



Familiesentrert omsorg på  
nyfødtintensivavdelinger  
*- fra et foreldreperspektiv*

Kandidatnummer: 364  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie – Emne 14, del B

Antall ord: 8984  
Dato: 05.05.2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 05.05.2020
Tittel <b>”Familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger - fra et foreldreperspektiv”</b>	
<p><u>Problemstilling:</u>  ”Hva er foreldres erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger?”</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u>  Oppgavens teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlag tar utgangspunkt i relevante sykepleiefaglige rammer innen helselovgivningen, helsepolitikken, yrkesetikken og sykepleiers undervisende og veiledende funksjonsområde. Prinsippene i familiesentrert omsorg og Miles’ The Nurse Parent Support Model er også relevante samt kunnskap om pasientgruppen på nyfødtintensivavdelingen.</p> <p><u>Metode</u>  Oppgaven er en litterær oppgave med litteratursøk som metode. Strukturerte litteratursøk ble gjort i CINAHL og PubMed med søkeordene ”Family Centered Care”, ”Intensive Care Unit, Neonatal”, ”Professional-Family Relations”, ”Qualitative Studies” samt ulike søkeord for familie/foreldre. Basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble fem relevante forskningsartikler valgt ut for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u>  Sentrale erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger som drøftes i oppgaven er; utfordringer med å etablere og være i en nær, men samtidig profesjonell relasjon med sykepleieren; hvordan maktubalanse og uavklarte roller kan gjøre det vanskelig for foreldrene å finne sin plass og rolle i samarbeidet; hvordan fasiliteter som familieenerom styrket foreldrenes uavhengighet i omsorgsrollen og skapte en trygg arena for læring, men kunne oppleves isolerende fra helsepersonell og andre foreldre; samt hvordan involvering i pleie og beslutninger, tilgang og nærhet til barnet, empowerment av foreldrene med en gradvis ansvarsovertakelse, individualisert pleie, nøyaktig og konsistent informasjon, veiledning og undervisning og emosjonell støtte er vesentlige elementer av støttende familiesentrert sykepleie og omsorg.</p> <p><u>Konklusjon</u>  Foreldrene trekker frem erfaringer og behov som samsvarer med teorien om familiesentrert omsorg og elementene av støtte i Miles’ NPSM. De påpeker samtidig at idealet om likeverdige og gjensidige relasjoner ikke nødvendigvis er ivaretatt. Videre forskning på foreldres erfaringer og opplevelser med familiesentrert omsorg og nyfødtintensivopphold er vesentlig for å bygge en kunnskapsbasert nyfødtomsorg som ivaretar foreldrenes omsorgsbehov så vel som barnets.</p>	

(Totalt antall ord: 294)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av problemsstilling .....	2
1.2	Presisering av problemsstilling .....	2
1.3	Begrepsavklaring.....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>4</b>
2.1	Barnet på nyfødtintensivavdelingen .....	4
2.2	Helseovgivning og nyfødtstyepleie .....	4
2.3	Helsepolitiske føringer og nyfødtstyepleie .....	6
2.4	Yrkesetiske retningslinjer og nyfødtstyepleie .....	6
2.5	Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon .....	7
2.6	Familiesentrert omsorg.....	7
2.7	The Nurse Parent Support Model.....	9
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>12</b>
3.1	Litteratursøk.....	12
3.2	Begrunnelse for valg av forskningsartikler .....	15
3.3	Annen fag- og forskningslitteratur .....	16
3.4	Kildekritikk.....	16
3.5	Etiske overveielser .....	18
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon: Hva er foreldres erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger? .....</b>	<b>21</b>
5.1	Å etablere og være i nær relasjon .....	21
5.2	Empowerment i familiesentrert omsorg .....	23
5.3	Foreldrerollen på nyfødtintensivavdeling og deltakelse i barnets pleie .....	25
5.4	Å bli respektert og bli lyttet til .....	25
5.5	Behovet for informasjon, veiledning, undervisning .....	26
5.6	Emosjonell støtte .....	28
5.7	Tilgang til barnet og støttende fasiliteter .....	29
5.8	Familiesentrert omsorg: hensyn til både mor og far .....	30
<b>6</b>	<b>Avslutning.....</b>	<b>32</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>33</b>
	<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>39</b>

