ intervjustudie (De Flon et al., 2021) med sex barn och åtta föräldrar berättade barnen att de kände sig trygga med att få vård hemma när de kände sjuksköterskan och hade en etablerad relation med sjuksköterskan. Barnen ville att sjuksköterskan skulle vara duktig på det hon gjorde och det kunde för dem betyda att procedurer gjorde mindre ont och att de kunde informera och förbereda barnen innan proceduren. De ville också att sjuksköterskan skulle vara rolig och hjälpsam. Föräldrarna uppskattade att lära känna sjuksköterskan och att det fanns en kontinuitet i hemmet, att de inte kom för många olika sjuksköterskor hem till dem. De kunde slappna av om det fanns en stabil vårdrelation till barnet och en relation till dem som föräldrar (De Flon et al., 2021).

Informanterna som intervjuades i föreliggande studie upplevde att övergången fungerade bra då mötet och planeringen inför hemgången var tydlig. Fanns det dessutom en bra rutin, specialistutbildad personal eller personal som varit med under övergångsprocessen tidigare fungerade processen ännu bättre. Sjukvården bör ha kunskap om vilka behov patienten har under de olika faserna vid en övergång och sjuksköterskans kunskap om övergångar ska hjälpa patienten till en mer hälsosam övergång (Schumacher & Meleis 1994). Faktorer som påverkar övergången är bland annat vilka förväntningar som finns hos personen, tillgången till kunskap och en betydande faktor är vilket stöd som finns i omgivningen. Att kunna planera inför och under en övergång är även det en styrka för en genomföra en bra övergång enligt Schumacher och Meleis (1994). Flera informanter berättade att det medverkade flera olika vårdprofessioner på vårdplaneringsmötena tillsammans med familjen. De beskrev även att de upplevde det vara betydelsefullt att träffa barnet och familjen på sjukhuset och det gav bra förutsättningar innan barnet kom hem. I en norsk kvalitativ studie där Aasen et al. (2019) intervjuat nio föräldrar till barn med hemsjukvård beskrevs att även föräldrar upplevde det positivt att träffa sjuksköterskan på sjukhuset innan hemgången. Föräldrarna uppskattade också att få vara delaktiga i planeringen inför hemgången och de upplevde att en tydlig planering innan hemgången underlättade övergången (Aasen et al., 2019).

Av resultatet framkom att informanterna upplevde ett bra stöd från barnkliniken innan hemgången och även efter att barnet kommit hem. Samarbete och bra kommunikation anses enligt Castor et al. (2017) vara nödvändigt för en välfungerande hemsjukvård. Informanter uppgav att barnkliniken hade kvar ansvaret för barnet efter utskrivningen och vid frågor eller bekymmer upplevde informanterna att de lätt fick bra hjälp från barnkliniken. Resultatet belyser att både slutenvården och hemsjukvården tyckte det var värdefullt för barnet att få vara hemma och de ville samarbeta för att göra det möjligt. Förutsättningarna kunde förändras beroende på barnets sjukdom och

efterhand kunde informanterna behöva utbildning i nya moment som skulle utföras i hemmet. Då flera informanter beskrev att de utförde insatser som slutenvården ordinerat kunde ett tätare samarbete med barnkliniken kring utbildning vara betydelsefullt för sjuksköterskan i hemsjukvården. Även gemensam handledning kring vård i livets slutskede kunde stärkt sjuksköterskan i hemsjukvården. Betydelsen av stöd för sjuksköterskan i den kommunala hemsjukvården belystes även i en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård som vårdade barn i hemmet (Samuelsson et al., 2015). För att känna sig säker i sin profession ville sjuksköterskorna ha tillgång till någon att rådfråga vid behov och de önskade även mer utbildning kring sjukvård för barn. Även Grimheden et al. (2017) beskriver att sjuksköterskan i hemmet önskade telefonnummer till ansvariga på sjukhuset som de snabbt kunde nå om de stod i hemmet och behövde hjälp (Grimheden et al., 2017). Resultatet visade att informanternas erfarenhet var att de visste till vem de kunde vända sig när problem eller frågor uppstod i hemmet och de upplevde en stor trygghet i detta.

