

# **ATT MÖTA DET PREMATURFÖDDA BARNETS FÖRÄLDRAR**

**BHV-SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER:  
EN INTERVJUSTUDIE**

JESSICA HÅKANSSON  
ELIN SANDGREN

# ATT MÖTA DET PREMATURFÖDDA BARNETS FÖRÄLDRAR

## BHV-SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER: EN INTERVJUSTUDIE

JESSICA HÅKANSSON  
ELIN SANDGREN

Håkansson, J & Sandgren, E. Att möta det prematurfödda barnets föräldrar. BHV-sjuksköterskans erfarenheter: En intervjustudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2020

**Bakgrund:** Prematur födsel är ofta kopplat till en rad olika konsekvenser både på kort och på lång sikt. Det kan vara allt ifrån svåra lungsjukdomar och hjärnblödningar till problem med vikt, tillväxt och utvecklingsförseningar. Prematurfödda barn och deras föräldrar vårdas ofta en längre tid på neonatalavdelning innan de får komma hem. Väl hemma är det sedan barnhälsovården som tar över uppföljningen av familjen tills dess att barnet blir fem år gammalt. Barnhälsovården bedriver en hälsofrämjande verksamhet med fokus på det friska. Tidigare forskning visar att föräldrar upplever en bristande kunskap om prematuritet bland sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården. Barnhälsovårdssjuksköterskornas erfarenheterna av att möta prematurfödda barns föräldrar är däremot sparsamt efterforskat.

**Syfte:** Syftet var att belysa BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att möta föräldern/föräldrarna till ett prematurfött barn.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 17 BHV-sjuksköterskor. Materialet analyserades genom en innehållsanalys.

**Resultat:** Resultatet beskrevs i fyra kategorier *Det var fördelaktigt med god kunskap i mötet, Oro kunde försvåra mötet, BHV-sjuksköterskan hade strategier för att främja mötet och Det finns potential att förbättra mötet.*

**Slutsats:** Det finns begränsat med forskning kring BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta prematurfödda barns föräldrar. Studiens resultat visar dock att det finns flera utvecklingsmöjligheter för att förbättra mötet såsom ett gemensamt överlämningsmöte, förbättrad utbildning och ett ökat samarbete med neonatal hemsjukvård.

Nyckelord: barnhälsovård, erfarenheter, föräldrar, prematuritet, sjuksköterska.

# THE ENCOUNTER WITH PARENTS TO THE PREMATURE BORN CHILD

## CHILD HEALTH NURSES' EXPERIENCES: AN INTERVIEW STUDY

JESSICA HÅKANSSON  
ELIN SANDGREN

Håkansson, J & Sandgren E. The encounter with parents of the premature born child. Child health nurses' experiences: An interview study. *Degree project in nursing 15 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2020.

**Background:** Premature birth is often linked to a variety of consequences on short and long term. It can be anything from severe lung diseases and brain haemorrhages to problems with weight, growth and developmental delays. The premature child and their parents are often treated for a longer time at the neonatal ward before they can return home. Once at home the child health care takes over the follow-up of the family until the child turns five years old.

Child health care conducts and promotes health activities with focus on the healthy child. Previous research shows that parents experience a lack of knowledge concerning prematurity among health care nurses. On the other hand, the meeting between the child health care nurse and the parents of premature born children is limitedly investigated.

**Aim:** The aim was to illustrate the experiences of child health nurses of the encounter with a parent/parents of a premature born child.

**Method:** Semi-structured interviews were made with 17 child health care nurses. The material was analyzed with a content analysis.

**Result:** The result was described in four categories *It was beneficial to have good knowledge in the meeting, Concerns could make the meeting more difficult, The child health care nurse had strategies to promote the meeting and There is potential to improve the meeting.*

**Conclusion:** There is limited research regarding the child health care nurses' experiences in the encounter with parents to premature born children. However, the result shows that there are several development opportunities to improve the encounter such as an in common handover meeting, improved education and an increased cooperation with the neonatal home care.

Keywords: child health care, experiences, nurse, parents, prematurity.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Prematuritet	5
Konsekvenser av prematuritet	5
Att bli förälder på neonatalavdelningen	6
Barnhälsovård	7
Mötet	8
Problemformulering	8
Syfte	9
METOD	9
Kontextbeskrivning	9
Urval	9
Datainsamling	10
Intervjuförfarande	10
Dataanalys	11
Förförståelse	12
Etiska överväganden	13
RESULTAT	13
Det var fördelaktigt med god kunskap i mötet	14
Förberedelser var viktiga för att mötet skulle bli bra	14
BHV-sjuksköterskan hade glädje av tidigare erfarenheter	15
Oro kunde försvåra mötet	16
BHV-sjuksköterskans erfarenheter av föräldrarnas oro i mötet	16
BHV-sjuksköterskan kunde uppleva en oro för föräldrarnas hälsa	17
BHV-sjuksköterskan hade strategier för att främja mötet	17
BHV-sjuksköterskan avsatte mer tid	17
Föräldrarna fick stöd i att se det friska	17
BHV-sjuksköterskan hjälpte till att stärka föräldraskapet	18
Det finns potential att förbättra mötet	19
En välfungerande vårdkedja underlättade mötet	19
Ett överlämningsmöte hade varit fördelaktigt	20
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER	25
REFERENSER	28
BILAGA 1	31
BILAGA 2	32

## **BAKGRUND**

I Sverige föddes det cirka 6600 barn prematurt, före gestationsvecka (GV) 37, år 2018 (SNQ 2019). Detta motsvarar ungefär 10 % av alla nyfödda barn (a.a.). De barn som föds prematurt vårdas ofta en längre tid på en neonatalavdelning tillsammans med sina föräldrar. Denna tid präglas ofta av mycket ångest och oro. När familjen sedan lämnar sjukhuset förväntas de lämna det sjuka bakom sig och fokusera på det friska. Inom barnhälsovården (BHV) är sjuksköterskornas främsta uppgift att fokusera på det friska hos barnet och dess utveckling. De prematurfödda barnen drabbas ofta av komplikationer som senare i livet kan påverka deras utveckling och kognition. Detta förväntas sjuksköterskan inom BHV känna till och ha kunskap kring. Föreliggande studie vill belysa BHV-sjuksköterskans erfarenheter och lyfta de utmaningar som finns utifrån deras perspektiv i mötet med föräldrar till ett prematurfött barn.

### **Prematuritet**

Det barn som föds före GV 37 räknas som prematurfött. Föds ett barn mellan GV 32-37 definieras det som lätt prematurt, mellan GV 28-32 definieras som mycket prematurt och barn som föds före GV 28 tillhör gruppen extremprematurfödda barn (WHO 2018). Prematurfödda barn som föds vårdas ofta en längre period på en neonatalavdelning (Jackson m.fl. 2006). Hur lång vårdtiden är beror på graden av prematuritet samt hur svårt sjukt barnet är (a.a.).

Möjligheten att som prematurfödd överleva har ökat i samband med att den neonatala vården utvecklats (Boykova & Kenner 2012; Gallagher m.fl. 2012). Såväl kliniken som teknologin har tagit steg framåt. Eftersom chansen att överleva ökar leder det samtidigt till ökad risk för bestående sjuklighet (a.a.). Det råder en osäkerhet kring framtiden gällande både överlevnad och sjuklighet hos barn som föds extremprematurt (Gallagher m.fl. 2012).

### *Konsekvenser av prematuritet*

Det finns mycket forskning om framtida hälsoproblem för barn födda före GV 32, detta eftersom dessa barn ofta drabbas av svåra neonatala sjukdomar och har den högsta risken för långsiktiga biverkningar (Harijan & Boyle 2012). Barn som föds prematurt har en högre risk för att drabbas av medicinska och neurologiska utvecklingssvårigheter såsom tillväxthämning, cerebral pares, utvecklingsförsening och intellektuell funktionsnedsättning (D'Agostino m.fl. 2013).

Även om skillnaderna är små eller obefintliga mellan lätt prematurfödda barn och fullgångna barn så finns det dock skillnader (Boykova & Kenner 2012; Currie m.fl. 2018). Skillnader i sjuklighet och fysiologisk mognad kan förekomma. Det finns bland annat risk för att matningssvårigheter, svårigheter med temperaturreglering och infektioner kan uppstå (Boykova & Kenner 2012; Currie m.fl. 2018; Harijan & Boyle 2012). Detta kan ske även efter att det lätt prematurfödda barnet skrivits ut från sjukhuset. Det resulterar i att lätt prematurfödda barn ofta återinläggs på sjukhus inom de två första veckorna i sitt liv (a.a.). Det är oklart om återinläggningar på sjukhus har att göra med icke-adekvat vård från föräldrar i hemmet eller inte (Boykova & Kenner 2012). En av de största riskfaktorerna till detta kan vara att prematurfödda barn skrivs ut från sjukhuset innan en eventuell amning är väletablerad. Prematurfödda barn har ofta en försenad tillväxt och viktuppgång jämfört med fullgångna barn (a.a.). De är

ofta sjuka och drabbas ibland av långsiktiga konsekvenser relaterat till prematuritet (Doyle m.fl. 2014). De har en högre risk för utvecklingsförsening jämfört med barn som föds friska i fullgången tid (Harijan & Boyle 2012).

Familjer med ett prematurfött barn har varit med om en oförberedd och många gånger stressfull neonatal period. Detta inkluderar en oro för långsiktiga konsekvenser relaterat till prematuritet (D'Agostino m.fl. 2013). Ett barns förväntade prognos upplevs av föräldrarna viktig att känna till (Doyle m.fl. 2014). Det kan lugna föräldrarna samtidigt som det är ett riktmärke för de som ska följa upp barnet. Hälsovårdspersonal bör vara medveten om vilka möjliga konsekvenser prematuriteten kan få för barnet och vid vilken ålder. Trots att det finns en medvetenhet om att prematurfödda barn är i behov av noggranna kontroller och övervakning så finns det kunskapsluckor och få riktlinjer kring hur det ska gå till (a.a.).

När ett barn föds prematurt medför det risker för hur vardagslivet kommer att fungera till exempel när barnet kommer upp i förskoleåldern (Andersson m.fl. 2017, Doyle m.fl. 2014). En femtedel av de prematurfödda barnen i förskoleåldern har problem att genomföra vissa vardagliga aktiviteter (Andersson m.fl. 2017). Dessa barn har problem med att självständigt äta, besöka toalett, klä på sig samt interagera socialt. Detta gäller även de prematurfödda barn som inte har några fysiska eller intellektuella nedsättningar relaterat till sin prematuritet (a.a.).

