



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

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

MAGISTERUPPSATS



Sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelning

- En intervjustudie

Anna-Karin Aili, Kristina Andréasson och Anna Träff

Omvårdnad 15 hp

Halmstad 2016-01-12

Titel	Sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelning
Författare	Anna-Karin Aili, Kristina Andréasson och Anna Träff
Sektion	Akademien för hälsa och välfärd
Handledare	Elenita Forsberg, Universitetslektor, Med. Dr
Examinator	Ingrid Larsson, Universitetslektor, Fil. Dr
Tid	Höstterminen 2015
Sidantal	21
Nyckelord	Familjecentrerad enkelrumsvård, kvalitativ innehålls analys, neonatalvård, NIDCAP, sjuksköterskors erfarenheter.

Sammanfattning

I Sverige finns 36 neonatalavdelningar, där vårdas spädbarn som kräver högspecialiserad vård. Sjuksköterskor som arbetar inom neonatalvården behöver därför ha adekvat utbildning och vara kunniga inom sitt område. I nuläget bedriver inte alla neonatalavdelningar familjecentrerad enkelrumsvård. Familjecentrerad enkelrumsvård innebär att föräldrarna tar hand om sitt barn under hela dygnet med stöd av sjuksköterskor.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av familjecentrerad enkelrumsvård på en neonatalavdelning. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju sjuksköterskor och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Ur resultatet kom tre kategorier att växa fram; sjuksköterskan och familjecentrerad enkelrumsvård, föräldrarna och familjecentrerad enkelrumsvård samt barnet och familjecentrerad enkelrumsvård.

I resultatet beskriver sjuksköterskor att familjecentrerad enkelrumsvård är att föredra, både för sjuksköterskor och familjer. Erfarenhet visar på att sjuksköterskors roll förändrats, från att vara den som står barnet närmast och utför omvårdnaden till att lämna över ansvaret till föräldrarna och istället inta en undervisande roll, vilket tillåter föräldrarna att växa i sina roller och stärker anknytningen till barnet.

Kommunikationen mellan sjuksköterskor och familjer är en viktig del för att vårdformen ska lyckas och behöver därför belysas, samt lyftas upp i kommande specialistsjuksköterskeutbildningar mot barn och ungdom. Dessutom behövs det på neonatalavdelningar diskuteras och struktureras upp hur kommunikationen på arbetsplatsen bör fungera.

Title	Nurses experiences of family-centred single room care on neonatal wards
Author	Anna-Karin Aili, Kristina Andréasson och Anna Träff
Department	Academy for Health and Welfare
Supervisor	Elenita Forsberg, Senior Lecturer, PhD
Examiner	Ingrid Larsson, Senior Lecturer, PhD
Period	Autum 2015
Pages	21
Key words	Family-centered single-room care, neonatal care, NIDCAP, nurses experience, qualitative content analysis.

Abstract

There are 36 neonatal wards in Sweden, which demands a highly specialized healthcare. Therefore, neonatal nurses need to have adequate education and have good knowledge within their field. Not every ward in Sweden conducts family centered single-room care. This care-model means that parents take care of their child throughout the day with the support from nurses.

The aim of this study was to highlight nurses' experience of family-centered single-room care in a neonatal ward. Semi-structured interviews were conducted and were analyzed using qualitative content analysis. From the result three categories emerged; nurses and family-centered single-rooms care, parents and family-centered single rooms care and children and family-centered single room.

The result showed that family-centered single-room care is preferred from both nurses and families. Experience shows that nurses' role has changed from being the one closest to the child and performs nursing care, to leave that responsibility to the parents and instead assume a teaching role. This allows parents to grow in their roles and strengthens the connection with the child. Communication between nurses and families is important for this form of care to succeed, and therefore needs to be highlighted in future educations. Neonatal wards need to discussed communication and structured up how it should be carried out on the workplace.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Neonatalvårdens historia	1
Stimuli på flerpatientsalar vitala parametrar påverkas	2
NIDCAP som omvårdnadsmodell- Teoretisk referensram	2
Familjecentrerad neonatalvård	3
Enkelrumsvård	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	6
Datainsamling	6
Databearbetning	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	8
Sjuksköterskan och familjecentrerad enkelrumsvård	8
En roll i förändring	8
Känsla av kontroll	10
Föräldrarna och familjecentrerad enkelrumsvård	11
Föräldrarnas delaktighet och anknytning till barnet	11
Kommunikationens betydelse	13
Barnet och familjecentrerad enkelrumsvård	13
Barnets välbefinnande	13
Anknytning och individanpassad vård	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion	20
Implikation	20
Referenser	
Bilaga A: Intervjuguide	

Inledning

Enligt folkbokföringsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) föddes 114 907 barn år 2014 i Sverige (SCB, 2015) och av dessa vårdades cirka 10 % på en av landets 36 neonatalavdelningar (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, 2014). På en neonatalavdelning vårdas prematura (för tidigt födda barn före gestationsvecka 37) eller sjuka spädbarn. De vanligaste orsakerna till att spädbarn vårdas på neonatalavdelningen är främst att barnen föds prematurt, andningsstörningar och infektioner (Jackson & Wigert, 2013). Prematura eller sjuka nyfödda spädbarn är i stort behov av omvårdnad. De är även i behov av medicinsk och teknisk behandling, vilket innebär ökad risk för komplikationer från till exempel lungor, ögon och vårdrelaterade infektioner. Dessutom visar långtidsuppföljningar på att bland de som är mycket prematura (barn födda före gestationsvecka 29) får 20-40 % problem med bland annat hyperaktivitet, koncentrations- och inlärningssvårigheter. Problemen minskar dock i takt med att de blir äldre, växer och mognar (Kleberg, 2013).

Att vårda prematura eller sjuka spädbarn ställer höga krav på vården både medicinskt, tekniskt och omvårdnadsmässigt, och därmed även personalmässigt (Philip, 2005). Det prematura barnet är inte moget för all den stimulans den kommer utsättas för varför det är av stor vikt att försöka minimera antalet yttre stimuli för det lilla barnet. Omvårdnadsmodellen Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) innebär att vårdpersonal tolkar det prematura barnets signaler genom observationer och utformar vården så den blir individuellt anpassat till barnet och dess familj. Detta för att barnet inte ska utsättas för mer stimuli än dess neurologiska utvecklingsnivå klarar av (Als et al., 2004). NIDCAP är en familjecentrerad vårdform och numera bedrivs familjecentrerad enkelrumsvård allt mer på neonatalavdelningar runt om i Sverige. Beroende på erfarenhet och utbildningsgrad hos vårdpersonal har denna förändring mot enkelrumsvård mötts av olika grader av entusiasm (Domanico, Davis, Coleman & Davis, 2010; Stevens, Helseth, Khan, Munson & Smith, 2010).

Bakgrund

Neonatalvårdens historia

Historiskt sett har neonatalvården utvecklats från att bedrivas utan föräldrars närvaro, till att föräldrar och barn ses som en enhet där föräldrar och sjuksköterskor är lika viktiga i barnets vård (Fegran, Helseth & Slettebo, 2006). Från och med 1930-talet fanns det så kallade ”prematravdelningar” på de flesta sjukhusen i Sverige men då var det inte barnläkare som hade det medicinska ansvaret för barnen utan gynekologer. Renodlade neonatalavdelningar kom först under 1960-talet på de större sjukhusen,

barnläkarna började intressera sig mer för barnen och övertog det medicinska ansvaret (Philip, 2005).

Från 1900-talets början och framåt har vården av prematura barn utvecklats. Från början var det bara det medicinska och de grundläggande fysiska behoven som uppmärksammades, föräldrar fanns inte med som en naturlig del i vården, förutom mammans leverans av bröstmjolk. Med tiden introducerades föräldrarna långsamt, först som besökare för att slutligen vara med och vårda sitt barn. Först på 1980-talet blev hud-mot-hudvård rutin på neonatalavdelningen och hela familjen involverades i vården (Fegran et al., 2006). Hud-mot-hudvård är en metod som innebär att barnet har direkt hudkontakt med sina föräldrar, vilket bör erbjudas dygnet runt. Det har visat sig att hud-mot-hudvård bidrar till minskad dödlighet, bättre temperaturreglering, förkortad vårdtid, samt har en positiv påverkan på barnets tillväxt (Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012).