Samuelsson et al. (2015) beskriver att föräldrar var pålästa och välinformerade om barnets sjukdom och det ställde krav på sjuksköterskan som ville förbereda sig innan hembesöken. Detta var något som framkom även av informanterna i föreliggande studie, att föräldrar var väl insatta i sitt barns sjukdom och behandlingar och att vården av barnet i hemmet skedde i samspel med barnets familj. Enligt De Flon et al. (2021) uppskattade föräldrar att det var en begränsad grupp sjuksköterskor som vårdade barnet och föräldrarna uttryckte även att en annan fördel med hemsjukvård var att sjuksköterskorna var där för dem och att de tog sig tid att svara på frågor (De Flon et al., 2021). I resultatet framkom även att vården i hemmet innebar att se hela familjen och att det var en kontinuerlig och pågående dialog med familjen kring hur vården skulle vara. På det sättet togs föräldrars kunskap kring barnets sjukdom och vård tillvara, vilket var positivt för barnet. Detta var även något som sjuksköterskorna i Samuelsson et al. (2015) studie beskrev vilket uttrycktes med att kommunikationen med familjen var viktig för en förtroendefull vårdrelation (Samuelsson et al., 2015). Informanterna delgav i sina erfarenheter beskrivning av vad som var betydelsefullt för familjerna, och författarna har valt att ha med delar av vad barn och föräldrar poängterat som viktigt för dem då det gav helhet till resultat.

Att vårda barn i hemmet krävde mer anpassning av sjuksköterskorna enligt några informanter. De beskrev även svårigheter att nå ut till alla i en stor organisation som hemsjukvården var, och som var verksam dygnet runt. Besöken kunde ta längre tid och det kunde ibland vara kamrater till det sjuka barnet som var på besök som gjorde att insatsen behövde vänta till senare. Informanterna menade att sjuksköterskorna behövde vara mer flexibla och ta mer hänsyn till barnet och familjens integritet. En annan viktig anpassning är att göra barnet delaktig i sin vård genom att låta barnet själv berätta hur vården skall ske hemma. Att aktivt lyssna på barnet och svara på deras åsikter, bygga relationer och anpassa vården efter det enskilda barnet är enligt Coyne et al. (2016) att arbeta barncentrerat. Vidare skriver Coyne et al. (2016) att barncentrerad vård bekräftar barnets rättigheter till att utifrån ålder och mognad vara

delaktig i sin vård i enlighet med vad som beskrivs i barnkonventionen. Vid barncentrerad vård ingår barnet som en egen aktör, får utrymme, respekteras och involveras i kommunikation genom att ta emot information, diskutera alternativ, uttrycka preferenser för att förhandla och göra val för att delta tillsammans med föräldrar och vårdpersonal (Coyne et al., 2016). I den norska kvalitativa studien (Aasen et al., 2019) beskrev föräldrarna att sjuksköterskorna som kom hem till familjen var ödmjuka och professionella. Sjuksköterskorna såg barnets individuella behov och interagerade med barnet i vårdsituationen (Aasen et al., 2019). Vikten av ödmjukhet och empati hos sjuksköterskan samt att ha förmågan att visa hänsyn var även något som en informant beskrev under en av intervjuerna.

