

Realiteten som hinder för att uppleva visionen

– personalens upplevelser efter genomförd
flytt till ny vårdbyggnad och införande av
samvård på neonatalavdelning

*Reality as a barrier to experience the vision
- the staff's experiences after the move to a
new healthcare facility and the introduction of
rooming in neonatal nursing*

Jeanette Schütz Lindqvist
Sarah Streitlien

Handledare: Renée Flacking RN, Docent/Associate Professor, Högskolan
Dalarna

Sammanfattning

Bakgrund: Barn som föds för tidigt mår i allmänhet bäst av att vårdas av sina föräldrar dygnet runt. Att övergå från öppna rum till familjerum innebär en omställning för personal. Det finns få svenska studier som belyser hur personalen upplever denna förändring.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personalens upplevelser av arbete och arbetsmiljö efter en genomförd flytt till nya lokaler och införandet av samvård.

Metod: Studien genomfördes med kvalitativ metod med 12 deltagare fördelade på två fokusgruppsintervjuer samt 4 enskilda intervjuer med nyckelpersoner.

Dataanalyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom ett övergripande tema ”Realiteten som hinder för att uppleva visionen” med två huvudkategorier som beskrev personalens upplevelser efter den genomförda flytten ”Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes” och ”Visionen om föräldrar och barn”. Därtill identifierades 12 underkategorier som beskrev personalens upplevelser av förändringsarbetet och processen det inneburit med flytten till en ny vårdbyggnad. Det fanns svårigheter och utmaningar för personalen att gå från öppna rum till enskilda familjerum och införandet av familjecentrerad samvård. Personalen ansåg att lokalerna var dåligt planerade och de hade önskat att deras erfarenheter och åsikter hade vägt tyngre i planeringen. Dock upplevdes vården bättre för barn och familjer efter att familjerum blev tillgängliga.

Slutsats: Det finns svårigheter och utmaningar för personalen med att införa samvård som en ny vårdform. Personalen anser ändå att det är det bästa för barnet och familjen. Att involvera personalen och använda deras kunskap och erfarenhet är viktigt vid byggandet av en ny avdelning och införande av samvård eftersom det påverkar deras arbetsmiljö.

Nyckelord: Neonatalvård, Familjecentrerad samvård, Samvård, Arbetsmiljö, Anknnytning

Abstract

Background: Children born prematurely are in general best cared for by their parents around the clock. The transition from an Open-Bay to a Single-Room unit entails a new way to care for the family and collaboration with staff. There are few studies that illustrates how staff perceive this change.

Aim: The aim of the study was to describe staff's experiences of the working environment and working with Family-centered care in a Single-Family-Room unit.

The method: The study was conducted with a qualitative design, in which two focus groups with 12 participants and four individual interviews were conducted. Data were analyzed using qualitative content analysis.

The result: The result showed an overall theme "Reality as a barrier for experiencing the vision". Two main categories described the staff's experiences after completed the move: "The vision of the work which was not fulfilled" and "The vision of parents and children". In addition, 12 subcategories were identified that described the staff's difficulties and challenges in moving from working in Open-Bay to Single-Room unit. The staff felt that the premises were poorly planned and they had hoped that their opinions had been taken in to account in the planning process. With regard to the care for the family, staff experienced beneficial improvements after introducing Single-Rooms.

Conclusion: There are difficulties and challenges for the staff to introduce rooming as a new form of care. The staff believe that it is best for the child and the family. Involving staff and use their knowledge and experience is important in the construction of a new department and the introduction of rooming because it affects their working environment.

Nyckelord: Neonatal Nursing, Family Centered Care, Rooming, working environment, Attachment

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund	6
Familjecentrerad samvård	6
Arbetsmiljö.....	7
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod.....	9
Design	9
Kontext.....	9
Urval.....	10
Datainsamling	10
Tillvägagångssätt	10
Analys	11
Förförståelse.....	13
Trovärdighet.....	13
Etiska ställningstaganden.....	13
Resultat.....	15
Realiteten som hinder för att uppleva visionen	15
Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes	16
Samma skal för alla typer av vård	16
Fragmentariskt placerade rum.....	16
Personalkrävande vård	17
Teknik för att underlätta.....	18
Det saknade navet	18
Det osäkra samarbetet - ensam otrygg och utsatt.....	18
Interpersonellt stöd	19

Nya samarbetspartners	20
Visionen om föräldrar och barn	21
Föräldrar och barn tillsammans.....	21
Tidig vård och det emotionella stödet till föräldrarna	22
Med dörren som en barriär	23
Diskussion	24
Resultatdiskussion.....	24
Besvikelse över lokalerna	24
Ensamhet – ensam och rädd	26
Bättre för familjerna.....	27
Samvård – samarbete mellan Neonatalavdelningen och BB	28
Metoddiskussion	29
Studiens betydelse.....	30
Slutsats	31
Förslag till vidare forskning.....	31
Referenser	32
Bilaga 1 Intervjuguide.....	

Inledning

En helt ny vårdbyggnad öppnades i Mellansverige under 2013 där bland annat kvinnokliniken och neonatalavdelningen flyttade in. Samtidigt infördes familjecentrerad samvård som innebär att mor och barn vårdas tillsammans direkt efter förlossningen utan att separeras dem oavsett om det är mamma, barn eller båda som är i behov av vård. Detta medförde ett helt nytt sätt att tänka och samarbeta för personalen från de båda klinikerna som nu skulle se hela familjen som en enhet. Förändringen i arbets sättet med nya samarbetspartners samt de nya arbetslokalerna innebar att både den psykosociala- och den fysiska arbetsmiljön förändrades.

Innan omorganisationen genomfördes en studie om personalens förväntningar på deras kommande arbetsmiljö och införandet av en ny arbetsmodell. I studien framkom att personalen var positiva till införandet av samvård och att de hade förväntningar på att vård- och arbetsmiljö skulle förbättras. Det fanns dock en viss oro för att inte räcka till och inte ha gjort ett bra arbete när dagen var slut (1). Denna studie som presenteras här avser att beskriva hur personalen upplevde arbetsmiljön 2,5 år efter att omorganisationen genomförts. Det finns få svenska studier gjorda om personalens upplevelser och erfarenheter av sin arbetsmiljö och vård efter införande av nya arbetsmodeller som samvård och enskilda familjerum. Denna kunskap är viktig när det gäller utvecklande av vården och arbetsmiljön på ett bra sätt, då flera neonatalavdelningar i Sverige står inför att ombyggnationer, nybyggnationer och införande av samvård.

Bakgrund

Familjecentrerad samvård

Familjecentrerad omvårdnad är ett partnerskap mellan vårdpersonal och föräldrar, där föräldrarna blir delaktiga i vården om sitt barn på ett tidigt stadium efter barnets födelse. Föräldrarna ses här som de viktigaste personerna för barnet och de är barnets primära vårdare. För att de ska kunna svara på barnets behov och de signaler barnet visar med sitt kroppsspråk behöver de lära känna sitt barn (2). Målet i familjecentrerad vård är att vårdpersonal ska samarbeta, stötta, vägleda och utbilda föräldrarna, som aktivt kan delta i att ta hand om sina barn och vara en del av teamet kring barnet (2-3). Fokus ligger på barnet i dess helhet tillsammans med sin familj och omgivning.

I familjecentrerad vård ska föräldrarna ha möjlighet att finnas dygnet runt hos sitt barn. Föräldrarna ska känna sig trygga när det gäller barnens vård och det kan de bli genom att få information om barnets hälsotillstånd. Vårdpersonalen ska vara medveten om föräldrarnas oro för barnet och hur föräldrarna mår, så de kan få ett bra stöd och aktivt involveras i vården. Vårdpersonalen ska fungera inte enbart som vårdare utan även som pedagog och coach. Personalen kan uppleva det nya förhållningssättet som kontrollförlust och för att behålla kontrollen är det viktigt med en god kommunikation mellan föräldrar och personal på detta vis tillgodoses patientsäkerheten. Föräldrarna ska göras delaktiga i vården, det är deras rättighet och begränsas egentligen bara om det finns risk för att barnet far illa (2). Genom att bekräfta föräldrarna utvecklas de i sin föräldraroll. Får de ett bra stöd blir också vårdtiden kortare och de känner sig tryggare som föräldrar (4).

Neonatalavdelningens miljö ska vara anpassad för att föräldrarna ska kunna vistas på avdelningen tillsammans med sitt barn dygnet runt. Miljön är av vikt för att föräldrar snabbt ska bli de primära vårdgivarna för barnet. En studie gjord i Sverige visar att vårdtiden blir kortare när föräldrarna ges möjlighet att vårda sina (5) barn. Mammor har beskrivit att det kan vara påfrestande med många människor och brist på avskildhet. Det kan vara svårt att visa känslor när det är många runt omkring (6). Miljön ska vara välkomnande, med tillräckliga utrymmen som är bekväma för föräldrarna med tillgång till kök, dagrum likväl som till avskildhet för familjen men också för samtal och utbildning. Det är viktigt att ljud och ljus kan anpassas eftersom miljön är viktig för barnet då sinnesintryck påverkar den psykomotoriska- och neurologiska utvecklingen och utvecklingen av barnets hjärna. Det är också ett av många skäl till att använda känguruvård som ger en nära hud-mot-hud kontakt mellan barnet och föräldrarna. För att främja kängurumetoden men också minska det ökande hotet med multiresistenta bakterier blir det allt vanligare med enkelrum för hela familjen istället för flersalar där flera barn vårdas samtidigt (2).

En studie visar att när en neonatalavdelning bytt från stor sal med flera patienter på samma sal till enskilda familjerum så upplever föräldrarna att de är mindre oroliga, deprimerade och ledsna. De förstår barnets signaler och vet hur de ska kunna trösta och ta hand om sitt barn, samtidigt som de känner att de gör det bra som föräldrar. Att få ta hand om sitt barn hela tiden ger dem möjlighet att lättare se när barnet är hungrigt och behöver amma (7).

En svensk studie har gjorts där barnet haft tillgång till sina föräldrar dygnet runt där de kommit fram till att alla föräldrar bör erbjudas att kontinuerligt vårda sitt barn enligt kängurumetoden (8). Detta är också viktigt för barnets välmående och barn-föräldraknytningsprocess och förkortar dessutom vårdtiden (9-10). Trots att känguruvård i många studier visar sig är det bästa för föräldrar och barn så finns det ännu stora skillnader i hur det ser ut inom neonatalvården runt om i Europa (9). Forskning har visat att personal inte alltid är nöjda med införandet av enskilda familjerum och familjecentrerad samvård, trots att det finns så mycket fördelar för barnet och men Watson och hennes kollegor fann motsatsen i en studie de gjort och vid sex månader och ett år efter genomförd flytt till ny neonatalavdelning. Personalen noterade betydande förbättringar i kvalitén på deras arbetsmiljö, ljudnivå, personal och föräldraintegriteten, kommunikationen och möjligheten föräldrar hade att delta i sina barns vård (7).

Arbetsmiljö

Arbetsmiljölagen (1977:1 160) bestäms av riksdagen och den innehåller grundläggande krav på miljön på arbetsplatsen med regler och skyldigheter för arbetsgivare och andra skyddsansvariga, om att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet, samt att uppnå en god arbetsmiljö. Den reglerar också samverkan mellan arbetstagare och arbetsgivare. Arbetsgivaren är ansvarig för arbetsmiljön och arbetsförhållandena ska anpassas utifrån människors olika fysiska och psykiska förutsättningar. Alla anställda har också ett eget ansvar att verka för en god arbetsmiljö (11). När personal har rätt kompetens, känner autonomi och kan samarbeta samt att de trivs på sitt jobb är viktiga faktorer för att uppnå en god vård (12).

En studie gjord i USA, Kanada, England och Skottland visar att en tillräckligt hög bemanning med bra organisation och tydligt förvaltningsstöd är nyckeln till att

förbättra kvalitén på vården och minska missnöje och utbrändhet hos sjuksköterskor (13). En studie gjord i England visar på vikten av en tillräckligt hög och korrekt bemanning av specialistsjuksköterskor inom neonatalvård för att öka överlevnaden för de svårt sjuka och för tidigt födda barnen. En nedgång av bemanningen var direkt kopplad till en högre dödlighet inom den neonatala intensivvården (14).

