

**Barnsjuusköterskans upplevelse av anknytningsprocessen  
i neonatal hemsjukvård**

<b>FÖRFATTARE</b>	<b>Martina Frödin och Ouafae Lahrech</b>
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Examensarbete II OM 1650 VT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 hp
<b>HANDLEDARE</b>	Anna Forsberg och Marie Wendel
<b>EXAMINATOR</b>	Anna-Lena Hellström

# FÖRORD

Denna D-uppsats genomfördes under perioden september 2007 till maj 2008, som ett avslutande moment på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso-och sjukvård för barn och ungdomar, vid Göteborgs Universitet.

Vi vill tacka våra handledare Anna Forsberg; Universitetslektor och Marie Wendel; Universitetsadjunkt vid Göteborgs Universitet som ställt upp med goda råd och tips under arbetets gång.

Göteborg, maj 2008

Martina Frödin & Ouafae Lahrech

Titel (svenska):	Barnsjuksköterskans upplevelse av anknytningsprocessen i neonatal hemsjukvård
Titel (engelsk):	The Pediatric Nurse conceptions of the attachment process in neonatal home care service, hospital based.
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I / II OM1650
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	33 sidor
Författare:	Martina Frödin; leg. sjuksköterska vid SÄS i Borås och Ouafae Lahrech leg. sjuksköterska vid SÄS i Borås.
Handledare:	Anna Forsberg; Universitetslektor och Marie Wendel; Universitetsadjunkt.
Examinator:	Anna-Lena Hellström; Universitetslektor

## ABSTRAKT

### Introduktion

Det är föga dokumenterat hur barnsjuksköterskor upplever att arbeta med att främja anknytning mellan föräldrar och barn inom ramen för neonatal hemsjukvård.

### Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka barnsjuksköterskans upplevelse av att främja anknytningsprocessen mellan barn och föräldrar inom neonatal hemsjukvård.

### Metod

Kvalitativ intervjustudie med Fenomenologisk hermeneutisk ansats.

### Resultat

I resultatet framkommer fem huvudteman vilka är: Att samverka, Att vägleda, Att bekräfta och uppmuntra, Att se och ana och Att vara i hemmet. I den tolkade helheten framkommer det att främja anknytning i hemmet bland annat handlar om vad barnsjuksköterskan har för inställning till anknytning. Detta framkommer när barnsjuksköterskan beskriver vad hon anser är hennes huvuduppgifter. Familjerna kan således ha kommit olika långt i anknytningsprocessen när de skrivs hem till hemsjukvården, beroende på vilket sjukhus de har legat på.

### Diskussion

I hemmet blir föräldrarna trygga, barnsjuksköterskan är gäst i deras hem och är där på deras villkor. Hon är ödmjuk i sin relation med familjen, hon peppar och uppmuntrar samt stödjer föräldrarna. Oftast är det inte så stora saker som hon behöver göra utan det handlar ofta att hon måste våga låta ansvar till föräldrarna så att de växer i föräldrarollen. Barnsjuksköterskorna beskriver också att de handlar utifrån sin intuition, vi anser att kunskap om anknytningsprocessen och kontinuerlig reflektion över sina omvårdnads handlingar, hjälper henne dels att sätta ord på sina intuitioner och dels att hjälpa föräldrarna i anknytningsprocessen.

### Key words:

*Attachment, Home care service- hospital based, neonatal nursing, pediatric nursing*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>4</b>
Inledning.....	4
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
Det vårdvetenskapliga perspektivet.....	4
Barnsjukvården har genomgått stora förändringar .....	5
<i>Neonatal hemsjukvård i Sverige</i> .....	6
<b>Centrala begrepp</b> .....	<b>6</b>
Anknytning .....	6
Hälsosam/ohälsosam anknytning .....	7
<b>Teori om anknytning</b> .....	<b>7</b>
Anknytningsteori.....	7
Anknytningsmönster.....	8
Självutvecklingsteori.....	8
Barnsjuksköterskans barnhälsoperspektiv utgår från familjperspektivet.....	9
Orlandos omvårdnadsmodell .....	10
Kartläggning av forskningsläget .....	11
<b>Tabell 1</b> .....	<b>11</b>
<i>Sammanfattning av tidigare forskning</i> .....	12
<b>SYFTE</b> .....	<b>15</b>
Forskningsetiska överväganden .....	15
<b>METOD</b> .....	<b>16</b>
Fenomenologisk hermeneutik.....	16
Urval och datainsamling .....	16
Analys .....	18
Pilotstudie.....	18
<b>RESULTAT</b> .....	<b>19</b>
<b>Tabell 2</b> .....	<b>19</b>
Att vara i hemmet .....	19
Att se och ana .....	20
Att bekräfta och uppmuntra .....	20
Att vägleda.....	21
Att samverka .....	21
Tolkad helhet.....	22
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
Metod diskussion .....	22
Resultatdiskussion .....	24
Figur 1.....	24
Slutsats.....	28
Förslag till vidare forskning .....	28
<b>REFERENSER</b> .....	<b>29</b>
Bilaga 1 .....	32
Bilaga 2 .....	33

# INTRODUKTION

## Inledning

För barn som av olika anledningar behöver vårdas på en neonatalavdelning efter födelsen, innebär första tiden i regel många veckor på sjukhus. Det kan vara barn som haft för bråttom ut i världen, samt fullgångna barn med sjukdomar eller missbildningar. Nyfödda barn behöver en trygg anknytning för att utvecklas normalt och den nyblivna mamman behöver etablera en relation med sitt barn. Mamman behöver veta hur hon ska ta hand om sitt barn för att känna sig säker i sin mammaroll (Karl, Beal, O'Hare & Rissmiller, 2006). Många stressande händelser kan fördröja denna anknytningsprocess. En sådan händelse är att barnet behöver vårdas på neonatalavdelning (Franklin, 2006), där vårdmiljön inte anses vara optimal trots att flera omvårdnadsmetoder utvecklats så som; NIDCAP<sup>1</sup> och känguru<sup>2</sup> vars syften bland annat är att främja anknytning (Cappleman, 2004). Vårdgivare på neonatalavdelning i allmänhet och barnsjuksköterskan som arbetar med neonatal hemsjukvård i synnerhet har en viktig roll att ingripa för att underlätta en tidig anknytning. Barnsjuksköterskan skall stödja och hjälpa mamman och barnet i anknytning under livets början både på sjukhus och i hemmet (Karl m.fl., 2006). Familjen får svårare att knyta an och lära känna varandra under denna tid än om de varit tillsammans i sin naturliga miljö. För att främja anknytningen har flera sjukhus i Sverige startat neonatal hemsjukvård. Ryltenius (2008) beskriver att neonatal hemsjukvård är aktuellt först när barnet fysiologiskt stabilt. De vårdbehov som barnet har handlar då många gånger om sondmatning och syrgasbehandling, åtgärder som kan skötas av föräldrarna efter utbildning. De får stöd av barnsköterskor och sjuksköterskor från sjukhusens neonatalavdelningar, som gör regelbundna hembesök. Föräldrarna kan också kontakta neonatalavdelningen för telefonrådgivning dygnet runt.

Barnsjuksköterskans uppgift blir således att fortsätta stödja familjen i anknytningsprocessen. Vi arbetar på en neonatalavdelning som bedriver hemsjukvård därav väcktes vårt intresse för ämnet. Med föreliggande studie vill vi undersöka barnsjuksköterskans upplevelse av att främja anknytningsprocessen mellan föräldrar och barn inom neonatal hemsjukvård, dels för att det är föga dokumenterat om detta och dels för att vi anser att det behövs ökad kunskap och förståelse om vikten av anknytning för barnens hälsa.

## BAKGRUND

### Det vårdvetenskapliga perspektivet

Vård kan inte bedrivas utan ontologiska<sup>3</sup> antaganden. De förutsätts i all vårdpraktik, men är sällan tydligt i det dagliga arbetet. Det finns därför anledning för vårdpraktiker att se över vilka antaganden som förutsätter deras dagliga yrkesverksamhet så att de blir medvetna om dess innehåll och konsekvenser och kan ta ställning till dem (Bengtsson, 2006). Det är på tiden att omvårdnaden får komma till uttryck och bli synlig genom att manifesteras dess värde, dess

---

<sup>1</sup> NIDCAP; Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, är ett interventionsprogram som innefattar upprepade systematiska observationer av det underburna barnet. Varje observation följs av en skriftlig rapport som beskriver barnets beteende och sammanfattar dess kompetens och känslighet, samt dess sjukdomshistoria. Utifrån denna ges rekommendationer till personal och föräldrar om hur man kan anpassa vård och vårdmiljö till barnets tolerans för stimuli med beaktande av dess medicinska tillstånd (Kleberg, 1995).

<sup>2</sup> Känguru vård är när mamman bär på sig en öppen T-shirt eller klänning och placera barnet som har bara blöja på sig, direkt hud kontakt på bar bröst. Denna hud mot hud kontakt ger inte bara värme utan också beröring, lukt och hörselstimulans. Denna vård uppmuntrar känslan av närhet mellan mamman och barnet (Franklin, 2006).

<sup>3</sup> Begreppet ontologi betyder läran om verklighetens beskaffenhet, det vill säga perspektiv på hur vi ser på verkligheten. Till exempel om det finns en verklig värld där ute, skiljt från vår kunskap om den (Bengtsson, 2006).

epistemologiska<sup>4</sup>, etiska och sociala ämnen som vi möter dagligen i vår värld och vårt arbete (Watson, 2005).

De grundläggande teoretiska begreppen inom omvårdnad är människa, vårdande, hälsa och ohälsa (Dahlberg, Drew & Nyström, 2001), men olika teoretiker har olika antagande och värderingar om människans natur, förhållandet om hälsa och omvårdnad (Bäck-Wiklund & Johansson, 2003). Vår syn grundar sig på en humanistisk människosyn som innebär att människan ses som ett subjekt, där människan beskrivs som just bara ”människa” inte som vare sig kropp, själ, eller ande. Människan utvecklas hela tiden i samspel med andra människor (Dahlberg, m.fl., 2001). Barn utvecklas i samspel med sina föräldrar. Vår syn utgår alltså från en helhetssyn på människan; och för att ha en sådan syn samt kunna hjälpa barnen, måste vi hjälpa hela familjen eftersom familjen är ett system. Delarna i systemet påverkas av varandra, exempelvis ett sjukt barn påverkar hela familjen.

Vårdvetenskapens ambition är att beskriva vårdandets substans det vill säga vad god vård är, vilket utgår från ontologiska ställningstaganden (Dahlberg m.fl., 2001). Vårt ontologiska ställningstagande utgår därför ifrån att anknytning är hälsa. Kunskapssökandet om denna verklighet, det vill säga anknytning är hälsa, uppnås genom att intervjua barnsjuksköterskor med erfarenhet av neonatal hemsjukvård för att undersöka deras upplevelser av hur de främjar anknytningen och deras förhållningssätt gentemot familjen för att uppnå hälsa hos barnet. Syftet med detta kunskapssökande är att medvetandegöra omvårdnaden inom hemsjukvården, det vill säga hur anknytningsprocessen främjas. Enligt Eriksson och Lindström (2000) är grundforskningens yttersta syfte att nyvunnen kunskap alltid skall användas för att skapa nya vanor i praxis. Detta ansvar är också forskarens ansvar för att den nya kunskapen som stigit fram skall komma att tillägnas och nå fram till patienten. Vi hoppas genom denna studie kunna bidra till ny kunskap som kan tillägnas barn, föräldrar och barnsjuksköterskor.

### **Barnsjukvården har genomgått stora förändringar**

Historiskt har barnvård varit mammans ansvar, men att ha ett sjukt barn inlagt på sjukhus, hindrade mamman/familjen från att ta hand om sitt barn. Innan andra världskriget var mamman separerad från sitt för tidigt födda barn eftersom hon ansågs utgöra en källa till infektioner. Hon skulle inte vara nära sitt barn utan hon fick enbart se sitt barn genom fönstret. Efter andra världskriget började effekten av denna separation studeras och vilken inverkan den hade på barnets utveckling och på så sätt ändrades synen på vården från en traditionell modell som var centrerad på det sjuka barnet till en ny modell som är mamma/familjcentrerad som tillåter mammans och familjens delaktighet i vården (Martinez, Monti Fonseca & Silvan Scocchi, 2007). Sedan mitten av 1900-talet har barnsjukvården genomgått stora förändringar. Den slutna barnsjukvården har successivt minskat och istället förskjutits mot hemvård och öppen vård. Den stress och det trauma en sjukhusinläggning kan orsaka, minskas genom att föräldrarna tar mer del av sitt barns vård på sjukhuset, vilket i sin tur även påskyndar tillfrisknandet (Wennick, 2003). Ytterligare stora förändringar som har skett i barnsjukvård speciellt inom neonatalvård under de senaste 15 åren, är miljön på neonatalenheterna. Den har förändrats från högteknologisk miljö till en lugn och harmonisk miljö och blivit mer anpassad för de sjuka prematura barnen. Exempelvis introducerades i mitten av 1980 talet kängurumodellen i Sverige. I början av 1990 talet infördes NIDCAP, en omvårdnadsmetod som utgår från det enskilda barnets specifika behov. De medicinska framstegen inom neonatalvård tillsammans med nya omvårdnadsmodeller har bidragit till stora framsteg i form av att flera barn överlever och utskrivs till hemmet (Jönsson & Fridlund, 2003).

