



Tilknytning på nyfødtintensiv

Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature på nyfødtintensiv avdeling?

Kandidatnummer: 164
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 10 685
Dato: 18.4.2017



| | |
|---|---|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.4.2017 |
| Tittel: Tilknytning på nyfødtintensiv avdeling | |
| <p>Hvert år fødes det rundt 60 000 barn i Norge, omtrent 4 200 av disse er premature fødsler. Overlevelsen for premature har økt betraktelig. Men studier viser at den høyteknologiske tilnærmingen til nyfødtisykepleie ikke møter barnets eller foreldrenes psykologiske og emosjonelle behov.</p> <p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature på nyfødtintensiv avdeling?</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær studie. Det har blitt brukt fagbøker og artikler. Artikler har blitt søkt etter i Cinahl, i tillegg til kjedesøk. Artikkene inkluderer fagartikler, kvalitative og kvantitative forskningsartikler.</p> <p><u>Sykepleiefaglig rammeverk:</u> Relevant lovverk, yrkesetikk, sykepleieres funksjons- og arbeidsområde og Martinsens omsorgsfilosofi er brukt for å skape et sykepleiefaglig rammeverk for oppgaven.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven belyser teori om det premature barnet, foreldrene, nyfødtintensiv avdeling, tilknytning, hud-mot-hud, stell og amming.</p> <p><u>Drøfting:</u> Oppgaven drøfter hvordan sykepleier kan arbeide for å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldrene på nyfødtintensiv avdeling. Sykepleier må reflektere over hvordan foreldrene blir møtt på nyfødtintensiv avdeling og arbeide for å inkludere foreldrene i pleien. Avdelingen må være et omsorgsfullt sted også for foreldrene. Fedre må inkluderes på samme måte som mødre. Sykepleier må møte foreldrenes kognitive og affektive behov for kommunikasjon. Innleggelsen på nyfødtintensiv avdeling kan være overveldende for foreldrene. Sykepleier må tilpasse kommunikasjonen for å støtte foreldrene i krisen de gjennomgår. Avdelingens utforming gjør tilknytning utfordrende. Sykepleier må hele tiden holde seg faglig oppdatert og arbeide for høy faglig kompetanse og gode moralske holdninger i sykepleiergruppen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Utformingen av nyfødtintensiv avdelingene kan være en stor utfordring for tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet. Det er allikevel mange muligheter sykepleier har for å fremme tilknytning. Særlig gjelder dette sikre omsorgsfull inkludering av foreldrene, tilpasset kommunikasjon og arbeide for en høy faglig kompetanse i sykepleien som gis.</p> | |

(Totalt antall ord: 287)

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema | 1 |
| 1.2. Problemstilling | 2 |
| 1.3. Avgrensning / presisering av problemstilling | 2 |
| 1.4. Oppgavens disposisjon..... | 2 |
| 2. Metode | 4 |
| 2.1. Litterært studie..... | 4 |
| 2.2. Litteratursøk..... | 5 |
| 2.3. Kildekritikk..... | 5 |
| 3. Sykepleiefaglig rammeverk | 7 |
| 3.1. Lovverk og nyfødtsykepleie | 7 |
| 3.2. Yrkesetikk og nyfødtsykepleie..... | 8 |
| 3.3. Sykepleieres funksjons- og ansvarsområde..... | 9 |
| 3.4. Kari Martinsens omsorgsfilosofi | 10 |
| 4. Teoretisk perspektiv | 12 |
| 4.1. Det premature barnet | 12 |
| 4.2. Foreldrene til det premature barnet | 13 |
| 4.3. Miljøet på nyfødtintensiv avdeling..... | 14 |
| 4.4. Tilknytningsteori | 15 |
| 4.5. Hud-mot-hud kontakt..... | 16 |
| 4.6. Stell av det premature barnet | 17 |
| 4.7. Amming av det premature barnet | 18 |
| 5. Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature på nyfødtintensiv avdeling? | 20 |
| 5.1. Inkludering av det premature barnets foreldre på avdelingen | 20 |
| 5.2. Kommunikasjon med foreldrene | 23 |
| 5.3. En overveldende opplevelse for foreldrene..... | 25 |
| 5.4. Organisatoriske utfordringer | 26 |
| 5.5. Sykepleiers kompetanse | 28 |
| 6. Konklusjon | 30 |
| Referanseliste | 31 |

1. Innledning

Hvert år fødes det rundt 60 000 barn i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). Omlag 7 % av fødslene er premature, det vil si at barnet er født før 37. svangerskapsuke (Grønseth & Markestad, 2013). Altså blir det født omkring 4 200 premature barn i Norge hvert år. Dødeligheten for denne gruppen barn har gått betraktelig ned takket være fagutvikling innen nyfødtsmedisin og tekniskmedisinsk utstyr. Det psykologiske og emosjonelle stresset disse barna og familiene deres gjennomgår har tidligere vært et mindre framtrædende tema innen behandlingen av premature (Gardner, Voos & Hills, 2016).

1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I dag vet vi at den høyteknologiske tilnærmingen til nyfødtsykepleie ikke møter psykologiske og emosjonelle behov for verken foreldrene eller det premature barnet. Det er en stor påkjenning å bli foreldre til et prematurt barn. Foreldrene kan være redde for at barnet skal dø. De kan være overmannet av stress og i en følelse av konstant krise (Gardner, Voos & Hills, 2016). Barnet er umodent, både fysiologisk og psykologisk (Ravn, 2009). I tillegg er foreldrene og barnet plassert i en krevende, høyteknologisk setting. Som en konsekvens av disse faktorene kan tilknytningen mellom foreldre og premature barn få en tøff start (Gardner, Voos & Hills, 2016).

Mye tyder på at det er sammenheng mellom manglende tidlig tilknytning og barns senere utvikling. Dette gjelder blant annet følelsesregulering, mentalisering og sosiale evner (Håkonsen, 2011). Som sykepleier er vi tett på både foreldrene og de premature. Sykepleiers funksjons- og arbeidsområde inkluderer den helsefremmende og forebyggende funksjon og den undervisende og veiledende funksjonen. Vi har plikt til å bistå foreldrene med tilknytningsprosessen gjennom disse funksjonene. Denne plikten faller også inn under lovverket da å overse dette aspektet ikke kan sees på som verken faglig forsvarlig eller omsorgsfullt slik sykepleier er bundet til av forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999). De yrkesetiske retningslinjene bekrefter denne plikten, blant annet gjennom punktet at sykepleier skal ivareta behovet for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2016).

Oppgavens hensikt er å belyse hvilke tilnærminger sykepleier har til rådighet for å fremme tilknytning mellom foreldre og premature innlagt på nyfødtintensiv avdeling og hvilke utfordringer som eksisterer i arbeidet med dette.

1.2. Problemstilling

Med utgangspunkt i det overnevnte er problemstillingen som følger:

«Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature innlagt på nyfødtintensiv avdeling?»

1.3. Avgrensning / presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til de premature født mellom gestasjonsuke 28 - 35. Jeg ønsker å avgrense nedover til gestasjonsuke 28 da de minste barna ofte vil være svært syke og sårbare. Premature født tidligere vil ikke være tilgjengelig for utstrakt håndtering av foreldrene. Fra gestasjonsuke 25 er det omkring 70 % sjanse for at barnet vil overleve, men det er stor fare for senskader. Barn født før uke 23 blir per i dag i liten grad forsøkt holdt i live (Haaland, 2009). Ved å avgrense til gestasjonsuke 28 vil de premature oppgaven omtaler være sterkere og mer modne og dermed tåle håndteringen av foreldrene bedre. Oppover har jeg avgrenset til uke 35. Dette fordi premature født etter uke 35 ofte kun vil ha korte eller ingen opphold på nyfødtintensiv avdeling.

Jeg avgrenser ikke til om det er en forutsett eller en uventet prematur fødsel selv om det vil utgjøre en forskjell på hvor forberedt foreldrene vil være for hverdagen på nyfødtintensiv avdeling. Jeg går ikke inn i den medisinske håndteringen av det premature barnet. Mor og far blir i oppgaven sidestilt i målet om å oppnå tilknytning.

Oppgaven tar blant annet for seg sykepleieres undervisende og veiledende funksjon, men jeg har valgt å ikke gå inn i teori om veiledning da veiledning ikke er oppgavens hovedfokus. Det begrensede antall ord oppgaven har til rådighet er også styrende for dette valget.

1.4. Oppgavens disposisjon

Oppgaven er disponert etter standard oppgavedisposisjon for bacheloroppgaver (Dalland, 2012). I innledningen har jeg presentert bakgrunn og begrunnelse for valg av tema,

problemstillingen og avgrensing/presisering av problemstillingen. Videre i kapitel 2 følger en presentasjon av oppgavens metode, herunder presentasjon av oppgaven som en litterær studie, presentasjon av litteratursøket og kildekritikk. Kapittel 3 tar for seg det sykepleiefaglige rammeverket. Her vil jeg først presentere relevant lovverk og yrkesetikk, før jeg går inn på sykepleieres funksjons- og ansvarsområde og til slutt presenterer Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Videre vil jeg i kapittel 4 presentere oppgavens teoretiske perspektiv. Her vil jeg presentere det premature barnet, foreldrene til det premature barnet, miljøet på en nyfødttintensiv avdeling, tilknytningsteori, hud-mot-hud kontakt, stell av barnet og amming. Kapittel 5 er drøftedelen av oppgaven. Her vil jeg drøfte inkludering av foreldrene i avdelingen, kommunikasjon med foreldrene, den overveldende opplevelsen situasjonen kan være for foreldrene, organisatoriske utfordringer og sykepleieres kompetanse. Til slutt kommer oppgavens konklusjon i kapittel 6.

2. Metode

Metode forteller hvordan vi skal gå fram for å skaffe og etterprøve kunnskap. Metoden skal gi informasjon som kan belyse valgt temaet på en faglig god måte (Dalland, 2012). For denne oppgaven er valget av metode en litterær oppgave.

2.1. Litterært studie

Metoden som har blitt brukt for å belyse denne oppgavens problemstilling er en litterær oppgave. Litterære studier er oppgaver som bygger på eksisterende skriftlige kilder. Gjennom en litterær oppgave kan man fordype seg i temaet ved å søke opp aktuell litteratur og forskning og se dette i lys av teori. Målet er å få bedre innsikt i temaet og mulighet til å forbedre egen praksis (Dalland, 2012).