### **Att bli förälder på neonatalavdelningen**

Föräldrarna kan ha svårt att komma in i en naturlig föräldraroll när deras nyfödda barn är på sjukhus (Jackson m.fl. 2006). När ett spädbarn är sjukt är det inte bara barnet utan hela familjen som behandlas (Jackson m.fl. 2006; Pritchard m.fl. 2008). Ett prematurfött barn behöver omhändertagande av sina föräldrar under en lång period och detta påverkar familjen (Jackson m.fl. 2006). Forskning om den stress som föräldrar upplever på men också efter neonatal är begränsad och behöver utvecklas (a.a.).

När föräldrarna varit separerade från sitt barn under perioder på sjukhuset och när föräldrarna inte haft möjlighet att gå in i sina föräldraroller kan de sakna självförtroende och föräldraanknytning (Boykova & Kenner 2012). Mammorna kan drabbas av depression, sorg och skam över att inte ha skapat ett ”perfekt” barn. I det långa loppet kan detta leda till att föräldrarna befattar sig med kompensatoriska föräldraroller. Det behövs information och vägledning till dessa föräldrar hur de ska anta föräldrarollen, vilka speciella behov deras barn har och vad de kan göra för att stötta sitt barn (a.a.). Hälsovårdspersonal behöver vara observanta på föräldrars osäkerhet och oro i sin föräldraroll för att kunna stödja och hjälpa dem i denna (Wade m.fl. 2008).

Föräldrarna är ofta påverkade en längre tid efter det att de lämnat sjukhuset och söker ofta upprepat för medicinska råd (Jackson m.fl. 2006). Boykova och Kenner (2012) menar att det finns ett behov av ökat stöd till föräldrar efter utskrivning. Befintlig forskning visar att det finns en brist i kommunikation och utbildning. Denna brist i kommunikation leder till en icke-optimal vård som kan leda till att familjen vid upprepade tillfällen söker hälso- och sjukvård, som annars hade kunnat undvikas (a.a.).

## Barnhälsovård

Ett prematurfött barn och dess föräldrar möter barnhälsovården direkt efter utskrivning från neonatalavdelning (Currie m.fl. 2018). Barnhälsovården i Sverige har sedan länge erbjudit hälsovård till alla barn upp till sex års ålder (Jackson m.fl. 2006). De följer ett nationellt hälsoprogram som inkluderar hälsokontroller, vaccinationsprogram och stöd till föräldrar (a.a.). Uppföljning av barn efter födseln är mer frekvent i början och minskar när barnet når förskoleålder (Doyle m.fl. 2014). De riktlinjer som finns för BHV-sjuksköterskan gällande omhändertagandet av för tidigt födda barn och deras föräldrar innefattar dels ett ökat stöd till föräldrarna som har en ökad risk för depression och posttraumatiskt stressyndrom (Rikshandboken Barnhälsovård 2019). Sjuksköterskan bör, med hjälp av BHV-psykolog, vara uppmärksam på symtom hos föräldrar såsom extrem trötthet som inte släpper med sömn, ont i magen och ångest (a.a.).

Hos det prematurfödda barnet ska åldern hos barnet korrigeras när det gäller utvecklings- och tillväxtbedömningar (Rikshandboken Barnhälsovård 2019). Hur mycket och hur länge åldern ska korrigeras beror på hur tidigt barnet fötts. Riktlinjerna säger också att BHV-sjuksköterskan ska vara medvetna om att prematurfödda barn är en riskgrupp inom barnhälsovården och att de kan behöva utökade insatser, behöva remitteras till andra instanser och vara i behov av extra stöd (a.a.). Barn som föds prematurt är i behov av en mer strukturerad och specialiserad uppföljning av två anledningar (Doyle 2014). Den första är att familjen vill veta att deras barn är välmående, växer och utvecklas normalt och om det finns några framtida hälsorisker som de bör vara medvetna om. Den andra anledningen är att vissa problem kan förebyggas eller förbättras om de upptäcks tidigt. Det uppstår också ofta en oro vid övergången till BHV där familjen är i behov av vägledning och rådgivning (a.a.).

BHV-sjuksköterskor träffar familjer regelbundet under barnets sex första levnadsår (Jackson m.fl. 2006). De behöver ge det prematurfödda barnet så väl som föräldrarna ett extra stöd och behöver ha kompetens kring skillnaden mellan ett fullgånget barn och ett prematurfött barn (Currie m.fl. 2018). Currie m.fl. (2018) påvisar att sjuksköterskan inom barnhälsovården upplever det som stressande och krävande att möta och råda föräldrar med ett prematurfött barn. Bedömningen av de fysiologiska skillnaderna upplevdes svår att ta hänsyn till (Currie m.fl. 2018). Jackson m.fl. (2006) menade att ett mer intensivt samarbete mellan neonatal och BHV skulle kunna vara lämpligt för vissa familjer (a.a.). Det behövs fler studier som bidrar till att undersöka om det finns ett behov av särskilda riktlinjer som barnhälsovården kan följa gällande prematurfödda barn (Currie m.fl. 2018).

Barnhälsovården följer familjer på lång sikt och har en central roll när det gäller tidiga interventioner och remittering till specialister (Pritchard m.fl. 2008). Oberoende av vilken uppföljning som följer efter utskrivning från neonatal så blir det ofta föräldrarna som bär det största ansvaret för att organisera den komplexa vård som barnet kan behöva under uppväxten (a.a.). Föräldrarna som deltog i en studie av Pritchard m.fl. (2008) upplevde att barnhälsovården inte hade en förståelse och relation till deras prematurfödda barn och tenderade därför att inte följa deras rekommendationer. Detta eftersom de upplever ett bristande förtroende (a.a.). Många föräldrar iträder sig rollen som sjuksköterska efter hemkomst och

hade gynnats av ett bättre stöd från en sjuksköterska på neonatal och en sjuksköterska inom BHV (Jackson m.fl. 2006; Pritchard m.fl. 2008).

## **Mötet**

Barnhälsovården i Sverige är frivillig. I barnhälsovården möter sjuksköterskor mer än 99% av alla barn i åldrarna 0-5 år (Svenska Barnhälsovårdsregistret 2018). I mötet med barn och föräldrar inom barnhälsovården använder sig sjuksköterskorna av ett hälsofrämjande förhållningssätt (Socialstyrelsen 2014). Detta innebär att stödja och stärka en persons egna förmåga att kontrollera och förbättra sin hälsa. Grundläggande i mötet med föräldrar är dialog, delaktighet och jämlikhet som syftar till att föräldrarna ska kunna fatta självständiga beslut anpassat till sina egna värderingar och upplevelser (a.a.). Det är i mötet med föräldrar som BHV-sjuksköterskan har störst potential att arbeta hälsofrämjande genom att vägleda föräldrar kring vad som är fördelaktigt för barnets hälsa och utveckling med hänsyn till föräldrarnas erfarenheter, värderingar och förutsättningar (Köhler & Reuter 2012; Socialstyrelsen 2014).

Sjuksköterskor behöver vara engagerade på ett professionellt sätt för att ett bra möte ska kunna uppstå (Köhler & Reuter 2012). Andra nödvändiga förutsättningar är kunskap och lyhördhet. I mötet med familjen ska sjuksköterskan förutom att följa och bedöma barnets utveckling och ge åldersrelaterad information, även stödja och hjälpa föräldrarna vid behov. Dessa samtal ska bland annat resultera i att föräldrarna skapar sig en tilltro på sin egen kompetens och intuition (a.a.).

Meningen av kontexten ”möte” finns att hitta i flertalet teorier kring omvårdnad (Holopainen m.fl. 2019). Enligt Takman och Severinsson (1999) handlar mötet om att få en bättre förståelse och en ökad kunskap för patienternas sätt att uttrycka sig. Patienten i detta fall är det prematurfödda barnet och dess föräldrar. I mötet kan patienter uttrycka sig känslomässigt och sjuksköterskorna bör då agera öppet, uppmärksamt och visa en förmåga att förstå (Takman & Severinsson 1999). Om patienten placeras i centrum förstärks dennes förtroende för sjuksköterskan. Patienten känner sig då lugn och bekräftad i mötet (a.a.). Omvårdnadsteoretikern Travelbee (1971) menar att för att omvårdnad ska kunna genomföras krävs relationer mellan människor. Relationsskapandet startar i ett möte mellan människor och fortskrider sedan genom kommande möten (a.a.). Vid varje vårdtillfälle har sjuksköterskan en möjlighet att skapa ett tillfälle av läkning genom det mänskliga mötet (Bakke & King 2000).

## **Problemformulering**

Efter en neonatalperiod på sjukhus ska familjen till ett prematurfött barn, med eller utan bestående sjuklighet, anpassa sig till ett liv utanför sjukhuset. Vissa barn har kvarstående besök på neonatal, neonatal uppföljning och eventuella operationer att genomföra. Samtidigt ska familjen knyta kontakt med BHV. De följer ett omfattande nationellt program som nästintill alla barn i Sverige utgör en del av, även prematurfödda barn. Hur ser BHV-sjuksköterskan på sin erfarenhet av att möta föräldrar till prematurfödda barn? Hur är det att möta föräldrar som kan mycket om sitt ”sjuka barn”? Var ligger utmaningarna? Var finns kunskapsluckorna just nu?

Tidigare forskning menar på att det finns ett behov av ett specialutformat program att följa gällande prematurfödda barn inom barnhälsovården (Currie m.fl. 2018).



Pritchard m.fl. (2008) menade att förtroendet mellan föräldrar och BHV ofta brister. I samma studie av Pritchard m.fl. (2008) uttryckte föräldrar med ett prematurfött barn önskemål om specialutformade barnavårdscentraler (BVC) för prematurfödda barn där erfaren och kunnig personal arbetade. Wade m.fl. (2008) uppgav att det fanns för lite kunskap kring den kritiska övergången mellan neonatal och BHV.

Föreliggande studie hade som mål att belysa vad BHV-sjuksköterskan erfar i mötet med föräldrar till ett prematurfött barn, att väcka intresse för eventuell utvecklingspotential samt bidra till underlag för framtida forskning.

## **Syfte**

Syftet var att belysa BHV-sjuksköterskors erfarenheter av mötet med föräldern/föräldrarna till ett prematurfött barn.

## **METOD**

Syftet med en kvalitativ studie är att förstå en mänsklig upplevelse eller erfarenhet (Elo m.fl. 2014; Polit & Beck 2017). Därför valdes en kvalitativ metod i föreliggande studie eftersom studien syftade till att belysa specialistsjuksköterskors erfarenhet av mötet med föräldern/föräldrarna till ett prematurfött barn. Personliga intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att belysa individuella perspektiv och personliga reflektioner (Polit & Beck 2017). I enlighet med Burnards m.fl. (2008) innehållsanalys hade föreliggande studie en induktiv ansats vilket innebar att data analyserades utan någon förutbestämd teori, struktur eller mall. Den faktiska datan avgjorde vilken analysstruktur som användes.

