



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans upplevelse av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården

En intervjustudie

Författare: Elin Johnsson och Sanna Stille

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans upplevelse av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården

En intervjustudie

Författare: Elin Johnsson
Sanna Stille

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Tidigare forskning har påvisat att föräldrar ibland upplever att sjuksköterskor inom barnhälsovården (BHV) har för lite kunskap om för tidigt födda barn och vad det innebär att få ett för tidigt fött barn. Drygt 6 % av alla barn i Sverige föds före graviditetsvecka 38. Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården. Intervjuer med nio sjuksköterskor inom BHV analyserades med kvalitativ innehållsanalys och resulterade i tre kategorier. I kategorin *Olika utgångspunkter i mötet* framkom att sjuksköterskor upplevde mötet positivt men samtidigt skrämmande och att tidigare erfarenheter underlättade mötet. Kategorin *Att anpassa sig efter familjens behov* speglar sjuksköterskornas upplevelser av att familjer med för tidigt födda barn var tidskrävande inom BHV. *Behov av samverkan* återger att barnhälsovårdens resurstillgång var en trygghet för sjuksköterskorna, dock efterfrågades fler barnläkare.

Nyckelord

Barnhälsovård, Familj, För tidigt födda barn, Möte, Sjuksköterska, Sverige, Upplevelser

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Teoretisk referensram	4
Utgångspunkter för studien	4
Föräldrars behov av stöd	6
Barnhälsovården ur ett internationellt och nationellt perspektiv	7
Barnsjuksköterskans roll i arbetet inom barnhälsovården	8
Syfte	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	13
Förförståelse	15
Resultat	15
Olika utgångspunkter i mötet	16
<i>Positivt men samtidigt skrämmande</i>	16
<i>Erfarenhet och utbildning gör skillnad</i>	17
Att anpassa sig efter familjens behov	18
<i>Ängsliga och tidskrävande men samtidigt kunniga föräldrar</i>	19
<i>Det för tidigt födda barnet skiljer sig från det fullgånga</i>	20
Behov av samverkan	21
<i>Samverkan över gränserna skapar trygghet</i>	21
<i>Barnläkare är efterfrågade och uppskattade</i>	22
<i>Övergångens utformning har betydelse för det fortsatta arbetet</i>	23
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultat	27
Referenser	31
Bilaga 1 (8)	37
Bilaga 2 (8)	39
Bilaga 3 (8)	40
Bilaga 4 (8)	41
Bilaga 5 (8)	42
Bilaga 6 (8)	43
Bilaga 7 (8)	44
Bilaga 8 (8)	46

Problembeskrivning

Tidigare forskning som berör övergången mellan neonatalvård och barnhälsovård (BHV) har påvisat att en del föräldrar upplever att sjuksköterskan inom BHV har för lite kunskap om för tidigt födda barn och vad det innebär att få ett för tidigt fött barn (Börlin & Ek, 2012). Enligt World Health Organisation (WHO) är ett barn för tidigt fött om det fötts före 37 fullgångna graviditetsveckor (WHO, 2013). Föräldrar har beskrivit att BHV-sjuksköterskan ibland ger otydliga och ogripbara svar som många gånger är mer relaterade till fullgångna barn (Börlin & Ek, 2012). Vidare beskriver en del föräldrar att de upplever sjuksköterskan på BHV som osäker gentemot det för tidigt födda barnet (a.a.).

För att minska föräldrarnas negativa och emotionella upplevelser av en övergång mellan neonatalvård och barnhälsovård har olika arbetssätt prövats. Exempelvis i Bærum kommun i Norge (Erdal & Farnen-Holt, 2012) gjordes en stor satsning för att säkra uppföljning och övergång mellan sjukhuset och hemmet för de för tidigt födda barnen. Projektet har inneburit ett skapande av så kallade resurshälsoklinker ämnade att ge föräldrar tillräckligt med kunskap och färdigheter för att klara av den vardagliga vården av sitt för tidigt födda barn i hemmet (a.a.).

Enligt Lindberg och Öhrling (2008) upplever föräldrar inte den riktiga känslan av föräldraskapet förrän vid hemkomsten med sitt barn. Föräldrar behöver stöd och hjälp med att bearbeta sin situation för att kunna känna sig trygga inför utskrivningen från neonatalavdelningen (a.a.) och forskning har belyst att det finns önskemål om att etablera en kontakt med en sjuksköterska inom barnhälsovården redan under vårdtiden (Börlin & Ek, 2012). Då övergången mellan sjukhuset och hemmet många gånger är en utmaning för familjer med för tidigt födda barn krävs speciellt stöd från BHV för att stötta och hjälpa familjen (Flacking, Ewald & Starrin, 2007; Lasby, Newton & von Platen, 2004). De föräldrar som är mest nöjda med BHV är de som har kontakt med en specialistutbildad sjuksköterska inom barn- och ungdomsvård och som hade erfarenhet av barnsjukvård (Börlin & Ek, 2012). Tidigare forskning som belyser sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården är sparsamt beskrivet, varför föreliggande studie är av intresse.

Bakgrund

Teoretisk referensram

Föräldrar har ett stort behov av tydlig information och delaktighet i sitt barns vård (Lindberg & Öhrling, 2008). I vården av det sjuka barnet spelar familjen en viktig och ibland oersättlig roll och vården har alltmer inriktats mot en familjefokuserad omvårdnad (Hallström, 2009). Sjukdom och ohälsa hos en familjemedlem påverkar de övriga familjemedlemmarna enskilt men även hela familjen, vilket är en grundläggande hypotes inom familjefokuserad omvårdnad (Wright & Leahey, 2009). Familjefokuserad omvårdnad innefattar hur familjen och sjuksköterskan upplever, uppfattar och hanterar omvårdnadsrelationen dem emellan (a.a.). Wright och Leahey (1994) definierar familjebegreppet som ”en familj består av dem som säger sig tillhöra den”. Vidare menar Wright, Watson och Bell (2002, s. 72) att en familj är ”en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv”. En familj består alltså av människor som bryr sig om varandra (a.a.). Inom familjefokuserad omvårdnad finns olika teorier för hur familjen betraktas, en av dem är systemteorin (Wright & Leahey, 1990), vilken har valts som teoretisk referensram för denna studie. Inom systemteorin ligger fokus på hela familjen som en enhet, där familjeenheten utgör ett system som består av individer med specifika egenskaper som går utöver de enskilda medlemmarnas. Fokus ligger på både individen och på familjen samtidigt (a.a.). Denna teori är lämplig som referensram då sjuksköterskor enligt Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården (Rikshandboken, 2007) ska ha de kunskaper som krävs för att se hela barnfamiljen och hur familjens levnadsförhållanden påverkar hälsan.

Utgångspunkter för studien

Drygt 6 % av alla nyfödda barn i Sverige föds före graviditetsvecka 38 (Socialstyrelsen, 2009). Enligt WHO (2013) räknas man som extremt för tidigt född vid födsel under 28 fullbordade graviditetsveckor, mycket för tidigt född vid 28 till <32 veckor samt måttligt till sent för tidigt född mellan 32 till <37 veckor. Under det senaste decenniet har andelen för tidigt födda barn varit konstant (Socialstyrelsen, 2009) och idag överlever allt fler av de för

tidigt födda barnen (Kristianson, 2010). I en omfattande studie gjord av Serenius et. al (2013) fastställdes den neurologiska utvecklingen hos extremt för tidigt födda barn vid 2,5 års korrigerad ålder. Barnen, i den s.k. ”EXPRESS-studien”, var födda före 27 graviditetsveckor i Sverige mellan 2004 och 2007. Av 707 levande födda barn, överlevde 491 (69 %) till 2,5 års ålder. Studien innefattade bedömning av kognition, språk, motorik, förekomst av cerebral pares samt syn- och hörsel-funktion. Resultatet visade att en majoritet, 73 %, av de barn som fötts extremt för tidigt hade lindriga eller inga funktionshinder alls (a.a.). Barn som är födda i graviditetsveckorna 23-37 kan på grund av sin omognad och eventuellt associerade sjukdomar behöva sjukhusvård vid en neonatalavdelning under en lång tid efter födseln. Barnets behov av sjukvård och en ofta långvarig sjukhusvistelse är mycket stressande för föräldrar och anses hämma utvecklingen av en normal relation mellan förälder och barn (Merritt, Pillers & Prows, 2003).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2§) är ”målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”. Även Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB) poängterar att vård- och behandlingsteam ska vara organiserat så att det försäkrar varje barns kontinuitet i vården (Nordisk förening för sjuka barns behov, 2005). NOBAB är en standard utarbetad i enlighet med Förenta Nationernas (FN:s) barnkonvention (Regeringskansliet & Utrikesdepartementet, 2012). Enligt NOBAB:s standard (punkt 8) skall den personal som vårdar och behandlar barn ha sådan utbildning och kompetens som krävs i vården och bemötandet av barnet och dess familj (Nordisk förening för sjuka barns behov, 2005).

Barnsjuksköterskans specialområde är hälso- och sjukvård för barn och ungdomar och deras närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). En barnsjuksköterska ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) ha fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens om omvårdnad vid livets början samt om barnets fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella utveckling. Barnsjuksköterskan ska utföra de uppgifter som ansetts för legitimerad sjuksköterska med utgångspunkt i barns och ungdomars specifika hälso- och sjukvårdspanorama och därtill arbeta utifrån FN:s barnkonvention om barns rättigheter och NOBAB:s standard (a.a.). I enlighet med de mänskliga rättigheterna och FN:s barnkonvention har Sverige skyldighet att ge alla barn rätt till sjukvård och rehabilitering för att förverkliga barnets bästa uppnåeliga hälsa (Regeringskansliet & Utrikesdepartementet, 2012). Sverige skall även sträva efter att utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt

undervisning och hjälp i familjeplaneringsfrågor (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). NOBAB beskriver att föräldrar ska få stöd i att aktivt delta i barnets vård (Nordisk förening för sjuka barns behov, 2005).

Föräldrars behov av stöd

Att bli förälder till ett för tidigt fött barn ställer föräldrarna inför en främmande värld (Fegran & Helseth, 2009) och en del beskriver upplevelsen av att komma till neonatalavdelningen som en kaotisk situation (Börlin & Ek, 2012). Den stress som föräldrarna upplever kan ibland leda till svårigheter att läsa barnets signaler och att anknyta till sitt barn (Lindberg & Öhrling, 2008). Den naturliga föräldraprocessen blir påverkad när ett barn föds för tidigt och föräldrarna är inte beredda på föräldraskapet varken psykologiskt, fysiologiskt eller emotionellt (a.a.). Föräldrars behov av information och stöd i vården av sitt för tidigt födda barn har tidigare beskrivits som viktigt för att kunna anpassa sig till den nya och främmande situation som uppstår (Börlin & Ek, 2012). Föräldrarnas delaktighet i barnets omvårdnad börjar redan vid födseln, för att så småningom kunna ta hand om sitt barn självständigt och bli utskrivna från sjukhuset (a.a.).

