EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2021:5

Barnsjuksköterskans upplevelser av att vårda hud mot hud på en neonatalavdelning

Maria Gustafsson

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Barnsjuksköterskans upplevelser av att vårda hud mot hud på en neonatalavdelning
Författare:	Maria Gustafsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterska inom barn och ungdom
Handledare:	Ida Kleye
Examinator:	Lena Hedén

Sammanfattning

Det finns mycket forskning om fördelarna med hud mot hud som vårdform för barn som vårdas på neonatalavdelningar. Några av fördelarna är bättre saturation, stabilare temperatur och hjärtfrekvens samt att det blir lättare för barn och föräldrar att knyta an till varandra. Många av de studier som är gjorda visar fördelar för barnet eller föräldrarnas sida, det finns däremot inte så mycket forskning kring barnsjuksköterskans upplevelse av hud mot hud som vårdform. Syftet med denna studie var att lyfta fram barnsjuksköterskans upplevelse av att vårda barn hud mot hud. Barnsjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor med minst fyra års erfarenhet av neonatalvård har intervjuats och resultatet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Analysen genererade till tre kategorier *Kunna förmedla trygghet, Erfarenhetens betydelse och Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment.* Resultatet visar att barnsjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor är positiva till vårdformen men att det finns tillfällen då hud mot hud inte är lämplig exempelvis när barnet är ostabilt eller erfaren personal saknas. Vid förflyttningar av underburna barn på neonatalavdelningar behöver den personal som är med vid flytten erfarenhet, framför allt hos de barn som är intuberade. Det framkommer också hur viktigt det är med ett bra samarbete mellan kollegor samt en god relation med föräldrarna.

Nyckelord: *Barnsjuksköterska, Hud mot Hud, NIDCAP, Neonatalvård*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Neonatalvård 1

Neonatalvårdens historia 1

NIDCAP 2

Familjecentrerad vård 3

Hud mot hud 3

Barnsjuksköterskans roll 4

Hållbar utveckling 4

PROBLEMFORMULERING 4

SYFTE 5

METOD 5

Ansats 5

Urval 5

Datainsamling 5

Dataanalys 6

Forskningsetiska överväganden 7

Förförståelse 7

RESULTAT 8

Kunna förmedla trygghet 8

Behålla lugnet 9

Finnas för föräldrar 9

Erfarenhetens betydelse 9

Kunna se förändringar hos barnet 10

Närhetens positiva effekter 10

Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment 10

Våga förflytta barnet 11

Kunna se när förflyttning kan ske eller inte 11

DISKUSSION 12

Metoddiskussion 12

Resultatdiskussion 13

Att kunna förmedla trygghet 14

Erfarenhetens betydelse 14

Förflyttningar 14

Tid 15

Hållbar sjukvård för barn 15

SLUTSATS 16

REFERENSER ***17***

Bilaga 1 ***20***

Bilaga 2 ***22***

Bilaga 3 ***23***

INLEDNING

Hudkontakt mellan barnet och dess förälder de första en till två timmarna är av stor vikt för barnet. Detta gör att barnets välbefinnande ökar, har lättare att hålla värmen och får ett stabilare blodsocker. När barnet ligger hud mot hud med modern ökar även oxytocinnivån hos modern vilket både är lugnande samt stimulerar bröstmjölken. Om barnet av någon anledning inte kan ligga hud mot hud direkt efter födseln bör den det ske så fort barnets tillstånd tillåter (Svensson 2015). Tidigare forskning hur hud mot hud har en positiv effekt för både barnet och föräldrarna men inte så mycket om barnsjuksköterskans upplevelser av att vårda hud mot hud.

BAKGRUND

Neonatalvård

På en neonatalavdelning vårdas barn som är underburna eller föds sjuka. Underburna räknas barn från gestationsålder (GA) 37 och tidigare samt extremt underburna från GA 28 och tidigare. För att räknas som fullgången föds barnet i GA 37–42. Efter GA 42 räknas barnet som överburet. I genomsnitt så behöver ca 10 % av alla nyfödda barn i Sverige neonatalvård. Av dessa så föds ca 1 % redan före v 30 vilket är 10 veckor för tidigt. När barnet föds underburet eller av annan orsak, exempelvis infektion eller syrebrist, krävs specialiserad vård och barnet skrivs in på en neonatalavdelning. Friska barn föds oftast i GA 37–42 och klarar andningen från första andetaget själva. (NIDCAP 2011).

Neonatalvårdens historia

I början av den neonatala vården bedrevs all vård av barnet utan att någon av föräldrarna fick vara med. Det enda som föräldrarna bidrog med var att modern levererade bröstmjölk. Under åren framöver så började föräldrarna att involveras i vården för att nu vårda sitt barn. Under 1980 talet blev vården med hud mot hud en rutin på neonatalavdelningarna (Fegran, Helseth & Slettebo 2006). Lagercrantz (2015) beskriver kuvösen som uppfanns redan i slutet av 1800 talet i Frankrike och användes en del redan då men först mycket senare upptäcktes det vid vilken temperatur som kuvösen skulle ha vid vård av barn. Barn som vårdades utanför den termoneutrala zonen visade sig oftare avlida. Syrgas började användas redan i början av 1900-talet hos de neonatala barnen. Vid vården med syrgas hos de neonatala barnen upptäcktes det att vid för höga halter av syrgasen fick många av barnen prematuritetsretinopati (ROP). Start av intensivvård för neonatala barnen påbörjades under 1960 talet i Stockholm samt Göteborg, men de respiratorer som användes i början var konstruerade för vuxna vilket ledde till att vården inte var speciellt framgångsrik i början. Spädbarnsdödligheten har minskat under 1900-talet och i Sverige har dödligheten varit en av de minsta i världen. Det skulle kunna bero på att redan under 1930 och 1940 talet så infördes det både mödra-samt barnavårdscentraler vid vården av blivande och nyblivna mödrar samt barn. På sjukhusen var det ända fram till mitten av 1900-talet obstetriker samt barnmorskor som hade hand om all vård av de nyfödda barnen (Lagercrantz, 2015).

Under början av 1970 talet började Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) att användas i den neonatala vården och man upptäckte då att många av de nyfödda barnen med andningsproblem klarade sig med enbart CPAP. Metoden utvecklades med studier både i Sverige och i Danmark. Det upptäcktes också att vård där barnet fick vara mycket ifred utan allt för många störningsmoment ökade överlevnaden (Lagercrantz 2015).