## **Kontextbeskrivning**

Studien genomfördes på sju av drygt 30 olika barnavårdscentraler i en storstad i södra Sverige. På barnavårdscentraler arbetar specialistsjuksköterskor och barnläkare. De flesta BVC har även en psykolog anknuten till arbetsplatsen. De specialistsjuksköterskor som arbetar på barnavårdscentraler har vidareutbildning med inriktning inom barn och ungdom eller som distriktssjuksköterska och det var dessa sjuksköterskor som intervjuades.

## **Urval**

Det finns inga definitiva regler kring hur stort ett urval ska vara i en kvalitativ studie för att ge ett tillräckligt djup (Polit & Beck 2017). Det viktiga är att insamlad data besvarar forskningsfrågan. Målet är att få fram så pass mycket djupgående data så att mönster, kategorier och dimensioner kan genereras till studien (a.a.). Inklusionskriterier för studien var vidareutbildade specialistsjuksköterskor inom barn och ungdom eller distriktssjuksköterskor med erfarenheter av att möta föräldrarna till ett prematurfött barn. De skulle arbeta på en barnavårdscentral i en storstad i södra Sverige. Stort intresse resulterade i 17 informanter som uppfyllde urvalskriterierna. Av de 17 informanterna var 11 barnspecialistsjuksköterskor och sex var distriktssjuksköterskor. Hur lång arbetslivserfarenhet BHV-sjuksköterskorna hade var inget som var varken inkluderande eller exkluderande för studien, inte heller deras ålder eller kön, men uppgifterna dokumenterades vid intervjun.

## **Datainsamling**

Till föreliggande studie valdes personliga intervjuer som datainsamlingsmetod. Personliga intervjuer betraktas som den bästa metoden för att samla in kvalitativ data (Polit & Beck 2017). Få deltagare tenderar att tacka nej och kvalitén på den insamlade informationen är vanligtvis god. För att samla deltagare till studien kan ett bekvämlighetsurval tillämpas (a.a.). Denna urvalsmetod valdes till studien för att samla ihop tillräckligt med informanter under den tidsperiod som fanns att tillgå. För att finna deltagare till föreliggande intervjustudie kontaktades, via e-post, 22 verksamhetschefer på olika BVC i södra Sverige. Detta gjordes för att få godkännande att intervjua sjuksköterskor som arbetade på respektive BVC. I mejlet bifogades samtyckesblankett, informationsbrev, samt blankett gällande samtycke från verksamhetschef. Efter att samtycke inhämtats från de sju verksamhetschefer som svarade, kontaktades 30 BHV-sjuksköterskor via e-post där informationsbrev bifogades. Av dessa sjuksköterskor responderade 17 stycken positivt och intervjuer bokades in efter deras preferenser på tid och plats. Det var åtta BHV-sjuksköterskor som tackade nej på grund av tidsbrist och resterande fem svarade inte på utskickad e-post.

Tre gatekeepers användes också för att få deltagare till studien. Dessa bestod av utvalda sjuksköterskor som arbetade på barnvårdscentral. Gatekeepern bidrar i processen genom att underlätta tillgången till deltagare (Polit & Beck 2017). Till denna studie agerade sjuksköterskor på några BVC gatekeepers. De informerade sina kollegor om studien muntligt, bistod dem med informationsbrev samt hjälpte de intresserade att boka en lämplig tid för intervju. Syftet med gatekeepern var att de studieansvariga inte skulle behöva riskera att få presumtiva informanter att känna sig tvungna att delta.

## *Intervjuförfarande*

Datainsamlingen genomfördes under februari och mars år 2020. Intervjuerna utfördes på sjuksköterskornas arbetstid. Alla intervjuer utom tre genomfördes ostört på informanternas respektive arbetsplats. Övriga tre hölls ostört i grupp rum på lärosätet. Innan intervjun genomfördes skrev informanterna under en blankett om informerat samtycke samt en blankett med allmän information om sig själva (Bilaga 2). Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade vilket gav deltagarna möjligheten att prata fritt utifrån de ämne som valts. Semistrukturerade intervjuer ger en möjlighet att se till att rätt ämnen täcks in (Polit & Beck 2017). Det gav möjlighet för de studieansvariga att ställa följdfrågor till deltagarna. Detta var grunden till att denna typ av intervjuer valdes till föreliggande studie. Enligt en intervjuguide (Bilaga 1) ställdes sex öppna frågor till alla informanter. Till de flesta frågor ställdes följdfrågor för att fördjupa och utveckla svaren. Enligt Polit och Beck (2017) bör frågor ställas i en logisk ordning och därför är frågorna i intervjuguiden ordnade från generella till mer specifika. I vissa fall sammanföll svaren från en fråga till en annan och ordningen på frågorna anpassades då efter vad som ansågs passande i intervjun.

Enligt Polit och Beck (2017) är det en god idé att utföra en pilotintervju initialt för att testa sina intervjufrågor i rätt kontext. Då tidigare erfarenhet av att intervjua saknades hos studieansvariga för föreliggande studie genomfördes en pilotintervju. Denna intervju inkluderades sedan i studien. Pilotintervjun samt de första fyra kommande intervjuerna genomfördes av båda studieansvariga gemensamt, där den ena intervjuade och den andra observerade. Valet att göra de första intervjuerna gemensamt gjordes för att skapa trygghet hos den som

intervjuade samt att båda studieansvariga skulle ställa frågor på ett liknande sätt. Därefter genomfördes intervjuerna enskilt av de studieansvariga då detta var mer tidseffektivt och maktbalansen kunde uppfattas som mer jämn av informanten. Intervjuerna med BHV-sjuksköterskorna spelades in på en diktafon som inte var uppkopplad till internet. Längden på intervjuerna blev mellan 16-30 minuter (median 23 minuter). Efter intervjuerna sparades diktaten, utan internetanslutning, på ett USB-minne som sedan förvarades inlåst.

Inspelade intervjuer är en stor datakälla i kvalitativa intervjuer (Polit & Beck 2017). Det är viktigt att den intervjudata som transkriberas speglar vad deltagarna faktiskt uttrycker (a.a.). I föreliggande studie transkriberades den insamlade datan noggrant av den som utfört intervjun. Detta genomfördes kort efter intervjun för att på så sätt kunna inkludera så många nyanser av intervjun som möjligt.

### **Dataanalys**

För dataanalysen inspirerades denna studie av en innehållsanalys som beskrivs av Burnard m.fl. (2008). Dataanalysen påbörjades genom att läsa in all transkriberad data. Materialet som transkriberats lästes igenom enskilt av de studieansvariga. Allt material lästes var för sig och sedan skapades egna notiser som kunde jämföras med varandra. Samma data lästes om flera gånger för att ständigt leta efter förståelse och mening av data. Genom öppen kodning gjordes notiser med ord eller fraser i marginalen på de transkriberade intervjuerna för att sammanfatta vad som sagts. Detta genomfördes enskilt av de två studieansvariga som öppet kodade allt som svarade till studiens syfte. När en informant talar om sådant som inte berör syftet kan det med fördel lämnas okodat (Burnard m.fl. 2008). Den data som inte svarar mot syftet kallas för dross (a.a.). Därefter jämfördes och diskuterades den öppna kodningen och sammanställdes till en mängd koder. Duplikationer ströks och liknande fraser sammanfördes till en (Tabell 1). Efter att koderna kondenserats återstod ett mindre antal koder som bekräftade all insamlad data som svarade till studiens syfte. Listan med koder granskades gemensamt av studieansvariga för att tillsammans kunna återspegla innehållet. Slutligen hade nio subkategorier identifierades.

Enligt Burnard m.fl. (2008) tilldelades sedan varje subkategori en färg och de textstycken som passade under respektive subkategori markerades med tilldelad färg. Processen fortgick tills dess att all data som ingick under respektive subkategori hade färgmarkerats. Texten lästes åter igenom för att säkerställa att ingen utskrift som svarade på studiens syfte hade förbigåtts. Ytterligare en genomläsning gjordes och subkategorierna bildade fyra kategorier. De fyra kategorierna innefattar BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta föräldern/föräldrarna till ett prematurfött barn. En tredje part med akademisk bakgrund, som var insatt i analysmetoden, läste också igenom ett antal utskrifter och bedömde analysen av resultatet.

Tabell 1. Exempel på hur den öppna kodningen resulterade i subkategorier och kategorier

Citat från intervjuer	Öppen kodning	Subkategorier	Kategorier
<p><i>"Det kan vara att de inte vågar ge sig ut t.ex./.../ Mycket oro för infektioner. De föräldrar som har extremprematura är oroliga att det hänt någonting, att den kognitiva utvecklingen kommer ta skada." (5)</i></p> <p><i>"...mycket oro kring vikt och viktuppgång och amningen eller flaskmatning om det är det, att de verkligen har gått upp och ja det kan jag uppleva." (6)</i></p>	<p>Föräldrar upplevs oroliga för infektioner</p> <p>Föräldrar upplevs oroliga för långtidskonsekvenser av prematuritet</p> <p>Föräldrar upplevs oroliga för vikt och viktuppgång</p>	<p>BHV-sjuksköterskans erfarenheter av föräldrarnas oro i mötet</p>	<p>Oro kunde försvåra mötet</p>
<p><i>"...jag tror det hade underlättat kontakten mellan BVC och föräldrarna om man hade träffat neo och oss(BHV) och familjen, så hade kanske familjen kunnat släppa neo-tiden lite mer...".(3)</i></p> <p><i>"Så jag tror att det hade varit jättebra att det hade varit lite som en vårdplanering. Att man liksom träffas och de (neo) får berätta hur de upplevde allting." (9)</i></p>	<p>Gemensam överlämning hade hjälpt familjen att släppa neonatal</p> <p>Vårdplanering tillsammans med neonatal hade varit bra</p>	<p>Ett överlämningsmöte hade varit fördelaktigt</p>	<p>Det finns potential att förbättra mötet</p>

## Förförståelse

Inom kvalitativ forskning ska förförståelsen kring det ämnet som beforskas identifieras för att kunna beskriva deltagarnas berättelse på ett korrekt sätt utan att det speglas av egna erfarenheter (Malterud 2014). Det fanns en medvetenhet hos de som genomförde studien kring sin egen förförståelse. Förförståelsen bestod i några års erfarenhet av arbete på en neonatalavdelning. De hade i sitt arbete mött många föräldrar som upplevde brister i erfarenhet hos sjuksköterskor inom BHV. Målet var att studiens resultat skulle spegla deltagarnas erfarenheter utan att det påverkas av erfarenheter från de som utförde studien (Malterud 2014).

## **Etiska överväganden**

Deltagare i en studie bör alltid få fullständig information angående studiens utformning, sina rättigheter att avstå deltagande, forskarens skyldigheter och möjliga risker och fördelar (Polit & Beck 2017). Detta *informationskrav* uppfylldes i föreliggande studie genom att ett informationsbrev skickades ut inför deltagande i studien. Deltagarna fick även muntlig information innan intervjun startade.