---

<sup>4</sup> Epistemologi är den filosofiska läran om vad kunskap är, hur vi tillägnar oss kunskap samt vad vi ser giltig kunskap om verkligheten (Bengtsson, 2006).

## *Neonatal hemsjukvård i Sverige*

När barn vårdas på en neonatalavdelning är de i slutet på vårdvistelsen i de flesta fall stabila under en lång period, och ofta behövs bara stöd i form av nutrition, syrgas och ibland även ljusterapi. Många föräldrar upplever frustration under denna period av väntan på utskrivning från sjukhuset. Det optimala vore om föräldrarna tog hand om sina barn i hemmet med hjälp och stöd från personalen från neonatalavdelningen. Därför startades Hemsjukvårdprogrammet hösten 1998 i Sverige, som ett projekt vilket hade stöd av Europeiska Unionen. Projektet blev en permanent del av neonatalvården sommaren 1999. År 2001 startade neonatalavdelningen i Lund med hemsjukvård och var då den första avdelningen i Sverige (Jönsson & Fridlund, 2003). Efter det att Lund startade med hemsjukvård, har flera avdelningar i Sverige följt efter. Deras syfte är bland annat att främja anknytning och att främja familjens delaktighet i vården av sitt barn.

### **Centrala begrepp**

#### *Anknytning*

Det finns en skillnad mellan ”bonding” och ”attachment”. Bonding är den emotionella anknytningen/förbindelsen som mamman har till sitt barn. Attachment är den relation som mamman och barnet utvecklar under det första levnadsåret (Karl m.fl., 2006). Begreppet ”bonding” har varit studerat i tjugo år. Under den tiden har begreppet uppfattats och beskrivits på varierande sätt, vilket har bidragit till den aktuella förståelsen av anknytning som numera kan förstås som en ömsesidig relation och en process som utvecklas (Schenk, Kelley & Schenk, 2005). Forskning har definierat anknytning på olika sätt (Karl m.fl., 2006). Vissa teoretiker beskriver anknytning som en process som sker i den prenatala perioden (Schenk m.fl. 2005), det vill säga att anknytningen mellan mamma och barn börjar långt innan födelsen. Under vecka 16 när barnet börjar röra sig i mammas mage, bildas en relation med barnet genom att mamman identifierar, eller har en fantasi om hur barnet kan se ut och vilket kön det ska bli, möjligen ges barnet ett namn. Denna process kallas; maternal-fetal attachment (Franklin, 2006). Andra teoretiker beskriver anknytning som en process som sker i den postnatala perioden. Den är då beroende av den kritiska perioden, direkt efter förlossningen. Förlossningsprocessen kan därför påverka anknytningen och relationen mellan mamman och barnet (Schenk m.fl., 2005). Anknytning kan även betraktas som en relationell process mellan mamman och barnet. Var och en har en unik och aktiv roll att skapa ömsesidighet. Barnet söker nära kontakt och mamman svarar genom att närma sig sitt barn. Barnet får sina behov tillfredställda genom att närma sig sin mamma och mamman i sin tur tillgodoser sitt barns behov, vilket skapar en trygg anknytning (Karl mfl, 2006).

Oavsett när det anses att anknytning startas kännetecknas den av lusten att vilja lära känna den nya andra personen. Lusten att söka information och lusten att utveckla positiva känslor gentemot andra sker genom närhet (Schenk m.fl. 2005). Sökande efter att vara nära barnet sker genom ömsesidig verbal och icke verbal kommunikation och genom utveckling av positiva emotionella känslor eller engagemang (Schenk m.fl. 2005). Tetzchner (2005) skriver att anknytning bland annat består av olika slags anknytningsbeteende. Det finns två former: signalbeteende och närmandebeteende; som kan vara ansiktsuttryck, leenden, gråt, gester eller kroppshållning och kontaktbeteende; som är rörelse, t. ex. krypande och leder till reducerad spänning när närhet till anknytningspersonen har uppnåtts och till en separationsoro när närheten inte kan uppnås. Anknytning kräver alltså fysisk kontakt mellan föräldrar och barnet för att utveckla ett starkt band (Schenk m.fl. 2005).

Anknytningsprocess är ingenting som sker automatiskt, utan betraktas som en individuell process (Schenk m.fl., 2005; Franklin, 2006; Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999). Den är i många fall

mindre tydlig och mer svår att påvisa än vad tidigare forskare trott (Schenk m.fl. 2005). Det finns två former av anknytningsprocess; en direkt och en försenad/problematisk anknytningsprocess.

1. En direkt anknytningsprocess sker om mammas direkta känslor gentemot barnet är positiva. Det innebär en vilja att ha barnet, att se barnet efter förlossningen och vilja ha fysisk kontakt med det (Schenk m.fl. 2005).
2. Den fördröjda eller försenade anknytningsprocessen sker, när barnet inte stimulerar de direkta positiva känslorna hos sina föräldrar eller när mamman inte är emotionellt redo. Problem i anknytningsprocessen beskrivs när svårigheter uppkommer i bildning av relationen mellan mamma och barn. Det kan bero på negativa erfarenheter från graviditeten och/eller förlossningen, brist på socialt stöd, medicinberoende eller tvetydiga moderskänslor på grund av handikapp hos barnet eller prematuritet (Schenk m.fl. 2005; Bialoskurski m.fl., 1999). Försenad anknytningsprocess kan även vara en coping strategi från mammans och familjens sida för att förebygga sorg och smärta utifall barnet skulle dö. Denna situation kan uppkomma när barnets tillstånd är kritiskt och föräldrarna inte vet om det kommer att klara sig eller hur framtiden kommer att se ut (Bialoskurski m.fl., 1999; Schenk m.fl. 2005; Franklin, 2006). Yttre miljöfaktorer kan också fördröja anknytningsprocessen. Vårdmiljön med all dess tekniska apparatur runt barnet kan göra att föräldrarna håller avstånd. En annan faktor kan vara ett fysiskt avstånd, när barnet är på sjukhus långt från hemmet, vilket försvårar besök (Schenk m.fl. 2005; Bialoskurski m.fl., 1999).

### *Hälsosam/ohälsosam anknytning*

Om anknytningsprocessen går bra och det blir en hälsosam anknytning bidrar det till etablering av en stark föräldraroll, positiv tillväxt, utveckling av barnet och skapande av ett starkt ihållande kärleksband (Schenk m.fl., 2005; Karl m.fl., 2006). En bristfällig känslomässig anknytning mellan föräldrar och barn kan ge långsiktiga konsekvenser såsom beteendestörningar och emotionella problem hos barnen. Störningar i den tidiga relationen mellan barnet och föräldrar kan påverka barnets personlighetsutveckling genom hela livet (Bowlby, 1994; Egeberg & Jerlang, 2005).

Om det blir någon störning i anknytningen eller om bandet mellan barn och anknytningspersonen brutits tidigt i livet, kan det leda till att barnet blir känslolöst och detta kan längre fram i livet leda till psykopati. De barn som inte knyter an eller skiljs från sin anknytningsperson skiljer sig i beteende gentemot andra barn när det gäller till exempel: ler inte åt ett ansikte, har dålig aptit, ökar inte i vikt, sover sämre och uppvisar lägre IQ-poäng (Mitchell, 1993). Baer och Martinez (2006) kommer i sin studie gjord på barn under 48 månader fram till att malnutrition, viktnedgång och störd anknytning kan vara tecken på barnmisshandel. Det finns flera teoretiker som beskriver anknytning. En av dem är John Bowlby som anses vara pionjären inom detta område.

## **Teori om anknytning**

### *Anknytningsteori*

Anknytningsteorin introducerades som sagt av den engelske barnpsykiatern John Bowlby i slutet av 1940-talet. Han menar att anknytning är en social drivkraft och är grunden för överlevnad. Hans teori handlar om att barn under tre år först och främst behöver en nära relation med någon som tycker om att vara tillsammans med dem. Att separeras från denna person påverkar barn negativt. Oftast sker anknytning genom en specifik bindning mellan barn och föräldrar, vanligtvis mamma. Denna anknytning utgör en trygghet som ligger till grund för att barnet ska utforska omvärlden och bildar också basen för kommande anknytningsrelationer. Det är också den bas som



barnet återvänder till, dit barnet alltid är välkommet och kan få fysisk och emotionell näring, bli tröstat om det är ledset och lugnat om det är oroligt (Bowlby, 1994).

För att kunna erbjuda barnet intellektuell stimulans krävs intresse, engagemang och förmåga hos föräldern samt trygghet i den egna föräldrarollen. Ingen förälder kan utgöra en trygg bas om han/hon inte intuitivt förstår och respekterar barnets bindningsbeteende och behandlar detta som den inneboende och värdefulla del av den mänskliga naturen som det är. Om denna bas ger barnet trygghet i form av ett pålitligt gensvar utvecklas barnet optimalt (Bowlby, 1994).

### *Anknytningsmönster*

Nästan alla spädbarn knyter an till sina föräldrar, men det betyder inte att anknytningen alltid är av god kvalitet. För att kunna mäta detta utvecklade den kanadensiska utvecklingsforskaren Mary Ainsworth den så kallade främmandesituationen. Den går ut på att stressnivån höjs hos barnet för att aktivera anknytningssystemet så att detta kan studeras. Hon har kommit fram till olika typer av anknytningsmönster mellan barn och föräldrar. Dessa mönster är enligt Ainsworth (1978) följande:

1. Ett barn med en *trygg anknytning* litar på att föräldrarna är närvarande om det hamnar i skrämmande eller svåra situationer och känner att de bryr sig. Barnet har positiva erfarenheter av samspel med föräldern. Den trygga anknytningen garanterar att barnet kan utforska världen under rimligt säkra former. Barnet får en positiv självbild och även en positiv bild av andra.
2. En *otrygg och undvikande anknytning* utmärks av att föräldrarna är otillgängliga för barnet. Föräldrarna visar en likgiltighet inför, eller till och med avvisar barnets behov och signaler. Barnet använder därmed inte föräldrarna som en trygg bas och till och med ignorerar dem ibland.
3. En *otrygg och ambivalent anknytning* kännetecknas av föräldrar som har ett inkonsekvent och okänsligt förhållningssätt gentemot sitt barn. Samspelet sker i huvudsak på den vuxnes villkor till exempel ibland är denne hjälpsam och tillgänglig och ibland inte. Föräldrarna kan till och med ha hotat med att överge barnet. Barnet lär sig att inte lita på föräldrarna och både söker deras uppmärksamhet och avvisar dem på samma gång.
4. En *otrygg och desorganiserad anknytning* kännetecknas av att samspelet mellan barn och förälder i stor omfattning bygger på rädsla. Föräldern har egna svåra obearbetade upplevelser och misstolkar barnets signaler och reagerar på dem med aggressivitet och rädsla. Detta beteende blir obegripligt för barnet och skrämmande då barnet istället för att få tröst eller beskydd känner sig hotat av föräldern. Barnet växlar mellan att söka närhet och att starkt undvika föräldrarna. Särskilda riskgrupper för den här typen av anknytning är föräldrar som utövar fysisk eller psykisk misshandel, har psykisk ohälsa eller ett missbruk.

Ainsworths beskrivningar av anknytningsmönster har blivit en standardmetod för att undersöka barns anknytning.

### *Självutvecklingsteori*

Ytterligare en viktig teori som har betydelse för anknytningen är självutvecklingsteorin som Stern utvecklat. Sterns teori grundar sig på att det nyfödda barnet har förmåga att reagera socialt redan från födseln. Detta innebär att barnet utvecklas genom sin egen medfödda personlighet i interaktion med den miljö barnet vistas i (Stern, 1991). Stern beskriver också fyra olika förnimmelser av självet som är biologiskt givna.

1. *Begynnande själv*, ca 0-2 månader, handlar om att barnet utforskar sin omvärld med hjälp av sina känslor. Under denna period är barnet passivt men ändå nyfiken och registrerar yttre händelser. Spädbarnet kan överföra information från ett sinnesområde till ett annat till exempel synen och hörseln. Stern kallar detta för amodala perceptionen och den är av betydelse för barnets framväxande självuppfattning, inläring och förståelse av andra.
2. *Kärn självet*, ca 2-6 månader är en tid då barnet genom sina relationer utvecklar känsla för både det egna självets kärna och kärnan i andra. Barnet kommunicerar med ett socialt leende, joller och uppfattar sig som en sammanhängande enhet som är skild från andra. Inre känslor hänger samman med yttre händelser. Barnet får insikt att händelser upprepas och förutser konsekvenser av sitt agerande.
3. *Subjektivt själv*, ca 7-15 månader utgör en tid då det utvecklas en ömsesidig ”vi-känsla”.
4. *Verbalt själv*, ca 15-36 månader, då språket börjar utvecklas allt mer.

Vidare menar Stern (1991) att under dessa olika stadier är det viktigt att föräldrarna uppfattar barnets signaler och försöker anpassa sig till det. Föräldrar kan vara olika känsliga i samspelet med sina barn. Stern kallar detta för känslintoning, det vill säga föräldrars förmåga att förmedla till barnet att han/hon förstår dess känslor. För att detta skall vara möjligt måste flera processer äga rum. Först måste föräldern läsa av barnets känslotillstånd och svara på ett sätt som passar barnet. Slutligen måste barnet klara av att läsa av denna föräldrarespons som något som har att göra med dess egna ursprungliga känsloupplevelse. Vad föräldern uttrycker är i själva verket: ”Jag accepterar, jag förstår dina känslor och jag ser dig.” De flesta föräldrar är förmögna till en sådan intoning men vissa tycks ha vissa svårigheter att se barnet. Det kan vara en oförmåga hos föräldern som saknar en egen inre mall för föräldrabetende. Barnet kan även vara svårt att tolka och tillfredställa, till exempel prematura barn, sjuka barn, barn med kraftigt temperament samt tysta barn, vilket försvårar föräldrarnas möjlighet att förstå sitt barn.

