

Familierom i nyfødttintensivavdelinger – sykepleieres erfaringer

Berit Jensen

Barnesykepleier

Barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus

Sandra Kvamme

Barnesykepleier

Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus

Grethe M. Dávøy

Førstelektor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Bente Johanne Vederhus

Førstemanuensis

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Rolf Horne

Førstemanuensis

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Sykepleier

Erfaringer

Familierom

Nyfødttintensiv

Kvalitativ studie

Sykepleien Forskning 2021;16(87288):e-87288

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.87288

Sammendrag

Bakgrunn: Familiebasert omsorg ved nyfødttintensivavdelinger er en betegnelse på en nasjonal så vel som en internasjonal trend som har fått stadig økende oppmerksomhet og innpass de siste ti årene. Ideen med familiebasert omsorg har sitt utspring i den såkalte eneromsmodellen som legger opp til at foreldrene i større grad enn tidligere involveres i omsorgen og behandlingen av de premature og syke nyfødte. Enerom eller familierom betegner en organisering hvor det tilstrebes at foreldrene er kontinuerlig til stede sammen med det innlagte barnet. Familierommet blir på den måten den fysiske rammen for en tilretteleggelse av familiebasert omsorg.

Hensikt: Studien undersøker sykepleiernes erfaringer med familierom.

Metode: Studien har et eksplorativt og beskrivende design med tre fokusgruppeintervjuer. Utvalget var tretten informanter som arbeidet ved en nyfødttintensivavdeling. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Analysen avdekket to hovedtemaer: «Skifte i ansvarsforholdet mellom foreldrene og sykepleierne» og «Hindringer for sykepleiefaglig utvikling og deling av kunnskap». Foreldrene blir nå eksperter på sitt eget barn. Det er sykepleierne som må søke informasjon om barnet fra foreldrene, og ikke slik det var før, da sykepleierne hadde førstehåndskunnskap om barnet og informerte foreldrene. Det kom frem at den sykepleiefaglige utviklingen til sykepleiere som arbeider på familierom, kunne stagnere fordi de jobber mer isolert og har færre muligheter til å diskutere med andre ansatte.

Konklusjon: Den nye måten å organisere på får betydning for sykepleiere i fremtiden. Familierom vil sannsynligvis kreve høyere bemanning og kompetanse i avdelingene. Faglig utvikling for og opplæring av nyansatte vil også bli mer utfordrende ved at muligheten for en kunnskapsoverføring reduseres betraktelig. For foreldrene vil familierom medføre mer ansvar tidligere i pasientforløpene.

Endringen mot en mer barne- og familievennlig tilnærming i nyfødtomsorgen har kommet gradvis gjennom ulike omsorgsmodeller som oppsto fra slutten av det forrige århundret, som FCC (Family-Centred Care) (1–3) og NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) (4). En følge av dette har vært en overgang til familierom eller enerom. Forskning viser hvor viktig det er med tidlig tilknytning, at foreldre og barn ikke skilles, og at miljøet tilpasses barnets utvikling (5).

I en retningslinje fra Helsedirektoratet i 2017 (6) understreker de foreldrenes betydning i behandlingsteamet og mest mulig samvær med barnet sitt. Barnet har også rett til å ha en av foreldrene hos seg under sykehusoppholdet (7, 8). Denne retningslinjen legger føringer for hvordan norske nyfødteintensivavdelinger organiseres.

Sykepleierne har en sentral rolle i behandlingsteamet rundt det syke nyfødte eller premature barnet. Disse barna er ofte svært syke med behov for avansert intensivbehandling, noe som stiller store krav til sykepleiernes kompetanse. Det forventes at sykepleieren har spesialkompetanse og er ekspert, slik Helsedirektoratet definerer det (6).

Ekspertrollen oppnås gjennom sosialisering, utdanning og erfaring. På norske nyfødteintensivavdelinger arbeider sykepleiere med grunnutdanning eller tilleggstudium som barnesykepleier, intensivsykepleier eller nyfødtesykepleier. I retningslinjen er det anbefaling om 60 prosent spesialkompetanse (6).