Försiktighetsåtgärder måste vidtas för att skydda deltagarnas identitet och konfidentialitet (WMA 2018). *Konfidentialitetskravet* tillgodosågs genom att endast den data som behövdes för att genomföra studien dokumenterades. Det som dokumenterades var BHV-sjuksköterskornas kön, ålder, arbetslivserfarenhet samt utbildning då det var relevant för resultatet. Dokumentation och inspelningar av intervjuer hölls skyddade från andra än studieansvariga själva. Ljudupptagningen skedde utan nätverksanslutning till internet. De personuppgifter som samlades hanterades enligt dataskyddsförordningen, 2016/679 (General Data Protection Regulation, GDPR). Det insamlade materialet användes endast för denna magisteruppsats och raderades i enighet med *nyttjandekravet* när studien var godkänd. Den insamlade datan användes endast i ändamål till föreliggande studie och spreds således inte i någon annan kontext.

Vid forskning på utsatta personer eller sårbara grupper bör de få särskilt genomtänkt skydd (WMA 2018). Etikansökan skickades inte in, då specialistsjuksköterskor inte anses vara en sårbar grupp (Polit & Beck 2017).

Inför intervjuer ska deltagare lämna sitt informerade samtycke till tänkt studie (Polit & Beck 2017). Alla informanter skrev under samtyckesblanketten och var medvetna om sin rätt att dra sig ur studien när/om de önskade. I enlighet med *samtyckeskravet* fick deltagarna själva välja hur mycket information de ville delge (Polit & Beck 2017.). Deltagarna fick adekvat information om studien, dess metod, förväntad tidsåtgång och syfte samt att de har möjlighet att samtycka eller avstå frivilligt (WMA 2018). Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA 2018) informerades deltagarna också om att resultatet av studien kan nås via uppsatsdatabasen DIVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) om de önskar ta del av det.

Nyttan av forskning som involverar människor ska alltid vägas mot kostnaderna och riskerna för de involverade (WMA 2018). I föreliggande studie ansågs inga risker föreligga för BHV-sjuksköterskorna som intervjuades. Kostnaderna för dem bedömdes vara tiden de avvarade. Platsen och tidpunkten för intervjun valdes därför av BHV-sjuksköterskornas själva men föreslogs av studieansvariga ske under deras arbetstid för att minska deras kostnader. På så sätt kunde intervjuerna göra minimalt intrång hos BHV-sjuksköterskorna. Kostnaderna för deltagarna ska förhoppningsvis vägas upp av ett resultat som i framtiden kan gynna dem.

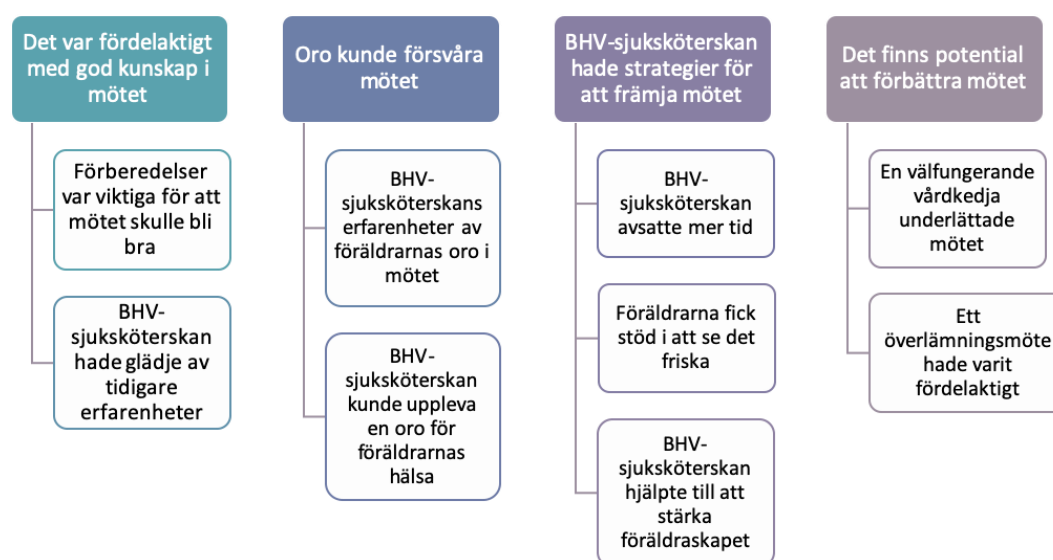
## **RESULTAT**

Totalt rekryterades 17 informanter med yrkeslivserfarenhet inom BHV. Samtliga var kvinnor och deras ålder varierade mellan 29 år och 57 år (median 40 år). Tiden de arbetat på BVC var mellan sex månader och 20 år (median tre år). Alla deltagare i studien hade erfarenheten av att möta föräldrar med ett prematurfött

barn. Samtliga hade genomgått en vidareutbildning varav sex informanter var utbildade till distriktssköterskor och 11 informanter hade läst en specialistutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Informanterna i föreliggande studie är avidentifierade och presenteras i resultatdelen nedan med en siffra inom parantes efter respektive informants citat.

Något som informanterna i studien påpekade och ville klargöra var att de var väl medvetna om att varje barn och förälder är individer och att det de berättade vid intervjuerna var ett generellt antagande för majoriteten av de prematurfödda barnen och deras föräldrar. Olika individer har olika egenskaper, bakgrund och förutsättningar. BHV-sjuksköterskorna påpekade att de försökte gå in med samma inställning i mötet oavsett om barnet är prematurt född eller född i fullgången tid.

Dataanalysen resulterade i fyra kategorier (Figur 1).



Figur 1. Kategorier och subkategorier

### Det var fördelaktigt med god kunskap i mötet

Inför mötet med föräldrar till prematurfödda barn förberedde sig sjuksköterskorna inom BHV på olika sätt beroende på vad de hade med sig för kunskap sedan tidigare. Detta beskrivs i subkategorierna *Förberedelser var viktiga för att mötet skulle bli bra* och *BHV-sjuksköterskan hade glädje av tidigare erfarenheter*.

#### *Förberedelser var viktiga för att mötet skulle bli bra*

BHV-sjuksköterskorna förberedde sig inför sitt första hembesök till ett prematurfött barn genom att läsa den epikris de fick från neonatal samt födelsejournal från förlossningen. Det var inte alltid de hade hunnit få denna information eller att informationen från neonatal och förlossningen upplevdes vara fullständig. Sjuksköterskorna uppgav då att de brukade fråga föräldrarna om barnet och hur det mårde.

*”Ibland får man inte mycket information eller knappt någon alls. Då får man ta den informationen från föräldrarna.” (5)*

Med de flesta föräldrar gick det bra men i vissa fall var det svårt med språket och BHV-sjuksköterskan upplevde då en risk att saker förbigåtts. Möjligheten att ringa

till neonatal eller neonatals hemsjukvård påpekades av en del, men detta var sällan ett samtal som i realiteten genomfördes. Det upplevdes av BHV-sjuksköterskor som en trygghet att ha bakgrundsinformation innan de gick hem till familjen för att vara förberedda på vad de kunde förväntas möta.

*“Sen brukar jag också ringa upp föräldern, redan ibland när jag har fått kännedom också säger jag 'att jag ser här att ni har fått ett barn och att ni är på neonatal och så, jag kommer höra av mig sen när ni är utskrivna igen'. Så att de vet vem som kommer att ta dem sen. Det tror jag att föräldrarna känner är ganska tryggt.” (12)*

BHV-sjuksköterskan behövde vara extra observant på barnet och extra noggrann med helheten. Det krävdes planering och kunde upplevas svårt att se till att barnet fick sina besök i en passande ålder och att det inte krockade med andra interventioner från sjukvårdens sida.

### *BHV-sjuksköterskan hade glädje av tidigare erfarenheter*

Det fanns skillnader i hur mycket erfarenhet BHV-sjuksköterskan hade. Skillnaderna bestod av både erfarenhet av neonatalvård sedan tidigare men också yrkeslivserfarenhet inom BHV. Sjuksköterskor med kortare erfarenhet av barnhälsovård var mer nervösa inför mötet med prematurfödda barns föräldrar, de upplevde prematuritet som skrämmande och tenderade att läsa på mer inför mötet.

*”När jag fick reda på att jag skulle få detta lilla barnet då tänkte jag herregud, jag kan ju ingenting om detta och hur ska man tänka och så. Sen har ju jag ganska nyligen gått utbildning men jag känner väl inte att jag äääh fick jättemycket /.../ Jag har gått in i rikshandboken och läst kring prematura barn och hur man ska tänka. Nästan inför varje möte med detta lilla prematura barnet får jag erkänna att jag går in och läser.” (3)*

De som hade jobbat längre och hade mer omfattande erfarenhet läste inte på mer än journalen inför besöken och tog mötet lite mer som det kom. Sjuksköterskorna uppgav dock att när det var länge sedan de hade hand om ett prematurfött barn så uppdaterade de sig gärna kring de senaste riktlinjerna.

Det var inte ovanligt att BHV-sjuksköterskorna önskade att de hade haft mer kunskap kring prematuritet och påpekade att det saknades i introduktionsprogrammet till barnhälsovården. Senast de läste om det var när de gick sin specialistutbildning och där var informationen kring prematuritet inte kopplad till BHV utan mer till hur det fungerade på en neonatalavdelning.

Det framkom från informanter att det kunde upplevas svårare att vara trygg i sina bedömningar och sin roll som BHV-sjuksköterska när det gällde bedömningar av prematurfödda barn. Vid bedömningar av friska fullgångna barn upplevdes det lättare att förmedla trygghet genom att med pondus kunna säga att något var normalt. Om BHV-sjuksköterskan upplevdes osäker i sin roll kunde relationen till föräldrarna påverkas negativt.

*“Där jag känner mig tryggare med ett friskt barn eller ett fullgånget barn att säga 'nej men det här är lugnt, såhär är barn, det här kan jag'. Där blir jag mer osäker med de för tidigt födda /.../ Om man går till en BHV-sjuksköterska med sitt barn och hon säger tryggt och med pondus och erfarenhet: 'Såhär är det, ni kan vara*

*lugna och ni kommer till mig igen om några veckor. Vi tittar vidare då'. Det är en bättre grund för tillit än om man kommer med den här lilla och de frågar 'Ska naveln se ut såhär?' 'Ja jag vet inte, är det kanske ett bräck eller äh jag vet inte vi skickar en remiss så får någon annan titta på det.' "(16)*

### **Oro kunde försvåra mötet**

Föräldrar till prematurfödda barn upplevdes av BHV-sjuksköterskorna som generellt mer ängsliga än andra föräldrar. Det var något som framkom i intervjuerna och enligt BHV-sjuksköterskorna var det något som speglades och påverkade deras möte. Nedan följer subkategorierna *BHV-sjuksköterskans erfarenheter av föräldrarnas oro i mötet* och *BHV-sjuksköterskan kunde uppleva en oro för föräldrarnas hälsa*.