NIDCAP

Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) är en omvårdnadsmodell som utvecklades under 1970 talet där det centrala är att se barnet utifrån dess mognadsgrad. Omvårdnadsmodellen utgår ifrån hjärnans mognad och vad den tolererar gällande yttre stimuli. Modellen är individanpassad där speciell utbildad NIDCAP personal observerar barnet i omvårdnadssituationer före, under och efter själva vården. De observationer som utbildad NIDCAP personal gör under omvårdnadssituationen formar den individuella vårdplanen för det specifika barnet. I omvårdnadsplanen ingår föräldrarna som de främsta vårdgivarna där personalen stödjer föräldrarna i vården av sitt barn. Miljön runt barnet anpassas med dämpad ljudvolym, dämpat ljus och kuvöstäcke. Barnet bäddas in för att få stöd runt om. Vid all omvårdnad av barnet är det två som utför den, en sköter omvårdnaden och den andre stödjer och håller om barnet (Haumont, D. Amiel-Tison, C. Casper, C. Conneman, N. Ferrari, F. Huppi, P. Kuhn, P. Lagercrantz, H. Moen, A. Pallas-Alonso, C. Pierrat, V. Poets, C. Sizun, J. Valls, Y. Soler, A. & Westrup, B. 2013). Spence (2016) beskriver hur NIDCAP har som mål att förändra varje barns unika vårdsituation och försöka skapa en miljö som är mindre stressfull och en mer naturlig miljö för varje barn. När miljön runt barnet individualiseras så skapas en miljö som främjar utveckling och tillväxt (Spence, 2016).

Ett av huvudsyftena med NIDCAP är att skydda det underburna barnets hjärna, då hjärnan är i en väldigt känslig utvecklingsfas mellan v 24 tills barnet räknas som fullgången. Kleberg & Aagaard (2013) beskriver också att detta gör att omvårdnaden runt det underburna barnet är anpassad för att minska alla negativa intryck som hjärnan inte är mogen för att filtrera. Det underburna barnet kan reagera kraftigt vid för mycket stimuli med apnéer och oregelbunden andning. Svängningar i blodtrycket är också något som de tunna omogna kärlen i hjärnan inte klarar av och ökar risken för hjärnblödningar (Kleberg & Aagaard 2013; NIDCAP 2011). Barn som föds underburna eller extremt underburna och vårdas på neonatal har en omogen hjärna där smärta eller stress kan orsaka fysiska reaktioner som kan påverka det cerebrala blodflödet och eller syremättnaden. Genom NIDCAP observationer kan föräldrar samt vårdare lära sig tolka barnets signaler och beteende för att kunna ge barnet det stöd som behövs för att undvika stress. Det är viktigt att föräldrarna lär sig tolka barnets signaler även när barnet är mer stabilt för att undvika överbelastning för barnet. Vid vård hud mot hud kan det underlätta och minska risken för överbelastning, detta genom att stärka barnets fysiologiska system, såsom sömnmönster, autonoma funktion samt reagens på stress (Örtenstrand 2015). Genom att stödet till föräldrarna individualiseras utifrån varje familjs unika situation så är NIDCAP en familjecentrerad, utvecklingsstödjande och relationsbaserad form av vård (Kleberg 2013). Norman & Fellman (2015) beskriver vikten av att planera nödvändiga

undersökningar eller smärtsamma ingrepp efter barnets egen individuella rytm och förutsättningar för att minska stress hos barnet. Genom NIDCAP observationer så lär sig vårdare och föräldrar att bättre tolka barnets signaler och beteende och kan planera utefter barnets förutsättningar. För att tillämpa och göra NIDCAP observationer så krävs en specialistutbildning hos den personal som gör observationerna.

Familjecentrerad vård

Vården av underburna barn har utvecklats under 1900-talet där det från början var en vårdform där bara de grundläggande fysiska samt medicinska behov som tillgodoseddes av vårdpersonalen. Under åren så introducerades föräldrarna långsamt i vården runt sitt barn, först som besökare och senare till att vara med i vården (Fegran et al. 2006). Den familjebaserade neonatalvården bygger idag på att vården kring barnet planeras med familjen och inte bara runt det underburna eller sjuka barnet (Shields, Pratt & Hunter, 2006). När en familj får ett sjukt eller underburet barn blir familjen beroende av specialistvård och inget blir som planerat den första tiden med ett nyfött barn. Med en neonatalvård som är familjebaserad och bygger på ett gott bemötande, en god, öppen och ärlig kommunikation till föräldrarna, där de får vara delaktiga 24 timmar per dygn. Detta ger föräldrarna verktyg till att knyta an till sitt underburna eller sjuka barn om de får vara delaktiga dygnets alla timmar i vården runt barnet (Jackson & Wigert, 2013).

Hud mot hud

Under tiden i livmodern ligger barnet skyddat och livmoderns väggar ger en mjuk avgränsning. Genom navelsträngen får barnet all den näring samt syre som behövs (NIDCAP 2011). När ett barn föds underburet eller extremt underburet behöver de minsta barnen hjälp med att bibehålla fukt samt värme. Deras hud är omogen vilket innebär att fukt och värme förloras genom den omogna huden och de behöver hjälp med att reglera detta. Därför vårdas de i en kuvös som har dubbelväggar, är sluten och där temperatur samt luftfuktighet styrs. Under tiden barnet vårdas i kuvösen kontrolleras temperaturen på barnet ofta, då även barnets temperaturreglering kan vara omogen, vilket innebär att det finns risk för nedkylning eller överhettning (Berg & Wingren 2015). Under 1980-talet så introducerades hud mot hud på landets neonatalvårdsavdelningar vilket involverade hela familjen runt barnet (Fegran et al., 2006). Vid hud mot hud har barnet en direktkontakt med den anhörige, vilket är något som bör kunna erbjudas dygnets alla timmar. Med hud mot hud har det visat sig att det ger en bättre temperaturreglering hos barnet, minskat dödligheten och ger en positiv inverkan på barnets tillväxt. Allt detta ger även en förkortad vårdtid (Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012). Hud mot hud har även visat positiva effekter på extremt underburna barn. Vid studier där kontroller har gjorts på barnen före, under och efter visar på skillnader i syrgasmättnad, andningsfrekvens, mindre smärta, mindre risk för neonatal sepsis, samt hudtemperatur till det positiva. Det har även visat på en bättre tillväxt, minskade risken för hypoglykemi, hypotermi samt förbättrade amningen. Studier har även visat att underburna barn som vårdats hud mot hud har en 36 % mindre mortalitet jämfört med vård utan hud mot hud (Måstrup, 2013. Boundy, Dastjerdi, Spiegelman, Fawzi, Missmer, Lieberman & Chan,2016. Mekonnen, Yehualashet & Bayleyegn, 2019). Vid Kleberg & Westrup (2015) beskriver hur neonatalavdelningarna bör sträva efter att ha samvård med den nyförlösta

modern och det underburna barnet. Detta för att stödja barnets tillfrisknande och mognad, befrämja amningen samt stödja föräldrar samt barn i anknytningen. På barnavdelningar är det självklart att en förälder bor med barnet, detta gäller tyvärr inte på alla neonatalavdelningar än.

