



Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling?

Kandidatnummer: 426
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord:10424
Dato: 14. April 2016



Tittel: Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødttintensiv avdeling?

Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødttintensiv avdeling?

Metode

Litteraturstudie, hvor det har blitt brukt teori innenfor sykepleiernes kunnskapsgrunnlag samt annen relevant litteratur til å belyse problemstillingen. Det er også blitt søkt etter artikler både innen fag og forskning, og det er blitt funnet nyere artikler som både er basert på kvalitativ forskning og kvantitativ forskning.

Teoretisk perspektiv

Her har jeg med Kari Martinsens filosofi om omsorg i sykepleien, etikk og juss. Andre teoretiske perspektiver som er tatt med er foreldre til akutt kritisk sykt nyfødt barn, håp, krise, kommunikasjon og det akutt kritisk syke barnet.

Drøfting

Jeg skal drøfte Kari Martinsens filosofi om omsorg, og de teoretiske funnene i teoridelen. Dette vil jeg drøfte sammen med resultatene fra forskningen jeg har funnet. Jeg vil drøfte problemstillingen min, og belyse faktorer som er viktig for sykepleierens utøvelse av omsorg til foreldre disse er: Hvordan sykepleieren kan hjelpe til med foreldre barn tilknytningen, relasjonen mellom sykepleierne og foreldrene på nyfødttintensiv avdeling, kommunikasjon og informasjon, foreldre i krise og sykepleierens behov for kurs, utdanning og veiledning.

Konklusjon

I denne oppgaven kommer det frem at sykepleieren kan utøve omsorg til foreldre på flere måter. Sykepleieren utøver omsorg ved å etablere en tillitsfull relasjon med foreldre, hjelpe foreldrene med å bli tilknyttet barnet, gi god, relevant og nødvendig informasjon og å trygge foreldrene på at barnet blir godt ivaretatt. Sykepleierens behov for å få god kunnskap og veiledning er også viktig for å ivareta og gi god omsorg til foreldrene.

Nøkkelord: Foreldre, Nyfødttintensiv, Sykepleierens funksjon, Omsorg.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt	3
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	3
1.5 Oppgavens disposisjon.....	4
2 Metode	5
2.1 Litteraturstudie	5
2.2 Litteratursøk.....	6
2.4 Kildekritikk.....	7
3 Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget	9
3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	9
3.2 Den moralske omsorgsdimensjonen.....	9
3.3 Den relasjonelle omsorgsdimensjonen	10
3.4 Den Praktiske omsorgsdimensjonen	10
3.5 Lovverk.....	11
3.6 Etikk i nyfødtsykepleien.....	12
4 Teoretisk rammeverk	14
4.1 Foreldre.....	14
4.2 Håp	15
4.3 Krise.....	15
4.4 Kommunikasjon med foreldre i krise	16
4.5 Akutt kritisk syk nyfødt	18
5. "Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling?"	19
5.1 Relasjon mellom sykepleiere og foreldre på nyfødtintensiv avdeling	19
5.2 Foreldre i krise	21
5.3 Kommunikasjon og informasjon	23
5.4 Tilknytning til barnet	26
5.5 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag	28
6. Konklusjon	30
Referanseliste	31

1 Innledning

1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema

Det var i 2015 hele 3684 nyfødte som ble overflyttet til nyfødtintensiv avdeling etter fødselen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2015). De fleste innleggelser på nyfødtintensiv skjer uten at det er forventet på forhånd. Både å få et barn som ser annerledes ut, har et større behov for omsorg og pleie enn det man på forhånd har sett for seg er traumatisk og skaper enormt stress for mange foreldre (Cleveland L., 2009). Dette betyr at det er mange foreldre som har behov for sykepleiere som utøver god og omsorgsfull praksis mens de er innlagt på nyfødt intensiv avdeling (Turner, Chur-Hansen, & Winefield, 2014).

Langt flere akutt kritisk syke nyfødte overlever grunnet høyteknologisk utvikling innen medisin, noe som gjør at foreldrene er tilknyttet nyfødtintensiv over en lengere periode. Dette gjør at forholdet mellom sykepleiere og foreldre blir viktig (Fegran, Fagermoen, & Helseth, 2008).

De fysiske behovene til den nyfødte som er lagt inn på nyfødtintensiv er store. Det er derfor lenge blitt fokusert på den medisinske behandlingen av det akutt syke nyfødte barnet, og det har vært mindre fokus på emosjonell støtte til foreldrene (Turner m.fl., 2014). Foreldre har savnet og etterspurt sykepleiere som også gir emosjonell støtte under innleggelse av deres nyfødte barn på nyfødtintensiv avdeling. Før var støtte til foreldre ikke-eksisterende på nyfødtintensiv avdelinger (Turner m.fl., 2014).

Enkelte områder innen nyfødtintensiv har det vært mye forskning på de seneste årene. Det har derimot ikke blitt forsket mye på området om hvordan sykepleieren kan utøve god omsorg til foreldrene. På 80-tallet var det mye forskning rundt dette emnet, men det siste tiåret har det vært mindre (Cleveland L., 2008). Det har derfor vært en utfordring å finne gode nok og nyere artikler. I artiklene jeg har funnet kommer det frem at foreldre har savnet, og etterspurt sykepleiere som tilbyr emosjonell støtte under innleggelse av akutt kritisk syk nyfødt barn, på en nyfødtintensiv avdeling (Turner m.fl., 2014). I nesten alle artikler jeg har funnet blir det påpekt hvor viktig det er med god kommunikasjon og informasjon til foreldre. Dette reduserer stress, og bidrar til at sykepleieren utøver god omsorg til foreldrene (Fegran & Helseth, 2009;

Graci, 2013; Cleveland L., 2008; Martinsen, 2003). I flere av artiklene blir det lagt vekt på at foreldre ofte har sykepleierne på avdelingen som rollemodeller, i forhold til hvordan å forholde seg til barnet. Foreldrene trenger å bli knyttet til barnet, og dette forutsetter en god sykepleier-foreldrerelasjon. Sykepleieren må aktivt invitere foreldrene inn til barnet for å delta i den daglige pleien (Fegran m.fl., 2008; Zimmerman & Bauersachs, 2012). Mange foreldre er redd for å skade barnet. Her kan sykepleien bidra med god veiledning og undervisning til foreldre som vil åpne opp og skape tettere foreldre barn tilknytning (Zimmerman & Bauersachs, 2012). Sykepleierens behov for veiledning, støttegruppe og kunnskap, om å også gi foreldre omsorg på nyfødtintensiv, er noe som kommer opp da mange sykepleiere føler de har lite kompetanse innen dette fagfeltet (Cleveland L., 2008; Turner m.fl., 2014).

Sykepleieren er underlagt lovverk og retningslinjer for god sykepleiepraksis. Disse er pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999), forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2001), Helsepersonell-loven (Helsepersonellloven, 1999) og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Foreldre til akutt kritisk syk nyfødt har krav på å være tilstede under hele sykehusoppholdet, krav på god og oversiktlig informasjon, helhetlig omsorg og at sykepleieren møter disse foreldrene med respekt og omtanke. Dette står nedfelt både i lovverk og i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren har dermed et ansvar for å utøve god omsorg til foreldre på nyfødtintensiv avdeling (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren kan utøve god omsorg ved å gi god nok informasjon, tilpasse kommunikasjonen, sette seg inn i foreldrenes situasjon og vise empati. Ved å legge til rette for foreldre-barn tilknytningen, være åpen for spørsmål fra foreldrene og være tilstede for foreldrene også måter sykepleieren kan utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på i en nyfødtintensiv avdeling (Cleveland L., 2008). Kari Martinsens omsorgs-tenkning vil bli brukt i oppgaven. Dette for å vise betydningen av omsorgens ulike dimensjoner både den moralske, praktiske og den relasjonelle. Sykepleierens funksjon i utøvelse av omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling vil bli belyst (Martinsen, 2003).

1.2 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse en problemstilling som tar for seg foreldre til akutt kritisk syke nyfødte. Dette er spennende og interessant, da sykepleierne er den gruppen som er mest sammen med foreldrene i denne tiden på nyfødt intensiv avdeling (Turner m.fl., 2014). Sykepleieren skal utøve omsorg til foreldre som har et stort behov for emosjonell støtte og omsorg mitt i en av livets store kriser (Gardner, Voos, & Hills, 2015). Det er blitt belyst i forskning at bevissthet rundt dette er viktig for sykepleiere som jobber med denne gruppen pasienter. Dette bidrar til økt fokus og økt fokus gir muligheten for å utøve bedre omsorg til disse foreldrene (Turner m.fl., 2014). Derfor er denne problemstillingen viktig for sykepleiere i praksis.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven skal jeg belyse min problemstilling ved å bruke Kari Martinsen sin filosofi om omsorg (Martinsen, 2003). Oppgaven fokuserer ikke først og fremst på pleie og behandlingen til akutt kritisk syke nyfødte, men hvordan sykepleieren kan utøve omsorg til foreldrene. Sykepleieutøvelsen finner sted på sykehus og på nyfødtintensiv avdeling.

Det er tatt utgangspunkt i studier som fokuserer på hvordan sykepleieren kan gi omsorg og emosjonell støtte til foreldre med akutt kritisk sykt barn på en nyfødtintensiv avdeling. Noen av studiene er fokusert inn mot akutt kritisk syke nyfødte, mens andre fokuserer mer generelt over hva som er foreldrenes behov når de har en nyfødt som er lagt inn på intensiv avdeling. Fokus på modeller som Familie sentrert omsorg (FCC), er i tiden. Jeg har ikke fokusert på noen av disse modellene i denne oppgaven, selv om prinsipper fra disse modellene nok vil vise seg implisitt i teksten.