De allra flesta mödrar knyter an till sitt barn de första levnadsveckorna, dock finns det mödrar som inte knyter an förrän vid hemkomsten (Flacking et al., 2007). Mödrar som får stöd från sin partner och från kunnig personal på neonatalavdelningen upplever att de bättre kan hantera situationen (Lindberg & Öhrling, 2008). Faderskapet är för de flesta män en stor utmaning då känslan av kontroll försvinner och ersätts med känslor av stress, oro och frustration. Att dessutom bli far till ett för tidigt fött barn är svårt att vara förberedd inför (Lindberg, Axelsson & Öhrling, 2007). Studier har visat att fäder till mycket för tidigt födda barn genomgår en bräcklig process under de första åren efter barnets födsel (Lundqvist, Hellström-Westas & Hallström, 2013). Lundqvist och Jakobssons studie (2003) visade bland annat att support och ett aktivt deltagande tycktes hjälpa fäderna att uppleva kontroll i den obekanta situationen. Genom att uppmuntra och stödja papporna mer skulle papporna i sin tur kunna stödja sina partners övergång till moderskapet (Lundqvist, Westas & Hallström, 2007). Barnsjuksköterskan har därför en betydelsefull roll i föräldra- och barnrelationen, då hon måste anpassa sig och ta hänsyn till familjens individuella behov (Lam, Spence & Halliday, 2007; Lindberg & Öhrling, 2008; Nyström & Öhrling, 2004).

Barnhälsovården ur ett internationellt och nationellt perspektiv

Sverige är det land med lägst barnadödlighet inom Europeiska Unionen (EU) vilket relateras till den välutvecklade barnhälsovården (Wolfe et al., 2013). Även Finland och Danmark kan jämföra sig med de dessa låga siffor (a.a.). Den svenska barnhälsovården är tämligen unik i sin utformning enligt barnhälsovårdsöverläkare Kathy Falkenstein Hagander vid Kunskapscentrum för barnhälsovård Region Skåne (kontakt via e-post, 31 december 2013). Barnhälsovårdsprogram med fokus på att främja hälsa och förebygga sjukdom finns i många andra länder, men de är oftast inte lika omfattande samt under ett och samma tak som barnhälsovården i Sverige (a.a.). I USA och Tyskland ordnas exempelvis årliga hälsoundersökningar och vaccinationer genom den barnläkare familjen har kontakt med (a.a.). I Italien ansvarar främst primärvårdens barnläkare för barnets primära vård (Wolfe et al., 2013). Child Public Health Special Interest Group (CPHIG) är Storbritanniens motsvarighet till svenska BHV (CPHIG, 2013). CPHIG arbetar med barns folkhälsa där syftet är att främja barn och ungdomars hälsa, att förebygga sjukdom hos barn och ungdomar samt att främja rättvisa för barn och unga (a.a.). I Norge finns en offentlig hälsoportal som är en guide till hälso- och självbetjäningsslösningar inom sjukvården (Helsedirektoratet, 2013). Portalen ger bland annat information om förebyggande vård, hälsa, sjukdom, behandlingar och vilka rättigheter barn och ungdomar har inom hälso- och sjukvården (a.a.). Norge har även ett rekommenderat vaccinationsprogram, det så kallade Barnevaksinasjonsprogrammet Norge (Folkehelseinstituttet, 2013). Vaccineringen sker på vårdcentraler och i skolhälsovården och startar i regel vid tre månaders ålder (a.a.).

Barnhälsovården i Sverige är den enda samhällsorganisation som når i stort sett alla barn och familjer i livets tidigaste fas. Föräldrar har ett stort förtroende för verksamheten och deltagandet uppgår till omkring 99 % (Lagerberg, Magnusson & Sundelin, 2008). Barnhälsovårdens mål är att stödja föräldrar i deras föräldraskap vilket i sin tur främjar barnets utveckling (Nyström & Öhring, 2004; Rikshandboken, 2007). BHV har även en betydande roll i folkhälsoarbetet, bland annat genom vaccinationsprogrammet som ska skydda det enskilda barnet och samtidigt främja hälsan i samhället (Lagerberg et al., 2008; Rikshandboken, 2007). I sitt folkhälsoarbete är BHV skyldig att arbeta förebyggande. De vanligaste förebyggande åtgärderna är samtal och råd till föräldrarna samt amningsstöd (Lagerberg et al., 2008).

Barnsjuksköterskans roll i arbetet inom barnhälsovården

Sjuksköterskor som arbetar med barnhälsovård skall ha specialistutbildning till distriktsjuksköterska alternativt specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. En hög barnkompetens och socialmedicinsk kunskap krävs för att klara av arbetsuppgifterna inom BHV (Rikshandboken, 2007). För att bibehålla barnkompetensen, särskilt i mötet med nyfödda, bör sjuksköterskan på BHV i huvudsak arbeta med barnhälsovård, dock minst 50 % av en heltidstjänst samt ha ansvar för minst 25 stycken nyfödda barn per år. Vid ansvar för färre barn än 25 per år kan det vara svårt för BHV-sjuksköterskan att upprätthålla sin kompetens (a.a.). En barnsjuksköterska ska verka för att en god relation och ett bra samspel etableras mellan barn och närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2005). Barnsjuksköterskan ska även ha fördjupade kunskaper om anknytningsprocessen (a.a.).

Sjuksköterskan är en nyckelperson då hon utför den största delen av barnhälsovårdens arbete (Rikshandboken, 2007). Målsättningen för sjuksköterskor verksamma inom BHV är att främja barnets hälsa, trygghet och utveckling. Sjuksköterskans pediatrika kompetens skall utgå från FN:s barnkonvention (Regeringskansliet & Utrikesdepartementet, 2012). Vidare skall sjuksköterskan ha den kompetens som krävs för att se hela barnfamiljen och aktivt stärka föräldrars tilltro på sin egen kompetens och problemlösande förmåga. Arbetsuppgifterna inom BHV har successivt gått från ett övergripande somatiskt perspektiv mot ett mer folkhälsoinriktat och psykosocialt perspektiv (Rikshandboken, 2007).

De BHV-sjuksköterskor som arbetar uteslutande med barn upplever sina arbetsuppgifter som lättare jämfört med de BHV-sjuksköterskor som arbetar blandat med både barn och vuxna påvisar Magnusson, Lagerberg och Sundelin (2012) i sin studie. Vidare påvisas också att mödrar är mer nöjda och har en högre tillfredsställelse när de haft kontakt med BHV-sjuksköterskor som enbart arbetar med barn. Enligt Magnusson et al. finns starka skäl att överväga ett införande av sjuksköterskor som jobbar uteslutande med barn i BHV, särskilt i psyko- och socialt sårbara områden, för att på så sätt kunna erbjuda en effektivare och säkrare vård (a.a.).

I Nordström-Erlandssons studie (1996) uppgavs att endast 89 av 136 sjuksköterskor inom BHV hade arbetat med för tidigt födda barn med ett snitt på 2,5 barn per sjuksköterska. Att

varje sjuksköterska endast har hand om ett så litet antal för tidigt födda barn kan vara ett bekymmer inom barnhälsovården då erfarenheten blir begränsad (Lagerberg et al., 2008). Föräldrar till för tidigt födda barn upplever ibland en brist på kunskap hos BHV-sjuksköterskan gentemot det för tidigt födda barnet (Börlin & Ek, 2012). Tidigare forskning som belyser BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn är sparsamt beskrivet, varför denna studie är av intresse då den belyser fenomenet. Studiens resultat kan komma att utgöra ett underlag för fortsatt utveckling då den kan ge en nyanserad bild av BHV-sjuksköterskornas upplevelser. Förhoppningen är att studien även kan ligga till grund för potentiella förbättringar inom området.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården.

Metod

För att beskriva och få en djupare förståelse för BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn valdes en kvalitativ forskningsmetod. Syftet med kvalitativ forskning är att nå en förståelse, få en uppfattning samt att förstå samband mellan olika processer och kan användas för att undersöka personers uppfattningar, erfarenheter, upplevelser och mening i relation till ett visst fenomen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013).

Urval av undersökningsgrupp

Målgrupp för studien var specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning barn- och ungdom alternativt distriktssjuksköterskor (nedan nämnda BHV-sjuksköterskor) verksamma inom barnhälsovården i nordvästra Skåne. Ett ändamålsenligt urval användes, där deltagarna inkluderades utefter förutbestämda kriterier (Polit & Beck, 2006). För att inkluderas i studien

skulle de aktuella BHV-sjuksköterskorna arbetat minst ett år inom barnhälsovården samt mött familjer med för tidigt födda barn, dvs. barn födda före graviditetsvecka 37. Författarna fick genom divisionschefen, för regionens 27 stycken barnavårdscentraler i nordvästra Skåne, kontaktuppgifter till totalt sex verksamhetschefer. Dessa kontakter resulterade i sin tur i kontaktuppgifter till 21 stycken BHV-sjuksköterskor. Därutöver fick författarna kontaktuppgifter till ytterligare två BHV-sjuksköterskor genom två av de sjuksköterskor som tillfrågades. Samtliga sjuksköterskor kontaktades per mail. Totalt tillfrågades 23 stycken BHV-sjuksköterskor, på sju stycken barnhälsovårdscentraler, om de var intresserade av att delta i studien. Sammanlagt valde tolv sjuksköterskor att medverka i studien och elva stycken valde att avstå. Två av de tillfrågade sjuksköterskorna, som önskade medverka, uppfyllde dock inte inklusionskriterierna. Författarna valde att exkludera de barnhälsovårdscentraler som bedrivs utanför Region Skånes regi samt barnhälsovårdscentralerna på författarnas egna hemorter på grund av personliga relationer.

Den geografiska spridningen bland deltagarna var jämnt fördelad över nordvästra Skåne. Deltagarna i studien arbetade på barnhälsovårdscentraler i både landsbygd och städer. Studien inkluderade även barnavårdscentraler på platser med ett högt antal utlandsfödda invånare. Samtliga deltagare var kvinnor och åldern varierade mellan 33-60 år, medianålder var 51 år och antal år inom yrket som sjuksköterska varierade mellan 6-38 år med ett medianvärde på 30 år. Tre av deltagarna var specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning barn- och ungdom och fem stycken var distriktssjuksköterskor. En sjuksköterska hade båda specialistutbildningarna. Antal år som specialistutbildad sjuksköterska varierade mellan 2,5-31,5 år med en median på 11 år och antal år inom barnhälsovården varierade mellan 2-28 år, median 11 år. Fyra BHV-sjuksköterskor hade tidigare erfarenhet av arbete med barn, inom t ex. skolhälsovård, barnsjukvård och neonatalvård.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

För att granska och tolka materialet från datainsamlingen valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim & Lundman, 2012). Denna analysmetod är tidigare ofta använd inom omvårdnadsforskning (Santamäki Fischer, Nygren, Lundman & Norberg, 2007). Vid kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på tolkning av texter och att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet

(Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim & Lundman, 2012). Analysmetoden är applicerbar på olika slags texter. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om upplevelser (a.a.).

