

Ane Marte Kvam Sakserud

# Sykepleieres perspektiv på eneromsstruktur på en nyfødt intensivavdeling i Norge

En kvalitativ studie

Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Laila Kristoffersen

Mars 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden



Ane Marte Kvam Sakserud

# **Sykepleieres perspektiv på eneromsstruktur på en nyfødt intensivavdeling i Norge**

En kvalitativ studie

Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Laila Kristoffersen  
Mars 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

### Bakgrunn

Ivaretagelse av syke barn på nyfødt intensiv har i lengre tid vært en sykepleieoppgave da strukturen på avdelingene er slik at kritisk syke barn ligger på samme rom. Forskning viser at eneromsstruktur har en positiv innvirkning på barnet og foreldrene, og i senere tid har flere helseinstitusjoner verden over også gått over til enerom.

### Hensikt

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaring med eneromsstruktur på en høyintensiv nyfødtavdeling i Norge.

### Metode

Det ble utført en kvalitativ studie på en nyfødt intensivavdeling kun bestående av enerom mellom mars og november 2022. Datainnsamling ble gjort via semistrukturerte individuelle intervjuer. Deltakerne var 8 sykepleiere/spesialsykepleiere. Datamaterialet ble analysert i henhold til systematisk tekstkondensering.

### Resultat

Analysen resulterte i tre hovedkategorier som beskriver sykepleiernes erfaringer med å jobbe på en avdeling med eneromsstruktur. *Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom foreldre og sykepleiere, Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling, og Enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom de ansatte.*

### Konklusjon

Studien tyder på at sykepleierne opplever eneromsstruktur som det beste alternativet for pasienten og foreldrene. Dette med tanke på at miljøet kan tilpasses hver enkelt familie, og barnet blir skjermet for lyd, lys og stimuli. Eneromsstruktur, i motsetning til flersengsrom, beskrives derimot å gi reduserte læringssituasjoner og faglige diskusjoner, samt færre arenaer for samhandling og samarbeid med kollegaer.



## **Abstract**

### **Background**

Caring for sick children in the ICU has for a long time been a nursing task as the structure of the wards is such that critically ill children are in the same room. Research, legislation, and recommendations from Barneombudet show that single room structure has a positive impact on the child and the parents, and recently several health institutions around the world have also switched to single rooms.

### **Aim**

The aim of this study was to explore nurses' experiences of a single room structure in a high-intensity neonatal unit in Norway.

### **Method**

A qualitative study was conducted in a neonatal intensive care unit consisting only of single rooms, between March and November 2022. Data collection was conducted via semi-structured individual interviews. The participants were 8 nurses/specialist nurses. Data material was analyzed in accordance with systematic text condensation.

### **Results**

The analysis resulted in three main categories describing the nurses' experiences of working in a unit with a single room structure: *Family based care requires close cooperation between health care workers and parents, single room structure affects learning situations and knowledge development, and working in single rooms is not very social, and requires good collaboration between the employees.*

### **Conclusion**

The study indicates that the nurses perceive a single room structure as the best option for the patient and the parents. This is because the environment can be adapted to each family, and the child is shielded from sound, light and stimuli. On the other hand, the single room structure, as opposed to dormitory rooms, is described as providing reduced learning situations and academic discussions, as well as fewer arenas for interaction and collaboration with colleagues.





## Forord

Masteroppgaven er et selvstendig vitenskapelig arbeid som består av artikkel og kappe. Artikkelen er skrevet i henhold til forfatterveiledningen fra Sykepleien Forskning (vedlegg 1) og det er tiltenkt at denne skal publiseres. Redegjørelsen for teori og metode i form av en større metodediskusjon og teoretiske referanserammer er utdypende i kappen.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til alle sykepleiere/spesialsykepleiere som deltok i studien min. Det har vært inspirerende og engasjerende å høre om deres erfaringer og opplevelser på en nyfødttintensivavdeling med eneromsstruktur. Deres stemme er hele oppgaven.

Videre vil jeg takke veilederne mine, spesielt min hovedveileder Laila Kristoffersen for hennes engasjement til prosjektet, samt konstruktive tilbakemeldinger, støtte og veiledning i alle prosjektets faser. Hennes hjelp har vært uvurderlig. Jeg vil også takke Aslak Steinsbekk ved NTNU for god veiledning rundt oppgavens metode og analyse.

En ekstra takk går til mamma og venninne, tekstforfatter June Holm for gjennomlesing og korrektur av oppgaven.

Sist, men ikke minst ønsker jeg å rette en takk til gode venner, familie og kollegaer som har støttet og heiet på meg, og medstudent Ingeborg for latter og oppmuntrende ord gjennom hele studieperioden.



# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Forskningsspørsmål .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoretisk referanseramme</b> .....	3
2.1	Familiebaserte omsorgsmodeller .....	3
2.2	Nyfødt intensiv i Norge .....	4
2.3	Enerom på nyfødtavdelinger .....	4
2.4	Omstillingsprosesser og arbeidsmiljø .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	6
3.1	Kvalitativ forskningsmetode.....	6
3.2	Omgivelser .....	6
3.3	Utvalg og rekruttering .....	6
3.3.1	Deltakere .....	7
3.4	Intervjuguide .....	8
3.5	Datainnsamling .....	8
3.6	Analyse .....	8
3.6.1	Trinn 1- Helhetsinntrykk.....	8
3.6.2	Trinn 2- Meningsbærende enheter .....	8
3.6.3	Trinn 3- Subgrupper og kondensering .....	9
3.6.4	Trinn 4-sammenfatning av resultater .....	10
3.7	Forforståelse.....	10
3.8	Forskningsetiske betraktninger .....	10
<b>4.0</b>	<b>Oppsummering av resultater</b> .....	12
4.1	Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre.....	12
4.2	Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling .....	12
4.3	Enerom er lite sosialt, og krever tett samarbeid mellom ansatte .....	12
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	14
5.1	Resultatdiskusjon .....	14
5.2	Metodediskusjon.....	16
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	18
6.1	Kliniske implikasjoner og videre forskning .....	18
	Referanseliste .....	19
	Artikkel.....	23
	Vedlegg .....	41

## 1.0 Introduksjon

I 2021 ble i underkant av 3800 barn innlagt på nyfødt intensiv (NI) i Norge, noe som tilsvarer rundt 6,8% av alle nyfødte det året (1). For syke nyfødte barn er første møte med verden en intensivavdeling, som er en stor kontrast fra det intrauterine miljøet. Barnet blir eksponert for lys, lyder, stimuli og ubehagelige prosedyrer. De fleste innlagte er også født premature, altså før gestasjonsalder (GA) 37 uker (1). Premature barn er særlig sårbare og avhengig av sine omsorgspersoner. Målet med behandlingen er ikke bare å sørge for at barnet overlever, men den skal også bidra til å optimalisere psykososiale behov og nevrologisk utvikling (2,3). Her spiller omsorgspersonene en viktig rolle, da premature barn er særlig sårbare (3).

Ivaretagelse av syke barn på NI har i lengre tid primært vært en oppgave for helsepersonell, da strukturen på avdelingene er slik at kritisk syke barn ligger på samme rom. Foreldrene er kun til stede visse tider i døgnet (4), til tross for at forskriften om «*Barns opphold på helseinstitusjon*» sier at barnet har krav på å ha minimum en forelder hos seg under hele sykehusoppholdet (5). Foreldre får også tilbud om økonomisk støtte når barnet er innlagt (6).

Forskning viser at enerom har store helsefremmende fordeler sammenlignet med flersengsrom (7,8). Det ser man blant annet ved færre tilfeller av infeksjoner og apneer, færre døgn på respirator og tidligere enteral ernæring (7,8). I senere tid har flere helseinstitusjoner verden over gått over til enerom (9), og sykepleiere virker å være mer fornøyd med pasientbehandlingen på enerom kontra flersengsrom, da miljøet er mer tilpasset barnet og familien (10-12).

På NI med flersengsrom har det vært en samarbeidskultur blant sykepleiere, da kollegaer ofte jobber tett på hverandre og bistår i pleie og prosedyrer på samme rom (13). Forskning viser en bekymring blant sykepleiere rundt samarbeid og samhandling med andre kollegaer ved og etter overgang til enerom (8,10,12-14), og det stilles spørsmål om eneromsstruktur har en positiv eller negativ effekt på arbeidsmiljøet (8,10-13,15,16). Med eneromsstruktur jobber sykepleiere selvstendig på pasientrommene, og sosiale møter med kollegaer foregår ofte i døråpningen eller i forbindelse med pauser (13), som gjør at sykepleiere føler seg mer isolert på enerom enn flersengsrom (17).

På enerom tilstrebes et godt samarbeid med foreldrene, noe som krever god kommunikasjon, gjensidig respekt og ærlighet, samt god veiledning og tydelig rollefordeling (18). Enerom gir mulighet for tett oppfølging av foreldrene og de læres opp og får kunnskap om barnets

helsetilstand og behov (11,12,15,19). Samtidig oppleves enerom som hinder for gode læringssituasjoner, kunnskapsutvikling og faglige diskusjoner blant sykepleiere (8,20,21).

Selv om det er gjort flere studier om temaet på verdensbasis er ikke disse nødvendigvis overførbare til norske nyfødtintensivavdelinger på bakgrunn av blant annet kultur og sosioøkonomiske forskjeller. I Norge er det gjort studier innenfor samme område, men på avdelinger som enten har både enerom og flersengsrom, eller som ikke behandler de aller mest kritiske syke nyfødt pasientene.

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaring med eneromsstruktur på en høyintensiv nyfødtavdeling i Norge. Studien kan i lys av sykepleiernes erfaringer gi et innblikk i hvordan det er å jobbe med en slik struktur, og hvilke fordeler og utfordringer dette medfører.

## **1.2 Forskningsspørsmål**

*«Hvordan opplever og erfarer sykepleiere å jobbe ved en høyintensiv nyfødtavdeling med eneromsstruktur?»*

## 2.0 Teoretisk referanseramme

### 2.1 Familiebaserte omsorgsmodeller

Familiebasert omsorg bygger på prinsippet om at foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner (4), og WHO anbefaler sterkt at foreldrene er involvert i pleien og omsorgen av barnet sitt (22). De siste 40 årene er flere modeller for Familiebasert omsorg innen nyfødtdedisin blitt utviklet (23-27). Allerede i 1979 etablerte Adik Levin en mor-barn-avdeling for syke nyfødte og premature barn i Estland med hensikt om kontinuerlig kontakt mellom mor og barn, samt minimalt bruk av teknologisk utstyr og unødvendig forstyrrelser av helsepersonell (23).

I 1986 introduserte Heidelise Als *Newborn Individualized Development Care and Assessment Program* (NIDCAP) (24). NIDCAP baserer seg på en individuell omsorg som tilpasses barnets biologiske rytme og behov (24). Metoden er utviklet for å gi god læring i utviklingsobservasjoner og vurderinger av barnet. NIDCAP skal fungere som et rådgivende og pedagogisk verktøy for helsepersonell og foreldre på NI slik at innleggelsen blir nevroutviklingsstøttende, individualisert og innenfor familiesentrerte rammeverk (24). NIDCAP viser seg også å være helsefremmende når det kommer til nevrologisk utvikling av det premature barnet, samt at det er kostnadseffektivt, humant og etisk (3).

*Familiesentrert omsorgs (FCC)* er basert på 10 prinsipper som ble dannet i samarbeid med foreldre som har hatt kritisk syke barn innlagt på nyfødt intensiv (25). Prinsippene går i hovedsak ut på at det skal være et tett og informativt samarbeid mellom helsepersonell og foreldre, slik at foreldrene aktivt tar del i pleien og bestemmelser rundt barnet (25). Foreldre bør oppmuntres til maksimal involvering av barnet, samt få informasjon rundt barnets tilstand og eventuelle utfall både før, under og tiden etter innleggelsen (25). FCC jobber blant annet for et tilpasset miljø, redusert smerte og ubehag, sikker og effektiv behandling og unngå overbehandling på lik linje som underbehandling (25).