1.5 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 er en innledning som inneholder begrunnelse for tema og presentasjon av problemstilling. Hensikten med oppgaven samt avgrensning kommer også i innledningen. Kapittel 2 omhandler metode som inkluderer prosessen ved litteratursøk, og kritikk av kilder. De sykepleiefaglige perspektivene kommer i kapittel 3. Kari Martinsens omsorgsteori, lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer vil bli belyst. Teoretiske perspektiver fra andre fagområder kommer i kapittel 4, med fokus på foreldregruppe, krise, håp, kommunikasjon og akutt kritisk syk nyfødt. I kapittel 5 vil det de sykepleiefaglige perspektivene og teoretiske perspektiver fra andre fagområder drøftes opp mot problemstillingen. Tilslutt i kapittel 6 vil det komme en konklusjon.

2 Metode

I følge Dalland (Dalland, 2012) er metode et verktøy for hvordan man finner og undersøker kunnskap. Metode er et redskap for å finne gode data, for å kunne belyse en problemstilling på en faglig og spennende måte. For å kunne undersøke en problemstilling trenger man fakta, en metode er en hjelper på veien i dette arbeidet. I denne oppgaven er min metode et litteraturstudie (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg gjort en litteraturstudie. I følge Dalland (2012) anvender man ikke en bestemt metode i den litterære oppgaven, men fremgangsmåten skal beskrives. Dette innebærer at det må gjøres rede for hvordan man har gått frem, valg av litteratur, avgrensninger som er i oppgaven og hvilke søkeord som er brukt til artikkelsøk. Om fremgangsmåte og søkekriterier fra artikler i oppgaven er tydelig beskrevet kan en litteraturstudie belyse tema og problemstilling på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012).

Jeg startet med å finne et tema jeg ville skrive om, og ut ifra dette laget jeg en problemstilling. Da jeg skulle finne hvilken teoretiker jeg ville bruke, falt valget på Kari Martinsen. Hennes omsorgsfilosofi beskriver sykepleierens funksjon i forhold til å utøve omsorg. Jeg har forsøkt å finne de nyeste utgavene av litteratur, som jeg har valgt. Det er tatt med litteratur som er relevant for alle sykepleiere, lover som helsepersonell er underlagt og rettigheter som er gjeldene når man er pasient. Samtidig fant jeg litteratur om etiske problemstillinger som er relevant for sykepleiere på en nyfødtintensiv avdeling. Etter dette fant jeg andre kunnskapsområder som er relevant for min problemstilling. Dette er kunnskap om foreldre, foreldre til akutt kritisk syk nyfødt, håp, krise, kommunikasjon og den akutt syke nyfødte. Etter dette søkte jeg på artikler som er beskrevet i punkt 2.2. Deretter satte jeg opp funn fra forskningsartikler systematisk i en matrise, slik at jeg fikk god oversikt over alle funn fra artikler. Det er blitt brukt litteratur fra pensum igjennom bachelor studiet, samt relevante bøker som er blitt anbefalt av lærer funnet på biblioteket. Jeg har også benyttet meg av et engelsk læreverkt Gardner, Voss et. al. som er beregnet på sykepleiere som tar videreutdanning i nyfødtintensiv sykepleie.

I mitt litteraturstudie er det blitt brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvantitativ metode er en metode der det er blitt brukt et større utvalg av forskningsobjekter. Målet er å kunne omsette forskningen til tall og prosenter som man kan tolke (Dalland, 2012). Forskerens mål med den kvalitative studien er å få frem størst mulig bredde. Pasientens egne opplevelser. Dette kan inkludere spesielle beskrivelser og også få frem svar som ikke ville ha kommet frem igjennom vanlige svaralternativer (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursøk

De kriteriene jeg satte meg for søk av litteratur samt artikler var, at det skulle handle om foreldre med alvorlig sykt barn på nyfødtintensiv avdeling, sykepleieren og sykepleierens rolle samt omsorg. Samtidig skulle artiklene og litteraturen være på engelsk eller norsk, og artiklene skulle helst ikke være over fem år gamle, iallfall ikke over ti år gamle, samt at de skulle være fagfelleurdert.

Først søkte jeg i databasen CINAHL(Cumulative Index to Nursing and Allied Health). CINAHL publiserer enkeltstudier med opprinnelige resultater fra forskningsprosjekter. CINAHL dekker helsefaglige områder som sykepleie, ergoterapi, fysioterapi og andre fagområder innen helse (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim, & Reinar, 2012). På CINAHL søkte jeg på enkeltord jeg brukte søkeordene Parentes(46 727 treff), Neonatal nursing(5419 treff) og Family Centered Care (5066 treff). Kombinerte disse tre søkene med AND og fikk treff på 71 artikler. Ut i fra dette treffet fant jeg 3 artikler som er relevante for min problemstilling. Det var på treff nr. 12 ”The parent nurse relationship in the neonatal intensive care unit context- closeness and emotional involvement” en kvalitativ studie gjort av Liv Fegran og Sølvi Helseth, på treff nr. 14 ”Development of parent nurse relationship in neonatal intensive care unit” en kvalitativ studie gjort av Liv Fegran, May Solveig Fagermoen og Sølvi Helseth, og så fant jeg en artikkel på treff nr. 15 ”Parenting in the neonatal intensive care unit” som er en studie gjort av Lisa M. Cleveland.

Gjorde et andre søk på CINAHL med søkeordene Parents(46 737treff), Nurse(153 435 treff) og Neonatal(20 211treff), begrenset søket til artikler som var publisert mellom 2008 og 2015 og kombinerte søket med AND da fikk jeg 104 treff. Jeg plukket ut de artiklene som var mest relevante for min problemstilling på treff nr. 1 ”Improved nurse-parent communication in

neonatal intensive care unit” dette er en studie fra 2014 gjort av Janne Weis, Vibeke Zoffmann og Ingrid Egerod. På treff nr.5 fant jeg artikkelen “A Rounding System to Enhance Patient, Parent, and Neonatal Nurse Interactions and Promote Patient Safety.” Dette er en studie fra 2013 gjort av Anna Graci. På treff nr.17 fant jeg artikkelen “Empowering NICU Parents” dette er en studie fra 2012, utført av Kathy Zimmerman og, Connie Bauersachs. På treff nr.22 var artikkelen “Symbolic interactionism and nurse--mother communication in the neonatal intensive care unit.” Dette er en studie gjort av Lisa M. Cleveland fra 2009. På treff nr.27 fant jeg artikkelen “Support the needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit.” Dette er en studie gjort av Cathrine Tran, Alison Medhurst og Beverly O’Connel fra 2009.

Etter på brukte jeg søkedatabasen PubMed. Den inneholder artikler som omhandler sykepleie, medisin, og lignende fagfelt (Nordtvedt m.fl., 2012). På PubMed søkte jeg på en kombinasjon av ordene ”neonatal care”, ”parent-patient relationship” og ”nurse role”. Fikk 162 treff til sammen. På treff nr. 7 fant jeg en relevant forskningsartikkel for min problemstilling som heter ”The neonatal nurses view of their role in emotional support of parents and its complexities” dette er en studie fra 2014 utført av Marlene Turner, Anna Chur-Hansen og Helen Winefield.

2.4 Kildekritikk

Alle mine forskningsartikler er fagfellevurdert. Dette betyr at andre eksperter på det samme fagfeltet har vurdert artikkelen og metoden som er blitt brukt. Målet er at utgitte artikler skal ha en dypere kvalitetssikring (Nordtvedt m.fl., 2012).

I denne oppgaven har jeg funnet primærkilden til hoved teoretikeren som jeg har valgt, Kari Martinsen. Under andre emner har det også blitt brukt sekundær kilder der det ikke har vært mulig å finne primærkilden. Teksten kan da ha fått en ny mening siden den er hentet i fra sekundærkilden, altså en annens tolkning av primærkilden (Dalland, 2012).

Det meste av litteraturen jeg har funnet er på norsk. Alle artikler jeg har funnet er på engelsk også et læreverk jeg har brukt er på engelsk, og det kan da oppstå endringer i den opprinnelige meningen når en tolker fra engelsk og til norsk.

Jeg har brukt en bok fra Gerald Caplan fra 1964, jeg har brukt hans beskrivelse av krise. Dette har jeg brukt da jeg har sett at hans kristteori også har vært gjengitt i nyere læreverk og er anerkjent (Caplan, 1964; Hummelvoll, 2014).

3 Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget

Grunnlaget for all sykepleie er det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget (Holter, 2011). I denne oppgaven har jeg skrevet om Kari Martinsens omsorgsfilosofi (Martinsen, 2003), som gir noen tanker om hva god omsorg innebærer i forholdet mellom sykepleier og foreldre til akutt kritisk syke nyfødte. Videre har jeg skrevet om lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etikk som setter opp et klart rammeverk og standarder for god sykepleie praksis (Kim, 2011).

3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en kjent sykepleie filosof som igjennom flere tiår har hatt stor innflytelse på den sykepleie teoretiske utviklingen både i Norge og i hele Skandinavia. Kari Martinsens teorier skiller seg ut fra andre tradisjonelle sykepleieteorier da den er skrevet på en filosofisk måte. Hennes teori og filosofi er bygget på at omsorg hoved fundamentet i all sykepleie (Kirkevold, 2005).

Omsorg er et begrep vi alle kjenner godt til. Det omhandler å ta vare på og hjelpe den andre (Martinsen, 2003). Omsorg bygger på nestekjærlighet og prinsippet om at vi skal behandle andre slik som vi vil bli behandlet selv. Omsorg handler om å gå fra å tenke på seg selv og det som er til beste for en selv, til å tenke på det som er til det beste for den andre. Det handler om å stå sammen med andre og være i nær relasjon til den andre (Martinsen, 2003).