Med kunskap om dessa anknytningsteorier och kunskapen om det kompetenta spädbarnet måste barnsjuksköterskan utgå ifrån ett familjeperspektiv i mötet med familjen.

### **Barnsjuksköterskans barnhälsoperspektiv utgår från familjeperspektivet**

Barnkonventionen menar att barn behöver många saker för att utvecklas bra. Det kan vara trygghet, kärlek, mat, sjukvård, ett hem, möjlighet att leka och att gå i skolan (Utrikesdepartementet, 2003). Barn skall få goda möjligheter att utvecklas på bästa sätt även om de har drabbats av sjukdom och skada. Föräldrar skall bland annat få stöd att ta aktiv del i barnets vård [NOBAB<sup>5</sup>, 1992].

Eftersom spädbarn endast kan uttrycka sin ohälsa, eller sina behov genom skrik eller andra signaler och inte med ord, ställer det stora krav på omgivningen som ska tolka barnet. Det handlar om ett samspel mellan föräldrar och barn. Föräldrarna tolkar sina observationer av barnet utifrån egna erfarenheter och handlar på basis av dessa (Egeberg & Jerlang, 2004). Med tanke på samspelet måste därför sjuksköterskan som arbetar på en neonatalavdelning utgå ifrån ett familjeperspektiv för att kunna påverka barnets hälsa (Wigert, Johansson, Berg & Hellström, 2006).

---

<sup>5</sup> Nordisk förening för sjuka barns behov, NOBAB bildades 1980 på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. [NOBAB, 1992]

Studier av hela familjen som en enhet, snarare än de olika familjemedlemmarna var för sig, hjälper sjuksköterskorna att bli uppmärksamma på interaktion och ömsesidighet. Närmare bestämt måste de kliniska färdigheterna i första hand fokuseras på det ömsesidiga samspelet mellan hälsa/sjukdom och familjen. Centralt är förmågan att se individen som någon som ständigt definierar och definieras av sina relationer till familjen och till andra betydelsefulla personer i sin omgivning. Denna förmåga innebär att tänka interaktionellt och lyfter omvårdnadsutövningen från individorienterad till familjeorienterad. Detta perspektiv kan underlätta för sjuksköterskorna att få en klar struktur för bedömning av familjer, såväl som för de åtgärder som är nödvändiga för att behandla familjer. Att omvårdnaden har uppnått sin fulla mognad framgår bland annat av insikten om familjens betydelse för hälsa och välbefinnande hos de enskilda familjemedlemmarna (Wright & Leathey, 1998).

För att barnsjuksköterskan ska kunna stödja familjen i anknytningsprocess på ett bra sätt, behöver hon en omvårdnadsplan som hjälper henne att främja kontakten mellan mamman och barnet och hjälper mamman att svara på barnets behov. Hon ska även involvera pappan och resten av familjen i omvårdnaden. För sjuksköterskan är praktisk taget varje möte med mamma och barnet en möjlighet att stärka en trygg anknytning (Karl m.fl. 2006).

### **Orlandos omvårdnadsmodell**

Enligt Ida Orlando<sup>6</sup> formas omvårdnaden i det enskilda mötet mellan sjuksköterska och patient. Varje möte är unikt och omvårdnaden bygger på interaktionen i mötet (Orlando, 1997).

Orlando anser att omvårdnadsprocessen fortgår med omvårdnadshandlingar styrda utifrån sjuksköterskans medvetenhet om patientens specifika behov i den aktuella situationen. Sjuksköterskans arbete handlar om att hon måste ha en medveten omvårdnadsprocess och hela tiden reflektera över sitt arbete. Sjuksköterskan måste ge sina tankar ett verbalt uttryck för att kunna möta patienten på ett bra sätt och för att få ut det hon/han vill av mötet. Omvårdnad består alltså av att utforska och tillgodose patientens omedelbara hjälpbehov genom att tillämpa den reflektiva omvårdnadsprocessen. Denna är uppbyggd av patientens beteende, sjuksköterskans reaktion och agerande och innehåller följande delprocesser;

Perception - personen varseblir med sina fem sinnen (hörsel, syn, lukt, smak, känsel)

Tanke - det iakttagna utlöser automatiskt tankar

Känsla - varje tanke väcker automatiskt känslor

Handling - det agerade som är svar på situationen

Frågor som sjuksköterskan i varje praktisk omvårdnadssituation bör ställa sig är;

- Vad ser jag?
- Vad tänker jag?
- Vad känner jag?
- Vad gör jag?

Orlando påpekade att de tre första frågorna är en process inom individen och endast personens handling är synlig för andra. För att kunna handla adekvat måste sjuksköterskan uttrycka och dela sina förnimmelser, tankar och känslor med patienten. Dialogen ger sjuksköterskan möjlighet att verbalt förmedla sina observationer, reaktioner och tolkningar till patienten och därmed kan hon få dem verifierade eller korrigerade. Denna utvärdering av omvårdnadshandling minskar risken för

---

<sup>6</sup> Ida Orlando var bland de första amerikanska sjuksköterskorna som började bedriva omvårdnadsforskning. Under 50- och 60-talet var hon som forskare knuten till Yale University och under denna tid bedrev hon empiriska studier av praktisk omvårdnad. Hennes forskningsresultat publicerades 1961 i boken "The dynamic nurse-patient relationship" (Orlando, 1990).

lösa antaganden, eftersom samma beteende kan signalera helt olika behov hos olika individer (Orlando, 1990).

### Kartläggning av forskningsläget

För att få kunskap om vad det finns för tidigare forskning inom anknytningsområdet kopplat till neonatal hemsjukvård ur ett sjuksköterskeperspektiv har vi gått tillväga på följande sätt.

För att veta vilka sökord som kan användas på engelska började vi med att använda oss av MeSH termer;

- Hemsjukvård som utgår från en vård avdelning - home care service–hospital based
- Anknytning - attachment
- Neonatalvård-neonatal nursing
- Barnsjuksköterska- paediatric nurse

För att avgränsa oss har vi använt oss av följande kriterier vid sökning i CINAHL och PUBMED:

- År 1999-2007
- Granskad
- Målgrupp barn mellan 0-23 månader. Eftersom det inte finns till 3 månader som avgränsning, skedde urvalet efteråt.

**Tabell 1:** Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen.

Databas	Sökord	Sökträffar	Använda artiklar
<b>CINAHL</b>	attachment	260	3
	home care service, hospital-based	0	
	neonatal nursing	748	Fortsatt sökning
	paediatric nurse	98	1
	attachment and neonatal nursing	6	3, samma som ovan
	attachment and paediatric nurse	1	0
	home care service, hospital-based and paediatric nurse	0	
	home care service, hospital-based and attachment	0	
	home care service, hospital-based and attachment and neonatal nursing.	0	
<b>Pubmed</b>	attachment	1123	Fortsatt sökning
	home care service, hospital-based	71	0
	neonatal nursing	1288	Fortsatt sökning
	paediatric nurse	637	Fortsatt sökning
	attachment and neonatal nursing	38	3

attachment and paediatric nurse	6	0
home care service, hospital based and paediatric nurse	2	0
home care service, hospital-based and attachment	1	1
home care service, hospital-based and neonatal nursing	3	0

Sökningarna i databaserna gav många träffar på några av sökorden. Vid kombination med ett annat sökord blev det färre träffar, men det var få som var relevanta och uppfyllde kriterierna. Vi har valt några artiklar som handlar om föräldraperspektivet för de innehöll relevant information. De som inte var relevanta för ämnet handlade bland annat om: större barn, barn som vårdas på andra avdelningar med andra sjukdomar samt anknytningens betydelse senare i livet. Flera artiklar behandlade utvärdering av kängurumetod, väldigt specifika situationer på neonatalavdelningen eller sjukdomar/tillstånd hos mamman som påverkar anknytningen. Vissa begrepp i artiklarna har vi valt att inte översätta eftersom vi anser att det inte finns något bra svenskt ord som innehåller samma budskap. På vissa ställen skriver vi sjuksköterska och på andra barnsjuksköterskan och det beror på att artiklarna tar upp sjuksköterskan medan vi utgår från barnsjuksköterskan. Vi har hittat artiklar som fanns i tidskriften *Vård i Norden* och har valt att ta del av dem eftersom de tar upp fakta om neonatal hemsjukvård, med relevans för uppsatsen.

Utöver sökning i databaser har följande metoder använts:

- Manuella sökningar
- Sökning i aktuella artiklars referenslista

### *Sammanfattning av tidigare forskning*

Inom den aktuella forskningen idag finns begränsat antal studier om hur barnsjuksköterskan kan främja anknytningsprocessen i neonatal hemsjukvård. Det som finns handlar till stor del om olika former av anknytning, till exempel kängurumetod, babymassage, amning samt barn som är adopterade. Från födseln har barn en förmåga att samspela med sin omgivning, vilket påverkar interaktion mellan mamma och barnet. Om denna anknytning störs, påverkas barnets emotionella utveckling negativt. Föräldrar som har ett sjukt barn på neonatalavdelningen är sårbara. De har inte etablerat någon relation till sitt barn. Anknytningen blir störd och separationen blir ett faktum. På grund av denna problematik har Wigert, Johansson, Berg & Hellström (2006) i sin studie studerat föräldrarnas upplevelse av att ha sitt barn på neonatalavdelning. De upplevelser som har kommit fram i studien är till exempel en mamma som upplevde att hon behövde lita på personalen och att hon önskade att det fanns en dialog. Ofta upplevde hon att det fanns en brist i informationen från vårdgivarna. Personalen hade inte tillräckligt med tid för hennes barn. Många mammor upplevde att barnet hörde mer till avdelningen än till dem själva. Inte förrän när mamma och barn fick vara ensamma eller till och med efter att de hade blivit utskrivna från sjukhuset, kom känslan av att det är deras barn (Wigert m.fl., 2006).

Wigert, Hellström och Berg (2008) har fortsatt att studera hur personalen kan underlätta föräldrarnas närvaro i vården och föräldrars delaktighet. Deras studie grundar sig på att hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande är av stor betydelse. Relationen mellan mamma och barn är centralt för barnets utveckling, men mammorna i studien kände sig utanför. De kände inte att de varken tillhörde BB eller neonatalavdelningen. Dessa känslor var kvar även ett år efter utskrivningen. Föräldrar som tog en aktiv del i omvårdnaden av sitt barn, kände mer att de hade kontroll över situationen och var starka i sin föräldraroll. Resultatet visar att både ledning och

personal har en ambition att utveckla en ideal vård som främjar föräldrarnas delaktighet, men villkoren för att bedriva en sådan vård styrs av rutiner och den medicintekniska vården. Till exempel rondens fokuserar mer på det medicinska tillståndet medan omvårdnaden togs upp i mycket varierande grad. Vissa föräldrar upplevde att de inte ens var välkomna att vara med på rondens, medan andra upplevde sig vara som en resurs med värdefull information om sitt barn. Föräldradelaktigheten kunde även styras av personalen. Till exempel personalen upplevde att det kan kännas jobbigt när föräldrarna lär sig hantera utrustningen på neonatalavdelningen, eftersom de är oroliga för att föräldrarna ska göra fel. Att främja föräldrarnas delaktighet styrdes också av de ekonomiska resurserna. Att det bland annat inte fanns tillräckligt med föräldrarum, hindrade föräldrarnas närvaro.

Även om det inte finns tillgång till föräldrarum, kan sjuksköterskan genom en fastställd relationsmodell baserad på grundregler för anknytningsteori, få hjälp att förstå och främja anknytning mellan familjen och barnet. Personal på neonatalavdelningen behöver inte bara teknisk utbildning utan också omvårdnadsutbildning som fokuserar på barnets utveckling och anknytning (Karl m.fl. 2006; Martinez m.fl. 2007 ). Karl m.fl., (2006) beskriver med anledning av det ovan nämnda att det finns tre olika roller som sjuksköterskan kan ha i mötet med mamma och barn. Ett exempel är en situation där barnet gråter och mamma är nära att börja gråta hon också för att hon inte vet hur hon ska göra för att trösta sitt barn. En sjuksköterska som är en ”doer”, går in och tar över mammans roll genom att ta barnet och själv trösta det. En annan sjuksköterska som är en ”teacher”, överför sina egna erfarenheter i omvårdnad genom att säga till mamma hur hon ska göra. Inte någon av dessa sjuksköterskor fokuserar på varken mammans eller barnets behov. Mamman hindras i delaktighet i vården av sitt barn och kräver lite känslomässig energi från sjuksköterskan, till skillnad från en ”attacher” som är den tredje rollen som en sjuksköterska kan ha i denna situation. Sjuksköterskan som tar på sig en roll som ”attacher”, ser till både mammans och barnets behov. Detta innebär att hon ger information, förstärker observation och vägleder den nyblivna mamman att pröva sig fram att testa olika metoder för att närma sitt barn fysiskt och emotionellt.