*Familieintegrert omsorg (FICare)* er en forlenget modell av familiesentrert omsorg, hvor foreldrene blir integrert i pleien og omsorgen av barnet, også på nyfødtintensivavdelinger (27). Sykepleiere skal gi støtte og veiledning til foreldre om hvordan ivareta barnet på best mulig måte slik at de blir trygge omsorgspersoner og kan ha et overordnet ansvar for barnets daglige pleierutiner (27).

*Close Collaboration (CC)* stammer fra teorier om den betydningsfulle tilknytning mellom barnet og deres omsorgspersoner (26). Helsepersonell læres opp til å møte familier på en unik

måte, samt ha en forståelse av respons og atferd både hos barnet og foreldrene. Helsepersonell får opplæring i lytteferdigheter og kommunikasjon med foreldrene, og det bør tilstrebes at beslutninger rundt barnet tas i felleskap (26).

## **2.2 Nyfødt intensiv i Norge**

På nyfødtintensivavdelinger i Norge behandles ekstrempremature helt ned til GA 23 uker, samt andre kritisk syke nyfødte som har behov for medisinsk eller kirurgisk behandling. Nyfødtavdelingene er delt inn i fem kategorier ut ifra behandlingsbehov og sykdomsgrad (28). Disse kategoriene går fra kat.1 som er barselavdelingen til kat. 3c som er høyintensive nyfødtavdelinger som tar seg av de aller minste og kritisk syke pasientene fra svangerskapsuke 23 (28). På en slik avdeling er det krav om høyteknologisk utstyr i form av blant annet kjølebehandling av barn født med surstoffmangel eller respiratorbehandling (28). Ifølge Helsedirektoratet stilles det krav om at sykepleierne skal ha høy kompetanse og kunnskap innenfor fagområdet (28).

## **2.3 Enerom på nyfødtavdelinger**

Selv om forskning viser at enerom har flere gunstige helsefordeler er det fortsatt ikke standardisert på alle nyfødtintensivavdelinger i Norge (4). I Norge åpnet den første nyfødtintensivavdelingen med total eneromsstruktur i 2012 (29). Avdelingen er av kategori 3a, noe som betyr at de tar imot premature barn etter svangerskapsuke 28 samt andre syke nyfødte (28). Kritisk syke nyfødte eller premature født før GA 28 uker blir sendt videre til nærmeste universitetssykehus (29).

Det er uvisst nøyaktig hvor mange nyfødtintensivavdelinger i Norge som tilbyr enerom til pasienten da flere avdelinger har en blanding av enerom og flersengsrom (21), men Barneombudet ønsker at eneromsstruktur skal være standarden heller enn unntaket (4). Av avdelingene i kategori 3c er det kun én avdeling som har total eneromsstruktur i Norge. Avdelingen ble gjenåpnet våren 2020 med formål om at foreldre og barn kan være sammen hele døgnet (30).

Ansatte på avdelinger omgjort til enerom har hatt kurs og foredrag om familiebasert omsorg før ombygging, og hvilke helsefremmede fordeler det har for pasienten og foreldrene slik at sykepleierne skulle få en forståelse for hvorfor en slik eneromsstruktur var viktig (19,29).

## 2.4 Omstillingsprosesser og arbeidsmiljø

En omstilling eller endringsprosess kan ha både positiv og negativ effekt på virksomhetens ansatte. Det kan føre til blant annet flere læringsmuligheter, personlig utvikling, selvbestemmelse og variert arbeidshverdag (31). På en annen side kan en slik prosess også føre til usikkerhet blant ansatte i form av frykt for å miste et sosialt og faglig miljø, eller at de ikke føle seg kompetent nok til jobben (31).

Det er svært individuelt hvordan hver enkelt opplever og håndterer en omstillingsprosess, men selvbestemmelse, medvirkning og faglig utvikling er viktige faktorer som er med på å avgjøre hvordan ansatte håndterer omstillingsprosessen (31). Samtidig som ledelsen har et ansvar for å ivareta de ansattes interesser er det også viktig at medarbeidere har en vilje og fleksibilitet til å omstille seg til endringene (31). I starten av en omstillingsprosess er det vanlig å møte motstand, og da særlig hvis omstillingen har konsekvenser for personalet. Motstand vil ofte oppstå dersom personalet ikke føler seg hørt eller er direkte involvert i prosessen (31).

Ved å la ansatte være involvert gjennom hele omstillingsprosessen, samt komme med innspill til hvordan strukturen på avdelingen skal se ut kan dette føre til bedre yrkeskvalitet og arbeidsmiljø (15). Arbeidsmiljø omhandler blant annet det psykososiale i arbeidshverdagen. God kommunikasjon, samhandling og relasjon med kollegaer og ledelse har en helsefremmende gevinst for de ansatte (32), som blant annet mindre stress og utbrenthet (33). Støtte fra ledelsen og ansatte, tillitt, læring, samhandling, samarbeid og god kommunikasjon er viktige faktorer for god jobbtilfredshet blant sykepleiere (34).



## **3.0 Metode**

### **3.1 Kvalitativ forskningsmetode**

Det er hensiktsmessig å ha en kvalitativ forskningsmetode når målet er å frembringe menneskers erfaringer og opplevelser (35). Denne metoden ble derfor vurdert som egnet ut ifra oppgavens hensikt som er å utforske sykepleieres erfaringer på en avdeling med eneromsstruktur. Intervjuene var semistrukturert, som var gunstig da masterstudenten ønsket at deltakerne skulle gi en dypere forklaring av deres erfaringer og opplevelser (35).

### **3.2 Omgivelser**

Studien ble utført på en nyfødt intensiv, grad 3c avdeling med eneromsstruktur på et universitetssykehus i Norge. Avdelingen består av 19 enerom fordelt på to etasjer, hvorav barn i den mest kritiske fasen ligger med kontinuerlig overvåkning av sykepleier på rommet. Pasientgruppen variere i alt fra premature barn fra GA 23 uker, kirurgi, medisinsk behandling og kjølebehandling etter surstoffmangel under fødsel (36). Avdelingens eneromsstruktur består av to ulike romtyper.

1. Intensivrom med mulighet for at all behandling skal foregå der. Rommet har en egen arbeidsstasjon for sykepleieren, slik at behandlingsopplysninger og god dokumentasjon kan tilstrebes samtidig som barnet blir overvåket. Bak en skyvedør har foreldrene egen sovealkove med tilhørende toalett/bad.
2. Familierom med plass til barnet og foreldreseng, stelleområde og tilknyttet bad. Barnet blir overvåket fra en skjerm midt i avdelingen. Barnet blir flyttet på familierom når den kritiske fasen går over i en mer moderat fase av behandlingen. Grunnbemanningen består ofte av 12 sykepleiere/spesialsykepleiere, hvorav ansvarlig sykepleier og mottaker står uten eget pasientansvar. Avdelingen har også en «mellomrolle» når kapasiteten er tilstrekkelig, der en sykepleier kan bistå med medikamenter, prosedyrer og avløsning til pause. Ansatte er delt inn i tre seksjoner, henholdsvis overvåkning, intensiv og akutt. Å være en del av de to sistnevnte seksjonene innebærer blant annet at man har respiratorkompetanse og kan stå selvstendig med en kritisk syk pasient.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Inkluderingskriterier var at sykepleieren måtte være en del av intensiv eller akuttseksjonen og ha minimum to års ansiennitet ved avdelingen. Sykepleiere uten respiratorkompetanse og regelmessig pasientkontakt ble ikke vurdert for deltakelse. Dette fordi fokuset skulle være

rettet mot sykepleiere som står på enerom med kritisk syke pasienter.

Før det ble sendt ut informasjon til deltakere som innfridde inklusjonskriteriene ble felles opplysning om studien gitt i avdelingens interne nyhetsavis. Her ble det beskrevet hva studien gikk ut på og hvem masterstudenten ønsket intervju. Masterstudenten sendte en felles e-post til alle sykepleierne/spesialsykepleierne i intensiv og akuttseksjonen som oppfylte inkluderingskriteriene. Sykepleierne fikk deretter mulighet til å svare på e-posten direkte, eller sende en e-post til mastestudentens veileder. Personer som fortsatt tilhørte avdelingen, men som blant annet var i videreutdanning ble også kontaktet. I e-posten fikk de informasjon om varighet, samt hvor og når intervjuet skulle foregå. Videre stod det at et utvalg – ut ifra ansiennitet og turnus – ville bli aktuelt hvis interessen for deltakelse ble stor. Etter at e-posten ble utsendt, skrev masterstudenten et innlegg på avdelingens Facebookside, som en påminnelse om å lese e-posten. Til slutt ble det laget et informasjonsskriv som ble hengt opp på ulike steder i avdelingen.

### 3.3.1 Deltakere

Av 66 personer som mottok e-posten, svarte 20 sykepleiere/spesialsykepleiere. Andre ga også muntlig tilbakemelding om at de kunne stille opp til intervju hvis det var behov for flere deltakere. Noen av kandidatene var mindre aktuelle da de hadde tilbrakt lite tid i klinikken det siste året. Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakere med ulik ansiennitet og arbeidstider, da det var ønskelig å få frem et bredere erfaringsgrunnlag. Dette ble gjort i samråd med veileder. Utvalget måtte sammensettes slik at materialet ble variert. Hvis utvalget er tilfeldig, kan det føre til en ugyldighet i innsamlet data (35). Åtte deltakere ble valgt ut til intervju.

**Tabell 1.** Deltakerkarakteristika

Deltakerkarakteristika	Antall
Kvinner	8/8
Spesialsykepleier	7/8
Alder	27- >60 år
Ansiennitet	5- >25år
Antall år på avdelingen	3–30 år

### **3.4 Intervjuguide**

Intervjuguiden (vedlegg 2) ble laget basert på tidligere forskning om sykepleieres erfaring med eneromsstruktur og faktorer for jobbtilfredshet. Det ble først utført to pilotintervju av sykepleiere med erfaring innenfor fagfeltet. Personene ble valgt til pilotintervjuet på bakgrunn av kjennskap til avdelingen, slik at det kunne komme konkrete tilbakemeldinger hvis noe var uklart. Spørsmålenes oppbygging ble justert, og flere underspørsmål ble lagt ved for å oppnå bedre informasjonsstyrke (35). Temaene til hvert enkelt hovedspørsmål ble beholdt.

### **3.5 Datainnsamling**

Materialet ble innhentet i perioden mars til november 2022. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført på ulike samtalerom på avdelingen og varigheten var mellom 12 og 60 minutter per intervju. Syv av åtte intervjuer foregikk i arbeidstiden hvorav siste ble utført per telefon etter endt arbeidsdag, etter deltakerens eget ønske. Informantene fikk mulighet til å se på spørsmålene før intervjuet startet, slik at de hadde en formening om hva de ville bli spurt om, og tid til å reflektere rundt temaet. Det ble benyttet diktafon under selve intervjuet og i etterkant ble lydfilene transkribert.

### **3.6 Analyse**

Ved å innhente resultater fra datamaterialet ble systematisk tekstkondensering benyttet (35). Dette er en tverrgående analyse hvor deltakerens egne erfaringer, følelser og holdninger blir fortolket, samt at variasjoner, likhetstrekk og forskjeller i erfaringer sammenfattes (35). Systematisk tekstkondensering går over fire trinn.