3.2 Den moralske omsorgsdimensjonen

Slik Martinsen forklarer den moralske dimensjonen av omsorg, bygges denne dimensjonen på verdier, som danner grunnsynet vårt på mennesket. Det for oss lagt ned i vårt moralske kompas at samfunnet skal hjelpe den som lider til å få et best mulig liv. Vil vi handle etter dette? Martinsen filosofi forklarer at godhet er noe som potensielt kan læres ut ifra de erfaringene vi gjør oss om hva som er verdifullt (Martinsen, 2003). Sykepleieren kan delta i støttegruppe for sykepleiere som er involvert i pleien til familier med kritisk akutt sykt barn. Samtidig som veiledning og kurs kan belyse og lære oss som sykepleiere hva som er verdifullt . Dette vil kunne gi bedre omsorg til foreldre med akutt kritisk syk nyfødt barn (Turner m.fl., 2014).

Vi som helsepersonell og sykepleiere har mye makt over situasjoner som gjelder pasientene og deres pårørende. Sykepleierens moral påvirker hvordan sykepleieren bruker denne makten. Vi som sykepleiere forplikter oss til å handle på en slik måte at den svake kan leve et så godt liv som mulig. Sykepleieren utøver moralsk skjønn ut ifra situasjonen og kunnskap (Martinsen, 2003). Sykepleieren har mulighet til å legge til rette for å bruke sin makt til å gjøre det beste for foreldrene, og legge til rette for at deres dager på avdelingen skal bli så gode som mulig i en vanskelig tid (Martinsen, 2003).

3.3 Den relasjonelle omsorgsdimensjonen

Kari Martinsen beskriver at den relasjonelle omsorgsdimensjonen baserer seg på at vi som mennesker alle er avhengige av hverandre. Det samfunnsansvaret vi har med å ta vare på de svake og de som er i en sårbar situasjon, og at vil alle er avhengige av hverandre. Ut i fra dette burde alle handle slik at alle får mulighet til å leve det beste livet som hver enkelt har forutsetning for å leve (Martinsen, 2003). På en nyfødtintensiv avdeling er foreldrene avhengig av sykepleierne for å finne emosjonell støtte i en vanskelig tid. Foreldrene er avhengig av sykepleieren for å få være nær til barnet, samtidig som sykepleierne er avhengig av foreldrene for å gi god omsorg og pleie til barnet. Sykepleieren har en viktig rolle i å gjøre dagene til foreldrene så gode som mulig i gjennom krisen (Gardner m.fl., 2015).

3.4 Den Praktiske omsorgsdimensjonen

Martinsen(2003) skriver at omsorg alltid har en praktisk dimensjon. Både ved at sykepleieren deltar i den andres lidelse, ved å ta del i lidelsen, sette seg inn i den, også emosjonelt. Uten praktiske handlinger ville en endt opp med å bare synes synd på den andre. Martinsen beskriver at omsorg uten praktiske handlinger ikke kan kalles omsorg. Hun mener omsorg alltid innebærer at sykepleieren stopper opp, og utøver konkrete praktiske tiltak som fremmer omsorg, og dermed lindrer lidelse (Martinsen, 2003). I sykepleierens arbeid med foreldre til akutt kritisk sykt barn kan omsorg være å hjelpe foreldrene med tilknytningen til barnet, god

informasjon og at sykepleieren tar seg tid til å være tilstede med familien (Gardner m.fl., 2015).

Om praktisk omsorg forteller Martinsen, at den skal gis i situasjoner der sykepleieren ikke kan forvente å få noe tilbake, men med fokus på den som lider i sentrum (Martinsen, 2003). Sykepleieren skal først og fremst ha fokus på behovene til den lidende, her foreldrene, og å finne praktiske måter han/hun kan møte foreldrenes behov for støtte og å lindre foreldrenes lidelse (Martinsen, 2003; Gardner m.fl., 2015).

3.5 Lovverk

Det finnes lovverk som omhandler barns særlige rettigheter som pasient i spesialisthelsetjenesten. Disse lovene sier også noe om foreldrenes rettigheter som pårørende (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon er relevant for foreldre til alvorlig kritisk sykt barn på nyfødt intensiv. Begge foreldrene har rett til å være hos barnet hele døgnet. Personalet på avdelingen har ansvar for å avklare hvilken oppgaver foreldrene kan og ønsker å utføre mens de er hos barnet. Foreldrene har rett til å være hos barnet, også mens barnet får behandling, om dette ikke vanskeliggjør behandlingen. Foreldrene har også krav på avlastning ved behov og tilgang til egent oppholdsrom. Barn på sykehus har rett til å mota besøk utenom vanlig besøkstid, men fagansvarlige kan også nekte barnet besøk, om barnets medisinske tilstand tilsier dette. Loven sier også noe om at personale på avdelingen er ansvarlige for å ta hensyn til at barnet trenger besøk, og må legge opp rutinene etter dette (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

Pårørendes rett til informasjon er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven paragraf 3 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Da pasienten er under 18 år og foreldrene har det fulle ansvaret for barnet, skal foreldrene informeres om behandlingen rundt barnet. Loven sier også noe om at informasjonen skal gis i en slik form at innholdet og betydningen av informasjonen blir forstått. Informasjonen skal være tilpasset brukerens individuelle behov som språk, kulturell bakgrunn, modenhet og erfaring (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). I helsepersonell loven er det også nedtegnet at helsepersonell som sykepleiere, plikter å gi relevant informasjon samtidig som sykepleieren plikter å gi omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonellloven, 1999). I dette tilfellet er også foreldrene i en fase av sjokk og krise.

Sykepleieren må tilpasse informasjonen til pårørende i en vanskelig situasjon (Gardner m.fl., 2015; Nortvedt, 2012). I Pasient og brukerrettighetsloven står det også at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Økonomiske rettigheter, gir foreldre pleiepenge og fri fra jobb når barnet er akutt kritisk sykt. Dette gir familier i Norge mulighet til å være hos barnet hele døgnet (Fegran m.fl., 2008).

3.6 Etikk i nyfødtsykepleien

Det finnes flere etiske prinsipper som ikke å skade, velgjørenhet, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet (Nortvedt, 2012). I denne oppgaven har jeg valgt å trekke frem de som er mest relevante for min problemstilling, og å fokusere på barmhjertighetsprinsippet og velgjørenhetsprinsippet.

I de yrkesetiske retningslinjene står det at all sykepleie skal være basert på barmhjertighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Både hos norske leger og hos sykepleierne står prinsippet om barmhjertighet sentralt i de etiske retningslinjene. Det er diffust hva dette betyr i praksis, men det modellerer et forbilde, hvor den umiddelbare og spontane reaksjonen ovenfor den hjelpetrengende er omsorg (Nortvedt, 2012). Barmhjertighet handler først og fremst om å opptre på en vennlig og god måte. Det handler også om å kunne se den enkelte og å ta individuelle hensyn til den enkelte pasient, selv når en står i vanskelige prioriteringer (Nortvedt, 2012). Som sykepleier er vi hver dag forpliktet ovenfor den syke og hjelpetrengende, her foreldre i krise, til å vise medfølelse og omsorg for hver enkelt av foreldrene til alvorlig syke nyfødte (Nortvedt, 2012).

Ut i fra de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne er det beskrevet, at uansett årsak til en hver lidelse skal sykepleieren vise omsorg til den som lider (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Velgjørenhetsprinsippet omhandler tanken og viljen til å ville gjøre det beste for pasienten. I denne oppgaven sykepleierens rolle i det å gjøre det beste for foreldre som er i krise (Nortvedt, 2012). Å handle etter det som er det beste for pasienten er fundamentalt i all sykepleie. Velgjørenhetsprinsippet krever at sykepleieren tar del i og lever seg inn i andres

lidelse. Sykepleieren må også ta ansvar for pasienten/pårørendes pleie og behandling (Nortvedt, 2012).

Førende for sykepleieren er de yrkesetiske retningslinjene. Disse beskriver sykepleiens grunnlag og legger de etiske føringene for all sykepleie. I retningslinjene står det blant annet at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Foreldre med akutt kritisk sykt barn er i en krisesituasjon (Gardner m.fl., 2015), da er det viktig at sykepleieren forebygger sykdom og fremmer helse hos denne gruppen pårørende. Videre har sykepleieren et ansvar ovenfor pårørende til å vise respekt og omtanke, og sørge for at pårørendes rett til informasjon som er nedfelt i lovverket blir ivaretatt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren har ansvar for å samarbeide med de pårørende, men dersom det oppstår en interessekonflikt mellom pårørende og pasient skal hensynet til pasienten prioriteres (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

4 Teoretisk rammeverk

Som sykepleier er det viktig å kunne noe om sykepleierens kunnskapsgrunnlag (Holter, 2011), men sykepleieren trenger også kunnskaper fra andre fagområder (Kim, 2011). I denne oppgaven er det aktuelt med kunnskaper om akutt kritisk syke nyfødte, om foreldrerolle og det å være foreldre på nyfødt intensiv, hvordan sykepleieren kan kommunisere på en god måte til foreldre i krise, hvordan det oppleves å være i en krise og hva det vil si å ha håp. For å kunne utøve best mulig sykepleie vil dette være relevant for min problemstilling.