Genomförande av datainsamling

Inledningsvis tog författarna kontakt med divisionschefen för regionens vårdcentraler i nordvästra Skåne (bilaga 1), som godkände studiens genomförande. Divisionschefen förmedlade kontaktuppgifter till ett antal verksamhetschefer för vårdcentraler i nordvästra Skåne. Verksamhetscheferna erhöll ett informationsbrev (bilaga 2) och tillfrågades om de var villiga att agera som mellanhand mellan BHV-sjuksköterskorna och författarna. Sex verksamhetschefer agerade mellanhänder vilket innebar att de förmedlade och begränsade de antal kontakter som togs mellan författarna och för studien aktuella BHV-sjuksköterskor. BHV-sjuksköterskorna erhöll ett informationsbrev (bilaga 3). Tio stycken BHV-sjuksköterskor intervjuades. Två av dessa intervjuer utfördes som pilotintervjuer varav endast den ena inkluderades i studien. Slutligen inkluderades nio intervjuer i studiens resultat.

Samtliga intervjuer utfördes under hösten 2013. Tid och plats för intervjun bestämdes utifrån deltagarnas önskemål och efter överenskommelse. Halvstrukturerade intervjuer med öppna frågor genomfördes med en deltagare i taget. I denna form av intervju sätter intervjuaren de tematiska ramarna för innehållet men lämnar stort utrymme för respondenten att själv styra intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna informerade återigen deltagarna muntligen om konfidentialitet och innan intervjuerna startade ombads deltagarna att skriva under en samtyckesblankett (bilaga 4). Deltagarna erhöll även information om författarnas yrkesbakgrund. Bakgrundfakta om BHV-sjuksköterskorna samlades också in via en blankett som BHV-sjuksköterskorna själva fyllde i (bilaga 5). Kunskap om deltagarnas kön, ålder, utbildning och andra förhållande som är av betydelse för studiens syfte är en förutsättning för tolkningen (Graneheim & Lundman, 2012).

Författarna utförde inledningsvis två pilotintervjuer med stöd av en egenutformad intervjuguide (bilaga 6). Inför den andra pilotintervjun hade författarna fört diskussioner kring intervjutekniken då denna inte upplevdes optimal vid den första pilotintervjun. Intervjuerna bandades och skrevs ut ordagrant. Därefter diskuterades materialet tillsammans med

författarnas handledare för bedömning av pilotintervjuernas kvalitet. Kvalitén på den första intervjun ansågs svag varvid intervjun uteslöts från studiens resultat. Den andra pilotintervjuns kvalitet bedömdes som god och intervjun valdes att inkluderas i studiens resultat. Därefter bearbetades och förbättrades den tidigare intervjuguiden för att utgöra grund för resterande intervjuer (bilaga 7). Intervjuerna varade mellan 33- 49 minuter och medianvärdet var 38 minuter. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats med undantag för en intervju där deltagaren hade önskemål om att bli intervjuad i sitt hem. Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer och författarna turades om att leda intervjun. Den som inte ledde intervjun lyssnade aktivt och ställde vid behov följdfrågor. Intervjutekniken inspirerades av Kvale och Brinkmann (2009) och deras olika typer av intervjufrågor. Samtliga intervjuer började med en inledande fråga: ”Hur upplever du som sjuksköterska det är att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården?”. Frågan följdes sedan av olika teman enligt författarnas intervjuguide (bilaga 7). Deltagarnas svar styrde intervjuns innehåll. Uppföljningsfrågor ställdes i den mån det behövdes och kunde exempelvis ställas genom en nyfiken fråga alternativt genom en nick med huvudet eller ett bekräftande ”mm” (Kvale och Brinkmann, 2009). Författarna använde sig även av sonderande frågor som exempelvis ”Kan du ge något exempel på det?” och indirekta frågor såsom ”Hur tog föräldrarna emot det?”. I enstaka fall ställdes även tolkande frågor som exempelvis ”Jag upplever att du ..., är det rätt uppfattat?”. Dessa frågor ställdes för att klargöra vad deltagarna hade erfårit och upplevt och för att uppnå ett djup i intervjuerna (a.a.).

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna bandades och skrevs ut ordagrant samt kodades för att avidentifiera deltagarna. Analysprocessen startade redan under datainsamlingen, dock inleddes inte analysarbetet förrän samtliga intervjuer var utförda. Analysen inspirerades av Graneheim och Lundman (2004; 2012). Samtliga intervjuer sågs som en analysenhet. Analysen inleddes med att författarna läste igenom det utskrivna intervjumaterialet i sin helhet var för sig för att inte påverkas av varandra, så kallad naiv läsning. En text som är föremål för analys bör ses i sitt sammanhang och tolkning bör göras med medvetenhet om intervjupersonernas personliga historia (Graneheim & Lundman, 2012), varför deltagarnas bakgrundsfakta togs i beaktning.

Efter den naiva läsningen skrev författarna en kort individuell sammanfattning av varje intervju, där författarnas intryck framgick. Därefter diskuterades materialet sinsemellan författarna och deras gemensamma fynd skrevs ner. Samtliga intervjuer lästes därefter igenom individuellt och noggrant för att identifiera meningsbärande enheter. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten som kan utgöras av ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna kondenserades och abstraherades av författarna. Kondensering innebär en process som gör texten kortare samtidigt som det centrala begreppet bevaras. Att abstrahera avser att lyfta innehållet till en högre logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Därefter försågs meningsenheterna med koder, som kort beskriver dess innehåll, i ett analyschema. Varje intervju tilldelades ett separat analyschema (se exempel på analyschema, bilaga 8). Flera koder med liknande innehåll utgjorde sedan en kategori där skillnader och likheter uttrycks (Graneheim & Lundman, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Studiens resultat redovisas i olika kategorier med tillhörande subkategorier. Ibland används citat av deltagarna för att ytterligare förstärka studiens resultat. Citat kan öka arbetets giltighet eftersom läsaren då har större möjlighet att fördjupa sig i resultatet (Graneheim & Lundman, 2012).

Etisk avvägning

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) gav sitt utlåtande och godkännande av studien den 17 juni 2013 (VEN 91-13). Även divisionschefen för regionens vårdcentraler i nordvästra Skåne gav sitt skriftliga godkännande till genomförandet av studien den 4 juni 2013.

Enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008) måste allt deltagande i forskningsprojekt vara frivilligt och respondenterna måste vara informerade och ha förstått den givna informationen. Endast om sannolikheten är rimlig att de personer som är föremål för forskning kan dra nytta av de erhållna forskningsresultaten är forskningen berättigad (a.a.). Enligt Vetenskapsrådets riktlinjer bör följande fyra krav beaktas vid empiriska studier; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Ejlertsson, 2005). Informationskravet innebär att deltagarna i undersökningen informeras grundligt om dess syfte och att det är frivilligt. Samtyckeskravet innebär att samtycke till medverkan måste ges och att påtryckningar inte får utövas. Det tredje kravet, konfidentialitetskravet innebär att

alla uppgifter ska hanteras med största möjliga konfidentialitet och att ingen enskild individ ska kunna identifieras av utomstående. Nyttjandekravet, som är det sista kravet, innebär att det insamlade materialet endast får användas för det ändamål som intervjuerna avser (a.a.). Exempel på etiska frågor som bör övervägas i början av en intervjuundersökning är: ”Vilka konsekvenser får undersökningen för dem som deltar i den?” samt ”Hur kommer forskarens roll att påverka undersökningen?” (Kvale och Brinkmann, 2009). Ett resonemang har förts mellan författarna kring dessa frågor och författarna har bedömt eventuella risker för studiens deltagare som små eller inga, då författarna skyddade deltagarna genom att garantera dem konfidentialitet. Deltagarna var inte heller på något sätt i beroendeställning till författarna. Förhoppningsvis kommer studiens resultat att utgöra nytta i framtiden för sjuksköterskor inom barnhälsovården. Författarnas roll kan möjligtvis ha påverkat deltagarna vilket diskuteras ytterligare i studiens diskussion av vald metod.

Innan varje intervju genomfördes informerades deltagarna om studiens syfte, författarnas bakgrund, att deltagandet är helt frivilligt, deras rätt att avbryta intervjun när som helst samt att konfidentialitet garanteras. Samtliga deltagare lämnade in en påskriven samtyckesblankett till författarna innan intervjuerna påbörjades. Deltagare informerades även om att det inspelade materialet kommer att användas till avsedd studie och att de kommer erhålla var sitt exemplar av uppsatsen när den examinerats. Därefter påbörjades inspelningen av intervjuerna. All information som framkom ur intervjuerna behandlades konfidentiellt. Inspelningen av intervjuerna förvarades på författarnas datorer och skyddades med lösenord så att ingen obehörig kunde ta del av den. Inspelat material raderades därefter direkt. De datorskrivna dokumenten skyddades också med lösenord som endast författarna kände till. Ett kodsysteem användes på det utskrivna materialet, som förvarades inlåsta i författarnas hem, för att avidentifiera och skydda respondenterna. Även kodlistorna med deltagarnas namn förvarades krypterad på författarnas datorer. Efter att arbetet har slutförts kommer materialet att förstöras och resultatet av studien redovisas så att ingen kan identifieras. Respondenterna informerades om att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens pågående utan att ange anledning.

Förförståelse

Förförståelse beskrivs av Graneheim & Lundman (2012) som den bild forskarna har av det fenomen som studeras. Detta inkluderar bland annat teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter, men också förutfattade meningar. Enligt Graneheim och Lundman (2012) sätter förförståelsen sin prägel på analysen och påverkar studiens trovärdighet. Genom att utnyttja sin förförståelse under forskningsprocessen finns möjlighet att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse (a.a.). Författarna har genom sitt arbete som sjuksköterskor vid en neonatalavdelning stundtals upplevt en viss osäkerhet hos BHV-sjuksköterskor i samband med överrapportering och utskrivning från neonatalavdelningen till barnhälsovården. Det upplevs som att osäkerheten ökar ju mer för tidigt fött barnet är. Författarnas teoretiska förförståelse utgjordes av olika typer av informationskällor som belyser fenomenet, däribland vetenskapliga artiklar samt annan litteratur som berör området.

Den erfarenhetsbaserade förförståelsen som författarna bar med sig in i denna studie grundar sig i sex respektive fyra år som kliniskt verksamma sjuksköterskor inom neonatalvården. Båda författarna arbetar som sjuksköterskor på neonatalavdelningen vid Helsingborgs lasarett som vårdar sjuka nyfödda och för tidigt födda barn från födelsevecka 28. Privat har ingen av författarna någon tidigare erfarenhet av barnhälsovården. I försök att undvika förutfattade meningar har författarna fört löpande diskussioner kring sin förförståelse. Diskussionerna har även syftat till att öka författarnas medvetenhet om sin förståelse.