Den regelbundna fysiska och sociala kontakten mellan mamman och barnet har positiva psykosociala och psykologiska effekter på både mamman och barnet. Beröring leder till mer interaktion och skapar en positiv spiral av sammanhang mellan mamma och barnet. Barnet som visar en nära kontakt med sin mamma, kan svara på ögonkontakt, känner igen mammans röst, känner trygghet och värme när mamma håller honom/henne. Förutom beröring finns det andra sätt att främja närhet mellan mamman och barnet till exempel amning, hud mot hud och babymassage. Allt detta underlättar anknytning och främjar anknytningsprocessen. Hud mot hud minskar mammans stress och ökar ömsesidighet mellan mamman och barnet. Att mamman har ammat sitt barn i 6 veckor leder till närhet och därmed en optimal anknytning. Oxytocinsfrisättning under amning har positiv effekt på mamman och i sin tur på barnet (Karl m.fl., 2006).

Martinez m.fl. (2007) skriver att relationen mellan det premature barnet och dess föräldrar utgör en interaktion som stimuleras genom taktill (beröring) och auditiv stimulans (tala och sjunga). Därför är denna regelbundna kontakt och relation mellan mamma och barnet viktig för etablerad anknytning. Martinez m.fl. (2007) skriver också att mamma får gå igenom en träningsprocess på neonatalavdelningen i form av att lära sig att vårda, mata sitt barn, amma eller ge mjölkersättning, samt att läsa av barnets kliniska status, vilket stärker mammans roll. Karl m.fl. (2006) anser också att för att kunna stödja mamman i anknytningsprocessen, bör en relation mellan sjuksköterskan och mamman etableras. Sjuksköterskan ska också involvera pappan och familjen i omvårdnaden.

Det finns flera sätt att stödja anknytningsprocessen i familjen. Det gäller framför allt för sjuksköterskan att ha en positiv attityd och ha en vilja att stödja föräldrarna. Hon svarar på deras frågor, uppmuntrar dem att beröra och prata med sitt barn, hjälper dem att se förbi teknologiska utrustningar, samt hjälper dem att se barnet som sitt barn och som medlem i familjen till exempel

genom att kalla barnet med sitt namn. Sjuksköterskan uppmuntrar mamman att hålla sitt barn så tidigt som möjligt, vilket underlättar tidigt anknytning. Kängurumetoden är ett exempel på att skapa den nära kontakten. Denna studie visar även att det är viktigt att föräldrarna inte upplever att de är gäster på avdelningen, utan att de är barnets föräldrar. Ett sätt att stärka familjebanden och underlätta anknytningen är att utgå från barnets utveckling och tillväxt. Detta kan ske på olika sätt till exempel att när barnet nått en speciell målvikt ta kort på barnet/ familjen tillsammans eller att mäta och göra fot- och handavtryck från barnet (Franklin, 2006).

Det är lika viktigt att främja en tidig anknytning på neonatalavdelningen som att fortsätta göra det efter utskrivningen (Franklin, 2006). När prematura barn skrivs ut från neonatalavdelningen, är de fortfarande i riskzonen. De kan drabbas av sjukdomar eller dö efter utskrivning. Därför behöver de en speciell vård, vilket föräldrarna måste lära sig att acceptera. Det finns också ett behov av en bred förståelse av förberedelse av barnets utskrivning med tanke på barnets tillväxt, barnets adekvata hälsoutveckling och föräldrarnas deltagande i hälsoutbildning. Personalen på neonatalavdelningen bör också erbjuda ett förenligt stöd och vård av god kvalitet baserad på respekt, ansvar och familjens behov. Föräldrarnas delaktighet i vård av sitt för tidigt födda barn har visat sig ha många positiva effekter på barnet såsom barnets viktuppgång och dess kognitiva utveckling (Martinez m.fl., 2007).

Att fortsätta stödja familjen i dess anknytningsprocess efter utskrivning sker till exempel genom telefonsamtal där sjuksköterskan tar reda på hur barnet och familjen har det i hemmet. Hon frågar föräldrarna bland annat hur det går med matning, viktuppgång och medicin samt svarar på deras frågor. Om familjen knyter an bra, ska föräldrar ha positiva saker att säga om sin erfarenhet och ha många saker att berätta. Om familjen knyter an dåligt, har de lite att säga om barnet eller kanske uttrycker sig dåligt om barnet. I detta fall kan sjuksköterskan fastställa situationen och ingripa genom att föreslå läkarkontakt (Franklin, 2006).

Vården i hemmet har visat sig ha flera fördelar. Sedan hemsjukvård efter neonatal vård startats, har det förbättrat hälsan för högriskprematurer, fullgångna barn och andra högriskbarn, och bidragit till kostnadseffektivitet samt minskat stressfaktorer för föräldrarna (Jönsson & Fridlund, 2003). Sjuksköterskan i hemsjukvården ger föräldrarna känslomässigt och socialt stöd. Hon ger dem information på en bekväm plats det vill säga i hemmet och föräldrarna känner sig mer redo att lyssna och ta in informationen (Jönsson & Fridlund, 2003; Kendric, Elkan, Hewitt, Dewey, Blair, Robinson, Williams & Brummell, 2000). Information kan förmedlas i form av föräldraundervisning om barnets matning, vägning, barnets utveckling och andra problem. Sjuksköterskor hjälper också föräldrar att tolka barnets signaler och beteende. Det skulle bli svårare annars för föräldrarna att få feedback utan hemsjukvårdens insatser (med tanke på deras vårdkompetens), även om mamman betraktas som kompetenta vårdgivare (Cappleman, 2004). Att ha tillgång till personalens kompetens på neonatalavdelningen, 24 timmar om dagen, gör att föräldrar känner trygghet i hemmet (Jönsson & Fridlund, 2003). Vetskapen om att barnet fortfarande är inskrivet på avdelningen och att föräldrarna kan ringa till neonatalavdelningen när som helst, bidrar till att föräldrarna känner att de har stöd av vården. Det kan räcka med ett telefonsamtal för att få bekräftat att de gör det som är bäst för barnet och på så sätt känner föräldrarna sig säkra i omvårdnaden om sitt barn och får kontinuitet (Mai & Wagner, 2005; Jönsson & Fridlund, 2005).

År 2001 startade neonatalavdelningen i Lund med hemsjukvård, som första avdelningen i Sverige (Jönsson & Fridlund, 2003). Efter Lunds initiativ har flera avdelningar i Sverige följt efter. Bilaga 1 visar en sammanställning av några av landets neonatala avdelningar som har hemsjukvård, deras kriteriekrav på vilka barn som kan bli aktuella för hemsjukvård, syftet med hemsjukvården och arbetsuppgifterna. Vi konstaterar utifrån denna sammanställning att ingen av de avdelningar som vi granskat tydligt har nämnt att de har som uppgift att hjälpa föräldrarna att lära sig knyta an till

barnet eller tolka barnets signaler, trots att syftet med hemsjukvård är att främja anknytning. Det handlar mer om rent medicinska uppgifter.

Utifrån denna sammanställning av tidigare forskning framkommer det att det är viktigt med anknytning mellan barn och föräldrar för att barn ska utvecklas optimalt. Vissa av dessa studier poängterar vikten av en omvårdnadsmetod och utbildning i anknytning på en neonatalavdelning för att främja tidig anknytning. De poängterar också vikten och behoven av att fortsätta främja anknytningsprocessen efter utskrivning. Det finns dock föga dokumenterat om hur barnsjuksköterskan i neonatal hemsjukvård främjar denna anknytningsprocess.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att undersöka barnsjuksköterskans upplevelse av att främja anknytningsprocessen mellan barn och föräldrar inom neonatal hemsjukvård.

### **Forskningsetiska överväganden**

Enligt ICN (International Council of Nurses) är sjuksköterskan skyldigt att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt utveckla sin egen och andras kompetens genom att ta fram ny kunskap utifrån egen eller andras forskning [codex]. Då studien inte innefattar inhämtning av biologiskt material eller försök att påverka informanten fysiskt eller psykiskt faller den inte under lag (2003: 463) om etikprövning .

I studien har tagits hänsyn till de forskningsetiska principer som finns inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning samt Helsingforsdeklarationen [codex]. Informationskravet innebär att informanten skall vara informerad om syftet med studien och informantens funktion. Vidare skall informanterna informeras om att deltagande är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Då informanterna hör till den egna professionen finns det en risk att de kan uppleva en press att delta. Viktigt i denna studie är att betona att deltagande inte kommer att påverka pågående eller framtida yrkesutövning.

Den insamlade informationen kommer endast att användas i studien enligt nyttjandekravet. Enligt konfidentialitetskravet skall informanternas identitet skyddas så att obehöriga inte kan ta del av dem. I analysen är informanterna aidentifierade och inga uppgifter kan härledas till enskild person. Eftersom studien görs på flera olika sjukhus minskar risken att informationen kan härledas till informanterna. Ursprungsmaterialet förvaras så att ingen obehörig ska kunna ta del av det. I samtyckeskravet ingår att informanten frivilligt har medverkat i studien. Informanterna skriver också under ett så kallat skriftligt samtycke att delta i studien [codex].

Dessa fyra forskningsetiska huvudprinciper:

- konfidentialitetskravet
- samtyckeskravet
- informationskravet
- nyttjandekravet

kommer att tillgodoses i studien och informanterna får skriftlig information i form av den skriftliga förfrågan som sänds ut (se bilaga 2). Vid det uppföljande telefonsamtalet samt vid intervjutillfället ges muntlig information om studiens syfte, informantens uppgifter och rättigheter enligt informationskravet. En intervju kan alltid frambringa känslor, såväl positiva som negativa hos den som intervjuas, men intervju är ändå den metod som bäst kan beskriva det problem vi vill



belysa. När människor deltar i en forskning måste det tjäna vetenskapliga och mänskliga intressen (Kvale, 1997).

En kvalitativ intervju kan vara en positiv upplevelse för den som blir intervjuad (Kvale, 1997). Med hjälp av intervjun blir det möjligt för barnsjuksköterskan som vi intervjuar att sätta ord på sin kunskap. På det sättet blir kunskapen erfarenhetsbaserad i stället för tyst kunskap. Benner, Tanner och Ceesla (1999) menar att kompetensen utvecklas när sjuksköterskan börjar se sina handlingar och blir mer aktivt medveten om dem. Praktiker-kunnande är den kunskap som förvärvas via erfarenhet med stora inslag av tyst eller underförstådd kunskap. Det som framkommer kan sedan komma till nytta för andra barnsjuksköterskor som arbetar på samma sätt genom att den kunskap som kommer fram är överförbar.

## **METOD**

### **Fenomenologisk hermeneutik**

För att svara på syftet har en fenomenologisk hermeneutisk metod valts. Med ett fenomenologiskt perspektiv menas att den som genomför studien har en öppenhet och fokuserar på den intervjuades upplevelser. Utgångspunkten är människans livsvärld<sup>7</sup>. Förutsättningslöst ska fenomenet så exakt som möjligt beskrivas, snarare än förklaras eller analyseras. Detta utan att ta hänsyn till upplevelsens ursprung eller orsak. När sedan det upplevda skrivs ner kommer en tolkning fram, det hermeneutiska perspektivet, och här får tolkarens förkunskap en stor betydelse. Syftet är att vinna en giltig och gemensam förståelse av meningen med hjälp av förkunskap (Lindseth & Norberg, 2004).

Hermeneutisk tolkning karaktäriseras av en ständig växling mellan delar och helhet vilket betyder att texten uppfattas som en helhet och utifrån det tolkas de enskilda delarna. Utifrån dessa tolkningar av delarna relateras de åter till helheten och så vidare. Detta för att så småningom få en allt djupare förståelse av meningen. Tolkningen av en intervju upphör när meningarna i olika teman bildar rimliga mönster och ingår i en sammanhängande enhet. Därefter jämförs tolkningarna av enskilda uttalanden med tolkningen av helhetsuppfattningen av intervjun och eventuellt med annan information om den intervjuade. Vid analys av en intervju ska tolkningen hålla sig till innehållet i uttalandena och försöka förstå vad de uttrycker om den intervjuades upplevelser (Kvale, 1997).

### **Urval och datainsamling**

Data kommer att insamlas genom kvalitativa forskningsintervjuer med 15 barnsjuksköterskor med minst ett års erfarenhet av neonatal hemsjukvård och som har arbetet på olika orter i Sverige. Genom kontakt med avdelningschefer vid flera olika sorters sjukhus i Sverige, universitets-, region- och länssjukhus, som bedriver neonatal hemsjukvård inhämtas information om de sjuksköterskor som uppfyller kriterierna för studien. Därefter tillfrågas dessa barnsjuksköterskor om deltagande i studien via telefonsamtal. De informanter som accepterat deltagande, får ett missivbrev, (bilaga 2) sänt till sig. Detta brev följs upp genom ytterligare ett telefonsamtal där möjlighet ges att dra tillbaka sitt deltagande alternativt att tid och plats för intervjun bokas. Intervjun planeras att ske på en ostörd och lämplig plats som informanterna själva får välja. Den som intervjuar måste bygga upp en så trygg miljö som möjligt för att informanten ska känna sig lugn (Kvale, 1997).

---

<sup>7</sup> Livsvärld introducerades av Edmund Husserl och menas det sammanhang som människor lever och verkar i, den värld som ofta tas för självklar och given. (Pilhammar-Andersson, Berh, Friberg, Gedda & Häggström, 2003).

Informanternas berättelser avgör tidsåtgången. Intervjuerna spelas in på band och skrivs sedan ut så exakt som möjligt och avidentifieras. Renskrivning av intervjuerna ska ske så snart som möjligt efter intervjun.

## **Analys**

För att få förståelse för innehållet i intervjuerna med barnsjuksköterskorna ska varje intervju läsas igenom noggrant och reflekterande, Rooke (1994) menar att intervjun bör läsas närmare för att fånga den inliggande innebörden i berättelsen.