Barnsjuksköterskans roll

En av barnsjuksköterskans roller är att finnas till för hela familjen till det sjuka eller underburna barnet, genom att vara närvarande i jobbiga situationer. Genom att visa att det finns tid till att stödja föräldern/föräldrarna erbjuder barnsjuksköterskan tid som ger frist. Genom fristen kan den anhörige få tid för reflektion och därmed hjälp till förnyade krafter (Nurminen 2017). Barnsjuksköterskan vårdar barnet utifrån barnets perspektiv och behöver se omvårdnaden i ett helhetsperspektiv. Fokus hos barnsjuksköterskan bör under hela omvårdnadsprocessen utgå från barnets behov. Vårdbehovet hos barnet styr vården och handlar om att ge barnet den vård som behövs genom att stötta barnet och samtidigt försöka undvika att skrämma barnet. Utifrån barnets behov, förmåga och ork behöver barnsjuksköterskan planera barnets dag så barnet orkar med de undersökningar som ska göras men även kunna planera för tid med föräldrar. Genom att kunna se och uppmärksamma de subtila förändringarna hos barnet kan barnsjuksköterskan ge god omvårdnad (Mattsson, Forsner, Castrén & Arman 2013).

Hållbar utveckling

Hälsobefrämjande barnhälsovård beskrivs enligt Folkhälsomyndigheten (2020) som kan betraktas som en av drivkrafterna i hållbar utveckling. När hälsa för små barn befrämjas kan detta leda till hållbarhets effekter med besparingar av välmående, ekonomi och resurser. Genom detta kan det leda till att tillfredsställa de mänskliga behoven och på sikt leda till ett jämlikt samhälle både på kort och lång tid. Genom att ge de barn och familjer som befinner sig på en neonatalavdelning tid till hud mot hud har forskning visat att vårdtiden samt mortaliteten minskat vilket på sikt leder till besparingar både med ekonomi, resurser och hälsa (Måstrup, 2013. Boundy et al.,2016. Mekonnen et al, 2019).

PROBLEMFORMULERING

När barn föds underburna eller av annan anledning har behov av specialistvård på en neonatalavdelning finns det risker med komplikationer såsom blödningar eller infektioner. Vård hud mot hud är som vårdform vanligt förekommande hos barn som vårdas på neonatalavdelningar. Hud mot hud har i många studier visat positiva effekter på barnets puls, saturation, förmåga att behålla temperaturen med mer. Det finns också tidigare studier som visar på positiva effekter på hud mot hud hos föräldrarna. Där har hud mot hud framför allt befrämjat amningen och haft positiva effekter på förmågan att knyta an till sitt barn. Det finns däremot mindre forskning som belyser barnsjuksköterskans upplevelser av vårdformen hud mot hud så fler studier behövs.

Genom att belysa barnsjuksköterskans upplevelse av hud mot hud skulle det kunna stärka barnsjuksköterskans roll i att ge stöd för hud mot hud vård.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva Barnsjuksköterskans upplevelser av att vårda barn hud mot hud på en neonatalavdelning.

METOD

Ansats

Studien är gjord genom en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Intervjuerna analyserades sedan med innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs (2008).

Urval

Enligt Kvale och Brinkman (2014) så behöver de personer som deltar i en intervjustudie ha tidigare kunskap eller erfarenhet av det som efterfrågas i studien. Studiens inklusionskriterier var att enbart intervjua barnsjuksköterskor med minst 4 års erfarenhet av neonatalvård men på grund av att varje avdelning endast hade ett begränsat antal med specialistutbildade barnsjuksköterskor gjordes det en ny bedömning. I studiens inklusionskriterier lades därför till ett ytterligare urval: barnsjuksköterska eller specialistsjuksköterska som arbetat på neonatalavdelning med minst 4 års erfarenhet av neonatalvård. Författaren önskade en spridning av åldrar samt kön. I denna studie har sex specialistsjuksköterskor från två neonatalavdelningar i Västsverige intervjuats för att få fram data. De informanter som deltog i studien hade alla en specialistutbildning, Barnsjuksköterskor, Intensivvårdssjuksköterskor eller Barnmorskor, alla hade minst fem års erfarenhet av neonatalvård. En av informanterna hade utbildats inom NIDCAP. Alla informanter var kvinnor i åldrarna 30–55 år.

Datainsamling

Kontakt togs via telefon med verksamhetscheferna på två neonatalvårdsavdelningar i västra Götaland. Information om studien skickades via e-post. (se bilaga 1 och 2). Verksamhetscheferna godkände per telefon att deras personal fick tillfrågas om att delta i studien och information till anställda på avdelningarna skedde via deras veckobrev där bilaga med information och samtyckesblankett om studien var med. De informanter som var intresserade av att medverka i studien tog kontakt med författaren. Tider bestämdes med informanterna för intervjuer och bokades in. Informanterna fick själva välja ifall de

önskade genomföra intervjuerna på sin arbetsplats, i hemmet eller på övrig plats då intervjuerna erbjöds digitalt. Det som rekommenderades var att platsen för intervjun skulle vara avskild för att uppnå integritet samt förhindra att intervjun avbröts (Polit och Beck 2020).

Alla informanter valde att genomföra intervjuerna digitalt via teams eller motsvarande plattform på grund av rådande pandemi. Intervjuerna utfördes med semistrukturerade frågor (se bilaga 3) och spelades in via mobiltelefon samt att fältanteckningar skrevs. Intervjuerna genomfördes enskilt med författaren för balans i intervjusituationen. Författaren var mån om att försöka skapa en öppen miljö där informanten kände sig fri att dela med sig av sina erfarenheter och kunskaper (Kvale och Brinkman 2014 s 49,51). Intervjuerna började med bakgrundsfrågor för att minska nervositet (Polit och Beck 2020 s 520). Intervjuerna pågick mellan 30 och 50 minuter. Innan och efter intervjun påminde författaren informanten om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien. Varje informant skrev på ett samtycke för deltagande som skickades vidare av författaren eller informanten till Högskolan Borås enligt etiska rekommendationer (WMA 2013). Alla intervjuer kodades för avidentifiering och transkriberades nära efter intervjun. När varje transkribering var klar raderades ljudfilen och det kodade transkriberade materialet sparades för analysen (Polit och Beck 2020, s.512, 514).

Dataanalys

Data har analyserats med en innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008). Elo och Kyngäs (2008) menar att analysmetoden används för att få en bredd i både likheter som olikheter i de upplevelser som framkommer i datan. Intervjuerna som transkriberats samt fältanteckningar som förts lästes noggrant och många gånger för att uppnå en helhetsförståelse av innehållets mening. Genom att läsa all text noggrant kunde sedan de meningsbärande enheterna som motsvarade studiens syfte plockas ut. Därefter plockades text ut som bildade fristående enheter som sedan sammanställdes. Ur texten som valdes ut skapades koder och text som plockats ut lades under varje kod som bäst beskrev texten. Under analysen flyttades text för att bäst passa en kod. Alla textrader och koder fanns i ett Word dokument för att tydliggöra innehållet för författaren. Enligt Elo och Kyngäs (2008) så jämfördes koderna och sorterades sedan i underkategorier med mål att skapa en förståelse till fenomenet som undersökts. Underkategorier som liknade varandra fördes ihop och bildade en kategori. Huvudkategorin är syftet med studien. Se tabell 1 som visar exempel på arbetsgången från meningsenhet till kategori.