Resultat

Studiens resultat beskrivs i tre olika kategorier med tillhörande subkategorier, vilka redovisas nedan (tabell 1). I resultatet benämns BHV-sjuksköterskan som sjuksköterskan för att göra texten mer lättläst och undvika upprepningar. I kategorin *Olika utgångspunkter i mötet* framkom att sjuksköterskor upplevde mötet positivt men samtidigt skrämmande och att tidigare erfarenheter underlättade mötet. Kategorin *Att anpassa sig efter familjens behov* speglar sjuksköterskornas upplevelser av att familjer med för tidigt födda barn hade andra var utmanande och tidskrävande inom barnhälsovården. *Behov av samverkan* återger att

barnhälsovårdens resurstillgång var en trygghet för sjuksköterskorna, dock efterfrågades fler barnläkare.

Tabell 1. Kategorier och subkategorier

Olika utgångspunkter i mötet	Att anpassa sig efter familjens behov	Behov av samverkan
<i>Positivt men samtidigt skrämmande</i>	<i>Ängsliga och tidskrävande men samtidigt kunniga föräldrar</i>	<i>Samverkan över gränserna skapar trygghet</i>
<i>Erfarenhet och utbildning gör skillnad</i>	<i>Det för tidigt födda barnet skiljer sig från det fullgångna</i>	<i>Barnläkare är efterfrågade och uppskattade</i> <i>Övergångens utformning har betydelse för det fortsatta arbetet</i>

Olika utgångspunkter i mötet

Sjuksköterskorna upplevde blandade känslor i mötet med familjer med för tidigt födda barn och deras tidigare erfarenheter verkade inverka på hur de hanterade situationen.

Positivt men samtidigt skrämmande

Sjuksköterskorna som medverkade i studien upplevde mötet med familjer med för tidigt födda barn som positivt. De beskrev mötet som spännande, lärorikt, roligt, berikande eller som en känsla av glädje och ödmjukhet. Samtidigt upplevdes ibland mötet som svårt och obehagligt eftersom föräldrarna många gånger hade skapat en väldigt intim och nära kontakt med personalen på neonatalavdelningen. Detta ställde krav på sjuksköterskan som behövde skapa en ny relation med familjen. Vidare beskrev sjuksköterskorna att de lätt kunde bli stressade inför mötet med familjer med för tidigt födda barn. ”... jag blir lätt lite stressad när vi ska träffas. Det tycker jag nog. För att jag vet ju inte vilka frågor som kommer eller vad det är...” (Kod 13).

Ibland upplevde sjuksköterskorna en oro inför mötet med familjerna. Oron grundade sig i att de för tidigt födda barnen var väldigt små och det fanns en rädsla för att missa avvikelser hos barnen eller göra något som var fel. Ibland upplevde sjuksköterskorna att de fick hålla tillbaka sin egen oro i arbetet med de för tidigt födda barnen för att inte framkalla oro hos föräldrarna. Sjuksköterskorna uttryckte att de ibland behövde vara på sin vakt samt väga sina ord noga eftersom ett litet förflugit ord lätt kunde fastna och bli väldigt stort för föräldrarna. Sjuksköterskorna uppgav att de var mer observanta på just de små barnen. Sjuksköterskorna inom barnhälsovården uppgav emellertid att de inte alltid upplevde oro eller obehag i mötet med familjer med för tidigt födda barn.

... det är klart att det är lite, man kanske kan känna lite oro. Kanske inte nu, efter så många år men... men i början var det ju mer att man inte gjorde något som var fel eller missade någonting eller så, det är man ju alltid orolig för, i alla lägen... man vill, man ska ju inte missa någon avvikelse eller så (Kod 15).

Sjuksköterskorna upplevde att de endast mötte ett få antal familjer med för tidigt födda barn per år. Ibland kunde det gå upp till något år utan att sjuksköterskorna mötte dessa familjer, vilket kunde göra det svårt att upprätthålla kompetensen. Att möta ett så få antal familjer gjorde att situationen upplevdes som ovan. Sjuksköterskorna uttryckte ibland lättnad över att det var så pass ovanligt att möta familjer med för tidigt födda barn.

Erfarenhet och utbildning gör skillnad

Sjuksköterskorna upplevde att en lång erfarenhet inom yrket skapade trygghet för dem själva och underlättade arbetet med de för tidigt födda barnen och deras familjer. ”... Men det är klart att ju mer erfarenhet man har, ju fler man möter, ju tryggare blir man i sig själv också ju...” (Kod 15).

Sjuksköterskor som tidigare arbetat på neonatal upplevde att deras erfarenhet skapade en ökad trygghet för föräldrarna när de blev varse om deras erfarenhet. Den tidigare erfarenheten skapade också trygghet för dem själva i sin yrkesroll inom barnhälsovården och bidrog till att skapa förtroende hos föräldrarna. Arbetet upplevdes då som mindre svårt och ibland kunde sjuksköterskorna till och med uppleva mötet med för tidigt födda barn och deras familjer som lättare än andra möten.

... jag tycker jag kan möta dom föräldrarna på ett mycket bättre sätt än andra familjer som inte har legat på neo, eftersom jag har erfarenheter från neo. Jag vet precis vad dom pratar om, vad om har varit med om. Jag är inte nervös eller orolig för att möta dessa föräldrar som kanske andra kan vara. Tvärtom så känner jag mig mer trygg med att möta dessa föräldrarna som kommer från neo (Kod 16).

Mötet med dessa familjer väckte mycket känslor hos sjuksköterskor som själva fått för tidigt födda barn och de uttryckte att de därigenom hade fått en större förståelse för vad familjerna gått igenom. Bland annat kunde sjuksköterskorna känna igen sig i föräldrarnas frågeställningar och funderingar. Sjuksköterskornas personliga erfarenheter gjorde också att de kunde sätta sig in i familjernas situation, och lättare förstå föräldrarnas känslor och upplevelser.

Sjuksköterskorna upplevde att de saknade utbildning om de för tidigt födda barnen, framför allt i sin specialistutbildning. De betonade att det mycket sällan fanns utbildningar i ämnet inom barnhälsovården och att information om för tidigt födda barn kunde vara svår att finna. Det faktum att de själva behövde ta reda på information upplevdes som stressande. Sjuksköterskorna upplevde också att arbetet med de för tidigt födda barnen och deras familjer krävde en ständig kompetensutveckling och de uttryckte ett behov av att vara uppdaterade.

... Jag tänker som såhär, att detta är ett område där det kommer mycket ny kunskap hela tiden så att även om jag hade ett barn för sex månader sen och får besked om att nu är här en som är född 7,5 veckor för tidigt och nu har du några veckor till på dig innan de kommer, då kan inte jag förlita mig på det som hände för sex månader sen, utan då måste jag gå in och läsa igen. Jag försöker tänka så, för det händer så jättemycket (Kod 13).

Barnhälsovårdens tillgång till skrivet material om för tidigt födda barn upplevdes som något begränsad av sjuksköterskorna. I viss mån upplevde sjuksköterskorna att det fanns litteratur att tillgå, men oftast gjorde de själva sökningar på internetsidor som exempelvis 1177.se, Mina vårdkontakter och Rikshandboken. Sjuksköterskorna beskrev framför allt att det saknades information om för tidigt födda barn i Rikshandboken.

Att anpassa sig efter familjens behov

Sjuksköterskorna som deltog i studien upplevde att familjer med för tidigt födda barn hade andra behov inom barnhälsovården än övriga familjer.

Ängsliga och tidskrävande men samtidigt kunniga föräldrar

Sjuksköterskorna upplevde att föräldrar till för tidigt födda barn många gånger var oroliga och rädda. De vanligaste förekommande orosmoment var enligt sjuksköterskorna oro för barnets tillväxt, utveckling, eventuella bestående skador, infektioner samt oro för framtiden.

Sjuksköterskorna upplevde även att en del föräldrar varit rädda för att mista sitt barn och ibland beskrevs föräldrar till för tidigt födda barn som mer utelämnade och sårbara än andra föräldrar. Upplevelserna av om dessa föräldrar var oroligare än andra föräldrar skiljde sig dock från sjuksköterska till sjuksköterska då det även fanns upplevelser av att föräldrar till för tidigt födda barn inte var oroligare än andra föräldrar.

Sjuksköterskorna upplevde ibland föräldrar till för tidigt födda barn som stressade. Dels utsattes föräldrarna för stress av det faktum att situationen var oförutsedd och att barnet var så litet men även allt som skulle hinnas med, exempelvis besök hos olika läkare.

Sjuksköterskorna beskrev vidare att föräldrar till för tidigt födda barn många gånger var känsligare än andra föräldrar. De ansåg att föräldrarna ibland hängde upp sig och fastnade i små detaljer som blev väldigt stora i föräldrarnas ögon.

Sjuksköterskorna upplevde familjer med för tidigt födda barn som en ökad belastning eftersom de hade behov av mer tid än andra familjer inom barnhälsovården. Detta innebar fler telefonsamtal, fler och längre besök samt fler hembesök. Många föräldrar hade enligt sjuksköterskorna svårt att "klippa navelsträngen" från vården. Svårigheten upplevdes vara att släppa neonatalavdelningens rutiner och att anpassa sig efter barnhälsovårdens arbetssätt. De upplevde även att föräldrar till för tidigt födda barn hade fler frågor vilket var tidskrävande och mycket tid lades på att lugna föräldrarna. Information som gavs inom barnhälsovården ofta behövde ges upprepade gånger. Sjuksköterskorna försökte dock undvika att ge föräldrarna för mycket råd som de inte bad om. Vidare upplevde de att föräldrarna fokuserade mycket på barnens vikt och det uppfattades som att dessa föräldrar ville väga barnet mer frekvent än andra föräldrar. Tätare kontakter med barnhälsovården upplevdes därför som ett uttalat behov hos dessa familjer. Sjuksköterskorna uppgav att de avsatte mera tid vid besök och kontroller, dels för föräldrarna och dels för sin egen skull. De upplevde oftast att de hade stöd från chefen samt utrymme i sitt arbete för att kunna tillmötesgå familjerna och ge dem den tid som krävdes. Dock uppgav sjuksköterskorna att de den senaste tiden haft en ökad arbetsbelastning vilket därmed gjorde det svårare att finna tid för ändamålet. Som kontrast

uppgavs ibland att dessa familjer inte behövde avsättas mer tid eller fler besök inom barnhälsovården än andra familjer. När sjuksköterskorna var lättillgängliga för föräldrarna upplevde de att familjerna blev tryggare.

Sjuksköterskorna upplevde att föräldrar till för tidigt födda barn hade olika behov av stöd, exempelvis stöd efter traumatiska förlossningar, fortsatt stöd från neonatal eller stöd i att tolka barnets signaler. Behov av att prata och bearbeta tidigare händelser och upplevelser var också ett behov som sjuksköterskorna upplevde att familjer med för tidigt födda barn hade i större utsträckning. Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att ta sig tid att lyssna på föräldrarna samt låta dem berätta om sin oro, vilka behov de hade och därefter stötta dem i det. Att lägga ner mycket tid och engagemang på familjen i början ansågs som viktigt, eftersom detta kunde leda till ett bra föräldraskap och en god relation till barnet. Det krävdes också en lyhördhet i mötet med familjerna där deras oro togs på allvar.