Tidligere forskning viser ulike erfaringer sykepleiere har med FCC- og eneromsmodellen, som går ut på å inkludere foreldre som en del av behandlingsteamet i like stor grad som helsepersonell.

Sykepleiere har beskrevet utfordringer knyttet til opplæring og utdanning i enerom versus åpne rom (9–10) og uttrykt bekymringer knyttet til usikkerhet. De opplevde det også som mer fysisk krevende og stressende med mindre samhandling med kolleger (9). Imidlertid kan det synes som at stresset som sykepleierne opplevde med enerom, var forbigående og bedret seg over tid (11), og at en FCC- og eneromsmodell var mer psykososialt støttende for barna og familien (11–12).

Sykepleiere har også rapportert at eneromsmodellen ga et bedre arbeidsmiljø (13–14). I en nylig oppsummeringsartikkel om enerom versus åpne avdelinger var funnene blandet med både positive og negative konsekvenser for sykepleieres arbeid: bedret fysisk miljø, kvalitativt bedre pasientomsorg og bedre jobbtilfredshet. Men det var dårligere samarbeid i behandlingsteamet og redusert pasientsikkerhet, og interaksjonen med foreldrene ble rapportert både som bedre og dårligere (15).

Den tidligere forskningen er begrenset, og det kan være vanskelig å overføre resultatene fra studier utført i andre kulturer til norske forhold. Etter vår kjennskap finnes det ingen studier fra Norge som har undersøkt sykepleieres erfaringer med å arbeide under FCC- og eneromsmodellen.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med familierom. Forskningsspørsmålet var følgende:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med å behandle barn og foreldre i familierom sammenliknet med åpne behandlingsrom?»

Definisjon av familierom

Familierom i denne studien defineres som rom i avdelingen hvor begge foreldrene kan være til stede med barnet 24 timer i døgnet. Barnet kan overvåkes av sykepleierne via skop. Foreldrene har ansvaret for omsorgen av barnet, mens sykepleieren veileder og har det delegerte medisinske ansvaret. Familierom brukes i overgangen fra sykehus til hjemmet.

Metode

Design

Studien har et eksplorativt og beskrivende design som er inspirert av en etnometodologisk forskningstradisjon. Tradisjonen gir metoder som er egnet til å studere intervjupersonenes meninger og forestillinger. Forskningsobjektet er sykepleiere i fokusgruppeintervju som formidler sine forventninger, meninger og regler om organiseringen på familierom (16).

Dataene som kommer frem gjennom intervjuene, betraktes som meningsfulle og rasjonelle erfaringer som sykepleierne har opparbeidet seg i arbeidet på familierom.

Studien er kvalitativ. Vi rekrutterte sykepleiere fra en nyfødtintensivavdeling ved et universitetssykehus i Norge og intervjuet dem om hvilke erfaringer de hadde med å arbeide på familierom. På bakgrunn av et omfattende datamateriale belyser denne artikkelen sykepleiernes ansvarsfordeling og kunnskapsutvikling.

Datasamling

Empiriske data som belyser problemstillingen, ble produsert gjennom tre fokusgruppeintervjuer, der vi inviterte sykepleiere og spesialsykepleiere med over seks måneders erfaring fra en nyfødtintensivavdeling til å delta. Utvalget var strategisk og rekruttert via forskere og godkjent av avdelingsledelsen. Tretten sykepleiere sa seg villig til å delta.