Stimuli på flerpatisentsalar, vitala parametrar påverkas

Blodcirkulationen i hjärnan hos ett prematurt barn är koncentrerad mot inre delar av hjärnan och inte mot hjärnbarken som hos fullgångna barn. I de inre delarna av hjärnan finns det sköra blodkärl som är känsliga för förändringar i blodflöde och blodtryck (Lagerkrantz, Hellström-Westas, & Norman, 2008). Under de sista tre månaderna av graviditeten sker en mycket snabb tillväxt och mognad av hjärnan, vilket gör att hjärnan under denna tidsperiod är extra känslig för påverkan av yttre faktorer (Hansen-Pupp, Harling, Berg, Cilio, Hellstrom-Westas & Ley, 2005). Det prematura barnets hjärna har begränsad förmåga att lagra stora mängder av intryck som buller, starkt ljus, hantering och positionering (Lagerkrantz et al., 2008).

I livmodern är ljudnivån för fostret 40-60 dB, men i en miljö på en neonatalavdelning är det normalt 70-80 dB. En knackning med fingrarna på kuvösen ger 70-95 dB inne hos barnet som vårdas i kuvösen, och en övervakningsmonitor som larmar ger 86 dB. Ljuden kan leda till andningsuppehåll, pulsfall, låg syresättning i blodet, förändringar i blodtryck och i hjärnans blodflöde (Sehgal & Stack, 2006). Ytterligare stimuli är ljus, starkt ljus kan komma från fotografering och undersökningslampor. Starkt lysande lampor kan öka förekomsten av skelning och barnen blir mer inneslutna, men när de utsätts för reducerade nivåer av belysning upplevs spädbarn mer intresserade och vakna. Det har spekulerats i om överstimulering kan störa utvecklingen av det centrala visuella systemet enligt Sehgal och Stack (2006). Vårdas spädbarn istället på enkelrum minskar risken för onödigt stimuli (Walsh, Mccullough & White, 2006).

NIDCAP som omvårdnadsmodell - Teoretisk referensram

På 1970-talet utvecklades omvårdnadsmodellen NIDCAP (Ohlsson & Jacobs, 2013). Det centrala i NIDCAP är att se barnet som kompetent utifrån dess mognadsgrad.

Modellen utgår ifrån kunskapen om hjärnans successiva mognad och tolerans för stimuli (Als et al., 2004). Kleberg (2013) beskriver att utbildade NIDCAP-observatörer observerar barnet via ett schema som kallas ”naturalistic observation”. Barnet observeras före, under och efter en omvårdnadshandling. Det som observeras är olika fysiologiska och beteendemässiga parametrar, miljö i och utanför kuvösen i relation till de yttre stimuli som barnet möter som ljud, ljus, aktivitet och beröring. Observationen utgör sedan en grund när observatören utvecklar en individuellt anpassad vårdplan för just det barnet och dess föräldrar. Inom NIDCAP ses föräldrar som barnets främsta vårdare med stöd av vårdpersonal (Haumont, 2013). Stödet till föräldrar individualiseras utifrån hur de klarar av sin situation. NIDCAP är därmed en utvecklingsstödande familjecentrerad relationsbaserad vårdform (Kleberg, 2013). I Sverige använder sig alla neonatalavdelningar mer eller mindre av NIDCAP-inspirerade tekniker och utrustning. Barnets miljö anpassas genom bland annat kuvöstäcken, dämpad belysning och redan i kuvöserna för att minimera onödig yttre stimuli i linje med NIDCAP:s principer. Vid omvårdnadsmoment är det ofta två personal eller föräldrar som hjälps åt vid skötseln. Den ena håller om och stödjer barnet medan den andra utför vårdhandlingen till exempel byter en blöja (Haumont, 2013).

Familjecentrerad neonatalvård

Familjecentrerad neonatalvård är en vårdform inom hälso- och sjukvård som ombesörjer att vården planeras runt hela familjen, inte bara det enskilda barnet (Shields, Pratt & Hunter, 2006). Familjecentrerad neonatalvård bygger på flexibilitet, respekt, samarbete och stöd. Den bygger på en öppen och ärlig kommunikation, ett gott bemötande och god information från vårdpersonalen till föräldrarna, samt ett aktivt deltagande av föräldrar med 24 timmars tillgång till sitt barn. När föräldrar får ett prematurt eller sjukt nyfött barn blir den första tiden inte som planerat. Föräldrarna blir beroende av specialistvård för sitt barn och deras naturliga omsorg får därmed stå tillbaka. Om föräldrarna får vara delaktiga i sitt barns vård stärks deras föräldraidentitet och anknytning (Jackson & Wigert, 2013). När ett barn vårdas på neonatal intensivvårdsavdelning kan detta påverka nyblivna föräldrar negativt vilket framförallt beror på föräldra- och barnseparationen (Bouet, Claudio, Ramire & Garcia-Fragoso, 2012). Ångest och depressioner är ett annat problem vilket kan ha negativ effekt på familjeharmonin (Kong, Cui, Qui, Han, Yu, & Guo, 2013).

Att bli förälder är förknippat med bristande sömn oavsett om de fått ett sjukt eller friskt spädbarn (Endell-Gustafsson, Angelhoff, Johnsson, Karlsson & Mörelius. 2014). Föräldrar med barn på sjukhus sover fyra till sex timmar per dygn, vilket klassas som sömnbrist. Sömn är viktigt för föräldrar på neonatalavdelningen eftersom sömnen påverkar deras fysiska och psykiska hälsa. Det är framförallt känslan av att inte ha kontroll som påverkar föräldrars sömn negativt. I en studie framkommer att när familjer vårdas och bor tillsammans förbättrar det föräldrars sömn, trots avbrott för

matningar, då det ökar deras känsla av att ha kontroll över situationen (Endell-Gustafsson et al., 2014).

Under senare år har familjecentrerad vård utvecklas och på flera neonatalavdelningar erbjuds samvård på enkelrum (Lindberg & Ohrling, 2008; Nystrom & Ohrling, 2004). Föräldrar och barn kan vårdas tillsammans av barnmorskor och sjuksköterskor och på så sätt separeras de inte, vilket är i enlighet med Förenta Nationernas barnkonvention, att inga barn ska separeras från sina föräldrar (UNICEF Sverige, 2009). Delaktighet minskar föräldrarnas känsla av stress, förbättrar deras självförtroende som föräldrar, förbättrar föräldra-barn anknytningen samt underlättar övergången från sjukhuset och hemmet (Nystrom & Ohrling, 2004).

Enkelrumsvård

Enkelrumsvård på neonatalavdelning innebär att barnet vårdas tillsammans med sina föräldrar på ett eget rum skilt från andra inneliggande barn (Shahheidari & Homer, 2012). Traditionellt bedrivs neonatalvården i flerpatientsalar där föräldrars medverkan och möjlighet att vara delaktiga i vården begränsas. Genom vård på enkelrum möjliggörs det för båda föräldrarna att vara hos sitt barn dygnet runt. Risken minimeras då för separation mellan barn och föräldrar, anknytningsprocessen och föräldrakänslan ökar samt minskad risk för smittspridning mellan barnen. Enkelrumsvård innebär även att nivåerna av ljud och stimuli minskar (Walsh et al. 2006).

Utvecklingen inom familjecentrerad vård har ändrat fokus från enbart det premature barnet till att både barn och föräldrar räknas som en enhet. Utifrån det ändras utformningen från öppna vårdssalar till enkelrum (Floyd, 2005). Vården på enkelrum innebär en stor fördel för barnet och dess föräldrar då det ger mer avskildhet och bättre kontroll av miljön i rummet. Det ger även bättre anpassning till barnets individuella utveckling och medicinska behov (White, 2003). Förändringen av vårdsätt har mötts av olika grader av entusiasm hos vårdpersonal utifrån deras erfarenhet och utbildningsgrad (Domanico et al., 2010; Stevens et al., 2010). Vården på enkelrum erbjuder en mer tyst och kontrollerad miljö för det premature eller sjuka nyfödda barnet enligt Domanico, Davis, Coleman och Davis (2011). De medicinska framstegen har visat sig större än på öppen vårdavdelning utan att det innebar några större säkerhetsrisker. Barnets nutritionsstatus och andning förbättrades dessutom började barnet amma tidigare på enkelrum jämfört med öppna vårdssalar. Utmaningen för vården ligger i att skapa möjligheter där föräldrar och barn kan vara nära varandra genom hela sjukhusvistelsen. Med föräldrar, speciellt mödrar, nära sitt barn minskar risken för försenad anknytning och ökar kunskapen om procedurer kring vården av barnet. Det underlättar även för föräldrar att vårda barnet hud-mot-hud vilket leder till snabbare fysiologisk stabilitet hos barnet (Domanico et al., 2011).