... jag vill jättegärna veta vad dom har varit med om så att jag kan möta dom på ett bra sätt och jag tror att det är viktigt för dom att veta att jag vet vad dom har varit med om. Jag tror att det förebygger mycket oro, att inte föräldrarna ska bli så oroliga framöver. Man bygger upp ett företroende för varandra... (Kod 16).

Föräldrar till för tidigt födda barn upplevdes många gånger vara duktiga och pålästa med mycket kunskap om sina barn. Sjuksköterskorna upplevde att dessa föräldrar hanterade situationen de hamnat i väl. Föräldrarnas förmåga att hantera situationen upplevdes bero på föräldrarnas bakgrund, tidigare erfarenheter och personliga egenskaper. Ofta upplevde sjuksköterskorna att föräldrarna uppfattade sina barns särskilda behov och anpassade sig väl efter dem. ”... jag är riktigt imponerad, dom går in i sin roll väldigt fort” (Kod 20).

Det för tidigt födda barnet skiljer sig från det fullgångna

Sjuksköterskorna upplevde att de för tidigt födda barnens behov skiljde sig från andra barns behov. Barnens särskilda behov ställdes oftast i relation till hur mycket för tidigt födda barnen var.

... Men sen är där ju dom som är födda i vecka 35-36, det är ju varje år man har något sånt barn. Men där är ju inte samma problematik, upplever jag. Jag tycker ju att det är mest dom som är under vecka 30 kan vi säga. Där är ju den största utmaningen (Kod 15).

Sjuksköterskorna upplevde de för tidigt födda barnen som mer känsliga än andra barn och att det fanns ett större behov av lugn och ro. Barnen upplevdes vara känsligare för ljud och ljus samt ha en känsligare hud. De för tidigt födda barnen upplevdes ibland även som betydligt lugnare och stillsammare än fullgångna barn. Vidare upplevde sjuksköterskorna att de för tidigt födda barnen hade ett stort behov av värme, närhet och hudkontakt med sina föräldrar eftersom det gav barnen trygghet. Sjuksköterskorna upplevde att barnen var skörare än fullgånga barn, de behövde bland annat skyddas extra mycket mot infektioner.

Ibland upplevde sjuksköterskorna vissa bekymmer kring matsituationen hos de för tidigt födda barnen och ansåg att de kunde ha en tendens att sätta maten i halsen. Det kunde också finnas problem med magont hos de barn som åt på flaska istället för att ammas. Dock skiljde sig sjuksköterskornas upplevelse åt i denna fråga då det ibland uppfattades som att barn som varit inneliggande på neonatalavdelningen sällan eller aldrig hade uppfödningssvårigheter.

Behov av samverkan

Sjuksköterskorna uttryckte tydligt ett behov av samverkan med andra yrkesgrupper inom barnhälsovården för att känna trygghet i arbetet. En väl ordnad övergång från neonatalavdelningen till barnhälsovården upplevdes också som betydelsefull.

Samverkan över gränserna skapar trygghet

Sjuksköterskorna upplevde att de hade god tillgång till stöd från diverse olika resurser inom barnhälsovården. Ett väl fungerande samarbete med andra yrkeskategorier såsom socionomer, barnhälsovårdpsykologer, kuratorer, läkare och olika neonatalavdelningar skapade trygghet i arbetet med familjer med för tidigt födda barn och gav sjuksköterskorna en möjlighet att hjälpa familjerna vidare till andra vårdgivare. Möjligheten att kunna presentera de olika resurser som barnhälsovården hade tillgång till för föräldrarna upplevdes som positiv. Sjuksköterskorna nämnde dock att även om de hade en god tillgång till olika resurser så var det mycket upp till sjuksköterskorna själva att upprätthålla dessa kontakter.

Sjuksköterskorna upplevde att de hade ett gott samarbetet med exempelvis barnmottagningen i närområdet. Ett väl fungerande samarbete med barnmottagningen och deras barnläkare skapade en extra trygghet eftersom sjuksköterskorna då snabbt kunde hjälpa familjerna med att exempelvis få en tid till barnläkarna. Sjuksköterskorna upplevde även att samarbetet mellan neonatal och barnhälsovården fungerade bra och de kände sig välkomna att ta kontakt med neonatal via telefon. Möjlighet att ta kontakt och prata med någon på neonatal beskrevs som ett viktigt stöd som underlättade och gjorde att arbetet fungerade bättre för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna uppgav att tryggheten ökade för både familjen, barnet och för sjuksköterskorna själva i de fall då barnen följdes upp på en neonatalmottagning. ”... det är ju mycket i samverkan, jag kan inte göra allt på egen hand, utan det bygger mycket på att vi har en möjlighet – det här att ta kontakt...” (Kod 13).

Ibland upplevde sjuksköterskorna att det var svårt att få tag på personal på neonatalavdelningen samt svårt att få kontakt med ”rätt” personal när det fanns behov av mer information om barnet. Svårigheten låg framför allt i att hitta personal som kände till det aktuella barnet då det är ett konstant flöde av patienter på neonatalavdelningen.

Barnläkare är efterfrågade och uppskattade

Sjuksköterskorna upplevde att barnhälsovården i många fall hade en bristande tillgång på barnläkare. På vissa ställen fanns det enbart allmän- distrikts- och/eller ST-läkare att tillgå, vilket upplevdes obekvämt och som en stor skillnad jämfört med om de hade haft tillgång till barnläkare. Vidare upplevde sjuksköterskorna att det skapades en oro i mötet med familjer med för tidigt födda barn när sjuksköterskorna var osäkra på någonting och inte kunde få tag i någon läkare som var intresserad av att hjälpa till. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns bristande erfarenheter vad gäller de för tidigt födda barnen hos en del allmänläkare och distriktsläkare i barnhälsovården. ”... dom klarar ju av dom friska fullgångna barnen., men dom klarar inte av dom prematura barnen, utan där får vi ju ha en dialog...” (Kod 14).

Sjuksköterskorna beskrev vidare att samarbetet med läkarna ofta brast när läkarna hade bristande kunskap om för tidigt födda barn. I de fall där det inte fanns något fungerande samarbete med en barnläkare upplevde sjuksköterskorna ensamhet i sitt arbete. De sjuksköterskor som hade barnläkare knutna till sig upplevde att det var en stor tillgång. Hos

de sjuksköterskor som hade tillgång till duktiga och intresserade läkare underlättades samarbetet. När föräldrarna hade frågor om exempelvis barnets utveckling underlättade det för sjuksköterskorna att kunna lämna över den biten till en läkare. På så vis upplevde sjuksköterskorna att föräldrarnas frågeställningar blev korrekt besvarade. ”... Vi har faktiskt en fördel här på vår BVC nu för vi har barnläkare” (Kod 17).

Övergångens utformning har betydelse för det fortsatta arbetet

Sjuksköterskorna upplevde att ett gemensamt hembesök ägde rum tillsammans med familj och hemsjukvårdspersonal från neonatalavdelningen innan barnet skrevs ut till barnhälsovården. Hembesöket upplevdes som positivt av sjuksköterskorna då det gav både dem själva och föräldrarna ett gott stöd. ”... Och det är viktigt för föräldrarna liksom, ett avslut från slutenvården och där vi tar över och att VI kan liksom träffas och prata ihop med föräldrarna, jag tycker det är jätteviktigt” (Kod 20).

Genom att bli väl förberedd på att ta emot en familj med ett för tidigt fött barn skapades en trygghet för sjuksköterskorna i arbetet med dessa familjer. Sjuksköterskorna upplevde att övergången från neonatalavdelningen till barnhälsovården fungerade väl när de fått en bra överrapportering om familjen. Sjuksköterskorna upplevde vidare att övergången underlättades om överrapporteringen förekom i form av epikris, telefonsamtal och ett gemensamt hembesök tillsammans med hemsjukvårdspersonal. Att få en tidig ”vink” från personal på neonatal upplevdes som positivt eftersom detta gav möjlighet att prata med personalen och ställa eventuella frågor som senare kunde underlätta i mötet med familjerna. Detta gjorde att sjuksköterskorna i god tid kunde bilda sig en uppfattning om barnet vilket upplevdes som viktigt för det fortsatta arbetet. Dock upplevde sjuksköterskorna ibland att det inte utfördes någon ordentlig överrapportering inför utskrivningen från neonatalavdelningens sida och att en del familjer var oförberedda inför hemgång. När familjerna, enligt sjuksköterskorna, blev utskrivna alltför tidigt upplevdes detta resultera i ytterligare arbetsbelastning för sjuksköterskan i mötet med familjen. ”... dom blir oroligare föräldrarna, mycket! Det kräver mycket mer utav mig. Det kräver mycket mer tid utav mig, det kräver mycket mer engagemang utav mig (Kod 14).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Då syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården valdes en kvalitativ metod. När syftet med en studie är att undersöka och skapa en djupare förståelse för en persons subjektiva upplevelser är det lämpligt att använda sig av kvalitativa forskningsmetoder (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013). En halvstrukturerad kvalitativ intervju användes då syftet med kvalitativa forskningsintervjuer (Kvale och Brinkmann, 2009, s. 39) ”är att förstå ämnen från den levda vardagsvärlden ur den intervjuades eget perspektiv”. Den halvstrukturerade intervjun med en intervjuguide som fokuserade på olika teman upplevdes av författarna som ett passande och väl fungerande instrument. För att analysera det insamlade materialet användes kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004; 2012).

Hur pass trovärdigt en kvalitativ studies resultat är grundar sig i begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2012). Giltighet handlar om hur sanna resultaten är (a.a.). För att öka sanningshalten i studiens resultat genomfördes analysarbetets samtliga delar gemensamt av författarna, bortsett från de meningsbärande enheterna som plockades ut var för sig. Under analysprocessens gång gick författarna vid upprepade tillfällen tillbaka till intervjumaterialet för att förstå och minnas textens sammanhang. För att förstå en texts sammanhang måste textens innehåll förstås utifrån den text som kommer före och efter. Detta innebär att delar av en text inte kan plockas ut utan hänsyn till sitt sammanhang (Graneheim & Lundman, 2012). För att säkra studiens giltighet har löpande diskussioner förts med författarnas handledare kring analysarbetets form och kvalitet.

För att stärka studiens tillförlitlighet är en noggrann beskrivning av analysarbetet nödvändig (a.a.). Därför beskrevs urval, deltagare, datainsamling och analys tydligt. Att tydligt beskriva dessa delar är nödvändigt för att läsaren ska ges möjlighet att bedöma studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2012). Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras på andra grupper eller situationer (Polit & Beck, 2006). Majoriteten av deltagarna i

studien hade många yrkesverksamma år som sjuksköterskor samt en lång erfarenhet av barnhälsovården. Det fanns dock en variation avseende antalet år inom barnhälsovården, där några enstaka sjuksköterskor hade arbetat betydligt färre år än majoriteten, med en skillnad på som mest 26 år. Med tanke på urvalsgruppens geografiska spridning och variation av ålder, antal år inom BHV samt deras yrkesmässiga och personliga erfarenheter anses denna studies resultat vara överförbart på likande grupper i Sverige. Dock inkluderades inga nyutexaminerade specialistutbildade sjuksköterskor och inte heller sjuksköterskor som ej tidigare mött familjer med för tidigt födda barn, vilket gör att studiens resultat inte kan överföras till dessa grupper. Inga män valde att delta i studien trots att inklusionskriterierna inte var formade för att utesluta män och trots att det fanns enstaka män bland de tillfrågade sjuksköterskorna. Eventuellt hade resultatet kunnat bli annorlunda om även manliga sjuksköterskor deltagit.