# 1 Innledning og bakgrunn

Årlig legges omlag 10% av alle nyfødte, cirka 6000 barn, inn på nyfødtavdelingene i Norge (Helsedirektoratet,2019). Av alle inneliggende nyfødte er omkring 15% intensivpasienter. Den største pasientgruppen på nyfødtintensivavdelinger er premature, men fullbårne barn med medfødte sykdommer og barn med akutt sykdom som konsekvens av fødsel og svangerskap, inngår også i pasientgruppen (Tandberg & Steinnes,2009). Disse barna krever ofte høyteknologisk og avansert behandling, og mange foreldre opplever innleggelsen som skremmende. Det er ikke uvanlig for foreldrene å gå gjennom en krisereaksjon preget av sjokk, forvirring, skyldfølelse, fortvilelse og sorg (Tandberg,2009).

I dagens nyfødtomsorg står familieperspektivet sentralt. Fra tidligere fokus på ren biomedisinsk behandling anses det nå som en forutsetning at familien anerkjennes som en viktig samarbeidspartner i sykepleien til barnet (Trajkovski, Schmied, Vickers, & Jackson,2012). Anbefalingene i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger understreker foreldrenes viktige rolle som del av behandlingsteamet for syke nyfødte. Helsedirektoratet påpeker at gode behandlingsresultater forutsetter at foreldrene opplever å få støtte, regelmessig informasjon, opplæring og oppfølging mens deres nyfødte er innlagt på sykehus. En innleggelse på nyfødtintensivavdeling innebærer en unaturlig ansvar- og kompetanseoverføring fra foreldre til helsepersonell, og dette kan påvirke foreldrenes mestring og tilknytning til barnet (Helsedirektoratet,2019). Familiesentrert omsorg utfordrer sykepleieren til å møte behovene til både den nyfødte og til familien (Tandberg & Steinnes,2009).

Familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger beskrives som en tilnærming til pleie og behandling der partnerskapet eller relasjonen mellom helsepersonell og familien står sentralt (Griffin,2006). Sentrale elementer er verdighet og respekt, informasjonsutveksling, foreldredeltakelse i pleien til barnet og tett samarbeid med familien (IPFCC,u.å.).

Min egen praksiserfaring fra medisinsk barneavdeling tydeliggjorde betydningen av foreldreinvolvering for både barnet og foreldrene, og den nære relasjonen og samarbeidet som kreves av foreldre og sykepleiere. Sykepleie til barn, nyfødte inkludert, innebærer et

sykepleier-pasient forhold bestående av tre aktører; barnet, foreldrene og sykepleieren (Grønseth & Markestad,2017)

Til tross for at det er enighet om at familiesentrert omsorg er den anbefalte tilnærmingen til nyfødtsykepleie så viser studier at det er ulik grad av implementering (Siegel, Gardner & Dickey,2011; Raiskila et al.,2016). Barrierer for suksessfull implementering inkluderer manglende opplæring innen kommunikasjon for sykepleiere (Trajkovski,2012; Raiskila et al.,2016), uavklarte roller mellom foreldre og helsepersonell, og travle arbeidshverdager (Trajkovski,2012). Organisatoriske hindre inkluderer restriktive retningslinjer, avdelingsdesign (Raiskila et al.,2016) og manglende emosjonell støtte og veiledning av de ansatte. Helsepersonells holdninger om at å rette fokus mot familien er stressende, ikke en del av deres jobb og at det går på bekostning av omsorgen for den nyfødte er et annet hinder (Siegel et al.,2011).