När vården bedrivs på flerpatientssalar ökar risken för smittspridning av multiresistenta bakterier, genom att barnen vårdas nära varandra och från indirekt spridning av föräldrar och personal enligt Socialstyrelsen (2011). I en studie gjord av Walsh et al., (2006) visade det sig att vissa typer av allvarliga infektioner minskade från 1 procent till 0,3 procent efter att barnen börjat vårdas på enkelrum istället för flerpatientssalar. Som åtgärd vore det därför optimalt ur smittspridningsperspektiv att barn och föräldrar vårdas som en isolerad enhet i enkelrum på neonatalavdelningen (Walsh et al., 2006).

Flertalet neonatalavdelningar runt om i landet bedriver idag traditionell neonatalvård med vård på större vårdssalar. En del av dessa står redan nu under omorganisation mot familjecentrerad enkelrumsvård och troligtvis kommer flertalet följa denna utveckling under kommande år. En studie som kartlägger sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård på avdelningar där denna vård redan bedrivs kan tillföra en trygghet i den praktiska verksamheten för sjuksköterskor som ska genomgå liknande omorganisation och därmed gagna framtida avdelningars utveckling.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelningar.

Metod

Design

Studien var empirisk och genomfördes med en deskriptiv kvalitativ design. I den kvalitativa ansatsen kommer forskaren nära sin informant och har genom interaktionen lättare att få förståelse för upplevelser och nyanser i det som framkommer (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ inriktning valdes för att kunna fånga de mönster i tankar och erfarenheter hos de sjuksköterskor som arbetar med familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelningar i Sverige.

Urval

För att hitta de avdelningar som arbetade med enkelrumsvård gjordes en sammanställning av de neonatalavdelningar som finns i Sverige, vilket är 36 stycken. Genom internetsökningar och telefonsamtal kartlades vilka avdelningar som arbetar med familjecentrerad enkelrumsvård. Av dessa kontaktades verksamhetscheferna på tre avdelningar för tillstånd att utföra studien. Efter godkännande kontaktades avdelningscheferna och tillfrågades om de kunde informera sjuksköterskorna på avdelningen om studien och fråga vilka som kunde tänka sig delta. Urvalskriterier för sjuksköterskorna var att de skulle ha arbetat minst tre år på avdelningen och ha erfarenhet av enkelrumsvård. Det var ett önskemål att neonatalavdelningen hade

arbetat några år med familjecentrerad enkelrumsvård samt att sjuksköterskorna hade varierande ålder, kön och utbildningsnivå.

Då svaren från verksamhetscheferna dröjde samt att en tilltänkt avdelning avböjde deltagande togs ny kontakt med verksamhetscheferna. Avdelningscheferna ombads vara behjälpliga genom att åter kontakta sjuksköterskorna. Två till tre informanter från varje avdelning deltog, totalt intervjuades sju sjuksköterskor. Sjuksköterskorna var alla kvinnor med varierande ålder, utbildning och erfarenhet, från grundutbildad sjuksköterska med tre års erfarenhet av familjecentrerad enkelrumsvård till barnmorskor eller barnsjuksköterskor som arbetat över tio år med vårdformen.

Datainsamling

En intervjuguide utformades (Bilaga A) och semistrukturerade intervjuer genomfördes, med öppna huvudfrågor och efterföljande frågor som formades utefter samtalets gång. För att utvärdera intervjuguiden genomfördes en pilotintervju, därefter omarbetades och korrigerades frågorna. Intervjuerna genomfördes under hösten 2015. Intervjuerna utfördes individuellt med informant och en intervjuare, under intervjuerna användes en intervjuguide. Intervjuerna genomfördes genom fysiska möten på sjuksköterskornas arbetsplats och pågick mellan 30-45 minuter. De spelades in på mobiltelefon eller diktafon och lades sedan över som ljudfil på datorn.

Bearbetning av data

Materialet bearbetades i två steg, först enskilt och sedan gemensamt genom kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats då studien ämnade analyseras förutsättningslöst (Graneheim & Lundman, 2004). Valet baserades på viljan att hitta skillnader och likheter i informationen som kom från de intervjuade och på det sättet finna variation och mångfald. Genom denna analysform kunde ett manifest innehåll identifieras, genom det som beskrevs av informanterna. Bearbetningen av data startade med att de inspelade intervjuerna transkriberades till löpande text och därefter identifierades de meningsbärande enheterna. De meningsbärande enheterna kondenserades, abstraherades och kodades. Koderna jämfördes för att hitta skillnader och likheter, för att se vad som kopplade dem samman och för att få en känsla av helhet i materialet. Material och koder analyserades åter om för att se till att inget fallit bort eller felkodats. Koder jämfördes med varandra och koder med liknande innehåll sammanfördes till sju underkategorier. Under kategorierna sammanfördes till tre kategorier. Exempel på analysprocessen ges i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Men sen ska dom inte vara så sjuka att de larmar hela tiden med saturation o puls för då känns det inte som att det är någon mening med det för då får ju vi springa in där hela tiden också.	Barnen ska inte vara så sjuka att de larmar hela tiden och vi måste springa in där.	Barnets status	Barnets välbefinnande	Barnet och familjecentrerad enkelrumsvård
Så vårt synsätt har ju ändrat sig väldigt mycket, att man tänker att barnet ska ju inte få anknytning till oss som personal på det viset utan det ska alltid va föräldrarna i första hand.	Sjuksköterskornas synsätt har ändrats mycket. Barnet ska knyta an till föräldrarna och inte personalen, det är de som ska vårda i första hand.	Anknytning Arbetsätt	En roll i förändring	Sjuksköterskan och familjecentrerad enkelrumsvård

Forskningsetiska överväganden

Enligt vetenskapliga rådet ska fyra forskningsetiska kriterier uppfyllas och dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2011). Kriterierna uppfyllades genom att information skickades till verksamhetschefen på de aktuella klinikerna, där ett tillstånd efterfrågades, skrevs under och returnerades. De sjuksköterskor som blev utvalda informerades om syftet med studien. Intervjuerna med sjuksköterskorna utfördes enskilt så risken att de skulle känna sig utsatta bedömdes som liten. Frågorna var av sådant slag att de inte ansågs vara integritetskränkande då det inte rörde sig om personfrågor. Det förelåg dessutom ingen beroendeställning mellan intervjuaren och den som blev intervjuad. Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) bör forskaren vara särskilt aktsam om det föreligger någon beroendeställning för deltagaren eller att det föreligger någon slags påtryckning att delta i tilltänkt studie. Det diskuterades ifall varje intervjutillfälle skulle innefatta flera sjuksköterskor men slutsatsen drogs att det kunde vara svårt för alla att komma till tals och att risken fanns att någon/några inte vågade säga vad de tyckte. Skriftlig information om studien gavs till de intervjuade. Informationsbrevet beskrev kortfattat vad ett deltagande innebar, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan närmare förklaring eller konsekvenser för deras arbetssituation. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon eller diktafon, efter intervjuerna sparades materialet ner på ljudfiler på kodskyddade datorer. Materialet på mobilen eller diktafonen raderades. Intervjuerna samlades på

USB-minne som förvarades inlåst och avskilt från transkriberat material. Det var endast författarna till studien som hade tillgång till materialet. Allt insamlat material behandlades konfidentiellt och endast den som intervjuat kunde identifiera transkriberat material till person så inga identiteter röjdes. Före intervjun fick sjuksköterskorna möjlighet att ställa frågor för att klargöra eventuella otydligheter innan de skrev på det skriftliga samtycket och intervjun började. Det informerades samtycket med namnunderskrift förvarades inlåst åtskild från det transkriberade materialet. När examensarbetet blir godkänt kommer intervjumaterialet att destrueras enligt Halmstad högskolas riktlinjer. Resultatet av studien kommer att publiceras i Diva, databasen för vetenskapliga arbeten. Ansökan om etisk prövning lämnades in till etikprövningsgruppen inom omvårdnad vid Halmstad högskola och har blivit godkänd, diarienummer DI2015/510.

Resultat

Sjuksköterskors erfarenhet av familjecentrerad enkelrumsvård visade sig genom tre kategorier: *sjuksköterskan och familjecentrerad enkelrumsvård, föräldrarna och familjecentrerad enkelrumsvård samt barnet och familjecentrerad enkelrumsvård*. Till dessa huvudkategorier tillkommer sex underkategorier.

Familjecentrerad enkelrumsvård definierades av de intervjuade sjuksköterskorna som barnets rätt att ha tillgång till sina föräldrar dygnet runt. Sjuksköterskorna menar att vårdformen genomsyras av anknytning och icke separation mellan föräldrar och barn. Föräldrar skall beredas plats för att vara nära sina barn och vara delaktiga samt ha inflytande över vården. Det är en vård kring familjen där barnet är i fokus, med föräldrarna som barnets närmaste vårdare och trygghet. Sjuksköterskorna framhåller även patientsäkerheten som upprätthålls genom det nära samarbetet mellan föräldrar och vårdteamet. Samarbetet mellan sjuksköterskan och föräldern syftar till att stärka familjens trygghet i vården kring barnet samt ge en kontinuitet. Personalens roll är att hjälpa och bistå föräldrarna med sin kunskap och erfarenhet och tillsammans med föräldrarna bildas ett team kring barnet.