Enligt Sahlberg et al. (2020) behöver barn vårdas av vårdpersonal med kompetens för att ge barn hälso- och sjukvård oavsett var vården ges. Tillgången till hemsjukvård för barn ser olika ut i Sverige och enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) finns det ingen offentlig sammanställning över vilka kommuner och regioner som erbjuder kommunal hemsjukvård för barn eller avancerad hemsjukvård från regionen (C, Rosell, personlig kommunikation, 17 mars, 2022). Enligt Socialstyrelsen är det de lokala överenskommelserna som styr om det finns hemsjukvård för barn (Socialstyrelsen 2019). Enligt patientlagen (SFS 2014:821) kapitel ett, 6§ är ”målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I resultatet beskrev informanterna att det fanns tillgång till hemsjukvård för barn i den kommun och region de var verksamma i. Barnkonventionen skriver att ”barnen har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering” (SFS 2018:1197). Det borde vara en självklarhet att barn har möjligheten att vårdas hemma med samma förutsättningar som vuxna. Informanterna beskrev även att de hade som prioritering att alltid kunna ta emot och erbjuda barnet och familjen vård i hemmet men förutsättningarna för sjuksköterskorna de olika kommunerna i studien såg olika ut.

Konklusion

Sjuksköterskan i hemsjukvården önskade att barnet och familjen skulle få vård i hemmet när det behövdes. Med ett nära och välfungerande samarbete med slutenvården fungerade övergången till hemsjukvården bra och kändes trygg enligt informanterna. Samtidigt vårdades få barn i den kommunala hemsjukvården och få sjuksköterskor i hemsjukvården hade barnspecialistutbildning. Tillsammans med brist på tydliga riktlinjer och rutiner skapades osäkerhet kring att vårda barnen. Sjuksköterskorna lyfte exempel på vad som ökade deras trygghet, att få stöttning av slutenvården, att få stöd av sin chef och av kollegor men även att ha vårdat barn tidigare i hemmet samt att ha en lång yrkeserfarenhet underlättade för sjuksköterskan.

Det finns få studier i ämnet om hur sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården upplever övergångsprocessen för barn från slutenvården till

hemsjukvården. Då antal barn i hemsjukvården ökar vore det önskvärt att mer forskning kring ämnet görs. Genom mer forskning i ämnet är förhoppningen att synliggöra faktorer som ger sjuksköterskan verktyg till att känna sig trygg i vården med barnen.

Tillgången till hemsjukvård för sjuka barn ser olika ut i Sverige och resultatet visade att även inom samma region finns det skillnader på hur sjuksköterskorna i hemsjukvården arbetar när de tar emot ett barn i hemsjukvården och hur de planerar den första tiden i hemmet. Verksamheten bör prioritera utbildning och rutiner för att tillgodose säker och trygg vård till de barn som erhåller hemsjukvård. Med verksamheten menas kommunerna, och författarna kan även se fördel med samarbete mellan olika kommuner för att delge varandra välfungerande rutiner.

Förhoppningen med denna studie är genom att få kännedom om sjuksköterskornas erfarenheter kring övergången och första tiden i hemmet så ska det leda till förbättringsarbete i regioner och kommuner. Förbättringsarbetet kan leda till att rutiner skapas som i sin tur kan leda till en bättre övergångsprocess för barnet, familjen och ge bra förutsättningar för vårdpersonal.

Självständighetsdeklaration och individuella insatser

Författare (Emma Enlund) och författare (Kristine Joleby) har i lika stor omfattning medverkat till att färdigställa denna magisteruppsats. Författarparet har haft en kontinuerlig diskussion och ett fortgående samarbete genom arbetets olika delar.

Referenser

Aasen, L., Ponton, I G. & Myrvold Johannessen A-K. (2019). *Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on patents´ perceptions of hospital-at-home.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. Volym 33. S 102-110. https://doi:10.1111/scs.12606

Berg, G., Slettebø, Å., Johnsen, K., Findal-Dahl, A. & Fossum, M. (2021) *Interviews with community healthcare registered nurses in Norway: Examination practice and clinical evaluation precess.* Nursing open. Volym 8. S 3291-3298. https://doi.org/10.1002/nop2.1045

Castor, C., Hallström, I., Hansson, H. & Landgren, K. (2017). *Home care service for sick children: Healthcareprefessionals´conceptions of challenges and facilitators.* Journal of Clinical Nursing. Volym 26. S 2784-2793. https://doi.org/10.111/jocn.13821