När sjuksköterskor känner sig nöjda med sitt arbete blir också patientsäkerheten högre, färre fel begås och patienterna upplever en god vård (7). Den nuvarande bristen på sjuksköterskor är ett allvarligt hot mot hälso- och sjukvården. Flera studier visar att sjuksköterskor upplever en obalans mellan arbete och familjeliv vilket också är en bidragande orsak till bristen på sjuksköterskor (15).

I en studie gjord i USA framkom att personalen ändrade attityd och insåg fördelarna med familjecentrerad omvårdnad efter införandet då föräldrarna upplevde mindre stress, kände sig mer informerade och kände sig säkrare som föräldrar till sina barn (16). Att övergå från öppna övervakningsrum till familjerum har flera fördelar främst för barnet och föräldrarna, då vården blev säkrare och miljön bättre för patienterna och deras familjer. Sjuksköterskorna upplevde en högre arbetsplats kvalitét med familjerum där barnen kunde vårdas tillsammans med mamma och pappa (17).

Det finns få studier där personalens upplevelser i samband med förändringar av vårdformer och arbetssätt inom neonatalvården. De studier som hittats visar att vårdpersonalen inte alltid var helt positiva till förändringarna med familjerum och nya arbetssätt. En orsak till detta kan vara en minskad interaktion med arbetskollegor (7, 18-19). Sjuksköterskor upplevde att teamarbetet minskade när de införde samvård. De upplevde en känsla av att vara isolerad då familjerummen begränsade deras kontakt med andra kollegor.

Tidigare forskning visar att miljön på en neonatalavdelning är viktig för ett för tidigt barns välmående och fortsatta utveckling (20-21). När neonatalavdelningar byggs eller renoveras är det därför viktigt att ha barnets bästa som utgångspunkt. Utvecklingen mot familjerum startade i Ohio när det byggdes ett nytt barnsjukhus som sedan spred sig vidare till andra sjukhus (22). Byggnaden är viktig men det måste finnas en skriven vision och modell för familjecentrerad samvård som vägledning för vilka riktlinjer och policys som ska gälla för vårdbyggnadens design. Tidigare har neonatalavdelningens design reflekterat hög teknologi och medicinsk vård, denna design har minskat barnadödligheten och ökat överlevnaden men har inte stött barnets neurologiska utveckling eller anknytning till föräldrarna (23). Fördelar för barnet med familjerum är att det gynnar anknytning och ger ökad möjlighet till hud-mot-hudvård. Hud-mot-hudvården i sig ger en miljö som är mer lik den som är i livmodern och skyddar barnet mot ljud, ljus och även konstiga lukter som finns i kuvösen. Hud-mot-hudvård ger den värme som barnet behöver (20, 24-25). Studier visar också att familjerummen ger färre infektioner och kortare vårdtider (5, 26). Vården är säker, effektiv och kostnadseffektiv; kostnaderna för att bygga en ny neonatalavdelning kan löna sig redan efter ett år (27-28).

Problemformulering

Familjecentrerad vård främjar tidig anknytning mellan föräldrar och barn. Det ställer krav på sjuksköterskorna som ska gå från att utöva vården till att undervisa, handleda och coacha föräldrarna, så att de kan ta över vården av barnet. En ny avdelning med en ny form av vård påverkar inte enbart hur personalen kan ge vård, det påverkar

också hur personalen upplever arbetsmiljön och trivseln på arbetet. Kunskapen om vilka förväntningar personal har och hur de faktiskt upplever vården efter en förändring i arbetsmodell är en mycket viktig kunskap att belysa då familjecentrerad vård kommer att införas på allt fler neonatalavdelningar i framöver. Det finns få studier om personalens upplevelser och erfarenheter av sin arbetsmiljö och vård efter införande av nya arbetsmodeller och nya vårdformer.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva neonatalvårdspersonalens upplevelser av arbete och arbetsmiljö efter en genomförd flytt till nya lokaler och införandet av samvård, vid en neonatalavdelning på ett länssjukhus i Sverige.

Frågeställning

- Hur upplevde personalen vården av barn och familjer samt arbetsmiljön efter införandet av samvård och nya lokaler, jämfört med tidigare?
- Hur upplever personalen att vården förändrades för familjer och deras barn efter införandet av samvård?

Metod

Design

Denna studie genomfördes med en kvalitativ design (29). Data samlades in i form av semistrukturerade fokusgruppsintervjuer, samt individuella intervjuer med nyckelpersoner i ledande positioner. Intervjuerna syftade till att ge information om deltagarnas olika upplevelser, beroende av olika yrkeskategorier och yrkeserfarenhet (30). En fokusgrupp är en grupp människor som samlats under en begränsad tid för att samtala och diskutera kring ett givet ämne som valts ut innan och som de alla har gemensamt. Deltagarna kan delge sina erfarenheter, upplevelser, åsikter, synpunkter och värderingar runt en aktuell fråga eller ett ämne. En gruppleddare – moderator har till uppgift att styra interaktionen och se till att alla deltagare har möjlighet att få prata ungefär lika mycket. I en semistrukturerad intervju utgår moderatoren från en intervjuguide med redan förutbestämda öppna frågor som täcker upp huvudområdena som vill undersökas. Moderatoren kan också ställa följdfrågor eller be om förtydligande under intervjun. När samtalet är igång lyssnar moderatoren på vad deltagarna säger och har möjlighet att be om förtydliganden om det behövs utan att påverka gruppen med sina egna synpunkter eller åsikter (30-31).

Kontext

Studien genomfördes på ett länssjukhus i en stad i Mellansverige. I de tidigare lokalerna för neonatalvård var lokalerna utformade som ett nav med sjuksköterskeexpedition i mitten och runt den fanns det en IVA-sal med två sidor med 3 platser på vardera sidan. Mittemot IVA-salarna och familjesalarna låg ett akutrum. I korridoren som ledde fram till detta ”nav” fanns ett flertal familjerum samt rum såsom skölj, mjölktrum, föräldrapentry, toaletter m.m.

Den nya vårdbyggnaden är byggd som ett L. I den långa raka delen av L:et finns salar på båda sidor med stängda dörrar. I början av avdelningen finns

lättvårdssalarna/familjerummen och ett gemensamt matrum. Längre bort i samma korridor finns en övervakningsstation placerad, avdelningschefens rum, en liten expedition samt mjölkök och på motsatta sidan skölj och förråd. Ytterligare längre ned i korridoren finns IVA-salarna, familjerummen, läkemedelsrum, och akutrummet samt inbyggda förrådsgarderob med kläder, blöjor och sonder. I den korta delen av L:et som börjar efter övervakningsstationen finns det gemensamma personalköket, personaltoaletten, medicintekniskt förrådsrum samt familjesalar som delas mellan BB och neonatalavdelningen, därefter börjar BB-delen.

Urval

Ett strategiskt urval användes där deltagarna erbjöds deltagande utifrån studiens syfte för att få kunskap om en grupp människors åsikt i en viss fråga (29).

Neonatalavdelningens alla olika yrkeskategorier bjöds in för att delta i studien, så som läkare, barnmorskor, barnsjuksköterskor, sjuksköterskor, barnsköterskor och undersköterskor som arbetat både på den gamla v/s den nya avdelningen. Detta för att öka chanserna till att informanterna kunde ge en bredare erfarenhet och kunskap om neonatalvården sett ur olika synvinklar. Inklusionskriterier var att personalen skulle ha erfarenhet av att ha arbetat både på den tidigare v/s den nya avdelningen.

Datainsamling

Datainsamling utfördes genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer. En av författarna var moderator – intervjuare och den andre skötte inspelningarna, samt förde anteckningar som ett komplement till inspelningarna. Som ett stöd för moderatören användes en semi-strukturerad intervjuguide med öppna frågor kring arbetsmiljön och nya arbetssättet, under intervjuerna, se bilaga 1. Följdfrågor användes för att förtydliga eller få mer precisa beskrivningar. Vid de fyra enskilda intervjuerna anpassades intervjuguiden utifrån informanten och var mer vägledande för att få med de frågor vi önskade få en kunskap om. Intervjuguiden var flexibel så att frågorna kunde anpassas och tas i en annan ordning utifrån hur intervjuerna fortlöpte och vad som framkom under intervjuerna. Någon provintervju eller provfokusgrupp var inte möjligt att använda, då inte tillräckligt antal informanter fanns att tillgå till detta.

Tillvägagångssätt

Personalen på neonatalavdelningen informerades om studien skriftligt i avdelningens veckobrev samt muntligt av avdelningsföreståndaren på en arbetsplatsträff. Därtill informerades personalen om studien i ett informationsbrev, som innehöll information om syftet med studien, tillvägagångssättet och en samtyckesblankett. Deltagandet i studien var helt frivilligt och genomfördes på arbetstid. Deltagarna anmälde sitt intresse att delta i studien genom att skriva under en samtyckesblankett. Dessa stoppades ned i en stängd låda avsedd för studien som placerats på avdelningen.

Tolv deltagare valde att delta under intervjuerna, fördelade på 2 fokusgruppsintervjuer med fem deltagare i den ena gruppen och tre i den andra gruppen, samt fyra enskilda intervjuer med nyckelpersoner med olika ledande befattningar inom neonatalvården. Deltagarnas yrken var undersköterskor, barnsköterskor, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor, barnmorska och läkare. Deltagarna hade arbetat inom neonatalvården från 9 till 43 år. De fyra enskilda

intervjuerna genomfördes med utvalda nyckelpersoner som hade olika ledande funktioner på neonatalavdelningen för att öka bredden på det inhämtade materialet.

Intervjuerna genomfördes i ett grupprum i anslutning till neonatalavdelningen, där det fanns ett runt bord i rummet, vilket gjorde det möjligt för alla deltagare att ha ungefär samma avstånd till varandra. Detta ansågs vara viktigt för att alla ska kunna delta i diskussionerna (30). Intervjuguiden användes som ett stöd under alla intervjuer både i fokusgrupperna och vid de enskilda intervjuerna, om än lite mer modifierade vid de enskilda intervjuerna men med samma utgångspunkter i frågorna. Intervjuerna inleddes med öppningsfrågor där personerna presenterade sig med namn, yrke, antal år i yrket och antal år på neonatalavdelningen. Dessa frågor syftade till att öppna upp samtalet och presenterades inte i resultatet (30). Huvudfrågorna som följde bestod av breda öppna frågor som kunde diskuteras och som kunde anses svara på studiens syfte. Moderatoren ledde intervjuerna och ställde också en del följdfrågor om något verkade oklart eller behövde förtydligas. Exempel på följdfrågor var, ”kan du förklara mer”, ”kan du beskriva närmre”, ”kan du förtydliga”. Flera av frågorna från intervjuguiden behövde ibland aldrig ställas varken under fokusgruppsintervjuerna eller vid de enskilda intervjuerna, då informanterna själva redan tagit upp dem under intervjusamtalen då de kom in på flera av punkterna på ett naturligt sätt utifrån tidigare öppet ställda frågor som ledde samtalen vidare framåt. Intervjuerna avslutades med en kort sammanfattning av moderatoren där det fanns chans till ytterligare reflektioner av deltagarna.

Intervjuerna spelades in med en diktafon (30). De enskilda intervjuerna varade från 21 till 30 minuter, intervju 1; 21 min, intervju 2; 24 min, intervju 3; 25 min och intervju 4; 30 minuter. Fokusgruppsintervju ett tog 45:51 minuter och fokusgruppsintervju två tog 38 minuter. Samma dag som intervjuerna genomfördes transkriberades materialet ordagrant (32). Författarna valde att transkribera med en blandning av nivå två och tre enligt Linell (32) då innehållet i det som sägs var det som var intressant och det inte fanns ett intresse för att analysera samtalen som fenomen. Tonlägen, pausmarkeringar som var kortvariga och eventuella små hostningar togs inte med men exempelvis hummande ljud och suckar skrevs dock ut (32).