Sjuksköterskan och familjecentrerad enkelrumsvård

En roll i förändring

Det framkom att sjuksköterskors roll förändrats från den traditionella vården där sjuksköterskor och annan personal var de som stod barnen närmast och skötte om barnet, föräldrar var mer som besökare. I den familjecentrerade vårdformen har sjuksköterskor istället fått en undervisande roll, där hon instruerar föräldrarna till att vara de som sköter barnen och står dem närmast, vilket ger trygga föräldrar gentemot sitt barn. En sjuksköterska menar att föräldrarnas tilltro gentemot sjuksköterskan som vårdare och rådgivare stärks genom att föräldrarna får vara delaktiga hela vägen.

”Vårat synsätt har ju ändrat sig väldigt mycket, att man tänker att barnet ska ju inte få en anknytning till oss som personal på det viset, utan det ska alltid va föräldrarna i första hand.” (Intervju 5)

”Vi är här för att undervisa, vi är inte där för att vara hands on, absolut inte. Det är vår roll och vi får trygga föräldrar.” (Intervju 3)

Sjuksköterskornas erfarenhet visar att när barn och föräldrar börjar vårdas på enkelrum behövs det extra mycket närvaro av sjuksköterskan på rummet. Inför överflyttning till enkelrum får föräldrarna information om hur de ska handha till exempel barnens ventrikelsond, eventuella larm och vad de förväntas sköta inne på rummet, samt vad de kan förvänta sig av personalen. På de flesta av de avdelningarna togs barnen först emot inne på en intensivvårdsal innan de flyttade in på enkelrummen. Mycket av informationen och utbildningen fick föräldrarna där och var då väl förberedda inför överflyttning till enkelrum.

”Att man finns extra tillgänglig för dom om dom behöver hjälp och assistans, så att man har lite överseende med att dom ska lära sig och komma in i det här att helt sköta sitt barn själva.” (Intervju 5)

”Vi utbildar dom hur vi jobbar (...) och utbildar dom i att se sina barn, och att möta sina barn och ta hand om sina barn.” (Intervju 3)

Sjuksköterskorna poängterar att det är viktigt att bibehålla rutiner med kontinuerliga kontroller för att se och följa barnens hälsa och mående. Föräldrarna ses som en resurs som oftast är väldigt snabba på att upptäcka förändringar hos sitt barn och meddela sjuksköterskan detta.

”Medans jag som personal, som kanske inte har sett barnet på flera dagar inte kan göra den bedömningen lika snabbt som föräldern och att man verkligen tar hjälp av föräldrarna och ser dem som en tillgång, att de känner sitt barn.” (Intervju 5)

När familjerna vårdas på enkelrum är det viktigt att föräldrarna informeras om och inser att det är ett vådrum, sjuksköterskan kan behöva titta till barnet vilken tid som helst på dygnet. Samtidigt måste sjuksköterskan respektera att det för tillfället är föräldrarnas hem och därför vara noga med att knacka om de måste in på rummet akut. Det framkom att sjuksköterskorna kunde känna att de störde om de gick in på rummet, framförallt på natten då föräldrarna låg och sov.

”I början så tyckte de att de gick in i föräldrarnas privatliv (...) Det tyckte jag personligen var lite svårt i början, men nu känns det liksom de frågorna är bortblåsta (...) Det tog nog ett år.” (Intervju 4)

Sjuksköterskornas erfarenhet var att det inte fanns några tydliga svårigheter eller nackdelar med den familjecentrerade enkelrumsvården, dock påpekar de att övergången till enkelrumsvård mentalt tog runt ett år för att hitta den nya rollen. De menar att denna vårdform kräver mer personal, då arbetet sker inne på enkelrummen och det kan vara flera familjer kan behöva hjälp samtidigt. Ett vanligt arbetssätt var parvård, då arbetade sjuksköterska och undersköterska tillsammans runt samma barn. En avdelning hade en gräns på fem till sex barn per par och om det var många vårdkrävande barn så kunde det räcka med fyra barn. En sjuksköterska tyckte att hon kunde känna sig mer ensam när hon arbetade med enkelrummen till skillnad mot intensivvårdsal där det var fler personal på samma plats.

”Skillnaden är att det krävdes mer personal till den här andra vården då. Det är ju bra också för då blir det mer kvalitativt. Därför barnen låg ju inte på samma sal längre.” (Intervju 4)

Sjuksköterskorna beskriver att den personliga inställningen till familjecentrerad enkelrumsvård påverkar vården och föräldrarna. Inställningen måste förändras till att föräldraansvaret ses som naturligt. Enkelrumsvården är inte en belastning utan en möjlighet.

”Lite att våran inställning till det, att nu är det såhär att barnen är med er och vi ser det som det naturliga och då överför vi nog det på föräldrarna. Inte att det ska vara någon belastning för dom utan att detta är en möjlighet för dom.” (Intervju 5)

Känsla av kontroll

Sjuksköterskor beskrev att känslan av kontroll från när barnen vårdades på intensivvårdssal, då sjuksköterskan kunde se och känna på barnet när som helst. Sjuksköterskor var rädda förändringar hos barnet kunde förbises när de vårdades på enkelrum. Det framhölls att som sjuksköterska våga släppa kontrollen och därmed våga lita mer på föräldrarnas kompetens. Sjuksköterskorna måste hitta nya sätt för att skapa kontroll över de barn de ansvarar för.

”Man får försöka ha kontroll fast på ett annat sätt. Genom att prata mer med föräldrarna och ha en annan kommunikation, man kan liksom inte sitta på expeditionen och vänta på att de ska ringa.” (Intervju 6)

Sjuksköterskorna beskriver att de alltid först gick runt och hälsade på föräldrarna och kontrollerade barnen när de började sina arbetspass. Detta för att få en första överblick och ett utgångsläge av barnets status. Natten planerade föräldrarna tillsammans med nattsjuksköterskorna.

”På familjerummen börjar man sina pass med att gå runt och då tittar man och gör kontroller på alla barn noggrant, undersköterskan och sjuksköterskan, så att man får en koll.” (Intervju 4)

En del barn hade kontroller av vitala parametrar var tredje timme, vilket var en läkarordination. Det innebar att sjuksköterskan kontinuerligt får se barnet och på så sätt kan känna viss kontroll. Barn med ett stabilt sjukdomstillstånd som är på avdelningen för tillväxt, där kontroller av vitala parametrar ej behövs, avtalas istället med föräldrarna om när det är bäst för personalen att få titta på barnet, till exempel vid blöjbyten då barnet är avklätt och vaket.

Avdelningarna har olika sätt att göra föräldrarna delaktiga i vårdteamet. På vissa avdelningar sker ronderna på barnets rum och föräldrarna är delaktiga i diskussion och beslut som tas kring deras barn. Det finns även de avdelningar som använder sig av en självskattningsskala för föräldrarna, som en metod att få självständiga och trygga föräldrar. Skattningsskalan fungerar även som en checklista där sjuksköterskorna kan se var någonstans i utvecklingen av sitt föräldraskap de befinner sig i. Utifrån föräldrarnas självskattning kan insatser sedan planeras.

”Vi är många som jobbar här, så kommer jag in och känner inte familjen. Då tittar jag på det här och då vet jag vart föräldrarna ligger. Då behöver jag inte fråga om du kan byta blöja, för ibland, det blir så tjatigt.” (Intervju 2)

Föräldrarna och familjecentrerad enkelrumsvård

Föräldrarnas delaktighet och anknytning till barnet

Några sjuksköterskor beskriver att föräldrarna växer i sina roller som föräldrar när de får vårda sina barn dygnet runt. Föräldrarna blir tryggare i sin roll och de lär känna sina barn bättre, de bearbetar även sin situation bättre när de får umgås mycket med barnet. Genom att föräldrarna från början är delaktiga i vården stärks kontinuerligt föräldrarollen från födseln till utskrivning. En sjuksköterska berättade att hennes erfarenhet var att föräldrarna blev självständigare med familjecentrerad vård. Mammorna var mer avslappnade, de tog tidigare egna initiativ då de kunde tyda barnets signaler vilket ledde till att amningen fungerade bättre.

Resultatet visar att fördelen med vårdformen är förbättrad anknytning och att föräldrarna får känna sig som föräldrar. Sjuksköterskorna försöker få familjen att känna sig som en familj genom att finnas i bakgrunden och stötta när det behövs. Tidigare uttryckte föräldrarna en känsla av att de bara fick låna sina barn, men med familjecentrerad vård är det tydligare att det är föräldrarnas barn och inte sjuksköterskornas.