Jeg har funnet fram til fagbøker som er relevante for problemstillingen. Ulike tilnærminger ble brukt for å finne relevante bøker. Noen av bøkene hadde jeg fra før, noen søkte jeg meg fram til ved hjelp av generelle søkeord som 'tilknytning og premature' på bibliotekets nettsider, noen har jeg funnet i hyllene på biblioteket og noen har jeg funnet fram til via litteraturlister i andre bøker/artikler.

Et par av bøkene som er brukt i oppgaven er pensum på grunnutdanningen i sykepleie og dermed litteratur jeg hadde kjennskap til fra før. Det gjelder bøkene som tar for seg sykepleieteori, psykologi, lovverk og etikk. Videre har jeg brukt bøker som spesifikt tar for seg premature og temaet tilknytning. Jeg har også søkt meg fram til bøker som omhandler Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Hovedsakelig har jeg sett på primærkilder, men når det gjelder Kari Martinsen og John Bowlby sine teorier har jeg også benyttet meg av sekundærkilder. Dette både fordi det har vært interessant å lese tolkninger av teoriene deres og fordi det har vært venteliste på primærkildene på biblioteket.

Relevante forskningsartikler ble funnet ved hjelp av spesifikke søkeord i Cinahl og ved hjelp av kjedesøk. Søkene er beskrevet i 2.2. Videre har jeg funnet noen kilder ved å søke i Google Scholar og Oria. Oppgaven inkluderer både kvalitative og kvantitative studier. Disse metodiske tilnærmingene har hver sine styrker og svakheter. Kvantitative studier tar sikte å forme informasjon til målbare enheter. Kvalitative studier tar i større grad for seg meninger og opplevelser som ikke lar seg måle (Dalland, 2012). I denne oppgaven er det fruktbart å se

både det store bildet og spesifikke erfaringer som gir mer dybde. Noen av artiklene er fagartikler og litteraturstudier av forskning på temaet.

2.2. Litteratursøk

Jeg har hovedsakelig søkt etter artikler i Cinahl. Jeg har begrenset søkene til artikler publisert de siste ti årene som er fagfelle-vurderte. Jeg har benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene "parents", "intensive care unit, neonatal", "infant, premature", "family centered care", "attachement", "nursing", "parent - infant bonding", "neonatal intensive care nursing" og "kangaroo care".

Jeg leste overskrift og abstrakt på treffene som søkene ga. Dernest skumleste jeg de artiklene som virket mest relevante. Ut ifra skumlesningen tok jeg en vurdering på om artikkelen ville være relevant for min problemstilling. Det var også et par av artiklene som ikke var tilgjengelig i fulltekst men som virket så interessante fra abstraktet at jeg bestilte de via biblioteket. I tillegg har jeg funnet noen artikler ved hjelp av kjedesøk, for eksempel at den har vært nevnt i en artikkel jeg har lest. Jeg har også funnet noen artikler ved søk på Google Scholar og Oria og via anbefaling av veileder.

Artiklene som er inkludert er en blanding av litteraturstudier, kvantitative og kvalitative studier basert på feltarbeid og intervjuer med både foreldre og sykepleiere. Totalt har jeg brukt 17 artikler, i tillegg til en rapport fra Barneombudet og retningslinjer fra Drammen Sykehus.

2.3. Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vise en vurdering av litteraturen valgt til oppgaven. Litteraturens relevans og gyldighet for oppgavens problemstilling skal vurderes (Dalland, 2012).

Alle artiklene som er brukt i oppgaven har studert vestlige forhold. Det er dermed usikkert om funnene fra artiklene er overførbare til samfunn i den tredje verdenen. Det er heller ikke sikkert at alle funnene er overførbare til skandinaviske forhold da det er store forskjeller i organiseringen av helsepersonell og helsetjenester mellom vestlig land. Det er videre store forskjeller i rettigheter for foreldre når barnet er innlagt på sykehus, noe som vil påvirke

muligheten for tilknytning. 6 av artiklene som er inkludert i oppgaven tar utgangspunkt i Norge, og er dermed skrevet ut fra en sammenlignbar kontekst.

Noen av kildene er muligens litt gamle da nyfødtsykepleie er et fagfelt som er i kontinuerlig utvikling. 2 av artiklene er eldre enn 10 år (1 er fra 2004 og 1 er fra 2006). Det norske hovedverket jeg benytter i oppgaven er relativt gammelt da det er fra 2009. Til gjengjeld er den engelske hovedfagboken jeg benytter fra 2016.

Når det gjelder tilknytningsteori så har jeg benyttet en av hovedbøkene til John Bowlby, *En sikker base*. Boken er fra 1988, men er en primærkilde på Bowlbys tilknytningsteori og er fortsatt relevant i dag. Jeg har lest *En sikker base* i oversatt dansk versjon da jeg ikke har fått tak i originalversjonen. Jeg anerkjenner at det hadde vært best å lese boken på originalspråket. Det er alltid en fare at noe kan gå tapt i en oversettelse, særlig når oversettelsen ei heller er til mitt morsmål. Samtidig er det fare for at jeg kan ha misforstått noe i mine egne lesninger av de engelskspråklige kildene. Jeg har lest hoveddelen av artiklene og flere av fagbøkene på engelsk.

Jeg har lest noen sekundærkilder, hovedsakelig litteratur rundt teoriene til Kari Martinsen og John Bowlby. Sekundærkilder gir fare for misforståelser da jeg i min lesning vil tolke noe som allerede har blitt fortolket. Om man er seg bevisst denne faren så er det allikevel fruktbart å benytte seg av sekundærkilder. Så framtidig sekundærkilden er vurdert relevant for oppgaven så kan den benyttes (Rienecker & Jørgensen, 2013).

3. Sykepleiefaglig rammeverk

Dette kapitelet vil presentere det sykepleiefaglige rammeverket som er valgt ut for å belyse problemstillingen. Først følger en presentasjon av relevant lovverk og sykepleiers yrkesetikk. Deretter tar jeg for meg hvilke arbeids- og funksjonsområde oppgavens tematikk tilhører. Til slutt følger en presentasjon av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

3.1. Lovverk og nyfødtsykepleie

Som sykepleier plikter man av helsepersonelloven (1999) å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasienten. Forsvarlighetskravet impliserer at vi som sykepleier skal handle kunnskaps- og verdibasert i møtet med pasienten. Forsvarlighetskravet er et absolutt minstekrav, samtidig som det er et relativt krav. Det forventes blant annet mer i en planlagt situasjon med erfarne sykepleiere enn av en nyutdannet sykepleier som havner i en situasjon han eller hun ikke har hatt mulighet til å forberede seg på (Molven, 2011a). Hva som er faglig forsvarlig er kontinuerlig i endring ettersom den faglige standarden endrer seg over tid. Tidligere lå for eksempel premature i kuvøser med full belysning hele døgnet. Dette regnes ikke lenger som forsvarlig (Korsvold, 2009). Forsvarlighetskravet gir sykepleiere en plikt til å holde seg faglig oppdatert.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3 stadfester pårørendes rett til informasjon når barnet er under 18 år. På en nyfødtintensiv avdeling vil ikke barnet være kapabelt til å ta imot informasjon og det er dermed kun foreldrene som er mottakere av informasjonen. Informasjonen skal bli gitt slik at foreldrene forstår den. Informasjonen skal være tilpasset foreldrenes forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Det er påkrevd at informasjonen gis slik at den blir forstått og sykepleier skal derfor sjekke dette, for eksempel ved å stille kontrollspørsmål (Molven, 2011b).

Under et sykehusopphold har barn rett til å ha minst en av foreldrene hos seg. Det slås fast i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 6-2 og i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) § 6. Ved alvorlig og livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet. Videre slås det fast at «personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre mens de er hos barnet» (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). På nyfødtintensiv avdeling kan det for eksempel være foreldrene selv ønsker å stelle barnet når det er forsvarlig ut i fra medisinske vilkår. Forskriften stadfester

videre noen rettigheter man innehar som forelder til et sykt barn. Foreldrene har rett til avlastning etter behov og adgang til eget oppholdsrom. Videre så skal helsepersonell tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog og eventuelt annet støttepersonell (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Som forelder til et barn innlagt på nyfødtintensiv avdeling har man altså visse rettigheter. Som helsepersonell har man visse plikter som skal etterfølges. Som vi ser fra lovverket svarer disse rettighetene og pliktene til hverandre.

3.2. Yrkesetikk og nyfødtisykepleie

Sykepleie er et yrke hvor fag og etikk er vevd tett sammen. Det bekrefter de yrkesetiske retningslinjene som Norsk Sykepleieforbund har nedtegnet og som man forplikter seg til å følge som sykepleier. De yrkesetiske retningslinjene består av 6 punkter: sykepleieren og profesjonen, sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeidere, sykepleier og arbeidsstedet, sykepleieren og samfunnet (NSF, 2016).

Det er mange aspekter ved de yrkesetiske retningslinjene som er spesielt relevant for sykepleieres arbeid ved nyfødtintensiv avdeling. I punkt 1 som omhandler sykepleieren og profesjonen stadfestes det blant annet i punkt 1.1 at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (NSF, 2016). Videre i punkt 1.4 står det at «sykepleieren holders seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (NSF, 2016). Dette gir føringer for at man som sykepleier skal holde seg oppdatert og bruke den oppdaterte kunnskapen i praksis. Nyfødtisykepleie har vært et fag i rask endring og det krever særlig oppmerksomhet fra sykepleiere ved avdelingene.

Punkt 2 omhandler sykepleieren og pasienten. Det blir i punkt 2.1 trukket fram at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2016). I punkt 2.3 står det at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2016). Disse punktene understreker at sykepleieren har ansvar utover det rent medisinsk påtrengende. Omsorg for den premature inkluderer behovet for blant annet tilknytning til sine foreldre for at omsorgen skal være helhetlig og helsefremmende.

Punkt 3 omhandler sykepleieren og pårørende. Sykepleieren skal vise respekt og omtanke for de pårørende. Når vi møter pårørende med respekt og tillit kan vi bygge en tillitsfullt og fruktbar relasjon. Punkt 3.1 sier at «sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (NSF, 2016). Informasjonsplikten er også omtalt i lovverket. De etiske og juridiske føringene for sykepleier er i stor grad parallelle.

3.3. Sykepleieres funksjons- og ansvarsområde

Sykepleiere har ulike funksjons- og ansvarsområder. Temaet for denne oppgaven berører etter mitt skjønn særlig sykepleiers helsefremmede og forebyggende funksjon og sykepleiers undervisende og veiledende funksjon.