Analys

Det insamlade materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (33) för att därigenom kunna se om det fanns några skillnader eller likheter i texten. För att få en djupare tolkning av texten och kunna förklara hur situationer upplevts och uppfattats och inte enbart behandla vad som står i texten använde författarna både den manifesta och latent innehållsanalysen (33-34). Alla intervjuer lyssnades noga igenom och transkriberades, därefter lästes texterna upprepade gånger av båda författarna för att få grepp om helheten och få en djupare förståelse av innehållet i dem. För att författarna lättare skulle kunna överblicka de olika stegen och lättare kunna se om det fanns några mönster, likheter eller skillnader genomfördes alla stegen i tabellform (33-34).

Texterna fördes i ett första steg in i ett analyschema, utformat som en tabell. En enskild tabell gjordes för varje intervju. Texterna delades i steg två in i meningsbärande enheter. Text som svarat mot syftet valdes därefter ut. I steg tre gjordes en kondensering av de texten för att korta ner dem utan att förlora innehåll.

För att få ett mer lätthanterligt material som kortfattat kunde beskriva innehållet och underlätta förståelsen för relationen och sammanhanget i texterna har de kondenserade meningsenheterna kodats i steg fyra. I steg fem skrevs koderna sedan ned på en mindmap-karta för att kunna jämföras och sorteras i olika grupper. Som ett avslutande sista steg sorterades koderna in i olika grupper som utmynnade till ett gemensamt tema, med två huvudkategorier, 11 subkategorier. Se tabell 1
Temat är den röda tråden som utformats av kategorierna, den underliggande meningen, av det latenta innehållet (33).

Text	Meningsbärande enhet	Kondenserings	Kod	Huvudkategorier	Tema
det är först nu, som det börjar och få en liten ljusning, att man börjar få lite ordning på saker och ting och att man, att vi börjar och kan ta tag i saker. Det har tagit nästan 3 år.	Först nu har det ljusnat och börjat få ordning på saker och ting så allt fungerar efter flytten. Det har tagit nästan 3 år.	Det tog nästan 3 år att få allt att fungera efter flytten.	Tog tid att få struktur och ordning	”Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes”	”Realiteten som hinder för att uppleva visionen”
så ja man blir väldigt utlämnad, man kan inte gå och hämta grejer till föräldrarna då heller som de behöver, så man får stå och ropa, eller kalla på hjälp, om någon kommer ifrån	väldigt utlämnad kan inte gå ifrån för att hämta grejer till föräldrarna som de behöver får stå och ropa på hjälp om någon kan komma	Personalen känner sig utlämnade och hjälplösa då de blir fast på en vårdsal ensamma.	Hjälplös och ensam på en vårdsal	”Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes”	”Realiteten som hinder för att uppleva visionen”

Tabell 1. Exempel på kondensering och kodning av text från intervjuer

Förförståelse

Då båda författarna till denna studie har arbetat på barnkliniken på det aktuella sjukhuset samt att en av författarna tidigare arbetat på den gamla neonatalavdelningen innan den flyttades. Inför denna studie har litteratur och tidigare forskning inom området studerats vilket kan anses ha gett en viss förförståelse i ämnet. Förförståelse kan påverka intervjupersoner och tolkning av materialet, för att kunna få fram det djup och den bredd i studien som var önskvärt har författarna haft för avsikt att vara objektiva, neutrala och medvetna om sin förförståelse (33).

Trovärdighet

Vid datainsamlingen var författarna mycket noggranna med att upprepa de svar de fick på frågorna och även göra en avslutande sammanfattning vid varje intervju för att på ett objektivt sätt få med informanternas upplevelser och erfarenheter. För att uppnå en god tillförlitlighet i denna studie har allt material transkriberats noggrant med en nivå som låg mellan två och tre enligt Linell (32). Författarna har försökt återge analysprocessens olika delar för att studien ska kunna upprepas och få ungefär samma resultat igen. Vidare har författarna under hela processen gått tillbaks till ursprungsmaterialet och både lyssnat och läst igenom det upprepade gånger både var och en för sig och tillsammans, för att kunna försäkra sig om att det uppfattats på rätt sätt utifrån vad informanterna beskriver och berättar om sina erfarenheter och upplevelser. Att författarna läst och analyserat materialet var och en ökar validiteten mellan författarna då de tolkat materialet på ett likvärdigt sätt (33-34). Frivilligt deltagande valdes då författarna ville försöka få variation i erfarenheter från flera olika personalkategorier, samt att de enskilda intervjuerna kunde göra det möjligt att inkludera personer med ledande befattningar utan att riskera eventuell maktobalans om de istället hade inkluderats i fokusgrupperna. Deltagarna i studien var övervägande kvinnor och endast en man. Flera olika yrkeskategorier var representerade i intervjuerna, så som undersköterskor, barnsköterskor, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor, barnmorskor och läkare för att kunna ge studien flera olika infallsvinklar.

Olika citat från intervjuerna har använts då detta ger läsaren möjlighet att bedöma giltighet och också förtydligar resultatet (34). En timme avsattes för alla intervjuer, både enskilda och för fokusgrupperna för att det inte skulle bli stressigt utan finnas gott om tid och utrymme. Vi alla intervjuer användes en intervjuguide som stöd för att få med alla huvudfrågorna. Under studiens gång har författarna reflekterat och diskuterat med handledaren för att ytterligare förstärka objektiviteten och att det så långt som möjligt ska vara informanternas erfarenheter och upplevelser som framkommer i studien (34).

Etiska ställningstaganden

Utifrån Vetenskapsrådets forskningsetiska principer genomfördes forskningsetiska överväganden för studien. Studien godkändes av forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna (DUC 2015/1619/90) innan studien påbörjades. Verksamhetschefen för Barn- och Ungdomsmedicinska kliniken i det län där studien genomfördes gav sitt godkännande innan intervjuerna gjordes.

Information om studiens syfte och metod delgavs deltagarna både muntligt och skriftligt. Inför studien skickades ett informationsbrev ut som innehöll information om syfte och metod samt vad studien kan tillföra verksamheten. Deltagandet var helt frivilligt och genomfördes på personalens arbetstid, deltagandet var helt frivilligt och deltagarna informerades om att de kunde avbryta sitt deltagande när de ville. Alla deltagare skrev under en samtyckesblankett till studien innan intervjuerna påbörjades.

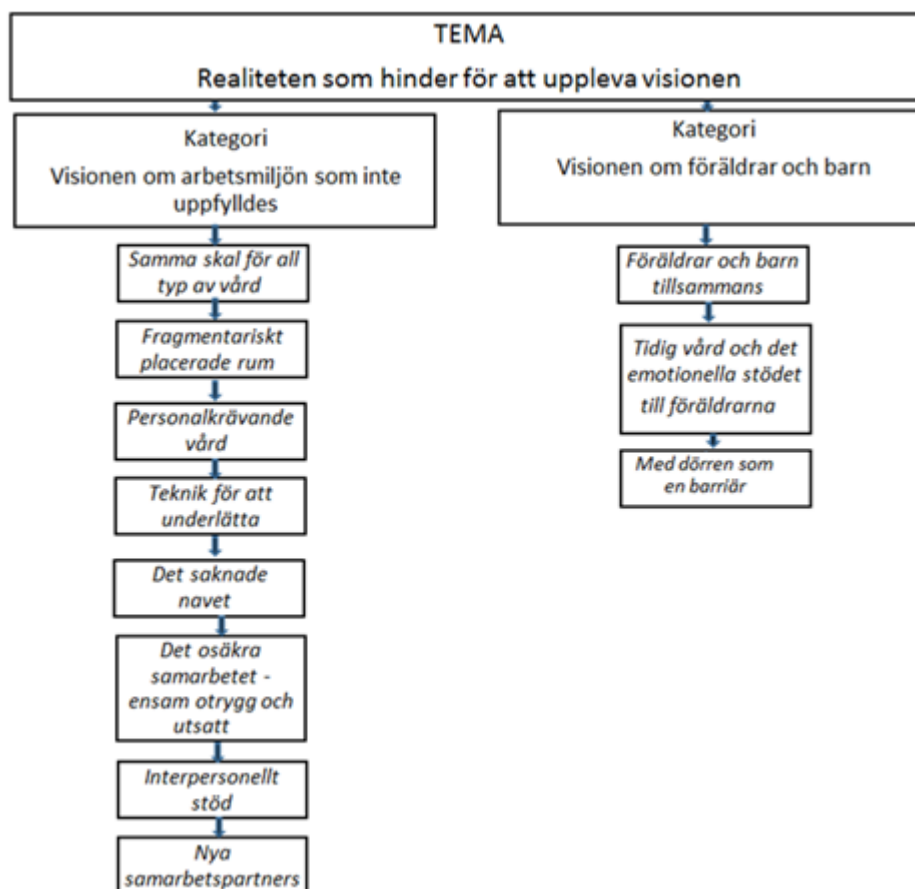
Det kan vara känsligt att dela med sig av sina upplevelser, åsikter och erfarenheter i grupp om det finns problem eller kritik mot andra avdelningar, arbetsledning eller chefer. För att underlätta diskussionerna valdes homogena grupper där deltagarna kände varandra ganska väl, för att de skulle kunna känna sig tryggare i diskussionerna.

Personalens upplevelser och erfarenheter var viktiga att belysa då studiens resultat kan vara av värde för vad som krävs för en bra arbetsmiljö och vad som är viktigt att tänka på för att övergå till familjecentrerad samvård.

Allt material inklusive inspelningar behandlades konfidentiellt och förvarades oåtkomligt för obehöriga (35).

Resultat

I analysen av materialet framkom ett tema med två huvudkategorier med därtill 12 underkategorier:



Tabell 2. Översikt över tema, kategorier och subkategorier

Realiteten som hinder för att uppleva visionen

När den nya vårdbyggnaden planerades upplevde personalen att det fanns en vision om att förlossning, BB och neonatalvård tillsammans skulle vårda familjer och barn. Personalen såg fram emot möjligheten att båda föräldrarna kunde vara tillsammans med sitt barn. De hade förväntningar på att den nya vårdformen skulle leda till en förbättrad miljö för såväl barn och föräldrar som personal. Det fanns också en vision om en bättre arbetsmiljö i de nya lokalerna. I de två kategorierna "Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes" samt "Visionen om föräldrar och barn" beskrivs hur personalen upplevde att deras arbetsmiljö försämrades när de flyttade in i de nya lokalerna men att barnen och föräldrarna hade fått det mycket bättre, vilket gav personalen en stor arbetstillfredsställelse. Personalen känner en frustration över att den vision de hade inte blev som de tänkt sig på många sätt. Lokalerna som försvårat arbetet och som lett till svårigheter att kommunicera och samarbeta är en stor del i detta. Det har varit en lång och svår väg att finna nya rutiner och sätt att arbeta i de nya lokalerna och personalens upplevelser av förändringsarbetet och flytten beskrivs i de 12 underkategorierna.

Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes

Samma skal för alla typer av vård

Personalen beskrev att då avdelningen byggdes så var det ett skal som skulle fyllas och byggnaden var inte utformad efter den vård som skulle bedrivas där. Personalen hade önskat ett helt annat arkitektförslag där lokalerna hade varit bättre utformad efter de behov neonatalvården krävde. Lokalerna som byggdes var inte ändamålsenliga och ibland var de felaktiga och ombyggnationer fick göras efter flytten då vården inte fungerade. Trots att personalen protesterade upplevde de att de fick anpassa sig efter landstingsstyrelsens beslut. Det uppfattades som att alla avdelningar i den nya vårdbyggnaden där neonatalavdelningen låg skulle se ungefär lika ut för att verksamheter lätt skulle kunna flyttas om i framtiden.

Det fanns hos de intervjuade en frustration över att arkitekterna fick styra trots att de saknade erfarenhet av sjukvård. Personalen hade många önskemål som inte blev av och de kände sig besvikna över att de inte fick vara med i planeringen i den utsträckning som de ansåg att de hade behövt få vara. De ansåg att personalens åsikter, tankar och erfarenhet av att arbeta i neonatalvården borde ha vägt mycket tyngre när en helt ny neonatalavdelning skulle byggas.