Enligt Graneheim och Lundman (2012) handlar trovärdighet även om huruvida forskarens förförståelse satt sin prägel på analysen. Det finns en risk att författarnas förförståelse omedvetet kan ha påverkat tolkningen av det insamlade materialet, då deras tidigare förförståelse stundtals bekräftades. Det finns därför en risk att förförståelsen påverkat hur resultatet i föreliggande studie beskrivits. Författarna har fört diskussioner kring om deras förförståelse och bakgrund kan ha påverkat svaren i intervjuerna då samtliga deltagare var medvetna om författarnas bakgrund som sjuksköterskor på en neonatalavdelning. Det var aldrig författarnas avsikt att påverka deltagarna men det skulle kunna påverka deltagarna och deras förhållningssätt under intervjuerna. För att minska risken att påverka deltagarna var författarna medvetna om sin förförståelse och använde ett neutralt förhållningssätt i intervjuerna. Kanske har vetskapen om författarnas bakgrund inneburit att deltagarna gett förfinade svar eller visat ett större intresse för studiens ämne än de i realiteten har.

Totalt genomförde författarna tio intervjuer, varav två pilotintervjuer. Mellan de två pilotintervjuerna diskuterade författarna den intervjuteknik som använts. Justeringar i intervjutekniken gjordes inför den andra intervjun och båda författarna upplevde att intervjutekniken blev bättre. Förändringarna medförde att pilotintervju nummer två bedömdes som starkare än den första pga. förbättrad teknik och mindre nervositet hos författarna. Författarna valde att utesluta den första pilotintervjun ur studien efter genomläsning och granskning. Denna intervjus kvalité ansågs vara alltför svag då intervjun hade ett felaktigt fokus samt flera ledande frågor. Pilotintervjuerna bidrog till att intervjuguiden reviderades

inför resterande åtta intervjuer. Författarna gjorde bedömningen att de nio intervjuerna som slutligen inkluderades i studien var tillfredsställande med tanke på kvaliteten och det analysmaterial som erhöles. Då författarna upplevde att det fanns ett djup i genomförda intervjuerna och att dessa innehöll ett rikt material bedömdes de nio intervjuerna vara tillräckliga för att svara på studiens syfte. På frågan hur många intervjupersoner som behövs i kvalitativa intervjuer svarar Kvale och Brinkmann (2009, s. 129): ”intervjua så många personer som behövs för att ta reda på vad du behöver veta”. Antalet deltagare som erfordras beror framförallt på undersökningens syfte (a.a.).

Båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer vilket innebar en ökad möjlighet till observation under samtalet, vilket prioriterades av författarna. Detta innebar också att alla deltagare fick likartade uppföljningsfrågor. Om intervjuerna genomförts av endast en författare och författarna hade turats om att utföra intervjuerna hade detta kunnat medföra möjligheten att olika deltagare får olika uppföljningsfrågor vilket således ökar möjligheten ökat att få större variationer i deltagarnas upplevelse (Graneheim & Lundman, 2012). Att båda författarna medverkade vid intervjuerna kan ha påverkat deltagarna och möjligtvis åstadkommit en känsla av underlägsenhet hos deltagarna. För att minska denna känsla samtalade författarna initialt med deltagarna innan intervjun startade, i försök att få deltagarna att känna sig bekväma. Varje intervju började med en inledande fråga. En inledande fråga kan enligt Kvale och Brinkmann (2009) ge sponta och rika beskrivningar där intervjupersonen kan återge sina upplevelser om fenomenet. Därefter ställdes uppföljningsfrågor, sonderande frågor, indirekta frågor och tolkande frågor för att uppmuntra deltagarna att utveckla sin beskrivning (a.a.). Intervjutekniken upplevdes som gynnsam av författarna då den gav ett djup i intervjuerna och ett innehållsrikt material. Varje intervju var unik och intervjuens innehåll fick styra de följdfrågor som ställdes. Författarnas avsikt var att använda sig av öppna frågor, dock ställdes ibland oplanerat en del ledande frågor under intervjuerna. Detta kan bero på att författarna saknar tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer. Att ställa ledande frågor kan användas för att pröva tillförlitligheten i intervjupersonens svar (Kvale och Brinkmann, 2009). De ledande frågorna var framförallt ett sätt för författarna att bekräfta om de uppfattat deltagarnas svar korrekt.

Diskussion av framtaget resultat

Tidigare forskning har beskrivit den utmaning familjer med för tidigt födda barn ställs inför vid övergång mellan sjukhus och hemmet och det stöd som krävs från barnhälsovårdens sida för att stötta dessa familjer (Flacking et al., 2007; Lasby et al., 2004). Det framträdde tydligt i föreliggande studies resultat att arbetet med familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården är tidskrävande. Några sjuksköterskor upplevde också att det på den senaste tiden blivit en allt större arbetsbelastning. En större arbetsbelastning kan leda till att dessa familjer inte kan erbjudas den tid som de efterfrågar. En studie gjord i Israel påvisade att föräldrar till för tidigt födda barn hade betydligt högre stressnivåer två månader efter barnets utskrivning från sjukhuset jämfört med föräldrar till fullgångna barn (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Studien visade även att mödrar till för tidigt födda barn upplevde en lägre föräldrakompetens än fullgångna barns mödrar (a.a.). Detta talar för att dessa föräldrar behöver stöd i sitt föräldraskap. Då barnhälsovården når 99 % av alla familjer med nyfödda barn i Sverige (Lagerberg et al., 2008) är sjuksköterskor inom barnhälsovården en personalkategori som i stor utsträckning kommer i kontakt med föräldrarna. Sjuksköterskor inom barnhälsovården har därför möjlighet att ge stöd åt dessa familjer i ett tidigt skede. Detta kan dock försvåras om sjuksköterskornas arbetsbelastning fortsätter att öka vilket i sin tur kan påverka föräldrarna och barnen negativt.

Sjuksköterskorna inom barnhälsovården upplevde att föräldrar till för tidigt födda barn ofta var oroliga för sitt barns framtid, utveckling och tillväxt. Tidigare forskning beskriver att fäder kan uppleva faderskapet som en utmaning med känslor av stress och oro (Lindberg et al., 2007). Enligt Rikshandboken (Wickberg, 2013) ska alla mödrar erbjudas screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) när barnet är 6-8 veckor gammalt. Screeningen görs för att tidigt upptäcka eventuell depression hos nyblivna mödrar. Med tanke på vad tidigare forskning visat är det intressant att reflektera över det faktum att det enbart finns en screening för nyblivna mödrar men inget motsvarande för fäder. Fäder behöver stöd från släkt och vänner, men även från personal och andra män som var eller hade varit i liknande situationer (Lundqvist & Jakobsson, 2003). Fäder har uttryckt en önskan om att prata om sin situation och att få sina känslor bekräftade (a.a.). En ökad förståelse för deras erfarenheter skulle kunna ligga till grund till förbättringar av den familjefokuserade omvårdnaden efter barnets utskrivning från sjukhus. Forskare menar att det är nödvändigt att optimera de riktlinjer som syftar till att ta hand om både fäder och mödrar till för tidigt födda barn

(Lundqvist et al., 2013). Inom systemteorin ligger fokus på hela familjen som en enhet där familjeenheten utgör ett system som består av individer med specifika egenskaper som går utöver de enskilda medlemmarnas (Wright & Leahey, 1990). Fokus ligger på både individen och på familjen samtidigt (a.a.). I detta avseende kan det uppfattas som tveksamt om systemteorin stämmer överens med barnhälsovårdens arbete gällande att tidigt upptäcka depression hos barnets båda föräldrar. Wright et al. (2002) beskriver att alla familjer besitter resurser och färdigheter som behövs för att lösa sina problem. Bland annat anses familjen ha kapacitet att medverka till sitt eget tillfrisknande och förmåga till självläkning. Dessa resurser kan dock ibland vara bortglömda och familjen kan ha nytta av bli påmind om sina resurser. Genom att framhålla positiva sidor hos familjen kan sjuksköterskor hjälpa familjen att återvinna sin upplevelse av kompetens (a.a.). Under intervjuerna uttryckte enstaka sjuksköterskor att papporna ibland var en bortglömd grupp inom barnhälsovården. Författarna till föreliggande studie har reflekterat över om familjens alla resurser utnyttjas till fullo i de fall där papporna glöms bort. Författarna har under arbetes gång vid flera tillfällen även reflekterat över att barnens fäder sällan nämndes under intervjuerna. Det vore därför intressant att studera vilka behov barnens fäder har samt på vilket sätt de skulle kunna tillgodoses. Enligt Lundqvist et al. (2013) genomgår fäder till mycket för tidigt födda barn en bräcklig process under de första åren efter barnets födsel. Lefèvre, Lundqvist, Drevenhorn och Hallström (2013) beskriver i sin studie att andelen fäder som deltar i barnhälsovårdens föräldragrupper är låg, trots sjuksköterskornas särskilda ansträngningar att uppmuntra fäder att delta. Studien påvisade dock att många sjuksköterskor inte gjorde några särskilda ansträngningar för att uppmuntra fädernas deltagande (a.a.). Detta, i kombination med avsaknaden av motsvarighet till ”mamma-samtal” (EPDS) för fäder, kan ligga till grund för att möjligtvis beakta fäder till för tidigt födda barn som en riskgrupp för eventuella depressioner.

I vår studie uttryckte sjuksköterskorna att de saknade utbildning om för tidigt födda barn. Tidigare forskning har beskrivit att somliga föräldrar upplever att BHV-sjuksköterskan har för lite kunskap om för tidigt födda barn (Börlin & Ek, 2012). De föräldrar som varit mest nöjda med barnhälsovården är de som haft kontakt med specialistutbildade sjuksköterskor inom barn- och ungdomsvård i kombination med erfarenhet av barnsjukvård (a.a.). Syftet med föreliggande studie var inte att undersöka skillnader mellan barnsjuksköterskor och distriktssjuksköterskor, dock utmärkte sig de sjuksköterskor som hade tidigare erfarenhet från neonatal. Dessa sjuksköterskor upplevdes ha en positivare inställning och vara tryggare i

mötet med familjer med för tidigt födda barn. En slutsats av detta kan vara att sjuksköterskans erfarenhet från en neonatalavdelning har större betydelse än antal yrkesverksamma år eller typ av specialistutbildning i mötet med familjer med för tidigt födda barn. Författarna ser att föreliggande studie har en utvecklingspotential genom framtida studier för att förbättra BHV-sjuksköterskans förutsättningar. Ett förslag på en framtida studie kan vara att undersöka vilka behov av kunskap och utbildning sjuksköterskor inom barnhälsovården anser sig ha för att kunna möta familjer med för tidigt födda barn. Genom att erbjuda sjuksköterskorna den utbildning som de efterfrågar skulle deras kunskap om för tidigt födda barn kunna kompletteras och på så vis leda till att dessa familjer upplever barnhälsovården som mer tillfredställande.