Den forebyggende og helsefremmende funksjonen består i å indentifisere eventuelle problemer og har opprettholdelse av pasientens helse, velvære og livskvalitet som mål (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Sikker tilknytning vil fremme barnets kognitive og emosjonelle utvikling. Barnet kan bruke sin energi på utfoldelse og læring framfor å være på vakt ovenfor foreldrene. Ved en utrygg tilknytning vil det motsatte være tilfelle (Lindberg, 2010). Videre er det en rekke studier som viser at tidlige trygge omsorgsrelasjoner regulerer et menneskes senere responser på stress (Walhovd & Fjell, 2010). Ved å tilrettelegge for og fremme tilknytning mellom foreldre og premature innlagt på nyfødttintensiv avdeling fungerer sykepleier både forebyggende og helsefremmende.

Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Funksjonen retter seg mot pasient og pårørende, i tillegg til medarbeidere. Målet er at pasient og pårørende skal få tilstrekkelig kunnskap og forståelse til å kunne foreta valg for å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). For denne oppgavens tema er denne funksjonen svært relevant for de pårørende, altså foreldrene. Gjennom undervisning og veiledning kan sykepleier bidra til at foreldrene får god kunnskap og forståelse for barnets situasjon og signaler og dermed lære seg å håndtere situasjonen på en ansvarlig og bevisst måte. Videre vil det være naturlig at sykepleiere som har kunnskap til tilknytning tar ansvar for å spre denne kunnskapen i sykepleiergruppen.

3.4. Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen beskrivelse av sykepleiefaget er bygd opp omkring begrepet omsorg. Hun ser på omsorg som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og sykepleie som en form for profesjonelt omsorgsarbeid. Martinsen argumenterer for at sykepleie er en personorientert profesjon. Med dette mener hun at i god sykepleieutøvelse kombinerer vi fagkunnskap med et personlig engasjement for den enkelte pasient og pårørende. Tre ulike aspekter ved den profesjonelle omsorgen trekkes fram: omsorgen foregår i et relasjonelt møte; møtet har en moralsk dimensjon; omsorgen viser seg i praktiske handlinger (Holter, 2011; Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

Omsorgens relasjonelle side vil si at den som skal hjelpe er nødt til å vise interesse for pasienten og sette seg inn i hans eller hennes virkelighet. Omsorgsyteren må anerkjenne den andre ut i fra hans eller hennes situasjon. Omsorg kjennetegnes ved gjensidighet, fellesskap og solidaritet i den mellommenneskelige relasjonen. Martinsen trekker fram livsytringene som sentrale. De er et uttrykk for den spontane og universelle kjærlighet mellom mennesker. En av disse livsytringene er tillit. I mellommenneskelige relasjoner er tillit svært viktig (Kirkevold, 2001; Kristoffersen, 2011; Martinsen, 2003).

Martinsen understreker at omsorg er mer enn en grunnholdning; det er en praktisk handling og har en praktisk dimensjon. Omsorgen blir utført i daglige situasjoner som er gjenkjennbare. Som sykepleier har man kjennskap til situasjonen som medmenneske og i vekt av sin fagkunnskap. Omsorg som konkret handling krever begrunnelse, i form av faglig og etiske vurderinger. Faglig skjønn læres gjennom praktisk erfaring og eksempellæring. Det er sentralt at omsorgen gjennomføres uten å være umyndiggjørende, men at den har et mål om anerkjennelse av det andre menneske (Kirkevold, 2001; Kristoffersen, 2011; Martinsen, 2003).

I følge Martinsen er omsorg og moral tett vevd sammen. Det moralske består i å handle til den andres beste og moralen utleveres i de menneskelige relasjonene. Den moralske dimensjonen i omsorgen gjør at vi som sykepleiere har et ansvar for de svakeste i samfunnet, slik som nyfødte. Martinsen ser på relasjonen mellom mennesker som preget av makt og avhengighet og moralen spiller dermed en sentral rolle i forvaltningen av makt i relasjonen. Moralens har to sider, den spontane og den normbaserte. Den primære moralen er en spontan og uegennyttig handling til beste for den andre. Normmoralen viser til regler og prinsipper som er skapt i

samfunnet, som de yrkesetiske retningslinjene og lovverk. Den har til hensikt å uttrykke kjærlighetens idé. Normmoralen tar over når spontaniteten i livsytringene svikter. Martinsen kaller dette for krykkemoral, fordi det er en krykke for manglende spontan og oppriktig godhet. Normmoralen er viktig i sykepleien fordi vi må kunne møte pasientene både spontant og reflekterte (Austgard, 2010; Kristoffersen, 2011; Martinsen, 2003). Normmoralen er dessuten med å sikre en minimumskvalitet i sykepleien (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

4. Teoretisk perspektiv

Jeg vil nå redegjøre for ulike teoretiske aspekter som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Oppgaven vil gå inn i kunnskap om det premature barnet, foreldrene til det premature barnet og nyfødttintensiv avdeling. Familiesentrert omsorg blir også omtalt, under punktet om nyfødttintensiv avdeling. Oppgaven belyser deretter teori rundt tilknytning. Videre presenteres ulike metoder for å fremme tilknytning på nyfødttintensiv avdeling, herunder hud-mot-hud, stell og amming.

4.1. Det premature barnet

Sykdommer og komplikasjoner for det premature barnet er knyttet til at organene ikke er modne. Det er en større fare for komplikasjoner jo mer prematurt barnet er (Grønseth & Markestad, 2013). Det er mange faktorer som gjør premature mer ustabile enn terminbarn. De kan blant annet ha problemer med respirasjonen. Vanlig komplikasjoner er da apneer, våte lunger, respiratorisk distress-syndrom og bronkopulmonal dysplasi. De kan også ha sirkulatoriske komplikasjoner, som hypoksi og hypotensjon. Det er stor fare for hjerneblødning. Huden er tynn, nesten gjennomsiktig og må behandles svært varsomt. Premature har videre dårlig væske- og temperaturregulering. Varmetap ved fordamping er særlig et problem. For premature født før gestasjonsuke 30 kan fordamping være opptil 15 ganger så høy som for et terminbarn (Haaland, 2009). Barnet har stor kroppsflate i forhold til kroppsvolum, noe som gir fare for raskt varmetap. I tillegg har premature lite fettvev og er dermed dårlig isolert. Premature har heller ikke utviklet et lager av brunt fett slik terminbarn har (Hansen, 2009). Det premature barnet må håndteres med største skånsomhet slik at det kan bruke energien sin på vekst og utvikling (Steinnes, 2009).

Premature barn har svakere signaler enn barn født til termin. Det reagerer i tillegg svakere på stimuli. Jo mer prematurt barnet er, jo svakere er evnen til kommunikasjon. Gråt vil være et seint tegn på at de opplever en form for ubehag og bør derfor ikke forekomme (Sandtrø, 2009; Steinnes, 2009). Berøring er det viktigste kommunikasjonsverktøyet til et nyfødt barn. At den nyfødte får kommunisere sine behov og bli oppfattet og forstått av omsorgspersoner er viktig for at det skal bygge opp tillit (Steinnes, 2009).

4.2. Foreldrene til det premature barnet

Istedenfor et fullgodt svangerskap og en fødsel av et friskt barn har foreldrene blitt kastet inn i en uventet situasjon. Ofte blir det premature barnet tatt bort fra foreldrene med en gang slik at de verken får sett eller tatt på barnet. Fødselen og separasjonen kan oppleves skremmende og kaotisk (Franklin, 2006). Studiet til Gibbs, Boshoff & Stanley (2016) belyser foreldreerfaringer av denne separasjonen. En mor uttrykte: «Hele situasjonen var uvirkelig. Vi var på fødeavdelingen og hadde fått dette barnet som vi ikke var forberedt på. Og babyen var plutselig ikke der» (Gibbs, Boshoff & Stanley, 2016, egen oversettelse). For foreldrene blir dette et sjokk og en voldsom omstilling fra hva de har forestilt seg. I tillegg kan overlevelsen og helsen til barnet være usikker (Franklin, 2006).

Foreldrene opplever brutte forventninger, både til sin egen rolle som forelder og til tilstanden til barnet. På nyfødtintensiv avdeling kan de føle seg usikre på hvordan deres rolle som forelder skal være. De opplever å ha en svak rolle. Foreldrerollen slik de har sett for seg er tømt for innhold. Familiene er i krise og strever etter å finne måter å håndtere krisen på (Gardner, Voos & Hills, 2016).

En studie viste at hele 35 % av mødrene og 24 % av fedrene slet med symptomer på posttraumatisk stresslidelse de første dagene etter at barnet deres ble innlagt på nyfødtintensiv avdeling. Tallene sank til henholdsvis 15 % og 8 % etter en måneds innleggelse (Gardner, Voos & Hills, 2016). Å bli foreldre er en stor omveltning i seg selv, og når barnet er i behov av en innleggelse på nyfødtintensiv avdeling så kan omveltningen være overveldende. Innleggelsen kan være den første store utfordringen de møter i livet. Foreldrene kan blant annet føle på sjokk, redsel, angst og hjelpeløshet. Noen kan virke apatiske mens andre igjen blir deprimerte og svært triste. Slike følelser kan virke negativt inn på evnen til tilknytning med det nyfødte barnet. Foreldrene kan videre ha et svært høyt stressnivå som vil påvirke deres evne til samspill (Gardner, Voos & Hills, 2016). Mange mødre føler skyld og bruker mye tid til å fundere på hva de kan ha gjort galt, om det var noe de gjorde som framprovoserte den premature fødselen (Gibbs, Boshoff & Stanley, 2016). Det knyttes også skyldfølelse mot ambivalente følelser til barnet (Tandberg, 2009).

4.3. Miljøet på nyfødtintensiv avdeling

Fegran og Helseth (2009) beskriver hvordan en norsk nyfødtintensiv avdeling ser ut:

«Bråket er overveldende, alarmer og pipelyder fra overvåkningsutstyr blandes med sykepleieres og foreldres lavmælte snakk. Luften føles tett og varm, rommet er overfylt. Gardiner med pastellfargede dyr og fargerike håndstrikkede tepper i kuvøsene ser ut som de prøver å normalisere de unormale omgivelsene for et nyfødt barn. Allikevel: det høyteknologiske inntrykket og mangelen på privatliv er slående» (Fegran & Helseth, 2009 s. 670, egen oversettelse).