4.1 Foreldre

Det å bli foreldre for første gang er nytt og spennende. Dette utløser store endringer i rollene de har i livet, livstil og relasjoner (Gardner m.fl., 2015). Foreldres tilknytning til barnet begynner allerede før fødselen, og starter det øyeblikket man planlegger graviditeten. Tilknytningen til barnet bygger seg opp fra man oppdager graviditeten, til man kjenner de første sparkene i magen, ser magen vokse og bestemmer seg for hva barnet i magen skal hete. Disse hendelsene skaper stadig større tilknytning til barnet som kommer. Det å bli stadig mer knyttet til barnet gir foreldrekjærlighet, som skaper omsorg og ansvarfølelse (Gardner m.fl., 2015). Tidlig relasjon mellom foreldre og den nyfødte er viktig for å starte tilknytningen, både for barnet og for foreldrene. Tilknytningen begynner med at foreldrene får se barnet, få hud til hud kontakt, kunne gi morsmelk og man begynner å bevege seg inn i foreldre rollen. Foreldrene føler en kjærlighet, og de føler på ansvaret, som foreldre, til å ivareta det nyfødte barnet. Ved at foreldrene gir omsorg til barnet kjenner de på at de er barnets ansvarspersoner (Gardner m.fl., 2015).

Å være foreldre på en nyfødtintensiv avdeling, er noe som kommer uventet på for de fleste foreldre. Det å finne foreldre rollen på en nyfødtintensiv avdeling er svært krevende, særlig om den nyfødte er akutt kritisk syk (Gardner m.fl., 2015). Foreldrene til et barn som fødes akutt kritisk syk, eller blir det i løpet av barnets første leve uker, havner i et følelsesmessig kaos. Den forventede tilværelsen brytes med virkeligheten. Hvordan barnet ser ut, barnets sykdom og behandling er annerledes enn forventet. Det å bekymre seg for barnet, være i et stressende sykehusmiljø, følelsen av å ikke mestre foreldrerollen og å bli utestengt av personalet, bidrar til overveldende stress (Cleveland L., 2008; Gardner m.fl., 2015). En god

andel av foreldre, særlig mødre som føder et alvorlig sykt barn, blir rammet av en akutt stressreaksjon. Dette kan igjen føre til posttraumatisk stress (Jackson & Nykvist, 2013).

4.2 Håp

I litteraturen kan en lese om håpets betydning for mennesker i krise. (Lohne, 2010). Det er beskrevet at det å ha håp er helt avgjørende for hvordan mennesker forholder seg til vanskeligheter. Sykepleieren er den som er mest sammen med foreldre til den akutt kritisk syke nyfødte (Turner m.fl., 2014), derfor har sykepleieren en helt unik rolle i det å kunne inspirere håpet til disse foreldrene. Det er viktig at sykepleieren støtter opp under foreldrenes egen erkjennelse om at en positiv fremtid er mulig. Håp betyr at man har et positivt syn på fremtiden. Håp har en fremtidsrettet dimensjon, samtidig som håpet har en konkret betydning for livet her og nå. Dette betyr for, disse foreldrene, at selv om fremtiden er usikker kan man ha håp om at det vil bli en fin dag i morgen og håpet om å få en tettere tilknytning til barnet er noen eksempler på dette (Lohne, 2010). Håp inspirerer mennesker til å prøve å overvinne vanskeligheter og fortsette å prøve. I motsetning til håp er håpløsheten. Håpløsheten fanger en i depresjon og handlingslammelse. Bak et hvert håp lurar også en mulig skuffelse. Det er derfor viktig å skape realistiske håp for foreldrene, og at vi som sykepleiere ikke gir disse foreldrene urealistiske håp. Når sykepleieren informerer foreldre til akutt kritisk syke nyfødt, må sykepleieren fokusere også på positiv informasjon. Slik kan sykepleieren være med på å bygge håpet i foreldre til akutt kritisk syke nyfødte (Lohne, 2010).

4.3 Krise

Gerald Caplan beskrev i 1964 krise. Hans forståelse av krise er at det er et dramatisk skifte i en persons liv. I denne oppgaven er det foreldre som forventer å få et friskt barn, noe som skulle ha vært en lykkelig hendelse. Disse foreldrene får uventet et akutt kritisk syk nyfødt barn rett etter fødselen, og dette blir da en dramatisk hendelse. Et slikt skifte i et menneskes liv bidrar til emosjonell og kognitiv ustabilitet (Caplan, 1964). De dype intense følelsene i foreldrene kommer frem. Det kan være følelser som vekker dyp fortvilelse, angst, redsel, det å føle seg hjelpeløs og å bli preget av oppgitthet. Dette er følelser som igjen kan komme til uttrykk i form av gråt som ikke stopper, depresjon, dårlig impuls kontroll og passivitet

(Hummelvoll, 2014). En krise føles som et problem som ikke kan løses, for den som er rammet. En krise vil alltid være relatert til en konkret hendelse (Caplan, 1964), som at foreldrenes nyfødte barn er innlagt akutt kritisk syk på nyfødtintensiv, der usikkerheten rundt barnets tilstand og overlevelse er stor (Gardner m.fl., 2015). Synet Caplan har på krise rommer 5 dimensjoner (Caplan, 1964). Jeg har valgt å trekke det sammen og fokusere på det som er relevant for min problemstilling.

En krise truer potensielt hvordan disse foreldrene har forestilt seg fremtiden. Disse foreldrene, på grunn av at deres nyfødte barn er akutt kritisk syk (Gardner m.fl., 2015), vil være svært sårbare. Hvor sårbare foreldrene er vil variere fra foreldre til foreldre. Det kommer også an på familiens sosiale støtte i familie og venner, men også støtte fra sykepleiere på avdelingen. For disse foreldrene inneholder tiden på nyfødt intensiv en uutholdelig spenning (Gardner m.fl., 2015; Caplan, 1964), med tanke på om det akutt kritisk syke barnet vil overleve. Om barnet overlever, hvordan livet da vil bli etterpå (Gardner m.fl., 2015).

4.4 Kommunikasjon med foreldre i krise

Det er viktig å være der for foreldrene i krisesituasjonen (Gardner m.fl., 2015). Gi foreldrene den informasjonen man kan gi i øyeblikket samt trygge foreldrene på at de skal få mer informasjon om barnet så fort som det kommer mer informasjon. Dette er ikke bare viktig i starten av forløpet, men god informasjon er god omsorg til foreldre igjennom hele forløpet (Gardner m.fl., 2015). Mange foreldre ser det også som nyttig å være sammen når de får ny informasjon. Særlig om det gjelder dårlige nyheter om barnets helsetilstand. Dette reduserer misforståelser og forvirringer (Gardner m.fl., 2015). Samtidig er det med på å legge til rette for god kommunikasjon og samspill mellom foreldrene. Det hjelper foreldrene med å være en god støtte for hverandre. Samtidig reduserer det følelsen og smerten av det og bli utelatt for den ene av foreldrene (Gardner m.fl., 2015). Mødre og fedre finner som regel den beste støtten i hverandre de første 2 ukene på nyfødtintensiv, der barnet er kritisk og akutt sykt (Gardner m.fl., 2015).

I boken klinisk kommunikasjon i praksis beskriver Stella Kyed Johnsen og Eva Cathrine Backer, som begge er sykepleiere, sine perspektiver på kommunikasjon i sykepleien (Johnsen & Backer, 2013). Kommunikasjon krever mye av sykepleieren. God kommunikasjon bidrar til

at vi kan ivare ta pårørendes fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov på en god måte. Samtalen mellom sykepleier og foreldre er viktig. Målet for samtalen er å kunne ivare ta behovet for individuell tilpasset og helhetlig omsorg, pleie og behandling til pasient og pårørende. Det er i samtalen med pårørende vi finner ut av hva som er viktig for hver enkelt familie i krise. Sykepleie har som mål å støtte de pårørendes håp og å lindre lidelse (Johnsen & Backer, 2013). Johnsen og Backer kommer i kapittelet med noen konkrete tips for sykepleieren til å ta med seg inn i samtale med pårørende. Først må sykepleieren sørge for at foreldre, som er pårørende til akutt kritisk syke nyfødte, føler seg velkommen. Dette kan sykepleieren gjøre på en praktisk og konkret måte, ved å hilse ordentlig og presentere seg for foreldrene. Dette skaper respekt og en likevekt mellom sykepleieren og foreldrene. Lidelse kan lindres ved at foreldrene føler seg velkommen. Ved at foreldrene blir ordentlig informert og sykepleieren er åpen for å svare på spørsmål som foreldrene har kan uro og angst reduseres (Johnsen & Backer, 2013). Det blir anbefalt å være ærlig, og si sannheten. Her må sykepleieren ikke være brutal i sine uttalelser, men si sannheten på en skånsom måte. Det er ikke alltid verken leger eller sykepleiere har alle svarene. Da må det formidles tydelig at sykepleieren ikke vet og ikke kan gi et tydelig svar. I krise kan budskap lettere misforstås, også tretthet eller problemer med å holde konsentrasjonen kan komme i veien for informasjonen og skape misforståelser. Sykepleieren må være modig. Foreldre til akutt kritisk sykt barn opplever usikkerhet, håpløshet og hjelpeløshet. Sykepleieren må tørre å møte foreldre i midten av disse reaksjonene og være tilstede (Johnsen & Backer, 2013; Gardner m.fl., 2015). Det er viktig for foreldre at sykepleieren er tilgjengelig med sin tilstedeværelse, også de gangene det ikke finnes ord som kan trøste foreldrene og samtidig være tilstede om foreldrene ønsker en samtale (Johnsen & Backer, 2013).