#### **3.6.1 Trinn 1- Helhetsinntrykk**

I første analysetrinn ble datamaterialet lest gjennom, og et helhetsinntrykk ble dannet (35). Foreløpige temaer ble laget ut ifra helhetsinntrykk, og egen forforståelse ble sidesatt. Etter å ha gjennomført fem intervjuer ble foreløpige temaer: *erfaring skaper trygghet, godt samarbeid er avgjørende, mindre sosialt, familiesentrert omsorg, selvstendighet, utnytte ressursene på avdelingen, utfordringer med diskusjon og refleksjon, og opprettholdelse av kompetanse på enerom.*

#### **3.6.2 Trinn 2- Meningsbærende enheter**

Trinn to innebar å gjøre foreløpige temaer om til kategorier, eller kodegrupper. Dette ble sett på sammen med veileder og en utenforstående for å få flere nyanser på materialet (35). Når kodegruppene var klar, ble hvert intervju gjennomgått linje for linje. Dette for å innhente

meningsbærende enheter, relevant for problemstillingen. Meningsbærende enheter ble først markert og deretter satt inn i en tekstmatrise før den videre ble systematisert i kodene (35). Materialet som ble ansett som irrelevant ble filtrert bort. Etter at fem intervjuer var gjennomgått ble alle meningsbærende enheter satt sammen i de ulike kodene. Analysearbeidet var tidkrevende, koder ble fjernet og lagt til, materialet ble lest på nytt og nye meningsbærende enheter ble innhentet. Dette resulterte i kodegruppene «*Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre*» «*Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling*», «*Enerom er lite sosialt, og krever tett samarbeid mellom ansatte*».

### 3.6.3 Trinn 3- Subgrupper og kondensering

I analysens tredje trinn ble meningsbærende enheter i hver kodegruppe gjennomgått for å skildre nyansene fra hverandre. Forskeren fant frem kodegruppen som vekket mest entusiasme for å starte prosessen med god energi (35). Kodegruppene ble videre sortert i 3-5 subgrupper. (Tabell 2)

**Tabell 2.** Kodegrupper med tilhørende subgrupper

Kodegrupper	Subgrupper
Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omsorgen av pasienten er god på enerom</li> <li>- Ivaretagelse av foreldre er bra på enerom</li> <li>- Enerom gjør at vi kommer tettere på, og får en bedre relasjon med foreldrene</li> <li>- Foreldresamarbeid kan være krevende</li> <li>- Vi må veilede og følge opp foreldrene på enerom</li> </ul>
Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfaring gjør at jeg føler meg trygg på enerom</li> <li>- Enerom gir færre muligheter til læringssituasjoner</li> <li>- Det er vanskeligere å ha faglige diskusjoner og opprettholde kompetansen på enerom</li> <li>- Enerom gir selvstendighet og kontroll</li> </ul>
Å jobbe på enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom ansatte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enerom er lite sosialt, og det er vanskelig å bli kjent med kollegaene sine</li> <li>- Det er enkelt å få hjelp i akuttsituasjoner, men ikke alltid til dagligdagse ting</li> <li>- Mellomrollen er en viktig ressurs på avdelingen</li> </ul>

Deretter ble meningsbærende enheter i hver subgruppe omgjort til et tekstkondensat, et slags kunstig sitat som gjenforteller innholdet i meningsbærende enhetene i mer generell form (35). Dette er vesentlig å ha med i analysen for å kunne kalle analysemetoden systematisk tekstkondensering (35). Tekstkondensatene ble skrevet i «jeg» og «vi» form som en påminnelse om deltakernes egne stemmer (35).

### **3.6.4 Trinn 4-sammenfatning av resultater**

I analysens siste trinn ble tekstkondensatene omgjort til en analytisk tekst for å sammenfatte funnene med grunnlag for nye begreper og beskrivelser (35).

### **3.7 Forforståelse**

Masterstudentens forforståelse til temaet er egne erfaringer og forutsetninger, faglig interesse og teoretiske referanserammer (35). Forforståelsen har en sentral betydning i studien, både i form av motivasjon, videre læring og en eventuell påvirkning dette kan ha senere.

Faglig interesse kommer fra masterstudentens eget erfaringsgrunnlag etter å ha arbeidet på avdelingen studien er gjort på, både før og etter overflytting til enerom. Da den nye avdelingen ble ferdigstilt ble arbeidsflyten annerledes. Sykepleierne stod på egne rom med pasienten, og kollegaer var ikke like tilgjengelig som når det var flersengsrom.

Tidligere forskning viser blant annet at sykepleiere føler seg isolert og samhandler mindre med kollegaer på enerom enn på flersengsrom (8,10,12,13,17), noe masterstudenten ønsket å se om var tilfelle også på denne avdelingen. Videre var det viktig å se om sykepleierne fant eneromsstrukturen mer egnet pasienten og familien, noe som var hele formålet med ombyggingen.

### **3.8 Forskningsetiske betraktninger**

I første omgang ble prosjektet vurdert og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata AS (Ref.nr. 666397) og forskningsutvalget på klinikken (vedlegg 4). Det ble også informert om utsettelse av studiens sluttdato.

Masterstudenten måtte overveie hvilke konsekvenser og belastning en deltakelse eventuelt ville hatt for informantene, og det ble vurdert at oppgavens nytteverdi var større enn belastning (37).

Studien var samtykkebasert og deltakerne fikk informasjon om studiens hensikt både muntlig og skriftlig, samt deltakerens rettigheter til å trekke seg før, under og etter intervjuet (38). Det ble også informert om at behandling av personopplysninger skulle være konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Hver deltaker måtte skrive under på et samtykkeskjema hvor disse opplysningene stod (vedlegg 3). Etter endt intervju kunne deltakerne svare på hvordan de opplevde å delta i studien. Videre oppfølging av informantene i etterkant ble ikke ansett som nødvendig.

Lydfilene ble lastet opp på et kryptert filområde etter intervjuene var ferdig og opplysninger som kunne kobles opp mot informantene ble fjernet under transkribering. Det var også nøye vurdert hvilke deltakerkarakteristika som skulle inngå i oppgaven da disse eventuelt kunne kobles tilbake til informantene. Etter muntlig høring av masteroppgaven vil lydfilene slettes, noe deltakerne er bevisst på.

## **4.0 Oppsummering av resultater**

Etter å ha analysert datamaterialet resulterte det i tre hovedkategorier som blir presentert under.

### **4.1 Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre**

Miljøet rundt barnet og foreldrene erfarte de som forbedret etter ombygging til enerom, da omgivelsene er roligere og barnet blir skjermet for lys, lyd og stimuli. Foreldrene kommer raskere inn i pleien, og muligheten for dypere samtaler, informasjon om rollefordeling og god veiledning er mer tilrettelagt på enerom enn flersensrom. Det er flere utfordringer med kontinuerlig tilstedeværelse. Kjemi og kommunikasjonen, i akutsituasjoner med ivaretagelse av barnet og foreldrene, og under legevisitt hvis sykepleier ønsker å ha en diskusjon med lege angående barnet. Informanter synes også det er ubehagelig å skulle korrigere foreldrenes pleie av barnet hvis de ser at det ikke er gitt nok veiledning i henhold til NIDCAP, da spesielt av det premature barnet. Noen påpeker at dette skjer fordi sykepleierne trekker seg fort ut av rommet og ikke gir foreldrene nok informasjon og veiledning. Det ble også sagt at det er ønskelig med mer fokus på kunnskapen bak ombyggingen av enerom og hvorfor den er så betydningsfull for barnet og familien.

### **4.2 Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling**

Erfaring og kompetanse skaper trygghet på enerom, men enkelte føler seg mindre trygg med ansvar for en dårlig pasient i deler av avdelingen hvor bemanningen er lav. Sykepleierne i studien mente at enerom kan være et hinder for gode læringssituasjoner da prosedyrer og stell foregår bak lukkede dører. Faglige diskusjoner og felles vurderinger beskrev sykepleierne som utfordrende på enerom. Dette, samt færre læringssituasjoner og lang tid mellom hver gang en har ulike kasus kan vanskeliggjøre opprettholdelse av kompetansen. Flere informanter mente at enerom innebærer større ansvar og på denne måten blir sykepleiere mer selvstendig enn på flersensrom, samt at læringskurven blir brattere.

### **4.3 Enerom er lite sosialt, og krever tett samarbeid mellom ansatte**

Informantene mener enerom er innebærer lite sosial kontakt med andre ansatte, og de kan gå store deler av vekten uten å se andre kollegaer. Flere forklarte at samhandling med kollegaer styrker tilliten, og at det er viktig for arbeidsmiljøet. De presiserte at det er enkelt å få hjelp i akutsituasjoner, men dagligdags hjelp som vurderinger av barnet, enkelte prosedyrer og forflytning til mor/fars bryst kan være utfordrende. Samtlige mente de selv var flinke å tilby hjelp, men flere forklarte at det er veldig personavhengig hvor mye hjelp man får av sykepleiere som går mellom eller står uten eget pasientansvar. Mellomrollen i avdelingen har

blitt viktigere etter innføring av enerom mente informantene. Dette fordi sykepleierne ikke har andre kollegaer like lett tilgjengelig som på flersengsrom. Flere mente at den som har mellomrollen aktivt må tilby hjelp på rommene, mens enkelte forklarte at hver og en bør ta ansvar å ringe etter hjelp selv når det er behov.



## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres først resultatet opp mot teori og tidligere forskning. Deretter følger en diskusjon om studiens metode.

### 5.1 Resultatdiskusjon

I likhet med tidligere forskning (10-12) opplevde sykepleierne i denne studien eneromsstruktur som det beste alternativet for barnet og foreldrene. Informantene mente at tidlig foreldreinvolvering sees i sammenheng med kontinuerlig tilstedeværelse, klare rollefordelinger, og at foreldrene vet betydningen av deres involvering i pleien til barnet. Familieintegreert omsorg er en nyere modell som ut ifra teorien og resultatene kan tyde på at ligger tett opp mot praksis i avdelingen studien er utført på. Sykepleierne tilstreber å gi støtte og veiledning til foreldrene slik at de blir primære og trygge omsorgspersoner for barnet, samt at de er delaktig i pleien og beslutninger som tas, som også er i tråd med FCC prinsippene (25). Informanter opplever derimot ulik praksis blant sykepleierne i hvor tidlig foreldrene får pleieansvaret. Flere anser det som utfordrende å gi tilbakemelding hvis en ser at foreldrene ikke har fått nok veiledning i håndtering og stell, da spesielt av premature barn (24).

God kommunikasjon er viktig for relasjonsbygging mellom foreldre og sykepleiere (18), men i enkelte tilfeller opplever informanter kommunikasjon og kjemi med foreldre som utfordrende. Det kan tenke seg at kontinuerlig tilstedeværelse gjør det ekstra krevende i tilfeller hvor kjemien ikke stemmer, kontra tidligere da foreldrene kun var til stede noen timer i døgnet. FCC etterstreber at foreldre er delaktig og får informasjon under legevisitt (25). Derimot er det utfordrende i tilfeller hvor sykepleier ønsker å ha en faglig diskusjon med lege angående barnet uten at foreldrene nødvendigvis har behov for å høre det som blir sagt, i frykt for «unødvendig» bekymring. Foreldre drar nytte av legevisitter, men for helsepersonell skaper det færre diskusjoner og mindre læringssituasjoner (39,40).

Faglige diskusjoner og gode læringssituasjoner kan bidra til å skape bedre jobbtilfredshet blant sykepleiere (34), og det bør prioriteres på en grad 3c nyfødtavdeling, da det kreves høy kompetanse og kunnskap av helsepersonellet (28). Derimot forklarte flere informanter i studien at læringssituasjoner, samt opprettholdelse av kompetanse er mer utfordrende på enerom enn flersengsrom, noe som også underbygges av tidligere forskning (8,20,21).

Vurderinger og observasjoner av barnet blir ofte gjort alene eller med foreldre. Til tross for det mener enkelte i studien at enerom gjør sykepleiere mer selvstendig og en blir «tvunget» til å ta egne vurderinger rundt barnet, som samtidig gjør læringskurven brattere. Dette støttes

også opp av tidligere forskning (11,13). Skjønt problematikken rundt faglige diskusjoner, læringssituasjoner og opprettholdelse av kompetanse føler informantene seg trygg i akuttsituasjoner. Dette på bakgrunn av ansiennitet på avdelingen og viten om at hjelpen er raskt tilgjengelig, som avviker noe fra tidligere studier (11,12,14). Noen informanter legger til at tryggheten også avhenger av belegget på den vekten og hvor i avdelingen akuttsituasjonen oppstår, da arkitekturen medfører lange avstander mellom noen av pasientrommene.