Tabell 1 Analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
plötsligt så ehh självextuberade hon sig på förälderns bröst o hon blev alldeles blå, o jag tror att jag var själv på salen eller nej jag hade en barnsköterska. I alla fall jag fick ju ställa mig där o handventilera och behålla lugnet	Visa ett lugn gentemot barn, anhöriga och kollegor	Behålla lugnet	Kunna förmedla trygghet
det är ju inte kul om den hamnar hos sin vårdnadshavare och det blir ehh att det blir någonting som händer alltså det händer ett tillbud eller så när de sitter hos sina föräldrar	Att veta vad man gör vid tillbud hos barnet	Kunna se förändringar hos barnet	Erfarenhetens betydelse
om du då inte har en erfaren personal som kan hjälpa till vid förflyttningen då är det ju så att det tyvärr inte blir succéfull om man säger så. Det handlar om mer utbildning till personalen det är där det brister.	Erfarenhet av förflyttningar hos kollegor	Kunna se när förflyttning kan ske eller inte	Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment

Forskningsetiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (VMA 2013) och Vetenskapsrådets ”God forsknings sed” (Hermerén 2011) ska informationskravet, samtyckeskravet, konfidentalitetskravet och nyttjandekravet uppfyllas. Alla informanter som deltagit i studien har informerats både muntligt och skriftligt om syftet med studien. Innan intervjun startades informerades alla informanter åter igen om att deltagandet i studien var frivilligt samt att deltagandet kunde avbrytas när som helst. I samband med intervjun fick informanterna skriva på ett samtycke som kasseras i samband med godkännande av studien. Vidare så informerades informanterna om att allt material kodades för att säkerställa avidentifiering samt att allt material förstördes efter att studien slutförts. Informanterna informerades om att allt insamlat material endast kommer att användas till denna studie och inte lämnas ut till tredje part (Hermerén, 2011).

Förförståelse

Då författaren inte har erfarenhet från arbete på en neonatalvårdsavdelning finns det endast en begränsad förförståelse för vård hud mot hud. Enligt Malterud (2014) kan det vara både negativt och positivt med förförståelse för det fenomen som ska studeras. Då författaren inte har erfarenhet från neonatalvård finns det inte mycket förförståelse att frigöra sig ifrån.

RESULTAT

I denna studies resultat redovisas barnsjuksköterskans upplevelser av att vårda hud mot hud på en neonatalavdelning. Resultatet presenteras i tre kategorier med tillhörande underkategorier, se tabell 2.

Tabell 2 Kategorier inom resultat.

Underkategori	**Kategori**
Behålla lugnet Finnas för föräldrar	Kunna förmedla trygghet
Kunna se förändringar hos barnet Närhetens positiva effekter	Erfarenhetens betydelse
Våga förflytta barnet Kunna se när förflyttning kan ske eller inte	Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment.

Kunna förmedla trygghet

En viktig del i barnsjuksköterskans arbete som beskrivs av informanterna var att kunna förmedla trygghet till anhöriga som är hos sitt sjuka eller underburna barn. Ibland så behövs den tryggheten även kunna förmedlas till barnsjuksköterskans kollegor. Informanterna som deltog i studien tog upp vikten av att känna trygghet i sitt arbete samt vikten av att kunna förmedla den till familjen runt barnet samt kollegor. Informanterna berättade om situationer vid vård hud mot hud där det var oerhört viktigt att kunna förmedla trygghet för att inte ge någon anhörig ett traumatiskt minne av neonatalvården. Att förmedla trygghet är att möta förälder, anhörig eller kollega och bekräfta mötet med ögonkontakt.

Att kunna förmedla trygghet presenteras i två underkategorier: Behålla lugnet samt Finnas för föräldrar.

Behålla lugnet

Informanterna berättade om situationer vid vård hud mot hud där barnet legat på mammas eller pappas bröst och där haft ett tillbud med bradykardi eller en dipp i saturation. Informanter var ense om att det var av största vikt att barnsjuksköterskan behöll sitt lugn under tillbudet. Det fanns farhågor för att föräldern som var med om tillbudet skulle bli rädda för att ta upp sitt barn igen om de som barnsjuksköterskor inte kunde behålla sitt lugn.

"plötsligt så ehh självextuberade hon sig på förälderns bröst o hon blev alldeles blå, o jag tror att jag var själv på salen eller nej jag hade en barnsköterska. I alla fall jag fick ju ställa mig där o handventilera och behålla lugnet "

Intervju 4

Finnas för föräldrar

Informanterna beskrev hur de i största möjliga mån försökte finnas till för föräldrarna eller de anhöriga som var hos barnet. De stöttade och hjälpte de föräldrar eller anhöriga som kände en oro inför hud mot hud och fanns vid sidan om första gångerna när föräldern eller anhöriga hade sitt barn hos sig. Informanterna beskrev hur en del föräldrar eller anhöriga var rädda att det skulle bli ett tillbud när de hade barnet hos sig hud mot hud och hur de lugnade och stöttade de som var oroliga. Informanterna beskrev också situationer där allt gick bra och de anhöriga kunde växa med ansvaret de hade för sitt barn.

"Dom känner sig delaktiga i vården o kan göra nåt"

Intervju 2

Erfarenhetens betydelse

Barnsjuksköterskans eller specialistsjuksköterskans erfarenhet är oerhört viktig, dels finns det erfarenhet som kan delas med sig av till nya kollegor, dels kan vissa situationer eller tillbud förhindras av barnsjuksköterskans erfarenhet. Barnsjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan ser på parametrar eller de signaler som barnet ger att något är galet eller att det kommer ett tillbud. Det kan exempelvis vara att barnet ligger illa, kanske på en sladd eller bara är varm/kall. Genom erfarenheten ser barnsjuksköterskan även när hud mot hud passar barnet eller inte.

Erfarenhetens betydelse presenteras i två underkategorier: Kunna se förändringar hos barnet samt Närhetens positiva effekter.

Kunna se förändringar hos barnet

Informanterna beskrev hur de kunde se signaler hos barnet när något inte var riktigt bra, signalerna behövde inte vara något som syntes på övervakningen utan hur de betedde sig. Signalerna kunde informanterna se tidigt hos barnet och kunde visa sig genom att barnet skruvade på sig, grimaserade eller på annat sätt visa att något var fel. Informanterna berättade om situationer där de kunde se dessa förändringar hos barnet. Informanterna berättade också om en känsla när de visste att något skulle hända hos barnet, kanske ett tillbud, även innan det skedde någon förändring.

