



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vårdpersonalens kompetens inom familjecentrerad vård på NeoIVA - ett föräldraperspektiv

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Kristina Ek

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2013

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

Vårdpersonalens kompetens inom familjecentrerad vård på NeoIVA - ett föräldraperspektiv

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Kristina Ek

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2013

Abstrakt

Föräldrarna till barn som vårdas på en neonatal intensivvårdsavdelning är en nödvändig del av teamet kring sitt barn. För att kunna utveckla en lyhördhet för familjernas behov och bli goda stödare sågs behovet av studier som belyste föräldrars upplevelser. Syftet var att belysa föräldrars upplevelser av kompetens hos vårdpersonalen på en NeoIVA avseende familjecentrerad vård, och hur den upplevda kompetensen påverkade föräldrarnas välbefinnande under barnets vårdtid. Öppna intervjuer med intervjuområden som stöd genomfördes med 7 föräldrapar. Hermeneutisk-fenomenologisk tolkning gav 5 teman: Bekräftande bemötande genom vägledning och finkänslighet; Delaktighet genom känslighet eller okänslighet; Information och kommunikation vid rätt tidpunkt och med ömsesidig förståelse; Professionellt individualiserat engagemang specifikt för varje föräldrapar och lika för alla samt; Ansvar ges villkorligt eller ovillkorligt. Utöver tryggheten i vården handlade den viktigaste kompetensen om ett bekräftande bemötande.

Nyckelord

Hermeneutisk-fenomenologi, neonatal, intensivvård, föräldrar, upplevelser, kompetens, vårdpersonal

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Problembeskrivning	4
Bakgrund	5
Neonatal intensivvård	5
Familjecentrerad vård	5
Miljön på NeolVA	6
Att vara förälder på NeolVA	7
Vårdpersonalens kompetens på NeolVA	8
Syfte	10
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp	10
Forskningstradition	11
Undersökningsinstrument	11
Genomförande av datainsamling	12
Genomförande av databearbetning	13
Förförståelse	14
Etisk avvägning	14
Resultat	15
Resultatredovisning	15
Bekräftande bemötande genom vägledning och finkänslighet	15
Delaktighet genom känslighet eller okänslighet	17
Information och kommunikation vid rätt tidpunkt och med ömsesidig förståelse	19
Professionellt individualiserat engagemang specifikt för varje föräldrapar och lika för alla	21
Ansvar ges villkorligt eller ovillkorligt	22
Diskussion	23
Diskussion av vald metod	23
Diskussion av framtaget resultat	25
Konklusion	28
Kliniska implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1 (4)	36
Bilaga 2 (4)	37
Bilaga 3 (4)	38
Bilaga 4 (4)	39

Problembeskrivning

Vården av nyfödda barn har genomgått en omvälvande utveckling sedan termen neonatologi först introducerades på 1960-talet. En kraftig medicinsk och omvårdnadsmissig utveckling har skett (Philip, 2005; Lagercrantz, Hellström-Westas & Norman, 2008). Idag är en neonatal intensivvårdsavdelning (NeoIVA) en kunskapsintensiv, högteknologisk miljö med avancerad övervakningsutrustning, respiratorer, infusionsutrustning, specialläkemedel, specialistutbildade läkare och sjuksköterskor med möjligheter att diagnosticera och medicinskt och kirurgiskt behandla nyfödda barn från 22-23 veckors graviditetslängd (ibid.).

Tänkarna om, och behandlingen av de nyfödda barnens föräldrar och familjer på NeoIVA har utvecklats från att de bara fick se sitt barn genom en glasruta till att de är en naturlig och nödvändig del av teamet kring sitt barn (Philip, 2005). Att få barn och därmed bli förälder är en omvälvande upplevelse för alla människor. Att få ett sjukt eller för tidigt fött barn som behöver vårdas på NeoIVA har beskrivits som en stor psykologisk börda och känslomässig stress för föräldrarna (Aagaard & Hall, 2008; Boxwell, 2000; Bruns & Klein, 2005; Fegran & Helseth, 2009; Gavey, 2007; Hurst, 2001; Melnyk et al., 2006; Jackson, Ternstedt & Schollin, 2003).

Wigert (2008) visade i sin avhandling kring föräldrars delaktighet i vården på en NeoIVA i Sverige, att det fanns ett behov av att utveckla en familjevänlig miljö, och konkreta strategier för att ge familjerna optimala förutsättningar att kunna vara med sitt barn och vara involverade i dess vård. Dessutom måste personalen få de resurser som krävs för att göra detta möjligt. Hedberg Nyqvist och Engvall (2009) har i en kvantitativ studie visat att föräldrar vill ta över i stort sett all vård/omvårdnad/omsorg av sitt barn. Författarna anger i sin slutsats att stödet till föräldrarna i deras roll som primär vårdare skall bygga på känslighet för varje förälders önskan och att vårdpersonalen skall vara utbildare och stödjare och inte ta över föräldrarnas roller.

För att kunna utveckla en lyhördhet för familjernas behov och bli goda stödjare krävs studier som belyser föräldrars tankar kring vårdpersonalens kompetens inom familjecentrerad vård och vad de genom sin kompetens kan göra för familjernas ökade välbefinnande på NeoIVA.

Bakgrund

Neonatal intensivvård

Neonatal intensivvård eller intensivvård med fullständiga resurser för vård av nyfödda bedrivs på 7 olika kliniker med regionsansvar i Sverige. Utöver dessa kliniker finns det ytterligare 26 neonatalavdelningar som bedriver allmän neonatalvård. Varje år vårdas ungefär 10 000 barn inom neonatalvården i Sverige, det motsvarar 10 % av alla nyfödda barn, ungefär en tredjedel av dessa barn vårdas därför att de är för tidigt födda (före 37 graviditetsveckor). Om barnet föds före 28 graviditetsveckor kallas det för extremt för tidigt fött och vårdas i de allra flesta fall på en NeoIVA avdelning. Denna grupp omfattar ungefär 300 barn per år i Sverige. Utöver för tidig födsel kan nyfödda till exempel behöva vård för infektioner, syrebristsskador vid förlossningen, ämnesomsättningsrubbningar, hjärtfel, medfödda missbildningar, andningssvårigheter, gulsot och lågt blodsocker (Perinatalt kvalitetsregister, neonatal [PNQn], 2012).

Familjecentrerad vård

Familjecentrerad vård (FCC) är ett uttryck för den allmänna attityden att föräldrar skall vara med sitt sjuka barn på sjukhuset (Shields & Nixon, 2004). FCC introducerades på 1970-talet (Shelton, Smith & Stepanek, 1995) tillsammans med liknande förhållningssätt, det vill säga familjeorienterad vård, föräldraengagemang, föräldradeltaktighet, partnerskap med föräldrar som uttryck för ett nytt paradig inom neonatal och pediatrik vård (Hutchfield, 1999). Förhållningssättet bygger på principer som respekt, integritet och autonomi vilka helt överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2§). FCC är ett förhållningssätt till medicinsk vård där optimal hälsa uppnås då patientens familjemedlemmar har en aktiv roll i att ge känslomässigt, socialt och utvecklande stöd (Gooding et al., 2011).

I Förenta nationernas (FN, 1989) barnkonvention artikel 9 påbjuds att: barnet inte ska hållas åtskilt från sina föräldrar mot sin vilja, utom när det är för barnets bästa. Barn som inte bor med båda föräldrarna ska ha rätt att träffa båda två regelbundet (ibid.). Barn på sjukhus skall ha möjlighet att ha sina föräldrar eller annan närstående hos sig hela tiden (Artikel 2, NOBAB:s rättigheter för barn på sjukhus, 1998).

Föräldrar vars barn vårdas på NeoIVA måste kunna uppleva förtroende för hälso-och sjukvårdspersonalens kompetens och följsamhet till etiska och kliniska normer (SSF, 2010). De behöver också en exceptionellt positiv upplevelse av vården och omvårdnaden avseende förhållningssättet gentemot dem. Detta eftersom det finns bevis för att vissa NeoIVA upplevelser formar både föräldrars interaktioner med professionella, familjerelationen samt relationen till barnet och barnets utveckling och mognad under många år in i framtiden (Martin, 2000).

Miljön på NeoIVA

I en meta-syntes av 14 kvalitativa studier kring mödrars upplevelser av att ha sitt barn på NeoIVA fann Aagaard och Hall (2008) att miljön på NeoIVA initialt upplevdes som skrämmande. Mödrarna blev överväldigade av den stressiga, trånga och högljudda miljön. De överväldigades också av teknologin, vårdpersonalens expertis och språk. Synintrycken, ljudet och lukten av miljön kunde göra mödrar vettskrämda och avvaktande. Med tiden vände sig mödrarna vid miljön och sin roll och närmade sig och såg sitt eget barn.