Jeg ønsker i denne bacheloroppgaven å få innsikt i hvilke erfaringer foreldre til barn på nyfødtintensivavdelinger har med familiesentrert omsorg, og hva som bidrar til en sykepleie der foreldre føler seg inkludert og støttet. Økt kunnskap om foreldres erfaringer av hva som fremmer opplevelsen av å være en del av behandlingsteamet, vil kunne kaste lys på hvordan sykepleiere kan møte behovene til denne sårbare gruppen av pasienter og pårørende, og utøve kunnskapsbasert praksis basert på en familiesentrert tilnærming.

### **1.1 Presentasjon av problemsstilling**

Med bakgrunn i det foregående, har jeg formulert følgende problemsstilling:

”Hva er foreldres erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger?”

### **1.2 Presisering av problemsstilling**

Jeg har valgt å ikke avgrense med tanke på barnets diagnose, gestasjonsalder eller nyfødtintensivbehandlingsnivå, men ser på foreldrene til barn på nyfødtintensivavdelinger som én populasjon. Tross ulike utgangspunkt, er opplevelsen av å ha et barn innlagt på nyfødtintensivavdeling skremmende for de fleste foreldre (Moe, Skisland & Söderham,2017). Alle må innta omsorgs- og foreldrerollen i en annen kontekst enn foreldre til friske nyfødte

gjør. Familiesentrert omsorg på nyfødteintensivavdelinger skifter fokus fra diagnosene til pasienten sett i en kontekst av sin familie (Gooding et al.,2011). Jeg har ikke avgrenset på foreldrerolle, og inkluderer både mødre og fedres erfaringer.

### **1.3 Begrepsavklaring**

**Familiesentrert omsorg** defineres som;

”en arbeidsmetode som kan bidra til å gjøre foreldrene/familien til reelle samarbeidspartnere i beslutninger om pleie og behandling, og i omsorgen for og oppfølgingen av barnet. Et likeverdig samarbeidsforhold mellom helsepersonell og foreldre krever tillitt til hverandres kompetanser, respekt for ulike ønsker og behov, og gjensidig og fortløpende informasjonsutveksling” (Grønseth & Markestad,2017,s.88).

Den engelske betegnelsen er ”Family-Centered-Care” (FCC) eller ”Family-Integrated-Care” (FIC), mens i den norske litteraturen brukes varianter av begrepet som; familiesentret omsorg/sykepleie og familiebasert omsorg/sykepleie. Jeg velger å konsekvent bruke terminologien ”familiesentrert omsorg” i oppgaven som en felles betegnelse på disse formuleringene. Jeg har hensyntatt den ulike begrepsbruken i litteratursøket ved å benytte emneord.

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

I teorikapittelet presenteres pasientgruppen på nyfødtintensivavdelinger, relevante sykepleiefaglige rammer innen helselovgivningen, helsepolitikken, yrkesetikken og sykepleiers veiledende og undervisende funksjonsområde, samt prinsippene i familiesentrert omsorg og Miles' ”The Nurse Parent Support Model”.

### **2.1 Barnet på nyfødtintensivavdelingen**

Barn innlagt på nyfødtintensivavdelinger består både av premature og barn født til termin med akutt sykdom. Hovedandelen av pasientene er de premature barna; barn født før en svangerskapsalder på 37 uker. De premature sykdomsbilde avhenger av barnets modenhet og gestasjonsalder. Pasientgruppen på nyfødtintensivavdelingen har svært ulike behov for pleie og behandling (Tandberg & Steinnes,2009). På den ene siden av skalaen har du de mature barna, født etter en svangerskapsalder på 37-42 uker (Grønseth & Markestad,2017), som kan ha behov for ernæringshjelp (Helsedirektoratet,2019), lysbehandling eller blodsukkerregulering (Tandberg & Steinnes,2009) i noen dager. På den andre siden av skalaen har du de ekstremt premature barna med behov for høyteknologisk og avansert intensivbehandling i månedsvis. Infeksjoner, oksygenmangel og medfødte tilstander kan være andre årsaker til at terminfødte barn trenger intensivbehandling (Helsedirektoratet,2019). Felles for foreldrene, uavhengig av barnets diagnose eller gestasjonsalder, er at de er befinner seg i en uforutsigbar situasjon i et ukjent miljø (Heyn,2018).