Tabell 1.Rekrutterte informanter

ID	Kjønn	Alders- gruppe	Utdannelse	Arbeidserfaring fra avdelingen	Fokus- gruppe
Informant 1	Kvinne	41–50 år	Intensivsykepleier	Mellom 11 og 20 år	1
Informant 2	Kvinne	41–50 år	Barnesykepleier	Mellom 11 og 20 år	1
Informant 3	Kvinne	31–40 år	Intensivsykepleier	Mellom 1 og 10 år	1
Informant 4	Kvinne	51–60 år	Barnesykepleier	Mellom 11 og 20 år	1
Informant 5	Kvinne	51–60 år	Barnesykepleier	Mellom 11 og 20 år	2
Informant 6	Kvinne	51–60 år	Intensivsykepleier	Mellom 21 og 30 år	2
Informant 7	Kvinne	51–60 år	Barnesykepleier	Mellom 21 og 30 år	2
Informant 8	Kvinne	51–60 år	Intensivsykepleier	Mellom 21 og 30 år	2
Informant 9	Kvinne	51–60 år	Barnesykepleier	Mellom 11 og 20 år	2
Informant 10	Kvinne	21–30 år	Sykepleier	Mellom 1 og 10 år	3
Informant 11	Kvinne	31–40 år	Sykepleier	Mellom 1 og 10 år	3
Informant 12	Kvinne	31–40 år	Nyfødtsykepleier	Mellom 1 og 10 år	3
Informant 13	Kvinne	61–70 år	Intensivsykepleier	Mellom 30 og 40 år	3

Laget med Datawrapper

Tabell 1 viser en oversikt over informantene som deltok i studien. Intervjuene varte i gjennomsnitt 90 minutter, og informantene ble delt i tre grupper for å fremme en gruppedynamikk som åpner for nyanserte synspunkter, og for at sensitive forhold om temaet skulle komme frem (17).

Vi utformet intervjuguiden med bakgrunn i annen tidligere forskning (10, 13, 15, 18), retningslinjer for familierom og erfaringer fra praksis. Et pilotintervju på et annet sykehus bidro til å justere spørsmålene (19). Informantene ble stilt både åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål (17).

Førsteforfatterne gjennomførte intervjuene på informantenes arbeidsplass i februar og mars 2019 og transkriberte lydopptakene til tekst for videre analyse.

Analysen

Analysen er induktiv og gjennomføres i fire trinn. Den utgjør hovedstrukturen i en såkalt systematisk tekstkondensering. Først handlet det om å studere tekstmaterialet for å få et overordnet inntrykk. Deretter skulle vi identifisere meningsdannende enheter for så å abstrahere innholdet i de enkelte enhetene. Til sist kondenserte vi meningsinnholdet som grunnlag for å belyse forskningsspørsmålet (17, 20).

Tabell 2. Analyseprosessen

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering	Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold	Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater
Trinn 1 handlet om å bli kjent med materialet og skrive ned forslag til foreløpige temaer som umiddelbart vekket interesse.	I trinn 2 fokuserte vi på å hente ut relevant tekst som kunne tenkes å belyse vår problemstilling, og sorterte disse i ulike kodegrupper.	I trinn 3 kondenserte vi innholdet i kodegruppene ved å bruke ord og uttrykk som deltakerne benyttet i intervjuene. Her brukte vi jegform i beskrivelsene.	I Trinn 4 brukte vi kondensatene til å formulere en analytisk tekst i tredjepersonsform. Direkte sitater ble brukt underveis i teksten. Til slutt validerte vi funnene.

Laget med Datawrapper

Analysen viser at to temaer dominerte i det transkriberte datamaterialet. Det ene handler om endringer relatert til at barnet flyttes fra åpne rom og inn på et familierom sammen med foreldrene. Det andre handler om at sykepleierne skilles fra det øvrige kollegiet når de arbeider i familierommene.

Etiske betraktninger

Studien følger Helsinkideklarasjonens anbefalinger, og vi søkte til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om tillatelse til å gjennomføre studien (saksnummer 956190) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet var ikke fremleggingspliktig for REK.

Resultat

Skifte i ansvarsforholdet mellom foreldre og sykepleiere

Analysen viste at når barnet og foreldrene flyttes på familierom, skjer det en endring i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom foreldrene og sykepleierne.

I en av fokusgruppene ble ideen bak familierom diskutert. Informant 5 sa følgende: «Filosofien bak det at man skal ha enerom, tenker jeg er veldig betegnende for vår kultur. Vi skal være alene.» Å være alene viser seg overordnet i det empiriske materialet som fordeler og ulemper, både når det gjelder organiseringen av pleietjenesten og arbeidssituasjonen til sykepleierne.