Wigert, Berg och Hellström (2009) fann i intervjuer med föräldrar två centrala aspekter i vårdmiljön på en NeoIVA i Sverige som både hjälpte och hindrade föräldrarna från att delta i vården av sina barn. Det var utformningen av rummen med sin medicinsk-tekniska apparatur och specialiseringen av vården. Till exempel var det svårt för en nyförlöst mamma att vara nära sitt barn då en vuxensäng inte fick plats nära barnet. Närvaro och delaktighet av föräldrarna visades ofta vara viktigt men vårdmiljön försvårade detta. Den medicinska tekniken hade en mer självklar plats än föräldrarna (ibid.). Miljön på NeoIVA beskrivs också som en kontext där två världar möttes (Fegran & Helseth, 2009). Vårdpersonalens professionella värld med behov av effektivitet, överskådlighet och tillgänglighet kontra föräldrarnas och barnens behov av privatliv och individualiserad vård (ibid.). Cleveland (2008) drog slutsatsen att en välkomnande miljö och inställning från vårdpersonalen är mycket viktigt för att stödja föräldrar på NeoIVA. Restriktiva besöksregler och andra begränsande avdelningsregler kan orsaka stora hinder för föräldrarna.

Att vara förälder på NeoIVA

Merenstein och Gardner (2006) beskriver hur nödvändig föräldrarnas anknytning till sitt barn är och hur viktig föräldrarnas omhändertagande förmåga är för ett barns fysiska, psykiska och känslomässiga hälsa och överlevnad. I förlängningen är det detta som påverkar barnets välmående som vuxen och i resten av livet och betonar vikten av att upptäcka, bemöta och tillfredsställa föräldrars behov på NeoIVA.

Föräldrar som får ett för tidigt fött barn blir introducerade in i en främmande värld, deras barn är annorlunda, deras föräldraroll är annorlunda och vårdmiljön är annorlunda utifrån vad de har trott och förberett sig för (Fegran & Helseth, 2009; Hall, 2007). När en förälder ställs inför faktumet att deras barn behöver vård på NeoIVA har de många behov som behöver tillgodoses för att underlätta i deras situation och öka deras välbefinnande, Cleveland (2008) har efter en genomgång av 60 studier inom området sett följande behov: Behov av tillförlitlig information och behov av att vara en del i beslut som tas kring barnet, behov av att vara aktivt involverad i sitt barns vård, behov av att övervaka och beskydda sitt barn, behov av att vara nära och ha fysisk kontakt med sitt barn, behov av att bli positivt sedda av vårdpersonalen, behov av individualiserad vård samt behov av en terapeutisk relation med vårdpersonalen som inte hämmar föräldrarna utan på bästa sätt stärker relationen mellan barn och förälder.

Wigert et al. (2006) har visat att när mammor inte ses som viktiga i sitt barns vård ökade deras känsla av utanförskap. När mamman istället var nära och ammade och tog hand om sitt barn, kände hon sig delaktig och det påverkade moderskänslorna. Lindberg, Axelsson och Öhrling (2007) beskriver hur papporna upplevde att de hamnade mitt i något som de aldrig tidigare reflekterat över. Information och att veta vad som pågick var viktigt för dem, men det var trots det svårt att förstå vad som hände. Papporna var beskyddande över mamman och barnet och ville helst vara med båda så mycket som möjligt. De ville ses som en naturlig del i vården av barnet men hade också egna behov som behövde tillgodoses av vårdpersonalen. Arockiasamy, Holsti och Albersheim (2008) beskriver pappors erfarenheter av NeoIVA som ett sökande efter kontroll.

Forskare har funnit att behovet av information till föräldrar på NeoIVA om deras barns tillstånd är starkt och grundläggande (Gavey, 2007; Mundy, 2010). Bruns och Klein (2005) beskriver att föräldrar på NeoIVA var frustrerade över att de hade svårt att få information och

svar på sina frågor om sitt barn och att informationen ibland var svår att förstå. Föräldrarna önskade att personalen skulle ta sig mer tid att ingående förklara och diskutera med föräldrarna om deras barns tillstånd så att de kunde bli mer delaktiga i dagliga beslut kring barnets vård.

Wigert, Hellström & Berg (2008) har vid observationer och intervjuer av personal på två NeoIVA i Sverige visat att både ledningen för avdelningen och personalen hade höga ambitioner att utveckla idealisk vård som underlättade föräldrarnas deltagande i sitt barns vård. Intentionen visade sig inte stämma med verkligheten då resultatet visade att föräldrarna hade begränsad möjlighet att ta initiativ och vara aktiva i vården då enskild vårdpersonal med sin professionella roll bestämde om eller när föräldrarna kunde delta i vården. Bristen på utrymme, för lite personal och överbeläggning gjorde det också svårare för personalen att inbjuda föräldrarna att delta i vården av sina barn.

Vårdpersonalens kompetens på NeoIVA

Kompetens kan definieras som ett specifikt beteende, eller att inneha kunskaper och färdigheter, alternativt att ha en mer holistisk tolkning inkluderande att ha både kunskaper, färdigheter, attityder och förmåga att utföra en föreskriven standard (Buckingham, 2000; Cutler, 2000; Fraser, Murphy & Worth-Butler, 1996; Fearon, 1998; Girot, 1993; Jeffrey, 2000). Enligt kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor bör kompetensen också spegla problemlösningsförmågan och den flexibilitet som krävs för att kunna anpassa sig till förändrade omständigheter. Majoriteten av definitioner är variationer på beskrivningar av arbetsuppgifter eller arbetsresultat, och beskrivningar av beteende. Definitionerna förefaller ha ett professionellt perspektiv mer än ett patientcentrerat perspektiv (Fosbinder, 1994).

I kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom intensivvård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012) skall intensivvårdssjuksköterskans kompetenser för den patientcentrerade vården omfatta ett professionellt och etiskt förhållningssätt mot patienter och närstående, respekt för patientens och närståendes integritet och värdighet samt rätt till självbestämmande och ge stöd till närstående. Kompetensen omfattar också att informera och undervisa patienter och närstående om åtgärder, monitorering och medicinskt teknisk

utrustning samt förmåga att bemöta och hantera kris och sorgereaktioner inkluderande att stödja copingstrategier hos patient och närstående.

Cescutti-Butler och Galvin, (2003) fann i sin kvalitativa studie omfattande åtta föräldrar att föräldrarna upplevde att NeoIVA personalen var kompetent när personalen var hänsynsfull mot både föräldrarna och deras barn. Fyra nyckelbegrepp framkom inkluderande att vara integrerad på avdelningen och inte känna sig som en belastning, att inges en känsla av att ha kontroll över den situation föräldrarna och deras barn befann sig i, att själv kunna välja att vara närvarande eller inte närvarande i samband med barnets omvårdnad och vård samt god kommunikation mellan föräldrarna och det professionella teamet som vårdade deras barn.

Hall (2007) har i en avhandling visat att samspelet mellan familjerna och vårdpersonalen i den neonatala och pediatrika omvårdnaden var komplicerat. Ett samspel som byggde på omsorg, kunskap, ömsesidighet och vänlig ton hade möjlighet att skapa välbefinnande där parterna mådde väl, men motsatsen: bristande omsorg, okunskap, isolering och ovänlig ton kunde skapa brist på välbefinnande. Studiens resultat pekade på att samspelet ständigt pågår i en verklighet mellan dessa två motpoler, det ideala och det oacceptabla.

Latour, Hazelnet, Duivenvoorden och van Goudoever (2010) visade i en 3 stegs Delphi metod studie för vårdpersonal och en föräldraenkät att det fanns skillnader mellan vårdpersonalens och föräldrarnas upplevelser av vilka frågor kring vård och omsorg på NeoIVA som var viktigast för dem. Föräldrarna skattade 25 av 92 exempel som viktigare för dem i jämförelse med vårdpersonalens skattning. De områden som var signifikant mer viktiga för föräldrarna var inom kategorierna information, vård och behandling, speciellt information om effekter och sidoeffekter av läkemedel och att rätt läkemedel var givet på rätt tid. Personalen skattade 7 områden viktigare för dem än vad föräldrarna gjorde. Det rörde sig om vikten av att utse en ansvarig läkare och sjuksköterska för familjerna vid förlängd vårdtid samt inom området mångkulturell vård och praktisk utformning av utrymmen för föräldrarna på avdelningen. Carlsander och Ödell (2011) genomförde en enkätstudie vid samma enhet för NeoIVA som denna studie avser. De undersökte föräldrars tillfredsställelse med vården och såg att föräldrarna var minst tillfredsställda med organisationen av vården, det vill säga de saknade kontinuiteten av en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en patientansvarig läkare. Föräldrarna uppfattade att de i stor utsträckning fått motsägelsefull information från olika personal.

Syfte

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelser av vårdpersonalens kompetens avseende familjecentrerad vård på en NeoIVA. Samt att belysa hur den upplevda kompetensen påverkade föräldrarnas välbefinnande under barnets vårdtid.

Metod

För att belysa föräldrarnas upplevelser så levande och rikt så möjligt valdes fenomenologiska intervjuer som datainsamlingsmetod för denna studie.