”Jag tror att föräldrar tjänar mycket mer på att få vara, ägande vården av sina barn själv liksom. De måste ju alla de måste ju, föräldrar tjänar på det och barnet tjänar på det att vara nära mamma och pappa mycket mer.” (Intervju 3)

Vidare framkom det att det är viktigt att föräldrarna lär sig att tyda barnets tecken och inte bara titta på monitorn. Föräldrarna får utbildning i handhavandet vid larm på monitorn. På vissa avdelningar är monitorerna avstängda inne hos föräldrarna för att de ska fokusera på barnet istället. En del föräldrar kan känna sig otrygga när monitorn stängs av och då diskuteras det på rondan.

En sjuksköterska beskrev att det kan finnas föräldrar som känner sig övergivna när de kommer in på enkelrum och då tar avstånd från personalen, i dessa fall involverades läkare och kurator för att tillsammans med sjuksköterskan stödja och vägleda familjen.

”För det händer, vi har fall här där det händer att föräldrarna inte ens vill prata med personalen, att de känner att nu har ni bara kastat ut oss här, då går man in med kurator och doktorn och ser till att nu fokuserar vi på den här familjen, för de är i riktig kris. Så jobbar man med det.” (Intervju 2)

Det framkom att vissa föräldrar uttrycker en ensamhet på enkelrummen, men att det finns gemensamma utrymmen på avdelningen där föräldrarna kan ses. Vissa föräldrar tog kontakt med andra föräldrar istället för att vända sig till personalen om de inte mådde bra. Sjuksköterskorna kunde märka att föräldrarna behövde en paus och då kunde de uppmuntra föräldrarna att gå ut en runda eller byta miljö en stund. För sjuksköterskorna var det viktigt att föräldrarna mådde bra.

Kontaktsjuksköterska är ett begrepp som flera sjuksköterskor poängterar. De tycker det är viktigt att det finns kontaktsjuksköterskor till familjerna som följer dem under hela vårdtiden, ansvarar för barnets vårdplanering och är med i samtal med familjen. Sjuksköterskorna menar att denna kontinuitet är bra både för familjerna och för personalen. Det är viktigt för familjen att de har en fast kontaktsjuksköterska som de känner förtroende för och vågar berätta saker för.

Sjuksköterskorna belyste problemet när det finns äldre syskon hemma, då kan föräldrarna känna sig klivna. Om det är två föräldrar på avdelningen delar de oftast upp sig så att den ena föräldern sover hemma hos de andra barnen, på vissa avdelningar kan syskonen sova över. Ytterligare ett alternativ är att föräldrarna tar hjälp av anhöriga.

”Varje familj är ju unik och individuell och dom får ju hitta sin egen lösning liksom och vi måste hjälpa till och lösa, vi måste hjälpa dom att lösa det.” (Intervju 1)

Kommunikationens betydelse

Det är enligt sjuksköterskorna viktigt att ha en kontinuerlig dialog med föräldrarna. Föräldrarna lär känna sina barn när de vårdar dem dygnet runt och kan berätta för personalen om barnets status ändras. Föräldrar medverkar på ronderna vilket också stärker dem i sin roll som föräldrar och de är delaktiga i besluten angående deras barn. När föräldrar är införstådda med vården kring barnet ställer de mer frågor och har mer åsikter. Föräldrar upplevdes mer uppmärksamma på om något var fel med barnet.

”Ja, alltså föräldrarna känner att det finns liksom, eh, ja det blir mindre hierarkiskt och det blir, man blir en del av det här teamet av vårdteamet kring sitt barn.” (Intervju 1)

Sjuksköterskorna belyser att det är viktigt att informera föräldrarna att de är dem som planerar för omvårdnaden av sitt barn, att de planerar dagen och inte sjuksköterskorna. Föräldrar behöver förstå att någon måste vara med barnet dygnet runt och om föräldrarna vill gå iväg får de ringa in någon annan som kan ta hand om barnet. Personalen hjälper till i vissa fall men detta sker inte rutinmässigt. Under natten får föräldrarna turas om att till exempel sondmata och byta blöja på barnet. Det är väldigt ovanligt att föräldrarna inte vill stanna kvar på avdelningen. För föräldrarna är det naturligt eftersom de får ett rum direkt efter förlossningen. Det är föräldrarna som är vårdnadshavare och personalens roll är att stärka dem.

”Alltså det finns ju inte på världskartan att man skulle lämna sin ettåring. Varför skulle man lämna sin 25-veckors eller 32-veckors?” (Intervju 4)

Barnet och familjecentrerad enkelrumsvård

Barnets välbefinnande

Sjuksköterskorna beskriver olika kriterier för när barnet kan börja vårdas på enkelrum. Barn med lång vårdtid började ofta vårdas på enkelrum tidigare då barnet legat inne en längre tid och hunnit stabilisera sig. Gemensamt för alla är att barnets tillstånd styr framför gestationsåldern, ingen har som rutin att vårda barn på enkelrum före gestationsvecka 30.

”Men om man är vecka 32, om man föds i vecka 26 eller 30 och kommer till oss och bekänt färg och landat och lite så, när man vet lite grann då kommer dom ju ut tidigare.” (Intervju 3)

Om barn har apnéer eller bradykardi utgör det inget hinder för enkelrumsvård enligt sjuksköterskorna. De ska dock kunna vända flesta självständigt för att sjuksköterskan inte ska behöva störa familjen varje gång.

”Men sen ska dom inte vara så sjuka att de larmar hela tiden med saturation och puls för då känns det inte som att det är någon mening med det för då får vi ju springa in där hela tiden också.” (Intervju 7)

På enkelrum kan barnen ha andningshjälp i form av syrgas och högflödesgrimma. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att barn även kunde vårdas med CPAP på enkelrummet om föräldrarna kände sig trygga med det, det gällde främst de barn som vårdats länge med exempelvis en svår lungsjukdom. Perifera infarter och enstaka dropp är inget hinder för enkelrumsvård, gränsen går vid centrala infarter och att barnet inte behöver parenteral tillförsel.

Anknytning och individanpassad vård

För barnen betyder enkelrumsvård en tillgång till föräldrar dygnet runt. Sjuksköterskor beskriver att föräldrar är barnets främsta vårdare och trygghet vilket främjar anknytning. Barnet knyter an till sina föräldrar och inte till personalen.

”Utan att dom är, apropå anknytning att de är den första tryggheten för barnet. Det är inte vi som ska va tryggheten för barnet och det är en stor skillnad från förut. För förut var ju personalen en trygghet för barnet men nu är det mamma och pappa med stöd av personalen tryggheten för barnet och det är ju så det ska va kan man tycka.”
(Intervju 4)

Det beskrivs att vården blir individanpassad när barnet har sina föräldrar som egna vårdare. Barnet och föräldrarna utvecklas och sjuksköterskors erfarenhet är att barnet blir lugnare, tillfrisknar snabbare, mår bättre i sin andning och matsmältning genom den hudnära vården som främjas genom enkelrumsvården. En sjuksköterska upplevde att vårdtiden blev kortare efter att de infört enkelrumsvård.

”Dom går ju hem med hemsjukvård men det blir ju ett naturligt steg efter att dom bott på familjeenheten och dom sköter dom där, då är ju steget mindre till att gå hem och sköta dom med sond hemma även om dom inte är utskrivningsklara så att vårdtiden här blir ju absolut kortare.” (Intervju 6)

Det är barnens rätt att ha minst en förälder hos sig dygnet runt, därför är det viktigt hur avdelningen och vårdrummen är uppbyggda för att möjliggöra detta. För att minska risken för smittspridning mellan barnen är rutinen på en avdelning att all vård bedrivs på enkelrummet. Prover tas i den egna sängen eller när barnet ligger i mammans famn och ammar. Blir barnet sämre i sitt tillstånd eller akut dåligt får det

flytta tillbaka till intensivvårdssalen, annars är grundtanken att har de flyttat till enkelrum är det där barnet ska bo tillsammans med sina föräldrar. På en av avdelningarna börjar barnet oftast med att följa med till enkelrummet kortare stunder, för att successivt stanna där allt mer av dygnet i takt med att föräldrarna känner sig trygga och självständiga. På de andra avdelningarna går barnet direkt från intensivvårdsalen till enkelrummet när det är moget för det. Det betonades att barn på enkelrum fortfarande är lika mycket patienter och skulle fortsätta skötas lika bra som när de vårdas på intensivvårdsalen, att barnet och föräldrarna inte glöms bort.