Der pårørende ikke får sitt behov for god nok informasjon ivaretatt, kan de føle at de blir utsatt for tilfeldigheter og de kan få en opplevelse av verdiløshet. Det er viktig som sykepleier å se den andre, ikke bare se ned i kurven eller kuvøsen, men å ha blikk-kontakt med foreldrene, se mennesket du snakker med (Johnsen & Backer, 2013). Blikk kontakt og å ha god tid i samtalen gir et signal til foreldrene om at de er verdifulle. Et annet godt tiltak er å gå inn til foreldrene, uten om det som allerede er rutine på avdelingen, og vise at man er tilstede og åpen for å bli kontaktet om det skulle være noe (Johnsen & Backer, 2013). Det er viktig for foreldre i krise at sykepleieren tilpasser informasjonen etter tilstanden foreldrene er i. Å bruke et forståelig språk, som ikke består av vanskelige medisinske fraser, men som bygger på dagligtale, er viktig. Det er viktig å gi informasjonen på et tidspunkt der foreldrene for

eksempel er utvilte og ikke oppløst i tårer (Hummelvoll, 2014; Johnsen & Backer, 2013). Da har de bedre forutsetning for å få med seg informasjonen. Å vise omsorg er også viktig i kommunikasjonen. Praktiske eksempler på god kommunikasjon, som skaper omsorg kan være aktiv lytting, der sykepleieren er fokusert på det foreldrene sier og bekrefter innholdet både nonverbalt og verbalt. Kroppsholdning og kroppsspråket er viktig. Foreldrene skal oppleve trygghet, åpenhet og støtte. Sykepleiere som åpner opp for dette vil motivere foreldrene til å uttrykke seg videre (Johnsen & Backer, 2013).

4.5 Akutt kritisk syk nyfødt

Stadig flere barn med misdannelser, akutt kritisk syke nyfødte, samt premature overlever, grunnet stadig bedre behandlingstilbud (Syverrtsen & Bratlid, 2014). Mange får likevel ved livets begynnelse en usikker prognose på om overlevelse er mulig, og hvilken livskvalitet barnet kommer til å få når det vokser opp (Syverrtsen & Bratlid, 2014). Mange ulike sykdommer kan debutere i livets 2 første uker. Symptomer hos nyfødte varierer fra nyfødt til nyfødt, til og med hos de med samme sykdom (Calisch, Lindemann, & Medbø, 2011). Når en nyfødt er syk, vil man med det samme starte opp behandling mot virus og bakterier, også med tanke på medfødte metabolske sykdommer, da sepsis også kan forekomme hos denne gruppen pasienter. Nyfødte, og særlig premature nyfødte, har et underutviklet immunforsvar med tanke på å bekjempe infeksjoner. Dette gjør at denne gruppen pasienter er mottagelige for infeksjoner. Ellers er det vanlig med høye bilirubinemi verdier som skyldes lever eller galle patologi, infeksjoner eller hypertyreose. Virussykdommer som hiv og hepatitt kan smitte barnet også under fødselen. Skader og misdannelser på vitale organer som nyre, lunger, lever, hjerte, hjerne kan gi akutt kritisk sykdom hos nyfødte (Calisch m.fl., 2011).

5. "Hvordan kan sykepleieren utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling?"

I dette kapittelet vil jeg se på hvordan sykepleierens kunnskapsgrunnlag, og den teoretiske referanserammen, sammen med resultater som er kommet frem i forskning, kan brukes til å belyse og besvare min problemstilling.

5.1 Relasjon mellom sykepleiere og foreldre på nyfødtintensiv avdeling

Den akutt kritisk syke nyfødte har på grunn av sin ustabile medisinske tilstand behov for heldøgns pleie og omsorg på en nyfødt intensiv avdeling (Gardner m.fl., 2015). Foreldrene til den akutt kritisk syke nyfødte har krav på å få være tilstede hele døgnet i Norske sykehus. På grunn av norske velferdsordninger som sykepenger og lange fødselspermisjoner har de også muligheten til dette, samtidig som forskrift om barns opphold i helseinstitusjon stadfester dette igjennom lovfestede rettigheter (Helse og omsorgsdepartementet, 2001; Fegran m.fl., 2008). Dette har medført at foreldrenes rolle i nyfødtintensiv avdeling har endret seg fra å ikke kunne ha mulighet til å ta del i pleien av barnet, til at foreldrene har en rolle der de har blitt mer og mer inkludert i pleien av barnet. Derfor er det blitt viktigere for sykepleierne å ha en god relasjon med foreldre, og at foreldre på nyfødtintensiv har en god relasjon med sykepleieren (Fegran m.fl., 2008).

Tillit er avgjørende i relasjonen mellom sykepleier og foreldre. Dette for at foreldrene kan stole på sykepleieren og for å etablere en god relasjon (Fegran m.fl., 2008). Sykepleieren etablerer tillit ved å utøve god faglig forsvarlig omsorg og medisinsk pleie, og passe på at barnet har det bra. Dette trygger foreldrene (Cleveland L., 2008). Sykepleier etablerer tillit til foreldrene ved å gi de god og tilstrekkelig informasjon. Det er også viktig å gi informasjon til foreldrene i de situasjonene der informasjonen er usikker, og å trygge de på at de får mer informasjon så fort noe mer blir kjent (Gardner m.fl., 2015). Sykepleieren skaper også tillit på en praktisk måte ved å håndhilse på foreldrene. Dette får foreldrene til å føle seg velkommen ved avdelingen (Johnsen & Backer, 2013). Sykepleien etablerer tillit ved å ta seg god tid, og ha blikk kontakt med foreldrene i samtalen. Blikk-kontakt signaliserer at foreldrene og ikke minst barnet er verdifulle og viktige for sykepleieren (Johnsen & Backer, 2013). Ved å gi barnet god omsorg og pleie, samt trygge foreldrene på at barnet blir tatt godt hånd om ved å gi

tilstrekkelig og god informasjon, utøver sykepleieren i følge Martinsen god omsorg både moralsk, relasjonelt og praktisk (Martinsen, 2003).

For foreldre er det betydningsfullt med en nær relasjon med primærsykepleieren (Fegran m.fl., 2008). Et nært forhold mellom sykepleieren som profesjonell og foreldrene er ikke bare ukomplisert. Martinsen beskriver at foreldrene som er i en sårbar situasjon og i krise er avhengig av sykepleieren, men på samme måte er ikke sykepleieren avhengig av foreldrene (Martinsen, 2003). Foreldrene er avhengig av sykepleieren for emosjonell støtte, informasjon og for å bli tilknyttet barnet. Det kan være krevende for sykepleieren å gå inn i en nær relasjon med foreldrene, og sykepleieren kan bli passiv og trekke seg unna, unnskyldte seg med for eksempel at det er tidspress på avdelingen og ingen mulighet for at sykepleieren kan ha nok tid til å etablere en god relasjon (Fegran m.fl., 2008). Dette er i følge Martinsen umoralsk av sykepleieren (Martinsen, 2003). Sykepleieren har også mye makt i form av å være den profesjonelle og kan ta valg som kommer foreldrene til gode eller som kan gi negative konsekvenser for foreldrene som for eksempel om sykepleieren velger å etablere en nær relasjon eller trekke seg unna (Fegran m.fl., 2008; Martinsen, 2003).

En utfordring i sykepleier-foreldre relasjonen er nærhet. Nærhet krever at sykepleieren er personlig, men ikke privat. Dette betyr i følge Martinsen at sykepleieren er opptatt av det foreldrene er opptatt av, tar del i omsorgen for barnet og i samtalen fokuserer på foreldrenes perspektiver og behov (Martinsen, 2003). Samtidig kan sykepleieren bekrefte foreldrene og foreldrenes opplevelse både nonverbalt og verbalt (Jackson & Nykvist, 2013). For sykepleieren er det også krevende å jobbe med akutt kritisk syke barn og deres foreldre (Turner m.fl., 2014). Det er her viktig at sykepleieren ikke fokuserer på sin egen opplevelser og følelser, men at sykepleieren retter fokuset over på foreldrenes følelser, opplevelser og hvilke av foreldrenes behov sykepleieren kan hjelpe foreldrene med. Slik blir sykepleierens framtreten ovenfor foreldrene personlig, men ikke privat ifølge Martinsen (Martinsen, 2003). Sykepleieren utøver sykepleie som er i tråd med både barmhjertighetsprinsippet og prinsippet for velgjørenhet, da sykepleieren fokuserer på det som er viktig for foreldrene, foreldrenes opplevelser og hvordan sykepleieren kan gjøre det beste for foreldrene (Nortvedt, 2012).

Foreldrene er avhengig av en god relasjon med sykepleieren. Etter hvert som den akutt kritisk syke nyfødtes tilstand blir bedret, og foreldrene får mer tilgang til å delta i stell og pleie av barnet, er et godt sykepleietiltak å snakke med foreldre om graden av involvering fra sykepleierens side. Slik kan foreldrene forberedes på at sykepleieren kommer til å holde seg mer i bakgrunnen etter hvert som foreldrene blir mer selvstendige i foreldrerollen, og barnets helsetilstand bedres (Fegran m.fl., 2008). Selv om primærsykepleieren ofte kunne trekke seg unna og familien ble fulgt opp av andre sykepleiere fra avdelingen var dette ment som et positivt tiltak fra sykepleierens side. Når primærsykepleieren var erstattet av en ukjent sykepleier for at foreldrene skulle ha muligheten til å bli mer selvstendige, fikk ofte foreldrene lavere selvtillit enn da primærsykepleieren hadde vært tilstede (Fegran m.fl., 2008). Ved at sykepleieren kommuniserer graden av sin egen involvering med foreldrene utøver sykepleieren omsorg ifølge Martinsen, ved at foreldrene vet hva de kan forvente seg av primærsykepleieren (Martinsen, 2003).