Miljøet beskrevet ovenfor er svært ulikt det miljøet barnet er vant med fra mors liv og også svært ulikt det miljøet barnet ville møtt om det ble født til termin (Sandtrø, 2009). Det er blant annet dokumentert at premature på nyfødtintensiv ofte er utsatt for overstimulering av støy (Steinnes, 2009). Stimuli som det premature barnet er mottaker av på en nyfødtintensiv avdeling har direkte påvirkning på barnets hjerneutvikling (Maitre et al., 2017). Stress og uheldig stimuli de første ukene er antakelig skyld i en del av senvirkningene disse barna sliter med. Undersøkelser viser at hele 20-40 % av premature får problemer med hyperaktivitet, oppmerksomhet og konsentrasjon senere i livet (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

Videre er en nyfødtintensiv avdeling ikke et optimalt sted å starte en foreldre-barn relasjon. Det å etablere en foreldre-barn relasjon i en slik setting er utfordrende. Det kreves desto mer av sykepleierne som arbeider der for å legge til rette for en meningsfull og fungerende inkludering av foreldrene. I Norge mangler de fleste sykehusene lokaler som er tilpasset en integrering av foreldre i pleien og behandlingen av de premature. Det finnes unntak, for eksempel Drammen Sykehus. Oslo Universitetssykehus skriver på sin hjemmeside at de håper «at OUS i framtiden vil kunne tilby mer egnende lokaler til familiesentrert behandling» (Oslo Universitetssykehus, 2017).

Den underliggende filosofien bak familiesentrert omsorg er at familien skal være i fokus når et barn er innlagt i helseinstitusjon. Helsetjenesten skal være fleksibel og tilpasset den enkelte familiens behov (Staniszewska et al., 2012). Familiesentrert omsorg ser på foreldrene som de viktigste personene i den nyfødtes liv. Dette synet krever at foreldrene blir inkludert. Sentralt er åpen og ærlig kommunikasjon, at foreldrene er velinformerte og at de gis anledning til å være med i bestemmelser om barnets helse. For å oppnå dette må foreldrene ha lett tilgang til informasjon og kommunikasjonen må være lagt på et individuelt tilpasset nivå (Gardner, Voos & Hills, 2016).

4.4. Tilknytningsteori

Tilknytning forstås som utviklingen av relasjonen mellom foreldre og barn gjennom en fysisk og emosjonell prosess. Det er tre primære tilknytningsmønstre: sikker, engstelig og engstelig unnvikende. Sikker tilknytning impliserer at barnet har full tillit til at foreldrene er til rådighet og at de vil reagere og hjelpe om behovet skulle oppstå. Dette mønsteret fremmes om primære omsorgspersoner er mottakelige ovenfor barnets signaler og reagerer kjærlig når barnet søker beskyttelse eller trøst. Et engstelig tilknytningsmønster kjennetegnes av at barnet ikke er sikker på om foreldrene er til rådighet. Et tredje tilknytningsmønster er det engstelige unnvikende mønsteret. Da har ikke barnet noen tro på at det vil bli reagert hjelpsomt om det skulle oppstå behov for hjelp (Bowlby, 1988).

Å vite at en tilknytningsfigur er tilgjengelig og parat til å reagere gir en gjennomtrengende følelse av sikkerhet i et menneskes liv. Tilknytning er fundamentalt for mennesket, det har en biologisk funksjon – beskyttelsesfunksjonen. Å søke tilknytning er dermed en fundamentalt adferdsform for et individ (Bowlby, 1988). Tilknytningsteorien betrakter tilbøyeligheten til å skape tette emosjonelle bånd til nære individer som et grunnelement i menneskets natur. Ifølge Bowlby (1988) er dette tilstede allerede som nyfødt.

Tilknytningen karakteriseres av nærhet, gjensidighet og engasjement (Fegran, Helseth & Fagermoen 2008). For å bygge en sikker tilknytning må babyen være nære sine omsorgspersoner slik at de har mulighet til å reagere på babyens behov. Nærheten trengs også for at foreldrene skal lære seg å oppfatte og forstå behovene (Kearvell & Grant, 2010). Det følelsesmessige båndet som oppstår mellom omsorgspersoner og barnet legger grunnlaget for barnets trygghet, tillit og selvoppfatning. En sikker tilknytning fremmer utviklingen av funksjoner i den fremre hjernen. Det er mye som tyder på en sammenheng mellom tidlig tilknytning og barns senere utvikling, blant annet gjelder dette følelsesregulering, evnen til mentalisering og sosiale evner (Håkonsen, 2011). Å skape nære emosjonelle bånd til andre individer betraktes som et vesentlig trekk ved effektiv personlighetsfunksjon og psykisk sunnhet (Bowlby, 1988).

Grunnleggeren for tilknytningsteori, John Bowlby, hevdet at de første seks månedene var

essensielle for å skape et bånd mellom foreldre og barn. Det har av andre blitt hevdet at de første timene er viktige, mens andre igjen hevder at tilknytning starter allerede i mors liv (Fegran, Helseth & Fagermoen 2008; Franklin, 2006). En studie har vist at bare det å se barnet innen de første tre timene utgjorde stor forskjell for tilknytningen mellom barnet og mor (Gardner, Voos & Hills, 2016). Tidlig sikker tilknytning kan bli vanskeliggjort om det er lite tidlig kontakt og om barnets signaler er så svake at foreldrene ikke oppfatter signalene og dermed heller ikke responderer på barnets behov (Ravn, 2009).

4.5. Hud-mot-hud kontakt

Kengurumetoden ble utviklet i Bogotá i Colombia i 1978. I utgangspunktet innebærer metoden hud-mot-hud kontakt 24 timer i døgnet. Alternativet til kontinuerlig kenguruomsorg er intermitterende kenguruomsorg. Barnet bør da være på brystet minst to timer for å få et godt utbytte (Steinnes, 2009). Nyquist et al. (2010) ser at det har utviklet seg en tendens til at 24-timers kenguruomsorg først og fremst benyttes i lavinntektsland. Det er ingen medisinsk grunn til at kenguruomsorg ikke skal benyttes i høyt teknologiske land (Nyquist et al., 2010).

Når barnet sitter i kenguru skal det være i oppreist posisjon mellom brystet til mor eller far. Å hvile på mor eller fars bryst har mange fordeler for foreldrene og barnet. Barnet får blant annet mer stabil temperatur da foreldrenes temperatur tilpasser seg barnets. Barnet får bedre oksygenering og færre episoder med apne og bradykardi. Bruk av kenguru gir økt ammeforekomst og bedre vektøkning for barnet. Barnet opplever mindre stress og gråter mindre. Videre reagerer barnet mindre på smertefulle prosedyrer og hjernen modnes raskere. Det gir videre positive effekter på langsikt, blant annet mindre gråting ved 6 måneders alder, bedre mental og psykomotorisk utvikling, bedre selvkontroll og mindre frustrasjon ved 1 års alder (Gardner, Goldson & Hernández, 2016).

Hud-mot-hud kontakten gir mange fordeler også for foreldrene. Det tilfører mening i situasjonen for både mor og far og de opplever en høyere grad av selvtillit og kompetanse i foreldrerollen. Det gir bedre tilknytning og fører til mindre depresjon, særlig for mor. Foreldrene blir bedre kjent med barnet, noe som gjør de bedre rustet til å tolke barnets signaler og dermed møte dets behov. I tillegg får mor økt morsmelksproduksjon (Gardner,

Goldson & Hernández, 2016). Vanlige hjelpemidler som sykehusene kan ha tilgjengelig for å støtte hud-mot-hud kontakt er kengurutopp, kengurusjal og omslagsjakke.

4.6. Stell av det premature barnet

Daglig stell består blant annet av å sikre at barnet har ren hud, for eksempel fjerning av blod- og vevsvæsker fra katetre og fjerning av taperester fra plastre. Tupfere eller myke kluter kan benyttes. Huden er skjør og det er viktig å vaske med varsomhet. Med unntak av de minste premature barnene er det greit å bruke vanlig lunkent vann fra springen for å vaske. Såpe brukes ikke, da det kan forstyrre hudens pH-balanse. Huden må ikke skrubbes. Barnet får ny bleie ved behov. Olje kan eventuelt brukes til fjerning av mekonium og avføring. Hyppige bleieskift vil minske risikoen for bleieutslett da huden holdes tørr. Om det skulle oppstå utslett så kan det brukes sinksalve. Pulver må ikke brukes da det er fare for at barnet kan inhalere det (Børsting, 2009; Lund & Durand, 2016). Det er blant annet av Drammen Sykehus utviklet retningslinjer for skifte av bleie i kenguru (Vestre Viken HF, 2012). Hud-mot-hud kontakt må altså ikke avbrytes for å foreta enkelt stell.

Etter hvert som barnet blir sterkere og mer stabilt blir bading vurdert. Det er viktig å vurdere påkjenningen et bad vil medføre. Ved stell og bad bør det ikke brukes olje da oljen hindrer naturlige prosesser i huden (Børsting, 2009). De fleste såper vil virke tørkende på barnets hud. Om det skal brukes noe i badevannet bør det ha en lav pH. Barnet bør ikke bades mer enn annenhver dag. Studier har vist at varme kroppsbad på 38 °C hvor hele barnet bortsett fra hode og nakken blir plassert under vann ga mindre temperaturfall og mer fornøyde barn enn andre typer bad (Lund & Durand, 2016).

Det er viktig å opprettholde et stabilt blodtrykk for det premature barnet under stellet. Stellet bør være preget av varsomhet og trygg berøring. Det er den som utfører stellet som skal tilpasse seg barnets tilstand og ikke omvendt. Et av de viktigste verktøy for å redusere stress i stellesituasjonen er god planlegging. Det kan med fordel være to som utfører stellet, en som gjør selve arbeidet og en som støtter barnet (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

Foreldre bør integreres mest mulig i pleien av barnet. Dette gjør at foreldrene blir bedre kjent med barnet og dets signaler og at de sammen opparbeider seg rutiner (Turnbull & Petty, 2013). Foreldrerollen er avhengig av en viss selvtillit på at man klarer å ta hånd om babyen.