Datainsamling i fenomenologiska studier kan ske med hjälp av självrapporter, intervjuer eller en kombination av dessa två metoder (Giorgi, 1997). Semistrukturerade intervjuer eller ostrukturerade intervjuer rekommenderas, innefattande öppna frågor, aktivt lyssnande och ett stimulerande samspel med informanten (Kvale & Brinkman, 2009).

Urval av undersökningsgrupp

Till studien rekryterades föräldrar med ett målmedvetet urval ("purposeful"), vilket innebar informanter som var villiga att åskådliggöra och markera vad som upplevts (Fejes & Thornberg, 2009) under vårdtiden med sitt barn på en NeoIVA i mer än tio dygn under perioden januari 2012 till juni 2012. Exklusionskriterier var föräldrar till barn som avlidit, eller barn som hade svåra medfödda missbildningar eller obotliga sjukdomar då detta mest troligt överskuggar upplevelserna av vårdtiden. Dessutom exkluderades föräldrar som inte behärskade det svenska språket och föräldrar till barn där författaren varit delaktig i vården. Urvalet gjordes i samråd med Neonatalavdelningens mottagningsjuksköterska. Författaren till studien har inte tagit del av de i studien ingående barnens omvårdnads- eller medicinska journal.

Totalt tillfrågades sju familjer om deltagande och alla valde att delta i studien. Ett av barnen var definitionsmässigt för tidigt fött, de övriga var extremt för tidigt födda. I fem av

familjerna fanns det äldre syskon till barnet som vårdtiden avsåg. Medelvårdtiden på NeoIVA för barnen var 5 veckor. Kortaste vårdtiden var 10 dagar och längsta var 8 veckor.

Forskningstradition

Den kvalitativa forskningsansatsen i föreliggande studie är hermeneutiskt fenomenologisk som den beskrivs av Max van Manen (1990, 1997, 1999, 2007). Hermeneutik kan beskrivas som förståelselära eller tolkningslära. Fenomenologin intresserar sig för människors levda erfarenheter och forskaren försöker se och beskriva hur människors upplevelser ter sig (Polit & Beck, 2004). Fenomenologin är empirisk och har en förståelseinriktning och ett induktivt förhållningssätt. Förståelsen av den subjektiva betydelsen eller meningen nås med hjälp av kontextuell tolkning där meningsinnehållet i mänskliga upplevelser utforskas (Fejes & Thornberg, 2009). Max van Manen (1990, 1997, 1999, 2007) beskriver fenomenologin som en inriktning där meningen av en identifierbar levd erfarenhet, ett fenomen utforskas. Fokus är inte på åsikter, vad man sett eller bedömningar av upplevelser, utan istället på en direkt beskrivning av människors levda erfarenheter i olika situationer i livet. Fenomenologiska undersökningar leder inte till något generaliserbart resultat. De leder heller inte till bildandet av någon teori utan de vill bilda meningsfull insikt i olika mänskliga upplevelser.

Undersökningsinstrument

Datainsamlingen gjordes med öppna intervjuer med förutbestämda intervjuområden som stöd. Enligt van Manen (1990) ska intervjun genomföras i form av ett samtal mellan informanten och intervjuaren. Detta för att kunna få ta del av intervjupersonernas egna berättelser av sin levda erfarenhet. Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide (Bilaga 1). Öppningsfrågan var utformad utifrån studiens syfte och de teman som finns i intervjuguiden baserades på definitionen av pediatrik familjecentrerad vård (Gooding et al., 2011).

Genomförande av datainsamling

I denna studie användes öppna intervjuer med intervjuområden som stöd. För att intervjun skulle kunna genomföras som ett stimulerande samtal mellan intervjuare och förälder/föräldrar inleddes intervjutillfället med ett allmänt samtal i mötet med varje förälder/föräldrapar och när intervjun hade avslutats avrundades den med ett allmänt samtal igen (Kvale och Brinkman, 2009).

Intervjuerna genomfördes cirka tre till sju månader efter att barnet hade lämnat NeoIVA. Namn, adresser och telefonnummer till föräldrar som passade in i urvalet för studien inhämtades med hjälp av Neonatalavdelningens mottagningssjuksköterska. Ett informationsbrev (Bilaga 2) skickades till utvalda föräldrar och författaren kontaktade sedan dem via telefon efter cirka sju dagar för att inhämta muntligt samtycke för studien, samt gav ytterligare information vid behov. Föräldrarna avgjorde själva var och när intervjun skulle genomföras samt om en eller båda föräldrar skulle delta.

Alla föräldrar i respektive familj valde att bli intervjuade gemensamt dvs. med både mamman och pappan närvarande. Vid ett av intervjutillfällena hade dock bara mamman möjlighet att delta. Fyra av intervjuerna skedde i familjernas egna hem och de övriga tre i olika samtalsrum på Neonatalavdelningens mottagning. Vid alla intervjutillfällen utom ett fanns barnet som vårdtiden avsåg med i rummet. Skriftligt informerat samtycke för deltagandet i studien inhämtades via särskild samtyckesblankett (Bilaga 3) innan intervjun påbörjades.

Initialt tillfrågades föräldrarna om längden på barnets vårdtid på NeoIVA. Själva intervjuerna inleddes med en öppningsfråga baserad på studiens syfte och följdes efterhand upp med frågor baserade på teman enligt intervjuguiden (Bilaga 1) om inte föräldrarna själva spontant berättade om temat. Följdfrågor ställdes för fördjupning och klargöranden utifrån föräldrarnas berättelser. Intervjuerna pågick mellan 18 och 52 minuter. I denna tid är inte det allmänna samtalet före och efter intervjuerna medräknat. Intervjuerna spelades in via digital ljudupptagning efter medgivande från föräldrarna.

Genomförande av databearbetning

De inspelade ljudfilerna av intervjuerna överfördes till en personlig dator och transkriberades ordagrant av författaren.

Det första steget i analysfasen bestod i att läsa igenom alla intervjuutskrifter i sin helhet flera gånger. Den så kallade naiva läsningen. Den syftar till att närma sig kärnan eller meningen i materialet på ett holistiskt sätt (van Manen, 1990).

Efter denna fas exkluderades i samråd med handledaren de delar av intervjuerna som handlade om upplevelser av överflyttningen från NeoIVA till eftervård och själva eftervårdstiden. Detta då dessa delar inte ingick i studiens syfte. Sedan genomfördes ytterligare en läsning av hela materialet där författaren systematiskt försökte urskilja meningar eller stycken som kunde visa på huvudmeningen eller den grundläggande meningen i texten. Dessa meningar eller stycken ströks under. Utifrån dessa understrukna meningar eller stycken formulerades en kortare text som sammanfattning av varje intervju (van Manen, 1997).

Det andra steget var ett selektivt eller belysande närmande av texten. Här lästes texten åter igen igenom med en inriktning att hitta det för det undersökta fenomenet speciellt essentiella eller avslöjande fraserna eller påståendena. Dessa markerades med överstrykningspenna. Utifrån dessa överstrukna påståenden eller fraser och de nedskrivna sammanfattningarna av intervjuerna formulerades teman som en beskrivning av fenomenet. Dessa teman visar på delar av fenomenet, anspelar på fenomenet eller ger en vink om en aspekt i fenomenet. Sedan inträdde den hermeneutiska processen eller tolkningen där varje tema analyserades och tolkades och sammanfördes med en beskrivning av den kompetens som temat enligt författarens tolkning berördes av (ibid.). Se bilaga 4 för schematisk beskrivning av analysprocessen.

Ovanstående steg genomfördes av författaren, därefter diskuterades teman och texter med handledaren som läst alla intervjuerna. Den gemensamma tolkningen genomfördes genom diskussioner där delarna testades gentemot helheten och den underliggande meningen eller fenomenet söktes ur alla aspekter av materialet (van Manen, 1997).

Förförståelse

Författaren till föreliggande studie har arbetat som sjuksköterska på NeoIVA under 11 år och har därmed en stor förförståelse i ämnet. Fenomenologisk ansats kräver förutsättningslöshet som innebär att inga externa referensramar bör användas i analysprocessen. Tidigare kunskap om fenomenet hos forskarna bör till största del sättas inom parentes (Giorgi, 1997). Att totalt ignorera sin förförståelse är enligt van Manen (1990) omöjligt och inte heller fruktbart. Dock är det av stor vikt att tydliggöra denna förförståelse för sig själv så att den inte påverkar intervjuerna eller tolkningen av dem. Förförståelse kan stå i vägen för öppenhet. Det är därför viktigt att förförståelsen blir medvetandegjord, reflekteras över och tyglas under studiens gång (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Författaren har med upprepad reflektion över förförståelsen samt stöd från handledaren låtit detta tankesätt genomsyra arbetssättet genom både intervju- och analysfasen.