”Utan att dom inte är våra patienter och vi ska sköta dom lika bra som vi gjorde innan, inte bara att nu är dom ute på samvården och nu kan vi släppa dom, att dom blir lite bortglömda.” (Intervju 6)

Diskussion

Intervjuade sjuksköterskor kommer under diskussionsavsnitten benämnas som informanter och författarna i föreliggande studie som intervjuare.

Metoddiskussion

Val av metod styrs av studiens syfte, då studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård valdes en kvalitativ design. Genom den kvalitativa ansatsen kommer forskaren nära sin informant och får lättare förståelse för erfarenheter och upplevelser, genom interaktionen som sker under intervjutillfället (Polit & Beck, 2012). Trovärdigheten av en studie bedöms genom dess giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet av resultatet, genom att väl beskriva en tydlig struktur i studien främjas detta (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Under hösten kontaktades verksamhetscheferna åter för att inhämta samtycken. En av verksamhetscheferna avböjde deltagande och istället valdes en ny avdelning ut. Den avdelning som istället fick ingå i studien motsvarade inte helt inkusionskriterierna, då de bedrev enkelrumsvård men även vårdade mer intensivvårdskrävande barn. Detta kan ha påverkat resultatet genom att deras svar färgades av den vården. Följdfrågorna anpassades därefter för att rikta det mot enkelrumsvården och svaren som rörde intensivvård plockades bort från resultatet.

Då svaren från verksamhetscheferna dröjde blev det kort tid innan intervjuerna skulle utföras, vilket gjorde att avdelningscheferna fick tillfråga de sjuksköterskor som arbetade tilltänkt intervjudag och som uppfyllde urvalskriterierna. Detta kan ha inneburit att avdelningschefen valt ut informanter som var odelat positiva till vårdformen vilket kan ha påverkat studiens trovärdighet. Samtidigt minskar risken för detta då urvalet styrdes av vilka som jobbade aktuell intervjudag. En studies överförbarhet stärks genom en tydlig beskrivning av urvalet (Graneheim & Lundman,

2004). Alla informanterna var kvinnor vilket eventuellt kan ha vinklat resultatet samtidigt som det är representativt då det inte arbetar så många män inom neonatalvården. En styrka i urvalet av informanter var spridningen i ålder, erfarenhetstid och utbildningsnivå vilket gav ett rikt resultat. Enligt Polit och Beck (2012) bör en pilotintervju genomföras för att intervjufrågorna ska kunna utvärderas före studiens intervjuer. För att öka tillförlitligheten i intervjuguiden genomfördes därför under hösten en pilotintervju med en sjuksköterska från en neonatalavdelning, för att på så sätt få en uppfattning av frågornas relevans och hur frågorna uppfattades. Information om studien gavs och muntligt tillstånd inhämtades. Frågorna ställdes på samma sätt som vid kommande intervjuer. En fråga upplevdes otydlig varför den omarbetades till den slutgiltiga intervjuguiden.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes vilket innebär att det ställs öppna frågor. Tanken med semistrukturerad intervjuteknik är att det inte ska leda till givna svarsalternativ utan att följdfrågorna utformas utefter de svar som ges. Vid några tillfällen fick intervjuaren leda tillbaka informanterna då svaren inte blev relevanta mot studiens syfte. Vid intervjutillfället medverkade en intervjuare och en informant. Resultatet kan ha påverkats av det eftersom intervjuaren kan ha missat att ställa någon följdfråga som kanske hade ställts om det istället var ytterligare en intervjuare med. Att vara två kan ses som en fördel om den ena av intervjuarna är tränad, men så var inte fallet i föreliggande studie (Trost, 2010). Detta ansågs dock inte som ett problem då svaren som framkom stämde väl överens med studiens syfte. Dessutom kan två intervjuare vara hämmande ur informantens synvinkel som då kan känna sig i underläge, så det skulle kunna ses som ett maktövertagande gentemot informanten. Det visade sig att ett par av informanterna var före detta kollegor till intervjuarna. För att öka studiens trovärdighet intervjuades dessa informanter inte av en tidigare kollega vilket underlättades av att det fanns tre intervjuare. Bedömningen gjordes att enskilda intervjuer var att föredra framför fokusgruppsintervjuer då det enligt Trost (2010) kan medföra ett etiskt dilemma. Gruppens sociala struktur kan spegla sig, vilket kan innebära att den enskilde inte vill säga något som går emot den övriga gruppens åsikter. Även Polit och Beck (2012) belyser att den enskilde kan ha svårt att komma till tals i en grupp.

Då två av studiens tre intervjuare arbetar på neonatalavdelningen finns en del förkunskaper inom ämnet för studien. Detta är något som måste tas hänsyn till enligt Graneheim och Lundman (2004) då detta kan ha färgat valet av frågor, dess formuleringar och därmed studiens trovärdighet. Genom att en av intervjuarna inte har någon erfarenhet av neonatalvård och därmed inte heller var färgad av vårdformen bör detta ha uppvägts och borde inte ha påverkat resultatet i större utsträckning. Dessutom har samtliga intervjuare eftersträvat objektivitet. Förkunskaper inom ämnet kan även ses som en styrka, då det kan vara lättare att utforma följdfrågor.

Resultatet baseras på sju intervjuer. Antalet intervjuer som utförs beror på studiens syfte. För få intervjuer leder till minskad överförbarhet. Vid för många intervjuer kan

det bli svårt med tolkningar på djupet (Kvale & Brinkman, 2009). Enligt Trost (2010) är ett fåtal intervjuer att föredra. Han menar att med för många intervjuer blir det svårt att få en överblick och kunna se alla detaljer som förenar eller skiljer materialet åt. I resultatet återfinns flertalet citat från intervjuerna vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker trovärdigheten i en studie.

För bearbetning av intervjumaterialet användes den kvalitativa innehållsanalysen, en analysmetod som lämpar sig väl utifrån studiens syfte och den kvalitativa ansatsen (Polit & Beck, 2012). Det transkriberade materialet har genomarbetats i två steg genom att alla intervjuare först enskilt och sedan gemensamt bearbetat materialet för att plocka ut meningsbärande enheter. Analysen har sedan genomförts gemensamt för att säkra innehållet, minska risken att enskild författares förkunskap färgat materialet och öka tillförlitligheten. Exempel på analysprocessens steg redovisas i metoddelen för att visa läsaren hur databearbetningen har genomförts för att ytterligare stärka studiens tillförlitlighet. För att en studie skall vara trovärdig krävs även att dess överförbarhet beaktas. Enligt Polit och Beck (2012) är det upp till läsaren om ett resultat är överförbart till andra grupper eller situationer, i denna studie är det därför upp till sjuksköterskorna som arbetar på neonatalavdelningar att avgöra huruvida detta förefaller.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelning. Informanterna menade att familjecentrerad vård som bedrivs på enkelrum var att föredra framför traditionell vård på flerbäddssalar. Vården blev mer individanpassad och möjliggjorde barnets rätt att ha tillgång till sina föräldrar dygnet runt, vilket är i enlighet med FNs barnkonvention (UNICEF Sverige, 2009), samt Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB, 2004) som fastställer att inga barn ska behöva separeras från sina föräldrar när det ligger på sjukhus. Även i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) kan utläsas att föräldrar ska ha möjlighet att närvara och vara delaktig i sitt barns vård och att det är vårdpersonalens ansvar att tillgodose den möjligheten. Informanternas erfarenhet var att all vård mer eller mindre bedrevs på enkelrummet när barnet flyttat dit. Det innebar en lugnare miljö för barnet som undkom stimuli som annars förekom på en vårdsal och främjade till mer hud mot hud vård på ett naturligt sätt. Den lugna miljön främjade i sin tur anknytning och amningen, vilket går i linje med den NICAP-inspirerade omvårdnad som bedrivits runt om i landet de senaste årtiondena (Kleberg, 2013).

Arbetet som sjuksköterska på en neonatalavdelning är idag en roll i förändring. I resultatet beskrev informanterna den förändring som skett av deras roll. Från den traditionella rollen där de var de som vårdade och stod barnet närmast, till en undervisande roll, där föräldrarna blev sitt barns närmsta trygghet och främsta vårdare, som överensstämmer med omvårdnadmodellen NIDCAP (Haumont, 2013). Ur ett sjuksköterskeperspektiv kan rollförändringen ses på två sätt. Det ena beskrev

Wigert (2008) som menade att det kunde innebära svårigheter då föräldrarnas fysiska närvaro och aktiva delaktighet i vården kunde få sjuksköterskorna att känna sig osäkra och övervakade, vilket kunde hindra dem att utföra sina arbetsuppgifter. Det andra beskrev Cone, Short och Gutcher (2010) då sjuksköterskorna i deras studie kände mindre stress och att vården på enkelrummen upplevdes som bättre miljö för barnets utveckling. På en avdelning med familjecentrerad omvårdnad skulle sjuksköterskan inte bara vara vårdgivare till barnen, utan även instruktör samt handleda anknytningsprocessen mellan föräldrar och barn. Westrup (2015) poängterade att yrkesrollen förändrats från att vara uppgiftsbaserad till att vara relationsbaserad. Sjuksköterskan måste i rollen som instruktör kunna förmedla sin kunskap till föräldrarna på en förståelig nivå, genom att visa och informera. För att i senare skede ta rollen som "coach" och då mer passivt stödja föräldrarna när de själva utför omvårdnaden om sitt barn (Westrup, 2015).