#### *BHV-sjuksköterskans erfarenheter av föräldrarnas oro i mötet*

BHV-sjuksköterskor upplevde att föräldrar till prematurfödda barn var mer oroliga. Det uttrycktes genom att de ställde mer frågor, önskade tätare kontroller och sökte kontakt med BVC oftare än andra. BHV-sjuksköterskor upplevde dock att det var stor skillnad på de föräldrar som fött sitt första barn prematurt eller om de hade barn sedan tidigare. De föräldrar som hade barn sedan tidigare var mycket lugnare om deras yngsta barn var prematurfött jämfört med förstagångsföräldrar. Det var också en stor skillnad i föräldrarnas grad av oro beroende på hur prematurfött barnet varit och om det hade varit friskt eller sjukt när det föddes. BHV-sjuksköterskorna erfarade att föräldrar till lätt prematurfödda barn hade en större oro och att det märktes att de inte fått så mycket stöttning på neonatal med tanke på den kortare vårdtiden.

*"Ja det beror ju på, om det är första barnet kan de ju va vara väldigt oroliga. Det har varit väldigt traumatiskt." (10)*

BHV-sjuksköterskornas erfarenhet var att de flesta föräldrar till prematurfödda barn var särskilt oroliga för infektioner. De upplevde även att det fanns en oro för vikt och viktuppgång eller att barnet inte skulle växa ordentligt.

*"Jag vet föräldrar som inte har velat sätta sig i väntrummet, de har suttit här och vid sidan för att de inte vill på grund av infektionsrisken. 'Nä de har sagt på neonatal att det ska vi inte utsätta dem för, vi vågar inte sitta där.'" (6)*

Erfarenheter som BHV-sjuksköterskor hade var att föräldrar ibland hade en bild av att prematurfödda barn inte blev stora eller friska. Det uttrycktes att det förekom en del oro för barnets framtida utveckling speciellt i de fall då barnet hade varit utsatt för komplikationer neonatalt. BHV-sjuksköterskorna menade att oro för framtiden uttrycktes först när barnet var äldre, runt fyra till fem år gammal. Det uttrycktes även att föräldrar till prematurfödda barn kunde uppleva oro för att barnet inte följde sin utveckling och hade funderingar på hur den kognitiva utvecklingen skulle bli med tanke på prematuriteten.

Om föräldrarna uttryckte en oro inför framtiden bemötte BHV-sjuksköterskorna det genom att bekräfta den utveckling de såg just då samtidigt som de var ärliga med att säga att de inte kunde förutspå framtiden. De lyssnade på föräldrarnas oro och svarade på de frågor som de kunde. I intervjuerna med BHV-sjuksköterskorna uttryckte de dock att alla föräldrar kan vara oroliga, inte bara de som har prematurfödda barn. Det ingår att vara orolig i föräldraskapet.



*”För man vill ju inte trycka ner någons oro, tänker jag. Man vill liksom inte ignorerar det för de har ju rätt att vara oroliga.” (3)*

### **BHV-sjuksköterskan kunde uppleva en oro för föräldrarnas hälsa**

BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrar till prematurfödda barn hade lättare att drabbas av depression. Depressionen var något som ofta kom först efter att de lämnat den trygga miljön på sjukhus. Vissa av föräldrarna till prematurfödda barn upplevdes som stressade, ledsna, nervösa och lite osäkra. Detta speglade sig som oro i mötet. De behövde vara extra uppmärksamma på tecken på depression hos föräldrarna.

*”Jag är orolig för hur de (föräldrarna) mår och om de behöver hjälp med att bearbeta vad de varit med om. Om man missar den här EPDS-tiden, eller vad man ska säga, som egentligen ska göras när barnet är två månader. Att den hamnar i fel tid utifrån när de kanske egentligen hade behövt stöd.” (14)*

### **BHV-sjuksköterskan hade strategier för att främja mötet**

För att skapa en positiv upplevelse av mötet med barnhälsovården använde sig BHV-sjuksköterskan av olika strategier i mötet med prematurfödda barns föräldrar. Dessa beskrivs i underkategorierna *BHV-sjuksköterskan avsatte mer tid*, *Föräldrarna fick stöd i att se det friska* och *BHV-sjuksköterskan hjälpte till att stärka föräldraskapet*.

#### ***BHV-sjuksköterskan avsatte mer tid***

En erfarenhet hos BHV-sjuksköterskorna var att föräldrar till prematurfödda barn behövde mer stöd. De erbjöd därför ofta fler hembesök, tätare besök på BVC och de avsatte även mer tid för varje besök. BHV-sjuksköterskorna upplevde generellt inte att barnen var i behov av tätare besök på grund av sin prematuritet utan det erbjöds främst på grund av föräldrarnas oro.

BHV-sjuksköterskan avsatte mer tid genom att boka längre och tätare möten. Detta gjordes för att föräldrarna skulle känna att tiden fanns för dem att samtala utan stress. Tätare besök gav en ökad trygghet för föräldrarna. Så småningom glesades besöken ut. Vanligtvis fungerade detta bra men ibland behövde föräldrarna ytterligare stöttning.

*”Det gäller ju att vi kan erbjuda mycket, att de får komma minst en gång i veckan i början och sen får de ju såklart ringa och komma oftare om det behövs.” (12)*

#### ***Föräldrarna fick stöd i att se det friska***

Något som upplevdes vara utmanande för BHV-sjuksköterskan i mötet med föräldrar till ett prematurfött barn var att hjälpa dem att slappna av och se det friska. Föräldrarna uppgavs vara kvar tankemässigt i stadiet där barnet behövde mycket övervakning och var skört och sjukt. De hade svårt att släppa tiden på neonatal där de vaggats in i en stark trygghet.

*”...de är fortfarande kvar i sjukvården i sina tankar, de vill gärna ha stenkoll på hur mycket de har ätit, de vill gärna väga och de har svårt att släppa det sjuka när de ändå är tillräckligt friska...” (7)*

För att bemöta föräldrarnas oro försökte BHV-sjuksköterskorna lugna föräldrarna genom relevanta argument och nyttig information. Ibland behövde de påminna föräldrarna om att de nu hade ett friskt barn som utvecklades och gick upp i vikt som det skulle. Mycket av deras arbete med prematurfödda barns föräldrar bestod av att försöka hjälpa föräldrarna att gå över från att se sitt barn som sjukt till att se det som friskt.

”Att få dem att tolka signalerna mer än bara kliniskt, för det blir väldigt kliniskt när man har varit inlagd på sjukhus, de blir väldigt duktiga på att se sånt som vårdpersonal ser. Men att komma förbi det och se det som förälder, det kan jag ibland tycka vara en utmaning.” ( 7)

Det framkom att det ibland kunde vara lite känsligt att prata om barnets utveckling med de prematurfödda barnets föräldrar. Många av föräldrarna upplevdes angelägna om att deras barn skulle vara ”som alla andra barn”.

”Vet jag innan mötet att barnet i fråga inte kommer klara något utvecklingssteg genomför jag kanske inte det för att undvika besvikelse hos barnet eller föräldrarna.” (1)

BHV-sjuksköterskorna fick ofta förklara för föräldrarna att det inte ställdes några krav på att deras barn skulle klara vissa av de utvecklingsbedömningar som ett fullgånget barn kan vid samma ålder utan att deras barn behövde lite mer tid på sig med hänsyn till sin prematuritet.

”Jag fick förklara väldigt ofta att man under väldigt lång tid får ta hänsyn till hennes prematuritet för då läste föräldrarna ju mycket att ’när barnet är sex månader ska de kunna detta och detta och när de är åtta månader ska de kunna detta och detta’. Det kunde ju inte hon då, utan hon var ju efter med det, så det var de ju oroliga för länge.” (15)

### *BHV-sjuksköterskan hjälpte till att stärka föräldraskapet*

BHV-sjuksköterskorna upplevde att de ofta behövde stärka föräldrarna i sitt föräldraskap och ge dem positiva kommentarer kring saker de gjorde bra. Det för tidigt födda barnet har en längre nyföddhetsperiod än fullgångna barn vilket sjuksköterskorna inom barnhälsovården fick stötta föräldrarna i.

I intervjuerna med BHV-sjuksköterskorna uppgav de att familjens tid på neonatal var något som påverkade mötet. Föräldrar till prematurfödda barn hade ofta svårt att släppa tiden som hade varit på neonatal. Ibland hade förlossningen varit traumatisk och svår och föräldrarna var inte mentalt förberedda på att bli föräldrar så tidigt. De hade planerat sitt liv på ett sätt och så blev det på ett annat sätt. Många familjer spenderade en längre tid på sjukhus vilket kunde bidra till att de blev hospitaliserade. De vände sig vid täta kontroller på barnet och att ha personal närvarande dygnets alla timmar vilket skapade en trygghet för föräldrarna. BHV-sjuksköterskor upplevde dock att de allra flesta föräldrar till prematurfödda barn var väldigt nöjda med sin tid på neonatal men att det innebar en stor oro för föräldrar att släppa tryggheten som funnits där.

*”Det jag kan uppleva med många av de här föräldrarna och många andra föräldrar är att de är så vana vid mycket kontroller och mycket besök och sen*

*hux-flux så släpps dem. Sen så ska de gå till BVC knappt en gång i veckan eller varannan vecka och sådär och då kan det vara lite skrämmande för dem.” (6)*

Information var viktigt men det fanns delade meningar kring om samma information som ges till alla föräldrar var lämplig eller om informationen borde riktas speciellt till prematurfödda barns föräldrar. Föräldrarna till det prematurfödda barnet hade redan känt sitt barn i veckor och upplevdes duktiga i omvårdnaden efter sin tid på neonatal. De ställde andra typer av frågor än föräldrar vars barn var helt nyfött.

*“...man får försöka lugna ner henne med relevanta argument och information. Information är jätteviktigt, jätte, jätteviktigt!” (4)*

BHV-sjuksköterskor i studien upplevde att de skapade en fin relation till de prematurfödda barnets föräldrar. De uttryckte att de fick en djupare relation till familjer där barnet varit svårt sjuka eller haft ett större omsorgsbehov.

*”Eftersom man träffas så himla ofta här så tycker jag oftast att vi får väldigt fina relationer, man blir liksom en del av familjens liv.” (8)*

### **Det finns potential att förbättra mötet**

I professionen som sjuksköterska faller det sig naturligt att göra allt så smidigt och bra som möjligt. BHV-sjuksköterskorna hade förslag på hur de tyckte att mötet med föräldrar till prematurfödda barn kunde underlättas. Detta beskrivs i subkategorierna *En välfungerande vårdkedja underlättade mötet* och *Ett överlämningsmöte hade varit fördelaktigt*.