Castor, C., Hallström, I., Landgren, K & Hansson, H. (2019). *Accessibility, utilisation and acceptability of a county-based home care service for sick children in Sweden.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. Volym 33. S 824–832. 10.1111/scs.12678 (doi.org)

Castor, C., Landgren, K., Hansson, H. & Kristensson Hallström, I. (2018). *A possibility for strengthening family life and health: Family members´s lived experience when a sick child receives home care in Sweden.* Health Soc Care Community. Volym 26. S 224-231. https://doi.org/10.1111/hsc.12512

Codex. *Regler och riktlinjer för forskning.* Hämtad 21-09-13, från Start - CODEX regler och riktlinjer för forskning - Uppsala universitet (uu.se)

Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). *Reframing the focus from a family-centered to a child-centered care approach for children´s healthcare.* Journal of Child Health Care. Volym 20 (4). s 494-502. https://doi.10.1177/1367493516642744

De Flon, M., Glaffey, G., Jarl, L., Sellbrant, K. & Nilsson, S. (2021) *The childhood cancer center is coming home: Experiences of hospital-based home care.* International journal of environmental research and public health. Volym 18. https://doi.org/10.3390/ijerph18126241

Eldén, S. (2020) *Forskningsetik vägval i sammhällsvetenskapliga studier*. Lund: Studentlitteratur AB

Europa kommissionen. (2016). *Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016:679 av den 24 maj 2016 om Skydd av personuppgifter I EU.* Skydd av personuppgifter i EU | Europeiska kommissionen (europa.eu)

Graneheim, U.H., Lindgren, B.M. & Lundman, B. (2017) *Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper.* Nurse Education today. Volym: 56. S 29-34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.* Nurse Education Today. Volym: 24. S 105-112. https://doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grimheden, S., Lindqvist, G., Bylund-Grenklo, T. & Sandgren, A. (2017). *An obligation to care for seriously ill children in their homes: A qualitative study of community nurses´perceptions.* Nordic Journal of Nursing Research. Volym 37. S 201-208. https://doi.org/10.1177/2057158517701664

Henricsson, M. & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I M. Henricsson (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad.* (s 111-119). (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB

Hilli, Y. (2017) Hemmet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.(s 257-266)* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB

Meleis, A.I. & Trangenstein, P.A. (1994) *Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission.* Nursing outlook. Volym 42. S 255- 259.

Munk, B., Fridlund, B & Mårtensson, J. (2011) *District nurses´ conceptions of medical technology in palliative homecare.* Journal of Nursing Management. Volym 19. S 845-854. https://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01231.x

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. (2020). Hämtad 14 februari, 2022, från https://www.nobab.se/

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (elfte upplagan). Lippincott Williams &Wilkins

Regionala cancercentrum i samverkan. (2020) Handlingsplan. Utvecklingsområden inom barncancervården. Hämtad 22 februari, 2022, från handlingsplan_utvecklingsomraden_inom_barncancervarden.pdf (cancercentrum.se)

Region Halland. (2021) Lifecare –samordnad planering. Hämtad 17 mars, 2022, från Vårdgivare - Region Halland

Ronan, S., Brown, M. & Marsh, L. (2020). *Parent´s experiences of transition from hospital to home of a child with complex health needs: A systematic literature review.* Journal of Clinical Nursing. Volym 29. s 3222-3235. https://doi:org/10.1111/jocn.15396

Sahlberg, S., Karlsson, K. & Darcy, L. (2020). *Children´s rights as law in Sweden-every health-care encounter needs to meet the child´s needs.* Health Expectations. Volym 23. s 860-869. http://doi:10.1111/hex.13060

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018). *Rutin hemsjukvård- barncancercentrum.* Hämtad 16 februari, 2022, från Hemsjukvård - Barncancercentrum (vgregion.se)

Samuelsson, S., Willén, C. & Bratt, E-L. (2015). *New kid on the block? Community nurses experiences of caring for sick children at home.* Journal of clinical Nursing. Volym 24. s 2448-2457. https://doi: 10.1111/jocn.12823

Schumacher, K.L & Meleis, A.I. (1994) *Transitions: A central concept in nursing.* Image: Journal of nursing scholarship. Volym 26. S 119-127.