Samhandling, kommunikasjon og samarbeid viser seg å være en forutsetning for god jobbtilfredshet blant sykepleiere (34), samt for ansattes egen helse (32,33). Psykososiale forhold er også en viktig del av arbeidsmiljøet (32). Derimot viser resultatene at enerom skaper mindre sosiale arenaer for sykepleierne, noe som også støttes opp av tidligere forskning (8,10,12-14). Informantene i studien forklarer at de i tilfeller kan føle seg isolert på pasientrommet og at det er krevende uten kollegial støtte og samhandling. Dette viser seg å være en utfordring på flere avdelinger med eneromsstruktur (8, 10-13,17).

Det har vært en kultur for tett samarbeid på nyfødtintensivavdelinger da sykepleiere tradisjonelt sett har jobbet side om side på samme rom (13). På lik linje med studien til VanHeuvelen (13) forklarte informanter i denne studien at det er mer utfordrende å få hjelp til daglige rutiner på enerom. Derimot fastslo samtlige at de selv er flink å tilby andre kollegaer hjelp. Resultatet viser at det er ulikt syn på hvordan ansatte uten pasientansvar skal utnytte sin rolle, og enkelte mener det burde skje en holdningsendring når det gjelder opprettholdelse av godt samarbeid på avdelingen. Ansatte omstiller seg forskjellig og i ulikt tempo når det skjer en endring, og det er svært individuelt hvordan enkelte håndterer en omstilling av så stor betydning, både i struktur og arbeidsmåte (31). På en side mente flere informanter at fordelene veier opp for ulempene enerom fører med seg, og at andre kanskje også ville tenkt slik dersom avdelingen fokuserte mer på kunnskapen bak ombyggingen. På en annen side ga flere informanter uttrykk for at utfordringene var av så stor påkjenning at bytte av arbeidsplass er vurdert.

## 5.2 Metodediskusjon

Under forskningsarbeid argumenterer Tjora (41) for at *pålitelighet*, *gyldighet* og *generaliserbarhet* er viktige indikatorer på forskningens kvalitet (41). Disse vil herunder bli presentert og belyse hvordan masterstudenten har overholdt metodekvaliteten i studien.

Pålitelighet (reliabilitet) omhandler masterstudentens posisjon, og i hvilken grad den kan prege forskningsarbeidet (41). Masterstudenten har engasjement og erfaring innenfor fagfeltet, noe som også har vært med å påvirke studieretningen og tilgangen til feltet. På den andre siden kan forskning innenfor eget fagfelt føre med seg forutinntatthet (41).

Masterstudenten har tatt forutinntatthet i betraktning og basert spørsmålene i intervjuet ut ifra teori og tidligere forskning, og ikke egne antakelser, noe som kan bidra til å styrke studiens pålitelighet (41). Analysearbeidet ble diskutert med veileder og medstudent uten tilhørighet til fagfeltet for å få bredere nyanser og flere perspektiver rundt datamaterialet for å styrke oppgavens pålitelighet og validitet (35).

Gyldighet (validitet) i denne sammenheng går ut på i hvilken grad resultatene i studien kan trekke gyldige slutninger (41). Det dreier seg om at studien undersøker det den har i hensikt å undersøke (42). Masterstudentens dobbeltrolle som student og kliniker kan være fordelaktig, som ved utvalg av informanter. På bakgrunn av at flere sykepleiere meldte seg frivillig til å delta i studien tok studenten et strategisk utvalg for å sikre variert data (35). Informantene i studien har alle erfaringer som sykepleier på en høyintensiv nyfødtafdeling kun bestående av enerom, noe som styrker studiens interne gyldighet (41). Bred variasjon av ansiennitet og erfaring vil treffe en større målgruppe og få et nyansert datamateriale, som også kan bidra til gyldighet (35). Intervjuene ble transkribert av masterstudenten selv for å huske emosjonelle og sosiale aspekter ved intervjuene, samt å bevare mest mulig av meningsinnholdet. Dette er med på å styrke studiens validitet (35). Studiens gyldighet kan videre styrkes gjennom at teori og relevant forskning brukt i oppgaven danner et grunnlag for tolkning og konklusjon (41).

Det er vanlig at generaliserbarhet er et mål ved samfunnsforskning (41), da det ofte er ønskelig at studien skal gi ny kunnskap, ha relevans og brukes til noe (35).

Selv om utvalget av informanter var strategisk er det ingen garanti at studien vil være generaliserbar til andre fagfelt da den omhandler et spesifikt område. Det blir opp til leseren selv å vurdere hvorvidt funnene i denne studien kan bidra til egen forskning, noe som kalles naturalistisk generalisering (41). Det er også viktig å påpeke at dersom masterstudenten hadde inkludert deltakere som kun har erfaring med eneromsstruktur, kunne resultatet ha sett

annerledes ut. Informantene i studien trakk ved flere anledninger sammenligninger til hvordan det var å arbeide på avdelingen med flersengsrom kontra nå.

## **6.0 Konklusjon**

Sykepleierne opplever eneromsstruktur som fordelaktig for pasienten og deres foreldre, og miljøet kan tilpasses hver enkelt familie. De erfarer at foreldrene kommer fortere inn i pleien, og er en stor ressurs for barnet da de er på avdelingen døgkontinuerlig. Resultatet viser derimot aspekter som er mer utfordrende for sykepleierne med eneromsstruktur, som blant annet reduserte læringssituasjoner og faglige diskusjoner, samhandling og samarbeid.

Sykepleiere har behov for godt samarbeid med kollegaer, samt kunne ha faglige diskusjoner når en jobber på en høyintensiv nyfødtavdeling. Utfordringene sykepleierne i studien møter på viser seg å være krevende også på andre avdelinger med eneromsstruktur, som kan tilsi at enerom i stor grad er tilrettelagt pasienten og deres foreldre.

### **6.1 Kliniske implikasjoner og videre forskning**

Relevans omhandler studiens overførbarhet av kunnskap som er utviklet, og hva denne kan brukes til (35). På bakgrunn av Barneombudets og WHO's anbefalinger om barn på nyfødt intensiv blir flere avdelinger verden over omgjort til enerom. Studien tilfører nyttig kunnskap for avdelinger som planlegger eller er i gang med ombyggingsprosessen, da resultatet sier noe om hvordan sykepleiere erfarer å jobbe på en avdeling med eneromsstruktur. Studien er utført på den eneste høyintensive nyfødtavdelingen kun bestående av enerom i Norge, noe som gjør den høyst relevant. Funnene er verdifulle i den forstand at det må reflekteres mer rundt hvilke tiltak en kan iverksette for å gjøre utfordringer sykepleiere møter på enerom mindre, da det viser seg å ha positive aspekter for pasientbehandlingen, men samarbeid med kollegaer og læringssituasjoner reduseres.

## Referanseliste

1. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister (internett). Folkehelseinstituttet. 2021; (Hentet 31.01.23). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/datatilgang/statistikk-fra-medisinsk-fodselsreg/>
2. Ravn IH. samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I: Tandberg, BS, Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn. 1. utgave, 1. opplag. Cappelen Damm AS; 2009.
3. Als H, McAnulty GB. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev*; 2011;7(3):288-301.
4. Barneombudets fagrapport 2013. (Hentet 07.01.23). (56-63). Tilgjengelig fra: [https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse\\_pa\\_barns\\_premisser.pdf](https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf).
5. Samværsrett for foreldre m.m. (Lov om barns opphold i helseinstitusjon). LOV-1999-07-02-61-§3-6 (Hentet 22.11.2022). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217/§6>
6. Pleiepenger til medlem med omsorg for syke barn. (Lov om folketrygd. Folketrygdloven). LOV-2022-12-20-104. (Hentet 07.01.2023). Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL\\_5-5-3#§9-14](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-5-3#§9-14)
7. Lester BM, Hawes K, Abar B, Sullivan M, Miller R, Bigsby R, Lupton A, Salisbury A, Taub M, Lagasse LL, Padbury JF. Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *Pediatrics*; 2014;134(4):754-60.
8. Shahheidari M, Homer C. Impact of the Design of Neonatal Intensive Care Units on Neonates, Staff, and Families. A systematic Literature Review. *J Perinat Neonat Nurs*.2012;26(3):260-266.
9. Bromley E. Building patient-centeredness: hospital design as an interpretive act. *Soc Sci Med*.2012;75(6):1057-66.
10. Stevens DC, Helseth CC, Khan MA, Munson DP, Smith TJ. Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single-family room design. *Journal of Perinatology*. 2010;30:352-358.
11. Cone SK, Short S, Gutscher G. From “Baby Barn” to the “Single Family Room Designed NICU: A Report of Staff Perceptions One Year Post Occupancy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*.Elsevier Inc; 2010;10(2):97-102
12. Winner-Stoltz R, Lengerich A, Hench AJ, O’Malley J, Kjelland 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: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*. 2018;18(3):189-198.
13. VanHeuvelen JS. Isolation or interaction: healthcare provider experience of design change. *Sociol Health Illn*. 2019;41(4):692-708.

14. Donetto S, Penfold C, Anderson J, Robert G, Maben J. Nursing work and sensory experiences of hospital design: A before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient accommodation. *Health Place*. 2017;46:121-129.
15. Watson J, DeLand M, Gibbins S, York EM, Robson K. Improvements in Staff Quality of Work Life and Family Satisfaction Following the Move to Single-Family Room NICU Design. *Advances in Neonatal Care*. 2014;14(2): 129-136.
16. Doede M, Trinkoff AM. Emotional Work of Neonatal Nurses in a Single-Family Room NICU. *The Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. Elsevier. *JOGNN*. 2020;49:283-292.
17. Oliver K, Kemp V. A comparison of nurses' work satisfaction between single-room and multioccupancy adult intensive care units: A mixed-methods integrative review. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):382-389.
18. Brødsgaard A, Pedersen JT, Larsen P, Weis J. Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2019;28(17-18):3117-3139.
19. Toivonen M, Lehtonen L, Löyttyniemi E, Axelin A. Effects of Single-family rooms on nurse-parent and nurse-infant interaction in neonatal intensive care unit. *Early Human Development*. 2017. s. 59-62.
20. Soni, R, Fairhurst, N, El Anbari, M, Leslie, A, Tscherning Wel-Wel, C. Staff perceptions and challenges of the single-family room design—Experience of a greenfield level4 neonatal intensive care unit in the Middle East. *Acta Paediatr*. 2022;111: 2291– 2298.
21. Jensen B, Kvamme S, Dåvøy GM, Vederhus BJ, Horne R. Familierom i nyfødteintensivavdelinger – sykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning* 2021;16(87288).
22. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant (Internett). Geneva: World Health Organization; November 2022; (Hentet 07.01.2023). Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
23. Levin A. The Mother-Infant unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: a truly baby-friendly unit. *Birth*; 1994;21(1):39-44.
24. Als, H. Program guide, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). An education and Training Program for Health Care Professionals. NIDCAP Federation International, 2015 (Oppdatert 12.2022; hentet 17.01.2023). Tilgjengelig fra: <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2023/01/Program-Guide-Rev-8Dec2022.pdf>
25. Harrison, H. The principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*. 1993; 92; 643
26. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res*. 2017;325(Pt B):303-310
27. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res*. 2019;111(15):1044-1059.