De nedskrivna intervjuerna ska analyseras enligt fenomenologisk hermeneutisk ansats. Lindseth & Norberg (2004) skriver att det finns tre delar som ska ingå i analysen och de är: en naiv läsning av texten, struktur analys och sedan en tolkad helhet. Intervjuerna ska läsas flera gånger för att i stort förstå meningen i texten. Lindseth & Norberg (2004) skriver vidare att i den naiva läsningen är det viktigt att vara öppen för texten och så småningom gå mot en mer fenomenologisk attityd till texten för att komma till strukturanalysen.

I andra steget kommer vi att söka efter meningsbärande enheter och utifrån dem söka efter huvudteman och subteman. Lindseth & Norberg (2004) menar att strukturanalysen är den del i metoden då sökning efter och formulering av teman sker. Ett tema är en röd tråd som går genom antingen hela texten eller delar av den. Hela texten läses och delas in i meningsbärande enheter, som kan vara en del av en mening, flera meningar eller en paragraf, det vill säga ett stycke text som innehåller ett tema. Efter att detta gjorts kan det finnas vissa delar av texten som inte säger något och de kan tas i beaktande under analysen, men bör inte ingå i utformningen av teman. De meningsbärande enheterna ska läsas igenom och reflekteras över utifrån bakgrund och den naiva läsningen. De ska även reflekteras över vad det gäller likheter och olikheter sinsemellan. Därefter sker en sortering, och alla meningsbärande enheter blir huvudteman i vilka det kan ingå subteman. Under strukturanalysen försöker den som genomför studien att vara så objektiv som möjligt till texten. Flera strukturanalysen kan göras för att få fram eventuella skillnader (Lindseth & Norberg, 2004).

För att få fram en tolkad helhet kommer vi att reflektera över resultatet utifrån forskningsfrågan och syftet. Lindseth & Norberg (2004) föreslår att efter att resultatet formats läses texten igen med nävläsning med de aktuella teman som framkommit, med sig i tanken. Detta moment bör ske med så stor öppenhet som möjligt. Vi tolkar med hjälp av vår förförståelse och denna kan inte tas bort, utan bara en medvetenhet om den bör finnas med.

## **Pilotstudie**

I syfte att pröva ovan beskrivna metod har en pilotstudie genomförts. Det som skiljer sig mellan studien i stor skala och pilotstudien är att två informanter valdes ut istället för 15. Dessa informanter valdes dock ut efter samma kriterier. De var barnsjuksköterskor och hade arbetat med neonatal hemsjukvård i minst ett år. De hade även arbetat på två olika orter. I pilotstudien kom båda författarna att delta i intervjun.

## RESULTAT

Efter den naiva läsningen genomfördes en strukturanalys om resulterade i fem huvudteman enligt tabell 2.

**Tabell 2.** Resultatet av strukturanalys av barnsjuksköterskors (n=2) upplevelser av att främja anknytning inom neonatal hemsjukvård.

Subtema	Huvudtema
Att vara i kontinuitet Att vara tillgänglig Att vara i ödmjukhet Att inte veta bäst Att vara i relation	Att vara i hemmet
Att ha insyn i familjen Att ha en känsla av något	Att se och ana
Att överlåta ansvar till föräldrarna Att stärka föräldraskapet Att ta fram det positiva Att ge alternativ Att lugna	Att bekräfta och uppmuntra
Att ge stöd och råd Att visa tecken Att avveckla sig själv Att vara åskådare	Att vägleda
Att inse sina begränsningar Att samordna	Att samverka

### Att vara i hemmet

Vårdmiljön påverkade relationen mellan barnsjuksköterskan och familjen i hemsjukvården genom att miljön i hemmet upplevdes lugnare. Barnsjuksköterskan hade direkt kontakt med föräldrarna. Hon kunde läsa av vad hon själv hade gjort, vad som var bra och vad som inte hade blivit bra på grund av att det fanns kontinuitet. På så sätt kunde hon få en djupare relation till föräldrarna. Det optimala upplevdes vara om barnsjuksköterskan kunde följa med familjen från avdelningen och till hemmet. Trots att familjen var i hemmet hade de ändå möjlighet att kontakta personalen, som var tillgänglig på mobiltelefon hela dagarna måndag till fredag. Övriga tider kunde föräldrarna vända sig till avdelningen som de skrevs ut ifrån.

*”Det är ju en lugnare miljö hemma överhuvudtaget tycker jag. Dels är det ju ett bra sätt att se hur föräldrarna agerar i en hemmiljö. Här på sjukhuset, alltså de är ju föräldrar, men inte fullt ut. Det är ju gärna så att de går och frågar all personal hela tiden, alla. Det är ju därför de får så mycket olika svar också. Även om de vet ibland, så frågar de ändå. De går och ber att även om man har visat dem hur man kollar sonden och så, vill de gärna att personalen ska kolla det ändå. Och så säger de att det är så skönt att vara på sjukhuset. Man kan fråga vad som helst när som helst. Visst det är ju i och för sig bra, men de tänker inte själva heller. Hemma så måste de tänka efter och man ser. Samtidigt får man vara ödmjuk när man är hemma. För att det blir ju inte alltid som*

*jag har tänkt mig och det är inte alltid så att jag som sjuksköterska tycker att det är på det mest optimala sättet. Utan man får ju blunda ibland för vissa saker.”*

Barnsjuksköterskan styrdes också av vad hon själv ansåg är hennes uppgifter och hon var beroende av tillgången på tid. Till exempel var hon ibland inne endast 10-15 minuter. Detta berodde på hur föräldrarna mådde och vad de hade för önskemål.

*”Vi gör inte så mycket mer hemma egentligen utan de tar av dem [barnen] själva. Vi lägger dem på vågen. Vi gör mycket mer här. Om de ber oss göra något speciellt att man ska titta på naveln eller sådana saker. Man gör mer om de ber om det..... En del vill man att man ska sitta ner och prata lite och så. Det är olika.”*

### **Att se och ana**

Hembesöket handlade ofta om viktkontroll. Barnsjuksköterskan tittade inte direkt på anknytningen. Ibland såg barnsjuksköterskan samtidigt på hur mamman bar sitt barn, pratade med det, samspelade på skötbordet och hur hon klarade att tolka barnets signaler.

*”... Man känner in på något sätt när man kommer hem till folk. Sedan har man träffat de här också, man vet lite grand vilka de är.. för det mesta är det himla gulliga, fina föräldrar..... De bär sina barn... omkring. Man kände ju nästan på sig att det är alldeles utmärkt hemma som de har det. Jag kan inte komma på något. De är himla måna om sina barn... oftast för tidigt födda är det något speciellt med... de är extra, extra omhuldade och noga, frågar mycket. Jag tycker när de är i hemsjukvården så är de ändå, nog rätt trygga, tror jag. De ringer inte så ofta hit utan de väntar tills vi kommer ...” Så de är rätt säkra”, tror jag.*

Barnsjuksköterskorna uttryckte att deras långa erfarenhet gjorde att de kände in på något sätt. De såg och anade om något inte stod rätt till i familjen och fick då en känsla av att anknytningen kunde vara bristande. Besöket kunde då i praktiken innebära en extra viktkontroll, men i själva verket handlade det om att få lite insyn i familjen.

*”...ja, men vi har en haft en mamma som jag tänker på direkt, där det var, där vi upplever att hon har problem med att knyta an till sitt barn.... Jag vet inte om det var ... det var lite struligt över huvudtaget. Hennes man jobbade väldigt mycket och han[barnet] låg inne länge inom hemsjukvården och växte ganska dåligt. Först upplevde jag att det var lite svårt att kommunicera med henne. Ofta är de ju så väldigt noga och liksom ofta vill ju de flesta föräldrar sina barn väl och det ville nog hon säkert också, men det var så här att om han ryckte ut sin sond så fick det vara några dagar till vi kom och då hade han ju rasat i vikt igen. Jag försökte förklara att han är väldigt liten och tillväxthämmad så att det är väldigt viktigt att han får i sig mat. Han måste få i sig mat på något sätt iallafall.”*

### **Att bekräfta och uppmuntra**

Barnsjuksköterskans roll i anknytningsprocessen innebar att hon var den som uppmuntrade, peppade och bekräftade föräldrarna. Hon påpekade för mammor, men även pappor hur viktiga de är för sina barn. Det var ofta inte så stora saker som behövdes utan genom att hon överlät ansvaret till föräldrarna växte de och därmed stärktes föräldraskapet. Att bekräfta handlade också om att dämpa föräldrarnas oro när deras barn var sjukt och peppa dem när de hade uppmärksammat detta.

*”... alltså hemsjukvård är.. alltså anknytning.. i hemsjukvård är ett utav huvudsyftena att få ihop föräldrar och barn. Det är liksom hemsjukvårdens stora grej... Sedan tycker jag att det är viktigt att föräldrarna får komma med.. Att man får dem att tänka själva i först hand. Att man inte alltid kommer med färdiga lösningar utan att de får berätta vad de ser å lite så och sen så får man bekräfta dem väldigt mycket... Bekräfta dem i vad de hör å ser, peppa dem mycket. Sen kan man ju då när de kommit till att de både ser och hör barnet kan man säga att du är bra och styrka dem i detta. Så kan man säga att det finns ju flera sätt och man kan ju göra så här också. Så att man kan ge dem alternativ här om man känner att det behövs något ytterligare här.”*

Barnsjuksköterskan behövde även tänka på hur hon uttryckte sig och försöka lyfta fram det som var positivt istället för att fokusera på det som var negativt.

*”... jag har ingen mat, jag har jätte dåligt med mat. Jaha sa jag, vad säger du, har du ingenting eller vad menar du hur mycket har du? – jag, jag har väl en 20 gram eller någonting men det räcker ju ingenting jag kommer ju aldrig få någon mat och det är ju inte så stor idé. – men vad säger du det är ju jättebra har du 20 gram fortfarande! Den här mamman har alltså förlorat ett barn som var tvilling varav den ena dog då... Det var jättejobbigt för henne. Det är ju jättebra att du har så mycket mat! 20 gram det är fantastiskt! Har du orkat pumpa hela den tiden under allt... Så det har jätte stor betydelse tror jag hur man uttrycker, vad man poängterar, att man liksom inte tittar på det som är negativt utan det som är positivt. Att man poängterar det hela tiden. Så pratar vi inte mycket om det som inte funkar utan det som funkar tar man fram och pratar om och så kommer det andra.”*

### **Att vägleda**

En annan uppgift som barnsjuksköterskan hade för att främja anknytning var att hon skulle vägleda föräldrarna. Hon skulle finnas med som ett stöd och som en åskådare. Hon kunde komma med tips och råd samt svara på deras frågor. Det handlade om att barnsjuksköterskan försökte avveckla sig själv.

*”Det är det vi gör i hemmet. Det är att man väger dem och pratar om viktuppgång, lite rådgivning kring maten, det är det ibland hur mycket jag ska amma, ska vi mata till eller? ... Det är inte alltid man får säga till... man får prova sig fram oftast. Prova göra så här och så här.”*

Men det fanns även andra saker som barnsjuksköterskan tittade på och det var hur föräldrarna tog till sig sina barn, hur de hanterade den situationen. Hon pratade med föräldrarna om hur de mådde rent psykiskt, vilket hon ansåg var ett sätt att ge dem stöd. Barnsjuksköterskan behövde även hjälpa föräldrarna att se barnet och tolka barnets signaler. Denna process startade redan på neonatalavdelningen och fortsatte sedan i hemsjukvården.

*”... men jag brukar arbeta redan när de kommer med att försöka få föräldrarna att ta över så stor del av vården som möjligt. Jag tror att man har en ganska stor betydelse som sjuksköterska i anknytningsprocessen, eller att hjälpa föräldrarna i anknytningsprocessen rättar sagt. Hjälpa dem... vad ska jag säga... hjälpa dem att se barnet. När barnet signalerar, de har ju ganska svaga ... uttryck när de är hungriga å sådär. Det är inte knappt att de skriker och gapar, utan de kanske bara börjar röra på sig. Att man hjälper föräldrarna i början att se de här sakerna, att de är sakerna, att de är tecken och visa på dem. Han kanske är hungrig å att man när de vill suga på bröstet, att man visar på olika tecken så att de lär sig och lär sig sitt barn. Jag tycker att föräldrarna lär sig jättesnabbt”*

### **Att samverka**

Redan på avdelningen kunde anknytningsproblem uppmärksammas och då kunde andra professioner ta över till exempel genom att berörda professioner samlades till så kallade ROS-möten (Råd och stöd). Då kunde det vara så att familjer med anknytningsproblem inte fick komma alls till hemsjukvården.

*”Vi har sagt, vi ska inte, vi skickar inte hem någon om det inte är stabilt hemma. Det gör vi inte. Sådana familjer, de behöver ofta mycket stöd. Det är inte vår uppgift egentligen. De behöver kanske psykolog eller kurator kontakt... Det är inte bara ... utan oftast det är mer grejer...”*

Ibland kunde det vara så att anknytningsproblem inte hade uppmärksamats på avdelningen utan att barnsjuksköterskan upptäckte det i hemmet. Då kunde hon ta hjälp av sin kollega och diskutera och även be henne att titta lite extra när hon besökte familjen nästa gång. Om hon fick samma känsla kunde de gå vidare med det. Om barnsjuksköterskan uppmärksammade att mamman till exempel var deprimerad, och hon hade försökt att prata med henne, men kände att hon inte kunde hjälpa henne kunde hon föreslå samtal med kurator eller psykolog. Om barnet var klart för att skrivas ut från hemsjukvården kunde hon rapportera över till Barnavårdscentralen (BVC) att hon var orolig för den här familjen och inte tyckte att mamman hade knutit an ordentligt. BVC kunde även kopplas in tidigt om det märktes att det fanns problem. Även om det inte hade varit några problem kunde BVC -sköterskan kontaktas för en överrapportering eftersom det var hon som skulle ta över.