Etisk avvägning

Ansvarig verksamhetschef har gett skriftligt medgivande för studien. Enligt lag (2003:460, §§ 16,17) om etikprövning om forskning som avser människor skall deltagarna informeras skriftligt och muntlig om syftet med forskningen och metoden för datainsamling vilket gjordes då deltagarna via post fick ett skriftligt informationsbrev och muntlig information i samband med att författaren telefonkontaktade dem för förfrågan om de ville delta i studien. Frivilligheten att delta i studien informerades om skriftligt och muntligt, samt rättigheten att avbryta deltagandet när som helst utan att ange orsak och utan konsekvenser för eventuell fortsatt vård på NeoIVA. Skriftligt informerat samtycket inhämtades i samband med intervjutillfället.

Konfidentialitet garanterades genom information om att intervjuutskriften aidentifierades och kodades varefter kodlistan förvaras på annan plats än bandinspelningar och intervjuutskriften. Information gavs om att all datainsamling förvarades oåtkomligt för utomstående och i låst utrymme och att det insamlade materialet förstörs efter studiens examination och används inte i något annat syfte. Information om nyttan med studien och risker gavs. En risk med intervjun kunde vara att den väckte obehagliga minnen som kunde vara svåra att hantera. Neonatalavdelningens psykolog var vidtalad om att föräldrarna kunde kontakta henne om de upplevde behov av att tala med någon efter intervjun. Författaren till

studien har vid behov varit behjälplig med att förmedla kontakten. Något sådant behov har ännu inte framkommit.

Vårdvetenskapliga etiknämnden gav rådgivande yttrande innan studiens genomförande (VEN 115-12).

Resultat

Resultatredovisning

Resultatet bygger på en tolkning av föräldrarnas upplevelser sammankopplat med en tolkning av den kompetens hos vårdpersonalen upplevelsena belyser. Fenomenet beskrivs utifrån fem teman: Bekräftande bemötande genom vägledning och finkänslighet; Delaktighet genom känslighet eller okänslighet; Information och kommunikation vid rätt tidpunkt och med ömsesidig förståelse; Professionellt individualiserat engagemang specifikt för varje föräldrapar och lika för alla samt; Ansvar ges villkorligt eller ovillkorligt.

Bekräftande bemötande genom vägledning och finkänslighet

Att bli sedd och bekräftad i sin skörhet, utsatthet och okunskap som alldeles nybliven förälder till ett för tidigt fött barn var av stor vikt. Det lade en grund för den ömsesidiga förtroenderelation som alla föräldrar önskade få med personalen. Alla föräldrarna beskrev det första mötet med sitt nyfödda barn och vårdpersonalens bemötande på liknande sätt.

Upplevelsen var att det var jobbigt att ha fått ett för tidigt fött barn, tillvaron var upp och ner samt turbulent. Personalen slussade in föräldrarna i vården direkt så de kände sig aldrig utanför. Detta bemötande gjorde att föräldrarna inte upplevde rädsla men ändå en känsla av att inte våga röra vid sitt barn. Genom personalens finkänsliga vägledning med att samtala med föräldrarna, visa hur de tog hand om barnet och samtidigt berätta om vad de gjorde med barnet, ingav de trygghet i kaoset. Mammor hade ibland behov av att få berätta för personalen om sina känslor och då var personalen lyssnande, svarade på frågor och gav tid. Detta var till ovärderlig hjälp. Någon pappa hade direkt från det att det nyfödda barnet lämnade operationsalen där det föddes upplevt trygghet och professionalitet från personalen. Rädslan

underlättades när personalen lotsade och pysslade om när det var så mycket nytt som snurrade i huvudet.

”Så ompysslad som man blev när man väl kom på plats, (...) man hade ju tusen frågor och det var liksom inte, där märkte man ju liksom hur proffsig personalen var på att ta hand om just föräldern där, och man blev lotsad, det var nästan så de puttade en fram liksom: - här ska du göra det och så där. Där var ju första intrycket jag sa till dig (mamman), jag var aldrig orolig för sonen, utan där kändes det tryggt, när jag liksom hade sett allting och de hade presenterat sig och så där va’, så var det ju liksom mer fokus på mamman, just tryggheten för sonens skull, just att jag inte var orolig där, det var väldigt skönt”. (I:3,P)

Personalen upplevdes vårda barnet lugnt och metodiskt och gav föräldrarna den tid de behövde för att de skulle våga hjälpa till med vården av barnet. Trots att första tiden ibland upplevdes traumatisk kände sig föräldrarna alltid välkomna att vara med i vårdandet av barnet. Personalen verkade så trygg i sin profession så föräldrarnas oro för barnet blev lättare att hantera. Känslan var att personalen var vana vid att möta föräldrar i kris.

Att praktiska saker som boende och ekonomi löstes av vårdpersonalen per automatik upplevdes av flera föräldrar som positivt.

”De hjälpte ju till med, alltså att komma till Ronald McDonald huset och så, de fixar allt sånt direkt. Det var ju bra, sen likadant med köresättning alltså de, den här vad hette hon, eh... kuratorn, hon högg ju oss tror jag första dan va’? Andra dan? Liksom vad vi skall tänka på och sånt, de hade ju koll åt en, det kan man ju säga”. (I:1,P)

Föräldrarna hade en känsla av att vara i goda, trygga händer i en upplevelse av tillit till vårdpersonalens medicinska kompetens. Den tryggheten i vården var det som var det allra viktigaste. Alla föräldrar betonade att de befann sig i en beroendeställning till personalen. Föräldrarna var beroende av att vårdpersonalen visade föräldrarna uppmärksamhet och av deras medicinska kompetens för sitt barns överlevnad. Detta formade relationen och samspelet mellan personal och föräldrar.

Att bli sedd och bekräftad som förälder i sin skörhet och kroppsliga och sociala utsatthet i situationen samt få hjälp med praktiska ting var det som föräldrarna menade var personalens omsorgskompetens. Att bli bekräftad som förälder och trots sin okunskap av vården våga visa

sin vilja att påverka vården och efterhand ta mer och mer ansvar för sitt barns vård ingav mod. Här prövades personalens kompetens i individualiserat bemötande.

”Vissa är ju bättre på att hålla en glad ton om man säger, och skoja. Det är klart att man har olika personkemi med olika personer. Men en del är en fröjd att vara i samma rum som och andra är lite jobbigare att vara i samma rum som.(...) det var egentligen flera situationer med en del sköterskor och flera situationer som var väldigt bra med andra sköterskor, men det handlade nog ganska mycket om personkemi också, hur man är som person. En del är lite uppåtnästa och vet bäst och talar gärna om det och snäser ifrån litegrann (...) medan andra är lite mer lättsinniga och har lätt för att skoja och prata”. (I:7,P)

Delaktighet genom känslighet eller okänslighet

Föräldrarna upplevde att de tidigt blev involverade i att närma sig sitt barn och omvårdnaden av det. Känslan var att de i tidigt skede gjordes delaktiga i omvårdnaden. De fördes in i en värld som de inte kände till och som var både otäck och samtidigt spännande. Flera föräldrar ville bara titta på i början när personalen vårdade barnet för de var rädda att skada det om de hjälpte till. Föräldrarna hade aldrig upplevt någon press på sig att vara delaktiga i vården utan personalen var så lyhörd och stödjande så att det trots allt kändes naturligt att bli delaktig i omvårdnaden.

”Jag vågade inte riktigt, för jag menar han var ju inte så stor, han var ju jätteliten till de här små blöjorna och bara: - jaha, hur håller man i honom då? Så det kändes lite otäckt och samtidigt spännande eftersom man inte var van vid det”. (I:1,M)

”Ja, jag fick ju mata honom, ja vad var det två, tre timmar efter han var född. Och det liksom, man fattade ju inte: -Åh, pappan kom här, ja sätt dig här så skall du få mata. – Va, nu? Alltså det blev ju liksom, men det gjorde att man inte blev rädd för det, alltså rädd för kuvösen alltså. För i början var man ju nervös alltså, usch, det piper, huvudet snurrar ju liksom. Sen i och med att man blev involverad direkt så var man inte rädd för det. (...) Det är kanon det där alltså att de hela tiden visade”. (I:1,P)

”Så det var liksom ingenting som de visade en utan de, de lät liksom en ta hand om henne. Så märkte man själv att de gick dit och tittade på någonting, och då ville man ju själv också, alltså ren nyfikenhet. Så det var nästan så pedagogiskt som man gör med barn, att de får vara med i köket när man lagar mat och sen vill de ju vara med”.

(I:5,M)

Det fanns även föräldrar som kände sig utanför och hade svårt att visa att de ville vara mer delaktiga i barnets omvårdnad. Upplevelsen var att vårdpersonalen i vissa sammanhang tog en plats kring deras barn som de själva hade önskat att ha.

”Hon ville ju bara väl, men hon var ju nog en sån alert person som skulle ha nånting att göra hela tiden, (...) och då kändes det så här: -Nej, men det kunde jag ju göra, men tänkte jag: -Nej, jag säger ingenting.” (I:2,M)

Andra föräldrar upplevde sig fått vara mer delaktiga än de själva trodde att de skulle få vara. Alla föräldrar betonade vikten av frivilligheten i att delta i omvårdnaden av sitt barn, att inte bli tvingad att göra något de inte var redo för eller inte kände sig bekväma med.