28. Helsedirektoratet. Nyfødt intensivavdelinger-kompetanse og kvalitet (internett) Helsedirektoratet; 29. september 2017 (Hentet 25.11.22). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>
29. Lyngstad LT, Le Marechal F, Ekeberg BL, Hochnowski K, Hval M, Tandberg BS. Ten Years of Neonatal Intensive Care Adaption to the Infants' Needs: Implementation of a Family-Centered Care Model with Single-Family Rooms in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10):5917.
30. St.Olavs Hospital. Nyfødt intensiv. (Hentet 07.02.23). Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodt-intensiv#vi-bygger-om-nyfodt-intensiv-ferdig-senvinter-2020>
31. Regjeringen. Personalpolitikk ved omstillingsprosess (internett). Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 15.11.2018 (Hentet 07.02.23). Tilgjengelig fra: <https://regjeringen.no/no/dokumenter/personalpolitikk-ved-omstillingsprosesse/id713133/?ch=5>
32. Arbeidstilsynet. Arbeidsrelaterte psykiske plager (internett) (Hentet 01.02.23). Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsrelaterte-psykiske-plager/>
33. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41.
34. Castaneda GA, Scanlan JM. Job satisfaction in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2014;49(2):130-8.
35. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo. Universitetsforlaget AS; 2017.
36. Rønnestad A, Stensvold HJ, Knudsen LMM. Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister. Årsrapport for 2021, med plan for forbedringstiltak (internett). Oslo universitetssykehus Rikshospitalet; 2022 (Hentet 17.12.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv-barn/norsk-nyfodtmedisinsk-kvalitetsregister>
37. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Risks, Burdens and Benefits (internett). 8. oktober 2020 (Hentet 09.12.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/en/resources/the-research-ethics-library/legal-statutes-and-guidelines/declaration-of-helsinki/>
38. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Informed consent (internett). 10. august 2020. (Hentet 09.12.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/en/resources/the-research-ethics-library/legal-statutes-and-guidelines/declaration-of-helsinki/>
39. Grzyb MJ, Coe H, Rühland L, Dow K. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2014;34(2):143-8.



40. Stickney CA, Ziniel SI, Brett MS, Truog RD. Family participation during intensive care unit rounds: goals and expectations of parents and health care providers in a tertiary pediatric intensive care unit. *J Pediatr.* 2014;165(6):1245-1251.
41. Tjora, A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2017
42. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2015

Artikkel

---

# Sykepleieres perspektiv på eneromsstruktur på en nyfødt intensivavdeling i Norge

---

En kvalitativ studie

Ane Marte K. Sakserud, mastergrad  
Intensivsykepleier, sykehus i Midt-Norge

Antall ord: 3008

Antall tegn: 21 208 inkl. mellomrom

Antall ord sammendrag: 251

Antall figurer og tabeller: 3

## Sammendrag

### Bakgrunn

Ivaretagelse av syke barn på NI har i lengre tid vært en sykepleieoppgave da strukturen på avdelingene er slik at kritisk syke barn ligger på samme rom. Forskning viser at eneromsstruktur har en positiv innvirkning på barnet og foreldrene, og i senere tid har flere helseinstitusjoner verden over også gått over til enerom.

### Hensikt

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaring med eneromsstruktur på en høyintensiv nyfødtavdeling i Norge.

### Metode

Det ble utført en kvalitativ studie på en nyfødt intensivavdeling kun bestående av enerom mellom mars og november 2022. Datainnsamling ble gjort via semistrukturerte individuelle intervjuer. Deltakerne var 8 sykepleiere/spesialsykepleiere. Datamaterialet ble analysert i henhold til systematisk tekstkondensering.

### Resultat

Informantene opplever at foreldre kommer raskere inn i pleien på enerom enn flersengsrom. Miljøet kan tilpasses hver enkelt familie, og barnet blir skjermet for lys, lyder og stimuli. Familiesamarbeid og kontinuerlig tilstedeværelse kan også være utfordrende for sykepleiere. Læringssituasjoner og faglige diskusjoner opplever informanter som redusert etter avdelingen fikk enerom, da sykepleiere ofte står alene. De erfarer også utfordringer rundt samarbeid og sosial kontakt med kollegaer, og trekker sammenligninger med hvordan det psykososiale arbeidsmiljøet var på flersengsrom kontra nå.

### Konklusjon

Sykepleiere opplever eneromsstruktur som både fordelaktig for pasienten og foreldrene, og utfordrende for sykepleieres arbeidssituasjon. Læringssituasjoner, kollegial samhandling og samarbeidet, som flere påpeker er viktigere på enerom, er mer fraværende enn når avdelingen hadde flersengsrom, erfarer sykepleiere. Flere opplever utfordringene av så stor betydning at bytte av arbeidsplass er vurdert, samtidig som andre mener at fordelene veier opp for ulempe.

**Nøkkelord:** Kvalitativ forskning, nyfødt intensiv, enerom, sykepleieperspektiv og familiebasert omsorg

## Introduksjon

På nyfødt intensivavdelinger (NI) i Norge har den daglige ivaretagelsen av syke nyfødte tradisjonelt vært forbeholdt helsepersonell, da det ikke har vært tilrettelagt for at foreldre kan tilbringe døgnekstremt kontinuerlig tid sammen med barnet (1). NI har vært utformet med store pasientrom med plass til flere barn, og foreldrene tilbringer tiden i en stol ved siden av pasientsengen (1).

På verdensbasis har medisinske fremskritt innen nyfødtmedisin gjort at flere barn født ekstremt prematurt overlever (2). Dette kan resultere i langt sykehusopphold for barnet og foreldrene. Forskning viser at eneromsstruktur har en positiv effekt på behandling av premature barn, i form av reduserte tilfeller av sepsis, færre apneer, mindre smerte og stress og tidligere full enteral ernæring (3,4). Tidlig foreldreinvolvering fremmer tilknytning, amming og mental helse, samt gir færre innleggelsesdøgn (5,6). Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler at foreldrene er involvert i pleien og omsorgen av barnet (7) og FNs barnekomité presiserer at første leveår er svært viktig med tanke på følelsesmessig trygghet fra omsorgspersoner (8). Barn har også rett på samvær med foreldre under hele sykehusoppholdet (9).

Familiebaserte omsorgsmodeller har de siste 40 årene blitt mer utbredt. Allerede i 1979 ble det etablert en mor-barn-avdeling i Estland (10). I årene etter har *Newborn Individualized Development Care and Assessment Program* (NIDCAP), familiesentrert og familieintegret omsorg og Close Collaboration (CC) blitt introdusert på NI (11-14). Det omhandler blant annet individuell, tilpasset pleie til hvert enkelt barn, tilstedeværelse av foreldre, informasjon, støtte og veiledning i omsorgen av barnet og aktiv foreldreinvolvering i behandlingen. Det er en felles forståelse blant sykepleiere at eneromsstruktur har en stor helsegevinst for barnet (15-18).

Eneromsstruktur viser imidlertid å ha noen negative aspekter for sykepleieres arbeidssituasjon som samhandling og samarbeid (4,15-21), tilgang til læringssituasjoner og faglige diskusjoner (2,4,22). Dette er viktige faktorer for økt jobbtilfredshet (23). Mindre sosialisering går utover arbeidsmiljøet, som igjen kan gå utover egen helse (24,25).

Det finnes nasjonal og internasjonal forskning på hvordan sykepleiere opplever å jobbe på en nyfødt intensivavdeling med eneromsstruktur, men vi mangler fortsatt kunnskap om hvordan ansatte opplever å jobbe på en høyintensiv nyfødtavdeling, kun bestående av enerom.

Hensikten med studien er derfor å utforske hvilke opplevelser og erfaringer sykepleiere har med å jobbe på en høyintensiv nyfødtavdeling med eneromsstruktur i Norge.

### **Forskningsspørsmål**

*«Hvordan opplever og erfarer sykepleiere å jobbe ved en høyintensiv nyfødtavdeling med eneromsstruktur?»*

## Metode

Kvalitativ forskningsmetode er hensiktsmessig når målet er å frembringe menneskers erfaringer og opplevelser (26). Metoden ble derfor vurdert som egnet ut ifra oppgavens forskningsspørsmål. Semistrukturerte individuelle intervjuer ble utført som metode til datainnsamling.

## Omgivelser

Studien ble utført på en nyfødt intensiv, grad 3c avdeling med eneromsstruktur på et universitetssykehus i Norge. Avdelingen fikk total eneromsstruktur vinteren 2020 og består av 19 rom. Kritisk syke nyfødte ligger i 2 etasje med kontinuerlig overvåkning av sykepleier på rommet. Bak en skyvedør har foreldrene egen sovealkove med tilhørende bad. Barnet blir flyttet over til familierom når den kritiske fasen går over i en mer moderat fase av behandlingen. Grunnbemanningen består ofte av 12 sykepleiere/spesialsykepleiere, hvorav ansvarlig sykepleier og mottakssykepleier står uten pasientansvar. Når avdelingen har kapasitet har de også sykepleiere som går «mellom» og kan bistå med blant annet medikamenter, prosedyrer og avløsning til pause. Ansatte er delt inn i tre seksjoner: overvåkning, intensiv og akutt. Å være en del av de to sistnevnte seksjonene innebærer blant annet at man har respiratorkompetanse og kan stå selvstendig på rom med en kritisk syk pasient.

## Utvalg

Inklusjonskriteriene var at de jobbet i intensiv- eller akuttseksjonen og det var ønskelig med minimum to års erfaring i avdelingen. Deltakerne fikk en e-post om de ønsket å delta i studien. Sekstiseks sykepleiere/spesialsykepleiere mottok en e-post om deltakelse hvorav 20 svarte at de ville være med. Det ble deretter gjort et strategisk utvalg av deltakere etter ansiennitet og arbeidstider (tabell 1).

**Tabell 1.** Deltakerkarakteristika

<u>Deltakerkarakteristika</u>	<u>Antall</u>
Kvinner	8/8
Spesialsykepleier	7/8
Alder	27- >60 år
Ansiennitet	5- >25år
Antall år på avdelingen	3–30 år

## Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført i perioden mars til november 2022. Intervjuene ble utført på avdelingen i arbeidstiden, med unntak av ett intervju som ble gjort per telefon etter deltakerens eget ønske. Intervjuene varierte fra 12-60 minutter og ble det benyttet båndopptaker. Lydfilene ble videre lastet opp på et kryptert filområde og slettet fra båndopptakeren. Intervjuene ble transkribert, uten personlige opplysninger for å ivareta informantens anonymitet.

## Analyse

Datamaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering, en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (26), som består av fire analysetrinn. I første trinn ble hver transkripsjon gjennomlest, og det ble dannet et helhetsbilde med foreløpige temaer.

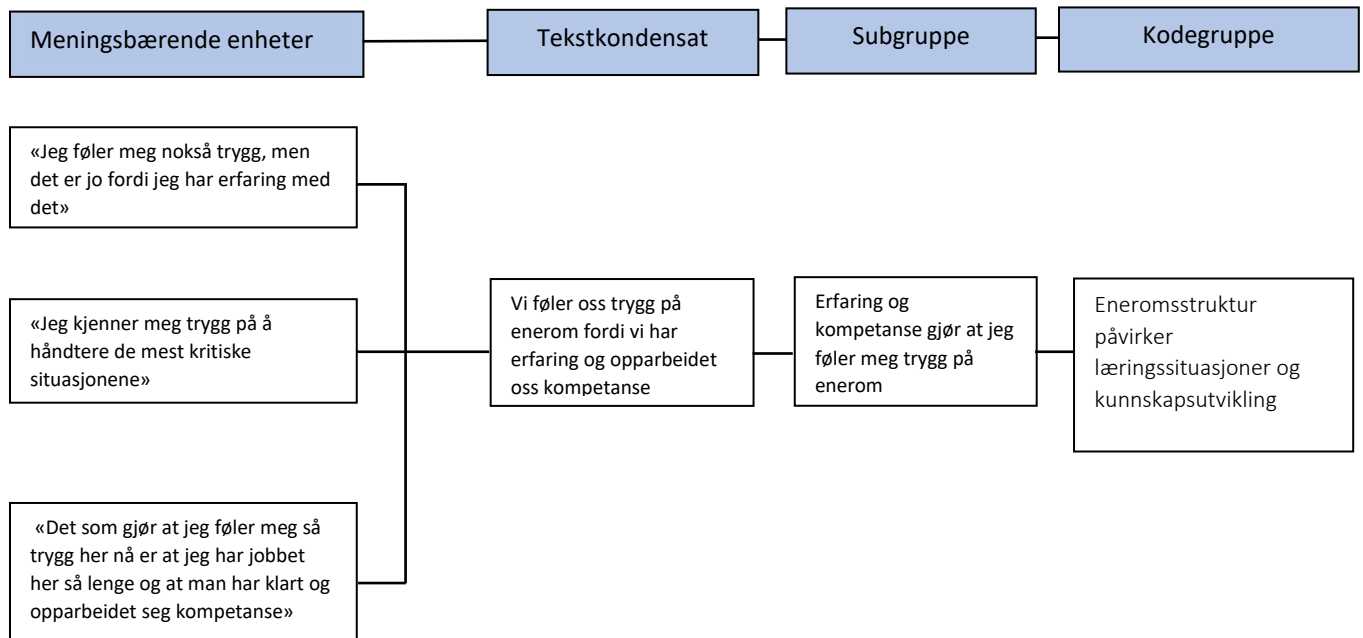
I analysetrinn to ble materialet nøye gjennomgått og meningsbærende enheter som var med på å besvare problemstillingen ble fordelt inn i kodegrupper (tabell 2). Denne delen ble gjort sammen med veileder for å få flere øyne på materialet (26).