Materialet viste at sykepleierne nå må søke informasjon om barnet fra foreldrene, i motsetning til slik det var før, da sykepleierne hadde førstehåndskunnskap om barnet og informerte foreldrene. Informantene uttrykte at det er utfordrende å skulle gå inn i den private sfæren som et familierom representerer, selv om det var avtalt, og det er nødvendige observasjoner som skal gjøres.

Informantene betegnet det som vanskelig å ta den plassen de trenger. Med konseptet familierom etablerer det seg praksiser og uskrevne regler om handlemåter. Informant 1 sa følgende: «Før var det foreldrene som kom på besøk til sykepleierne og barnet, nå er det sykepleierne som kommer på besøk til foreldrene.»

«På familierommene blir foreldrene oppfordret og opplært til å overta sykepleierens oppgaver.»

Et familierom ble fremstilt og omtalt som om det var et hjem. Informant 8 beskrev det slik: «Det er noe med betegnelsen for rommet som gir muligheten for at masken kan falle.» Sykepleierne oppfattet familierom som en mulighet for å ha et privatliv. Samtidig er det paradoksalt at de på familierommene verken kan lage mat, vaske klær eller få det innlagte barnets søsken til overnatting.

Det er en implisitt regel om at det bankes på når man trer inn i den private sfæren. På familierommene banker sykepleierne på før de går inn. Dette blir en annen måte å melde sin ankomst på og ta kontakt med foreldrene på enn å se over et skjerm Brett på åpne rom, hvor barna ligger i kuvøsene og foreldrene sitter rundt.

Opphold på familierom representerer også et skifte i ansvar for å behandle barnet. I åpne rom er det sykepleierne som har ansvaret for pleie og oppfølging av behandlingsregimet. På familierommene blir foreldrene oppfordret og opplært til å overta sykepleierens oppgaver. Dersom vi antar at foreldre er forskjellige, kan denne organiseringen og ansvarsoverføringen oppleves ulikt for og virke forskjellig på dem.

Informant 3 refererte en mor på følgende måte: «Det er ikke jeg som har valgt å bli sykepleier, det er det du som har blitt.» Det viser at det ikke uten videre er uproblematisk for alle med en forskyvning av ansvaret. Oppgaven med å sondemate er et eksempel som understreker denne ansvarsskyvningen.

Hindringer for sykepleiefaglig utvikling og deling av kunnskap

Det andre temaet handlet om kunnskapsutvikling og formidling. At sykepleiere lærer av hverandre og diskuterer observasjoner og faglige spørsmål om pleie av premature og syke nyfødte, har lange tradisjoner. Dette var flere informanter opptatt av. Informant 6 sa: «Vi ser hverandre når vi kommer, og når vi går», noe som indikerer en stor avstand mellom sykepleierne som arbeider på åpne rom, og de som arbeider med barnet og foreldrene på familierom. Det blir få møtepunkter.

Materialet viser at de med minst erfaring får de mest selvstendige oppgavene. Informantene uttrykte at det finnes en forventning i avdelingen om at det krever mindre av sykepleierne å arbeide på familierom. Derfor blir de med minst erfaring tildelt disse oppgavene.

Informantene uttrykte at det å ha ansvaret for familierom kan gjøre det vanskelig å få tilgang til de erfarne sykepleierne som er opptatt med andre oppgaver. Når man har ansvaret for et familierom, er man gjerne alene om ansvaret. Flere opplevde at det er stor avstand til de mer erfarne for å få hjelp, råd og veiledning. De argumenterte for at dette hemmer den faglige utviklingen.

«Materialet viser at de med minst erfaring får de mest selvstendige oppgavene.»

Sykepleiere som arbeider på familierom, arbeider mye alene, og foreldrene selv tar hånd om barnet. Det får en særlig betydning for sykepleiere med lite erfaring. Det er vanskelig for sykepleierne å ta hånd om barnet i stell og pleie når foreldrene har flyttet inn på familierommet og overtatt ansvaret. Informant 4 sa følgende: «Så kommer vi jo til slutt der at vi aldri får stelt et barn.»