Om mor og far blir ekskludert fra stellet er det dermed vanskeligere å bygge opp båndet til babyen (Reid & Freer, 2010). Mye av det daglige stellet vil det være fullt mulig å gjøre for foreldrene med riktig opplæring og veiledning av sykepleierne. Det er nødvendig med god opplæring. Foreldrene må få kunnskap om gjennomføringen av et normalt stell, i tillegg til andre typer stell, som stell av bleieutslett og navlestreng (Lund & Durand, 2016). Videre må foreldrene få kunnskap om hva som er det spesielle ved stell av et prematurt barn. Et prematurt barn kan for eksempel bruke opptil to timer på å gjenvinne kroppstemperaturen om det har blitt avkjølt under stellet (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

4.7. Amming av det premature barnet

Morsmelk bør være en prioritet for alle premature. Morsmelk gir kortsiktige så vel som langsiktige fordeler for det premature barnet. Blant annet beskytter det mot infeksjoner og gir bedre neurologisk vekst for barnet. Nærheten ammingen skaper mellom mor og barn støtter barnets kognitive utvikling (Gardner & Lawrence, 2016). Melkeproduksjonen til mor er avhengig av hormoner og reflekser. For en optimal start på ammingen er det en fordel at barnet ikke blir skilt fra mor ved fødsel, at barn og mor ikke har blitt påvirket av smertestillende under fødsel, at barnet får anledning til å bli kjent med brystet i eget tempo og at barnet får et godt melketak i løpet av de første timene (Häggkvist, 2009). På en nyfødteintensiv avdeling blir disse premissene dessverre vanskeliggjort. For de fleste av mødrene vil det være nødvendig å håndmelke eller bruke brystpumpe som et ledd for å få i gang ammingen (Häggkvist, 2009). Om mor ikke ønsker eller kan amme, er bankmelk et alternativ (Gardner & Lawrence, 2016).

Ved et modent diemønster vil barnet suge, svelge og puste rytmisk. Et umodent barn vil suge, svelge og puste urytmisk. Modenheten vil være avhengig av graden av prematuritet. En svensk studie har vist at barnet kan søke og få tak om brystknoppen allerede fra gestasjonsuke 28. Tidlig kontakt med brystet og tidlig ammestart vil gi barnet mulighet til å utvikle ammekompetanse. Dette vil naturligvis begrenses ut ifra barnets helse og stabilitet. Hud-mot-hud kontakt er viktig. Ikke bare stimulerer det morsmelksproduksjonen, men det stimulerer også barnet til å suge og gjør det enklere for mor å oppfatte barnets svake signaler. Det er viktig å huske at det premature barnet lett kan bli overstimulert og at det har et umodent sove- og våkenhetsmønster slik at det ikke blir presset til å die når det egentlig trenger hvile (Häggkvist, 2009).

Brystet må bli stimulert for at det skal produseres prolaktin. Mengde melk har direkte sammenheng med prolaktin. Mindre stimulering vil derfor gi mindre melk. For et prematurt barn er det viktig med en generøs melketilgang. Det er derfor viktig at moren bruker pumpe når barnet ikke klarer å suge tilstrekkelig for slik å opprettholde et godt melkenivå (Gardner & Lawrence, 2016). Umodne barn klarer i liten grad å die lenge av gangen, men de kan die ofte og små mengder hver gang. Ammestundene blir da hyppige, kanskje så ofte som hver time. Selvregulering av ammingen fra barnets side vil redusere bruken av sonde- og koppmatning tidligere. For å oppnå selvregulering er det viktig at foreldrene undervises og veiledes til å forstå barnets svake signaler for søvn og sult. Gråt vil for eksempel være et seint tegn på sult. Selvregulering gjennom hele døgnet kan være for krevende for både mor og barn. Det kan for eksempel være et mål å starte med 3-4 timer med selvregulering og heller øke etter hvert som barnet blir mer modent (Hägkvist, 2009).

Det er vanlig med sondeernæring fram til gestasjonsuke 34 (Grønseth & Markstad, 2013). Men det finnes selvfølgelig unntak begge veier. Noen barn klarer seg uten sonde tidligere og noen bruker lengre tid på å mestre ammingen. Regulering av søvn- og sultsenteret i hjernen er ikke modent før gestasjonsuke 38. Det er viktig å unngå å skape stress for foreldrene rundt ammingen når barnet nærmer seg denne gestasjonsalderen, men fortsatt ikke mestrer ammingen (Hägkvist, 2009).

Amming har mange fordeler også for mor. Amming gir tidlig mor-barn kontakt. At den nyfødte suger på brystvorten i løpet av de første timene etter fødsel vil gjøre henne mer årvåken for barnet for i alle fall den første uken av barnets liv. Prolaktin og oxytocin som skilles ut ved amming har vist å ha klar sammenheng med utviklingen av morsfølelse og er viktige for å regulere stress hos moren. Amming har videre vist å redusere fødselsdepresjon (Gardner & Lawrence, 2016).

5. Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature på nyfødttintensiv avdeling?

Som presentert i kapittel 4, bygges tilknytning gjennom nærhet, gjensidighet og engasjement mellom foreldrene og barnet (Fegran, Helseth & Fagermoen, 2008). Nærheten trengs for at foreldrene skal bli kjent med barnet, oppfatte og forstå dets behov (Kearvell & Grant, 2010). Tilknytning er utfordrende på en nyfødttintensiv avdeling, men det er noen arenaer hvor foreldrene kan oppnå nærhet med barnet: hud-mot-hud kontakt, stell og amming. Hvilke utfordringer eksisterer for at foreldrene skal bli involvert? Og hva kan sykepleier gjøre for å fremme at foreldrene involveres?

Jeg vil nå drøfte noen muligheter og utfordringer til å fremme tilknytning på nyfødttintensiv avdeling: inkludering av foreldrene, kommunikasjon med foreldrene, foreldrenes overveldelse, organisatoriske utfordringer og sykepleieres kompetanse.

5.1. Inkludering av det premature barnets foreldre på avdelingen

Det er et særegent miljø på en nyfødttintensiv avdeling. Som sykepleier er det viktig at vi reflekterer over hvordan vi møter foreldrene i det høyteknologiske miljøet (Tandberg, 2009). For sykepleieren er miljøet kjent og kjært, men for foreldrene er det nytt og skremmende. Det vil alltid være viktigst for foreldrene at de føler seg trygg på at barnet mottar den beste medisinske behandlingen (Tandberg, 2009). Allikevel er det viktig at sykepleier arbeider for et omsorgsfullt miljø også for foreldrene. Sykepleieres rolle er i stor grad å støtte foreldrene til å mestre foreldrerollen i de krevende omgivelsene de befinner seg i.

Innleggelsen på nyfødttintensiv avdeling er ofte akutt. Foreldrene kan være engstelige, usikre og preget av sjokk (Gardner, Voos & Hills, 2016). Foreldrenes opplevelse av utrygghet og redsel kan gjøre at de holder avstand til barnet, både psykisk og fysisk (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004). Allikevel er det viktig at foreldre blir inkludert i avdelingens virke fra dag en, blant annet i stellet av barnet. Det er prekært at de ikke føler seg som en besøkende. De er mye mer enn en besøkende, de er barnets foreldre. Ved å bli inkludert i pleien får de en større følelse av kontroll og ansvar, og et sterkere eierskap til barnet (Franklin, 2006; Obeidat, Bond & Callister, 2009). En av sykepleieres viktigste oppgaver blir å hjelpe foreldrene med å etablere et samspill og en relasjon med barnet (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

Etter hvert som barnet blir sterkere er det viktig at foreldrene tar over stadig mer av omsorgen. Foreldrene går fra passivt foreldreskap til aktivt foreldreskap. Slik inkludering fører til at foreldrene får et lavere stressnivå og et høyere kunnskapsnivå (Franklin, 2006; Obeidat, Bond & Callister, 2009). I tillegg minker det sannsynligheten for depresjon og angst – særlig hos mødrene (Tandberg, 2009). Videre vil en inkludering i pleien og det å få tilbrakt tid med det premature barnet gjøre det lettere for foreldrene å tilpasse seg den nye forelderrollen (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw & Al Kawafha, 2016). Det er viktig at foreldrene selv definerer seg som viktige personer i barnets liv (Tandberg, 2009; Fegran, Fagermoen & Helseth, 2008). Inkludering bidrar til å opprette en tilknytning mellom foreldrene og barnet. Som vi har sett i kapittel 4, er det essensielt at barnet er nærme sine omsorgspersoner slik at de har mulighet til å reagere på barnets behov (Kearvell & Grant 2010).

Ikke bare er det best for foreldrene å bli inkludert i pleien av barnet, det er også best for barnet. Barnet fanger raskt opp signaler og pleieoppførsel fra den som steller med det. Det regulerer sine fysiologiske prosesser deretter og utviklinger synkronitet med den som steller. Flere pleiere vil forvirre barnet. Det vil blant annet skape mer stress med mating og skape irritabilitet hos barnet. Færre pleiegivere vil hjelpe barnet å etablere biorytmer, inkludert søvn- og våkenhetsmønster, mating og visuell oppmerksomhet (Gardner, Voos & Hills, 2016).

En forskningsstudie av total integrering av foreldrene i pleien på nyfødttintensiv avdeling viste mange positive resultater (O'Connor, 2016). O'Connor (2016) beskriver at sykepleierne følte at deres rolle var truet til å begynne med, og at de derfor var tilbakeholdene. Etter hvert skjønnte sykepleierne at deres rolle var desto viktigere fordi foreldrene var avhengige av god veiledning. Foreldrene selv opplevde prosjektet som givende. De uttalte at det at de fikk en sentral rolle i barnets liv gjorde at de følte seg som foreldre for barnet. Sykepleierne observerte at foreldrene i større grad snakket for barnet sitt da deres evne til å tolke barnets signaler ble betraktelig bedret (O'Connor, 2016). Studiet viser til hvilken utstrekning inkludering kan praktiseres. Det bedret tilknytningen som en følge av at foreldrene ble bedre på å tolke barnets signaler og dermed var til rådighet for barnet slik Bowlby (1988) beskriver. På den annen side viste prosjektet seg å ha noen utfordringer da noen av foreldrene ble svært trygge i det høyt teknologiske miljøet og blant annet begynte å titrere barnets oksygentilførsel.

Dette var utenfor foreldrenes avtalte arbeidsområde (O'Connor, 2016). En måte å unngå slike problemer er for eksempel å ha tydelig avklarte arbeidsområder som sykepleier og foreldre går grundig igjennom sammen.