”Det finns barn som inte tycker om o va hud mot hud. Vi har, jag har sett ett par såna barn, dom blir, dom slutar andas, dom blir dom kanske låser sig i respiratorn, det funkar inte o så ser man en förändring när dom kommer tillbaka till kuvösen, hur dom slappnar av”

Intervju 4

Närhetens positiva effekter

Informanter var eniga om att vård med hud mot hud var det allra bästa för barn som vårdas på neonatalavdelningar. Helst många timmar per dygn. Informanterna beskrev många situationer där instabila barn förbättrats vid hud mot hud, de vitala parametrarna stabiliserades, barnet kom till ro och somnade. I många fall kunde syrgasen sänkas på respiratorerna. De gånger som hud mot hud inte fungerade var oftast på de mest sjuka fullgångna barnen exempelvis de med sepsis eller asfyxi.

“*Hud mot hud är ju en vårdform tycker jag ehh där barnet ehh har möjlighet att på ett tryggt sätt eh få vistas i sin egen miljö… Alltså vistas nära sina vårdnadshavare”*

Intervju 3

“Hud mot hud är ju en viktig funktion för alla barn men främst för sjuka och prematura barn som kanske behöver en bättre tillväxt eller en bättre återhämtning”

Intervju 1

Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment

Det mest riskfyllda som informanterna berättade om var förflyttningar till eller från kuvös. Vid extremt underburna barn eller instabila barn som ska förflyttas görs det med flera personer. Ska barnet till en förälder för hud mot hud görs endast ett lyft av barnet av

två personer, annan vårdpersonal flyttar kuvös samt flyttar föräldern som oftast ligger i en säng och placerar henne/honom under barnet så de som lyft barnet bara kan sänka ner barnet till bröstet på föräldern. Förflyttningar görs enbart när barnet bedöms vara stabil nog för att klara en förflyttning och att den personal som jobbar känner sig trygg med det.

Förflyttningar av neonatalbarn – ett riskmoment presenteras i två underkategorier: Våga förflytta barnet och Kunna se när förflyttning kan ske eller inte.

Våga förflytta barnet

Informanterna berättade om tillfällen när de av olika anledningar tvekade vid förflyttningar till hud mot hud. Informanterna beskrev hur de kunde tveka då barnet kanske hade haft flera tillbud i kuvösen och de ville inte ha dessa tillbud hos föräldern. Dels på grund av det trauma som det skulle kunna orsaka föräldern vilket skulle kunna leda till att föräldern därefter inte vågade ta ut sitt barn. Dels även att barnet blev mer svåråtkomligt när det låg hud mot hud och kanske skulle behöva handventileras gentemot om barnet i stället låg i kuvösen. Det framkom även att hud mot hud inte alltid genomfördes då kollegor saknade erfarenhet eller kunskap till att förflytta barnet. Det kunde vara att barnet varit instabil under föregående pass eller att barnet var intuberat.

> *”Det är en stor process för barnet att bli förflyttad till hud mot hud till föräldern ifrån kuvösen. Det är det som är det jobbigaste ehh ja o när dom väl har börjat o kommit så långt att dom kan vara hud mot hud”*
>
> Intervju 5

Kunna se när förflyttning kan ske eller inte

Informanterna beskrev olika situationer där barnet kunde vara stabilt och skulle flyttas till hud mot hud men de valde att inte flytta. Det kunde vara att den förälder som skulle vårda hud mot hud inte klarade av att sitta med barnet några timmar just den dagen eller att det skulle ske en undersökning av barnet under dagen. Vid vissa lättare undersökningar eller provtagningar på barnet valde en del av informanterna att flytta barnet till hud mot hud och göra detta hos föräldern vid vård hud mot hud.

> *“Det beror ju på om det är en förälder som inte är stabil, det skulle det ju kunna va. Det kan ju va en förälder som inte klarar av o ha barnet.”*
>
> Intervju 6

> *”Ja jag vill ha ett stabilt barn som inte svajar för mycket i syremättnad, som andas, okej vi kan ju plocka ut dom i respirator också om de inte är för sköra. Dom ska man ju helst inte handventileras ute hos föräldrarna. Jag vill ha ett stabilt barn innan jag plockar ut, sen vet jag att det finns de som plockar ut mindre stabila barn än vad jag gör.”*
>
> Intervju 4

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes till denna studie var en kvalitativ metod då upplevelser skulle studeras. Innehållsanalysen gjordes med en induktiv ansats enligt Elo & Kyngäs (2008). Kriterierna som författaren önskade var barnsjuksköterska eller specialistutbildad sjuksköterska med minst fyra års erfarenhet av neonatalvård. Informanterna som intervjuades var kvinnor i åldrarna 30 – 55 år och arbetade på neonatalavdelningar i Västra Götaland. Alla hade arbetat fem år eller mer på en neonatalavdelning. Det är möjligt att resultatet hade varit ett annat om författaren valt att kriteriet för informanter var att jobba som sjuksköterska på en neonatalavdelning istället för minst fyra års erfarenhet, barnsjuksköterska eller specialistsjuksköterska. En tanke som författaren har haft är att nyutexaminerade sjuksköterskor skulle kunna ha mer ny forskning med sig ifrån sin utbildning som då skulle kunna ha tillfört ny kunskap till neonatalavdelningen. Könsfördelningen är också något som författaren har funderat på, det skulle kunna ha påverkat studiens resultat eller överförbarhet men fördelningen har enbart berott på bristen av manliga barnsjuksköterskor på neonatalavdelningarna.

Författaren har gjort sex intervjuer och materialet som insamlades under dessa bedömdes som tillräcklig för att kunna svara på studiens syfte. De som intervjuas i en studie bör ha kunskap och erfarenhet av syftet med studien enligt Kvale & Brinkmann (2014). Vidare beskrivs det att mängden data inte är det viktiga utan det är att författaren kan se en helhet i det material som insamlats. I analysen av materialet har författaren kunnat se en helhet i de intervjuer som gjorts. Informanterna i denna studie kom från två neonatalavdelningar i västra Götaland. Om författaren hade utökat antal neonatalavdelningar är det möjligt att resultatet hade blivit annorlunda då variationen från fler sjukhus hade varit med i analysen. Under intervjuer kan det framkomma personlig information från informanten. Författaren har genom att intervjuerna avidentifierades och kodades värnat om konfidentialiteten. En intervju kan innehålla personlig och känslig information (Kvale & Brinkmann, 2014). Under alla intervjuer ställdes samma frågor med eventuella följdfrågor till alla informanter. Genom detta har alla intervjuer haft samma utgångspunkt. När samma frågor samt följdfrågor vid behov används ökar tillförlitligheten och trovärdigheten i resultatet. Författaren har också tagit med citat från informanterna i resultatet vilket förstärker resultatet. Enligt Polit & Beck (2010) förstärks resultatet om citat från informanterna infogas i resultatet. Om studien skulle upprepas är det troligt att resultatet av studien blir liknande då alla informanter oftast var samtydliga i sina svar. Eftersom författaren inte har mycket erfarenhet av intervjusituationer finns det möjlighet att kroppsspråk eller ord kan ha påverkat svaren hos informanterna. Kvale & Brinkmann (2014) beskriver att när intervjuer genomförs av en person som är novis gällande intervjusituationer kan verbala reaktioner och kroppsspråk kan ha påverkat informanterna.