”man gick liksom fel väg, för när Karlstad skulle bygga om sin neonatalavdelning så gjorde de ju lite tvärtom. De ställde först frågan har vi råd med det här, det kommer behövas mer personal, det kommer kosta mer de här lokalerna. Har vi råd med det? Då räknade de ut vad det skulle kosta och sen så gjorde de en kalkyl och så fick de ett ledningsbeslut på det och Ja, vi tänker satsa på det här och då ingick det ju utökad personal. Här gjorde man lite tvärtom man sa att vi måste bygga en ny vårdbyggnad men den får inte kosta, inte personalmässigt i alla fall”

(Intervju 1)

Vid flera av intervjuerna framkom det en önskan om att få bygga om neonatalavdelningens nya lokaler på ett mer ändamålsenligt sätt, för att få en fungerande vård och en bättre arbetsmiljö.

Fragmentariskt placerade rum

I intervjuerna framgick det att personalen upplevde att ingen lyssnade till dem inför planeringen av byggandet av de nya lokalerna, trots deras protester att lokalerna inte var anpassade för den vård de skulle bedriva i dem och avsaknaden av navet som de alla ansåg som en viktig och central del för en IVA-avdelning. Personalen ansåg att personalrummet, de fyra BB-rummen, akutrummen och läkemedelsrummet var felplacerade och låg för långt bort från de andra vårdsalarna.

Det saknades också expeditioner för läkare och sjuksköterskor som gjorde det svårt att dokumentera och arbeta ifred. Personalrummet placerades för långt ifrån den övriga verksamheten. Detta ansåg de gjort det nästintill omöjligt att kunna äta eller fika tillsammans, utan istället löste de av varandra och fick äta en och en. För att öka den viktiga gemenskapen och kunna sitta tillsammans började personalen istället använda en utav expeditionerna som låg mer centralt på avdelningen och fick därigenom till en liten fikahörna i korridoren utanför IVA-salarna.

För att personal inte skulle bli fast på ett rum tillsammans med ett barn som behövde övervakas eller hade flera pågående vårdinsatser och därmed inte kunna se om det larmade på något annat rum så hände det att personalen tog ut barn i korridoren under vårdinsatser för att kunna vara tillgängliga för de andra familjerna. Personalen upplevde att de saknade den gamla avdelningens flersal vid sådana tillfällen. En flersal där de tillfälligt kunde vårda de barn som behövde övervakas eller hade ett stort vårdbehov.

Personalen uppgav att det endast fanns två rum för mammor som förlöst med kejsarsnitt och ofta hann inte mammorna mobiliseras innan någon annan behövde platsen och de fick byta rum. Personalen önskade att det funnits en sal med plats för sängar där de mammorna som genomgått kejsarsnitt kunde vara med sina barn för att sedan ha ett annat rum att sova på.

Personalen ansåg att barn och familjer flyttades runt för mycket. Ambitionen innan flytten var att barnen skulle ligga på samma plats under vårdtiden men så fungerade det inte alltid. Att behöva flytta runt barnet och familjen var något personalen upplevde som mycket besvärligt för alla parter. Hade det funnits fler platser hade de kunnat få vara kvar längre och inte behövt byta rum flera gånger. Ibland saknades det IVA-platser men för det mesta var det familjerummen som det saknades mest av enligt personalen. Personalen beskrev att de upplevde att de lämnade över för mycket ansvar på föräldrarna för tidigt och det fanns en oro för att mammorna skulle bli stressade.

“Det enda vi gör just nu är att flytta runt patienter hela tiden! Kanske en familj får flytta 4 gånger om det vill sig illa. Ja, det är normalt tror jag och det är ju hemskt.”

(Intervju 6)

Något som fungerade bra och ändamålsenligt enligt personalen, var den neonatala dagvården som fått nya lokaler utanför avdelningen. Att barnen som skrivits ut inte längre behövde komma in på neonatalavdelningen med risk för smittspridning på avdelningen, upplevdes som mycket positivt.

Personalkrävande vård

Ytan och formen på avdelningen uppgavs vara ett problem. Den långa korridoren var byggd som ett L och personalen kände att avstånden försvårade arbetet. Lokalernas utformning och införandet av samvård krävde mer personal. Enligt personal i ledande position borde beslutet att anställa fler sjuksköterskor ingått i kalkylen från början i processen men beslut om att anställa fler sjuksköterskor kom inte förrän flera månader efter flytten till de nya lokalerna. I andra landsting gjordes kalkylerna med att anställa fler innan byggnationerna påbörjades. Att anställa och skola in nya sjuksköterskor tog tid. Under lång tid fattades personal samtidigt som vårdtyngden var mycket hög och personalen inte hade hittat sina arbetsformer. Flera ur personalen ansåg att dessa försämringar ledde till flera sjukskrivningar.

“Många mådde dåligt det första halvåret och flera drabbades av utmattning. De har kommit tillbaka i arbete nu men de har en kvarstående känslighet för stress som de kommer att få leva med och som

man måste ha i åtanke. Så det blev dyrköpt och hade kanske kunnat undvikas om vi hade haft mer personal redan innan flytten.”

(Intervju 4)

Teknik för att underlätta

Den undermåliga tekniken var en av de anledningar som gjorde flytten till de nya lokalerna så svår. Förhoppningarna var att den moderna övervakningen skulle underlätta arbetet och göra personalen mer flexibel. Efter 2½ år fungerade ännu inte övervakningen tillfredsställande och detta skapade en stor otrygghet hos personalen då de inte vågade lita fullt ut på att larmen fungerade. Då avdelningen hade långa avstånd och larmen inte fungerade som de skulle, vågade personalen inte gå långt bort om larmet inte fungerade. Det fanns också en osäkerhet om någon annan hade svarat på larmet, dvs. om barnet hade fått hjälp eller inte.

“Vi har ju längre avstånd hela tiden var man än är någonstans. Jag står t.ex. inne på läkemedelsrummet och det larmar. Jag har ju mina jobbkompisar med mig men vet ju inte om de tar sökningen eller larmet för jag står ju där instängd på ett annat rum. Jag kan bara stå där och titta om det stängs av eller inte och då vet jag egentligen inte om det slutat larma på barnet.”

(Intervju 5)

Det saknade navet

I de tidigare lokalerna arbetade all personal i team och kunde stötta varandra inne på salen då alla hade full kontroll över vad som hände, de kunde också snabbt se tvärsöver korridoren om det hände något ute på akutrummet. Gemensamt i alla intervjuer var att personalen saknade ett nav som hade gjort avdelningen lättare att överblicka och samarbeta på. Navet skulle vara det centrala som allt skulle utgå från, med närhet till akutrummet, läkemedelsrummet och patientrummen. Personalen önskade att de kunde ha en överblick och mer kontroll på var kollegorna befann sig för att slippa leta efter varandra. Navet ansåg de skulle öppna upp för teamarbete och samarbete och de skulle slippa ensamhetskänslan de upplevde med de nya lokalerna.

“Ja det skulle varit ett nav där IVA-salarna låg jämte behandlingsrummet eller akutrummet och läkemedelsrummet. Liksom i ett nav där man kan se varandra och kan ropa efter hjälp. Nu ligger det ju liksom i en lång rad. En korridor med akutrummet och läkemedelsrummet i ena delen och sedan ligger alla salarna längre bort. Går det ett larm eller är det någon som larmar, så vet man inte det när man står inne på ett rum.”

(Intervju 6)

Det osäkra samarbetet - ensam otrygg och utsatt

Inför flytten till de nya lokalerna fanns en stor oro från personalen om hur de nu skulle kunna hjälpa varandra och samarbeta när de nu skulle ha ett barn per sal från att tidigare haft flera barn på samma sal. Personalen var vana vid att arbeta i team och hade lång och positiv erfarenhet av detta. Efter flytten upplevde personalen att de nya vårdlokalerna var svåra att arbeta i då de inte längre kan hjälpa varandra, utbyta kunskap och erfarenhet med varandra på ett fungerande sätt.

”Nej, man är mer ensam, barnen är på sina rum. Har man många barn är det svårt att ha kontroll på barnen. Man hinner inte in, man kan ju

knappast klyva sig. Det är på IVA-salarna vi har full koll på barnen men sen när de kommer ut på familjedelen då blir det väl lite sviktande.”

(Intervju 5)

De nya lokalerna upplevdes av personalen som svåra att överblicka med den långa korridoren och alla stängda dörrar. När något inträffade akut på avdelningen hade personalen svårt att hjälpa varandra då de inte kunde höra eller se att något hände. Vid akuta larm då personal sprang iväg hände det att kollegor blivit lämnade ensamma på vårdssalar utan att någon av de övriga kollegor haft kännedom om detta. Flera av de intervjuade upplevde detta som mycket svårt då de kände sig otrygga och utsatta i situationen.

”vi måste ju vara mera folk för händer det någonting, då är en borta minst en, men kanske fler, två och då gäller det att inte ha sjuka barn på den salen, för då räcker vi inte till. Det har vi sett X antal gånger.”

(Intervju 6)

Personalens upplevde en stor osäkerhet då de lämnades ensamma på en sal med sjukt barn. Samtidigt kände de kraven och förväntningar på att vara professionella och kunna förmedla trygghet och ett lugn till föräldrarna för att inte skapa oro och rädsla hos dem.

“Ja och jag har varit med om också, inne på en IVA-sal när det var känsliga barn och så är föräldrarna med och så, och så blir man ju ställd själv. Så de kan gå ner i saturation och något barn blir dåligt så är man ändå ensam där inne. Man har fullt upp med en familj, då känner man sig liten faktiskt och så ska man ju hålla skenet, man får ju inte visa för föräldrarna att man blir orolig, ska jag trycka på larmet eller hur..... Jag kan ju inte lämna barnet heller, det har jag varit med om flera gånger och det....

Och så får det inte vara. Det är skört om man säger så, väldigt skört faktiskt.

Så hade vi det aldrig förut. Då kunde man bara titta upp och då hade man någon bredvid sig. Direkt hade man någon där.”

(Intervju 6)

Interpersonellt stöd

Personalen upplevde att det var mycket svårare att hjälpa och stötta varandra i arbetet till skillnad mot tidigare. På den gamla avdelningen fanns alltid kollegor i närheten snabbt tillgängliga, så upplevde personalen det inte med de nya lokalerna utan där kände de sig avskärmade från varandra och förlorade kontrollen över situationen på avdelningen. Det kollegiala stödet och närheten till varandra som varit en stor trygghet på den gamla avdelningen var något som skapade trivsel och glädje vilket personalen upplevde att de saknade.

“Men vi försöker ju att jobba på det, men om de hade tänkt till från början, om vi hade fått det som vi hade velat ha det från början, då hade vi aldrig hamnat i den här situationen. Det är det som är negativt med

den här avdelningen, att vi inte kan vara tillsammans på samma sätt. För en stor del av ens arbetsliv är att vara med kamraterna”

(Intervju 5)

Svårigheterna att komma som ny var också något som lyftes i flera av intervjuerna. Tidigare kunde erfarenhets- och kunskapsutbytet ske fortlöpande på ett naturligt sätt då ny personal kunde vara med på samma sal som mer erfaren personal. Olika händelser och vårdssituationer kunde bidra till inläringstillfällen då all personal fanns med på salen. Detta upplevde personalen nu som betydligt svårare och de nya behövde längre tid på sig att komma in i arbetet då de inte längre hade några kollegor tillgängliga för att kunna fråga, få hjälp och stöd av.

”Om vi hade fått som vi hade velat ifrån början så hade allting legat som i ett nav och då hade vi lättare kunnat hjälpa varandra, det var ju det som var meningen”

(Intervju 2)

Nya samarbetspartners

Införandet av samvård där neonatalavdelningen och BB tillsammans skulle hitta arbetsformer för att kunna vårda mor och barn med ett helhetsperspektiv och att ha det bästa för familjen i fokus upplevdes komplicerat. Den nya samvården innebar att BB tillsammans med neonatalavdelningen skulle vårda mor och barn och att de inte längre skulle behöva separeras oavsett om det var mamma, barn eller båda som var sjuka och i behov av vård. Att få detta att fungera upplevdes svårt att få till; de intervjuade sammanfattade att de i stort ansvarade för vården av barnet och BB för mamman.

Var barnet sjukt eller prematur vårdades barnet och mamman tillsammans på neonatalavdelningen och var det enbart mamman som var sjuk och barnet friskt, så vårdades barnet och mamman tillsammans på BB.