### **2.2 Helselovgivningen og nyfødtsykepleie**

Det finnes en rekke juridiske føringer som er aktuelle for syke nyfødte og deres familier. De nyfødte trenger sine foreldre når de er på sykehus, og foreldres rett til medvirkning og samvær står sentralt i helselovgivningen og forskriftene. Under refereres det til noen bestemmelser som er spesielt relevante for problemsstillingen.

Bestemmelsene i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gjelder også nyfødte pasienter (Korsvold, 2009). Kapittel 3 omhandler retten til medvirkning og informasjon. Nærmeste pårørende, vanligvis barnets foreldre, har rett til å medvirke da det nyfødte barnet ikke har samtykkekompetanse. For at foreldre skal kunne medvirke i omsorgen og være med å ta avgjørelser på barnets vegne, må de ha fått nødvendig informasjon om helsetilstanden og

helsehjelpen (§3-2). De med foreldreansvaret har rett til informasjon om den nyfødte (§3-2). Kapittel 6 omhandler barns særlige rettigheter. Det følger av §6-2 at det nyfødte barnet har rett til samvær med minst én av foreldrene under hele sykehusoppholdet. Unntak gjelder dersom dette ikke er tilrådelig med hensyn til barnet eller dersom foreldrene ikke har samværsrett.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) gjelder utfyllende i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Forskriftens hensikt er å styrke barns rettigheter når de er innlagt på institusjon i spesialisthelsetjenesten. Barns rett til å ha minst én av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet, jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven §6-2, utvides til å gjelde *begge* foreldrene dersom barnet har alvorlig eller livstruende sykdom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, §6). Mange av pasientene på en nyfødteintensivavdeling har derfor rett til å ha begge foreldrene hos seg under sykehusoppholdet. Helsepersonell må derfor legge til rette for at den nyfødte kan være mest mulig med foreldrene. Videre pålegges personalet etter §6 å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre, samt å gi fortløpende informasjon. Helsepersonell har dermed en plikt til å gi foreldrene mulighet til å delta i pleien. Utdypende til dette omtales det at foreldrene skal gis mulighet til å medvirke gitt at det er praktisk gjennomførbart og medisinsk forsvarlig, men skal ikke erstatte helsepersonell og gis ansvar som av oppgavens art burde utføres av helsepersonell. At foreldrene får utføre samme oppgaver som de ville gjort om de var hjemme, som stell, matning, påkledning er en rettesnor. Personalet må overta foreldrenes oppgaver hvis foreldrene har behov for avlastning, og foreldre har rett til et egnet oppholdsrom. Forskriften fastsetter også foreldres rett til tilgang til støttepersonell som psykolog og sosionom og økonomiske rettigheter.

Foreldretilstedeværelse og deltakelse i pleien er i tråd med artikkel 7 i FNs barnekonvensjon, som uttrykker det nyfødte barnets rett til å få omsorg fra foreldrene. Barns rett til å ikke bli unødvendig skilt fra foreldrene fremkommer av artikkel 9 (Barne- og familiedepartementet, 1989).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) pålegger sykehuset å ivareta oppgaver knyttet til opplæring av pårørende.