Erfarenheten och förförståelsen bestod endast i verksamhetsförlagd utbildning samt det som lästs om vårdformen. Malterud (2014) beskriver att det kan vara positivt när författaren av en studie inte har någon eller lite förförståelse då författaren går in i studien utan erfarenhet eller förutfattad kunskap.

Resultatdiskussion

Det har framkommit under intervjuerna att vården av barn på neonatalavdelningar utgår ifrån NIDCAP som vårdform. Informanterna berättade om hur hud mot hud som vårdform är en del av NIDCAP och har många positiva effekter på både barnet och föräldrarna. De gånger som hud mot hud inte är aktuellt beror oftast på att barnet är instabilt och en förflyttning är för riskfyllt. Det skulle också kunna vara på grund av att det har varit stressigt på avdelningen vilket påverkat barnet negativt. Författaren har reflekterat över tillfällen då hud mot hud inte genomförts trotts stabila barn utan det skulle kunna berott på brist av personal, erfarenhet eller kunskap hos personal. Under studien har författaren även reflekterat över hur sköra barnen på en neonatalavdelning är. Barnen blir fort påverkade av stress hos personal eller föräldrar. Hålls inte de extremt underburna ihop vid skötsel eller förflyttning utan tillåts spreta kan det räcka för att ge en hjärnblödning. Detsamma vid skötsel, om barnet inte rullas försiktigt åt sidan vid byte av blöja utan benen lyfts upp kan detta också öka risken för en hjärnblödning (NIDCAP, 2011). Fellman & Norman (2017) beskriver hur skör en omogen hjärna är hos de extremt underburna. Blodkärlen som ligger i anslutning till ventriklarna är sköra och känsliga för när det arteriella blodtrycket förändras, vilket kan leda till en hjärnblödning. Antalet hjärnblödningar har minskat vilket beror på ett bättre omhändertagande av de extremt underburna (Fellman & Norman 2017).

Resultatet visar att barnsjuksköterskor och specialistsjuksköterskor är positiva till själva vårdformen hud mot hud. Alla informanter har beskrivit situationer där hud mot hud har varit det bästa för barnet. Det har setts bland annat genom förbättrade mätvärden, lugnare barn som kommit till ro, barn som lättare håller temperaturen eller får ett stabilare p-glucos. De tillfällen som hud mot hud inte har kunnat genomföras har varit när barnet av någon anledning varit instabilt, det kan vara undersökningar som planeras eller en förälder som inte har varit stabil vid tillfället. Att hud mot hud bara har positiva effekter framkommer även i denna studie. Hud mot hud är en vårdform där effekterna både är mätbara såsom saturation, puls, blodsocker men syns även om barnet kommer till ro (FINE, 2016). Effekten speglas även hos föräldern som har barnet hud mot hud då känslan av att kunna vårda mitt barn borde vara lättare att känna. Föräldern känner sig behövd och barnet och föräldern kan lättare knyta an till varandra. NIDCAP (2011) beskriver att det finns vetenskapligt stöd som påvisar hud mot huds positiva effekter hos barn och förälder. Vidare beskrivs det hur metoden har visat på mindre allvarliga infektioner, bättre förmåga att hålla stabilt blodglukos eller temperaturreglering, minskad vårdtid samt mindre mortalitet hos barnen. Det finns också en positiv effekt på barnets tillväxt, föräldrars möjlighet att knyta an till barnet samt att metoden har visat sig ha en smärtlindrande effekt (Norman & Fellman, 2017). Det har också visat på en positiv effekt på möjligheten till att amma och påverka mammans mjölkproduktion (FINE, 2016). Det bästa sättet att knyta an till sitt barn beskrivs av föräldrarna är genom hud mot hud. När föräldern hade sitt barn hud mot hud var det lättare att förstå att det var deras barn. Detta är något som barnsjuksköterskan bör vara medveten om (Fernández Medina, Granero-Molina, Fernández-Sola, Hernandéz-Padilla, Camacho Ávila & Lopez Rodriguez, 2018).

Att kunna förmedla trygghet

Under intervjuer framkom det vikten av att kunna förmedla trygghet till föräldrar som är hos sitt sjuka eller underburna barn. Genom att stötta och finnas till för föräldrarna beskrevs det hur föräldrarna kunde växa med ansvaret för sitt barn och därmed vågade ta mer ansvar. Många föräldrar var rädda för tillbud just vid hud mot hud och när barnsjuksköterskan kunde förmedla trygghet samt stötta så vågade föräldern i större utsträckning vårda hud mot hud. Informanterna beskrev hur farhågorna var att personal inte kunde behålla lugnet vid tillbud och därmed skrämma föräldern vilket kunde leda till att föräldern blev rädd för att vårda hud mot hud igen. Thernström Blomqvist, Frölund, Rubertsson & Hedberg Nyqvist. (2012) beskriver vikten av att vårdpersonal stödjer föräldrarna till att våga vårda hud mot hud. Vidare beskriver de hur en positiv attityd hos vårdpersonalen stärker och uppmuntrar föräldrarna till hud mot hud. Vid tillbud är det av vikt att barnsjuksköterskan kan behålla sitt lugn, skulle inte barnsjuksköterskan klara detta skulle det kunna leda till stress och oro hos föräldern. Det skulle även kunna innebära att barnsjuksköterskan själv känner oro vid nästa tillbud och då har svårt att förmedla trygghet. Tryggheten som den erfarna barnsjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan har skulle ibland också behöva förmedlas till barnsjuksköterskans kollegor som har mindre erfarenhet av vården av sjuka eller underburna barn. Det är viktigt att nya och oerfarna barnsjuksköterskor tar vara på den erfarenhet som äldre eller mer vana kollegor har. Förmågan att kunna förmedla trygghet är en viktig egenskap i vården av barn, både gentemot kollegor, barnen och föräldrarna.