Personalen upplevde inte att de fått till det teamarbete som krävdes mellan de olika personalgrupperna vid de olika klinikerna för att få samarbetet att fungera optimalt. Personalen kände att det saknades en tydlig och bra kommunikation med en förståelse för varandras olika arbetsområden och kompetenser. De upplevde att kommunikationen kunde utebli vilket kunde leda till missförstånd där vården av familjen inte blev så bra som den borde vara. Personalen kunde se en förklaring i lokalerna som skapat ett avstånd som utgör ett hinder men det fanns också en känsla av rädsla att inkräkta på neonatalavdelningens ansvarsområde även om det var BBs patienter. Personal i ledningsnivå ansåg att en väg framåt kunde vara att börja prata med varandra mer öppet och ärligt och respektera varandras kompetenser. Det framkom i intervjuerna förslag på utbildning i varandras kompetenser och även hospitering för en ökad förståelse och kunskap om varandras kompetenser och arbetsområden.

”vi skulle ha ett mer transparent samarbete med BB och kvinnokliniken än vi hade innan, det var en av anledningarna till att NEO placerades bredvid BB och jag tycker inte riktigt att vi har nått fram dit än utan det är fortfarande rätt mycket Vi och Dem, och det är fortfarande att vi inte går i takt när det gäller råd och stöttning till familjer”.

(Intervju 3)

Visionen om föräldrar och barn

Föräldrar och barn tillsammans

Innan flytten och införandet av samvård kunde mamman inte få rum på neonatalavdelningen direkt efter förlossningen. Personalen beskrev att förr så kunde mammorna vara inlagda på BB. När de skulle vara med sitt barn fick de gå igenom en lång korridor för att komma till sitt barn nere på neonatalavdelningen. När det var dags för lunch fick mamman gå tillbaks till BB och lämna sitt barn på neonatalavdelningen. Personalen berättade att det hände att mamman fick bo kvar med det nyfödda barnet på neonatalavdelningen och att pappan fick åka hem med syskonet. Separationen och ibland avstånd försvårade situationen för familjen vilket gjorde vårdtiden slitsam och påfrestande för hela familjen. Personalen beskrev att det viktigaste var att mamma och barn vårdades tillsammans och att de sågs som en enhet direkt. Barnet skulle vara med sina föräldrar var något alla i personalen strävade efter, erfaren som oerfaren personal. Mammans behov av intensivvård var egentligen enda gången de kunde se anledning att separera mor och barn.

“Jag tycker samvården, det är från vision till verklighet, att inte skilja föräldrarna och barn, och det har varit en sån dröm från alla som stått och jobbat med mammor och pappor och barn som har varit nyfödda och som varit svårt sjuka och det har varit där mamman har fått traska iväg och man har fått skjutas i rullstol bort till en annan del av sjukhuset, det är inte så man ska bedriva sjukvård, så är det den här drömmen om att inte separera barn från sina föräldrar, den är verklighet”.

(Intervju 1)

Personalen upplevde att rummen för familjerna var för små och en del av rummen saknade fönster. Trots detta kände personalen att det var mycket bättre när familjerna hade egna rum där det fanns plats för både mamma och pappa även om de upplevde att lokalerna inte anpassats för syskons närvaro.

”Jag tycker det känns roligt att jobba här när jag vet att föräldrarna har det bra, man kan erbjuda att de får vara ihop med sina barn från början.”

(Intervju 2)

Personal i ledande position uttryckte att samvården ställde nya krav på personalen, där de skulle coacha och uppmuntra föräldrarna att ta hand om sitt barn redan från början. Målet var att föräldrarna skulle vara de primära vårdarna redan från början. Personalen kände att anknytningen mellan föräldrar och barn blivit mycket bättre sedan de började med samvård. I många intervjuer framkom att det hade varit en svår process för många att släppa ansvaret till föräldrarna. De intervjuade beskrev att de upplevde det som en känsla av att förlora kontrollen över vården av barnet.

”Det har varit jobbigt. Personalen förstod till en början inte hur viktigt det är för anknytningen att föräldrarna tar hand om barnet dygnet runt. En del har tyckt synd om föräldrarna. ”När ska de få sova? Hur ska de orka?” Man saknade utesalarna där man kunde ha barnen så att föräldrarna kunde få sova. I början hade vi barn som sov ute i korridoren för att föräldrarna skulle få sova. Det har vi inte längre. Ibland har

personalen gråtit för att det varit så svårt att arbeta på detta nya sätt. Det handlar om ett professionellt förhållningssätt och det är inte enkelt för alla att ta till sig det”

(Intervju 4)

Till en början upplevde personalen att det var svårt och det fanns en oro att föräldrarna inte skulle orka ta hand om barnet dygnet runt. De saknade utesalarna där de kunde ta hand om barnen och låta föräldrarna få sova. Det hände i början att de tog ut barnen och hade dem med sig ute i korridoren för att föräldrarna skulle få sova. Personalen beskrev hur en del haft det så jobbigt med att arbeta på det nya sättet att de gråtit. De ansåg att detta tagit tid och att det varit svårt för många att genomgå denna förändring. Föräldrarna uppmuntrades att vårda sina barn hud-mot-hud för att främja anknytningen. Personalen ville att föräldrarna skulle vara delaktiga redan från början, vilket inneburit att personalen gått från att vara primära vårdare till att coacha och stötta föräldrarna.

”Den här drömmen om att inte separera barn från sina föräldrar, den är verklighet. Det är oerhört positivt. Så det är väldigt positivt för föräldrar och för barn och familjer och det är en anpassningsprocess för personalen hur man på bästa sätt kan jobba i de här lokalerna”

(Intervju 3)

Tidig vård och det emotionella stödet till föräldrarna

Till skillnad mot tidigare så vårdades mamma och barn tillsammans där personalen tog hand om både ett sjukt barn och två föräldrar som befann sig i en kris, vilket tog mer tid och resurser. Personalen upplevde att de var ovana att ta hand om mammorna direkt efter förlossningen. Personalen ansåg inte att de hade fått stöd för att förändra arbetssättet eller hur man skulle utbilda föräldrarna utan upplevde att detta skulle lösa sig efter hand.

”En annan sak tror jag är den största förändringen i våra arbetsuppgifter är att mamma är med från början och då är det ju liksom ett sjukt barn och två föräldrar i kris. Förut kom de och tittade på sitt barn och vi förklarade lite och sedan kom barnmorskan och hämtade dem för mamma hade ont och sedan kanske de kom ner nästa dag en sväng och nu, ja nu är de där hela tiden och vi förklarar allting. Ja det är mycket bättre men det är mycket mer jobb.”

(Intervju 5)

De hade ännu inte riktigt hittat bra arbetssätt när det gällde lättvården på familjedelen. IVA-vården som inte hade förändrats på samma sätt fungerade bra, den enda större skillnaden var att föräldrarna var mer delaktiga och bodde hos sina barn hela tiden. Personalen upplevde att IVA-vården prioriterades men inte lättvården av tillväxtbarnen, där föräldrarna behövde mycket stöd men inte alltid fick. Nya och oerfarna sjuksköterskor fick ofta arbeta med lättvården och förväntades då kunna ta beslut som de erfarna upplevde kunde vara svåra att ta. Personalen ansåg att mammorna som skulle övergå till helamning behövde mycket stöd för att lyckas. De ansåg att det var viktigt att personalen stannade kvar och gjorde amningsobservationer för att kunna hjälpa mamma och barn på bästa sätt. Arbetet på IVA-sal och lättvården på familjedelen upplevdes som två helt olika arbeten:

”Ja man ser ju bristerna, det saknas kompetens så att vi kan ha erfarna syrror på båda ställena. Då blir det ju att de erfarna syrrorna blir på IVA-sal och de nya ute och ska då reda ut sådana här grejer – det är ju matsituationer, social problematik. Alltså det är ju den tyngsta biten vi har. För IVA-vården den är ju liksom, vi vet vad vi ska göra liksom, ja och läkarna är mer insatta. Här är det ju du som sjuksköterska som måste fånga upp hela biten och liksom hjälpa föräldrarna att reda ut matbiten. Introduktionen av nya sjuksköterskor är svårare på den nya avdelningen. Omvårdnaden, att våga gå in, stövla in fast det är deras rum liksom och vara där”.

(Intervju 6)

Personalen ansåg att kompetensen behövdes precis lika mycket på både IVA-salarna som på familjerummen.

Med dörren som en barriär

Med de nya rummen till familjevårdssalarna kände sig personalen utestängda. De kunde inte på ett naturligt sätt övervaka och se barnen då barnen befann sig inne på rummet tillsammans med sina föräldrar. Att enbart förlita sig till övervakningsskärmarna kändes otryggt och osäkert och personalen upplevde att de inte har samma kontroll på barnen som de hade tidigare. Det fanns en känsla att personalen lämnade över ett ansvar till föräldrarna som egentligen låg på personalen.

”Det är inget problem med våra IVA-salar där har man kontroll och överblick över alla barnen. Men när de flyttar in i rummen med föräldrarna då vet vi ju ingenting. Vi har övervakning där man kan se att barnet är vaken men vi vet inte om föräldrarna pillar på dem eller om de ligger hud-mot-hud eller någonting. Så vi har ingen känsla av hur mogna de är”

(Intervju 2)

I intervjuerna framkom att personalen kände ett motstånd att behöva knacka på en dörr och gå in för att kontrollera barnet. De kände att de trängde sig på och störde familjens integritet. Rummet upplevdes av personalen som familjens privata sfär.

”Men vi blir lite utestängda eftersom dörren är stängd och det enda vi kan se är på en skärm eventuellt med övervakning av hjärtverksamhet och saturation. Men det steget har vi ju sagt att alltså vi ska ju gå in till föräldrarna, men det är en barriär med dörren stängd – för det är ju deras rum, det är som ett hotellrum som vi klampar in i.”

(Intervju 4)

Personalen uppgav också i intervjuerna att de upplevde det svårare idag att se när föräldrarna behövde stöd och hjälp när personalen inte kunde se dem på samma vis som de kunnat göra tidigare. Det tolkades också som svårare för föräldrarna att be om hjälp när de nu måste ringa på personal och kunde känna att de störde. Personalen beskrev att på den gamla avdelningen hade föräldrarna andra möjligheter att lära sig av varandra om exempelvis amningsproblem och funderingar kring amning genom att de både såg och hörde hur andra gjorde eller vilka frågor de hade och vilka svar de då fick. Samvården skulle bidra till tryggare och självständigare

familjer, vilket en av de intervjuade inte upplevde blivit riktigt så. Vid en av intervjuerna framkom att det fanns en tydlig nedgång i amningsfrekvensen, vilket upplevdes som oroande och skapade frågetecken till orsaken till detta. Flera av de intervjuade upplevde att det fanns en oro för att mammorna lämnades ensamma med sina barn på rummen och kanske inte fick det stöd, råd och den omvårdnad de behövde som i sin tur kunde bidra till att amningen försvårades. De intervjuade oroade sig för att inte alla kunde eller förmådde att be om hjälp. De ansåg att det tidigare var enklare att göra amningsobservationer och sätta in stöd direkt när personalen kunde enklare se själva vilket behov som fanns.

”Det är min stora stress, att vi har ett barn som håller på att börja amma, vi går in med mat och vill så gärna göra en amningsobservation och stanna där en timme som man ska, stanna och kolla om pumpningen fungerar, om tratten har rätt storlek och om hon har rätt styrka – allt sånt där men då känner jag – nej någonting kanske händer där ute? Eller Tidigare var det mer naturligt att vara med när de matade sitt barn nu blir det mest att man lämnar maten, man stannar inte kvar utan föräldrarna gör allt själva. Personalen stannar inte kvar trots att man vill för det känns som man stör. Det är stressande att hjälpa till med övergång till helamning, man kan behöva vara på rummet en timme men man tänker på vad som sker på avdelningen, på ett annat rum, är det någon som letar efter mig?”

(Intervju 6)

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva personalens upplevelse av deras arbete och arbetsmiljö efter en genomförd flytt till nya lokaler och införandet av samvård. I resultatet framkom ett övergripande tema ”Realiteten som hinder för att uppleva visionen” med två tillhörande huvudkategorier ”Visionen om arbetsmiljön som inte uppfylldes” samt ”Visionen om föräldrar och barn”.