”Men det var också lite beroende på vem det var som jobbade, en del liksom stormade bara in och liksom gjorde det de skulle. Medan andra (...) lät en vara och frågade liksom: - Nämen har du bytt blöja på honom? (...) - Ja, det har jag. Och en del lät en göra det själv liksom när vi, vi var ju ofta där båda två, och ibland fick vi ju, eller ganska ofta fick vi ju göra det själva liksom bara vi två och det betydde väldigt mycket för oss, för då lär man ju ändå känna honom och vi får öva som föräldrar. Så att det var både och”. (I:7,M)

Även friheten att kunna lämna avdelningen och barnet utan en känsla av dåligt samvete upplevdes som underlättande i föräldrarnas pressade situation. Det var speciellt i familjer där äldre syskon till barnet fanns som föräldrarna behövde egen tid för det nyfödda barnets syskon.

Vårdpersonalens kompetens inom detta område tolkas som en balans mellan att ge föräldrarna möjlighet till full delaktighet i och kring sitt barn samtidigt som den medicinska kontrollen aldrig kan kompromissas med. En kompetens i att som vårdpersonal individualisera och anpassa graden av sitt ständigt vakande öga med föräldrarnas känsla av total delaktighet.

Samtidigt handlar det om kompetensen att lyfta en fysisk och själslig börda från föräldrarnas axlar i deras svåra situation och aldrig ge dem dåligt samvete i sitt föräldraskap.

Information och kommunikation vid rätt tidpunkt och med ömsesidig förståelse

Behovet av information var stort men det fanns olika upplevelser om hur detta behov tillfredsställts samt på vilket sätt föräldrarna hade kunnat ta till sig den information som gavs. Att som förälder få en känsla av att vara välinformerad ingav lugn. Att vara välinformerad innebar att få svar på sina frågor och att inges en känsla av att all personal gav ärlig information.

Alla hade upplevt det som positivt att få information av vårdpersonal från NeoIVA innan barnet var fött men riskerade att födas för tidigt. Den informationen var svår att ta in på grund av en överklighetskänsla i situationen men lindrade trots detta chocken när födseln blev ett faktum. Hos flera familjer har bristande kontinuitet och arbetsbördan hos vårdpersonalen fått negativa konsekvenser för kommunikationen och informationen till dem.

”Så det gick tre veckor en gång tror jag, utan att vi fick ett läkarsamtal (...) och då var det ju liksom bristande där att de inte hade hunnit prata med oss (...) då hade de inte tiden att sätta sig ner med oss utan de fokuserade bara på att titta på barnet, medan vi, där brast det liksom. De var tvungna att kommunicera med varandra så att de inte hade tid att kommunicera med oss”. (I:5,M)

”Det är ju väldigt stor skillnad på hur situationen är för stunden, hur stressigt det är där inne. Det kändes som att när vi kom in i början så hade vi nog ett flyt att det var lite lugnt just då också så att de tog sig tid då, senare så fick man mer jaga när man skulle ha tag i eller få ut något resultat”. (I:7,P)

Andra familjer upplevde att informationen de behövde alltid fanns tillgänglig i rätt tid för dem och att vårdpersonalen hela tiden kände av var föräldern befann sig känslomässigt och avvägde om de var mottagliga för information eller inte. De upplevde även en samstämmighet i personalgruppens sätt att kommunicera och innehållet i den information de gav, som om personalen kommunicerade mycket sinsemellan. Det innebar en känsla av att föräldrarna fick samma besked av alla och det var viktigt för dem. Några kände trygghet i att kunna läsa den dagliga skriftliga dokumentationen kring barnets tillstånd och omvårdnad. Det ökade känslan

av kontroll. Generellt önskade pappor mer fullständig information inkluderande risker med vård och behandling medan mammor kunde uppfatta detta som skrämmande och blockerande. Mammor kunde inte ta in det positiva i informationen när de fått något som handlade om negativa aspekter och risker. Det bästa var när informationen var saklig och faktabaserad men inte onödigt skrämmande.

”Framförallt så fanns de ju och lyssnade på oss, och stöttade oss, och berättade för oss, och så tog man ofta saker tre, fyra och fem gånger så att man skulle vänja sig vid det. Så det är ju en strategi man klart har när man kommunicerar där ju”. (I:4,P)

”Genomgående var ju att medicinsk fakta det förklarades väldigt noggrant av både sköterskor och läkare, de var ju väldigt öppna med det också redan från början att: – Fråga nu gärna en gång extra om det är någonting som ni undrar över”. (I:4,M)

Det fanns också upplevelser av att inte ha fått totalt ärlig information om barnets tillstånd, och att informationen var svår att förstå.

”Det enda var väl att de var väl inte riktigt hundra procentigt ärliga, hur, för det har ju gått upp för oss hur pass dåligt barnet var (...) ett tag var det lite så här, lite luckor mellan meningarna, (...) det kom liksom inte fram redigt”. (I:1,P)

”Förklara lättare, förklara som ett barn skall förstå det. (...) det hade varit lättare om man hade ritat upp det, så hade man liksom förstått att, aha, det är så det ser ut”. (I:1,P)

Många föräldrar beskrev upplevelsen av att det var först när de tillsammans hade lyssnat och diskuterat med varandra som informationen kunde tas in och förstås fullt ut. Att inte bli informerad av vårdpersonalen omgående om vilka regler som gällde kring sekretess/konfidentialitet i förhållande till andra barn och deras familjer upplevde flera föräldrar som frustrerande. En viss rädsla att känslig information skulle spridas förekom.

Vårdpersonalens kompetens kring detta område tolkas som viktig och mångfacetterad. Den sakliga, faktabaserade informationen är grundläggande men den stora utmaningen ligger i att göra informationen förståelig och tillgänglig för alla individer utifrån deras situation och

förutsättningar. Detta kräver både kommunikativ och pedagogisk kompetens. Bättre kontinuitet hos personalen ställer krav på organisatorisk kompetens hos avdelningens ledning.

Professionellt individualiserat engagemang specifikt för varje föräldrapar och lika för alla

Flera familjer hade känt att vårdpersonalen såg en individ i varje barn och bemötte familjen som om de var ett eget unikt fall. Vårdpersonalen svarade med sådan inlevelse på de frågor föräldrarna ställde att det kändes som om det var första gången de hade fått just den frågan. Detta förundrades föräldrarna över och uppskattade, men ju längre tiden gick och ju fler andra familjer föräldrarna mötte så insåg de att alla föräldrar ställde samma frågor och att personalen med samma engagemang besvarade frågorna inför varje föräldrapar.

”Gud, så många är väldigt proffsiga på det här att få det att låta som om att nu är det bara ert barn som är här, och nu är det hans problematik, och sen kommer det nya och vi hade varit där längre, så börjar de ju om med samma frågor igen (...) ändå så svarade personalen på frågorna som om vi var de första som hade ställt den frågan (...) vi var liksom ett eget fall, och alla var ju likadana och alla hade samma funderingar och ändå så kändes man väldigt unik”. (I:3,M)

”... men när man hade vart där ett tag och sett ett antal andra familjer komma och gå så förundras man litegrann över hur man med en sådan inlevelse kan berätta liksom som att det är för första gången nästan, så var det”. (I:7,P)

Många föräldrar upplevde dock att det var väldigt mycket personal och att de inte fick behålla den personal de hade lärt känna, att det var brist på kontinuitet. Någon familj upplevde att de själva upprätthöll kontinuiteten för sitt barn och att de blev lyssnade på av all personal just av den anledningen. Alla önskade en kontinuitet i kontakten med läkaren. Inte nödvändigtvis i det dagliga men som en sammanhållande enhet för större frågor och beslut.

Vårdpersonalens kompetens i detta tolkas som ett outtröttligt tålamod och engagemang i mötet med varje enskilt barn och varje familj, ett professionellt engagemang som upplevs individualiserat men som i själva verket är lika för alla och trots detta fyller ett behov hos familjerna.

Ansvar ges villkorligt eller ovillkorligt

Föräldrarna upplevde att det medicinska ansvaret låg utanför föräldrakompetensen och det ville de inte ha något ansvar för. Andra ville ta ansvar och påverka vården mer och vissa gjorde detta genom att medvetet välja ut vilka sjuksköterskor de diskuterade med. De diskuterade med den utvalda sjuksköterskan som i sin tur kunde påverka läkaren. Pappor upplevde generellt en större önskan om att ta ansvar. En annan upplevelse var att personalen var lyhörd för föräldrarnas synpunkter i ”det lilla”. Om föräldrarna tyckte något så rättade vårdpersonalen sig efter det, när de lärt känna föräldrarna. Någon förälder hade sett en strategi i hur vårdpersonalen byggde upp föräldrarelationen genom att rätta sig efter föräldrarnas önskemål så länge det inte påverkade den medicinska säkerheten.