**Tabell 2.** kodegrupper med tilhørende subgrupper

Kodegrupper	Subgrupper
Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Omsorgen av pasienten er god på enerom</li><li>- Ivaretagelse av foreldre er bra på enerom</li><li>- Enerom gjør at vi kommer tettere på, og får en bedre relasjon med foreldrene</li><li>- Foreldresamarbeid kan være krevende</li><li>- Vi må veilede og følge opp foreldrene på enerom</li></ul>
Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling	<ul style="list-style-type: none"><li>- Erfaring gjør at jeg føler meg trygg på enerom</li><li>- Enerom gir færre muligheter til læringssituasjoner</li><li>- Det er vanskeligere å ha faglige diskusjoner og opprettholde kompetansen på enerom</li><li>- Enerom gir selvstendighet og kontroll</li></ul>
Enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom ansatte	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enerom er lite sosialt, og det er vanskelig å bli kjent med kollegaene sine</li><li>- Det er enkelt å få hjelp i akutsituasjoner, men ikke alltid til dagligdagse ting</li><li>- Mellomrollen er en viktig ressurs på avdelingen</li></ul>

Trinn tre innebar at meningsbærende enheter i hver kodegruppe ble fordelt videre inn i subgrupper for å vise flere nyanser av materialet (26). Det ble dannet tekstkondensat til hver

subgruppe (Figur 1). I trinn fire ble det skrevet en analytisk tekst fra hvert av kondensatene som dannet utgangspunktet for resultatet (26).



**Figur 1.** Analyseprosess

## Forskningsetikk

Studien ble vurdert og godkjent av NSD (ref. 666397) og FOU (vedlegg 4). På bakgrunn av at studien var samtykkebasert måtte hver deltaker skrive under på et samtykkeskjema før intervjuet startet (vedlegg 3). I informasjonsskrivet stod det også hvilke rettigheter deltakeren har som informant. De fikk beskjed om at deltakelsen var frivillig og at det var mulig å trekke seg underveis i studien. Til slutt ble det opplyst at materialet ville bli behandlet anonymt og slettet etter studiens slutt.



## Resultater

Dataanalysen resulterte i tre hovedtemaer:

- Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre
- Eneromsstruktur påvirker lærings situasjoner og kunnskapsutvikling
- Enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom ansatte

### **Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre**

Informantene opplever miljøet rundt pasienten på enerom som god da de er skjermet for lys og støy, samt at de er i trygge omgivelser og har kjente stemmer rundt seg. Flere mener at enerom tilpasser pleien til hvert enkelt barn og taushetsplikten bevares.

*«Man får til å gjøre individuelle tilpasninger til barnet når det gjelder å begrense støy, begrense lys og tilgang fra andre personer på en annen måte»*

Flere informanter mener at foreldrene er barnets største ressurs da de har mulighet til å være med barnet hele døgnet, både i pleien og under legevisitt. Det er også mulighet til å ha dypere samtaler med foreldre på enerom, noe som bidrar til relasjonsbygging. Foreldrene har trygge rammer hvor de kan lage egne rutiner tilpasset familien.

*«De blir trygg fort og de blir mer selvstendig mye fortere. Foreldrene er raskere på ballen til å ta over enkelte ting og de blir veldig mye med.»*

Foreldresamarbeid kan være krevende, mener flere informanter, fordi en jobber tett med familien og i noen tilfeller er ikke kjemien eller kommunikasjonen like god. Det er også krevende å stå i alvorlige kasus over tid, spesielt alene. Det er vanskelig å skulle ivareta foreldrene samtidig som noe kritisk skjer med barnet. Informanter uttrykte også utfordringer med å ta opp spesifikke ting foran foreldrene på legevisitt.

*«Det er bare noen tanker, diskusjoner jeg har lyst til å drøfte med legen, også føler jeg det kanskje blir litt brutalt for foreldrene å høre»*

Det poengteres at foreldre har behov for mye veiledning og de må vite at deres rolle i pleien er viktig for barnet, men også for tilknytning og det å lære å kjenne sitt eget barn. Flere snakket om ukulturen med å trekke seg raskt ut av rommet, og at det er ubehagelig å komme inn på et pasientrom etter lengre tid for å se at foreldrene ikke har fått god nok veiledning og informasjon- spesielt når det kommer til håndtering av premature barn etter NIDCAP prinsippet.

*«Det kan ikke dras for langt at foreldrene skal være alene med barnet sitt, sånn at vi ikke tar det ansvaret vi har som sykepleier. Det er vårt ansvar at barnet har det bra på alle måter»*

### **Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling**

Sykepleiere i studien mente at trygghet kom av lang erfaring på avdelingen og opparbeidet kompetanse, men at man mister læringssituasjoner da en kun har innblikk i hva som foregår på det ene pasientrommet.

*«Samtidig så blir du kanskje frarøvet flere akutsituasjoner, for det skjer kanskje litt i det stille. Det skjer kanskje på motsatt side av avdelingen»*

Faglige diskusjoner og observasjoner for å heve eget kompetansenivå er noe flere av sykepleierne mener er utfordrende med eneromsstruktur, fordi de står mye alene i vurderingene. Ikke alle synes det er enkelt å ringe etter hjelp. Egen utvikling tar lengre tid og man går glipp av læring av å se hvordan andre jobber. Flere informanter synes også det er krevende å opprettholde egen kompetanse, da det går lang tid mellom hver gang en møter på ulike kasus.

*«Man får ikke den læringen man fikk før. Da skjedde flere ting med flere barn -på samme rom»*

Flere informanter mener læringskurven er brattere på enerom da en blir tvunget til å være mer selvstendig i vurderinger, samtidig som det gir mer ro til refleksjon, og man har mer oversikt enn på flersensrom.

*«Du som sykepleier blir også mye mer stødig på enerom. Du blir veldig selvstendig»*

### **Enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom ansatte**

Sykepleierne i studien opplevde eneromsstrukturen som lite sosialt for de ansatte, sammenlignet med flersensrom. Informanter fortalte at de kunne gå nesten hele vakter uten å se kollegaer og at det påvirker arbeidsmiljøet. Mangel på sosiale møter har ført til at enkelte vurderer å bytte arbeidsplass. Sykepleiere mener at godt bekjentskap øker tilliten mellom de ansatte, men at det er vanskeligere å bli kjent etter at avdelingen innførte enerom. Flere påpeker at ledelsen burde ha større bevissthet rundt ansatte og arbeidsmiljøet.

*«Noen ganger-hvis du har en respiratorpasient-går du ut og spiser klokken halv ett og alle andre er ferdig. Da mister du den ene muligheten til å møte noen den dagen.»*

Informantene opplever enerom som trygt i akuttsituasjoner fordi de får raskt hjelp, men en informant fortalte at hun ikke følte seg trygg med dårlig pasienter lengre ned i avdelingen, fordi det sjeldent er andre pleiere der. Sykepleiere synes det er vanskelig å få hjelp til dagligdagse ting som forflytning til foreldrenes bryst, vurdering eller enkelte prosedyrer. Det påpekes at det bør skje en holdningsendring hos de ansatte når det kommer til samarbeid, og flere mener det er enklere å åpne døren til naborommet enn å ringe i snoren for hjelp.

*«Vi har jo ikke så mye valgmuligheter når det kommer til å spørre om hjelp, men det er enkelte man kvier seg mer for å spørre enn andre»*

Mellomrollen har blitt viktigere etter at det ble innført enerom uttrykte sykepleiere. I enkelte tilfeller er de avhengig av hjelp fra sykepleiere uten pasientansvar. Sykepleierne uttrykte ulike meninger rundt mellomrollens ansvar til å bistå andre.

*«En diskusjon vi har hatt er hvordan mellomrollen skal være, og det er veldig mange som slurver med det.»*

En av deltakerne sier at ansatte skulle hatt mer kunnskap om litteraturen som ligger bak ombyggingen til enerom, og at kanskje flere hadde endret mentaliteten til arbeidet hvis en hadde mer kunnskap om pasientfordelene. Med dette ville en kanskje tolerert at ting er litt utfordrende noen ganger.

## **Resultatdiskusjon**

### **Familiebasert omsorg krever tett samarbeid mellom sykepleiere og foreldre**

Sykepleierne i studien omtalte miljøet rundt barnet som betraktelig bedre etter at avdelingen gikk over til enerom, noe som støttes av tidligere forskning (15-17). Informantene påpeker også viktigheten av foreldrenes tilstedeværelse og deres rolle under sykehusoppholdet.

Familieintegreert omsorg ligger tett opp mot praksis i den avdelingen studien er gjort, hvor sykepleiere støtter og veileder foreldrene til å bli primære og trygge omsorgspersoner for barnet (14). For at dette skal ivaretas bør sykepleiere være til stede og veilede i hvordan gi best mulig omsorg og pleie til barnet (14). Derimot observerer informantene ulik praksis når sykepleiere overlater pleiansvaret til foreldrene. De beskriver dette som utfordrende hvis en ser at foreldrene ikke har fått tilstrekkelig med veiledning tilknyttet håndtering og stell, spesielt av det premature barnet (11). På en annen side påpeker også informanter viktigheten av å la foreldrene få alenetid med barnet, noe som også er grunnleggende for tilknytningen (10).

Forskning viser at god kommunikasjon er vesentlig for å skape tillitt mellom foreldre og sykepleiere (27). Sykepleiere i studien mener enerom bidrar til dypere samtaler og at foreldrene åpner seg mer. Resultatene viser derimot også at samarbeid med foreldre kan være krevende med tanke på kjemi og kommunikasjon. Det nevnes ikke spesifikt at dette har endret seg etter avdelingen fikk enerom, men det kan tenkes at kontinuerlig tilstedeværelse bidrar til ekstra utfordringer når kjemien ikke stemmer, kontra tidligere når foreldrene kun var på avdelingen visse tider i døgnet. Problematikken ble også sett i forbindelse med legevisitt i tilfeller hvor sykepleierne ønsker å ha en faglig diskusjon rundt barnet. De presiserte at de ikke ønsker å holde noe hemmelig for foreldrene, men heller skåne for «unødvendig» bekymring. Legevisitt er nyttig for foreldre, men det skaper færre diskusjoner og mindre læringssituasjoner for helsepersonell (28,29).