5.2 Foreldre i krise

Når et nyfødt barn blir akutt kritisk syk er dette en stor påkjenning for foreldre. Dette er en dramatisk hendelse i foreldrenes liv, som igjen utløser emosjonelle reaksjoner. Følelser som oppstår vekker dyp fortvilelse, angst, redsel, ved å føle hjelpeløshet og en følelse av oppgitthet (Hummelvoll, 2014; Caplan, 1964). Angst og stress er også normale følelser når en føder et sykt barn som ikke er som det har blitt forventet på forhånd. Tap og sorg grunnet at barnet de fikk og barseltiden de hadde sett for seg ikke ble som de hadde forventet seg, samt tapet over å ikke få fullt og helt gi pleie og omsorg til det nyfødte barnet (Zimmerman & Bauersachs, 2012; Gardner m.fl., 2015; Tran, Medhurst, & O'Connel, 2009). Foreldrenes bekymringer for barnets helse og overlevelse, helsehjelpen og medisinsk teknologi i en nyfødt intensiv avdeling, er noen av faktorene som påvirker foreldrene (Tran m.fl., 2009). Kari Martinsen beskriver at mennesker er avhengig av andre mennesker særlig når de er i en sårbar situasjon (Martinsen, 2003). I denne fasen av livet er foreldre sårbare og vi ha behov for støtte fra andre, hvor stort behov foreldre har for emosjonell støtte fra sykepleieren avhenger blant annet av foreldrenes sosiale nettverk (Hummelvoll, 2014).

I denne situasjonen må sykepleieren sette foreldrene som lider i sentrum og gi omsorg og støtte til foreldrene i en vanskelig situasjon (Martinsen, 2003). Selv om foreldrene har mange

bekymringer i forhold til barnets helsetilstand, er det viktig at sykepleieren ikke gir foreldrene urealistisk håp men forteller sannheten slik som det er (Lohne, 2010). Samtidig kan sykepleieren inspirere håpet til foreldrene, ved å fokusere på det positive . Dette kan sykepleieren gjøre ved å vise foreldrene at barnet har fem fingre og fem tær, fine trekk fra foreldrene, legge vekt på det som er mulig å se for foreldrene som det fine håret han/hun har, så fine øyne også videre. Samtidig er det viktig at sykepleieren snakker pent om barnet (Lohne, 2010; Gardner m.fl., 2015; Cleveland L., 2008). Sykepleieren kan vise medfølelse og omsorg til foreldre som er i krise. Dette kan sykepleieren gjøre ved å ha blikk kontakt med foreldrene, være oppriktig interessert i foreldrene, og deres behov, være tilstede, gi god informasjon og svare ærlig på spørsmål (Nortvedt, 2012; Johnsen & Backer, 2013; Cleveland L., 2008). Foreldrene har lovfestet rett på informasjon igjennom pasient og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). I de yrkesetiske retningslinjer står det at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, det står også at sykepleieren skal vise omsorg til foreldrene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette kan være en utfordring da foreldre ofte opplever stress i nyfødttintensiv avdelinger på grunn av mye støy og et trangt miljø som følge av mye medisinskteknisk utstyr og helsepersonell (Cleveland L., 2009).

Å bli foreldre til en akutt kritisk sykt nyfødt introduserer foreldrene til en fremmed verden. Barnet er annerledes, foreldrerollen og omsorgen for barnet vil bli annerledes. For at foreldre skal finne sin rolle i denne situasjonen, krever det respekt og støtte fra helsepersonell. Det er viktig for foreldrene at helsepersonellet setter seg inn i foreldrenes situasjon og prøver å støtte foreldrene. For å gi god støtte til foreldre er det viktig å være oppriktig interessert i foreldrenes opplevelser, foreldrenes behov og det kan være viktig for sykepleieren med ny kunnskap for å få perspektiv på hvordan foreldre i denne situasjonen har det (Fegran & Helseth, 2009; Turner m.fl., 2014). Det å sette seg inn i den andres situasjon forklarer Martinsen er av avgjørende betydning. Omsorg er å se den andres situasjon og tenke på det som er det beste for den andre (Martinsen, 2003). Sykepleieren har også makt, i form av sin stilling på nyfødttintensiv avdeling, til å legge til rette for at foreldrene kan få gode dager på avdelingen, i en vanskelig tid (Martinsen, 2003).

5.3 Kommunikasjon og informasjon

Sykepleieren kan utøve god omsorg til foreldrene gjennom god informasjon og kommunikasjon. Det er viktig for foreldre å få god og relevant informasjon. Kommunikasjon er en viktig faktor for å inkludere foreldrene i avdelingen. God, tilstrekkelig og nødvendig informasjon er viktig for foreldre slik at de er oppdatert på den medisinske tilstanden til barnet. Samtidig kan mangelfull informasjon skape unødvendige bekymringer og stress (Turner m.fl., 2014; Cleveland L., 2008; Tran m.fl., 2009; Cleveland L., 2009). I følge pasient og brukerrettighetsloven har foreldre til akutt kritisk syke nyfødte krav på informasjon. Det er også slått fast at informasjonen skal gis på en slik måte at den blir forstått (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren skal i følge helsepersonell-loven gi informasjon til foreldrene (Helsepersonellloven, 1999), og i følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren vise respekt og omsorg ovenfor pårørende og samtidig gi tilstrekkelig og nødvendig informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Kari Martinsen mener at uten praktiske handlinger kan en ikke utøve omsorg (Martinsen, 2003). Det er en rekke tiltak og tilnæringsmåter sykepleien kan sette i gang for å gi foreldrene god omsorg, også når det gjelder informasjon og kommunikasjon. Foreldre til akutt kritisk syke barn hadde behov for sykepleiere som informerte om barnets medisinske tilstand og planene som var lagt videre for barnet (Cleveland L., 2008). Det er viktig at sykepleieren oppdaterer seg på informasjon i fra vaktskift til vaktskift slik at foreldrene opplever kontinuitet i den informasjonen som blir gitt, og hvilken informasjon foreldrene fortsatt trenger (Turner m.fl., 2014). Det er viktig å gi foreldrene undervisning om barnets helsetilstand og tilnærming til barnet. God undervisning bidro til å lette stress, samtidig som det la til rette for foreldre-barn tilknytningen (Zimmerman & Bauersachs, 2012). Dette er god omsorg i følge Martinsen (Martinsen, 2003). Sykepleieren skal gi den informasjonen som er kjent til foreldrene, og samtidig forsikre de om at de skal få vite mer når det kommer mer informasjon om barnet og helsetilstanden. Er foreldrene trygge på dette reduseres stress (Gardner m.fl., 2015) og det bidrar til god omsorg, da foreldrenes interesse er ivaretatt. Dette er fordi god informasjon letter stress og samtidig noe av lidelsen til foreldrene (Martinsen, 2003). Ved å oppfordre begge foreldre til å være tilstede når viktig informasjon rundt barnets helsetilstand blir gitt, reduserer faren for misforståelser og forvirringer, samtidig som den ene av forelderen ikke føler seg tilsidesatt (Gardner m.fl., 2015).

Sykepleieren må legge til rette for å kunne være tilgjengelig for å svare på spørsmål fra foreldrene (Gardner m.fl., 2015). En nyfødteintensiv avdelingen var organisert med faste sykepleierrunder hver time. Dette var runder der sykepleieren gikk innom barnet og foreldrene hver time i løpet av dagen og hver andre time i løpet av natten (Graci, 2013). Målet for rundene var at foreldrene skulle være trygge på at deres barn var tilstrekkelig smerte lindret og hadde det bra. Foreldrene skulle få besvart spørsmål ærlig, og få vite hva som blir gjort for barnet. Foreldrene skulle få informasjon om barnet minst en gang om dagen, og få snakke med legen hver dag. Dette skulle trygge foreldrene i at barnet får best mulig støtte, behandling og pleie. Rundene gav god informasjon til foreldrene. Foreldrene følte også at de ble sett individuelt som foreldre ved at sykepleieren også spurte hvordan de hadde det (Graci, 2013). Det å få god informasjon bidrar til at sykepleierne gir makt og kontroll til foreldrene. Ved å få god informasjon får de mer kontroll over hva som skjer på avdelingen og situasjonen med deres akutt kritisk syke barn (Weis, Zoffmann, & Egerod, 2014). Det er også viktig at sykepleieren tilpasser informasjonen og ikke snakker et vanskelig medisinsk språk som foreldrene ikke forstår. Og at sykepleieren bør snakke dagligtale (Johnsen & Backer, 2013). Det er også nedfelt i lovverk at sykepleieren skal gi informasjon, og forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Her utøver sykepleieren god omsorg både moralsk, praktisk og relasjonell i følge Martinsen (Martinsen, 2003). Dette ved at foreldrenes behov for informasjon, samt at foreldrenes behov og den nyfødtes behov er det som blir viktig for sykepleierne. Dette også ved at avdelingens rutiner blir lagt opp etter dette (Graci, 2013; Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

Kommunikasjon med helsepersonell er en mulig stressfaktor for foreldre (Weis m.fl., 2014). For foreldrene er det også en del hindringer som kan komme i veien for kommunikasjon. Det var her satt fokus på store rom med mange kuvøser med barn, samt rom fylt opp med medisinsk teknisk utstyr, som igjen skapte støy. Dette kom ofte i veien for god kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre (Turner m.fl., 2014). Dette fører til at sykepleieren ikke har ressurser i form av rammefaktorer til alltid å kunne ivareta foreldrenes behov for informasjon og uforstyrret kommunikasjon. I disse tilfellene har sykepleieren dårligere forutsetninger for å utøve god omsorg til foreldre (Martinsen, 2003; Turner m.fl., 2014).