Sykepleierne som for det meste arbeider alene, mister også muligheten til å se hvordan de erfarne arbeider og ordlegger seg. De mister kontakten med læremestrene. Informant 8 sa dette: «Før var alt alle gjorde, synlig. Du hørte alt, jeg lærte alt, alt det de sa de første to årene, kopierte jeg fra noen andre.» Dette utsagnet viser at familierom som organisasjonsform kan være et hinder for å overføre kunnskap sykepleierne imellom.

Informant 5 tilføyde følgende: «Du bruker lengre tid til å nå den samme kunnskapen.» Sykepleiere med lite erfaring får ikke den samme muligheten og tilgangen til kunnskap som de mer erfarne besitter, når de må arbeide på egen hånd. Motsatsen til å arbeide på egen hånd uttrykte informant 10 på denne måten: «For jeg lærte kjempemye da jeg først fikk jobbe med de som er mer erfarne, og det er kjempekjekt.»

Det empiriske materialet viser at alle sykepleierne uavhengig av erfaring savnet et møtested for faglige diskusjoner. Familierommene der foreldrene er til stede, egner seg ikke til slike diskusjoner. Organiseringen i familierom hindrer at sykepleierne fortløpende kan ta opp og diskutere pleiefaglige spørsmål.

Informant 9 sa følgende: «Jeg synes vi hadde flere treffpunkter for å snakke sammen om fag før, fordi du kunne ta det underveis. Det var mye faglig sånn, som nå gjerne forsvinner fordi det blir et dødrom før du treffer på andre.» Dette utsagnet kan forstås som at vilkårene for å dele kunnskap og faglige diskusjoner forhindres ved en slik organisering.

Diskusjon

Å være alene

Ved å bruke familierom legger man opp til en praksis hvor man er henvist til å være alene, både foreldrene og sykepleierne (9, 10). For foreldrene innebærer det mer ansvar i en tid som ofte er preget av usikkerhet og mange spørsmål. I tillegg er foreldrene henvist til et rom med få muligheter til å treffe andre eller ta seg en tur ut – en form for isolat.

Denne isolasjonen forteller også sykepleierne om. Når et barn fødes for tidlig eller er sykt, blir forventninger om en harmonisk barseltid erstattet med konstant usikkerhet og bekymring (21), noe som vil kunne innebære et behov for tett oppfølging. Andre studier viser tilsvarende at foreldre har behov for å bli inkludert og trenger individuell oppfølging (19, 22).

«Fra sykepleiernes perspektiv blir de alene om ansvaret på familierom.»

Fra sykepleiernes perspektiv blir de alene om ansvaret på familierom. Ofte er det de minst erfarne som får dette ansvaret. Når foreldre kjenner seg usikre, er det viktig at man blir møtt av sykepleiere som skaper trygghet, har kunnskap og erfaring. Gjennom kombinasjonen usikre foreldre og sykepleiere med liten erfaring er risikoen til stede for at den «blinde leder den halte». Denne praksisen står dermed i kontrast til de politiske føringene om kompetansekrav (6).

«Det er ikke jeg som har valgt å bli sykepleier»

At foreldrene blir eksperter på eget barn og etablerer tidlig kontakt, er et gode (5). Likevel kan man spørre seg om det ansvaret foreldrene får, kan bli for stort, eller at sykepleieren mister noe av sitt ansvar.

Når en mor sier at «det er ikke jeg som har valgt å bli sykepleier, det er det du som har blitt», tyder det på at hele situasjonen blir for mye for henne å håndtere, og hun vil at sykepleieren skal overta mer av ansvaret moren har fått. Foreldrene er ikke utdannet sykepleiere. Man forventer ikke at foreldrene skal kunne erstatte en sykepleier. Likevel kan vi se at mye av ansvaret overføres til foreldrene (23).