### **2.3 Helsepolitiske føringer og nyfødtsykepleie**

Helsedirektoratet utarbeidet i 2019 en Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger. Et godt behandlingsresultat avhenger av helsepersonells medisinske kompetanse, men også helsepersonells kompetanse i å samarbeide med foreldrene. Kapittel 6 "Foreldre er en viktig del av behandlingsteamet for syke nyfødte" er særlig relevant. Helsedirektoratets anbefalinger bygger på helselovgivningen omtalt i de foregående avsnittene. De tre hovedanbefalingene i kapittel 6 er; 1) foreldre er en viktig del av behandlingsteamet til nyfødte på intensivavdeling, 2) foreldrene skal sikres praktisk og økonomisk mulighet til å være med barnet sitt, og 3) ved utskrivelse bør foreldrene tilbys oppfølging av barnets helsetilstand. Noen av tiltakene for gjennomføringen av anbefalingene er; regelmessige samtaler med helsepersonell, hud-til-hud kontakt med barnet, støttepersonell til foreldrene, tilrettelegge for besøk av søsken, pleiepengar til foreldre, avklare oppgavefordelingen mot helsepersonell, trygge foreldrene i omsorgsutøvelsen av barnet, lære foreldrene å tolke barnets signaler og behov, og en utforming av avdelingene som legger til rette for at foreldrene kan være sammen med barnet (Helsedirektoratet,2019).

The European Foundation for the Care of Newborn Infants publiserte i 2018 en europeisk standard for nyfødttomsorgen. Fri tilgang til barnet hele døgnet, psykologisk støtte til foreldrene, utforming av nyfødttintensivavdelinger som legger til rette for deltakelse og kontinuerlig samvær er noen av anbefalingene (EFCNI,2018).

### **2.4 Yrkesetiske retningslinjer og nyfødtsykepleie**

Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund,2019) inkluderer føringer som gjenspeiler familiesentrert omsorg. Punkt 1.1 konstaterer at sykepleieren skal være erfarings- og kunnskapsbasert. Videre skal sykepleieren ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (2.3), og være bevisst sin profesjonelle rolle (2.4). Punkt 3 omtaler pårørende og fordrer at sykepleieren viser respekt, omtanke og er inkluderende ovenfor pårørende. Pårørendes rett til informasjon skal ivaretas (3.1), og sykepleier skal samhandle med pårørende (3.3).

## **2.5 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon**

Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon innebærer ”å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, medarbeidere og studenter” (Nortvedt & Grønseth,2016, s.23). Sykepleieren har en viktig rolle som veileder, underviser og ikke minst tilrettelegger for foreldredeltakelse på en nyfødtintensivavdeling. Foreldrene skal lære å tolke barnets signaler og å utføre pleie- og omsorgsoppgaver. Sykepleier vil gjennom denne funksjonen påvirke foreldrenes opplevelse av å mestre foreldre- og omsorgsrollen til det nyfødte syke barnet. Informasjonsformidling er et element av denne funksjonen og er tett knyttet til prinsippene i familiesentrert omsorg. Foreldres opplevelse av kontroll og mestring kan bedres om de gis ærlig og forståelig informasjon. De skal også gis informasjon om sine rettigheter som pårørende (Grønseth & Markestad,2017).

Gjennom sin undervisende funksjon har sykepleieren en sentral rolle i å bemyndige foreldrene, gjennom såkalt ”parent empowerment”. Tveiten (2012b) trekker frem Gibsons forståelse av empowermentbegrepet. Empowerment blir sett på som en sosial prosess der man utvikler kompetanse til å ta størst mulig kontroll over faktorer som påvirker egen helse. En slik definisjon tydeliggjør sykepleierens rolle som veileder i relasjonen mellom barnet og foreldrene. Sykepleieren samhandler med foreldrene om å fremme og styrke deres kontroll over de tingene som påvirker barnets helse. Foreldrene er ekspertene på sitt barn og seg selv, mens helsepersonellet er de faglige ekspertene. Empowermenttenkingen innebærer at foreldrenes ekspertkompetanse anerkjennes, at foreldrene får medvirke i pleien og beslutninger, og en maktfordeling fra sykepleier til foreldre. Sykepleier som veileder og pedagog handler om å legge til rette for at foreldrene mottar informasjon, veiledning og undervisning (Tveiten,2012b).