Vårt resultat visade att det fanns vissa aspekter som hade varit viktiga att betänka vid en övergång från stora patientsalar till enskilda enkelrum och införandet av samvård. En noggrann planering där alla bitar vägs in gällande lokalernas utformning och den vård som ska bedrivas där. Det är viktigt att personalen får vara delaktiga i planeringen av nybyggnationen, där deras åsikter, erfarenheter och kunskaper bör vägas in. De behöver på ett tidigt stadium få vägledning och utbildning i hur samvården ska bedrivas genom tydliga mål och riktlinjer.

Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen har författarna valt att diskutera de viktigaste fynden utifrån tre områden: besvikelsen över lokalerna, ensamheten och otryggheten samt hur det blivit bättre för familjerna.

Besvikelse över lokalerna

Personalen upplevde att ingen lyssnade till deras önskemål och åsikter om de nya lokalerna. De hade önskat lokaler var anpassade till vården som skulle bedrivas där i. De hade önskat att deras kunskap och åsikter vägt tyngre än arkitekternas. Lokalernas utformning påverkade i slutändan deras arbetsmiljö. Tidigare studier visade hur viktigt det var att personalen fick vara delaktiga i hur en

neonatalavdelning utformades och att lokalerna måste vara ändamålsenliga då detta påverkade hur vården bedrevs och hur personalen upplevde sin arbetsmiljö (23, 36).

Det framkom i vårt resultat att de intervjuade läkarna på neonatalavdelningen inte hade upplevt någon förändring i sin arbetsmiljö efter flytten till de nya lokalerna. Sjuksköterskor och undersköterskor upplevde däremot en stor förändring i sin arbetsmiljö. Detta kunde delvis bero på att läkarnas arbetssätt inte förändrats på samma sätt som sjuksköterskornas. Sjuksköterskorna hade gått från att arbeta i team på flersalar till att bli instängda på enkelsalar utan det sociala samspelet, teamarbetet och kollegiala stödet de hade tidigare. Studier har visat att det fanns skillnader i hur olika yrkeskategorier upplevde införandet av familjecentrerad samvård på olika sätt utifrån att arbetssättet och arbetsmiljön inte alltid förändrades för alla yrkeskategorier på samma sätt som det gjorde för sjuksköterskorna (18,36). Tidigare studier visade att där sjuksköterskor var mer nöjda efter flytten till enkelrum där hade de fått mer information, varit mer delaktiga i flytten och planeringen samt att lokalernas utformning var ändamålsenliga och underlättade införandet av familjecentrerad vård (19, 38). I studier där personal upplevde införandet av familjerum enbart positivt ingick många andra yrkeskategorier och de ansåg inte att vården förändrats. Studier som tittat specifikt på hur sjuksköterskor upplevde samvården visade att de inte var enbart positiva (18-19, 39).

Personalen upplevde att de saknade ett nav som kunde ge en bättre överblick. De ansåg också att det fanns ett behov av en flersal i någon form. Lokalens utformning hade dessutom gjort det svårare att skola in nya sjuksköterskor. Studier har visat att det som kan anses vara avgörande om enkelrummen ska upplevas som positivt även för personalen och inte enbart för föräldrarnas trivsel var om det fanns hög personaltäthet med en nödvändig överbemanning (20, 39). En viktig aspekt för att personal ska uppleva sin arbetsplats välfungerande var att avdelningen utformades som ett hjul, med sjuksköterskeexpeditioner, läkarexpedition, läkemedelsrum och övervakningsstation som navet i hjulet, för att kunna se, interagera och kommunicera med sina kollegor (20, 39-40). Vården på flersalar fungerade som viktiga undervisningstillfällen för alla på salen där nya sjuksköterskor skaffade sig ny kunskap och erfarenhet (40). En annan studie poängterade att teknik aldrig kan ersätta en sjuksköterskas kliniska blick (39). Med de stora salarna kunde fler ”se” och snabb hjälp fanns alltid tillhands, detta upplevdes av personalen som säkrare (39-40). En studie visade att flerbarnssalarna främjade och utvecklade kommunikationen och interaktionen hos läkare och sjuksköterskor där de hade möjligheten att övervaka flera barn samtidigt och lärde av varandra. Familjerum har visat sig vara överlägsna för vården av de för tidigt födda och sjuka barnen samt deras familjer och forskning visar hur nöjda föräldrarna är (26,39-40). Viktiga faktorer med familjerummen är en ökad integritet, ökat föräldraengagemang, minskade infektioner, lägre ljudnivå, förbättrad sömn och förkortad vårdtid (26). Utformningen av neonatalavdelningar påverkar inte enbart vården av barnen och föräldrarna utan också personalens arbetsmiljö. Kunskap och förståelse om alla de positiva fördelarna för barnen och föräldrarna måste övervägas redan vid planeringen av sjukvårdsansvariga planerare (26). Familjerumsmodellen har vuxit fram som ett alternativ till flersalarna, det kan ibland vara en radikal förändring som kan upplevas svår att implementera och kräver då god planering och struktur för att minska negativa konsekvenser. Byggs lokalen felaktigt så kan den fungera sämre än de gamla flersalarna (23-24, 36). Under förutsättning att det byggs rätt från början så styrker studier att det är en ekonomisk

vinst att övergå till familjerum istället för flerbäddssalar, då det finns så många fördelar som i slutändan ger en vinst för både den enskilda patienten, familjen och personalen (20, 28).

Ensamhet – ensam och rädd

Personalen beskrev i resultatet att de kände sig ensamma och utelämnade i de nya lokalerna, gemenskapen med kollegorna försämrades. Kunskapsutbytet och lärotillfällena de tidigare haft försvann till stor del. De kunde bli lämnade ensamma på en sal utan att de kunde interagera med sina kollegor. För att öka gemenskapen ordnade personalen en liten fikahörna utanför en vårdsal eftersom personalrummet låg för långtifrån och alla inte kunde gå ifrån samtidigt. En studie visade att sjuksköterskor var mindre nöjda efter införandet av familjerum då de upplevde en minskad gemenskap med kollegorna (18). I en studie gjord före och efter flytt till familjerum befarade personalen att sammanhållningen i teamet skulle försämras pga. rummens design. Personalens förväntningar på mindre samspel med kollegorna visade sig också i resultatet bli signifikant lägre efter flytten (19, 39). Studier om lokalers utformning har visat att i lokaler där personalen inte ser varandra kan skapa en känsla av isolering och detta försvårar kommunikation och samarbete. Lokalernas utformning innebar också färre inlärningsstillfällen för nya sjuksköterskor (18, 39-40). Det är viktigt att kompensera för den saknade sociala interaktionen mellan kollegor, ett sätt är att fika eller äta tillsammans (39).

I vårt resultat framkom att personalen upplevde att det var svårare att stötta, utbyta kunskaper och erfarenheter, vilket skapade en ökad stress hos personalen. Den roll som den neonatala sjuksköterskan har att ge emotionellt stöd är komplex och kräver en hög nivå av fortlöpande stöd. Dagens neonatala intensivvård innebär en komplex och avancerad medicinsk vård och omvårdnad, vilket ställer högre krav på personal som ska möta barn och föräldrar med stora behov. Ett gott kamratstöd och utbildning i känslomässigt stöd och rådgivning behövs för att kunna möta deras behov (30). Ett kollegialt stöd där en yrkesutövare kan finna råd och stöd hos en annan mer erfaren kollega för hur en arbetsuppgift eller situation ska lösas, är en naturlig och integrerad del av ett samarbete och ger en bättre kvalitet på omvårdnaden och ökar patientsäkerheten (18, 41-42). Studier visade att vid införandet av familjerum uttryckte personalen oro för att interaktionen med kollegor riskerade att försvåras. Social isolering på arbetsplatsen har en stark korrelation med stress (19, 43). När sjukvårdspersonal är utvilade, känner sig mer känslomässigt engagerade, och har en bättre fysisk känsla av välbefinnande, kan de vara mer uppmärksamma på potentiella säkerhetsrisker och vara mer medvetna om familjernas behov. De kan ha bättre samspel med andra anställda, engagera sig oftare i enhetsövergripande kvalitetsförbättringar och vara mindre benägna att säga upp sig, vilket resulterar i större kontinuitet i vården. I slutändan ger en trygg och välmående personal en högre patientsäkerhet och vårdkvalitet (7, 13, 15, 44-45). Kunskap på organisatorisk nivå om det emotionella stödet och risken det medför att bli emotionellt utbränd saknas visar studier (46).

Det behövs mer utbildning till personal i att utveckla färdigheter genom professionell debriefing, reflektion och stöd för att hantera känslomässigt arbete. De känslomässiga kraven kan i annat fall bli svåra att hantera (46). Ett sätt att hantera de känslomässiga kraven var det ”systerskap” som sjuksköterskor kunde ge varandra i form av samtal och gemenskap. Att få återhämta sig emotionellt genom gemenskap med sina kollegor, där de använde humor och pratade om lättsamma saker (46). För

att göra detta möjligt var det viktigt med en bra bemanning som tillåter raster och pauser tillsammans med kollegor. Att kunna anta en yrkesroll där ens egen autonomi och djupare känslor måste tryckas undan och där den professionella fasaden som ska inge ett lugn och en trygghet till de som ska vårdas ska kunna upprätthållas innebär en emotionell ansträngning (46). Stress upplevs ofta hos sjuksköterskor och detta har visat sig ha negativ påverkan på trivsel och kan leda till känslomässig utmattning med en ökad risk för utbrändhet (13, 47).

Bättre för familjerna

Personalen som intervjuades kunde inte se några nackdelar med att bedriva samvård utan ansåg att barnen och föräldrarna hade fått det mycket bättre, jämfört med hur det var på den gamla avdelningen. Det fanns en medvetenhet hos personalen om hur viktig familjefokuserad vård är för den tidiga anknytningen för barnet. I detta ingick att föräldrarna gavs möjlighet att vara delaktiga och vara barnets primära vårdare. Den största vinsten ansåg de var att inga barn separerades från sina mammor utan de kunde vårdas tillsammans redan från början. När föräldrar och barn ges möjlighet att få vara tillsammans från början gynnas den viktiga anknytningsprocessen (48). En studie visade hur viktigt det var att föräldrarna gavs möjlighet att vara delaktiga och att de var barnets primära vårdare (49). En studie från Stockholm visade att vårdtiden blev kortare för de barn som vårdades hud-mot-hud av sina föräldrar dygnet runt. Studien visade också en minskning av BPD hos barnen (5). Andra hälsovinster för barnet visade i en annan studie att de vägde mer vid utskrivningen, ökade bättre i vikt, de uppnådde full tillmatning vid lägre gestationsålder, de var mindre stressade, visade mindre smärta och hade bättre uppmärksamhet. Det visade sig också att mammorna visade ett ökat engagemang och vårdade barnen hud-mot-hud längre vilket gynnade anknytningen för barnet (21). Det nya arbetssättet innebar ett annat förhållningssätt som var mer krävande av personalen. Det framkom att personalen var rädd att missa något viktigt med barnet då de hade det medicinska ansvaret. För att vårda hela familjen som en enhet krävdes goda relationer och där familjen involverades i den dagliga vården. Sjuksköterskan guidar, undervisar och vägleder föräldrarna för att stärka dem i att bli experter på sina barn (50-51). Till detta krävs involverade föräldrar och en organisation som möjliggör och stödjer föräldra-barn relationen fysiskt och emotionellt, där neonatalavdelningen designats för att bereda plats till föräldrarna att finnas hos sina barn (9, 51-52).

I studiens resultat framkom att det fanns en stor oro för att mammorna blev stressade av att ha sina barn dygnet runt samt att de fick ta ett för stort ansvar för sitt barn. Personalen beskrev att de hade svårt att släppa kontrollen över vården av barnet. En studie visade att föräldrar vistades mer med sina barn i familjerummen men att mammorna var mer stressade (53). En annan artikel beskrev hur personalens negativa attityd, känslan av att förlora sin egen roll och svårigheter i att kommunicera och skapa relationer kunde vara ett hinder för familjefokuserad vård (54). Hinder för sjuksköterskorna i att bedriva familjefokuserad samvård kunde vara: bristande kunskap, för lite tid och resurser samt en bristande tillit till föräldrarnas förmåga att ta hand om sitt barn samt att sjuksköterskan kunde uppleva sin egen roll och professionalitet hotad (52).