### **Eneromsstruktur påvirker læringssituasjoner og kunnskapsutvikling**

På en høyintensiv nyfødtafdeling bør det være en arena for gode læringssituasjoner og faglige diskusjoner for å opparbeide kompetansen som kreves av helsepersonellet (30). Samtlige av sykepleierne mente at læringssituasjoner forsvant ved innføring av enerom, hvor de ikke lenger kunne lære av å se på hverandre. Dette viser også tidligere studier (2,4,22). Faglige diskusjoner, vurdering og observasjoner er vesentlig for å heve eget kompetansenivå. I motsetning til når flere jobber på samme rom, møter sykepleierne i studien på utfordringer

ved at observasjoner og vurderinger ofte blir gjort alene eller med foreldre, noe som også fører til færre faglige diskusjoner.

Faglige diskusjoner og læring kan bidra til å øke egen kompetanse og skape bedre jobbtilfredshet (23). På en avdeling med eneromsstruktur i Australia ble løsningen å samle sykepleiere to ganger i uken, der enkelte pasientkasustikker ble valgt ut til diskusjon rundt pleie og behandling (31). Slik kunne sykepleierne heve kunnskapsnivået og opprettholde kompetansen (31). Dette ble ansett som nyttig og kan være en mulig løsning å overføre til andre avdelinger med eneromsstruktur.

På en annen side mener flere informanter at eneromsstruktur gjør sykepleiere mer selvstendig da en blir «tvunget» til å gjøre egne vurderinger. Det skaper også ro rundt refleksjon og læringssituasjoner som angår pasienten. Det samme ses også i en annen studie (16). Her kan det tenkes at fordelene ikke nødvendigvis veier opp for ulempene, men at gode læringssituasjoner blir gjort uten ytre forstyrrelser.

Sykepleiere i studien mente at egen erfaring og kompetanse innenfor fagfeltet var en av hovedfaktorene til at de følte seg trygg med å være alene om ansvaret. I tillegg til å få rask hjelp i akutsituasjoner, som avviker noe fra tidligere studier (16,17,22). Derimot opplevde flere i denne studien en redusert grad av trygghet når akutsituasjonen skjer i deler av avdelingen med få pasienter og pleiere.

### **Enerom er lite sosialt, og krever godt samarbeid mellom ansatte**

God kommunikasjon, samhandling og samarbeid mellom kollegaer er av stor betydning for jobbtilfredsheten blant sykepleiere (23). Sykepleierne i studien beskriver utfordringer angående det sosiale arbeidsmiljøet etter at avdelingen ble omgjort til enerom. De føler seg ofte isolert på pasientrommet, og det kan være krevende uten kollegial støtte og samhandling. Dette viser også tidligere forskning (4,15-21), noe som tilsier at dette ikke bare er et nasjonalt problem på avdelinger med eneromsstruktur. Dette er viktig informasjon som bør hensyntas da psykososiale forhold er en viktig del av arbeidsmiljøet (25). Det kan virke som kontinuerlig tilstedeværelse på rommet og lite kontakt med andre kollegaer kan få sykepleierne til å føle seg isolert, da avdelingens arkitektur medfører lange avstander mellom noen av pasientrommene.

Bemanningen mener sykepleierne i studien er tilstrekkelig, men, det er uenigheter blant informantene om hvordan personer uten pasientansvar skal utnytte sin rolle best mulig. Til tross for at avdelingen har disse rollene, mener likevel flere i studien at det er vanskelig å spørre enkelte om dagligdags hjelp. På den ene siden er det ønskelig at foreldrene bistår i denne delen av pleien, men på den andre siden er det ikke gitt at sykepleieren føler at hjelpen fra foreldrene er tilstrekkelig. En sykepleier uttrykker at det burde skje en holdningsendring hos de ansatte når det kommer til å tilby andre hjelp, noe som igjen kan øke jobbtilfredsheten på avdelingen (23). Å endre holdning/arbeidsmetode kan ta tid, spesielt når en avdeling har vært gjennom en stor modifisering, både i struktur og arbeidsmåte. Det er svært individuelt hvordan enkelte håndterer en omstilling, men det handler blant annet om viljen og fleksibiliteten til å omstille seg (32). Noen informanter uttrykte at fordelene veier opp for ulempene med enerom, og at andre kanskje også ville tenkt slik om det var mer fokus på kunnskapen bak ombyggingen. Andre indikerte at utfordringene var av så stor belastning at de vurderte bytte av arbeidsplass.

## Metodediskusjon

Masterstudenten har brukt eget fagfelt og interesse for temaet som motivasjon for studien. Dobbelrollen som masterstudent og intensivsykepleier kan ha en innvirkning i intervjusituasjonen og analyseprosessen. Intervjuguiden ble derimot laget ut ifra teori og tidligere forskning, og ikke masterstudentens egne hypoteser til problemstillingen. Analyseprosessen ble også diskutert med veileder og medstudent for å sikre studiens troverdighet og pålitelighet (26).

En styrke ved studien er masterstudentens strategiske utvalg av informanter. Informantene hadde erfaringsbaserte feltkunnskaper, men med ulik ansiennitet og arbeidstider, noe som førte til et nyansert datamateriale (26). På en annen side ble det valgt å ikke ha med sykepleiere som kun har erfaring med eneromsstruktur, som kan ha påvirkning på resultatets variasjonsbredde (26).

En styrke, som senere kunne sees å være en svakhet, var at intervjuene foregikk i arbeidstiden. Tanken var at informantene ikke skulle bruke av egen fritid. Studiens siste intervju foregikk derimot over telefon etter arbeidstid, noe som førte til at informanten kunne svare i rolige omgivelser uten andre forstyrrelser (33).

## **Konklusjon**

Sykepleierne opplever miljøet rundt pasienten og foreldre som forbedret etter avdelingen fikk eneromsstruktur. Foreldrene kommer fortere inn i pleien og blir ansett som en stor ressurs, men tett samarbeid kan også være krevende. Sykepleierne erfarer derimot at strukturen hindrer lærings situasjoner og faglige diskusjoner. Den kollegiale samhandlingen og samarbeidet-som flere påpeker er viktigere på enerom-er mer fraværende enn når avdelingen hadde flersengsrom.



## Referanseliste

1. Barneombudets fagrapport. 2013. (Hentet 07.01.23). (56-63). Tilgjengelig fra: [https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse\\_pa\\_barn\\_s\\_premisser.pdf](https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barn_s_premisser.pdf).
2. Soni, R, Fairhurst, N, El Anbari, M, Leslie, A, Tscherning Wel-Wel, C. Staff perceptions and challenges of the single-family room design—Experience of a greenfield level4 neonatal intensive care unit in the Middle East. *Acta Paediatr.* 2022; 111: 2291– 2298. doi.org/10.1111/apa.16527
3. Lester BM, Hawes K, Abar B, Sullivan M, Miller R, Bigsby R, Lupton A, Salisbury A, Taub M, Lagasse LL, Padbury JF. Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *Pediatrics*; 2014;134(4):754-60. Doi: 10.1542/peds.2013-4252
4. Shahheidari M, Homer C. Impact of the Design of Neonatal Intensive Care Units on Neonates, Staff, and Families. A systematic Literature Review. *J Perinat Neonat Nurs.*2012;26(3):260-266. Doi: 10.1097/JPN.0b013e318261ca1d
5. Holdren S, Fair C, Lehtonen L. A qualitative cross-cultural analysis of NICU care culture and infant feeding in Finland and the U.S. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 Oct 10;19(1):345. doi: 10.1186/s12884-019-2505-2.
6. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, et.al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics.* 2010; 125(2):e278-85. Doi: 10.1542/peds.2009-1511
7. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant (Internett). Geneva: World Health Organization; november 2022; (Hentet 07.01.2023). Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
8. FN. Konvensjonen om barnets rettigheter. Generell kommentar nr 7. Gjennomføring av barnets rettigheter i tidlig barndom. Geneve; 20. september 2006. (Hentet 21.12.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barnets-rettigheter/generell-kommentar-7.pdf>
9. Samværsrett for foreldre m.m. (Lov om barns opphold i helseinstitusjon). LOV-1999-07-02-61-§3-6 (Hentet 22.11.22). Tilgjengelig fra: <https://www.lovdatabasen.no/forskrift/2000-12-01-1217/§6>
10. Levin, A. The Mother-Infant Unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: A Truly Baby-Friendly Unit. *Birth Issues in perinatal care.* 1994;21(1) Doi: 10.1111/j.1523-536x.1994.tb00914.x
11. Als, H. Program guide, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). An education and Training Program for Health Care Professionals. NIDCAP Federation International, 2015(oppdattert 12.2022; Hentet 17.01.2023). Tilgjengelig fra: <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2023/01/Program-Guide-Rev-8Dec2022.pdf>

12. Harrison, H. The principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*. 1993; 92; 643
13. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res*. 2017;325(Pt B):303-310. doi: 10.1016/j.bbr.2016.10.020.
14. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res*. 2019;111(15):1044-1059. doi: 10.1002/bdr2.1521.
15. Stevens DC, Helseth CC, Khan MA, Munson DP, Smith TJ. Neonatal intensive care nursery staff perceive enhanced workplace quality with the single-family room design. *Journal of Perinatology*. 2010;30:352-358. DOI: 10.1038/jp.2009.137
16. Cone SK, Short S, Gutcher G. From “Baby Barn” to the “Single Family Room Designed NICU: A Report of Staff Perceptions One Year Post Occupancy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. Elsevier Inc; 2010;10(2):97-102. Doi: 10.1053/j.nainr.2010.03.002
17. Winner-Stoltz R, Lengerich A, Hench AJ, O'Malley J, Kjelland 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: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*. 2018;18(3):189-198. Doi: 10.1097/ANC.0000000000000493
18. VanHeuvelen JS. Isolation or interaction: healthcare provider experience of design change. *Sociol Health Illn*. 2019;41(4):692-708. Doi:10.1111/1467-9566.12850
19. Watson J, DeLand M, Gibbins S, York EM, Robson K. Improvements in Staff Quality of Work Life and Family Satisfaction Following the Move to Single-Family Room NICU Design. *Advances in Neonatal Care*. 2014;14(2): 129-136. Doi: 10.1097/ANC.0000000000000046
20. Doede M, Trinkoff AM. Emotional Work of Neonatal Nurses in a Single-Family Room NICU. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. Elsevier. *JOGNN*. 2020;49:283-292. Doi: 10.1016/j.jogn.2020.03.001
21. Oliver K, Kemp V. A comparison of nurses' work satisfaction between single-room and multioccupancy adult intensive care units: A mixed-methods integrative review. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):382-389. Doi: 10.1016/j.aucc.2019.06.003.
22. Jensen B, Kvamme S, Dāvøy GM, Vederhus BJ, Horne R. Familierom i nyfødteintensivavdelinger – sykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning* 2021;16(87288). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2021.87288
23. Castaneda GA, Scanlan JM. Job satisfaction in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2014;49(2):130-8. Doi: 10.1111/nuf.12056.
24. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9.