Foreldrene i det overnevnte studiet satte stor pris på å bli inkludert i barnets sykehusopphold, og utviklet seg til å bli talsperson for barnet (O'Connor, 2016). Barneombudets fagrappport fra 2013 fant at foreldre til premature på norske nyfødte avdelinger blant annet har opplevd at de må gå ut under legevisitt. Både på grunn av at det rett og slett ikke ville vært plass til foreldrene og på grunn av legenes taushetsplikt ovenfor de andre premature på avdelingen (Barneombudet, 2013). Dette oppleves svært ekskluderende for foreldrene. Nettopp det å være med å drøfte behandlingsopplegget i en åpen og ærlig kommunikasjon er trukket fram som en sentral del av familiesentrert omsorg (Gardner, Voos & Hills, 2016). Foreldre verdsetter å få med seg legevisitten (Staniszewska et al., 2012). Og lovverket forplikter helsepersonell å gi pårørende informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre har barnet rett til å ha foreldrene hos seg til enhver tid (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

En studie fra Frankrike viste at foreldrene ofte ser på sykepleierne som portvoktere for barna. Foreldrene så på forholdet til sykepleierne som en av de viktigste faktorene til om de fikk formet et bånd til det premature barnet (Gardner, Voos & Hills, 2016). Dette viser hvilken makt sykepleier har i forholdet til foreldrene. Det er viktig at sykepleier er seg bevisst denne ulikheten i makt. Sykepleier har et moralsk ansvar til å handle omsorgsfullt og til det beste for den andre, som i dette tilfellet er barnet og foreldrene (Martinsen, 2003).

Fedre har rapportert at de ikke føler seg støttet av helsepersonell og at de opplever mer negative enn positive interaksjoner med sykepleier etter fødsel (Gardner, Voos & Hills, 2016). Det er ingen grunn til at fedrene skal bli ekskludert. Med unntak av amming så kan fedre i like stor grad som mødre bidra ovenfor barnet. Og det er like viktig at barnet får en god tilknytning til sin far som til sin mor. En studie av Fegran, Helseth & Fagermoen (2008) viste tvert om at det var lettere for far enn mor å bli involvert i omsorgen for det premature barnet rett etter fødsel. Tradisjonelt har studier fokusert hovedsakelig på mor, da hun blir regnet som primær omsorgsperson. Studiet til Fegran, Helseth & Fagermoen (2008) viste at mor i motsetning til far hadde et større behov for omstilling før de ble involvert i omsorgen av

det premature barnet. Slik kunnskap vil utgjøre en forskjell for hvordan sykepleier tilnærmer seg foreldrene etter fødselen (Fegran, Helseth & Fagermoen, 2008).

5.2. Kommunikasjon med foreldrene

En av de store utfordringene foreldrene føler når deres barn blir innlagt på en nyfødttintensiv avdeling er at de mangler informasjon og at kommunikasjonen med helsepersonellet er krevende. Mangelfull informasjon fører til at foreldrene føler de ikke har kontroll over pleien av deres nyfødte barn (Obeidat, Bond & Callister, 2009).

Foreldrene har hovedsakelig to behov knyttet til kommunikasjon: kognitive og affektive behov. De kognitive behovene inkluderer å få tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å bygge seg opp en oversikt og kontroll i situasjonen. De affektive behovene inkluderer at de blir møtt på følelsene som oppstår (Tandberg, 2009). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikrer at pårørende til barn har rett på tilpasset informasjon. Som helsepersonell har man plikt til å gi tilpasset informasjon og sikre at den blir forstått. At sykepleier plikter å gi tilpasset informasjon gir også en plikt til å undersøke foreldrenes individuelle behov for informasjon. Hvor mye informasjon de får og når de får informasjonen skal ikke være avgjort av tilfeldigheter. En kvalitativ studie viste at informasjonen som ble gitt i stor grad var avgjort av skjønn og at det ikke var noen struktur som sikret at foreldrene fikk et likeverdig tilbud (Tandberg, 2009).

For å møte foreldrenes affektive behov kreves det at de har tillit til sykepleier og hans eller hennes handlinger. Tillit er noe man må gjøre seg fortjent til. Ved å ta initiativ til åpen dialog med foreldrene kan sykepleier bygge et tillitsforhold. Som sykepleier må målet være å åpne et rom hvor foreldrene tørr å være ærlig også om vanskelige følelser, som skam, skyldfølelse og angst. Også de vanskelige følelsene må anerkjennes (Tandberg, 2009). Tillit er et aspekt som trekkes fram av Martinsen. Omsorgens relasjonelle side er avhengig av tillit for å skape en velfungerende relasjon mellom sykepleier og pårørende (Martinsen, 2003).

Uformell snakk og kontinuerlig oppdatering har blitt trukket fram som viktig for at foreldrene skal føle seg mer avslappet og ha en høyere grad av tillit til avdelingen (Kearvell & Grant, 2010). Ved å småsnakke med foreldrene og holde de kontinuerlig oppdatert om barnets tilstand vil sykepleier kunne bidra til et langt lavere stressnivå for foreldrene (Al Maghaireh et

al., 2016). Småsnakk må foregå på foreldrenes språk og dermed være lett forståelig (Obeidat, Bond & Callister, 2009). Dette er fremhevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Informasjon må bli gitt slik at den er forståelig for den som mottar informasjonen. Dette inkluderer informasjon og veiledning gjennom uformell småsnakk.

På den andre siden belyser Tandberg (2009) at uformell kommunikasjon ved barnets seng i det store og det hele handler om barnet. Om man ønsker å snakke med foreldrene om deres følelser og hvordan de har det kan det være nyttig å gjøre det i et annet rom. Det er essensielt at foreldrenes behov blir kartlagt (Tandberg, 2009). Ved å ta mye av informasjonen over barnets seng kan det forsterke maktforholdet mellom sykepleier og foreldrene. Tandberg (2009) viser til et eksempel hvor informasjon ble gitt mens foreldrene stelte barnet i kuvøsen. Foreldrene fikk dermed ikke hatt hele sitt fokus mot informasjonen som ble gitt, i tillegg kan stellet av barnet ha blitt dårligere. Foreldrene ble frarøvet deltakelse i samtalen fordi de var nødt til å ha hovedfokuset på stellet. Her har ikke omsorgens moralske dimensjon blitt tatt hensyn til. Forholdet mellom mennesker vil alltid bestå av makt og avhengighet og det er da vi skal bruke vår moral for å handle omsorgsfullt (Martinsen, 2003). Som sykepleier må man være seg bevisst at man er i et maktforhold, hvis ikke kan man komme til å overse maktforholdet og dermed handle umoralsk. Foreldrene kan videre komme til å lure på om sykepleier gjør dette med vilje for å unngå at de får deltatt som likeverdige partnere i samtalen (Tandberg, 2009).

Ærlig og kontinuerlig kommunikasjon vil senke foreldrenes stressnivå. Å bli informert tidlig eller før noe skal skje er viktig for foreldrene. De bør allerede før eller under fødsel bli informert om hva som vil skje etter barnet er født. Slik vil de slippe å engste seg når barnet kanskje blir tatt bort med en gang (Turnbull & Petty, 2013). Turnbull og Petty (2013) refererer til et eksempel med det premature barnet Jack. Han ble rett etter fødselen puttet i en plastpose for så å bli overført til behandling. Om foreldrene ikke hadde blitt forklart dette på forhånd kunne det lagt en ekstra dimensjon til en allerede traumatisk opplevelse.

Foreldre reagerer ofte negativt på direkte rådgivning. Direkte rådgivning vil skape en følelse av at sykepleier underkjenner foreldrenes egne opplevelser og erfaringer. Evnen til å mestre situasjonen ligger hos foreldrene og sykepleier skal støtte opp under deres egne evner (Tandberg, 2009). Foreldre vil videre reagere negativt om de får inkonsistente svar fra helsepersonellet. Det vil gjøre de usikker på behandlingen og tilliten til helsepersonellet kan

bli svekket (Gibbs, Boshoff & Stanley, 2016; Staniszewska et al., 2012). Det er viktig at helsepersonell har en åpen dialog seg imellom slik at kommunikasjonen blir samsvarende, og ikke minst at dokumentasjonen er nøyaktig. Videre kan foreldre være svært sensitive for sykepleieres antydninger om barnet. Dette inkluderer både verbal og fysisk kommunikasjon. Hvordan sykepleier håndterer barnet og hvilke kommentarer sykepleier har angående barnet kan gjøre dypt inntrykk på foreldrene. Om barnet behandles og omtales respektfullt og omsorgsfullt vil det hjelpe foreldrene til å se barnet som verdifullt. Dette kan inkludere en enkel gest som at sykepleier omtaler barnet ved dets navn (Gardner, Voos & Hills, 2016). Sykepleieres holdninger kommer tydelig fram i språket. Det er en form for makt som sykepleier har i relasjonen med foreldrene og barnet. Som Kari Martinsen understreker, har sykepleier et moralsk ansvar for å handle omsorgsfullt (Martinsen, 2003). Foreldre reagerer negativt på rådgivning, men veiledning kan de sette stor pris på. Det kan være veiledning for å forstå barnets signaler, hvordan de kan utføre et godt stell på barnets premisser, hvordan de kan mestre ammesituasjoner og bruk av brystpumpe (Staniszewska et al., 2012). Veiledning vil hjelpe foreldrene å komme nærmere barnet, og slik fremme tilknytning.

5.3. En overveldende opplevelse for foreldrene

Nyfødtintensiv og barnets situasjon kan rett og slett være overveldende for foreldrene. En studie av Drejer og Skjelstad (2014) beskriver foreldres erfaringer med kenguruomsorg. Det blir der pekt på noen utfordringer. En av de er at foreldrene synes det kan være vanskelig å leve opp til personalets forventninger. Foreldrene stiller strenge krav til seg selv, og personalet kan med sin kommunikasjon forsterke dette. Om personalet for eksempel svarer «så mye som mulig» når foreldrene spør om hvor mye kenguruomsorg de skal forsøke å få til kan dette gi en konstant dårlig samvittighet for foreldrene da det gitte idealet er 24-timers kenguruomsorg. Personalet må tenke på hvordan de kommuniserer slik at de støtter og styrker foreldrene. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon sikrer foreldrene rett til avlastning. Det er viktig at sykepleier sikrer at foreldrene ikke blir utslitt. I studiet til Drejer & Skjelstad (2014) er det et sitat fra en mor som beskriver hvordan den dårlige samvittigheten føles for henne: «Jeg følte meg som en skikkelig dårlig mor fordi jeg ikke oppfylte deres krav, og jeg følte jeg måtte blidgjøre dem, og at det var dem jeg var der for, slik at jeg nesten glemte datteren min» (Drejer & Skjelstad, 2014). Når foreldrene føler seg fanget inn i kenguruomsorg kan det stilles spørsmålsteget om denne nærheten bidrar til tilknytning eller om det virker mot sin hensikt og heller skaper avmakt hos foreldrene.