I resultatet framkom att personalen eftersökte mer utbildning för att utbilda föräldrarna i hur de skulle ta hand om sitt barn. Flera studier visade att utbildningsprogram för sjuksköterskor kunde vara en hjälp för dem att implementera

familjecentrerad vård. För att kunna utbilda sjuksköterskorna krävdes det att störningsmoment som utrymmesbrist, tidsbrist, kulturella barriär minimeras och de behövde fortlöpande utbildning (43, 55-57). Återkommande utbildning är viktig för oerfarna sjuksköterskor. Tillsammans med organisatoriskt stöd kan deras kunskap och tekniska kompetens utvecklas. Utbildningsprogram är viktiga för sjuksköterskor och ett organisatoriskt stöd är en nyckel till att implementera familjecentrerad vård (55). En studie visade att utbildningsprogram gav mammorna stora fördelar och skapade en naturlig relation mellan mamman och personalen. Utbildningen gav mammorna verktyg att medverka i vården, de lärde sig känna igen sina styrkor och ökade sin förmåga att lösa problem (56). Att kunna ge rätt stöd till föräldrar och hur personal vägleder och coachar dem i en tid där de befinner sig med ett skört barn i en svår situation är viktigt (44). Att främja och uppmuntra familjer att hjälpa och stödja varandra framgår som en viktig aspekt i teorin om familjefokuserad vård (49).

”...attention must be paid to teaching and supporting nurses’ communication skills and relationship building with self, peers, and families sharing care with families, offering emotional support, and placing the needs of the family before their own”

(57, s.100).

Samvård – samarbete mellan Neonatalavdelningen och BB

Den familjecentrerade samvården bedrivs genom samarbete med BB-personalen. Resultatet i denna studie visade att det tagit tid för personalen att hitta fungerande arbetssätt både i den egna personalgruppen men också för att få till ett fungerande samarbete med BB. De upplevde också att det saknades tydliga gemensamma mål och riktlinjer kring vården de bedriver.

En studie visade att sjuksköterskor accepterade samvården som filosofi men att den i sig innebar en utmaning att implementera i vården, då samvården kräver ett gott samarbete över disciplinerna. Till detta krävs en god och öppen kommunikation mellan alla i de ingående teamen samt en tydlig vägledning med tydlig målsättning för att kunna möta barnets och familjernas behov (51). För att kunna möta barnets och familjens behov är det absolut nödvändigt att all personal kring barnet och familjen arbetade tillsammans, ansåg sjuksköterskor i en studie från Irland (51). Ett optimalt lagarbete uppfattades i en annan studie vara beroende av ett gott ledarskap där det fanns tydliga mål och riktlinjer som muntligt och tydligt kunde kommuniceras ut till all personal samt att det fanns god tillgång på erfaren personal (59). Det behöver finnas tydliga avgränsningar i olika ansvarsområden för att kunna överbrygga kulturskillnader och kunskapsskillnader i de olika personalgrupperna (23, 36). Personalen i studien efterfrågar rutiner och riktlinjer för att få ett bättre samarbete. Det finns inte många studier om samarbetet mellan neonatalavdelning och BB-avdelning, trots att detta är en viktig del för att bedriva familjecentrerad samvård.

Metoddiskussion

Kvalitativ design med intervjuer som datainsamlingsmetod valdes till studien för att uppnå studiens syfte och är inom omvårdnadsforskning välanvänd och anses vara en lämplig metod för att få fram upplevelser, känslor, tankar, erfarenheter och åsikter som deltagare upplever (60-61). Författarna ansåg att kvalitativ innehållsanalys var

en lämplig metod att använda då de önskade identifiera skillnader och likheter i texten samt att det är en metod som är lämplig att använda till datamaterial av varierande kvalitet och till forskares olika erfarenheter och kunskaper (34).

Frivilligt deltagande kan påverka trovärdigheten (61). Genom frivilligt deltagande fångades de deltagare som kunde tänka sig dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser med den förändrade vården och arbetsmiljön. Det frivilliga deltagandet har gett variation i erfarenheter och olika personalkategorier, samt att de enskilda intervjuerna inkluderade personer med ledande befattningar. Både män och kvinnor deltog i studien om än dock övervägande andelen var kvinnor. Flera olika yrkeskategorier deltog i intervjuerna (barnsköterskor, sjuksköterskor med olika specialiteter, läkare och chefer), vilket gett studien flera olika infallsvinklar genom att flera olika yrkeskategorier fanns representerade.

Fokusgrupper med fyra till sex deltagare valdes då det utifrån litteraturen anses som ett lämpligt antal (30-31). I gruppintervjuerna deltog tre i den ena gruppen och fem i den andra, materialet mellan de olika grupperna upplevdes vara av samma kvalitet och innehåll även om den ena gruppen hade endast tre deltagare och gav samma bredd och djup som den med fler deltagare i, anser författarna. Att både ha fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer ansåg författarna gav mer bredd och innehåll samt mer nyanserade svar. I studien ingick 12 deltagare totalt. Materialet kan anses vara tillräckligt, då det fanns en stor samstämmighet hos deltagarna och insamlad data är både djup och innehållsrik, men det är svårt att utesluta att en fortsatt datainsamling inte skulle kunnat tillföra något nytt (34, 61).

Att blanda yrkeskategorier kan vara ett problem då det kan finnas deltagare i beroende ställning till någon av en annan yrkeskategori (62). Antalet deltagare i varje grupp var uppdelade i fyra i varje grupp men då en av deltagarna fick förhinder från en intervju men kunde vara med i den andra gruppen blev uppdelningen tre i en grupp och fem i den andra. Deltagarna i studien hade arbetat många år tillsammans både på den gamla och den nya avdelningen och kände varandra väl och risken för beroendeställning ansågs därför vara låg. Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide med semistrukturerade frågor som ställts i samma ordningsföljd vid alla intervjuerna för att få ett homogent material (62). Följdfrågor ställdes utifrån hur diskussionerna fortlöpte och om något behövde förtydligas eller förklaras närmre.

Författarna har reflekterat över om tidpunkten för intervjuerna kan ha påverkat resultatet. Gruppintervjuerna genomfördes med en veckas mellanrum vid tiden för skiftbyte. Tiden som var avsatt, en timme, för varje intervju räckte väl till och upplevdes vara tillräcklig. Vid en intervju var det problem med bandspelaren men då noggranna anteckningar förts och författarna omgående gick hem och skrev ned allt material var och en och sedan sammanställde detta tillsammans så ansåg de att de fått med allt som sagts.

Det transkriberade materialet har lästs igenom av båda författarna som kodat de meningsbärande enheterna var för sig. Därefter jämfördes kodningen och diskuterades i de fall där samstämmighet inte rädde. Ett analyschema har använts som visat hur koder, underkategorier och huvudkategorier framkom ur materialet där båda författarna tillsammans analyserat och tolkat materialet ger ytterligare styrka till studiens giltighet (33). För att ytterligare stärka studiens giltighet har författarna,

genom att reflektera och diskutera tillsammans med handledare, ökat trovärdigheten i analysen och presentationen (34).

En viss förförståelse kan anses finnas då författarna till denna studie arbetat på barnkliniken på det aktuella sjukhuset samt att en av författarna arbetat tidigare på den gamla neonatalavdelningen innan den flyttades. Enligt Graneheim & Lundman kan förförståelsen påverkat intervjupersonerna i intervjuerna men också i tolkningen av materialet (33) Författarna har därför varit extra noga och vaksamma på att de förhöll sig objektiva och neutrala under intervjuerna och analysarbetet.

Tillförlitligheten i kvalitativa studier granskas utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (33). För att styrka studiens pålitlighet ska en tydlig beskrivning av den forskning författarna gjort ges (33). En tydlig beskrivning av analysarbetet har beskrivits under metod delen och presenterades med exempel på analysen i tabell 1 samt i tabell 2 som visade de teman och kategorier som framkom under analysen (33, 62). I studien har citat från intervjuerna använts för att validera och beskriva tolkningen av resultatet. Att använda citat ger läsaren möjlighet att bedöma giltighet (34). Tillförlitligheten skulle kunna ha påverkats av att författarna utvecklades i sin intervjueteknik allteftersom under de sex intervjuerna genomfördes och datainsamlingen pågick. Genom att alla deltagare fått samma intervjufrågor stärktes tillförlitligheten (se bilaga 1).

Författarna anser att resultaten i denna studie inte är generella men kan anses vara överförbara till andra avdelningar i en liknande kontext samt att metoden varit väl genomförd och att en hög tilltro kan sättas till resultatet.

Studiens betydelse

Att få ta del av andras upplevelser och erfarenheter med vad som kan påverka en ny arbetsmiljö och ett nytt arbetssätt kan ge andra nya insikter och värdefull kunskap. Särskilt när andra ska genomföra en förändring i form av att bygga nya vårdavdelningar eller införa samvård som ett nytt arbetssätt. Att i denna process tidigt ta in kunskap och tidigare erfarenhet för att planera och strukturera ett kommande arbete på alla plan är av stor vikt för den enskilda individen men också gruppen då det påverkar personalens arbetsmiljö i både stort och smått. Vikten av att anpassa vårdbyggnaden efter vårdens struktur framgår klart i denna studie, då den påverkar personalens upplevelse av sin arbetsmiljö och sin arbetsglädje. Denna kunskap kan då vara av stor vikt inför byggandet av nya lokaler och av att införa nya arbetssätt som samvård innebär, på andra kliniker och sjukhus, för att tidigt utvärdera vad som kan vara viktigt att tänka på innan istället för efter.

Att tidigt redan på ett tidigt stadium planera inför en förändring och ombyggnation samt av vilka konsekvenser det kan få är av stort värde, för att på så vis kunna förebygga att fel begås och uppnå ett bättre slutresultat. För den enskilda individen kan på så vis en god arbetsmiljö uppnås och därigenom ohälsa förebyggs så att ingen behöver bli sjukskriven för utmattningssyndrom, utbrändhet eller annat dåligt mående som kan sättas i samband med ohälsa på arbetet. Men också direkta ekonomiska vinster uppnås om det finns korrekta kalkyler för kostnader av byggnationer och det byggs ändamålsenliga lokaler direkt, så att dessa inte behöver göras om, då detta ger ökade kostnader som en direkt konsekvens. Personal som har en god arbetsmiljö trivs och mår bra, vilket ger direkta vinster i form av minskade

sjuktal och personalen stannar kvar och kompetens uppnås och upprätthålls, vilket ger direkta vinster till patienterna med en högre patientsäkerhet.

Denna studie kan ge en ökad kunskap om de svårigheter som finns med den familjecentrerade samvården. Denna kunskap skulle kunna komma till användning i det fortsatta arbetet med familjecentrerad samvård för att se de svårigheter som finns och därigenom kunna finna på lösningar till hur dessa kan lösas för att uppnå en ännu bättre vård för familjerna och barnen.

Slutsats

Resultatet av denna studie visade att det ibland fanns svårigheter och utmaningar att uppnå den familjecentrerade samvården. Trots detta upplevdes personalen eniga i att den nya neonatalavdelningen ändå var det absolut bästa för barnet och familjerna. Det fanns också en framtidstro om att det i slutändan skulle bli bättre även för personalen när de fått arbeta in sig i det nya och alla bitar fallit på plats.

Vårt resultat och de tidigare studier som gjorts visade tydligt på att det fanns vissa bitar som var viktiga att tänka på vid en övergång från stora patientsalar till enskilda enkelrum och införandet av samvård av mamma-barn-familj. En noggrann planering inför ombyggnationen där alla bitar vägdes in både lokalernas utformning utifrån den vård som är tänkt att bedrivas där i. Att personalen fick vara delaktiga och involverades i planeringen och genomförandet där deras åsikter, erfarenheter och kunskap vägdes in och lyssnades till, att de på ett tidigt stadium får kunskap, vägledning och utbildning i hur samvården ska bedrivas och får möjlighet att arbeta ihop sig och komma fram till tydliga mål och riktlinjer i hur och på vilket sätt vården som ska bedrivas ska se ut och fungera.