Relasjonen mellom barn og sykepleiere er annerledes enn mellom foreldre og barn. I nyfødtsorgen kommuniserer vi med berøring og håndlag. Vi antar at det er forskjell på en mor som steller sitt barn, og en sykepleier som steller en pasient. Derfor har det betydning hvilke hender det er som berører barnet, da foreldrene er barnets viktigste omsorgsgivere (9, 10, 24).

Materialet viser at organisering av familierom versus åpne rom setter spørsmålstegn ved hvorvidt fagkompetansen foreldrene opparbeider, er god nok til at de kan å overta sykepleierens oppgaver. Ved å overlate alt av stell og ansvar til foreldrene vil sykepleierne bruke lang tid på å opparbeide eller i verste fall miste håndlaget de har utviklet.

Et hjem i sykehuset

Sykepleierne beskriver familierommet som en trygg plass der foreldrene kan være seg selv, la masken falle og la følelser få fritt spillerom. Familierom på denne avdelingen brukes i overgangen fra sykehus til hjemmet. Foreldrene får overta ansvaret, samtidig som hjelpen ikke er langt unna. Tanken bak denne organiseringen er at man skal skape trygghet hos foreldrene før de reiser hjem.

Hjemme vil foreldrene avtale med noen de kjenner, om å passe barnet hvis de trenger et avbrekk. I datamaterialet kalles det for «avlastning». Ifølge informantene er det en forventet praksis at foreldrene avlastes av venner og familie ved behov, og ikke av sykepleierne, når foreldrene flytter inn på familierom sammen med det innlagte barnet. Det at foreldre har omsorgsansvaret og sykepleierne det medisinske ansvaret, understøttes av annen studie (22).

Det kan ellers synes som om sykepleiernes posisjon forvandles fra en profesjonell stilling til en privat aktør. Til tross for avklaring om hvilke oppgaver som er foreldrenes, og hvilke som er sykepleiernes, kan det likevel oppstå misforståelser om hva som kommer inn under foreldrenes eller sykepleiernes ansvar.

Kunnskapsutviklingen stagnerer på familierom

I alle fokusgruppene uttrykte informantene bekymring for fagutviklingen. Som følge av at de jobber mer selvstendig på familierom, får de ikke sett og hørt hva de erfarne sykepleierne sier og gjør. Dette synet støttes også av artikkelen til Coats (10), der det kommer frem at det åpne miljøet gir mulighet til kunnskapsoverføring mellom ansatte.

«Som følge av at de jobber mer selvstendig på familierom, får de ikke sett og hørt hva de erfarne sykepleierne sier og gjør.»

Mester-svenn-relasjonen mellom kollegaer er viktig, og spesielt i starten av en yrkeskarriere (25). I alle gruppene argumenterte de for at den faglige relasjonen mellom nyutdannede og erfarne sykepleiere er en viktig del av den faglige utviklingen. Sykepleiere kopierer både ord og handlinger fra de erfarne, noe som bidrar til å utvikle både egen og kollektiv kunnskap og identitet.

Når det bygges nye sykehus rundt om i landet, er de opptatt av at pasientene skal ha enerom (26). Konsekvensen av dette er at sykepleiere i fremtiden vil komme til å arbeide enda mer alene og selvstendig. Igjen kommer dette «alene»-begrepet opp.

Informantene poengterer at de kan lære mye av seg selv, både fra det de lykkes med, og ved selvstudier. Men det som læres i fagfellesskaper i kontekstuelle situasjoner, er unikt og av stor verdi. At sykepleiere opptrer alene, skaper en avstand mellom situasjonen og muligheten for veiledning. Empirien viser at sykepleierne er bekymret for manglende fagutvikling når organiseringsformen er familierom.

Vi ser hverandre når vi kommer, og når vi går

Sykepleierne i denne studien forteller hvor viktig det er at man trives, og at man har mulighet til å skape en relasjon til kollegaer, også ut over det faglige. De fortalte at det sosiale i avdelingen kan bli påvirket når sykepleierne jobber mer alene på familierom, som igjen kan medføre at det blir færre muligheter for sosiale møter og faglige diskusjoner internt. Denne organiseringen påvirker den faglige utviklingen (25).