SFS 1990:782. *Arkivlagen.* Kulturdepartementet. Hämtad 22 februari, 2022, från Arkivlag (1990:782) Svensk författningssamling 1990:1990:782 t.o.m. SFS 2019:866 - Riksdagen

SFS 2014:821. *Patientlag.* Socialdepartementet. Hämtad 31 mars, 2022, från Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2019:964 - Riksdagen

SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård.* Socialdepartementet. Hämtad 13 september, 2021, från Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård Svensk författningssamling 2017:2017:612 t.o.m. SFS 2019:979 - Riksdagen

SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.* Socialdepartementet. Hämtad 5 mars, 2022, från Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter Svensk författningssamling 2018:2018:1197 - Riksdagen

SFS 2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.* Justitiedepartementet. Hämtad 1 oktober, 2021, från Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s oktober dataskyddsförordning Svensk författningssamling 2018:2018:218 t.o.m. SFS 2020:152 - Riksdagen

Socialstyrelen. (2017) *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, förstudie.* (Artikelnummer 2019-2-17) Hämtad 24 mars, 2022, från Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. (2021) *Statistik om kommunal hälso- och sjukvård 2020.* (Artikelnummer 2021-5-7412) Hämtad 17 oktober, 2021, från Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2020 (socialstyrelsen.se)

UNICEF (2020) Barnkonventionen: FN: s convention om barnets rättigheter. Hämtad 16 februari, 2022, från Läs hela Barnkonventionen - UNICEF Sverige

Weiner, C., Pergert, P., Molewijk, B., Castor, A. & Bartholdson, C. (2021) *Perceptions of important outcomes of moral case deliberations: a qualitative study among healthcare professionals in childhood cancer care.* BMC Medical Ethics. Volym 22. Artikelnummer 27. S 12910-021. https://doi.org/10.1186

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2022-03-01 från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Bilaga 1

Intervjuguide

Problemformulering:
Att få hemsjukvård är betydelsefullt för det sjuka barnet och dess familj samtidigt som övergångsprocessen kan vara sårbar. Barnet och familjen behöver anpassa sig till den förändring det är att lämna sjukhuset och hitta trygghet i att få vård hemma. Sjuksköterskor i hemsjukvården arbetar främst med äldre och vårdar få barn. Att undersöka erfarenheterna av övergången från slutenvården till dess att barnet vårdats första tiden i hemmet med stöd av sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården var därför av intresse.

Syfte:
Syftet är att undersöka erfarenheten av övergången för barn från slutenvård till hemsjukvård hos sjuksköterskor verksamma i hemsjukvården.

Intervjugudie:
Din medverkan i denna intervju är frivillig och du kan när som helst välja att avbryta utan att ange skäl. Intervjun kommer att avidentifieras och inga obehöriga kommer ha tillgång till materialet. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas i sin helhet.

Bakgrund
År i yrket:
Antal barn du vårdat i hemmet:
Specialistsjuksköterska:
Vilken specialistutbildning:

Kan du beskriva hur det går till när barn skrivs in i hemsjukvården från slutenvården?
Beskriv vilka förutsättningar du har på din arbetsplats att arbeta med barn vid övergången till hemmet?
Hur upplever du att övergången fungerar?
Hur ser samarbetet med barnkliniken ut inför och under övergången?
Beskriv hur det första hembesöket hos familjen kan se ut?
Har du något att tillägga som vi inte har pratat om i intervjun?

Följdfrågor som ”berätta mer”, ”förklara” ”utveckla…” kommer kunna ställas för att få en djupare förståelse