Förslag till vidare forskning

De som medverkade i denna studie hade alla arbetat på den gamla neonatalavdelningen innan samvården infördes. Enligt några av de intervjuade ansågs nyanställd personal mer nöjd och upplevdes ha lättare att arbeta i den nya vårdformen. Det vore därför av intresse att undersöka hur nyanställd personal upplever arbetet med samvården. Då författarna endast tittat på hur neonatalavdelningens personal upplevde införandet av samvård och flytten till nya vårdlokaler så kan också vidare forskning om hur BB-personalen och förlossningspersonalens upplever den nya vårdformen vara av intresse.

Referenser

1. Edman K, Vildelöt S. Personalens förväntningar inför sammanslagning av förlossnings – BB- och neonatalavdelningen och att samtidigt införa samvård. [Examensarbete, Magisternivå] [cited 2016 Jun 15]. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:662785/FULLTEXT02.pdf>
2. Jacksson, K WH. Familjecentrerad neonatalvård. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2013.
3. Orzalesi M, Aite L. Communication with parents in neonatal intensive care. *J Matern Neonatal Med.* 2011; 24(1):135–7. doi: 10.3109/14767058.2011.607682.
4. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics.* 2005;115(4):915–9. Doi: 10.1542/peds.2004-0370.
5. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics.* 2010;125(2):e278–85. doi: 10.1542/peds.2009-1511.
6. Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *J Hum Lact.* 2008;24(3):252–62. doi: 10.1177/0890334408319156.
7. Watson J, Deland M, Gibbins S, Macmillan York E, Robson K. Improvements in Staff Quality of Work Life and Family Satisfaction Following the Move to Single-Family Room NICU Design. *Adv Neonatal Care.* 2014;14(2):129–36. doi: 10.1097/ANC.0000000000000046.
8. Blomqvist YT, Nyqvist KH. Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *J Clin Nurs.* 2011;20(9-10):1472–80. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x.
9. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 2012 Oct;101(10):1032-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x.
10. Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: a qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2014 Oct 13;9:24906. doi: 10.3402/qhw.v9.24906.
11. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen 1977:1160. [Internet] Stockholm: Arbetsmiljöverket [citerad 09 september 2015]. Hämtad från: <http://www.av.se/lagochratt/aml/>
12. Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:249. doi: 10.1186/1472-6963-14-249.
13. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. I: *International Journal for Quality in Health Care.* 2002. s. 5–13. PubMed PMID: 12386653.
14. Watson SI, Arulampalam W, Petrou S, Marlow N, Morgan AS, Draper ES. The effects of a one-to-one nurse-to-patient ratio on the mortality rate in neonatal intensive care : a retrospective, longitudinal, population-based study.

- Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed. 2015;101(3):F195–200. doi: 10.1136/archdischild-2015-309435.
15. Leineweber C, Chungkham HS, Westerlund H, Tishelman C, Lindqvist R. Hospital organizational factors influence work-family conflict in registered nurses: Multilevel modeling of a nation-wide cross-sectional survey in Sweden. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(5):744–51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.010.
 16. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol*. 2007;27 Suppl 2:S32–7. PubMed PMID: 18034178.
 17. Stevens DC, Helseth CC, Khan MA, Munson DP, Smith TJ. Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single-family room design. *J Perinatol*. 2010 May;30(5):352-8. doi: 10.1038/jp.2009.137
 18. Swanson JR, Peters C, Lee BH. NICU redesign from open ward to private room: a longitudinal study of parent and staff perceptions. *J Perinatol*. 2013;33(6):466–9. doi: 10.1038/jp.2012.157.
 19. Smith TJ, Schoenbeck K, Clayton S. Staff perceptions of work quality of a neonatal intensive care unit before and after transition from an open bay to a private room design. *Work*. 2009;33(2):211–27. doi: 10.3233/WOR-2009-0868.
 20. Stevens DC, Helseth CC, Thompson PA, Pottala J V., Khan MA, Munson DP. A Comprehensive Comparison of Open-Bay and Single-Family-Room Neonatal Intensive Care Units at Sanford Children’s Hospital. *HERD Heal Environ Res Des J*. 01 juli 2012;5(4):23–39. PubMed PMID: 23224804.
 21. Lester BM, Hawes K, Abar B, Sullivan M, Miller R, Bigsby R, et al. Single-Family Room Care and Neurobehavioral and Medical Outcomes in Preterm Infants. *Pediatrics* [Internet]. 2014;134(4):754–60. doi:10.1542/peds.2013-4252.
 22. Healthnetwork Foundation. Rainbow Babies and Children’s Hospital [Internet]. Ohio: Healthnetwork Foundation. [Citerad 10 maj 2016]. Hämtad från: <http://www.healthnetworkfoundation.org/webpage-directory/partner-hospitals/rainbow-babies-children-s-hospital/>
 23. Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clinics in Perinatology*. *Clin Perinatol*. 2004 Jun;31(2):353-82. PMID: 15289038.
 24. White RD. The Newborn Intensive Care Unit Environment of Care: How We Got Here, Where We’re Headed, and Why. *Semin Perinatol*. 2011 Feb;35(1):2-7. doi: 10.1053/j.semperi.2010.10.002.
 25. Blomqvist YT, Ewald U, Gradin M, Nyqvist KH, Rubertsson C. Initiation and extent of skin-to-skin care at two Swedish neonatal intensive care units. *Acta Paediatr*. januari 2013;102(1):22–8. doi: 10.1111/apa.12056.
 26. Shahheidari M, Homer C. Impact of the design of neonatal intensive care units on neonates, staff, and families: a systematic literature review. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(3):260–6. doi: 10.1097/JPN.0b013e318261ca1d.
 27. Stevens DC, Thompson PA, Helseth CC, Hsu B, Khan MA, Munson DP. A comparison of the direct cost of care in an open-bay and single-family room NICU. *J Perinatol*. november 2014;34(11):830–5. doi: 10.1038/jp.2014.178.

28. Shepley MM, Smith JA, Sadler BL, White RD. The business case for building better neonatal intensive care units. *J Perinatol.* november 2014;34(11):811–5. doi: 10.1038/jp.2014.174.
29. Denise F. Polit CTB. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice.* 8 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
30. Wibeck V. *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. 2., uppdaterade och utök. uppl.* Lund: Studentlitteratur; 2010.
31. Obert C, Forsell M. *Håller din verksamhet måttet? :mät enkelt och billigt med hjälp av fokusgrupp. 2. uppl.* Höganäs: Kommunlitteratur; 2008.
32. Linell P. *Transkription av tal och samtal: teori och praktik.* Linköping: Univ., Tema kommunikation; 1994.
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105-12. PubMed PMID: 14769454.
34. Graneheim UH, Lundman B. *Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1:2 uppl.* Lund: Studentlitteratur; 2008. S.159-72.
35. CODEX - regler och riktlinjer för forskning [Internet]. [citerad 09 september 2015]. Hämtad från: <http://codex.vr.se/>
36. Carlsson B, Walsh S, Wergin T, Schwarzkopf K, Ecklund S. Challenges in design and transition in design and transition to a private room modell in the Neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care.* 2006 Oct;6(5):271-80. PubMed PMID: 17045947.
37. Domanico R, Davis DK, Coleman F, Davis BO. Documenting the NICU design dilemma: Comparative patient progress in open-ward and single family room units. *J Perinatol.* 2011;31(4):281–8. doi: 10.1038/jp.2010.120.
38. Stevens DC, Helseth CC, Khan MA, Munson DP, Reid EJ. A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit. *HERD.* 2011 Spring; 4(3):110-23. PubMed PMID: 21866508.
39. Walsh WF, McCullough KL, White RD. Room for Improvement: Nurses' Perceptions of Providing Care in a Single Room Newborn Intensive Care Setting. *Adv Neonatal Care.* 2006 Oct;6(5):261-70. PubMed PMID: 17045946.
40. Bosch S, Bledsoe T, Jenzarli A. Staff perceptions before and after adding single-family rooms in the NICU. *HERD.* 2012 Summer;5(4):64-75. PMID: 23224807.
41. Lauvås P, Handal G, Nilsson B. *Handledning och praktisk yrkest teori. 2. uppl.* Lund: Studentlitteratur; 2001.
42. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care.* 2011 Jan-Feb;16(1):5-10. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x.
43. Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med.* 2007 Aug;37(8):1119-29. PubMed PMID: 17407618.
44. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *J Clin Nurs.* 2014 Nov;23(21-22):3156-65. doi: 10.1111/jocn.12558.
45. Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, Kowalkowski M a, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf.* 2014;(April):1–8. doi: 10.1136/bmjqs-2014-002831.

46. Cricco-Lizza R. The need to nurse the nurse: Emotional labor in neonatal intensive care. *Qual Health Res.* 2014 May;24(5):615-28. doi: 10.1177/1049732314528810.
47. Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. *Adv Neonatal Care.* 2008 Dec;8(6):343-7. doi: 10.1097/01.ANC.0000342767.17606.d1.
48. Jackson K. Att vara förälder till ett för tidigt fött barn : en prospektiv studie om upplevelsen av föräldraskap och möten med vården [Doktorsavhandling]. Örebro: Örebro universitetsbibliotek; 2005 [citerad 09 september 2015]. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A135716&dsid=-9232>
49. Shelton TL, Stepanek JS. Excerpts from family-centered care for children needing specialized health and developmental services. *Pediatr Nurs.* 1995 Jul-Aug;21(4):362-4. PubMed PMID: 7644286.
50. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2012 Sep;21(17-18):2477-87. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x.
51. Coyne I, O'Neil C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs.* 2011 Dec;67(12):2561-73. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x.
52. Gooding J Cooper L Blaine A Franck L Howse J et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011 Feb;35(1):20-8. doi: 10.1053/j.semperi.2010.10.004.
53. Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, et al. The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *J Perinatol.* 2012 Jul;32(7):545-51. doi: 10.1038/jp.2011.144.
54. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *J Pediatr Nurs.* 2010 Oct;25(5):335-43. doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.
55. Asai H. Predictors of nurses' family-centered care practises in the neonatal intensive care unit. *Jpn J Nurs Sci.* 2011 Jun;8(1):57-65. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00159.x.
56. Bracht M O'Leary L Lee S O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: A parent education and support program. *Adv Neonatal Care.* 2013 Apr;13(2):115-26. doi: 10.1097/ANC.0b013e318285fb5b.
57. Skene C, Franck L, Curtis P, Gerrish K. Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov-Dec;41(6):786-97. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x.
58. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006 Jan-Mar;20(1):98-102. PubMed PMID: 16508475.
59. Bristowe K, Siassakos D, Hambly H, Angouri J, Yelland A., Draycott TJ, et al. Teamwork for Clinical Emergencies: Interprofessional Focus Group Analysis and Triangulation With Simulation. *Qual Health Res.* 2012 Oct;22(10):1383-94. doi: 10.1177/1049732312451874.
60. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. 1. uppl. Stockholm: Natur & Kultur; 2014.
61. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.

62. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012.

Bilaga 1 Intervjuguide

Intervjuguide för fokusgruppsintervju

Introduktion till fokusgruppsintervjun

Presentation av studien samt att syftet med studien är att beskriva personalens upplevelser av arbete och arbetsmiljö efter en genomförd flytt till nya lokaler och införandet av samvård.

Bakgrundsinformation om deltagarna:

Vad de heter, yrke, antal år i yrket, antal år på neonatalavdelning i Falun.

Frågor:

Vad är en god arbetsmiljö och hur har upplever ni er arbetsmiljö idag efter flytten till den nya vårdbyggnaden?

Blev något annorlunda mot de förväntningar ni hade?

Vilka möjligheter/stödfunktioner finns för att uppnå en god arbetsmiljö idag och vilka ev. hinder finns för att skapa en god arbetsmiljö?

Hur tänker ni kring anknytning mellan barn och föräldrar?

Hur ser ni på samvård och vad innebär den för er?

Hur upplever ni att ert arbete förändrats med införandet av samvård?

Vilka fördelar och nackdelar ser ni med samvården?

Vilket stöd och vilka verktyg har ni i ert arbete när ni utbildar föräldrar?

Vilken utbildning/stöd har ni fått som personal för att bedriva samvård?

Finns det något ni saknar för att bedriva samvård?

Är det något mer som du/ni vill delge som inte tagits upp eller som behöver förtydligas?