Erfarenhetens betydelse

Under flera av intervjuerna framkom det en tyst kunskap, genom sin kunskap och erfarenhet kunde barnsjuksköterskan eller den specialistutbildade sjuksköterskan se på barnet behövde få vara ifred eller exempelvis en provtagning var möjlig. Denna kunskap var mer svår att beskriva utan var mer en känsla eller att man bara vet att det inte är möjligt just nu. Informanterna berättade om tillfällen där de kunde se på barnet om barnet behövde få vara ifred. Informanterna kunde oftast inte beskriva vad de så på barnet som gjorde att de fick den känslan. Denna kunskap är svår att synliggöra och lära ut till kollegor med mindre erfarenhet. Genom att kunna dela denna kunskap skulle det kunna ge en ökad säkerhet för nya kollegor. Många beslut som tas av barnsjuksköterskan görs av den outtalade kunskapen som barnsjuksköterskan besitter genom erfarenhet och kunskap. Lyneham, Parkinson & Denholm (2008) beskriver hur en hel del av de beslut som tas av en erfaren och yrkeserfaren sjuksköterska beror på den outtalade och tysta kompetensen.

Förflyttningar

Under några intervjuer framkommer det att hud mot hud inte alltid genomförs på grund av oerfaren personal eller personal som inte vågar lyfta ut barnet från kuvösen. Det berättades också om oförmåga att kunna lyfta ut ett barn som var intuberad. Många av de barnen fick komma ut först när de var extuberade just för rädslan av att barnet av misstag skulle extuberas under tiden hud mot hud eller vid förflyttningen. Vid många lättare undersökningar förflyttades inte barnet till hud mot hud även om undersökningarna tillät det. Det var enstaka informanter som valde att göra lättare undersökningar eller provtagningar vid hud mot hud. Det framkom under flera intervjuer att det fanns kollegor

till informanterna som var nyutexaminerade sjuksköterskor som saknade erfarenhet av neonatal vård. Många av informanterna beskrev en stress där de kände att de behövde förflytta barnet till hud mot hud under sitt pass, risk fanns annars att barnet inte förflyttades under nästa pass. Det har visat sig under studien att förflyttningar ter sig som det mest riskabla i neonatalvården hos det sjuka eller underburna barnet. Är barnet dessutom intuberat eller har en CPAP så ökar risken med en ofrivillig extubering eller att CPAP masken hamnar snett och det skulle kunna bli ett tillbud. Berg & Wingren (2017) beskriver hur personal genom en god planering samt att det är flera personal som hjälper till vid förflyttningen minskar risken såsom en extubering. Det är viktigt att dokumentera hur barnet klarade förflyttningen samt hur barnet mår under tiden barnet ligger hud mot hud. Kleberg & Westrup (2017) beskriver vikten av att stödja barnet under hela förflyttningsprocessen. Barnet hålls ihophållet och varsamt för att inte kunna spreta och huvudet hålls i linje med ryggraden. Det ställe som barnet ska förflyttas till ska alltid förberedas innan flytt.

Tid

Som ett vårdvetenskapligt begrepp har tid framkommit under studiens gång. Tid är något som även det sjuka eller underburna barnet har ett stort behov av. Tid som krävs av den förälder som vårdar hud mot hud då barnet helst ska ligga 3–4 timmar gärna två gånger per dag för att få en positiv effekt. Tid för att kunna växa eller återhämta sig efter födseln (NIDCAP, 2011). Barnsjuksköterskorna i studien har alla påtalat vikten av att kunna ge barnet den tid som behövs för att kunna återhämta sig efter sjukdom eller bara mogna och växa. Barnsjuksköterskans uppgift är att stärka och stödja barnet. I barnets livsvärld ingår barnets familj. Genom att göra familjen delaktig i omvårdnaden såsom hud mot hud stärks hela familjens hälsa (Arman, 2015). Det behövs mer studier med syftet att studera just hur tiden påverkar barn och föräldrar.

Hållbar sjukvård för barn

När ett barn är sjukt eller underburet och kräver specialistvård på en neonatalavdelning blir det en oförberedd separation mellan barn och familj. Barnsjuksköterskan har en viktig uppgift samt kunskap med att ge vård som är familjecentrerad (Riksföreningen för barnsjuksköterskor och riksföreningen för sjuksköterskor 2016). Genom erfarenhet kan barnsjuksköterskan stötta vid hud mot hud vilket kan göra att föräldrar och barn har lättare att knyta an till varandra (Mattsson et.al, 2013). Mattsson et al (2013) beskriver vidare hur barnsjuksköterskan har som uppgift att se till barnets bästa och det krävs att barnsjuksköterskan har kompetens, erfarenhet och specifik kunskap för att vården ska bli så bra som möjligt för barnet och familjen. Arman (2015) beskriver hur barnsjuksköterskan har som uppgift att göra barnet och familjen delaktig i vården samt stärka och stödja barnet och familjens hälsa.

SLUTSATS

Barnsjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan har en betydande roll i vården kring det sjuka eller underburna barnet och barnets familj. Hud mot hud är en vårdform som oftast är positiv för alla inblandade. De tillfällen som inte är lämpliga skulle kunna vara om barnet är instabilt eller att föräldern av någon orsak inte kan medverka vid hud mot hud. Med den erfarenhet och kunskap som barnsjuksköterskan eller specialistsjuksköterskan har kan barnet vårdas så ofta det är möjligt hud mot hud. Genom kontinuitet kan barnsjuksköterskan lära sig barnets beteendemönster och därefter planera vården. Något som framkommit under studien är barnsjuksköterskan eller specialistsjuksköterskans tysta kunskap som har varit svår för informanterna att förklara. Det har varit något som beskrivits som det bara man vet eller något som syns. Denna kunskap är något som är betydelsefull och som kan förmedlas till nya kollegor med mindre erfarenhet. Med bland annat denna tysta kunskap så kan barnsjuksköterskan se förändringar hos barnet och då kunna se om förflyttning till hud mot hud är möjlig. Om kontinuiteten uteblir kan det vara en risk att den individualiserade vården uteblir.

REFERENSER

Arman, M. (2015). Människans hälsa och lidande – Lidande och lindrat lidande. I Arman, M. Dahlberg, K. Ekebergh, M. (red). *Teoretiska grunder för vårdande.* Stockholm: Liber.

Berg, A-C. & Wingren, U. (2015). Kliniska rutiner och procedurer. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.). *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur

Boundy, E.O. Dastjerdi, R. Spiegelman, D. Fawzi, W.W. Missmer, S.A. Lieberman, & E. Chan, G.J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 137(1):579

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fegran, L. Helseth, S. & Slettebo, Å. (2006). Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. *Nursing Ethics.* 13(1). 52–64.

Fellman, V. & Norman, E. (2017). Det för tidigt födda barnet. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.). *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur

Fernández Medina, I. Granero-Molina, J. Fernández-Sola, C. Hernández-Padilla, J. Camacho Ávila, M. & López Rodriguez, M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants mothers. *Women and Birth.* 31(4), 325–330.