”Jag tycker att de var ganska tydliga med att uttala sig om att det var de som hade ansvar där inne [på salen], och att vi inte skulle lägga oss i mer än nödvändigt, så det var bara för oss att hålla oss till kontakten med barnet. Medan allt praktiskt, allt medicinskt det såg de nog helst att vi inte lade oss i alls. (...) Men i slutändan fick de ju lyssna i alla fall (...) men man kan ju inte göra så mycket heller, det går ju inte heller att stå och titta på om man känner att man kan hjälpa till, det är ju det enda du kan göra.(...) nej, jag tycker nog inte man får ta riktigt det ansvaret som man vill”. (I:7,P)

Det fanns också föräldrar som kände det som om vårdpersonalen lät dem styra allting när de samarbetade i omvårdnaden kring barnet, att vårdpersonalen alltid frågade vad föräldrarna ville göra.

”De frågade ju: -Vill du ta där uppe, eller vill du ta höfterna, eller? Så de lät en styra allting nästan kändes det som”. (I:6,M)

Kompetensen hos vårdpersonalen inom detta område bestod i att individualisera och möta varje förälders önskan om och kapacitet att ta ansvar. Den vägledande kompetensen var viktig för att föräldrarna skulle kunna lära känna sitt barn och omvårdnaden och kunna ta mer och mer ansvar. Samtidigt som vårdpersonalen som tidigare beskrivits har ett ansvar som professionella för den medicinska säkerheten.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Den kvalitativa forskningsansatsen i studien har varit hermeneutiskt fenomenologisk som den beskrivits av Max van Manen. Hermeneutisk fenomenologi kräver mycket eftertanke och tid (van Manen, 1990, 1997, 1999, 2007). Resultatet i kvalitativa intervjustudier har oftast låg generaliserbarhet då det i hög grad bygger på det som informanterna kände i det ögonblick som intervjun gjordes där eftertanken hos föräldrarna ger dem nya perspektiv på sina upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Styrkan i den fenomenologiska ansatsen är möjligheterna att förstå det subjektiva i de mänskliga upplevelserna och erfarenheterna (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Ansatsen ger inga givna ramar för hur den vetenskapliga processen skall genomföras men den beskrivs som en dynamisk interaktion (van Manen, 1990).

Svensson och Ahrne (2011) beskriver hur forskaren kommer nära människorna och de miljöer som ska studeras genom kvalitativa studier. Genom att forskaren använder intervjuer ges de som deltar i en kvalitativ studie frihet att svara fritt på frågor och några begränsningar hur en fråga ska besvaras föreligger inte såsom i en enkätstudie. På så sätt erhålls intervjuer som är djupa och genererar uttömmande svar. Intervju som metod för denna studie visar sig uppfylla detta då föräldrarna berättar livligt och inlevelsefullt om sina upplevelser. Intervjuguiden med en öppningsfråga och intervjuområden upplevs fungera tillfredställande och har hjälpt till att hålla intervjuerna så nära studiens syfte det var möjligt utan att styra informanterna för mycket (Kvale och Brinkman, 2009).

Kvale och Brinkman (2009) lyfter också fram maktassymmetrin i intervjusituationen då det är intervjuaren som avgör ämnet som skall samtalas kring och ställer följdfrågor. För att göra maktassymmetrin så liten som möjligt har miljön där intervjun görs stor betydelse (ibid.). Hänsyn till detta visas i studien genom att familjerna själva avgör var intervjun skall ske. Alla intervjuer inleds med ett allmänt samtal för att intervjuaren och föräldrarna skulle lära känna varandra och intervjun avrundades med samtal utifrån något som föräldrarna styr in på. Att det ändå finns en maktassymmetri i intervjusituationen eftersom det är intervjuaren som styr

samtalet är något som inte går att undvika helt (ibid.). Vid alla intervjuer utom en är barnet som vårdtiden avsåg med i rummet. Det kan ha distraherat föräldrarna i deras tankar och berättelser men att be familjerna att ordna barnvakt till så små spädbarn är dock inget alternativ.

Max van Manen (1990) menar att problemet vid fenomenologiska studier inte alltid är att vi vet för lite om fenomenet vi önskar undersöka utan snarare att vi vet för mycket om det. Problemet är att vårt sunda förnuft, vår förförståelse, våra antagningar och den redan existerande vetenskapliga kunskapen kring fenomenet ökar vår benägenhet att tolka fenomenets natur redan innan vi har kommit till kärnan av hur det upplevs av de människor som deltar i just denna studie. Trovärdigheten i denna studie stärks genom att författaren innan studien genomförs sätter ord på och tydliggöra sin förförståelse vilket van Manen (1990) menar är ett sätt att lägga förförståelsen åt sidan för att den inte skall styra intervjun och analysen när det gäller det fenomen som undersöks. Att helt utesluta att författarens förförståelse har påverkat resultatet är omöjligt.

Studiens pålitlighet är också beroende av hur intervjuerna genomförs. I intervjusituationen bör informanterna ges tid att reflektera utan påverkan genom att tillåta tystnad (van Manen, 1990). Detta integreras i intervjusituationen och visar att det kommer upp många perspektiv på de olika upplevelserna hos föräldrarna genom tystnaden. Denna förmåga förbättras av intervjuaren efterhand som intervjuerna görs.Handledarens funktion att identifiera eventuell förförståelse i intervjuerna leder till en förbättring i detta och större följsamhet i intervjusituationen genom att i större utsträckning ställa följdfrågor kring det som föräldrarna berättar om, efter de första intervjuerna.

Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) visar på vikten av att analysen och resultatet diskuteras mellan forskare som deltar i studien samt att även utomstående forskare ges möjlighet att granska resultatet för öka studiens trovärdighet (ibid.). Tolkningen kan aldrig bli en given sanning utan blir förhoppningsvis nya, givande sätt att se på människors erfarenheter av livet och vad de har lett till (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Detta är den fasen av analysarbetet som är mest krävande. Det genomfördes åtskilliga genomläsningar av de sammanfattande texterna kring varje intervju för att fånga fenomenets karaktär. Här sker diskussioner med handledaren för att stärka tolkningens trovärdighet. Studien har även granskats av studenter och forskare i seminarier där värdefulla kommentarer framkommit.

Granskär och Höglund-Nielsen (2012) beskriver en risk i att tolkningen av studiens data tillrättaläggs av författaren för att passa in i en önskad mall. Här påtalas därför vikten av att redovisa rådata såsom citat från intervjuer så att läsarens möjlighet att bedöma den tolkning som gjorts ökar. Trovärdigheten stärks genom att det förekommer citat i studiens resultat och att alla familjer är representerade genom minst ett citat.

En fenomenologisk beskrivning är alltid en tolkning gjord av en individ eller flera, och ingen ensamt stående tolkning av mänsklig erfarenhet kan någonsin utesluta möjligheten av en annan komplementär eller till och med rikare eller djupare tolkning (van Manen, 1990). Som beskrivits under genomförande av databearbetning sammanfattas intervjuerna i tre olika steg där det sista innebär formulering av fem teman som beskriver fenomenet i föräldrarnas upplevelser.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet var att belysa föräldrars upplevelser av kompetens hos vårdpersonalen på en NeoIVA avseende familjecentrerad vård, och hur den upplevda kompetensen påverkade föräldrarnas välbefinnande under barnets vårdtid. Resultatet visar att personalens kompetens inom familjecentrerad vård är både befintlig och obefintlig. Det som föräldrarna upplever att det finns mest kompetens inom är bekräftande bemötande då alla har en positiv upplevelse av bemötandet. Detta är i överensstämmelse med Cleavelands (2008) resultat om vilka behov föräldrar har under vistelsen på NeoIVA dvs. en välkomnande miljö är viktig. Föräldrarna i föreliggande studie känner till stor del att de är i trygga händer, att de inte behöver oroa sig för barnets vård. Vårdpersonalen med sin kompetens blir deras ställföreträdare när deras egna möjligheter och kunskaper inte räcker till på grund av situationen de hamnat i med ett för tidigt, sjukt barn. Liknande resultat visar Harbaugh, Tomlinson och Kirschbaum (2004) som intervjuat föräldrar till barn som vårdas på en barnintensivvårdavdelning om deras upplevelser kring sjuksköterskornas omvårdande beteende. Föräldrarna upplever att de bästa vårdande beteendena är de som underlättar och kompletterar viktiga delar i föräldrarollen. Dessa beteenden består av att vara vårdande och övervakande såsom att visa tillgivenhet, omsorg, uppsikt och beskydd.