Samtidig må sykepleieren være barmhjertig og velgjørende ved å ville gjøre det beste og legge til rette for foreldrene (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Nortvedt, 2012). Dette innebærer å legge til rette for foreldre i krise, som er i en vanskelig situasjon. Sykepleieren må derfor tenke på gode tidspunkt for å gi viktig informasjon, om foreldrene er oppløst i tårer og ikke er utvilt er ikke dette det beste tidspunktet å gi informasjon på. I denne situasjonen er det viktig å være tilstede for foreldrene (Johnsen & Backer, 2013) (Hummelvoll, 2014). Sykepleieren skal legge til rette for at foreldre skal få hvile, da de etter lovverket har krav på egent hvilerom, slik at foreldrene er utvilt og klare for å mota viktig informasjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Da tenker ikke bare sykepleieren på det som er viktig for en selv, men også på det som er viktig for foreldrene. Sykepleieren utøver her omsorg både moralsk, relasjonelt og praktisk (Martinsen, 2003; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Nortvedt, 2012).

Sykepleieren må ikke gi foreldrene urealistiske håp, ved å komme med urealistiske prognoser for den nyfødtes levetid eller konsekvensene av den akutt kritiske sykdommen. Han/hun må heller ikke gi feil informasjon slik at tilstanden høres mindre alvorlig ut, for bak et hvert håp ligger det også en mulig skuffelse (Gardner m.fl., 2015; Syverrtsen & Bratlid, 2014; Calisch m.fl., 2011; Lohne, 2010). Samtidig må ikke sykepleieren være brutal i sine uttalelser men formidle sannheten på en skånsom måte (Johnsen & Backer, 2013; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det å få mangelfull eller ugyldig informasjon var en stressfaktor og skapte mye usikkerhet blant foreldre (Cleveland L., 2008). Samtidig har sykepleieren et ansvar for å inspirere håpet til foreldrene. Ved at sykepleieren også fokuserer på det som er positivt ved barnet som tettere tilknytning til barnet og snakker positivt om barnet til foreldrene (Gardner m.fl., 2015; Lohne, 2010). Det er viktig å bevare håpet selv i krise, håpet kan bidra til å redusere foreldrenes smerte og lidelse, håpet er ikke bare noe for fremtiden. Håpet er også avgjørende for øyeblikket her og nå, og hvordan foreldre foreholder seg til krise (Lohne, 2010). Når foreldrene har liten erkjennelse av at det er mulig å ha en fin dag, eller at en positiv framtid er mulig, er det viktig at sykepleieren støtter oppom dette håpet (Lohne, 2010). Sykepleie har som mål å støtte de pårørendes håp i lidelse (Johnsen & Backer, 2013), når sykepleieren støtter foreldrenes håp utøver sykepleieren omsorg både praktisk, moralsk og relasjonell ved at sykepleieren lindrer lidelse (Martinsen, 2003).

5.4 Tilknytning til barnet

Det og bli foreldre er en helt ny rolle i livet. Tilknytningen til barnet skjer helt fra man oppdager graviditeten. Når barnet er født fortsetter man tilknytningen ved å se på barnet, ta på barnet og at barnet blir lagt på foreldrenes bryst. Dette er faktorer som er avgjørende for foreldres tilknytning til barnet (Gardner m.fl., 2015). Når det ved fødselen blir oppdaget at det nyfødte barnet er akutt kritisk syk, blir den nyfødte tatt fra foreldrene og den naturlige tilknytningen til barnet vil ikke skje på samme måte som om barnet hadde vært friskt. Samtidig er dette en opplevelse som skaper sjokk, sorg og usikkerhet hos foreldrene (Gardner m.fl., 2015). Når den nyfødte etterhvert kommer på nyfødtintensiv avdeling, er barnet i sykepleiernes og legenes hender. De fleste foreldre ønsker å være tilstede for sin nyfødte, og ta del i den daglige pleien og stellet av barnet (Gardner m.fl., 2015). I en forskningsartikkel gjort av Lisa M- Cleveland(2008) kommer det frem at sykepleieren har stor påvirkningskraft til å påvirke hvordan foreldrene opplever tiden på nyfødtintensiv avdeling og muligheten de har til å bli knyttet til barnet (Cleveland L., 2008). Hun forteller videre at det kan oppstå en maktkamp mellom sykepleieren, og da spesielt mødrene til den nyfødte. Dette kunne skyldes at sykepleierne hadde ansvaret for å beskytte barnet, og derav tok styringen på stellet og pleien til den nyfødte. Dette gjorde at sykepleieren fikk beholde sin rolle som den profesjonelle, samtidig følte mødrene seg ofte fremmede gjort og ekskludert (Cleveland L., 2008). Mødre på nyfødt intensiv følte ofte de stod i veien for sykepleierne. De kunne oppleve at de var til bry. Foreldre kunne oppleve at da det var en avtale som sa at de skulle få være med å stelle barnet, så var barnet allerede blitt stelt av sykepleierne når foreldrene kom til avtalt tid. Det var også situasjoner der sykepleieren mente foreldrene hadde gitt nok kos til den nyfødte i løpet av dagen, og foreldrene ikke fikk gi mer kos (Turner m.fl., 2014; Cleveland L., 2008). Slike handlinger som å stenge foreldrene ute og ikke holde avtaler er ikke å utøve omsorg verken moralsk, relasjonelt eller praktisk oven for foreldrene i følge Martinsen. Da sykepleieren ikke tar hensyn til foreldrene, og foreldrene får en opplevelse av å ikke bli inkludert (Martinsen, 2003). Samtidig viser forskningen at nyfødt intensiv avdelingen ofte oppfordrer til et godt forhold mellom foreldre og personale på avdelingen (Cleveland L., 2008). I følge det etiske prinsippet velgjørenhet er det viktig at sykepleieren ikke bare tenker på det som er til det beste og enkleste for seg selv, men at sykepleieren er velgjørende og tenker på det som er til det beste for både barnet og foreldrene. I dette tilfellet må

sykepleieren legge til rette for god foreldre tilknytning ved å ta hensyn til at både det nyfødte barnet og foreldrene har er avhengige av god tilknytning (Nortvedt, 2012; Zimmerman & Bauersachs, 2012; Gardner m.fl., 2015). Samtidig står det i paragrafen om barns opphold i spesialisthelsetjenesten, at foreldrene kan få være tilstede hos barnet hele døgnet, at sykepleierne og pleiepersonalet på avdelingen skal avklare med foreldrene hvilken oppgaver de kan og vil ha i forhold til stell av barnet. Avdelingen plikter også å legge til rette for at barnet trenger foreldrene og lage rutiner også etter dette (Helse og omsorgsdepartementet, 2001; Helsepersonellloven, 1999). Med tanke på dette skal sykepleierne legge til rette for at foreldrene kan være mye med den nyfødte, men samtidig kommer det frem at mødrene så på sykepleiere som vakter som var imellom de som foreldre og den nyfødte. Fordi mange mødre følte at de måtte ha tillatelse fra sykepleieren for å kunne ha kontakt med den nyfødte. På grunn av dette kunne mødrene ha en følelse av ergrelse, og mer stress som følge av dette. Samtidig en hadde de lyst til å oppsøke ny kunnskap om den nyfødtes tilstand, med ny kunnskap følte foreldrene at de fikk bedre kontroll over situasjonen (Cleveland L., 2008). Kari Martinsen forteller i sin omsorgsfilosofi at der foreldrene til disse barna føler seg hjelpeløse og har behov for omsorg fra sykepleierne, har sykepleierne mye makt (Martinsen, 2003). Sykepleieren har makt til å ekskludere foreldre i pleien til barnet bevisst eller ubevisst. De kan bruke sin makt til å legge til rette for at foreldrene skal få ta del i pleien til sitt nyfødte barn. Samtidig kommer det frem i studie gjort av Turner m. flere at foreldrene har sykepleierne som rolle modeller i forhold til pleien av barnet. Mange foreldre er redd for å gjøre noe feil og skade barnet (Turner m.fl., 2014). Det er viktig at sykepleieren er klar over sin rolle og klar over den makt en har form av sin posisjon (Martinsen, 2003), både som forbilde og den som er eksperten på barnet, og har mulighet til å gi god veiledning til foreldrene om tilknytningen til barnet (Cleveland L., 2008). Hvordan sykepleieren legger til rette for foreldrene er helt avgjørende for barn-foreldre tilknytningen, og dette reduserer stress og følelsen av å ikke bli inkludert hos foreldrene (Martinsen, 2003; Cleveland L., 2008).

Gode tiltak sykepleieren kan utøve for å legge til rette for god foreldre tilknytning, er å la foreldrene, så langt det er mulig og forsvarlig ta del i stell og pleien av barnet (Zimmerman & Bauersachs, 2012). Dette kan sykepleieren gjøre ved å veilede foreldre ved for eksempel fysisk kontakt med den nyfødte, ved at sykepleieren viser foreldrene tær og hender, at foreldrene får kjenne på huden, delta i bleieskift og får kjenne på utstyret som barnet er koblet til (Zimmerman & Bauersachs, 2012; Cleveland L., 2008). Foreldrene er ofte redd for å ta på barnet og skade barnet i begynnelsen. I denne prosessen er det viktig for foreldrene at

sykepleieren oppmuntrer og veileder foreldrene slik at foreldre blir trygge i denne rollen (Zimmerman & Bauersachs, 2012). Det er viktig at sykepleieren gir god veiledning og kunnskap om amming og morsmelk. Morsmelk har positive effekter for barnet, selv om ikke barnet kan ammes kan mor pumpe seg slik at barnet kan nyte godt av alle de gode helseeffektene i morsmelken. Dette er også en av de tingene mor kan gjøre for barnet, og dette kan være med på å skape tilknytning mellom mor og barn (Zimmerman & Bauersachs, 2012; Cleveland L., 2008). For foreldre var det viktig å få være nær og ha fysisk kontakt med deres nyfødte. Mødre spesielt lengtet etter å få holde den nyfødte. I de tilfellene dette ikke var mulig, grunnet barnets sårbare medisinske tilstand, fant foreldre trøst i å sitte ved kuvøsen og stryke på barnet (Cleveland L., 2008). Selv når det ikke var mulig for foreldrene å komme nær barnet, var medisinsk behandling for barnet det tiltaket som var satt høyest av foreldrene, samt at det var det viktigst for foreldrene at sykepleierne viste at de likte barnet. Dette kunne sykepleierne gjøre ved å snakke positivt om barnet foran foreldrene (Tran m.fl., 2009). Det å bli aktivt tatt med i pleie og omsorg for barnet, få god informasjon, og føle seg velkommen i miljøet skapte positive foreldrefølelser (Cleveland L., 2008). Ved at sykepleieren i relasjon med foreldrene viser frem barnet, og praktisk tar foreldrene med i det som er mulig av pleie og omsorg for barnet, viser foreldre fingre og tær, tar foreldrene med på bleieskift, utøver sykepleieren omsorg ovenfor foreldrene, og dette reduserer stress som reduserer lidelse i følge Martinsen (Martinsen, 2003; Cleveland L., 2008; Turner m.fl., 2014; Zimmerman & Bauersachs, 2012). I følge forskning skaper dette tilknytning til barnet (Turner m.fl., 2014; Zimmerman & Bauersachs, 2012; Cleveland L., 2008).