25. Arbeidstilsynet.no. Arbeidsrelaterede psykiske plager. (Hentet 01.02.23) Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsrelaterede-psykiske-plager/>
26. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo. Universitetsforlaget AS;2017.
27. Brødsgaard A, Pedersen JT, Larsen P, Weis J. Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. J Clin Nurs. 2019;28(17-18):3117-3139. Doi: 10.1111/jocn.14920.
28. Grzyb MJ, Coe H, Rühland L, Dow K. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. J Perinatol. 2014;34(2):143-8. Doi: 10.1038/jp.2013.144
29. Stickney CA, Ziniel SI, Brett MS, Truog RD. Family participation during intensive care unit rounds: goals and expectations of parents and health care providers in a tertiary pediatric intensive care unit. J Pediatr. 2014;165(6):1245-1251. Doi: 10.1016/j.jpeds.2014.08.001
30. Helsedirektoratet. Nyfødt intensivavdelinger-kompetanse og kvalitet (internett) Helsedirektoratet; 29. september 2017 (25.11.22). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>
31. Tobiano G, Murphy N, Grealish L, Hervey L, Aitken LM, Marshall AP. Effectiveness of nursing rounds in the Intensive Care Unit on workplace learning. Intensive Crit Care Nurs. 2019;53:92-99. doi: 10.1016/j.iccn.2019.03.003.
32. Regjeringen. Personalpolitikk ved omstillingsprosess (internett). Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 15.11.2018 (07.02.23). Tilgjengelig fra: <https://regjeringen.no/no/dokumenter/personalpolitikk-ved-omstillingsprosesse/id713133/?ch=5>
33. Tjora, A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2017

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Forfatterveiledning

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vedlegg 4: Godkjenning fra FOU

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

## **Vedlegg 1: Forfatterveiledning**

Forfatterveiledning Sykepleien Forskning: <https://www.sykepleien.no/node/90899> (Hentet 19.02.23)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"><li>- Er det noe ved informasjonen som virker uklart?</li><li>- Har du noen spørsmål til dette før vi starter intervjuet?</li></ul>
Hovedspørsmål	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Kan du fortelle meg litt om deg selv?</b> (alder, ansiennitet, antall år på avdelingen)<ul style="list-style-type: none"><li>- Eventuelt andre erfaringer som sykepleier?</li></ul></li><li>2. <b>Hvordan føler du deg trygg når du har ansvar for et kritisk sykt barn på avdelingen?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Kan du utdype dette?</li><li>- Er det enkelt å få tak i/spørre om hjelp?</li><li>- Hvordan føler du at bemanningen har blitt etter at avdelingen fikk enerom?</li><li>- Er du flink til å tilby hjelp til andre på enerom?</li><li>- Hva kan gjøres annerledes?</li></ul></li><li>3. <b>Hvordan føler du at opplæring og kunnskapsutvikling blir ivaretatt på enerom?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Hva ønsker du at kunne vært gjort annerledes?</li></ul></li><li>4. <b>Hvordan føler du at arbeidsmiljøet blir påvirket på enerom?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Kan du utdype dette?</li><li>- Hva kunne vært gjort annerledes?</li><li>- Hva kunne du ha gjort annerledes?</li></ul></li><li>5. <b>Hvordan føler du at omsorg og ivaretagelse av pasienten er på enerom?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan synes du miljøet rundt barnet er?</li><li>- Hvordan er pasientsikkerheten?</li></ul></li><li>6. <b>Hvordan synes du det er å jobbe med foreldrene på enerom?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Er det noe du synes er utfordrende?</li><li>- Hvordan synes du tilknytning mellom foreldre og barnet er?</li><li>- Hvordan påvirker enerom relasjonen mellom deg og foreldre?</li></ul></li><li>7. <b>Hva synes du er de største fordelene og ulempene knyttet til enerom på avdelingen?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Har fordelene gjort det til at du snakker varmt om avdelingen/rekruttert andre sykepleiere til avdelingen?</li><li>- Har ulempene ført til at du har vurdert å bytte avdeling?</li></ul></li></ol>
Avsluttende spørsmål	<p>Vi begynner å nærme oss slutten på intervjuet.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er det noe annet du ønsker å ta med som du føler er relevant?</li><li>- Hvordan opplevde du intervjuet?</li></ul>

### Vedlegg 3. samtykkeskjema

## Vil du delta i forskningsprosjektet ” Eneromsstudien- sykepleiernes perspektiv”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på sykepleiernes erfaringer og holdninger rundt eneromsstrukturen på nyfødt intensiv. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å se på sykepleiernes erfaringer og holdninger rundt eneromsstrukturen på en nyfødtintensivavdeling som behandler kritisk syke nyfødte. Denne studien kan i lys av sykepleiernes erfaringer og holdninger gi et innblikk i hvordan det er å jobbe på en slik avdeling, hvilke utfordringer sykepleierne møter på, hvordan eneromsstrukturen påvirker arbeidsmiljø, og hvordan sykepleierne mener at eneromsstrukturen påvirker familiesentrert omsorg. Funnene i studiet kan bidra til å fremme sykepleiernes positive erfaringer med eneromsstrukturen, samt å ta lærdom i eventuelle negative erfaringer sykepleierne har ved å jobbe på en slik avdeling. Målet med denne studien er å kunne ta med seg sykepleiernes erfaringer, både positive og negative, for å fremme eneromsstrukturen på en nyfødt intensivavdeling som behandler kritisk syke nyfødte.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I studien er det ønskelig å intervju sykepleiere/spesialsykepleiere i intensiv og akuttseksjonen, da et av kriteriene for deltakelse er respiratorkompetanse og pasientkontakt. For å få et bredt utvalg av deltakere er det valgt ut sykepleiere med lang og kort erfaring på avdelingen. Rundt 10 deltakere vil bli invitert med i studien, og det er gjort et strukturert utvalg for å få til dette. Veileder til masteroppgaven har trukket deltakere basert på erfaring og ansiennitet, så deltakerne vil bestå av ca. 3 med 1-5 års erfaring, 4 med 5-10 års erfaring og 3 med over 10 års erfaring.

E-post adressen din er hentet fra lederen på avdelingen.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et semistrukturert intervju sammen med forskeren. Intervjuet vil ta rundt 1 time og vil foregå i arbeidstiden etter avtale med avdelingen. Intervjuet vil inneholde spørsmål om eneromsstrukturen på avdelingen, og vil fokusere på trygghet, kunnskapsoverføring, arbeidsmiljø, pasientbehandling og familiesamarbeid. Intervjuet vil bli tatt opp

med et lydbånd for videre transkribering og analyse. Det kan også bli tatt notater underveis i intervjuet for å få frem inntrykk som ikke blir registrert via lydopptak. I starten av intervjuet vil du bli spurt om antall år som sykepleier og på avdelingen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelse i studien vil ikke påvirke din relasjon til hverken arbeidsplass eller arbeidsgiver. Intervjuet vil, som skrevet tidligere, heller ikke påvirke din fritid da dette skal skje i arbeidstiden. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Dette gjelder ikke om materialet er anonymisert. Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har noen spørsmål angående prosjektet, kan du ta kontakt med prosjektleder. Kontaktinformasjon finner du på siste side.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personer med tilgang til dine personopplysninger er forsker og veileder og materialet vil kun brukes i denne studien. Materialet vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Innholdet blir planlagt å brukes til november 2022. Materialet vil bli brukt uten navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. Materialet vil bli slettet fra lydbåndet umiddelbart etter transkribering av intervjuet er gjort. Etter studien er ferdig vil alle personidentifiserbare opplysninger bli slettet, og innholdet fra intervjuene vil være anonymisert og ikke personidentifisert i publiseringen.

En kode knytter deg til dine personopplysninger gjennom en navneliste som kun forsker og veileder Laila Kristoffersen har tilgang til. Lagring av data vil gjøres i tråd med retningslinjer og lovverk, og det skal oppbevares i NTNUs systemer. Det vil videre bli utformet en koblingsnøkkel for filene som skal oppbevares separat.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i utkanten av november 2022.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene



- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved Laila Kristoffersen. Mobil: 97751601 og e-post: [laila.kristoffersen@ntnu.no](mailto:laila.kristoffersen@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: NTNU, St.Olavs Hospital og Laila Kristoffersen er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

**Ane Marte Kvam Sakserud/Laila Kristoffersen**  
(Forsker/veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Eneromsstudien-sykepleiernes perspektiv*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Godkjenning fra FOU

### Vurdering prosjektsøknad

Prosjekttittel	«Eneromsstudie på nyfødt intensiv – sykepleieres perspektiv»	
Kort tittel	Samme	
Elements-nr	2022/1216	
REK-nr	ir	NSD-nr: 666397
Forskningsansvarlig	NTNU/St. Olav	
Prosjektleder BUK	Laila Kristoffersen NTNU/BUK	
Prosjektleder	Ane Marte Kvam Sakserud masterstudent	
Prosjektperiode	Startdato: 01.01.2022	Slutt dato: 01.12.2022
Datalagring	Sikkert område NTNU	Dato sletting/anonymisering: Ikke oppgitt
DPIA	Nei	
Databehandler	NTNU/St. Olav	
Type prosjekt	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Forskningsprosjekt</b> <input type="checkbox"/> AB-Andre behandlingsstudier (ikke legemiddel eller medisinsk utstyr) <input checked="" type="checkbox"/> FP-forskning uten intervensjon (alle andre studier enn behandlingsstudier) <input type="checkbox"/> LM-Legemiddelstudie <input type="checkbox"/> MU-Medisinsk utstyrstudie  Forskning utenfor REK's mandat	

### Forskningsutvalget har vurdert prosjektet dato: 21. februar 2022

Vurdering:

*Prosjektet anses å være av interesse for relevante pasienter/pårørende og helsetjenesten.*

*Vi anser at prosjektet kan gjennomføres innenfor de rammer som er beskrevet og på en trygg og forsvarlig måte.*

*Det foreligger nødvendige godkjenninger fra NSD og klinikken som vurderer at studien kan gjennomføres på en trygg måte bedømt utfra etiske, personvernmessige og medisinske forhold.*

### Viktige momenter ved gjennomføring av prosjektet:

- Vi ber om at prosjektleder gjør seg kjent med BUKs prosedyre som beskriver den formelle behandlingen av prosjekter på BUK og hvor det er lenker til nyttig informasjon:  
[EQS 33377 Barn - Forskningsutvalget BUK - registrering av nytt prosjekt.](#)
- Ved aktualisering av pasientjournaler skal Elements-nr oppgis i journaler.
- Som prosjektleder er du ansvarlig for at studien gjennomføres på en trygg måte, herunder å
  - lære opp alle prosjektmedarbeidere og informere om studien ved de impliserte avdelinger
  - etablere rutiner for håndtering av avvik i forhold til personvern og medisinske forhold. Disse skal gjøres kjente for alle prosjektmedarbeidere
  - melde avvik og uventede hendelser til forskningsansvarlig og til forskningsutvalget

4. Erfaringsmessig endres mange prosjekter over tid og klinikkjef er pliktig å holde oversikten. Husk derfor å informere forskningsutvalget [forskningsutvalget.buk@stolav.no](mailto:forskningsutvalget.buk@stolav.no) merket med prosjektets Elements-nr om alle endringer, f.eks.
  - ved innsending av endringsmelding til REK eller andre godkjenninginstanser – legg ved endringsmeldingen og godkjenningen
  - ved forlengelse av prosjektperioden og eventuelt forlengelse av periode for dataoppbevaring
  - hvis data fra studien skal deles med andre enn det som var planlagt opprinnelig
  - sluttmelding skal alltid sendes
5. Vedlagt ser du hva som er registrert om prosjektet i sykehusets sentrale «Protokoll over personopplysninger» (jfr EQS 39308). Hvis du ser mangler, feil eller forhold her som blir endret over tid, vennligst gi beskjed.

Lykke til med prosjektet!

Dato: 21. februar 2022

Signatur:

Brita Henning, saksbehandler/sekretær FOU BUK

## Vedlegg 5. Vurdering fra NSD

20.01.2022, 12:59

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



# Vurdering

## Referansenummer

666397

## Prosjekttittel

Eneromsstudie på nyfødt intensiv- sykepleiernes perspektiv

## Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Laila Kristoffersen, laila.kristoffersen@ntnu.no, tlf: 97751601

## Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

## Kontaktinformasjon, student

Ane Marte K. Sakserud, amsakser@stud.ntnu.no, tlf: 92424483

## Prosjektperiode

01.01.2022 - 30.11.2022

## Vurdering (1)

---

### 12.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 12.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 30.11.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61d317f8-17d4-4989-982b-1f93a66f06e7>

1/2

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
666397

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
09.12.2022

**Prosjekttittel**

Eneromsstudie på nyfødt intensiv- sykepleiernes perspektiv

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Prosjektansvarlig**

Laila Kristoffersen

**Student**

Ane Marte K. Sakserud

**Prosjektperiode**

01.01.2022 - 01.03.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.03.2023.

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato.

Vi har nå registrert 01.03.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