Föräldrarna känner sig delaktiga i stor utsträckning beroende på att de tidigt av vårdpersonalen slussas och guidas in i vården av sina barn. Även om de inte hela tiden kan

finnas vid barnets sida domineras deras upplevelse av en känsla av delaktighet samtidigt som de inte tvingas in i en delaktighet som de inte känner sig förberedda för. Delaktigheten föräldrarna känner styrks också av Carlsander och Ödell's (2011) studie där 87 % av föräldrarna känner sig delaktiga i sitt barns vård. I båda studierna visas att det finns föräldrar som vill vara med delaktiga i vården av sitt barn än de tillåts vara och de upplever att personalen tar över i en känsla av att personalen vill ha något att göra istället för att handleda föräldrarna att sköta sitt barn. Här antyds att det saknas pedagogisk kompetens hos en del av personalen vilket visar att familjecentrerad vård inte slagit igenom som en del av personalens uppdrag. Dessa studier kan ses som en viktig utvärdering av personalens kompetens och visar att det krävs fortsatt utbildning inom vad familjecentrerad vård innebär. Wigert et al.'s. (2006) studie visar att flera mammor känner utanförskap i vården av sitt barn på NeoIVA och det kan bero på att studien är några år äldre då resultatet i vår studie förefaller förbättrat.

När det gäller information och kommunikation finns det en diskrepans mellan de olika familjernas upplevelser av denna kompetens. Från att känna sig välinformerad och lugn till att vara frustrerad och irriterad och orolig då det gått tre veckor sedan det senaste läkarsamtalet. Föräldrarna antar att detta är beroende på den rådande situationen och vårdtyngden på NeoIVA då respektive familj vistas där och bristen på eller den goda tillgängligheten och kontinuiteten hos framförallt läkarna. Bruns och Klein (2005) visar motsvarande diskrepans i upplevelserna av information och kommunikation när de utvärderar familjecentrerad vård på en NeoIVA genom en enkätstudie och pekar på behovet av att möta varje familjs individuella behov. Även Jones, Woodhouse och Rowe (2007) som intervjuar föräldrar på en NeoIVA om deras upplevelser av effektiv och ineffektiv kommunikation med vårdpersonalen kommer fram till att god kommunikation är den där kommunikationen anpassas efter föräldrarnas specifika behov och rådande situation.

Flera föräldrar önskar en varaktig kontakt med en läkare inte nödvändigtvis i det dagliga arbetet men kring de stora frågorna. Latour et al. (2010) finner att personalen skattar behovet av att utse en ansvarig läkare till varje barn vid förlängd vårdtid högre än vad föräldrarna gör. Detta bestrids alltså i vår studie och även av Carlsander och Ödell (2011) som finner att föräldrarna är minst tillfredställda med organisationen av vården därför att kontinuiteten av en patientansvarig läkare och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknas.

Det finns skillnader mellan mammor och pappor när det gäller behovet av heltäckande information och viljan att ta mer ansvar. Papporna har ett tydligare behov i detta.

Arockiasamy et al., (2008) beskriver pappors erfarenheter av NeoIVA som ett sökande efter kontroll vilket liknar pappornas upplevelser i föreliggande studie. Deeney, Lohan, Spence och Parkes (2012) finner i en intervjustudie med pappor på en NeoIVA att papporna håller på att bygga upp nya könsbundna identiteter kring födseln av sina barn men att de över tid ger mammorna ansvaret som primär vårdare och beskriver hur de möter motstånd från vårdpersonalen och sina partner när de utmanar den traditionella rollen med kvinnan som kompetent i omvårdnaden av barnet. Författarna pekar på att en förståelse för dessa könsbundna erfarenheter är nödvändig för att leda vården framåt mot en större inklusion av pappor som jämlika föräldrar inom vården. Hollywood och Hollywood (2011) pekar också på behovet för vårdpersonalen inom NeoIVA att speciellt tänka på pappornas perspektiv i detta sammanhang. Det är en del av kompetensen i individualiseringen i omvårdnaden utifrån varje förälders behov.

Det individualiserade professionella engagemanget upplevs som tillfredsställande av föräldrarna. Lyhört engagemang innebär att sjuksköterskan ger individualiserad omvårdnad till föräldrarna mot bakgrund av att vara känslig för nyanser i föräldrarnas behov. När föräldrarna upplever att sjuksköterskan är totalt engagerad i deras behov blir de lättade och känner att de är i centrum även om de senare inser att engagemanget kanske inte är så starkt då många föräldrar upplevs ha samma frågor och sjuksköterskorna svarar tålmodigt på samma frågor med ett outtröttligt engagemang. Liknande resultat finner Misty, Rempel, Scott, Brady-Fryer och Van Aerde (2010) när de utforskar föräldrarnas upplevelse och tillfredsställelse med vården på NeoIVA där det lyhörda engagemanget handlade om att sjuksköterskan läste av föräldrarnas känslomässiga stämning.

Studien betonar vikten av bekräftelse, delaktighet, god information och kommunikation och eget ansvar samt individualiserat engagemang, vilket också framkommer i Cescutti-Butler och Galvin (2003). De finner att föräldrar önskar integration på avdelningen och inte känna sig som en belastning, att inges en känsla av att ha kontroll över den situation föräldrarna och deras barn befinner sig i, att själva kunna välja att vara närvarande eller inte närvarande i samband med barnets omvårdnad och vård samt god kommunikation mellan föräldrarna och det professionella teamet som vårdade deras barn (ibid.).

Hall (2007) visar att samspelet mellan vårdpersonalen ständigt pågår i en verklighet mellan två motpoler, det ideala och det oacceptabla. Detta tangeras av att i stort sett alla föräldrar i

föreliggande studie upplever att det finns situationer och personer i vården där föräldrarna inte känner att kemin i relationen stämmer. Även om de betonar att det ideala samspelet överväger.

Syftet för studien skall styra innehållet i tolkningen och resultatredovisningen (Backman, 1998). Intervjuerna i denna studie genomförs när de för tidigt födda barnen är utskrivna till hemmet med sina föräldrar (3-7 månader efter vistelsen på NeoIVA). Alla familjerna har efter vistelsen på NeoIVA vårdats på allmän neonatalavdelning. Antingen i anslutning till NeoIVA eller på sitt hemortssjukhus. Detta gör att den perioden ligger familjerna närmare i tiden och aspekter kring den och kring överflyttningen tas upp av föräldrarna i alla intervjuer. Flera familjer har negativa upplevelser från denna tid. Detta kan ha påverkat föräldrarnas syn på tiden på NeoIVA så att den i förhållande till det negativa som flera hade upplevt efteråt kan framstå som mer positiv för dem. Och därigenom påverkat resultatet i denna studie. Ytterligare studier behövs kring föräldrars upplevelser av överflyttning från NeoIVA till neonatalavdelning.

Konklusion

I denna studie upplever föräldrarna att personalens kompetens att bedriva familjecentrerad vård starkt påverkar deras erfarenhet av NeoIVA vården. Den viktigaste kompetensen handlar om ett bekräftande bemötande, det är den mest inflytelserika faktorn som föräldrarna finner tillfredsställande. Genom beskrivningarna av föräldrarnas interaktion med personalen visas att vårdpersonalen bör ha kompetens i att göra föräldrarna delaktiga i vården av barnet på ett naturligt sätt utifrån sin känslighet för föräldrarnas situation och relationen med vårdpersonalen. Information och kommunikation bör ges med inlevelse i vad föräldrarna kan ta emot och med ömsesidig förståelse. Kompetensen i att ha ett engagerat och individualiserat förhållningssätt uppmuntrar föräldrarna att känna sig unika och tagna på allvar. Att få ta eget ansvar bör utgå från relationen mellan personal och vårdpersonal där föräldrarnas kapacitet och önskemål är vägledande.

Kliniska implikationer

Föräldrarnas upplevelser av vårdpersonalens kompetens inom FCC som de belyses i denna studie har potentiella möjligheter att leda till en ökad kompetens hos vårdpersonalen kring detta fenomen. Detta kan implementeras genom riktade utbildningsinsatser som betonar vikten av personalens kompetens inom FCC som en faktor som starkt påverkar föräldrarnas upplevelser och erfarenheter av NeoIVA vården.

Referenser

Aagaard, H., Hall, E.O.C. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3),e25-e36.

Arockiasamy, V., Holsti, L., Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. doi: 10.1542/peds.2007-1005.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*, Lund, Studentlitteratur.

Bowie, H. B., Hall, R. B., Faulkner, J., Anderson, B. (2003). Single-room infant care: future trends in special care nursery planning and design. *Neonatal Network*, 22 (4), 27-33.

Boxwell, G. (Ed.). (2000). *Neonatal intensive care nursing*, London, Routledge.

Bruns, D.A., Klein, S. (2005). An evaluation of family-centered care in a level III NICU. *Infants & Young Children*, 18(3), 222-233.

Buckingham, S. (2000). Clinical competency: the right assessment tools? *Journal of Child Health Care*, 4(1), 19–22.

Carlsander, A., Ödell, J. (2011). *Neonatal Intensivvård, En enkätstudie om föräldrars tillfredsställelse med vården*. Magisteruppsats. Lunds Universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.

Cescutti - Butler, L., Galvin, K. (2003). Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 752 – 761.

Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 666-691.