Videre uttrykte foreldrene at de kan føle seg som en behandlingsmetode når de sitter i kenguru og at dette gjorde de engstelige for å gjøre noe galt. De er redde for å skade barnet da det kan være skjørt og ustabilt. Denne frykten blir forsterket når alarmene tidvis blir utløst. Foreldrene savnet opplæring i de ulike alarmene, særlig de alarmene som ikke gjorde at pleiepersonalet kom løpende (Drejer & Skjelstad, 2014). I slike tilfeller er det tydelig at sykepleier har sviktet i sin plikt til å gi tilpasset informasjon som blir forstått av foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

En annen erfaring som Drejer & Skjelstad (2014) trekker fram er at noen foreldre kan kvie seg for å bli knyttet til barnet da det er reell fare for at barnet kan dø. Fegran, Helseth & Fagermoen (2008) trekker fram noen lignende erfaringer i deres studie. I intervjuene var det en mor som beskriver ambivalente følelser til å bli involvert i barnet. I en periode opplevde hun at besøkene hovedsakelig var preget av en evig flom av negative nyheter om barnets helse. Å ikke ha mulighet til å beskytte barnet kan fremme følelse av maktesløshet hos foreldrene (Fegran, Helseth & Fagermoen, 2008). Foreldrene kan være i en vanskelig emosjonell tilstand og det er fare for å utvikle depresjon (Ravn, 2009). Både i tilfeller hvor barnet vil overleve og i tilfeller hvor barnet vil dø er det sykepleieres ansvar å følge opp foreldrene så vel som barnet. Slik det står i de yrkesetiske retningslinjene så skal sykepleier møte foreldre med respekt og tillit (NSF, 2016). For å oppnå tillit må sykepleier møte foreldrene på alle følelser, også de vonde. For å bidra til en helhetlig omsorg av barnet slik sykepleier plikter av de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016) er en ivaretagelse av foreldrenes psykiske behov en viktig del av arbeidet. Det er ikke opp til den profesjonelle å ta valget om å holde nærhet eller avstand til barnet. Det valget må foreldrene ta selv. Men helsepersonell skal gi foreldrene assistanse i form av informasjon og støtte slik at de makter å ta reflekterte valg i en vanskelig situasjon (Gardner, Voos & Hills, 2016).

5.4. Organisatoriske utfordringer

Alle barn har krav på å ha en forelder hos seg til enhver tid (ref. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon), men dette blir dessverre ikke etterlevd (Barneombudet, 2013). Mye av grunnen er at avdelingene ikke er tilpasset en familiesentrert nyfødtsomsorg. I Barneombudets rapport *På barns premisser* finner de at de fleste av nyfødttintensiv avdelingene ikke tilfredsstillt dagens kunnskap om hvordan en slik avdeling bør være organisert. Lokalene

hvor nyfødttintensiv avdelingene er plassert beskrives som trange og uhensiktsmessige (Barneombudet, 2013). Historisk har forebyggende funksjoner og barnets psykiske helse kommet i andre rekke og dette har påvirket hvordan selve sykehusmiljøet har vært organisert (Ravn, 2009). Slik avdelingene med få unntak er organisert i dag, fremmer de verken nærhet mellom foreldre og barn eller gir et rolig miljø med forutsigbarhet for barnet.

Studier viser at avdelinger hvor foreldrene har sin egen seng ved siden av barnets seng eller kuvøse fører til mer hudkontakt enn avdelinger med annen type organisering (Lode, Andersen & Eriksson, 2015). På tross av denne kunnskapen er de fleste avdelingene i Norge arrangert slik at foreldrene sover et annet sted enn der barnet er. Dette er i strid med lovverket som gir foreldre rett til å være hos sitt barn under sykehusopphold (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). På avdelingen hvor barnet er kan plassen være trang og det er i tillegg rapport om mangel på enkle fasiliteter som nok lenestoler. Nylig var det en annonse på finn.no hvor en mor forsøkte å skaffe flere lenestoler til nyfødttintensiv avdelingen på Ullevål da hun selv hadde erfaring med at lenestoler var mangelvare under sitt barns innleggelse (FINN, 2016). Tilgjengelige lenestoler er viktige ikke bare for hud-mot-hud kontakt, men også for muligheten til å sitte komfortabelt når barnet dier. Både hud-mot-hud og amming fremmer tilknytning (Kearvell & Grant, 2010).

Umodne premature barn vil ikke nødvendigvis kunne die så lenge av gangen, men fra gestasjonsuke 28 kan barnet søke og få tak om brystvorten. Barnet kan legges til ofte og slik få i seg små mengder ved hvert forsøk. Fra gestasjonsuke 32 kan barnet mestre gjentatte lengre sugeperioder (Häggkvist, 2009). Ammingen krever nærhet og at foreldrene er tilstede på avdelingen. Nærhet og hud-mot-hud kontakt vil videre øke melkeproduksjonen. En studie av Ball (2003) viser at samsoving støtter opp under amming. På en nyfødttintensiv avdeling vil samsoving kreve en form for familierom med en viss utforming. I dag har de færreste nyfødttintensiv avdelingene i Norge slike fasiliteter og dermed får de færreste familiene et slikt tilbud (Barneombudet, 2013).

En studie av Lode, Andersen & Eriksson (2015) viser at alle nyfødttavdelinger i Norge tilrettela for hud-mot-hud kontakt mellom foreldre og barn. Flertallet av avdelingene la til rette for slik kontakt kort tid etter fødselen om barnet var stabilt. Blant annet har Drammen Sykehus en prosedyre for kengurumottak (Vestre Viken HF, 2016). Dette samsvarer godt med forskning som viser at det er viktig å holde barnet så fort som mulig etter fødselen for å

fremme tidlig tilknytning (Franklin, 2006). Omkring halvparten av avdelingene i Norge hadde i 2015 skriftlige retningslinjer for hvordan hud-mot-hud kontakt skulle foregå. Det var også omtrent halvparten som hadde skriftlig informasjon om dette tilgjengelig for foreldrene. Mangel på retningslinjer kan føre til at hud-mot-hud blir mindre brukt (Lode, Andersen & Eriksson, 2015). At ikke alle sykehusene har utarbeidet slike retningslinjer er uheldig da nærhet er av essensiell betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn (Gardner, Goldson & Hernández, 2016). Retningslinjer ville vært en stor ressurs for avdelingene og for foreldrene da det kan sikre høyere bevissthet og bruk, samtidig som det er et forholdsvis hurtig og lavkostnad tiltak å utarbeide retningslinjer.

Noen av disse organisatoriske utfordringene har ikke sykepleier mulighet til å forbedre i sin arbeidshverdag. Det gjelder for eksempel hvordan lokalene er fysisk tilrettelagt. Men det er mulig å engasjere seg i den helsepolitiske debatten og slik påvirke utviklingen av helsebygg over tid. Dette er også noe sykepleier er pliktig til gjennom punkt 6 (sykepleieren og samfunnet) i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016). Her og nå kan sykepleier bidra ved å gjøre det beste ut av de lokalene som er til rådighet. Sykepleier kan i tillegg arbeide for utvikling av retningslinjer og for å minimere unødvendig støy og lysbruk i lokalet. Det er fra foreldre blant annet klaget på at de ansatte snakket unødvendig høylytt med hverandre (Barneombudet, 2013).

5.5. Sykepleiers kompetanse

Sykepleier er i en unik posisjon, da de er nærme både foreldrene og det premature barnet i det daglige. Studier har vist et gap mellom hvorvidt sykepleiere mener familiesentrert omsorg er lurt og hvorvidt de selv praktiserer det. I en sammenligningsstudie av barne- og nyfødttintensiv sykepleieres praktisering av familiesentrert sykepleie, gjorde nyfødttintensiv sykepleierne det betraktelig dårligere. Videre viste studiet at sykepleiere med mindre enn 10 års erfaring inkluderte disse prinsippene i større grad enn sykepleiere med mer erfaring (Gardner, Voos & Hills, 2016). Dette setter spørsmålstegn ved om sykepleiere holder seg faglig oppdatert på hva som er den beste behandlingen for det premature barnet og vil i så fall være et brudd med både lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Hva som er forsvarlig vil endre seg over tid og sykepleier må holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999: NSF, 2016).

Videre må det fokuseres på det etiske aspektet ved sykepleieutøvelsen i sykepleiergruppen. Barn som sover skal for eksempel, så langt det er mulig, ikke bli vekt for å bli stelt da barnets søvn er viktig for vekst og nevrologisk utvikling (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004). Sykepleier skal veilede foreldrene også i det moralske aspektet i samspillet med barnet. Som Kari Martinsen påpeker, er omsorg en praktisk handling. I den praktiske handlingen er det viktig at vi bruker faglig og etisk vurdering (Martinsen, 2003). Det er ikke nødvendigvis slik at det som er enklest for sykepleieren i en hektisk arbeidshverdag er det beste for barnet, for eksempel at stell skal foregå hver tredje time. Her må man benytte skjønn (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004).

De fleste av sykepleierne (90 %) i studiet til Lode, Andersen & Eriksson (2015) oppga at de var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud kontakt ved neoflon, O2- og CPAP behandling. Færrest var komfortable ved å tilrettelegge i perioperativ fase og ved inneliggende pleura/thoraxdren og høyfrekvensventilering. Mangel på stabilitet hos barnet ble oppgitt som det viktigste hinderet for hud-mot-hud kontakt. Det støttes ikke av forskning som viser at hud-mot-hud nettopp virker stabiliserende for det premature barnet (Gardner, Goldson & Hernández, 2016; Nyquist et al., 2010). Nyquist et al. (2010) argumenterer tvert om at selv premature som blir ustabile i kenguru skal bli liggende der og få medisinsk assistanse i kenguruposisjonen. Det må igjen poengteres at det er viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert, noe sykepleier er pliktig til (Helsepersonelloven, 1999).