## **2.6 Familiesentrert omsorg**

Familiesentrert omsorg har de siste 20 årene fått stadig større plass i nyfødtomsorgen (Tandberg, Flacking, Markestad, Grundt & Moen,2019). Medisinsk-teknologisk pleie er avgjørende for syke nyfødtes overlevelse, men en familiesentrert tilnærming innebærer at dette kombineres med et tett samarbeid med familien, der foreldrene sees som barnets viktigste talspersoner og omsorgsgivere (Sandtrø,2009).

Tross at familiesentrert omsorg har blitt beskrevet på mange måter i litteraturen er det ikke enighet om én definisjon av begrepet (Raiskila et al.,2016). Mikkelsen og Frederiksen (2011) utførte, med bakgrunn i et systematisk litteratursøk, en teoretisk konseptanalyse av familiesentrert omsorg blant barn på sykehus. De avdekket at selv om det er enighet om konseptets definerende karakteristika, så blir disse beskrevet av underkonsepter som trenger forklaring, slik som ”partnerskap”. Familiesentrert omsorg fremstår i stor grad som et abstrakt konsept. De mange definisjonene presenterer to syn på foreldrenes rolle i familiesentrert omsorg. Noen fokuserer mer på familien som *mottakere* av pleie og omsorg, og andre mer på familiens vesentlige rolle som *givere* av omsorg og pleie. Jeg velger å presentere ulike definisjoner av familiesentrert omsorg for å fange opp noe av bredden i forståelsen av begrepet.

Mikkelsen og Frederiksen (2011) finner at familiesentrert omsorg karakteriseres av et forhold mellom familien og helsepersonell bygget på gjensidig avhengighet og felles ansvar for barnets omsorg og pleie. Definerende elementer i denne relasjonen er; delt ansvar, foreldreautonomi og kontroll, samhandling og støtte. Forskerne foreslår å definere familiesentrert omsorg som (min oversettelse);

”profesjonell støtte til barnet og familien via involvering og deltakelse, forankret i empowerment av og samhandling med foreldrene. Familiesentrert omsorg er karakterisert av en relasjon mellom helsepersonell og familien, der begge parter er gjensidig involverte i å dele ansvaret for barnets pleie og omsorg” (Mikkelsen & Frederiksen,2011,s.1159).

Shields, Pratt og Hunters (2006,s.1318) peker på at familien som helhet er mottakere av omsorg og pleie. Familiesentrert omsorg defineres som; ”a way of caring for children and their families within health services which ensures that care is planned around the whole family, not just the individual child/person, and in which all the family members are recognized as care recipients”.

Institute for Patient- and Family Centered Care (IPFCC) (u.å.) definerer familiesentrert omsorg som en tilnærming til planleggingen, utførelsen og evalueringen av pleie og behandling, som bygger på gjensidige og likeverdige partnerskap mellom helsepersonell, pasienter og familier. Målet er at involveringen av pasienten og familien i pleie- og

behandlingsbeslutninger, vil bidra til å øke innflytelsen på pasientens og familiens helse. IPFCCs definisjon av familiesentrert omsorg legger vekt på hvordan det å involvere familien, ikke kun har plass i pleie- og behandlingssituasjoner, men også i kvalitet- og fagutvikling, opplæring av helsepersonell, forskning og utforming av fasilitetene på avdelingene. Fire prinsipper beskrives av IPFCC som grunnpilarer i familiesentrert omsorg;

- 1) **Verdighet og respekt:** helsepersonell lytter til og vektlegger pasienten og familiens perspektiver/synspunkter og beslutninger,
- 2) **Informasjonsutveksling:** helsepersonell kommuniserer og formidler informasjon som er fullstendig og nøyaktig i tide, slik at pasienten og familien kan ta del i pleie- og beslutningsvalg,
- 3) **Pasient- og pårørendedeltakelse:** helsepersonell støtter og oppmuntrer foreldre til deltakelse og avgjørelser på et nivå de selv velger, og
- 4) **Samarbeid:** Pasient, familie, helsepersonell og helseledere samarbeider om utførelsen av pleie- og behandling, samt samarbeider om kvalitet- og fagutvikling, implementering og evaluering av forskning og opplæring.