Cutler, L. (2000). Competence in context. *Nursing in Critical Care*, 5(6), 294–299.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., Nyström, M. (2008) *Reflective lifeworld research, (Second ed.)*. Lund, Studentlitteratur.

Deeney, K., Lohan, M., Spence, D., Parkes, J. (2012) Experience of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: A critical gender analysis. *Social Science & Medicine*, 75, 1106-1113.

Fearon, M. (1998). Assessment and measurement of competence in practice. *Nursing Standard* 12(22), 43–47.

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

Fejes, A., Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber

Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1085–1093.

Fraser, D., Murphy R., Worth-Butler, M. (1996). A model of competence: the consumers' perspective. *British Journal of Midwifery*, 4(11), 576–580.

Förenta nationernas konvention för barns rättigheter (1989). Hämtad 20 juni, 2012, från <http://www.un.org/crc>.

Girot, E.A. (1993). Assessment of competence in clinical practice: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 114–119.

Gavey, J. (2007). Parental perceptions of neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*. 13, 199-206.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-261.

Gooding, J.S., Cooper, L.G., Blaine, A.I., Franck, L.S., Howse, J.L., Berns, S.D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Elsevier, Seminars in perinatology*, 35, 20-28.

doi:10.1053/j.semperi.2010.10.004

Hall, E.O.C.(2007). *When a newborn or small child is critically ill – Nurses', parents' and grandparents' experiences and dynamics in family-centered care*. Doctors dissertation. Denmark: Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.

Hedberg Nyqvist, K., Engvall, G. (2009). Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 153-163.

Hollywood, M., Hollywood, E. (2011). The lived experience of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 17, 32-40.

Hurst, I. (2001, December). Vigilant watching over: Mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15, 39-57.

Hutchfield, K. (1999). Family-centered care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187.

Jackson, K., Ternstedt, B-M., Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 120-129.

Jeffrey, Y. (2000). Using competencies to promote a learning environment in intensive care. *Nursing in Critical Care*, 5(4), 194–198.

Jones, L., Woodhouse, D., Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: A study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Education and Counseling*, 69, 206-212.

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

Lagercrantz, H., Hellström Westas, L., Norman, M. (2008) *Neonatologi*. Lund, Studentlitteratur.

Latour, J. M, Hazelzet, J. A., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B. (2010). Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. *The Journal of Pediatrics*, 157(2), 215-220.

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

Martin, A. (2000). After the NICU: the Birth of Effective Parent Advocates. Hämtad 13 augusti, 2012, från: <http://www.comeunity.com/premature/advocacy-NICU.html>.

Melnyk, B.M., Feinstein, N.F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H.F., Sinkin, R.A., ... Gross, S.J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parents Empowerment (COPE) Neonatal intensive care unit program: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414-1427.

Merenstein, G.B., Gardner, S.L. (2006). *Handbook of neonatal intensive care, (Sixth ed.)*. St. Louis, Missouri, Mosby Elsevier.

Misty D. Reis, M.D., Rempel, G.R., Scott, S.D., Brady-Fryer, B.A., Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(6), 675-683.

Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 157-162.

NOBAB:s rättigheter för barn på sjukhus (1998). Hämtad 20 juni, 2012, från <http://www.nobab.org/charters/childrens>.

Perinatalt kvalitetsregister, neonatal, PNQn (2012). Hämtad 7 juni, 2012, från <http://www.pnqn.se>.

Philip, G.S. (2005). The evolution of neonatology. *Pediatric research*, 58(4), 799-815.

Polit, D.F., Tatano Beck, C. (2004). *Nursing research, Principles and Methods, (Seventh ed.)*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm:Riksdagen.

Shelton, T., Smith Stepanek, J. (1995). Experts from family-centered care for children meeting specialized health and development services. *Pediatric Nursing*, 21(4), 362-364.

Shields, L., Nixon, J. (2004). Hospital care of children in four countries. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 475-486.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). *Kompetensbeskrivning för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor*. (2012). Hämtad 25 juli, 2012, från <http://www.swenurse.se>.

van Manen, Max. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New York Press.

van Manen, Max. (1997). From meaning to method. *Qualitative Health Research*, 7. August, 345-369.

van Manen, Max. (1999). The pathic nature of inquiry and nursing. In I. Madjar & J. Walton (Eds.), *Nursing and the Experience of Illness: Phenomenology in Practice* (pp. 17-35). London: Routledge.

van Manen, Max. (2007) Phenomenologie of practice. *Phenomenologie & Practice*. 1(1), 11-30. Hämtad 8 november, 2012. från <http://www.phandpr.org>

van Manen, Michael. (2012) Technics of touch in the neonatal intensive care, *Med Humanit*.doi.10.1136/medhum-2012-010204.

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., Hellström, A.L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 35-41.

Wigert, H., Hellström, A.L., Berg, M. (2008) Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care- a field study. *BMC Pediatrics*, 8:3.

doi:10.1186/1471-2431-8-3

Wigert, H., Berg, M., Hellström, A-L. (2009). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 139-146.

Wigert, H. (2008). *Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård*, Doktorsavhandling, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsfråga

Hur länge har ditt barn vårdats på NeoIVA?

Öppningsfråga

Intervjun inleds med en öppen fråga: ”Jag skulle vilja att du/ni berättar om vad personalen gjorde för dig/er föräldrar som gjorde att du/ni kunde hantera tiden på NeoIVA och vilken kompetens hos personalen som du/ni upplevde som viktig för att ni skulle må bra/bättre och lära känna ert barn under sjukhusvistelsen?

Vid behov påbörjas intervjun med ett samtal kring ordet kompetens.

Intervjuområden

Vilken kompetens hos vårdpersonalen upplever du/ni som viktig avseende:

Föräldrabemötande

Föräldrainformation

Föräldrakommunikation

Föräldradelaktighet

Föräldraengagemang

Föräldraansvar



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 2 (4)

INFORMATIONSBREV

2012-09-26

Information till Föräldrar

”Vårdpersonalens kompetens inom familjecentrerad vård på NeoIVA – ett föräldraperspektiv ”

Ni tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Under de senaste årtionden har det skett en snabb utveckling av neonatalvården. Ni föräldrar är en naturlig och nödvändig del av teamet kring Ert barn. Syftet med denna studie är att beskriva Era upplevelser som föräldrar av vårdpersonalens kompetens på NeoIVA avseende familjecentrerad vård, och hur personalens kompetens påverkade Ert välbefinnande under ert barns vårdtid. Detta görs för att öka kunskapen kring Era upplevelser och utveckla personalens kompetens kring familjerna.

Studien genomförs genom en intervju, av mig Kristina Ek, som beräknas ta cirka en timme. Ni avgör själva om en av Er föräldrar eller båda vill delta vid intervjun. Jag erbjuder plats för intervjun alternativt att Ni själva föreslår plats.

Med Er tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förstörs det insamlade materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och Ni kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Er eventuella fortsatta kontakt med Neonatalavdelningen. Resultatet av studien kommer att redovisas så att Ni inte kan identifieras.

Om Ni vill delta ber jag er att underteckna talongen som sedan överlämnas till mig i samband med intervjun. Jag kommer att ringa upp Er inom en vecka för att fråga om Ni vill delta i studien och besvara eventuella frågor samt bestämma tid och plats för intervjun.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård i samarbete med Neonatalavdelningen i Lund.

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

Med vänlig hälsning

Kristina Ek
Leg. Sjuksköterska, Student
070-177 68 16
kristina.ek.157@student.lu.se

Anita Lundqvist
Handledare. Barnsjuksköterska,
Dr med vet.
Inst för hälsa, vård och smh
Lunds Universitet
Box 157, 22100 Lund
046-2221813
anita.lundqvist@med.lu.se

Bilaga 3 (4)

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om: ” Vårdpersonalens kompetens inom familjecentrerad vård på NeoIVA – ett föräldraperspektiv ”

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 att det ger några konsekvenser för mitt barns behandling.

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

Underskrift av förälder

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Naiv läsning med holistiskt synsätt

Selektivt närmande av texten för att hitta de för fenomenet speciellt essentiella eller avslöjande fraserna.

Exempel:

- 1: " Förklara så att ett barn skall förstå ".
- 2: " Där kände de ju först av, var finns jag idag? "

Systematisk genomläsning av varje intervju för att urskilja meningar eller stycken som visar på huvudmeningen i texten.

Exempel:

- 1: Svårtolkad information.
- 2: Tar inte informationen om inte föräldern är redo.

Formulering av teman som beskriver fenomenet

Exempel: *Information och kommunikation vid rätt tidpunkt och med ömsesidig förståelse*

Den hermeneutiska processen med tolkning där varje tema analyserades och sammanfördes med en beskrivning av den kompetens som temat tolkades beröras av.

Exempel: *Utmaningen ligger i att göra informationen förståelig och tillgänglig för alla individer utifrån deras situation och förutsättningar. Detta kräver både kommunikativ och pedagogisk kompetens.*

Figur 1: Schematisk beskrivning av analysprocessen enligt van Manen (1990).