Barn som lå i kuvøse fikk mer hud-mot-hud kontakt enn barn som lå i seng viser studiet til Lode, Andersen & Eriksson (2015). En grunn kan være at barn i seng er mer innpakket i klær og tepper og at hud-mot-hud dermed blir mer arbeid i og med at barnet må kles av før det kan legges til. En annen grunn kan være at hud-mot-hud først og fremst blir sett på som behandling og at det dermed ikke blir prioritert når barnet blir friskere (Lode, Andersen & Eriksson, 2015). Det er ingen medisinsk grunn til at premature som ligger i seng ikke skal få nytte godt av hud-mot-hud kontakt. Det er sykepleiers ansvar å følge opp de friskeste, så vel som de sykeste barna.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleier kan jobbe for å fremme tilknytning mellom foreldre og premature på nyfødttintensiv avdeling. Dette har blitt drøftet i lys av lovverk, yrkesetikk, Kari Martinsens omsorgsfilosofi og relevant kunnskap om temaet.

Det trengs tid og nærhet for å bygge tilknytning. Det er særlig tre arenaer på nyfødttintensiv som gir rom for nærhet mellom det premature barnet og foreldrene: hud-mot-hud, stell og amming. Gjennom nærhet lærer foreldrene å tolke barnets signaler og reagere på dets behov. For å fremme tilknytning blir sykepleiers rolle å veilede foreldrene og støtte de til å mestre den vanskelige situasjonen de befinner seg i. Sykepleier må arbeide for å gjøre avdelingen omsorgsfull og inkluderende. Sykepleier må reflektere over hvordan foreldrene blir møtt. Fedre må inkluderes på samme måte som mødre. Med unntak av amming er far en like viktig person for barnet som mor.

Det er prekært at foreldrene ikke føler seg som gjester på avdelingen. Foreldre kan føle at sykepleier er en portvokter til barnet. Sykepleier må være seg bevisst denne maktskjevheten i relasjonen med foreldrene og handle omsorgsfullt. Hvordan sykepleier kommuniserer med foreldrene er avgjørende for relasjonen. Sykepleier må møte foreldrenes kognitive og affektive behov for kommunikasjon. Foreldrene har behov for informasjon om barnet for få en opplevelse av kontroll i situasjonen. Foreldrene kan være preget av kaos og sjokk og har behov for å bearbeide egne følelser. Sykepleier må arbeide med mål om å oppnå tillit i relasjonen slik at foreldrene også tørr å snakke om vanskelige følelser. Innleggelsen på nyfødttintensiv avdeling kan være overveldende og følelsen av sjokk vil vanskeliggjøre samspill med barnet. Sykepleier må tilpasse kommunikasjonen for å støtte foreldrene i krisen de gjennomgår.

Hvordan avdelingen er utformet er utfordrende for tilknytning. De fleste av landets helseinstitusjoner har i dag lokaler som ikke er tilpasset en familievennlig tilnærming til nyfødtsykepleie. Dette vil forhåpentligvis forandre seg i årene som kommer. Sykepleier må hele tiden holde seg faglig oppdatert og arbeide for høy faglig kompetanse og gode moralske holdninger i sykepleiergruppen. Forsvarlighetskravet plikter sykepleier til å holde seg faglig oppdatert. For et felt som forandrer seg raskt slik som nyfødtsykepleie kan dette være krevende, men også svært interessant.

Referanseliste

- Al Maghaireh, D., Abdullah, K., L., Chan, C., M., Piaw, C., Y. & Al Kawafha, M., M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Unit. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 2745-2756. DOI: 10.1111/jocn.13259
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleie*. (2. utg.). Oslo: Cappelen.
- Ball, H., L. (2003). Breastfeeding, bed-sharing and infant sleep. *Birth: Issues in perinatal care*. 30(3), 181-188.
- Barneombudet. (2013). Barneombudets fagrappport 2013. Helse på barns premisser. URL: http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf
- Bowlby, J. (1988). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. (Til dansk ved Bjørn Nake). Fedriksberg: Det lille forlag.
- Børsting, T., E. (2009). Huden til det premature barnet, observasjon, vurdering og stell. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 80-89) Oslo: Cappelen.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Drejer, S. & Skjelstad, D., V. (2014). Heldøgns kenguruomsorg i en intensivdeling for premature barn. Foreldres erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 51(12), 1006-1017. URL: http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks_id=432851&a=3
- Fegran, L., Fagermoen, M., S. & Helsth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing*. 64 (4), 363-371. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04777.x

- Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, M., S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 810-816. DOI:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x
- Fegran, L. & Helseth, S. (2009). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, 667-673. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x
- FINN, (2016). Pent brukte (NYE) lenestoler til Nyfødt Intensiv ønskes kjøpt. URL: <https://m.finn.no/bap/forsale/ad.html?finnkode=87894454&fks=87894454>
- Folkehelseinstituttet. (2016). Folkehelseinstituttets medisinsk fødselsregister, statistikkbank. URL: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Franklin, C. (2006). The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical care nursing quarterly*. 29(1), 81-85.
- Gardner, S. L., Goldson, E. & Hernández, J., A. (2016). The neonate and the environment. Impact on development. I Gardner, S., Carter, B., S. Hines, M., E. & Hernández, J., A. (red.) *Merenstein & Gardner's handbook of Neonatal Intensive Care. Eighth edition*. (8. utg., s. 262-314). St. Louis: Elsevier.
- Gardner, S., L. & Lawrence, R., A. (2016). Breastfeeding the neonate with special needs. I Gardner, S., Carter, B., S., Hines, M., E. & Hernández, J., A. (red.) *Merenstein & Gardner's handbook of Neonatal Intensive Care. Eighth edition*. (8. utg., s. 419-463). St. Louis: Elsevier
- Gardner, S. L., Voos, K. & Hills, P. (2016). Families in crisis. Theoretical and practical considerations. I Gardner, S., Carter, B., S., Hines, M., E. & Hernández, J., A.

(red.) *Merenstein & Gardner's handbook of Neonatal Intensive Care. Eighth edition.* (8 utg., s. 821-864). St. Louis: Elsevier.

Gibbs, D., P., Boshoff, K. & Stanley, M., J. (2016). The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: a preliminary perspective. *The Canadian Journal of Occupational Therapy.* 83(2), 91-102.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatric og pediatrik sykepleie.* (3. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I Tandberg, B., S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødt sykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 14-26). Oslo: Cappelen.

Häggkvist, A., P. (2009). Amming. I Tandberg, B., S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødt sykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 301-333). Oslo: Cappelen.

Hansen, T. W. R. (2009). Vanlige problemer i nyfødtperioden. I Tandberg, B., S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødt sykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 116-164). Oslo: Cappelen.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. URL:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holter, I., M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I Holter, I., M. & Mekki, T., M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1.* (4. utg., s. 139-148). Oslo: Akribe.

Håkonsen, K., M. (2011). *Innføring i psykolog.* (4 utg.). Oslo: Gyldendal.

Kearvell, H. & Grant, J. (2010). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 27(3), 75-82.

- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal.
- Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtsykepleie. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 28-37). Oslo: Cappelen.
- Kristoffersen, N., J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E., A. *Grunnleggende sykepleie. Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 207-280). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., & Skaug, E., A. (2011). Om sykepleie. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E., A. *Grunnleggende sykepleie. Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 15-29). Oslo: Gyldendal.
- Lindberg, A. (2010). Tidlig intervensjon: terapeutisk arbeid med mor og barn. I Moe, V., Slinning, K. & Hansen, M., B. (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 663-685). Oslo:Gyldendal.
- Lode, I., U., Andersen, R., D. & Eriksson, M. (2015). Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger. *Sykepleien Forskning*. 10(2), 152-160. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.54359
- Ludvigsen, E., Szuts, E., L. & Bing, R. (2004). En god start på livet. *Sykepleien*. 92(9), 38-43. DOI: 10.4220/sykepleiens.2004.0005
- Lund, C. & Durand, D., J. (2016). Skin and skin care. I Gardner, S., Carter, B., S., Hines, M., E. & Hernández, J., A. (red.) *Merenstein & Gardner's handbook of Neonatal Intensive Care. Eighth edition*. (8. utg., s. 464-478). St. Louis: Elsevier.
- Maitre, N., L., Key, A., P., Chorna, O., D., Slaughter, J., C., Matusz, P., J., Wallace, M., T. & Murray, M., M. (2017). The dual nature of early-life experience on somatosensory processing in the human infant brain. *Current Biology*. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.02.036>

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2011a). Helsepersonells rettigheter og plikter. I Holter, I., M. & Mekki, T., M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 328-346). Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2011b). Pasienters rettigheter og plikter. I Holter, I., M. & Mekki, T., M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 105-135). Oslo: Akribe.
- Norsk Sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nyqvist, K., H., Anderson, G., C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Lundington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J., G., Sizun, J. & Widström, A., M. (2010). State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*. 18(3), 1-8. DOI:10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x
- Obeidat, H., M., Bond, E., A., Callister, L., C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. DOI: 10.1624/105812409X461199
- O'Connor, Teresa. (2016). Involving parents in the care of neonates. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 22(4), 12-13.
- Oslo Universitetssykehus (2017). Nyfødttintensiv avdeling. URL: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtintensiv-avdeling>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Ravn, I., H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 244-258). Oslo: Cappelen.
- Reid, T. & Freer Y. (2010). Developmentally focused nursing care. I Boxwell, G. (red.) *Neonatal Intensive Care Nursing.* (2. utg., s. 16-39). New York: Routledge.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P., S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole.* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandrø, H., P. (2009). Utviklingstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 57-79). Oslo: Cappelen.
- Staniszewska, S., Brett, J., Redshaw, M., Hamilton, K., Newbrun, M., Jones, N. & Taylor, L. (2012). The POPPY Study: Developing a model of family-centred care for neonatal units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing Fourth Quarter 2012.* Doi: 10.1111/j.1741-6787.2012.00253.x
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 27-56). Oslo: Cappelen.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtintensivavdelingen. I Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (red.) *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 224-243). Oslo: Cappelen.
- Turnbull, V. & Petty, J. (2013). Evidence-based thermal care of low birthweight neonates. Part two: family-centred care principles. *Nursing children and young people.* 25(3), 26-29.
- Vestre Viken HF. (2012). Retningslinje for kengurubleieskift. Fått fra Vestre Viken HF.
- Vestre Viken HF. (2016). Prosedyre for kengurumottak. Fått fra Vestre Viken HF.

Walhovd, K., B. & Fjell, A., M. (2010). Tidlig sentralnervøs utvikling og betydningen av ytre forhold, stimulering og omsorgsmiljø. I Moe, V., Slinning, K. & Hansen, M., B. (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 67-91). Oslo: Gyldendal.