#### *En välfungerande vårdkedja underlättade mötet*

Det påpekades av sjuksköterskor inom BHV i föreliggande studie att om vårdkedjan varit välfungerande för familjen så hade det underlättat mötet för dem. De uppgav att föräldrarna fick ett bättre förtroende för vården vilket ledde till en bättre start på BVC eftersom BHV-sjuksköterskan då också hade bättre förutsättningar.

*“En bra vårdkedja underlättar ju. Tror jag för alla. Att de känner att folk har koll på läget. Från förlossningen och sen neo och sen hemsjukvård och sen vi på BVC.” (5)*

Hemsjukvården som neonatal bedriver benämndes på ett eller annat sätt av samtliga informanter. De ansåg att det var en välfungerande verksamhet och att många föräldrar som hade haft hemsjukvård upplevdes tryggare i sin roll när barnhälsovården sedan tog över. Deras erfarenhet var att det var en bra utslussning efter att familjen hade vårdats på neonatal oavsett om det var en längre eller kortare period. Hemsjukvård ansågs önskvärt för fler familjer till prematurfödda barn enligt BHV-sjuksköterskorna.

*”Jag tycker hemmateamet, det tycker jag är bra. Att de får vara i hemmet och så kommer dem och ändå kollar till dem /.../ det tycker jag har gjort skillnad.” (7)*

Ibland hade barnhälsovården sitt första möte med familjen samtidigt som neonatals hemsjukvård hade sitt sista besök. Detta hade upplevts positivt från både BHV-sjuksköterskans sida samt från föräldrarnas sida.

### *Ett överlämningsmöte hade varit fördelaktigt*

Det framkom spontant av BHV-sjuksköterskorna som intervjuades att de hade önskat ett gemensamt möte med personal från neonatal och föräldrarna. De ansåg att detta skulle underlätta mötet.

*”Ja men i alla fall om de legat på neonatal och haft neonatal hemsjukvård och så, då får man ju bara ett papper, det här har vi ju gjort och det här är status just nu. Det hade varit jättebra att ha ett möte allihop. Så att de får träffa oss och att överlämningen blir mer personlig, istället för att man bara får ett brev. Det tror jag hade varit jättebra!” (9)*

De ansåg att mötet hade lett till framförallt ett ökat förtroende från föräldrarnas sida. Risken för att missa något hade också blivit mindre och överrapporteringen mer nyanserad än via en epikris. Detta möte skulle vara ett erbjudande som kunde ses som en form av vårdplanering. Ett gemensamt möte skulle även bidra till ökad trygghet bland BHV-sjuksköterskorna.

*“Det vore tryggt för föräldrarna att veta att deras BHV-sjuksköterska hade hört vad de gjort på neonatal. Hur det var när deras barn föddes... Föräldern behöver inte hålla reda på alla de där sakerna som ‘han fick sola då, sen var det det med magen och sen var det något med ögonen och vi kanske skulle följa upp det där...’. Att de kan släppa lite och så kan man ge BHV-sjuksköterskan i uppdrag att ‘här är det som vi jobbar vidare på... det här är klart, det här är klart, här har vi ingen oro länge. Här bedöms barnet friskt, här har vi en bra vikt...’ “ (16)*

## **DISKUSSION**

Härnäst följer en metoddiskussion där fokus ligger på metodologiska överväganden gällande rekrytering av informanter, intervjuteknik samt genomförande av analys. Metoddiskussionen följs av en resultatdiskussion där de mest intressanta resultaten som framkom i studien diskuteras gentemot befintlig vetenskaplig litteratur inom området.

### **Metoddiskussion**

Vid rekrytering av informanter till studien användes ett bekvämlighetsurval. Detta valdes för att snabbt kunna rekrytera intresserade informanter. Ett bekvämlighetsurval betraktas inte som ett optimalt val i en kvalitativ studie (Polit & Beck 2017). Nyckeln i kvalitativa studier är att få ett djup i datan och detta talar emot bekvämlighetsurvalet. Ett bekvämlighetsurval är däremot ett enkelt sätt att samla informanter (a.a.). BVC-sjuksköterskor är en begränsad grupp individer och då kan ett bekvämlighetsurval enligt Polit och Beck (2017) vara försvarbart. Informanterna i studien hade olika utbildning, ålder och yrkeslivserfarenhet Detta kan ses som en styrka då gruppen av informanter inte bör vara homogen (Polit & Beck 2017). Variationer i ålder och erfarenhet ses som en förtjänst då det ökar överförbarheten av studien (Lincoln & Guba 1985). I föreliggande studie redovisas medianvärdet av olika parametrar så som ålder då Polit och Beck (2017) anser att det är fördelaktigt att presentera sådan data. Denna data kan visa på en spridning, vilket ger en bättre bild av vad som är normalt.

Antalet informanter som önskades före studiens start var drygt tio stycken. Stort intresse resulterade i att 17 informanter svarade på utskicket av e-post som

gjordes. Studieansvariga bokade in samtliga 17 informanter för intervju då de när som helst kunde dragit sig ur. Det finns ingen fastställd siffra på hur många informanter som är lämpligt i kvalitativa studier (Polit & Beck 2017). Data bör istället samlas in tills dess att ingen ny information kan vidkännas (a.a.). Vid omkring intervju elva eller tolv i denna studie började nya svar att likna redan inkomna svar vilket stärker resultatet. Av etiska skäl avbokades ingen intervju utan samtliga 17 inbokade intervjuer genomfördes. En av de sista intervjuerna hade dock svar som skiljde sig något från tidigare intervjuer. Studieansvariga såg antalet intervjuerna som en styrka då det både tydde på ett intresse för ämnet samt visade sig vara ett hanterbart material för dataanalys. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) anses ett för stort antal intervjuer göra tolkningen av datamaterialet svårare, vilket således inte skedde i föreliggande studie. Längden på intervjuerna skulle kunna betraktas som kort med en median på 23 minuter. Intervjuernas längd behöver dock inte betyda att de inte kan innefatta meningsfullt innehåll och svara på syftet om frågor ställs på rätt sätt av den som intervjuar (Kvale & Brinkmann 2009). Med avseende på studiens tidsaspekt bokades alla intervjuer in och genomfördes under en tidsperiod av tre veckor. Detta var enligt tidsplan och gjordes med anledning av att analysprocessen skulle få ta tid så att inget viktigt missades. Vid insamling av kvalitativ data kan det vara en fördel att påbörja dataanalysen under den tid som insamling av data pågår (Burnard m.fl. 2008). Analysen i föreliggande studie påbörjades dock inte förrän 15 av 17 informanter intervjuats, detta med hänseende till studiens tidsaspekt. Brister i datainsamlingen kan eventuellt ha skett och material förbigåtts vilket ses som en svaghet.

Alla intervjuer transkriberades kort efter genomförandet vilket också anses vara en stärkande faktor då det gav möjlighet att utvärdera intervjuteknik och se över om eventuella förtydliganden behövde göras inför kommande intervju (Kvale & Brinkmann 2009). Semistrukturerade intervjuer användes som intervjumetod. Med semistrukturerade intervjuer kan studieansvariga se till att det ämne som avses täcks in (Polit & Beck 2017). Möjligheten finns också att ställa följdfrågor som kan styra informanten åt rätt håll om denne svävar ut, men ger också informanten möjligheten att svara målande (a.a.). Denna intervjuform ansågs lämplig för att besvara syftet i föreliggande studie och enligt Lincoln och Guba (1985) styrks pålitligheten av studiens resultat genom att välja en datainsamlingsmetod lämplig för att besvara syftet. Första frågan i intervjuguiden "Kan du berätta om ett möte med föräldrar till ett prematurfött barn?" tolkades olika av informanterna. En del tolkade den på ett mer generellt plan medan andra hellre gav konkreta exempel. Det ansågs av studieansvariga ge en bredd åt resultatet och eftersom intervjuerna var semistrukturerade kunde följdfrågor ställas. En pilotintervju genomfördes för att ge möjlighet att testa teknisk utrustning, öva intervjuteknik och pröva sin intervjuguide (Danielsson 2017). Det ansågs vara en styrka att genomföra en pilotintervju med hänsyn till vidare datainsamling då studieansvariga saknade erfarenhet av intervjusituationen sedan tidigare. Denna intervju valdes att inkludera då ansvariga ansåg den tillräckligt bra för att svara på syftet i studien. Enligt Polit och Beck (2017) bör inte pilotintervjun inkluderas i studien om intervjuguiden ändras efter intervjun. Detta skedde inte i föreliggande studie utan intervjuguiden förblev som tidigare. Vid de fem första intervjuerna deltog båda studieansvariga. Den ena intervjuade och den andra observerade och ställde följdfrågor. På så sätt kunde intervjutekniken synkroniseras mellan de studieansvariga och de kunde ge varandra feedback. Därefter intervjuade de studieansvariga enskilt. Enligt Polit och Beck (2017) är den primära uppgiften för den som intervjuar att få sina

informanter att slappna av, då ökar chansen att de uttrycker sina åsikter ärligt och utförligt. Genom att intervjua enskilt jämfört med i par tyckte de studieansvariga att det var lättare att få informanterna att slappna av vilket således var en förtjänst för studiens resultat.

Då data tolkas oberoende av varandra kan den tolkas olika (Burnard m.fl. 2008). De studieansvariga genomförde den öppna kodningen i analysprocessen enskilt och jämförde därefter de koder de utsett. Respektive öppna kodning motsade inte varandra och detta ses som en styrka i sammanhanget. För att underlätta kategoriseringen diskuterades och jämfördes sammanhang och mönster och för att stärka resultatet gjordes i enighet med Burnard m.fl. (2008) en gemensam tolkning av textens underliggande innebörd. Kvaliteten av en studie med kvalitativ design säkerställs genom att lägga vikt vid pålitlighet, överförbarhet, tillförlitlighet och bekräftelsebarhet (Lincoln & Guba 1985). Enligt Burnard m.fl. (2008) kan dataanalysen stärkas med citat från informanterna. I resultatdelen är därför flertalet informanter citerade. Detta är något som enligt Lincoln och Guba (1985) stärker bekräftelsebarheten. Enligt Burnard m.fl. (2008), kan tolkningen som gjorts av studieansvariga verifieras genom användning av det som refereras till som member check. Informationen som informanterna uppgett under intervjun bekräftas då av dem genom att de läser igenom utskriften (Burnard m.fl. 2008). Anledningen till att ingen member check genomfördes var dels att tidsåtgången hade blivit för stor då studiens genomförande endast löpte över tio veckor, samt att det finns en risk att informanterna har tänkt igenom sina svar och vill ändra dessa vid en genomläsning. Kostnaderna för studien kunde i så fall ansetts högre då informanterna tvingats avsätta mer tid. Däremot har en tredje part med kunskaper inom kvalitativ forskning läst arbetet. Enligt Lincoln och Guba (1985) stärks då tillförlitligheten av studien genom så kallad peer debriefing. Peer debriefing genomförs av en kritisk utomstående och sker genom att den första tolkningen av data diskuteras (Lincoln & Guba 1985). I föreliggande studie läste en handledare arbetet och kom med förbättringsförslag som kunde stärka studien. Demografisk data redovisas i föreliggande studie vilket ökar dess trovärdighet och överförbarhet.