*”Och det klart att man samtidigt kan ha en viss form av stöd, kan man vara som sjuksköterska, men det klart man måste ha en professionell hållning till när det övergår i rent psykiatriska diagnoser eller att man får dra någon gräns också mot socialtjänsten. Vi har ju olika professioner ... Där man känner att ens egen kompetens inte räcker till.”*

## **Tolkad helhet**

Ur strukturanalysen växte det fram en tolkad helhet där att främja anknytning i hemmet handlar om barnsjuksköterskans inställning till anknytning. Inställningen framkommer när barnsjuksköterskan beskriver vad hon anser är hennes huvuduppgifter. Om hon anser att anknytning är en process som startas på avdelningen och sedan fortsätter i hemmet, samt att hon är en del i processen, då inser hon att det ingår i hennes uppgifter. Den professionella omvårdnaden i den neonatala hemsjukvården tolkades som att inte inta expertrollen utan i ödmjukhet inför föräldrarnas egen förmåga vara en medvandrare i anknytningsprocessen. Genom att av föräldrarna bli inbjuden i hemmet gavs möjlighet till insyn i föräldraskapet, men också möjligheter att stärka det goda, visa på möjligheter och lyfta resurser hos föräldrarna. Den professionella omvårdnaden innefattade också att visa på tecken och signaler från barnet och hjälpa föräldern att tolka dessa samt att vägleda genom råd och stöd. Ett medvetet förhållningssätt hos barnsjuksköterskan syftade till att överlåta ansvar, inse sina begränsningar och avveckla sig själv.

## **DISKUSSION**

### **Metod diskussion**

Syftet med denna studie var att studera barnsjuksköterskors upplevelse av att främja anknytningsprocessen i neonatal hemsjukvård. Fenomenologisk hermeneutik är den ansats som vi ansåg passade bäst för att svara på syftet. Utifrån vårt val av ontologiskt och epistemologiskt ställningstagande har vi valt att utgå ifrån en humanistisk människosyn. Enligt Turén (1999) är hermeneutiken i sig utpräglat humanistisk till sin inriktning.

Fenomenologi betyder ”det som visar sig” och fenomen så som de erfars (Pilhammar m.fl., 2003). Om enbart en fenomenologisk ansats hade valts skulle enbart fenomenet kunnat beskrivas utan att vi sedan kunnat tolka det. En hermeneutisk ansats i sin tur står endast för tolkning. Fenomenologi är således en beskrivande ansats medan hermeneutik är ett tolkande arbete (Dahlberg m.fl., 2001). Hermeneutiken är baserad på förståelsekunskap vilket gör att förförståelse utvecklas från fördomar till verklig förståelse (Turén, 1999). Vi vill vara öppna för den narrativa intervjun och vara så nära fenomenet som möjligt och samtidigt ville vi ha en frihet att kunna ta avstånd från fenomenet och tolka det.

*”To understand a text is to follow it’s movements from what it say’s to what it talks about.”* (Lindseth och Norberg, 2004).

Vi kunde valt att göra en observationsstudie för att observera själva fenomenet anknytning och barnsjuksköterskans roll i denna process, men det kan vara svårt att göra det så väl i denna pilotstudie som i den fullskaliga studien. Ett annat mätinstrument som kunde valts är enkätstudie, men det hade då varit svårt att komma åt upplevelsen som kan fås via en narrativ intervju. Det skulle däremot passa att göra en enkätstudie efter att denna studie gjorts i stor skala för att komma åt fler informanter och på så sätt få större reliabilitet<sup>8</sup>. I all forskning, kvantitativ såväl som kvalitativ, måste forskaren ha ett öppet förhållningssätt genom hela undersökningen och vara medveten om sina antaganden, sin förförståelse och sina fördomar vilka riskerar att hämma fullständig öppenhet. Det är viktigt att reflektera över hur förförståelsen påverkar hela forskningsprocessen, allt ifrån valet av problem till valet av metod (Dahlberg m.fl., 2001).

Eftersom vi har valt att göra en intervju har vi skickat ut ett missivbrev till informanterna där vi förklarade problemet i fråga och vårt syfte med undersökningen. Under analysen av intervjun har vi upplevt att vi har två syften, det ena är hur barnsjuksköterskan kan främja anknytningen och det andra är hur vårdmiljön påverkar henne i denna process. Därför har vi fått ändra syfte och problemformulering. Se bifogat missivbrev och aktuellt syfte.

Vi har haft en struktur inför intervjun enligt Kvale (1997). Innan vi började intervjun visade vi missivbrevet igen och upprepade syftet. Vi har under intervjun försökt att ett öppet förhållningssätt genom att ha öppna frågor för att få en beskrivning av den upplevda erfarenheten, fenomenet. Eftersom detta är en pilotstudie har endast två personer intervjuats. Vi var båda ovana vid att intervjua så det har kanske påverkat resultatet. Andra intervjun gick dock bättre. Kvale (1997) menar att genomföra en intervju på ett bra sätt är ett hantverk. Resultatet av en intervju är beroende av intervjuarens kunnande, känslighet och empati. Om vi hade haft mer vana hade vi kanske kunnat ställa bättre frågor och på så sätt fått annorlunda svar.

Vi började med en ganska ”stor fråga” som vi i efterhand har konstaterat att den kanske behövde lite eftertanke. Vår fråga var ”hur ser du på anknytning?” Vi har funderat på vad vi hade fått för svar om vi hade ställt frågan ”Hur definierar du anknytning?” istället. Å andra sidan har den narrativa intervjun bidragit till ett rikt analysmaterial. Vi försökt vara lyhörda och haft en dialog och vi har försökt att ställa öppna följdfrågor. Det var ibland svårt att avbryta om informanten svarade med exempel från neonatalvård istället för från hemsjukvården, men vi har ändå fått svar på vårt problem och vårt syfte. Detta ökar validiteten<sup>9</sup> i denna studie.

Vi var båda med vid båda intervjuerna. Detta kan ses som en fördel genom att vi kunde komplettera varandra bra så att vi kom ihåg det vi skulle fråga. Även detta kan öka validiteten. Trost (2005) menar att två intervjuare bidrar till en bättre intervju med större informationsmängd

---

<sup>8</sup> Reliabilitet: Tillförlitlighet i att mätningarna är korrekt gjorda (Thurén, 1999).

<sup>9</sup> Validitet: Innebär att man verkligen har undersökt det man hade för avsikt att mäta (Thurén, 1999).



och förståelse än om endast en skulle göra intervjun. Det kan kanske upplevas som negativt från informantens sida att vi var ”två mot en”. Vi fick inga reaktioner på detta, men det kanske bara var något som de tänkte men inte sa.

Intervjuerna varade mellan 45-60 min. Genom att intervjuerna genomfördes på respektive avdelning blev vi störda vilket gjorde det svårt att hitta tillbaka till tråden. Det medförde även att det var svårt att inte avslöja vem vi intervjuade. Vi skulle kanske valt en annan plats att intervju på där vi kunde fått vara ostörda. Det är dock en plats som de själva valt ut och det gör att de känner sig trygga.

Under analysen har vi, eftersom vi är två författare, kunnat göra två tolkningar, vilket ökar reliabiliteten. Det var svårt att hitta meningsbärande enheter som endast passade till ett tema. Flera analyser har gjorts och teman har då ändrats något. Vissa teman finns textavsnitt som skulle kunna passa i ett annat tema.

## Resultatdiskussion

Resultatet av pilotstudien visar på fem viktiga delar som är av betydelse för barnsjuksköterskans främjande av anknytningsprocessen inom neonatal hemsjukvård; Att vara i hemmet, Att se och ana, Att bekräfta och uppmuntra, Att samverka och Att vägleda (figur 1).



**Figur 1.** Faktorer av betydelse för främjande av anknytningsprocessen i neonatal hemsjukvård

Att vara i hemmet har stor positiv betydelse för anknytningen eftersom vi vet att vårdmiljö och organisation på neonatalavdelningen kan påverka anknytningsprocessen negativt. Detta visar Wigert m.fl. (2006) i sin studie, att på sjukhus är föräldrarna sårbara och vårdmiljön hindrar deras delaktighet. Det positiva med att familjen får vård i hemmet styrks av våra informanter som betonar att det är en lugnare miljö hemma med färre personal, vilket bland annat minskar risken för olika budskap. Det visar även att, genom att barnsjuksköterskan träffar familjen med större kontinuitet skapas en djupare relation. Att få en djupare relation förutsätter att det finns tillit i relationen. För att skapa tillit krävs det tid och öppenhet samt dialog. Detta styrks av att informanterna upplever det som positivt att de hela tiden kan utvärdera det de gör och säger till

familjen. Pilotstudiens resultat står i motsats till det Wigert m.fl. (2006) skriver, nämligen att föräldrarna upplevde en brist på dialog under vistelsen på neonatalavdelningen.

Inom sjukvården finns en inbyggd maktrelation där föräldrar är beroende av personalen på många sätt. I hemmet däremot blir barnsjuksköterskan mer beroende av föräldrarnas bedömning av barnet. Barnsjuksköterskan är gäst i deras hem och är där på deras villkor.

*”Samtidigt får man vara ödmjuk när man är hemma. För att det blir ju inte alltid som jag har tänkt mig och det är inte alltid så att jag som sjuksköterska tycker att det är på det mest optimala sättet. Utan man får ju blunda ibland för vissa saker.”*

Att som sjuksköterska befinna sig i hemmet kan innebära att det uppkommer etiska situationer som kanske inte hade uppkommit på avdelningen. I hemmet tar föräldrarna större ansvar och oavsett vad barnsjuksköterskan ger för råd, kommer familjen att göra det de tycker är bäst när hon har gått därifrån. Något som hon kan reflektera över i mötet med familjen i hemmet är relationsetik enligt Norberg, m.fl. (1992). Relationsetik innebär att vi reflekterar över hur vi fyller våra sociala positioner och besvarar frågorna som: vad är en god vårdare? är jag en god vårdare? hur ska jag förhålla mig till medmänniskorna? Etik kan även handla om: Vad är god omvårdnad? Det är svårt att veta vad som är god omvårdnad av ett barn menar Tvieten, (2000). Det kan till exempel vara så att föräldrarna och sjuksköterskan inte har samma uppfattning om vad som är god omvårdnad i en viss situation. Kanske måste både sjuksköterskan och föräldrarna tycka att det är god omvårdnad för att det ska vara det? Helhetsperspektivet på barnet och familjen kan innebära utmaningar för sjuksköterskan. En god omvårdnad är individualiserad och tar hänsyn till barnets totala situation och baseras på barnets och familjens upplevelser. Etisk medvetenhet, kunskap eller vetande och handlingsberedskap är tre dimensioner som sjuksköterskans kompetens kan sägas innefatta. Utöver den etiska reflektionen anser vi att det är viktigt att barnsjuksköterskan behöver kunskap om anknytningsprocessen, för att möjliggöra den professionella omvårdnaden. Det blir då lättare för henne att veta vad som kännetecknar en bra respektive en dålig anknytning. Hon behöver även reflektera över sina omvårdnadshandlingar (Karl m.fl., 2006; Martinez m.fl., 2007). Detta tillsammans ger henne förmåga till större handlingsberedskap.

Ibland när barnsjuksköterskan kommer hem till en familj upplever hon att det är något i anknytningsprocessen som inte stämmer och handlar då utifrån sin intuition. Hon uttrycker att hon känner in på något sätt när hon kommer hem till familjen. Benner m.fl. (1999) menar att sjuksköterskans intuition är en bedömning utan rationellt grundat resonemang. Det är en speciell form av slutledningsförmåga, som grundar sig på förtrogenhet med likartade erfarenheter, vilket möjliggör en omedelbar förståelse av den kliniska situationen. Detta är expertkunnande enligt Benner. De barnsjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården har ofta lång erfarenhet och har kommit till expertkunnande. Orlando (1997) menar att om sjuksköterskan reflekterar över sina kunskaper genom att ställa sig frågorna: Vad ser jag?, Vad tänker jag?, Vad känner jag?, startas en process inom henne. Denna process börjar med att barnsjuksköterskan i hemsjukvården ser och anar något och för att sedan kunna sätta ord på sina intuitioner, behöver hon göra ett extra hembesök för att starta en dialog med familjen. Hon behöver få sin intuition bekräftad eller korrigerad. Först när det har skett kan hon handla utifrån den och kan sedan ställa sig frågan: Vad gör jag? Genom att ställa denna fråga efter att ha haft en dialog minskar det risken för lösa antaganden. Det är viktigt att kombinera expertkunnande med reflektion.

Förutom regelbundna hembesök kan föräldrarna också kontakta neonatalavdelningen för telefonrådgivning dygnet runt, vilket ökar trygghet i hemmet, tillgänglighet samt kontinuitet. Telefonrådgivning förutsätter också kunskap om anknytningen, och på vilka grunder som tolkning av den på telefon sker. Återigen kan vi koppla till Orlandos omvårdnadsmodell som säger att för att kunna handla adekvat måste sjuksköterskan uttrycka och dela sina förnimmelser, tankar och känslor med patienten, genom en dialog.