FINE. (2016). *Foundation Toolkit for Family Centred Developmental Care. Level 1.*

Haumont, D. Amiel-Tison, C. Casper, C. Conneman, N. Ferrari, F. Huppi, P. Kuhn, P. Lagercrantz, H. Moen, A. Pallas-Alonso, C. Pierrat, V. Poets, C. Sizun, J. Valls, Y. (2013). NIDCAP and developmental: a European perspective. *Pediatrics.* 132 (2), ss. 551-562

Hermerén, G. (2011). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet, 1, ss. 40–44, 65–70.

Jackson, K. & Wigert, H. (2013). Historik och rättigheter i ett familjecentrerat perspektiv. I Jackson, K. & Wigert, H. (red) *Familjecentrerad neonatalvård.* Lund: Studentlitteratur ss 15–30.

Kleberg, A. & Aagaard, H. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödjande vård enligt NIDCAP. I Jacksson, H & Wigert, H. (red) *Familjecentrerad neonatalvård.* Lund: Studentlitteratur ss 77–96.

Kleberg, A. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödjande vård enligt NIDCAP. I Lundqvist, P. (red). *Omvårdnad av det nyfödda barnet.* Lund: Studentlitteratur. ss. 41–90

Kleberg, A. Westrup, B. (2017) Utvecklingsstödjande neonatalvård enligt NIDCAP. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.). *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: studentlitteratur.

Lagercrantz, H. (2015). Neonatologins historia - ett svenskt perspektiv. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, & L. Norman, M. (red.). *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur

Lyneham, J. Parkinson, C. & Denholm, C. (2008). Intutions in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice.* 14, 101–108

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Mattsson, J. Forsner, M. Castrén, M. & Arman, M. (2013). Caring for children in pediatric intensive care units: An observation study focusing on nurses concerns. *Nursing Ethics.* 20(5), 528–538.

Mekonnen, A.G. Yehualashet, S.S. & Bayleyegn, A.D. (2019). The effects of Kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal.* 14 (12).

Moore, E.R, Anderson, G.C, Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. (Review) *Cochrane Database Syst. Rev.* 5, 1–75.

Måstrup, R. (2014). Breastfeeding of preterm infants: Associated infants, mothers and clinical practice. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet.

NIDCAP (2011) Karolinska NIDCAP center Karolinska universitetssjukhuset.

Norman, E. & Fellman, V. (2015). Smärta och smärtbehandling. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.) *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur.

Nurminen, M. (2017). Tid - vårdandets tid. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur: ss. 237–246

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). Nursing research - Generating and assessing evidence for Nursing practice. (11th edition). Wolters Kluwer health. Philadelphia.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010) Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. (8th edition). Wolters Kluwer Health. Philadelphia.

Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Riksföreningen för sjuksköterskor (2016). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Kompetensbeskrivning för barnsjuksköterska | Svensk sjuksköterskeförening (swenurse.se) Hämtad [210330]

Shields, L. Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Studies.* 15, 1317–1323.

Soler, A. & Westrup, B. (2013). NIDCAP and developmental care: a European perspective. *Pediatrics.* 132(2).

Spence, K. (2016). Historical trends in neonatal nursing. Developmental care and NIDCAP. *The journal of perinatal & neonatal nursing.* 30(3). 273–276.

Svensson, K. (2015). Amning. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.) *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur.

Thernström Blomqvist, Y. Frölund, L. Rubertsson, C. & Hedberg Nyqvist, K. (2012). Provision of Kangaroo mother care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2. 345–353.

World Medical association (WMA) (2013). Declaration of helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/. Hämtad 210305

Örtenstrand, A. (2015). Familjecentrerad neonatalvård. I Lagercrantz, H. Hellström-Westas, L. & Norman, M. (red.) *Neonatologi.* Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Informationsblad.

Information till specialistsjuksköterskor som tillfrågats om att delta i en intervjustudie

Jag vill fråga dig om du vill delta i mitt examensarbete: Specialistsjuksköterskors unika bedömning när hud mot hud är som mest gynnsamt för barn som vårdas på neonatalavdelning. Jag läser Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot hälso -och sjukvård för barn och ungdomar vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill du att jag ska delta?

Kängurumetoden (KMC) och hud-mot hud, används idag på många neonatalavdelningar i Sverige. Tidigare forskning visar att metoden har många fördelar och ger både barnet och föräldern positiva effekter redan från start. Däremot har en kunskapslucka identifierats kring hur specialistsjuksköterskans bedömning kan vara till fördel för främjande av KMC. Specialistsjuksköterskor har med lång erfarenhet och utbildning en unik kompetens och bedömningsförmåga i mötet med det nyfödda barnet på neonatalavdelning.

Med anledning av att du arbetar på en neonatalavdelning och har specialistkompetens tillfrågas du nu att vara med i denna intervjustudie. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Intervjuerna kommer att pågå under våren 2021. Varje intervju kommer att ske enskilt och via videoverktyget ZOOM, eller dylikt. Tiden för intervjun beräknas ta ca 30 minuter. Det kommer att användas en intervjuguide med öppna frågor där du som intervjuperson är fri att svara hur mycket eller hur lite du vill utifrån dina erfarenheter. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. För att delta behöver du lämna ditt samtycke. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer jag att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Maria Gustafsson

Leg. Specialistsjuksköterska (IVA & Distrikt)

Telefon: 0739 167 640

E-post: s171925@student.hb.se

Handledare:

Ida Kleye

Doktorand

Akademin för vård, arbetsliv och välfärd

Sektionen för vårdvetenskap

Telefon:

E-post: ida.kleye@hb.se

Bilaga 2

Samtycke om deltagande

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet (Specialistsjuksköterskors unika bedömning när hud mot hud är som mest gynnsamt för barn som vårdas på neonatalavdelning, M2021:5) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Bilaga 3

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur är gammal är du?
- Man/kvinna?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Vilken specialistutbildning har du?
- Hur länge har du varit specialistsjuksköterska/sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat på neonatalavdelningen?
- Har du någon utbildning i NIDCAP?

Huvudfrågor med ev. följdfrågor:

- Hur skulle du redogöra hud mot hud?

- Hur skulle du beskriva skillnaden mellan hud mot hud och Kängurumetoden?

- Hur arbetar ni med hud mot hud på er avdelning?

- Hur bedömer du att det är aktuellt att börja med hud mot hud?

- Kan du beskriva ett tillfälle som du anser när det är bra att vårda hud mot hud?

- Skulle du säga att det finns några risker med att vårda hud mot hud? Skulle du vilja beskriva dem för mig?

    - Finns det situationer när hud mot hud upplevs som stressfullt för barnet?

- Skulle du vilja beskriva hur en förflyttning går till vid hud mot hud?

(Skulle du vilja beskriva en hud mot hud situation!)
(Hur tror du att föräldrarna upplever hud mot hud?)