Övergången till enkelrumsvård har medfört ett behov av högre närvaro av sjuksköterska på rummet, det som var föräldrarnas enda privata sfär när de vårdades med sitt barn på neonatalavdelning. Flera av informanterna uppgav det som en svårighet med denna vårdform, att enkelrummet både skulle vara ett vådrum och ett sovrum. För att det inte skulle kännas obekvämt att gå in på familjerummen, var ett par informanternas erfarenhet att information och kommunikation var lösningen. Om föräldrarna tidigt blev införstådda kring riktlinjerna på enkelrummet försvann känslan av obehag. Enligt Shields, Pratt och Hunter (2006) innebar familjecentrerad neonatalvård flexibilitet samt samarbete och byggde på en öppen och ärlig kommunikation med ett bra informationsflöde. Resultatet visade att om alla parter var på samma nivå och sjuksköterskorna kunde möjliggöra ett gott samarbete med föräldrarna behövde det inte kännas obekvämt att gå in på enkelrummet (Shields, Pratt och Hunter, 2006).

I resultatet framkom att informanternas erfarenhet var att flytten till enkelrum var mer tidskrävande till en början då de behövde lägga mer tid och vara mer närvarande. Till att efterhand spara in tid då föräldrarna blev mer självständiga i vården av sitt barn. Även här spelade informationen en viktig roll, att från början tydliggöra och komma överens med föräldrarna om deras roll och delaktighet. Detta bekräftade Trajkovski et al. (2012) som belyste vikten av att tydliggöra de olika nivåerna av föräldramedverkan genom att diskutera i vilken utsträckning och i vilka situationer föräldrar ville delta i. Enligt Wigert (2008) skulle föräldrarnas ansvarsdel tydliggöras genom en dialog mellan sjuksköterska och föräldrar. I enlighet med Walsh et al. (2006) beskrev informanterna i föreliggande studie att det krävdes tillräckligt med personal, då patienterna var mindre synliga och det var ett ökat avstånd när de vårdades på enkelrum.

Sjuksköterskans känsla av kontroll eller brist därav poängterades av informanterna. Informanterna lyfte behovet av att finna nya arbetssätt för att känna kontroll i den dagliga verksamheten. Det framkom att informanterna var rädda att förlora kontrollen

över barnen och att inte se medicinska förändringar när barnen sköttes av föräldrarna, vilket styrks av en studie av Mörelius och Anderson Cranston (2015). Även Trajkovski et al. (2012) studie bekräftade detta, där framkom att sjuksköterskor upplevde det svårt att finna balans när föräldrarna skötte allt större del av omvårdnaden samtidigt som sjuksköterskor skulle behålla kontroll över barnet. En av lösningarna som lyftes av informanter i föreliggande studie var en god kommunikation med föräldrar som i sin tur ledde till tilltro på föräldrars kompetens. Enligt Wigert (2014) behövde föräldrar känna stöd och medkänsla i sjuksköterskors sätt att kommunicera. Föräldrar upplevde att det var en tröst för dem att möta människan bakom professionen i en annars svår situation. Det var viktigt att aktivt lyssna på föräldrars frågor och ge svar för att få föräldrar att känna sig sedda. En bra kommunikation mellan föräldrar och sjuksköterskor underlättade en optimal omvårdnad av barnet. Kommunikationen medförde att föräldrar kände sig mer delaktiga i vården och föräldrars känsla av kontroll över situationen. Det gav också föräldrar mer ansvar och de lärde känna sitt barn bättre, vilket främjade den individualiserade omvårdnaden då föräldrar lärde sig läsa barnets signaler i enlighet med NIDCAP-modellen (Altimier, 2015; Kleberg, 2013). Harris (2014) belyste att det var viktigt att personalen var medveten om att information kunde kännas överväldigade för föräldrarna och därför var det viktigt att personalen var utbildade och lyhörda för hur mycket information föräldrar kunde ta in. Samtidigt visade resultatet av intervjuerna i föreliggande studie att information var av yttersta vikt för en fungerande enkelrumsvård. Informanterna tyckte det var viktigt att förmedla att det var föräldrarna som skulle planera omvårdnaden om sina barn och inte personalen. Det gick att utläsa att det var viktigt att vara tydlig. Enligt Wigert et al. (2014) framkom att föräldrar kunde bli otrygga i sin föräldraroll på grund av att personal hade outtalade förväntningar på dem.

Resultatet visar att en väl fungerande kommunikation var en förutsättning för föräldrars delaktighet. Altimier (2015) poängterade att när sjuksköterskor samverkade mer med föräldrar lärde de känna dem bättre, kunde upptäcka hur de mådde psykiskt och kunde då hjälpa föräldrarna i ett tidigare skede. Sjuksköterskor kunde då släppa kontrollen av barnet och istället se hela familjen. Informanterna i föreliggande studie talade om hur mycket den personliga inställningen påverkade vården och att den måste förändras. I Wigerts (2008) avhandling framkom att sjuksköterskors förhållningssätt påverkade i vilken grad föräldrar var delaktiga. En gränssättning som utgick från sjuksköterskors eget tycke satte gränser för föräldrars delaktighet, utifrån en bedömning avseende föräldrars behov och resurser. Informanternas erfarenhet var att det var viktigt att föräldrar blev delaktiga i besluten angående deras barn genom att till exempel medverka på rondan. Detta bekräftades av Harris (2014) då föräldrars deltagande ökade förståelsen för deras barn och vården av barnet. I resultatet av föreliggande studie framkom även att på några avdelningar genomfördes ronderna tillsammans med föräldrar och barnet på enkelrummet vilket upplevdes positivt. Harris (2014) betonade att föräldrar blev mer insatta i barnets status och hur vården planerades runt barnet om de fick vara delaktiga på rondan. Det negativa som

framkom var att ronderna tog lång tid och att sjuksköterskorna kände sig stressade över det. Det framkom även att efter ett tag blev ronderna mer effektiva och i slutändan lönade det sig då föräldrarna blev tryggare i vården.

Studiens informanter poängterade behovet av kontaktsjuksköterskor vilket Wigert et al. (2014) styrker då det framkom att föräldrar kände sig mer trygga med de sjuksköterskor de hade regelbunden kontakt med. Den kontinuiteten kändes viktig för föräldrarna. En kontaktsjuksköterska som skapat en relation med föräldrarna gav en atmosfär av trygghet som gjorde att föräldrarna vågade prata om sina behov och önskemål. Informanterna var tydligt överens om att anknytningsprocessen stärktes och gick snabbare när barn och föräldrar inte separerades från varandra. Informanterna menade att det ledde till att föräldrarna växte i sina roller som föräldrar och blev tryggare. Även Walsh et al. (2006) menade att delaktiga föräldrar fick en stärkt föräldraidentitet och anknytning.

Konklusion

Resultatet visade att sjuksköterskor erfor att familjecentrerad enkelrumsvård på neonatalavdelning medförde att vården av premature och sjuka barn förändrats. För sjuksköterskorna innebar detta en förändrad yrkesroll genom att de lämnade över en stor del av omvårdnaden till föräldrarna och antog en undervisande roll. Detta ledde till att de behövde finna nya rutiner för att uppnå känsla av kontroll över vården av barnet. Sjuksköterskor som arbetade med familjecentrerad enkelrumsvård behövde ha god kunskap om hur arbetsmodellen var utformad och vad som krävdes av dem. Erfarenhet visade att den mentala förändringen (transitionen) till familjecentrerad enkelrumsvård tog runt ett år. Det var viktigt att all personal genomgick den transitionen för att vårdformen skulle fungera och kännas bekväm att arbeta med. När barnet vårdades av sina föräldrar på enkelrum stärktes anknytningen mellan barn och föräldrar. Sjuksköterskornas erfarenhet visade att föräldrar växte in i sina roller som föräldrar snabbare, de blev mer delaktiga i vården av sina barn och de upplevde att familjen blev redo för hemgång tidigare. För en fungerande enkelrumsvård krävdes en bra, tydlig samt individuellt anpassad information på föräldrarnas nivå. Det krävdes en god kommunikativ förmåga hos sjuksköterskorna. Barnets sjukdomstillstånd och välbefinnande styrde när det kunde börja vårdas på enkelrum. Sjuksköterskorna belyste barnets rätt att ha tillgång till sina föräldrar dygnet runt vilket främjade anknytningen. Den familjecentrerade vården på enkelrum blev mer individanpassad och det upplevdes att barnet blev lugnare och tillfrisknade snabbare genom vårdformen.