Barnsjuksköterskan kan ha förutfattade meningar och börja handla utifrån dessa eller så har hon ett öppet förhållningssätt, vilket Orlando (1997) förespråkar. Hon anser att omvårdnaden formas i det enskilda mötet mellan sjuksköterska och patient. Varje möte är unikt och omvårdnaden bygger på interaktionen i mötet. Vi anser att varje människa är unik och varje familj är unik. Astrid Norberg menar att relationsetik bygger på det unika mötet mellan patient och vårdgivare. Återigen kan kopplingar göras till relationsetiken som menar att när två människor möts, går de in i en etisk relation. I detta möte kan den ena läsa den andras ansiktes budskap och därmed svara an (Norberg m.fl., 1992). Relation och interaktionen är centrala begrepp i all hälso- och sjukvård och människorelationernas etik blir därför viktig såväl i omvårdnadsetiken som i all annan vårdetik. Relationsetiken tar sig direkta uttryck i de konkreta vårdsituationerna (Kalkas & Sarvimäki, 1996).

Barnsjuksköterska har även en viktig uppgift att peppa, uppmuntra och bekräfta mamman för att stärka mammans förmåga att samspele med sitt barn och på så sätt stärks föräldrarollen menar våra informanter. Martinez m.fl. (2007) menar att sjuksköterskan har som roll att väcka den känslan som mamman redan har, att vara mamma. Barnsjuksköterskan uppmuntrar hela tiden föräldrarna genom att säga att de är viktiga för sina barn. Amning kan vara ett sätt att öka den nära kontakten mellan mamma och barn. Forskning visar att vid amning ökas frisättningen av oxytocin vilket har positiv effekt på mamma som i sin tur påverkar barnet. En annan studie visar att när mamma tar hand om sitt barn till exempel vid blöjbyte, och mamma och barn har ett bra samspel är nivåerna av kortisol i barnets saliv låga. Om mamman inte kan samspele med barnet blir det stressat och kortisolnivån ökar (Mörelius, Nelson & Gustafsson, 2006). När barnsjuksköterskan, i vårt resultat, uttrycker att hon endast hjälper till med amning och lite rådgivning kan det i praktiken innebära att hon i själva verket gör mer än vad hon är medveten om. Återigen är reflektion av stor betydelse. Informanterna beskriver att besöket kan variera i längd och det är beroende av vad mamma och barn har för behov. Vi anser att även i det korta mötet kan barnsjuksköterskan se och göra mycket bara hon funderar på vad hon gör och i vilket syfte. Därmed blir hon medveten om sin tysta kunskap och känner sig mer trygg i sin roll.

*”Oftast är det inte så stora saker som behövs utan våga ge ansvar till föräldrarna så växer dem.”*

För att kunna fokusera på det som är positivt förutsätts att barnsjuksköterskan utgår från att människan är utvecklingsbar och har förmåga till autonomi. För detta krävs att hon har funderat över sin människosyn, det vill säga sina ontologiska utgångspunkter. Bengtsson, (2006) menar att vård inte kan bedrivas utan ontologiska antaganden. Det är viktigt att vårdpraktiker reflekterar över och blir medvetna om vilka antaganden som påverkar deras dagliga arbete. Genom att reflektera över sina antaganden, ökar barnsjuksköterskans självkänedom och först då kan hon känna att hon kan överlåta ansvaret till föräldrarna.

För att överlåta ansvaret helt till föräldrarna behöver barnsjuksköterskan först vägleda dem. Att vägleda handlar bland annat om att ge råd och stöd samt att undervisa. Barnsjuksköterskan har i en undervisande situation en pedagogisk roll. Pilhammar-Andersson (2003) skriver om det pedagogiska paradigmet, vilket innefattar tre nivåer, människosyn, kunskapsyn och undervisningsmetod. Vilken metod som väljs att användas vid undervisning beror på vilken människosyn och kunskapsyn sjuksköterskan har. Det vill säga att återigen måste sjuksköterskan vara medveten om sin människosyn och sedan sin kunskapsyn för att kunna välja undervisningsmetod. Hon ska forma sin egen ståndpunkt och sitt förhållningssätt gentemot patienten. Detta förutsätter att hon är medveten och har självkänedom. Undervisningsmetod enligt humanistisk människosyn utgår från att människan har förmåga till egenvård och har egna resurser. Genom att sjuksköterskan följer patientens tankegångar och sedan följer sina egna tankegångar, till exempel tänker högt, leder det till ett positivt pedagogiskt möte där patienten är delaktig i vården. Återigen kan en koppling göras till Orlando's omvårdnadsmodell. Tyst kunskap blir synlig vilket leder till att sjuksköterskan också blir trygg. Denna trygghet kan i hemsjukvården

sedan komma till uttryck i att barnsjuksköterskan känner tillit till familjens förmåga att ta hand om sitt barn och vågar på så sätt lämna över ansvaret till föräldrarna. Det viktigaste, enligt våra informanter var att kunna avveckla sig själv. De ansåg att detta är ett utav huvudsyftena med neonatal hemsjukvård.

Som tidigare nämnts finns det enligt Karl m.fl. (2006) tre olika roller som sjuksköterskan kan inta i en specifik situation. Två av dessa är "Doer" och "Teacher". Dessa roller innebär att omvårdnaden utförs genom att ta över omvårdnaden eller att lära ut sin egen övertygelse. Detta sker utan att det stärker föräldrarna i deras roll. Den tredje rollen som sjuksköterskan kan ta är rollen som "Attacher". Då finns sjuksköterskan med mer som en åskådare och visar på tecken så att föräldrarna själva kan utföra beömningen nästa gång. Syftet är att avveckla sig själv. Detta underlättas om det finns en bra relation mellan sjuksköterskan och mamman. Det finns dock föga dokumenterat, hur sjuksköterskor kan få guidning för att uppnå detta.

Om barnsjuksköterskan i sin roll i hemsjukvården känner att föräldrarna har ett utvidgat omvårdnadsbehov, är det viktigt att hon inser sina begränsningar och inleder ett samarbete med andra professioner. Detta är något som våra informanter tydligt beskriver och det styrks av Hagelin E, m.fl. (2000) som menar att samarbete och samverkan multiprofessionellt är av betydelse för att barnet ska få stöd och skydd från samhället utifrån en helhetssyn. Det är även viktigt med ett brett samverkansnät för att barn och familj skall kunna få det samordnade stöd de behöver. Möjligheten att konsultera barnhälsovårdens psykolog och överföra svåra ärenden till psykologen bör självklart utnyttjas om sjuksköterskan inte tycker sig kunna hantera situationen ensam. Enligt Kalkas och Sarvimäki (1996) har begreppet ansvar flertydiga definitioner. I vissa definitioner förknippas det med den enskilda människans existens, i andra definitioner förknippas det med samarbete eller med bådadera. Kalkas och Sarvimäki (1996) anser också att sjuksköterskan bör uppfatta sitt eget ansvar som människa. Hon bör ha klart för sig hur ansvaret fördelas mellan de enskilda medarbetarna och patienterna. Personalen måste även ha en bra relation sinsemellan. Det är en förutsättning för att kunna arbeta med denna problematik (Sjöström, 2002). För att upptäcka och behandla anknytningsproblem i en familj ställs det stora krav på alla som arbetar med familjen. Det krävs mod, men också olika kompetens, intresse för området, tillräckligt med kunskaper och personlig mognad (Sjöström, 2002).

Ett tecken på att barn inte knyter an kan yttra sig i dålig viktuppgång. Detta kan även vara ett tecken på att barnet vanvårdas både psykiskt och fysiskt. Våra informanter berättar att mycket av deras arbete handlar om att kontrollera vikt, vilket kan ha med anknytning att göra. Det är dock ingen av dem som nämner det tydligt. Alla barn knyter an, men det är inte säkert att den anknytningen är av god kvalitet. Det är därför viktigt att barnsjuksköterskan har kunskaper om Ainsworth (1978):s fyra anknytningsmönster som kännetecknar trygga och otrygga barn. Är mamman uppslukad till exempel i en depression och hon har svårt att svara på barnets behov kan samspelet brista och barnet blir otryggt. Stern (1991) pratar om så kallad känslointoning vilket innebär att föräldrarna uppfattar barnets signaler och försöker anpassa sig till barnet. När detta fungerar blir barnet tryggt. Föräldrar kan vara olika känsliga i samspelet med sina barn. De flesta föräldrar är förmögna till en sådan intoning men vissa tycks ha vissa svårigheter att se barnet. För att upptäcka eventuell postpartumdepression screenas alla mammor första tiden efter förlossningen, genom att de får fylla i ett formulär som kallas EPDS<sup>10</sup>. Eftersom flera av de barn som kommer till hemsjukvården varit ineliggande vid denna tidpunkt då denna screening skulle ha genomförts kan denna undersökning lätt glömmas av. Därför är det extra viktigt att hemsjukvården samverkar med BVC och är uppmärksamma på symtom och tecken på post

---

<sup>10</sup> EPDS står för: Edinburgh Postnatal Depression Scale, denna skala utvecklades eftersom post partumdepression är den vanligaste komplikationen av barnafödande och den ska hjälpa till att upptäcka de mammor som lider av detta tidigt. (Cox, Holden & Sagovsky, 1987)

partum depression. Om mamman har en depression är det viktigt att barnsjuksköterskan har en helhetssyn på familjen och inte glömmer bort pappan. Han kanske får ta över en roll som mamma tidigare haft. Sjuksköterskorna i intervjuerna nämnde ofta mamman och resultatet antyder att sjuksköterskorna i första hand stöttar mamman. Även den aktuella forskningen fokuserar på mammans roll. Bowlby (1994) menar att det oftast är mamma som barnet knyter an till först, men det betyder inte att det behöver vara mamman utan den person som svarar på barnets behov. Det kan i många fall vara pappa.

På neonatalavdelningen strävar alla mot att bedriva familjecentrerad vård. Verksamheten styrs bland annat av ekonomi när det gäller att öka tillgången på föräldrarum, vilket påvisas av Wigert m.fl. (2006). Eftersom bristen på föräldrarum kan fördröja anknytningsprocessen är det extra viktigt att ha ett familjeperspektiv i hemsjukvården. Ibland kan det upplevas att samhället påverkar pappans delaktighet i omvårdnaden om barnet. Även i en familj handlar det mycket om ekonomi och det kan vara en av de orsaker som hindrar pappan från att vara föräldraledig. Organisationen och vårdmiljön på den neonatalavdelning som hemsjukvården utgår ifrån, särskilt avseende tillgång till föräldrarum och inställning till anknytning, påverkar även anknytningsprocessen i hemsjukvården. Om det finns stor tillgång till föräldrarum så att mamma och barn kan samvårdas och personalen tidigt försöker få föräldrarna delaktiga i omvårdnaden av sitt barn så lär föräldrarna känna sitt barn och blir trygga. Dessutom lär personalen känna familjen. Följderna av detta blir att anknytningen inte fördröjs och det gör att när familjen kommer hem har de kommit långt i anknytningsprocessen. Det innebär i sin tur att uppgifterna i hemsjukvården blir mer fokuserade på praktiska saker som till exempel viktkontroll och sonsättning i första hand. Men trots detta måste barnsjuksköterskan fortsätta att observera om det skulle uppkomma problem. Detta ska även fortsätta att observeras när barnet skrivs in till BVC.

## **Slutsats**

Utifrån resultatet av pilotstudien dras följande slutsats. De flesta som arbetar med neonatal hemsjukvård har lång erfarenhet i yrket och de känner sig trygga i sin yrkesroll. Det innebär inte automatiskt att de är medvetna om sina handlingar och har förstått syftet med hemsjukvården, vilket bland annat är att främja anknytning. Reflektion hjälper barnsjuksköterskan att sätta ord på sina tysta kunskaper för att på så sätt praktiskt kunna hjälpa familjen i anknytningsprocessen. I framtiden behövs kanske tid för reflektion läggas in i arbetetstiden? För att barnsjuksköterskan ska kunna hjälpa familjen behöver hon ha utbildning i anknytningsprocessen och kanske en modell att arbeta utifrån. Anledningen till att inte det finns men några uppgifter som beskriver hur anknytningen främjas i den sammanställning av forskningen som gjordes i bakgrunden, kan bero på att det kan vara svårt att beskriva hur det ska göras. Det finns heller inte någon uttalad modell för hur anknytningen ska främjas. Det kan också bero på att anknytningen anses vara avslutad på neonatalavdelningen.

## **Förslag till vidare forskning**

Eftersom barnsjuksköterskor som arbetar i neonatal hemsjukvård arbetar samtidigt på neonatal avdelning fick vi flera svar under intervjuerna som handlade om hur hon som sjuksköterska främjar anknytningen på avdelningen. Detta skulle vara ett ämne att studera vidare med följande frågeställning; hur stödjer barnsjuksköterskan anknytningsprocessen på neonatalavdelningen?

Det skulle även vara intressant att ta redan på hur barnsjuksköterskan lyckas ställa om sig, ta en ny roll och ett nytt sikte som är inriktad på det friska hos barnet och inte enbart det sjuka som det är på avdelningen. neonatalavdelningen är inriktad på att ta hand om sjuka barn som kan behöva intensivvård. Eftersom personalen i hemsjukvården samtidigt arbetar på avdelningen finns det risk för att de fokuserar enbart på barnets sjukdom. Barnsjuksköterskan behöver se både till det friska och det sjuka, men miljön kan påverka perspektivvalet.