Pålitligheten i en studie styrks genom att förförståelse finns beskrivet (Lincoln & Guba 1985). Med anledning av detta finns förförståelsen i denna studie redovisad i metodavsnittet. Förförståelsen som studieansvariga har påverkar studiens förfarande vid datainsamling och analys i kvalitativ studier och detta bidrar till att påverka studiens pålitlighet (Polit & Beck 2017). Det fanns under studiens förfarande en medvetenhet hos studieansvariga om sin förförståelse och denna diskuterades fortlöpande för att den så lite som möjligt skulle påverka studiens resultat. Förförståelsen som fanns hos studieansvariga bör inte ha påverkat urvalet eller antalet informanter som deltog i studien. Det som möjligen kan ha påverkats av förförståelse är dataanalysen genom att tolkningen av informanternas intervjuer gjorts annorlunda jämfört med om tolkningen gjorts av någon som inte hade någon erfarenhet av neonatalvård sedan tidigare. Följdfrågor som ställdes vid intervjuerna kan med studieansvarigas bakgrund ha lett till ett djupare resultat. Kvale och Brinkmann (2009) menar att ämneskunskap kan höja kvaliteten på intervjun samt kvaliteten på insamlad data. Deltagarna i studien informerades inte om intervjuernas bakgrund då studieansvariga inte ville att detta skulle tas i hänseende när de svarade då informanterna inte önskades svara på ett sätt som anpassades studieansvarigas erfarenheter av neonatalvård.

## Resultatdiskussion

I föreliggande studie har BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att möta föräldern/föräldrarna till ett prematurfött barn belysts. Resultatet visade att BHV-sjuksköterskorna förberedde sig olika inför mötet med föräldrarna beroende på deras egna erfarenhet. En gemensam upplevelse hos BHV-sjuksköterskorna var föräldrarnas upplevda oro och att de ville stödja föräldrarna i deras oro. Därtill framkom att ett överlämningsmöte hade underlättat för BHV sjuksköterskan i mötet med föräldrarna.

Inom barnhälsovården i Sverige ska sjuksköterskor arbeta förebyggande och hälsofrämjande (Socialstyrelsen 2014). Informanterna i föreliggande studie lade mycket tid på att bekräfta och stärka föräldrar till prematurfödda barn vilket kan likställas med omvårdnadsstrategin empowerment. Begreppet empowerment, på svenska egenmakt, kan ha flera olika betydelser och inom omvårdnad beskrivs det tidigt av Gibson (1991) samt Rodwell (1996). I detta sammanhang innebär begreppet att stärka och stödja föräldrar i sitt föräldraskap vilket är en främjande åtgärd som BHV-sjuksköterskor bör arbeta med enligt "Vägledning för barnhälsovården" (Socialstyrelsen 2014). Enligt Panicker (2013) kan sjuksköterskor genom empowerment identifiera föräldrars styrkor och svagheter och därigenom hjälpa dem att bygga upp självförtroende i föräldraskapet. Genom att uppmuntra föräldrar och stötta dem i omvårdnaden av sitt barn kan sjuksköterskor göra det möjligt för föräldrar att bättre förstå sitt barn (a.a.). Detta gjorde BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie bland annat genom att de erbjöd mer tid och tätare hembesök. De gav även föräldrarna relevanta argument och nyttig information vilket hjälpte föräldrarna att se det friska och njuta av sitt barn. Enligt Van der Pal m.fl. (2014) behöver föräldrar skaffa sig nödvändiga färdigheter och ha tillgång till de rätta verktygen för att kunna stärkas i sin roll. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll är avgörande när det gäller att stödja föräldrarna i den processen. Genom att stärka föräldrarnas egna förmåga kan deras stress och känslor av osäkerhet minska (a.a.). Panicker (2013) menar att det är viktigt för sjuksköterskor att vara medvetna om att alla föräldrar är unika och har individuella behov och att stödet till föräldrarna behöver anpassas för att skapa goda förutsättningar för empowerment. Förståelsen för familjens unika behov uttrycktes tillika av informanterna i föreliggande studie. Peyrovi m.fl. (2016) menar att föräldrar som får mycket stöd i sitt föräldraskap redan på neonatal har bättre förutsättningar för att se det friska hos sitt barn efter utskrivning. I föreliggande studie menade BHV-sjuksköterskorna att de fick lägga mycket tid på att hjälpa och stödja föräldrarna i att se det friska hos sitt barn vilket då skulle kunna tyda på att föräldrarna inte hade fått tillräckligt med stöd på neonatal. Peyrovi m.fl. (2016) menar även att sjuksköterskorna på neonatal spelar en central roll i relationsskapandet mellan mamma och barn (a.a.). Relationen mellan föräldrar och det prematurfödda barnet är sedan något som BHV-sjuksköterskan förväntas fortsätta stödja och stärka efter utskrivning. Genom empowerment kan då kompetenta sjuksköterskor skapa optimala förutsättningar för familjen efter utskrivning från sjukhus (Peyrovi m.fl. 2016). Som tidigare nämnt var empowerment en strategi som BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie implementerade.

Pritchard m.fl. (2008) menade att det finns ett bristande förtroende för barnhälsovården bland föräldrar till prematurfödda barn vilket kan bero på att det saknas en förståelse och relation för det prematurfödda barnets behov. Samarbetet mellan barnhälsovården och neonatalavdelningar är i behov av att förbättras och

tidigareläggas (Jackson m.fl. 2006). I föreliggande studie uttryckte informanter att ett gemensamt möte med personal från neonatal troligtvis hade förbättrat deras möte med prematurfödda barns föräldrar. Detta möte skulle förslagsvis ske i samband med neonatals hemsjukvård eller på neonatalavdelningen innan utskrivning. Pritchard m.fl. (2008) fann i sin studie att föräldrar till prematurfödda barn hade önskat särskilda BVC för prematurfödda barn. Detta för att föräldrarna önskade erfaren och kunnig personal (a.a.). BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde inte att föräldrar uttryckte önskemål om särskilda BVC för prematurfödda barn. I studien av Hookway (2013) fann de att det mest optimala för sjuksköterskorna inom barnhälsovården hade varit att träffa familjen innan utskrivning från sjukhus för att tidigare kunna bygga en stödjande relation (a.a.). Detta går i linje med vad BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie också påpekade genom att de uttryckte att ett gemensamt överlämningsmöte hade bidragit med trygghet för föräldrarna och för dem själva. Currie m.fl. (2018) påvisar att sjuksköterskor inom barnhälsovården upplevde det som stressande och krävande att möta och stödja föräldrar med ett prematurfött barn. Vilket däremot inte framkom från informanterna i föreliggande studie.

BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att föräldrar till prematurfödda barn lätt kunde drabbas av depression. Ofta uppdagades denna först efter att familjen lämnat den trygga miljön på sjukhus. För att förebygga postpartum-depression hos mödrar bör alla screenas inom sex till åtta veckor efter förlossningen med mätinstrumentet The Edinburgh Postnatal Depression Scale, så kallad EPDS-screening (SBU 2014). Denna screening genomförs av sjuksköterskor inom barnhälsovården och är något som ingår i basprogrammet för barnhälsovården (Socialstyrelsen 2014). Det framkom av denna studies resultat att EPDS-screeningen kunde missas eller försenas på grund av att barnet var prematurfött. Detta kunde skapa oro för föräldrarnas psykiska mående bland BHV-sjuksköterskorna. Upplevelse av att vara påverkad av oro och stress efter att ha fött ett fullgånget barn är inget ovanligt men oron om barnet fötts prematurt är ofta betydligt större (Hall m.fl. 2017). Postpartum-depression hos mödrar som fött prematurt har uppmätts till över 40 %. Mödrar som föder prematurt utsätts för flertalet stressorer efter förlossningen. Det kan vara stressmoment som separationen efter födseln samt oro för barnets medicinska tillstånd och prognos vilket upplevs som traumatiskt för modern (a.a.). Amorim m.fl. (2017) menade däremot att det var föräldrarnas egenskaper och familjesituation som påverkade deras mående efter förlossningen snarare än aspekter relaterat till det prematura barnets tillstånd. I denna studie uttryckte BHV-sjuksköterskorna att föräldrarna ibland hade haft en traumatisk tid på neonatal som de hade svårt att släppa taget om. Informanterna i föreliggande studie påpekade att EPDS-screeningen kunde missas samtidigt som depressionen hos de här föräldrarna kommer först efter att de lämnat sjukhuset. Både Jackson m.fl. (2006) samt Boykova och Kenner (2012) menar att föräldrar till prematurfödda barn ofta är påverkade en längre tid efter att de lämnat sjukhuset och är därför i behov av ett ökat stöd. Det finns därför anledning att som BHV-sjuksköterska vara särskilt uppmärksam och genomföra EPDS-screening även med föräldrar till prematurfödda barn.