Överlag upplevde sjuksköterskorna att de hade en god tillgång till olika resurser inom barnhälsovården, men det var tydligt att det fanns en brist på barnläkare. I de fall barnläkare saknades upplevdes sjuksköterskorna vara mer utsatta och uttryckte att de många gånger saknade det stöd de önskade för att känna sig trygga i mötet med familjer med för tidigt födda barn. Enligt Rikshandbokens Nationella målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC (2010) skall läkare som tjänstgör inom barnhälsovården ha specialistkompetens eller vara ST-läkare inom allmänmedicin alternativt barn- och ungdomsmedicin. Vidare säger målbeskrivningen att det alltid bör finnas en konsult med barnmedicinsk kompetens tillgänglig för BHV (a.a.). Om detta existerade i de verksamheter som sjuksköterskorna verkade inom framkom inte i resultatet. Sjuksköterskorna uttryckte att de många gånger på eget initiativ valde att vända sig till närmsta barnklinik för konsultation med barnläkare. Konsultationerna berörde ofta frågor om de för tidigt födda barnen som sjuksköterskorna själva inte kunde ge föräldrarna svar på. Frågan väcks om detta beror på att barnhälsovården ibland brister i att uppfylla denna målsättning.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att de endast mötte ett fåtal för tidigt födda barn per år. Då tidigare studier har påvisat att varje sjuksköterska inom barnhälsovården har ansvar för i genomsnitt 2,5 för tidigt födda barn per år (Nordström-Erlandsson, 1996) kan det diskuteras huruvida sjuksköterskorna har möjlighet att upprätthålla kompetensen kring de för tidigt födda barnen. Enligt Rikshandboken bör sjuksköterskor inom barnhälsovården ha ansvar för minst 25 nyfödda per år för att bibehålla kompetensen (Rikshandboken, 2007). Detta antal bör sannolikt vara detsamma, om inte högre, vad gäller de för tidigt födda barnen för att sjuksköterskan inom BHV ska ha en möjlighet att upprätthålla sin kompetens om dessa

barn och deras familjer. Frågan som väcks är om det finns behov av en mer samordnad vård för familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården för att säkerställa en god och säkervård av berörd patientgrupp? Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763, 2 a §). skall hälso- och sjukvården *bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård*. Vidare säger lagen (2 e §) att hälso- och sjukvården skall bedrivas där *det finnas den personal som behövs för att god vård skall kunna ges* (a.a.). På en del platser i Sverige har beslut tagits om att vissa typer av patientgrupper endast ska vårdas på ett eller flera speciellt utvalda och anpassade sjukhus, så kallat rikssjukvård. Enligt Socialstyrelsen innebär riksvård *att en viss typ av högspecialiserad vård centraliseras till ett eller två sjukhus för att uppnå högre kvalitet och bättre resursutnyttjande* (Socialstyrelsen, 2014). Exempelvis bedrivs hjärtkirurgi på barn och ungdomar med medfödda hjärtfel endast i Region Skåne och Västra Götalandsregionen sedan juli 2008 (a.a.). Författarna menar att en eller flera utvalda barnhälsovårdsmottagningar skulle kunna bedrivas och utformas på liknande centraliserade sätt, där verksamheten specifikt riktar sig till familjer med för tidigt födda barn. I Göteborg finns idag en sådan verksamhet som riktar sig till familjer med för tidigt födda barn, Lillugglans BVC (Lillugglan, 2014). Kanske finns det ytterligare behov av sådana riktade verksamheter på fler platser runt om i Sverige? Dock ser författarna en risk med denna centralisering då det i sin tur kan innebära att dessa familjer fräntas det sociala nätverk i sitt närområde som de i vanliga fall skulle kunna få genom sin lokala barnhälsovård.

Referenser

Börlin, U. & Ek, S. (2012). Upplevelser av övergången från neonatal - till barnhälsovård hos föräldrar till för tidigt födda barn. *Barnbladet*, 27(1), 27-29.

Child Public Health Special Interest Group (2013). *About CPHIG*. Hämtad 1 januari, 2014, från Child Public Health Special Interest Group, <http://www.cphig.org.uk/about.htm>

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Erdal, B. & Farnen-Holt, M. B. (2012). Bedre oppfølging av premature. *Sykepleien*, 100(11), 53-56.

Fegran, L. & Helseth, S. (2009). The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 667-673.

Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, B. (2007). "I wanted to do a good job": experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2405-2416.

Folkehelseinstituttet (2013). *Barnevaksinasjonsprogrammet Norge*. Hämtad 1 januari, 2014, från Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/tema/barns-helse/vaksinasjon-av-barn>

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

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Hallström, I. (2009). Barn i hälso- och sjukvården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 24-25). Stockholm: Liber.

Helsedirektoratet (2013). *Barn*. Hämtad 1 januari, 2014, från Helsedirektoratet, <http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Barn.aspx>

Kristianson, N. (2010). *För tidigt född - om barnet*. Hämtad 18 maj, 2013, från Vårdguiden, <http://www.varldguiden.se/Tema/Gravid/Efter-forlossningen/For-tidigt-fodd---om-barnet/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lagerberg, D., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring - resultat av ett interventionsförsök*. Stockholm: Gothia Förlag och Fortbildning AB.

Lam, J., Spence, K., & Halliday, R. (2007). Parent's perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal Pediatric and Child Health Nursing*, 10(3), 19-25.

Lasby, K., Newton, S., & von Platen, A. (2004). Neonatal transitional care. *Canadian Nurse*, 8(100), 19-24.

Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenhorn, E., & Hallström, I. (2013). Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital Community*. Doi: 10.1177/1367493513509421. Publicerad online 2 december 2013. Hämtad 4 januari, 2014, från <http://chc.sagepub.com/content/early/2013/11/28/1367493513509421>

Lillugglan (2014). *BVC för prematurfödda*. Hämtad 3 januari, 2014, från Lillugglan, <http://www.lillugglan.se/?pg=577452562&c=För kloka barn och deras föräldrar>

Lindberg, B. & Öhrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.

Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13(4), 142-149.

Lundqvist, P., & Jakobsson, L. (2003). Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants. *Neonatal Network*, 22(6), 25–31.

Lundqvist, P., Westas, L. H., & Hallström, I. (2007). From distance toward proximity: Fathers lived experience of caring for their preterminfants. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 490–497.

Lundqvist, P., Hellström-Westas, L. & Hallström I. (2013). Reorganizing Life: A Qualitative Study of Fathers' Lived Experience in the 3Years Subsequent to the Very Preterm Birth of Their Child. *Journal of Pediatric Nursing*. doi: 10.1016/j.pedn.2013.10.008. (Publicerad online : Oct 29 2013. pii:S0882-5963(13)00301-).

Magnusson, M., Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2012). Organizational differences in early child health care – mothers' and nurses' experiences of the services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 161–168. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00910.x

Merritt, T. A., Pillers, D. & Prows, S. L. (2003). Early NICU discharge of very low birthweight infants: a critical review and analysis. *Seminars in Neonatology*, 8(2), 95–115.

Nordisk förening för sjuka barns behov (2005). *Nordisk standard för barn och ungdom inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 19 maj, 2013, från Nordisk förening för sjuka barns behov, <http://www.nobab.se/dokument/standards/nobabstandards.pdf>

Nordström-Erlandsson, B. (1996). *Risk and resilience during the neonatal period*. *Dissertation*. Göteborg: Göteborg University, Department of Psychology.

Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Experiences of parenthood and parenteral support during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.

Olshtain-Mann, O. & Auslander, K. G. (2008). Parents of Preterm Infants Two Months after Discharge from the Hospital: Are They Still at (Parental) Risk?. *Health & Social Work, 33*(4), 299-308.

Polit, D. F & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research- Methods, Appraisal, and Utilization* (6. uppl.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Regeringskansliet och Utrikesdepartementet. (2012). *Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Alfaprint.

Rikshandboken (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. Hämtad 17 december, 2013, från Rikshandboken, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>

Rikshandboken (2010). *Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC*. Hämtad 17 december, 2013, från Rikshandboken, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-lakartjanstgoring-pa-BVC/>

Santamäki Fischer, R., Nygren, B., Lundman, B. & Norberg, A. (2007). Living amidst Consolation in the presence of God. Perceptions of consolation among the oldest old: The Umeå 85+ study. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 19*(3), 3-20.

Serenius, F., Källén, K., Blennow, M., Ewald, U., Fellman, V., Holmström, G., Lindberg, E., Lundqvist, P., Maršál, K., Norman, M., Olhager, E., Stigson, L., Stjernqvist, K., Vollmer, B., Strömberg, B. & EXPRESS Group (2013). Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. *Journal of the American Medical Association, 309*(17), 1810-20. doi:10.1001/jama.2013.3786.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 18 maj, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport*. (Epidemiologiskt Centrum, EpC., artikelnr: 2009-126-71). Hämtad 20 maj, 2013, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Socialstyrelsen (2014). *Rikssjukvård*. Hämtad 3 januari, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/rikssjukvard>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Hämtad 20 maj, 2013, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, www.sbu.se/metodbok

Svensk sjuksköterskeförening (2005). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening – SSF. Från, <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 20 maj, 2013, från Svensk sjuksköterskeförening, <http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/kompetensbeskrivn%20barn.pdf>

Wickberg, B. (2013). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS*. Hämtad 5 januari, 2014, från Rikshandboken, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Wolfe, I., Thompson, M., Gill, P., Tamburlini, G., Blair, M., avn den Bruel, A., ... McKee, M. (2013). Health services for children in western Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1224-1234. doi: 0.1016/S0140-6736(12)62085-6.

World Health Organisation (2013). *Preterm births*. Hämtad 24 oktober, 2013, från World Health Organisation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

World Medical Association (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principle for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 20 maj, 2013, från World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*. 15(2), 148-154. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x

Wright, L. M. & Leahey, M. (1994). Calgary Family Intervention Model: One way to think about change. *Journal of Marital and Family Therapy*. 20(4), 381-395. doi:10.1111/j.1752-0606.1994.tb00128.x

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: Föreläsningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Wright L.M. & Leahey M. (2009) *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och

Bilaga 1 (8)

INFORMATIONSBREV

Till divisionschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

”BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn - en intervjustudie”

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn. Det finns sparsamt med forskning i ämnet och det vore därför intressant att belysa hur BHV-sjuksköterskor i nordvästra Skåne upplever mötet med det för tidigt födda barnet och dess familj.