## REFERENSER

Ainsworth, M.D.S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum.

Artikel 6. (2003). *FN: s Konvention om barnets rättigheter*. Regeringskansliet, Utrikesdepartementet, Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.

Baer, J.C. & Martinez, C.D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta – analysis. *Journal of Reproductive and infant psychology* 24 - (3). 187-197.

Bengtsson, J. (2006). Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap. I G. Östlinder, A. Norberg, E. Pilhammar-Andersson, J. Öhlén (Red.), *Erfarenhetsbaserad kunskap-vad är det och hur värderar vi den?* (ss. 66-70). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Benner, B., Tanner, C-A. & Ceesla, C-A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad omsorg, Klinisk bedömning och etik*. Lund: Student litteratur.

Bialoskurski, M., Cox, C. & Hayes, J- A. (1999). The Nature of attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 13 - (1), 66-77.

Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av bindningsteorin / John Bowlby ; översättning av Philippa Wiking; fackgranskning av Emmy Gut*. Stockholm: Natur och kultur.

Bäck-Wiklund, M. & Johansson, T. (2003). *Nätverksfamiljen*. Stockholm: Natur och kultur.

Cappleman, J. (2004). Community neonatal nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 48 - (2), 167-174.

Codex- Regler och riktlinjer för forskning.

Hämtad 7 april 2008. från

[www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)

Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Egeberg, S. & Jerlang, E. (Red.). (2004). *Utvecklingspsykologiska teorier: en introduktion*. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.). (2000). *Gryning - en vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Åbo Akademi.

Franklin, C. (2006). The neonatal nurse ´s role in parental attachment in the NICU. *Critical Care Nursing Quarterly* 29 - (1). 81-85.

Jönsson, L. & Fridlund, B. (2003). Parent´s conceptions of participating in a home care programme from NICU: A qualitative analysis [elektronisk version]. *Vård i Norden*, 4 - (70), 23, 35-39.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. (1996). *Omvårdnasetikens grunder*. Stockholm: Liber.

Karl, D.J., Beal, J.A., O'Hare, C.M. & Rissmiller, P.N. (2006). Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "attacher". *The American Journal of Maternal Child Nursing*, Jul; 31 - (4), 257-62.

Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, neonatalavdelningen,  
neonatal hemsjukvård.

Hämtad 7 april 2008

<http://www.karolinska.se/upload/Neonatal%20hemsjukv%C3%A5rdprint.pdf>

Kendric, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D. & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analys. [elektronisk version] *Archives of Disease in Childhood* 82 - (6) 443-451.

Kleberg, A. (1995). *Utvecklingsanpassad neonatalvård : en handbok som bygger på NIDCAP modellen*. Uppsala: Klemed.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landstinget i Värmland; Lilla Livet.

Hämtad 6 april 2008

<http://www.liv.se/upload/2787/nr2maj2003.pdf>

Landstinget Kronoberg, neonatalt ansluten hemsjukvård.

Hämtad 7 april 2008

[http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture\\_15058.aspx](http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture_15058.aspx)

Lindseth, A & Norberg, A (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 145–153.

Mai, D. & Wagner, L. (2005). Home Early Program- Experiences of parents to premature Infant's one year after discharge. *Vård i Norden*. 25 – (75), 160-63.

Martinez, J.G., Monti Fonseca, L.M. .Silvan Scochi C,G.,(2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. [Elektronisk version] *PubMed - indexed for MEDLINE*, 15 - (2), 239 -46.

Mitchell, P. (1993). *Barns psykologiska utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Mörelius, E., Nelson, N. & Gustafsson, P. A. (2006). Salivary cortisol response in mother–infant dyads at high psychosocial risk. Department of Molecular and Clinical Medicine, Linköping University Hospital, Linköping, Sweden Accepted for publication 10 February 2006  
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*, 33, 2, 128–136

NOBAB: Nordisk förening för sjuka barns behov. (1992).

Hämtad 7 april 2008

<http://www.nobab.org/>

Norberg, A., (1992). *Omvårdnadens mosaik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Orlando, I. (1997). *The nurse theorists portraits of excellence Ida Orlando: the deliberative nursing process*. [Elektronisk resurs] Athens, Ohio: FITNE, cop.
- Orlando, I. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York: National League for Nursing, cop.
- Pilhammar-Andersson, E., Bergh, M., Friberg, F., Gedda, B & Häggström, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Rooke, L. (1994). *Omvårdnad Erfarenhet-reflektion-teori*. Lund: Studentlitteratur.
- Ryltenius, J. (2008). Föräldrar har större resurser än vad vi tror. *Vårdfacket*, 3, (32), 5.
- Schenk, L.K., Kelley, J.H. & Schenk, M.P. (2005). Models of maternal-infant attachment: A roll for nurses. *Pediatric Nursing*, 31, (6), 514-517.
- Sjöström, L., Hägglöf, B. & Engström, B. (2003). Anknätningsproblem mellan föräldrar och barn. *Vård i Norden*, 65, 39-44.
- SOSFS 1982:763 Socialstyrelsen, Hälso - och sjukvårdslagen. Stockholm; Socialstyrelsen.
- Stern, D. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tetzchner, V. S. (2005). *Utvecklingspsykologi, Barn och Ungdomsåren*. Lund: Studentlitteratur.
- Thurén, T. (1999). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Team Offset & Media.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, neonatal hemsjukvård  
Hämtad 7 april 2008  
[http://sas.vgregion.se/vgrtemplates/Page\\_25575.aspx](http://sas.vgregion.se/vgrtemplates/Page_25575.aspx)
- Watson, J. (2005). Guest editorial: What, may I ask is happening to nursing knowledge and professional practices? What is nursing thinking at this turn in human history? *Journal of Clinical Nursing* 14, 913–914.
- Wennick, A. (2003). Föräldrars upplevelser av att vårda sjuka barn i hemmet. *Barnbladet* 3.
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. & Hellström, A-L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring* 20, 35-41.
- Wigert, H., Hellström, A-L. & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. *BMC Pediatrics*, 8:3 doi:10.1186/1471-2431-8-3 This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/3>.
- Wright, L.M. & Leathey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur.



**Bilaga 1: Neonatal hemsjukvårds kriterier, syfte och uppgifter från fyra olika avdelningar i Sverige.**

<b>Sjukhus</b>	<b>Kriterier</b>	<b>Syfte</b>	<b>Uppgifter</b>
SÅS Borås [elektronisk version] Senast uppdaterad: 2007-10-10 09:54	Barnet ska ha en stabil andning och cirkulation samt kunna hålla normal kroppstemperatur i vanlig rumsvärme. Det bör ha uppnått fulla matmängder och börjat öka i vikt samt kan sondmatas helt. En förälder ska kunna tala och förstå svenska, familjens situation måste vara stabil, bostaden ska vara lämplig och telefon måste finnas. Föräldrarna ska ha fått tillräcklig utbildning och kunskap för att kunna sköta sitt barn hemma. Rökning får ej förekomma inomhus.	Syftet med hemsjukvård för nyfödda barn är att personal kan utföra sjukvårdande uppgifter i hemmet, så att barnen kan vara hemma istället för på sjukhus. Detta för att underlätta anknytningen mellan barn och föräldrar och ge familjen möjlighet till ett normalt familjeliv så tidigt som möjligt. Hemsjukvården ska underlätta övergången till hemmet och BVC. Med hemsjukvården kan vi förhoppningsvis minska antalet permissioner och resor för familjen och även kunna minska belastningen på avdelningen för att kunna ge mer tid och resurser till de inneliggande barnen.	Personalen inom hemsjukvården ger råd och stöd till föräldrarna samt bedömer allmäntillståndet hos barnen. De kontrollerar barnens vikt och ger råd vid sondmatning, amning o.s.v. De hjälper till att samordna besök på avdelningen med andra undersökningar till exempel röntgen- och ögonundersökningar. Vid behov tas blodprover och ges injektioner som till exempel Eprex och antibiotika. Dagsljusbehandling kan ges i hemmet. Förberedelser av behandlingar, till exempel blodtransfusioner, för att minska väntetiden och avlasta avdelningen görs. Ett samarbete sker med NIDCAP-ansvariga, kurator, psykolog och sjukgymnast. Barnavårdscentralen kopplas in tidigt för en bra övergång.
Karolinska universitetets sjukhuset, Huddinge [elektronisk version]	Mognad motsvarande en graviditetslängd > 34 veckor. Barnet ska vara medicinskt stabilt och ha påbörjat amning.	Samtidigt som vardagsrutiner ska skapas pågår också processen att knyta an till sitt barn. Eftersom så mycket kretsat kring barnets tillfrisknande kan det dröja innan föräldrarna vågar släppa fram lyckokänslan.(Gäller alla stockholmssjukhus)	Stöd vid amning eller annat uppfödningssätt. Sondsättning. Viktkontroller. Syrgasbehandling. Viss provtagning. Personlig överlämning till BVC tillsammans med familjen i hemmet. Vid behov förmedlar vi kontakt med kurator, och psykolog eller annan specialist.
Central-sjukhuset i Karlstad [elektronisk version]	Barnet ska mognadsmässigt vara minst 34 graviditetsveckor. Vara stabil i andning och cirkulation men kan ha kvarstående vårdbehov. Barnet ska ha en etablerad viktökning. Ska kunna hålla kroppstemperaturen i rumstemperatur i säng med kläder. Föräldrar ska vilja ha hemsjukvård och anses lämpade samt bo inom ett avstånd på max en timmes resa.	Syftet är att korta sjukhusvistelsen för mor och barn, så att inte separationen i familjen ska bli onödigt lång.	Exempel på vård som kan ges i hemmet är sondmatning, sonsättning, amningsstöd, vägning, medicinering, provtagning, bedömning av barnets hälsotillstånd samt kontroll med saturationsmätare.
Ladstinget Kronoberg [elektronisk version] Senast uppdaterad: 2007-11-23	För att kunna komma hem med hemsjukvård ska barnet vara stabilt i puls, andning och kroppstemperatur. Syrgastillförsel är inget hinder. Barnet skall kunna suga och svälja minst 5 ml. Barnet ska minst vara i graviditetsvecka 35+0. Hemmiljön ska vara rökfri. Familjen ska kunna tillgodogöra sig information på svenska och kunna ringa och ta sig till avdelningen dygnet runt.	Syftet är att minska längden på sjukhusvistelsen och fortare bli en hel familj. Undersökningar som är gjorda visar att barnen mår bättre hemma. De går bättre upp i vikt. Mammans bröstmjolk rinner till bättre och barnen ammar fullt fortare. Men framförallt stärks anknytningen föräldrar- barn. Detta är en vinst för barnet och familjen. Det är viktigt att barnet har så få vårdare som möjligt runt omkring sig. Föräldrarna är viktiga och det är dem som barnet ska knyta an till.	Först vägs barnet och därefter sitter de ner tillsammans och går igenom vad som hänt sedan sist. NaHS-personalen kan kontrollera t.ex blodvärde eller bilirubinvärde (gulsotsvärde) om det behövs. Sedan kan funderingar kring barnets mat och amning m.m. diskuteras.



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

**Forskningspersonsinformation**

**Studiens bakgrund**

Barnsjuksköterskor som arbetar på neonatalavdelning arbetar bland annat med att stödja anknytningen mellan föräldrar och barn. Man hoppas därigenom att främja barns hälsa. Arbetet på avdelningen varvas på många ställen i Sverige med arbete hemma hos mor och barn, hur detta arbete, i olika vårdmiljöer påverkar barnsjuksköterskornas möjligheter att stödja anknytningsprocessen, vet man väldigt lite om. Vi planerar därför en studie av barnsjuksköterskors upplevelse av att stödja anknytningsprocessen mellan barn och föräldrar i hemsjukvård som utgår ifrån neonatalavdelning. Tidigare forskning inom detta område är mycket begränsad endast ett fåtal studier är tidigare gjorda inom området. Vi hoppas kunna bidra till ny kunskap som kan tillägnas barn, föräldrar och barnsjuksköterskor.

**Studiens genomförande**

Som ett första steg till en stor studie vill vi nu göra en förstudie där vi vill intervjua ett fåtal barnsjuksköterskor med erfarenhet av att arbeta med neonatal hemsjukvård. Vi har kontaktat avdelningschefen på Din avdelning och beskrivit ovanstående kriterier och därefter har hon/han gett oss Ditt namn. Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Vårt samtal kommer att spelas in på bandspelare. Intervjun sker i en miljö och vid ett tillfälle som vi kommer överens om. Efter intervjun kommer vi att skriva ut Din berättelse och analysera innehållet. Resultatet kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultat av studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer. Som hjälp vid intervjun har vi ett fåtal öppna frågor men i första hand är det Din berättelse som vi är intresserade av

Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998: 204). Kassetbanden kommer att förstöras och den skrivna texten från intervjuerna kommer att förvaras i låsta skåp. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta Ditt deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka din framtida yrkesutövning. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Vi är tacksamma för Ditt svar om deltagande senast den ..... till någon av nedanstående personer. Om Du har några frågor eller andra funderingar är Du välkommen att kontakta oss.

Göteborg den 30 januari 2008

**Ansvariga**

Martina Frödin leg ssk

Ouafae Lahrech leg ssk

Marie Wendel  
Univ.adjunkt

Anna Forsberg  
Univ. Lektor

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien. Datum \_\_\_\_\_

Namnunderskrift

Namnförtydligande