5.5 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag

Når et nyfødt barn blir akutt kritisk syk, er dette en dramatisk hendelse for hele familien. Sykepleieren har derfor en unik rolle i å hjelpe disse familiene igjennom en vanskelig tid. Derfor trenger sykepleieren kunnskap om foreldrenes behov og hvordan dekke disse (Cleveland L., 2008). Martinsen forklarer at omsorg har en moralsk side, og at sykepleieren kan lære å utøve omsorg (Martinsen, 2003). Det er viktig for sykepleiere som jobber på nyfødtintensiv avdeling å ha kunnskap, ikke bare om utøvelse av god sykepleie til den nyfødte, men også ha kunnskap om hvordan å støtte foreldre, hvordan foreldre har det og hvordan sykepleieren kan møte foreldres behov i krise. Forskning har vist at sykepleierne på

nyfødtintensiv avdeling etterlyser mer kunnskap, veiledning og kollegastøtte som har fokus på omsorg og ivaretagelse av foreldre (Turner m.fl., 2014). For at sykepleieren kan ha fokus på å hjelpe foreldre for til å utøve omsorg og barmhjertighet (Nortvedt, 2012; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det viktig at sykepleieren har kunnskap om foreldrenes opplevelser og behov (Cleveland L., 2008; Gardner m.fl., 2015).

På nyfødtintensiv avdeling skal sykepleieren gi emosjonell støtte til foreldre, men sykepleieren kan ikke forvente å få emosjonell støtte tilbake fra foreldrene. Sykepleieren skal først og fremst ha fokus på behovene til den lidende, her foreldrene, og finne praktiske måter sykepleieren kan møte deres behov for støtte for å lindre deres lidelse (Gardner m.fl., 2015; Martinsen, 2003). En studie som tok for seg personsentrert kommunikasjon, beskrev at, for at sykepleierne skulle fokusere på foreldrenes behov og ressurser var det nødvendig at det ble lagt til rette for god undervisning, kursing og veiledning av sykepleierne (Turner m.fl., 2014; Weis m.fl., 2014). Dette gjorde at sykepleieren fikk bedre forståelse for foreldrenes situasjon, noe som bidro til bedre forståelse mellom sykepleieren og foreldre. Det var også viktig for sykepleierne med tilbakemelding fra kollegaer på hvordan de veiledet og kommuniserte med foreldre (Weis m.fl., 2014).

Et godt arbeidsmiljø og gode kollegaer, var til god støtte for sykepleierne på nyfødt intensiv avdeling. Det krever mye av sykepleierne å gi emosjonell støtte til foreldrene, samtidig som man som sykepleierne også blir engasjert emosjonelt i det som skjer. Sykepleieren kan ikke vise at sine følelser er viktigere enn foreldrenes, da sykepleieren skal ha foreldrene i sentrum. Derfor er det viktig med kollegastøtte i utfordrerne situasjoner, og der man blir emosjonelt berørt (Turner m.fl., 2014; Martinsen, 2003). Martinsen beskriver at sykepleieren skal ta vare på den som lider, da ville det vert umoralsk av sykepleieren å vektlegge sine egne følelser foran foreldrene. Om sykepleieren får utløp for sine egne følelser igjennom støttende kollegaer, der sykepleieren kan snakke om det som skjer, får veiledning og lignende fra kollegaer, blir også sykepleieren bedre istandsatt til å gi god støtte til foreldrene. Dette ville Martinsen kalt å gi god omsorg både praktisk, moralsk og relasjonelt (Turner m.fl., 2014; Martinsen, 2003).

6. Konklusjon

Sykepleieren kan utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling på følgende måter ved at sykepleieren først oppretter et tillitsforhold til foreldrene. Dette er grunnpilaren i god omsorg. Ut i fra tillitsforholdet sykepleieren oppretter til foreldrene er det viktig å støtte foreldrene ved å kommuniserte godt, gi god og tilstrekkelig informasjon, hjelpe foreldre med tilknytningen til barnet. Dette er alle tiltak som letter stress hos foreldre og som i følge Martinsen bidrar til god omsorg både moralsk, praktisk og relasjonelt. For at sykepleieren skal kunne utøve omsorg til foreldre med akutt kritisk sykt barn på nyfødtintensiv avdeling, er det viktig at sykepleieren har kunnskap om foreldre til akutt kritisk syke barn og hvordan sykepleieren kan utøve omsorg til foreldre. Samt at sykepleierne har mulighet til få god kollegastøtte og få god veiledning.

Referanseliste

- Fegran, L., Fagermoen, M. S., & Helseth, S. (2008, 06 16). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units - from closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 363-371. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04777.x
- Gardner, S. L., Voos, K., & Hills, P. (2015). Families in Crisis- Theoretical and Practical Considerations. I Gardner, Carter, & H. Enzman-Hines, *Handbook of Neonatal Intensive Care 8' Edition*. Mosby.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, Sykepleie og Medisin*. Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe.
- Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 1* (ss. 139-147). Oslo: Akribe.
- Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier - Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonellloven. (1999, 07 02). *Lovdata.no*. Hentet 03 19, 2016 fra Helsepersonellloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke*. 0130: Gyldendal Akademisk.
- Kim, H. S. (2011). Sykepleieutøvelsen. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 169-174). Oslo: Akribe.
- Jackson, K., & Nykvist, K. H. (2013). Att bli foreldrar till ett for tidigt fott eller nyfott sjukt barn. I K. Jackson, & H. Wigeret, *Familjecentrerad Neonatalvård*. Lund, Sverige : Studentlitteratur AB.
- Lohne, V. (2010). Sykepleieboken 2-. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 2-Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 0152, Oslo: Akribe.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt -Ikke stykkevis og delt*. 0130, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johnsen, S. K., & Backer, E. C. (2013). Holdning, handling og kommunikasjonsperspektiver på kommunikasjon i sykepleien. I K. Johnsen, & H. O. Engvold, *Klinisk kommunikasjon i praksis* (ss. 120-129). Oslo: Universitetsforlaget.

- Syverrtsen, L., & Bratlid, D. (2014, 10 7). *Avslutning av behandling ved alvorlig sykdom hos nyfødte*. Hentet 12 13, 2015 fra Tidsskrift for den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/article/1077418/>
- Calisch, T. E., Lindemann, R., & Medbø, S. (2011, 03 03). En Alvorlig Syk Nyfødt. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* . <http://tidsskriftet.no/article/2082587>
- Utdannings og forskningsdepartementet. (2004, 7 1). *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Hentet 12 10, 2015 fra <https://regjeringen.no/>: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/dd/d/pdfv/215887-rammeplan_sykepl._23.juni_04_ny..pdf
- Weis, J., Zoffmann, V., & Egerod, I. (2014). Improved nurse-parent communication in neonatal intensive care unit: evaluation and adjustment of an implementation strategy. *Journal of clinical nursing* (23), ss. 3478-3489. doi: 10.1111/jocn.12599.
- Graci, A. (2013). A rounding system to enhance patient, parent and neonatal nurse interactions and promote patient safety. *JOGNN* (42), ss. 239-242. doi: 10.1111/1552-6909.12011
- Cleveland, L. M. (2009). Symbolic interactionism and nurse-mother communication in the neonatal intensive care unit. *Research and theory for nursing practice* , 23 (3), ss. 216-229. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.23.3.216>
- Zimmerman, K., & Bauersachs, C. (2012). Empowering NICU Parents. *International Journal of Childbirth Education* , 27 (1), ss. 50-53. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3da6898-22ca-4497-81b9-2eb3e32389be%40sessionmgr4003&vid=15&hid=4101>
- Tran, C., Medhurst, A., & O'Connel, B. (2009, 07). Support the needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing* , 12 (2), ss. 12-17. doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01298.x.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Folkehelseinstituttet*. Hentet 04 08, 2015 fra www.statistikbank.fhi.no: <http://statistikbank.fhi.no/mfr/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 08 09). www.nsf.no. Hentet 02 22, 2016 fra
- Yrkesetiskerektlinjer for sykepleiere: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_PDF.pdf
- Fegran, L., & Helseth, S. (2009, 12). The parent nurse relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 23 (4). doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x

Cleveland, L. M. (2008, 8). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *JOGNN, Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37 (6), ss. 666-691. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Helse og omsorgsdepartementet. (2001, 01 01). *lovdata.no*. Hentet 03 09, 2016 fra Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999, 02 07).
http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3. Hentet 03 10, 2016

Turner, M., Chur-Hansen, A., & Winefield, H. (2014). The Neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 3156-3165. doi: 10.1111/jocn.12558