Ett annat intressant resultat som framkom i studien var att föräldrar till prematurfödda barn var mer oroliga. BHV-sjuksköterskorna uttryckte en särskild oro för infektioner, vikt och längdtillväxt bland föräldrar till prematurfödda barn vilket präglade mötet då mycket av BHV-sjuksköterskornas fokus hamnade på att stötta föräldrarna i detta. Oron för detta är förståelig eftersom Harijan och Boyle



(2012) menar att detta är konsekvenser som kan uppstå relaterat till prematuritet. En del föräldrar upplevdes oroliga för barnets utveckling på lång sikt, det var dock inget som uttrycktes när barnet var nyfött utan de framkom först senare när barnet var omkring fyra-fem år. Föräldrars oro för långtidskonsekvenser relaterat till prematuritet finns också redovisat i tidigare forskning (D'Agostino m.fl. 2013). Prematurfödda barns föräldrar är generellt mer oroliga och detta har belysts även i tidigare forskning av bland annat Wade m.fl. (2008) som menade att prematurfödda barns föräldrar var särskilt osäkra och oroliga i sin föräldraroll. Det uppstår också oro bland föräldrarna i övergången från neonatal till barnhälsovården (Doyle m.fl. 2014). I föreliggande studie uttryckte BHV-sjuksköterskorna att föräldrarna många gånger varit med om en traumatisk och svår förlossning. De var inte mentalt förberedda på att bli föräldrar. Den långa vårdtiden påverkade föräldrarna och bidrog till att de upplevdes som hospitaliserade av BHV-sjuksköterskorna. I studien av Hookway (2013) framkom det att föräldrar till prematurfödda barn ofta känner sig hjälplösa och upplever en förlust av sitt föräldraskap när barnet vårdas på en neonatalavdelning. Hookway (2013) menade också att föräldrar måste lära sig att vara föräldrar på nytt när de skrivs ut från sjukhuset. Resultatet i föreliggande studie visade att BHV-sjuksköterskorna upplevde att de måste hjälpa föräldrarna att se sitt barn som friskt när det inte längre var i behov av sjukvård. Hjälpen kunde bland annat bestå av att bekräfta föräldrarna i sitt föräldraskap. Det finns perioder som är mer stressande för prematurfödda barns föräldrar varav att skrivas ut från sjukhuset och inte längre ha samma stöd och support benämns som en sådan period (Van der Pal m.fl. 2014). Van der Pal m.fl. (2014) menar dock att det i mötet på BVC finns risk att BHV-sjuksköterskor inte ser den expertis som föräldrar redan har kring sina barn då de redan hunnit bli experter på sitt barn. I all välmening kan föräldrarnas roll undermineras och sjuksköterskan glömmer bort att föräldrarna vet mer om sitt barn än någon annan (a.a.). Resultatet i denna studie visade på att det fanns en medvetenhet bland BHV-sjuksköterskorna om att många föräldrar redan känt sitt barn i flera veckor och de upplevdes många gånger som duktiga på att sköta omvårdnaden av sitt barn. Det framkom således inte att föräldrarnas expertis underminerades av BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie.

## **SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER**

Tidigare studier som berör BHV-sjuksköterskans upplevelse av mötet med föräldrar till ett prematurfött barn är få (Currie m.fl. 2018; Jackson m.fl. 2006). Därav belyses 17 BHV-sjuksköterskors erfarenheter kring detta i denna studie. Mötet formades av den oro som många prematurfödda barns föräldrar bar med sig sedan sin tid på neonatal. För att kunna stötta föräldrarna bokades ofta längre och tätare besök på BVC in. BHV-sjuksköterskorna använde sig av omvårdnadstrategin empowerment genom att stärka och stötta föräldrarna i sitt föräldraskap och samtidigt hjälpa dem att se det friska i sitt barn.

Det uttrycktes att föreläsningen kring prematuritet på specialistutbildningen med inriktning inom barn och ungdom inriktade sig mot det prematurfödda barnet på sjukhus, samtidigt som introduktionsprogrammet till barnhälsovården inte innefattade tillräckligt med information kring prematuritet. Det kan därför vara av stor vikt att det finns utbildning inom ämnet som riktar sig mot denna yrkeskategori och därmed öka kunskapen hos BHV-sjuksköterskorna.

Det framkom även att BHV-sjuksköterskorna hade önskat ett gemensamt överlämningsmöte tillsammans med personal från neonatal innan familjen skrevs ut från sjukhuset. Detta trodde BHV-sjuksköterskorna i föreliggande studie hade kunnat leda till en ökad trygghet för föräldrarna men även för dem själva. Därför skulle ett ökat samarbete mellan neonatal hemsjukvård och BHV vara fördelaktigt och på så vis öka tryggheten i mötet med dessa föräldrar.

Arbetet har fördelats likvärdigt mellan båda studieansvariga. Detta innebar att de gemensamt bidrog till studiens utformning, datainsamling, dataanalys och tolkning av data. Tillsammans har de ansvariga deltagit i skrivprocessen, den kritiska granskningen och de har båda godkänt den slutgiltiga versionen.

## REFERENSER

Amorim M, Silva S, Kelly-Irvin M, Alves E, (2017) Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Quality of Life Research*, 27, 1119–1131.

Andersson AK, Martin L, Strand Brodd K, Almqvist L, (2017) Patterns of everyday functioning in preschool children born preterm and at term. *Research in Developmental Disabilities*, 6, 82-93.

Bakke A, King D, (2000) A fundamental aspect of supportive care delivery: the nurse's opportunity to shape the caring encounter. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17(3), 182–187.

Boykova M, Kenner C, (2012) Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 81–87.

Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B, (2008) Analyzing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429-432.

Currie G, Dosani A, Premji S, Reilly S, Lodha A, Young M, (2018) Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences. *BMC Nursing*, 17, 16.

D'Agostino JA, Gerdes M, Hoffman C, Manning ML, Phalen A, Bernbaum J, (2013) Provider use of corrected age during health supervision visits for premature infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 27 (3), 172-179.

Danielsson E, (2017) *Kvalitativ forskningsintervju*. I: Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan). Lund, Studentlitteratur AB.

Dataskyddsförordningen, 2016/679.

Doyle L, Anderson P, Battin M, Bowen J, Brown N, Callanan C, Campbell C, Chandler S, Cheong J, Darlow B, Davis P, DePaoli T, French N, McPhee A, Morris S, O'Callaghan M, Rieger I, Roberts G, Spittle A, Wolke D, Woodward L, (2014) Long term follow up of high risk children: who, why and how? *BMC Pediatrics*, 14 (279),

Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H, (2014) Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *Sage Journals*, 4, 1-10.

Gallagher K, Marlow N, Edgley A, Porock D, (2012) The attitudes of neonatal nurses towards extremely preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (8), 1768-1779.

Gibson C, (1991) An concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

Hall R, Hoffenkamp H, Braeken J, Tooten A, Vingerhoets A, van Bakel H, (2017) Maternal psychological distress after preterm birth: Disruptive or adaptive? *Infant Behavior And Development*, 49, 272-280.

Harijan P, Boyle E, (2012) Health outcomes in infancy and childhood of moderate and late preterm infants. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17 (3), 159-162.

Holopainen G, Nyström L, Kasén A, (2019) The caring encounter in nursing. *Nursing Ethics*, 26 (1), 7-16.

Hookway L, (2013) Support for families after prolonged admission to a neonatal intensive care unit. *Community Practitioner*, 86 (11), 28-31.

Jackson K, Ternstedt B, Magnuson A, Schollin J (2006) Quality of care of the preterm infant- the parent and nurse perspective. *Acta Paediatrica*, 95(1), 29-37.

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

Köhler M & Reuter A, (2012) *Hälsofrämjande möten på barnvårdscentralen*. Hertting A & Kristenson M (red.) *Hälsofrämjande möten: Från barnhälsovård till palliativ vård* (1:1). Lund, Studentlitteratur.

Lincoln Y, Guba E, (1985) *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills CA, Sage.

Malterud K, (2014) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion* (3:e upplagan). Lund, Studentlitteratur AB.

Panicker L, (2013) Nurses' perceptions of parent empowerment in chronic illness. *Contemporary Nurse*, 45(2), 210-219.

Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad M, Mehran A, (2016) The effect of empowerment program on "perceived readiness for discharge" of mothers of premature infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(5), 752-757.

Polit DF, Beck CT, (2017) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia, Wolters Kluwer.

Pritchard M, Colditz P, Beller E, (2008) Parental experiences and preferences which influence subsequent use of post-discharge health services for children born very preterm. *Journal of Pediatrics and Child Health*. Vol 44(5), 281-284.

Rikshandboken barnhälsovård (2019) För tidigt födda barn och deras föräldrar ><https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/for-tidigt-fodda-barn/for-tidigt-fodda-barn-och-deras-foraldrar-pa-bvc/>< HTML (2020-04-02)

Rodwell, C (1996) An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.

SBU (2014) *Förebyggande av postpartumdepression: Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossningen*. >[https://www.sbu.se/contentassets/73818752dfbf4323b03373505b066269/forebyggande\\_postpartumdepression\\_2014\\_06.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/73818752dfbf4323b03373505b066269/forebyggande_postpartumdepression_2014_06.pdf)<PDF (2020-03-20)

SNQ (2019) *Neonatalregistrets Årsrapport 2018*  
>[https://www.medscinet.com/PNQ/uploads/website/arsrapporter/Neonatalregistret\\_s%20%C3%85rsrapport%202018.\\_3.0.pdf](https://www.medscinet.com/PNQ/uploads/website/arsrapporter/Neonatalregistret_s%20%C3%85rsrapport%202018._3.0.pdf)< PDF (2019-12-19)

Socialstyrelsen (2014) *Vägledning för barnhälsovården*  
><https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>< PDF (2020-02-24)

Svenska barnhälsovårdsregistret (2018) *Svenska barnhälsovårdsregistret: Årsrapport 2018* ><http://bhvq.se/wp-content/uploads/2019/09/A%CC%8Arssrapport-Svenska-Barnha%CC%88lsova%CC%8Arssregistret-2018.pdf>< PDF (2020-03-17)

Takman C, Severinsson E, (1999) A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1368–1374.

Travelbee J, (1971) *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia, Davis Company.

Van der Pal S, Alpay L, Van Steenbrugge G, Detmar B (2014) An Exploration of Parents' Experiences and Empowerment in the Care for Preterm Born Children. *Journal of Child & Family Studies*, 23, 1081–1089.

Wade KC, Lorch SA, Bakewells-Sachs S, Silber JH, Escobar GJ (2008) Pediatric care for preterm infants after NICU discharge: high number of office visits and prescription medications. *Journal of Perinatology*, 28, 696-701.

WHO (2018) *Preterm birth* ><https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>< HTML (2019-12-12)

WMA (2018) *WMA 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/>< HTML (2019-12-12)

# **BILAGA 1**

## Intervjuguide

1. Kan du berätta om ett möte med föräldrar till ett prematurfött barn?
  - Skiljer det sig från fullgångna barn?
  - Hur upplever du att en längre vårdtid på neonatal påverkar mötet mellan er?
  
2. Berätta om dina förberedelser inför mötet med föräldrar till ett prematurfött barn?
  - Skiljer det sig från fullgångna barn?
  
3. Hur utvecklas din relation med familjen och hur förändras den över tid?
  - Berätta mer, på vilket sätt?
  
4. Ser du några utmaningar med att arbeta med föräldrar till prematurfödda barn?
  - Vilka, utveckla?
  
5. Är det något annat du har reflekterat över gällande mötet med prematurfödda barns föräldrar?
  
6. På vilket sätt skulle mötet med prematurfödda barns föräldrar kunna underlättas?

## BILAGA 2

### Allmän information

Jag är:      Man      Kvinna      Icke-binär

Ålder : \_\_\_\_\_

Utbildning: Distriktsjuksköterska       Barnspecialistsjuksköterska

Antalet arbetade år på barnvårdscentral: \_\_\_\_\_

Tidigare erfarenhet av neonatalvård?      JA       NEJ