För att samla in data behövs cirka 8-12 intervjuer med BHV-sjuksköterskor. Studien riktar sig till sjuksköterskor verksamma inom barnhälsovården i nordvästra Skåne. Exklusionskriterier är vårdcentraler på författarnas egna hemorter pga. personliga relationer samt BHV-sjuksköterskor med mindre än ett års erfarenhet av arbete inom barnhälsovård. För att inkluderas i studien ska de aktuella BHV-sjuksköterskorna arbetat med familjer med för tidigt födda barn, dvs. barn födda före graviditetsvecka 37. Deltagande innebär ca 45 minuters intervju. Intervjuerna sker enskilt med ljudupptagning, därefter skrivs de ner ordagrant för att sedan bearbetas och analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

Vi önskar att kontakt med BHV-sjuksköterskorna sker via en mellanhand, förslagsvis verksamhetscheferna (eller motsvarande) för respektive vårdcentral. Verksamhetschefen väljer i sin tur ut BHV-sjuksköterskor som uppfyller inklusionskriterierna och vidarebefordrar kontakten till författarna av studien. Därefter kontaktar författarna de aktuella BHV-sjuksköterskorna som kommer att erhålla ett informations- och samtyckesbrev, där konfidentialitet och frivillighet betonas. Konfidentialitet innebär att inga lämnade uppgifter kan härledas till en enskild person. Allt deltagande i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att ange orsak.

Allt material kodas, hanteras och förvaras med konfidentialitet och frånskilt obehöriga. Det insamlade materialet förvaras inlåst i ett skåp som endast författarna har tillgång till. Tid och plats för intervjuerna sker efter deltagarnas önskemål och enligt överenskommelse. Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.

Om Du/Ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Elin Johnsson
Leg. sjuksköterska
Tel: 0739- 497152
e-post: sjs11esv1@student.lu.se

Sanna Stille
Leg. sjuksköterska
Tel: 0701- 749520
e-post: sbs13sst@student.lu.se

Lisbeth Jönsson (handledare)
Barnsjuksköterska, univ.adjunkt
Tel: 046- 222 1970
Adress: Institutionen för hälsa, vård &
samhälle, Box 157, 221 00 Lund
e-post: lisbeth.jonsson@med.lu.se

Blankett för medgivande av divisionschef

”BHV- sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn
- En intervjustudie.”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och

Bilaga 2 (8) INFORMATIONSBREV

Till verksamhetschef (eller motsvarande) för respektive vårdcentral

BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn – En intervjustudie

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med sjuksköterskor som är verksamma inom barnhälsovården i nordvästra Skåne för deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn. Det finns sparsamt med forskning i ämnet och det vore därför intressant att belysa hur BHV-sjuksköterskor i nordvästra Skåne upplever mötet med det för tidigt födda barnet och dess familj.

Studien riktar sig till sjuksköterskor verksamma inom barnhälsovården (nedan nämnda BHV-sjuksköterskor) i nordvästra Skåne. Vårdcentraler på författarnas egna hemorter kommer att exkluderas ur studien pga. personliga relationer samt BHV-sjuksköterskor med mindre än ett års erfarenhet av arbete inom barnhälsovård. För att inkluderas i studien skall sjuksköterskorna ha arbetat med familjer med för tidigt födda barn, alltså barn födda före graviditetsvecka 37. Författarna till studien avser att intervjua 8-12 BHV-sjuksköterskor. Deltagande innebär cirka 45 minuters intervju tillsammans med författarna. Intervjuer sker enskilt med ljudupptagning, skrivs ut ordagrant och analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

Vi anhåller om Din/Er hjälp att välja ut BHV-sjuksköterskor enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom ber vi Dig om hjälp att förmedla en kontakt mellan de utvalda BHV-sjuksköterskorna och oss författare. Detta kan ske via e-post eller vanlig post.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att ange någon orsak. Allt material som inhämtats behandlas konfidentiellt och fränskilt obehöriga, vilket innebär att inga lämnade uppgifter kan härledas till en enskild person. Efter att arbetet har slutförts och studien blivit examinerad förstörs materialet. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att ingen kan identifieras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Elin Johnsson
Leg. sjuksköterska
Tel: 0739-497152
e-post:
sjs11esv1@student.lu.se

Sanna Stille
Leg. sjuksköterska
Tel: 0701-749520
e-post:
sbs13sst@student.lu.se

Lisbeth Jönsson (handledare)
Barnsjuksköterska, univ.adjunkt
Adress: Institutionen för hälsa, vård & samhälle, Box 157, 221 00 Lund
Tel: 046- 2221970
e-post: Lisbeth.Jonsson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Bilaga 3 (8)

INFORMATIONSBREV

Information till deltagare i studien:

”BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn
– En intervjustudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn. Det finns sparsamt med forskning i ämnet och det vore därför intressant att belysa hur BHV-sjuksköterskor i nordvästra Skåne upplever mötet med det för tidigt födda barnet och dess familj.

Vi önskar att genomföra en intervju tillsammans med dig. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och genomförs av författarna till studien. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats efter dina önskemål.

Med Din tillåtelse, spelas intervjun in på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts och studien blivit examinerad förstörs materialet. Deltagandet är frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras, alla uppgifter behandlas konfidentiellt vilket innebär att inga lämnade uppgifter kan härledas till en enskild person.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skicka tillbaka den till författarna i det bifogade svarskuvert inom en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Elin Johnsson
Leg. sjuksköterska
Tel: 0739- 497152
e-post:
sjs11esv1@student.lu.se

Sanna Stille
Leg. sjuksköterska
Tel: 0701-749520
e-post:
sbs13sst@student.lu.se

Lisbeth Jönsson (handledare)
Barnsjuksköterska, univ.adjunkt
Tel: 046- 222 1970
Adress: Institutionen för hälsa, vård
samhälle, Box 157, 221 00 Lund
e-post:
Lisbeth.Jonsson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ” BHV- sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn – En intervjustudie”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student/författare

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Bakgrundsfakta

Ålder:

Kön:

Antal år inom yrket:

Specialistutbildning, vilken:

Antal år som specialistutbildad sjuksköterska:

Antal verksamma år inom barnhälsovården:

Har du arbetat med barn tidigare, förutom inom barnhälsovården? Ringa in ditt svar

NEJ JA

Om ja: Var? _____

Intervjuguide: Underlag för intervju med BHV-sjuksköterskor

Övergripande fråga

Hur upplever du som sjuksköterska att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården?

Temat som kan användas för att hålla fokus på det för tidigt födda barnet och dess familj

Det för tidigt födda barnets behov

Föräldrars behov t.ex. av stöd

Förmåga och erfarenhet att möta för tidigt födda barn och deras familjer

Känslor **inför** mötet med familjen

Vanliga problem och svårigheter.

Upplevelser av familjens förberedelse från neonatalavdelning.

Rapportering mellan BHV och neonatalavdelningen.

Intervjuguide - intervju med BHV-sjuksköterskor (Hösten 2013)

Titel: BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta familjer med för tidigt födda barn. En kvalitativ intervjustudie.

Övergripande fråga

→ Hur upplever du som sjuksköterska (det är) att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården?

Teman (med fokus på det för tidigt födda barnet och dess familj)

1) Känslor inför mötet med familjen

→ Vilka känslor upplever du inför mötet med dessa familjer?

2) Det för tidigt födda barnets behov:

→ Vad upplever du att det för tidigt födda barnet har för särskilda behov?

- Jämfört med "det normala" (dom fullgång)

- Ex. omvårdnadsbehov

3) Föräldrars behov av ex stöd:

→ Vad upplever du att dessa föräldrar har för särskilda behov?

→ Att vara förälder till ett för tidigt fött barn ställer en del krav på föräldrarna, hur upplever du att dom hanterar detta?

→ Upplever du att föräldrar till för tidigt födda barn är mer oroliga än andra föräldrar?

→ Vilket behov av stöd har dessa föräldrar?

4) Vanliga problem och svårigheter

→ Upplever du att det finns några särskilda svårigheter eller problem med just dessa familjer?

5) Förmåga och erfarenhet av att möta för tidigt födda och deras familjer

→ *Hur upplever du tillgången på resurser som krävs för att ta hand om dessa familjer?*

- På din arbetsplats?

- T.ex. kollegor med andra erfarenheter, läkare, socionom, kurator etc.

→ *Upplever du som sjuksköterska någonting som kräver extra insatser i mötet med familjer med för tidigt födda barn/dessa familjer? Och i så fall vad?*

→ *Hur stor del av dina patienter är för tidigt födda barn?*

6) Upplevelser av familjens förberedelse från neonatalavdelning:

→ *Hur upplever du att dessa familjer är förberedda inför hemgång från neonatal?*

- Hur menar du då? → Har dom haft hemsjukvård?

7) Avslutande fråga

→ *Har du något du vill tillägga rent allmänt om upplevelsen av att möta familjer med för tidigt födda barn?*

Exempel på eventuella följdfrågor:

- Kan du ge något exempel?

- På vilket sätt?

- Vad har du för erfarenhet av det?

- Bra/dåliga erfarenheter

- Kan du berätta om dina upplevelser av...XX..?

- Vad menar du med..XX...?

- Hur hanterar du det?

- Hur upplever du att föräldrarna tar det till sig?

Exempel på Analysschema

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<p>Författare (F): Hur upplever du som sjuksköterska, det att möta familjer med för tidigt födda barn inom barnhälsovården?</p> <p>Deltagare (D): Jag tycker många gånger att det är svårt.</p>	Mötet upplevs som svårt	Svårigheter i mötet	Positivt men samtidigt skrämmande	Olika utgångspunkter i mötet
... Å då har det nog blivit så att jag sagt att "jag kan ta dom!", för att jag tycker att det är så himla roligt.	Mötet upplevs som roligt	Positiva upplevelser i mötet	Positivt men samtidigt skrämmande	Olika utgångspunkter i mötet
... men dom får mycket mer tid. Och, och dom behöver mycket mer tid. Och dom behöver större tillgänglighet och tätare besök och kontakter och så. Att vi finns här mycket mer.	Familjer med för tidigt födda barn behöver mer tid inom BHV	Tidskrävande	Ängsliga och tidskrävande men samtidigt kunniga föräldrar	Att anpassa sig efter familjens behov
<p>... Man har ju mycket hjälp man kan få runt omkring. Om inte jag klarar av det så kan jag ju hänvisa... om dom behöver extra stöd kanske, och en psykolog eller någonting sånt så...</p> <p>F: Är det som ni har, är det resurser som är knutna till er?</p> <p>D: Som är knuta till oss ja.</p> <p>Mm. Vi har ju barnhälsovårdpsykologer som vi kan remittera till.</p>	Om sjuksköterskan känner osäkerhet i arbetet finns resurser att tillgå	Resurser skapar trygghet	Samverkan över gränserna skapar trygghet	Behov av samverkan
<p>... Det kan man ju inte om man sitter med en allmän läkare. Så är det ju. Dom kan inte så mycket... F: Mm. Så du upplever det som en tillgång att man har barnläkare?</p> <p>D: Jaa, en stor tillgång är det, jaa.</p>	Barnläkare anses vara en stor tillgång inom BHV	Barnläkare efterfrågas	Barnläkare efterfrågas och uppskattas i arbetet med för tidigt födda barn	Behov av samverkan