Implikation

Vid en omorganisation till enkelrumsvård förekommer ofta osäkerhet och farhågor bland sjuksköterskor för vad omställningen kommer innebära. Resultatet i studien kan

tillföra viktig kunskap genom de erfarenheter från sjuksköterskor som redan genomgått transitionen förmedlar, vilket kan skapa trygghet i den praktiska verksamheten. Det är tydligt att insatser behöver sättas in både på arbetsplatsen och på specialistutbildningar för sjuksköterskor, då större fokus på anknytning, kommunikation och krishantering behövs. Neonatalavdelningarna behöver ha tydliga riktlinjer för hur vården ska bedrivas och sträva efter att sjuksköterskor och övrig personal ska arbeta efter samma modell. Arbetsgivaren behöver ha förståelse för att enkelrumsvården är tidskrävande till en början och att resurserna tilldelas därefter för att bibehålla en god kvalitet på vården. Vidare forskning behövs inom ämnet för att kunna fastslå fördelarna med enkelrumsvård. Kvantitativa jämförande studier av effekterna av vård på enkelrum i relation till flerbäddsrum hade bidragit med viktig kunskap. Även forskning ur ett föräldraperspektiv vore önskvärt.

Referenser

- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P. S., Butler, S. C., Conneman, N., Fischer, C. & Eichenwald, E. C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113, 846-857.
- Altimier, L. (2015). Compassionate family care framework: A new collaborative compassionate care model for NICU families and caregivers. *Newborn and nursing infant reviews*, 15(1), 33-41.
- Bouet, K.M., Claudio, N., Ramire, V. & Garcia-Fragoso, L. (2012) Loss of parental role as a cause of stress in the neonatal intensive care unit. *Boletin de la Asociacion Media de Puerto Rico*.104, 8-11.
- Cone, S. K., Short, S. & Gutcher, G. (2010). From “Baby Barn” to the “Single Family Room Designed NICU”: A Report of Staff Perceptions One Year Post Occupancy. *Newborn & infant nursing reviews*, 10(2), 97-103.
- Domanico, R., Davis, D. K., Coleman, F. & Davis, B. O. (2011). Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units. *Journal of Perinatology*, 31, 281-288.
- Domanico, R., Davis, D. K., Coleman, F. & Davis Jr, B. O. (2010). Documenting the NICU design dilemma: parent and staff perception of open ward versus single family room units. *J Perinatol*, 30(5), 353-351.
- Endell-Gustafsson, U., Angelhoff, C., Johnsson, E., Karlsson J. & Mörelius, E. (2014). Hindering and buffering factors for parental sleep in neonatal care. A phenomenographic study. *Journal of clinical nursing* 24, 717-727.
- Fegran, L., Helseth, S. & Slettebo, Å. (2006). Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. *Nursing Ethics*, 13(1), 52-64.
- Floyd, A. M. D. (2005). Challenging designs of neonatal intensive care units. *Crit Care Nurse*, 25(5), 59-66.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Hansen-Pupp, I., Harling, S., Berg, A-C., Cilio, C., Hellstrom-Westas, L. & Ley, D. (2005). Circulating interferon gamma and white matter brain damage in preterm infants *Pediatric Reseach*, 58, 946-52.
- Harris, G. (2014). Family centered rounds in the neonatal intensive care unit. *Nursing for womens health*, 18(1), 18-27.

- Haumont, D., Amiel-Tison, C., Casper C, Conneman, N., Ferrari, F., Huppi, P., Kuhn, P., Lagercrantz, H., Moen, A., Pallas-Alonso, C., Pierrat, V., Poets, C., Sizon, J., Valls, Y., Soler, A. & Westrup, B. (2013). NIDCAP and developmental care: a European perspective. *Pediatrics*, 132(2).
- Jackson, K. & Wigert, H. (2013) Historik och rättigheter i ett familjecentrerat Perspektiv. I K. Jackson & H. Wigert (red.), *Familjecentrerad neonatalvård*. (s.15-30). Lund: Studentlitteratur.
- Kleberg, A. (2013) Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I P. Lundqvist (red.). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. (s. 41-90). Lund: Studentlitteratur.
- Kong, L., Cui, Y., Han, S., Yu, Z. & Guo, X. (2013). Anxiety and depression in parents with sick neonates: a hospitalbased study. *Journal of clinical Nursing*, 22, 1163-1172.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagerkrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (2008). *Neonatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, B. & Ohrling, K. (2008). Experience of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health* 67, 461-471.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 5, 1-75.
- Mörelius, E. & Anderson Cranston, G. (2015). Neonatal nurses beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 2620-2627.
- Nobab Standard. (2004). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso-sjukvård. Hämtad 2015-11-20 från:
<http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf>
- Nystrom, K. & Ohrling, K. (2004). Parenthood experience during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46, 319-330.
- Ohlsson, A. & Jacobs, S. E. (2013). NIDCAP: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatrics*, 131(3), 881-893.
- Philip, G. S. (2005). The evolution of neonatology. *International Pediatric Research Foundation* 58(4), 799-815.
- Polit, D, F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing*

evidence for nursing practice (9. ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- SCB. (2015). *Befolkningsutveckling; födda, döda, in- och utvandring, gifta, skilda 1749–2014*. Hämtad 2015-04-23 från: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningenssammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/26046/
- Sehgal, A. & Stack, J. (2006) Developmentally Supportive Care and NIDCAP. *The Indian Journal of Pediatrics* 73, 1007-1010.
- Shahheidari, M. & Homer, C. (2012). Impact of the Design of Neonatal Intensive Care Units on Neonates, Staff, and Families A Systematic Literature Review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 3, 260–266.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006) Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Studies*, 15, 1317–1323.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2011). *Smittspridning inom svensk neonatalsjukvård. Probleminventering och åtgärdsförslag*. Hämtad 2015-04-08 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18343/2011-5-25.pdf>
- Stevens, D.C., Helseth, C.C., Khan, M. A., Munson, D. P. & Smith, T. J.(2010). Neonatal intensive care nursery staf perceive enhanced workplace quality with the single-family room design. *J Perinatol*, 30(5), 352-358.
- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister. (2014). SNQ: s årsrapport för 2013: Neonatalvårdens omfattning och resultat. Hämtad 2015-04-23 från: <http://www.medscinet.com/pnq/Uploads/%C3%85rsrapport%202013.pdf>
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M.& Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2477–2487.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 2015-04-23 <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Walsh, W. F., Mccullough, K. L. & White, R. D. (2006). Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting. *Advances in Neonatal Care*, 6(5), 261-271.

Westrup, B. (2015). Family-centered developmentally supportive care: The Swedish example. *Archives de Pédiatrie*, 22(10), 1086-1091.

White, R. D. (2003). Individual rooms in the NICU - an evolving concept. *J Perinatol*, 23(Suppl 1), 22-24.

Wigert, H. (2008). *Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård*. Göteborg: Sahlgrenska akademien.

Wigert, H., Dellmark Blom., M & Bry, K. (2014) Parents experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatrics*, 14(304), 1-8.

WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2015-12-18 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Intervjuguide

- Hur definierar du familjecentrerad enkelrumsvård/samvård?
- När är ett barn stabilt nog att komma ut på enkelrum från intensivvårds sal?
- Vilka är de största styrkorna med denna vårdform tycker du?
- Kan du beskriva några nackdelar med vårdformen enligt ditt tycke?
- Hur upplever du att föräldrarna upplever situationen att vårda sina barn dygnet runt?
- Är det något som är särskilt viktigt den första tiden som barn och föräldrar vårdas på enkelrum för att det ska bli bra?
- Vad tycker du är viktigt kring miljön och utformningen av lokalerna och vårdrummet?
- Är det något du vill ta upp som vi inte pratat om?

Anna-Karin Aili, Sjuksköterska inom
Halmstads kommun.
Har tidigare arbetat några år inom
barnsjukvården.

Kristina Andreasson, Sjuksköterska på
Neonatalen i Halmstad.
Har arbetat inom neonatalvården
sedan 2012.

Anna Träff, Sjuksköterska på
Neonatalen i Halmstad.
Har arbetat på olika
neonatalavdelningar i Sverige sedan
2004.



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se