Analysen viser at fagutvikling kan ta lengre tid når man må erfare alt selv. Selverfaring gir mer selvstendighet, men det kan også gi usikkerhet. Sykepleierne i studien etterlyser fagdiskusjoner i et kollegium, noe som er problematisk å gjennomføre på familierom. I tillegg kan få møtepunkter i avdelingen gjøre det vanskeligere for sykepleierne å skape gode relasjoner til hverandre.

Metodediskusjon

Studien ble gjennomført der førsteforfatterne hadde sin praksis. Det kan ha farget analysen og diskusjonen, selv om vi har prøvd å legge distanse til egne erfaringer. Troverdigheten er styrket ved at vi hadde en tydelig hensikt, og ved at vi har gjengitt direkte sitater fra informantene. Det styrker troverdigheten til forskningsdataene ytterligere at moderatoren stilte oppklarende spørsmål under intervjuene.

I utgangspunktet ønsket vi å undersøke erfaringer til både noviser og eksperter for å få frem variasjoner. Men vi fikk rekruttert få sykepleiere med liten erfaring.

Gruppens sammensetning gjenspeiler likevel avdelingens ansatte, da de fleste på avdelingen har høy kompetanse og lang fartstid, også fra tiden da avdelingen kun besto av åpne rom. Vi opplevde at vi fikk svar på hva som var gruppens felles erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der ulike sykepleiere samhandler om barnets og foreldrenes beste (20).

Konklusjon

Den nye måten å organisere på får betydning for sykepleiere i fremtiden. Vi ser allerede nå at familierom kan være ressurskrevende, og kan bidra til en individualiserende arbeidssituasjon. Når det nå planlegges å gå over til utelukkende enerom og familierom, viser empirien at det sannsynligvis vil kreve høyere bemanning og kompetanse i avdelingene.

Faglig utvikling og opplæring for nyansatte vil også bli mer utfordrende ved at muligheten for kunnskapsoverføring reduseres betraktelig. For foreldrene vil det medføre mer ansvar tidligere i pasientforløpene.

Artikkelen bygger på en masteroppgave som er skrevet av Sandra Kvamme og Berit Jensen. Vi har begge hatt lik arbeidsfordeling på både masteroppgaven og artikkelen, og vi ønsker derfor delt førsteforfatterskap.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Forarbeidet med studien avdekket liten eller manglende kunnskap om sykepleiernes erfaring med familierom på nyfødtintensivavdelinger i norske sykehus.
- I studien gjennomførte vi fokusgruppeintervjuer for å få frem sykepleieres personlige erfaringer med arbeid på familierom.
- Artikkelen tilfører ny innsikt om hvordan ansvarsforholdet forskyves fra sykepleierne og over på foreldrene og kan være nyttig for ledere og praktikere i det videre arbeidet med å finne gode modeller for å utforme tjenestene i fremtiden.

Referanser

1. Johnson BH. Family-centered care: four decades of progress. *Families, Systems & Health*. 2000;18(2):137–56. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0091843>
2. Harrison TM. Family centered pediatric nursing care: state of the science. *Pediatric Nursing*. 2010;25(5):335–43. DOI: [10.1016/j.pedn.2009.01.006](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006)

3. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011;35(1):20–8. DOI: [10.1053/j.semperi.2010.10.004](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004)
4. Als H, Gilkerson L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Semin Perinatol.* 1997;21(3):178–89. DOI: [10.1016/s0146-0005\(97\)80062-6](https://doi.org/10.1016/s0146-0005(97)80062-6)
5. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Hum Dev.* 2019;139(104840):1–8. DOI: [10.1016/j.earlhumdev.2019.104840](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840)
6. Helsedirektoratet. Nyfødteintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet [internett]. Helsedirektoratet; 09.05.2019 [oppdatert 29.09.2017; hentet 13.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>
7. De forente nasjoner (FN). FNs konvensjon om barnets rettigheter. 20.11.1989. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 1991. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf (nedlastet 14.10.2021).
8. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (nedlastet 24.09.2021).
9. Walsh WF, McCullough KL, White RD. Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting. *ADV Neonatal Care.* 2006;6(5):261–70. DOI: [10.1016/j.adnc.2006.06.002](https://doi.org/10.1016/j.adnc.2006.06.002)
10. Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, et al. Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing family-centered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care.* 2018;27(1):52–8. DOI: [10.4037/ajcc2018353](https://doi.org/10.4037/ajcc2018353)
11. van den Berg J, Bäck F, Hed Z, Edvardsson D. Transition to a new neonatal intensive care unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 2017;31(1):75–85. DOI: [10.1097/JPN.000000000000232](https://doi.org/10.1097/JPN.000000000000232)

12. Winner-Stoltz R, Lengerich A, Hench A, O'Malley J, Kjellans K, Teal M. Staff nurse perceptions of open-pod and single family room NICU designs on work environment and patient care. *Advances in Neonatal Care*. 2018;18(3):189–98. DOI: [10.1097/ANC.0000000000000493](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000493)
13. Bosch S, Bledsoe T, Jenzarli A. Staff perceptions before and after adding single-family rooms in the NICU. *HERD*. 2012;5(4):64–75. DOI: [10.1177/193758671200500406](https://doi.org/10.1177/193758671200500406)
14. Stevens DC, Helseth CC, Khan MA, Munson DP, Smith TJ. Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with single-family room design. *Journal of Perinatology*. 2010;30(5):352–8. DOI: [10.1038/jp.2009.137](https://doi.org/10.1038/jp.2009.137)
15. Doede M, Trinkoff AM, Gurses AP. Neonatal Intensive Care Unit layout and nurses' work. *HERD*. 2018;11(1):101–18. DOI: [10.1177/1937586717713734](https://doi.org/10.1177/1937586717713734)
16. Garfinkel H. Ethnomethodology's program. *Social Psychology Quarterly*. 1996;59(1):5–21. DOI: [10.2307/2787116](https://doi.org/10.2307/2787116)
17. Malterud K. *Kvalitativ forskningsmetode for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
18. Shahheidari M, Homer C. Impact of the design of Neonatal Intensive Care Units on neonates, staff, and families: a systematic literature review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2012;26(3):2606. DOI: [10.1097/JPN.0b013e318261ca1d](https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318261ca1d)
19. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups*. 5. utg. London: Sage Publications; 2015.
20. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
21. Dolleus J, Janson C. Föräldrars upplevelse av att samvårda sitt barn på familjerum på neonatalvårdsavdelning [masteroppgave]. Halmstad: Högskolan i Halmstad, Akademin för Hälsa och Välfärd; 2018. Tilgjengelig fra: <http://hh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1220412/FULLTEXT02.pdf> (nedlastet 10.03.2021).
22. Fergan L, Helseth S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context-closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;23(4):667–73. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x)

23. Sundal H, Petersen A, Boge J. Foreldre utfører mesteparten av pleien og omsorgen ved barnets korte sykehusopphold. *Klinisk Sygepleje*. 2018;32(2):80–93. DOI: [10.18261/issn.1903-2285-2018-02-02](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2018-02-02)
24. Roué JM, Kuhn P, Maestro ML, Maastrup RA, Mitanchez D, Westrup B, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*. 2017;102(4):364–8. DOI: [10.1136/archdischild-2016-312180](https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312180)
25. Dreyfus H, Dreyfus S. Mesterlære og ekspertenes læring. I: Nielsen K, Kvale S, red. *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999. s. 61–3.
26. Helse Stavanger, Stavanger universitetssjukehus. Fakta om nytt universitetssykehus [internett]. Stavanger: Helse Stavanger, Stavanger universitetssjukehus 04.11.2016 [oppdatert 27.04.2020; hentet 13.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://helse-stavanger.no/om-oss/nye-sus/fakta-om-nytt-universitetssykehus>