## **2.7 The Nurse Parent Support Model**

Sykepleieren har en nøkkelrolle i å støtte foreldre av syke nyfødte og bidra til deres mestring av sykehusoppholdet. Sykepleieren deler informasjon om barnets helsetilstand, gir emosjonell støtte, opplæring og veiledning, samt legger til rette for foreldrenes involvering og interaksjon med barnet. Sykepleie som er støttende er derfor vesentlig for foreldrenes kompetanseutvikling og mestring av foreldrerollen (Miles,2003).

”The Nurse Parent Support Model” (NPSM) utarbeidet av Miles, Carlson & Brunssen (1999) beskriver hvordan sykepleiere kan hjelpe foreldre til å mestre barnets sykdom og sykehusopphold. Modellen ble utviklet med bakgrunn i en rekke studier der forskerne så erfaringene til foreldre av premature og kritisk syke spedbarn av støttende og ikke-støttende praksis blant sykepleiere. Modellen bygger på fire overlappende dimensjoner av støtte; 1) fortløpende kommunikasjon og informasjon, 2) emosjonell støtte, 3) støtte i foreldrerollen og 4) sykepleie av god kvalitet.

**Fortløpende kommunikasjon og informasjon** til foreldrene om barnets sykdom, behandling og pleie, utvikling, atferdsmessige og emosjonelle behov er en essensiell del av støttende

sykepleie. Foreldrene må også få informasjon om sine rettigheter mens barnet er innlagt på sykehus (Miles et al.,1999). Sykepleier bør regelmessig møte med foreldrene, være tilgjengelig og oppmuntre foreldrene til å ta kontakt. Foreldrene kan trenge hjelp til å forstå informasjonen de har blitt gitt om sitt barns helsetilstand og behandling, og hjelp til å finne mer informasjon. I dette har sykepleieren en viktig rolle. Foreldrene opplever det lite omsorgsfullt dersom sykepleieren unngår å svare på spørsmål, fremstår brydd når de blir spurt, gir feilaktig informasjon, unngår dem eller dersom de bruker et for teknisk språk (Miles,2003).

**Emosjonell støtte** innebærer at sykepleieren lytter aktivt, uttrykker omsorg, og viser medfølelse med familien (Miles et al.,1999). Foreldrene har behov for å føle at sykepleieren bryr seg om dem. Sykepleieren må vise at de anerkjenner den tøffe situasjonen foreldrene står i, og gjerne uttrykke eksplisitt at de skjønner at dette må være en vanskelig tid for hele familien. Emosjonell støtte involverer å normalisere foreldrenes følelsesreaksjoner. Det er for eksempel ikke uvanlig at foreldre har følelser av skyld for barnets helsetilstand. Det oppleves godt for foreldrene at sykepleier informerer om at slike reaksjoner er vanlige, og at det ikke er noe foreldrene gjorde eller ikke gjorde som førte til at barnet ble født for tidlig eller sykt. Foreldrene bør oppmuntres til å uttrykke følelsene sine, og til å søke emosjonell støtte av familie, venner eller av andre foreldre i liknende situasjon (Miles,2003).

**Støtte i foreldrerollen** handler om sykepleiers rolle i å fremme og støtte foreldrene i deres foreldrerolle (Miles et al.,1999). Selvtillit i foreldrerollen kan styrkes ved at foreldrene oppmuntres til å tilbringe tid med barnet, at sykepleier veileder og underviser foreldrene i pleien av barnet, og at foreldrene involveres i beslutninger. Det er viktig at sykepleieren viser respekt for foreldrene i deres rolle som barnets foreldre, og anerkjenner dem som en viktig ressurs for barnet. Restriktive regler som begrenser tilgangen til barnet, sykepleiere som har vanskelig for å gi fra seg kontroll over pleien, eller sykepleiere som snakker til foreldrene med en uvennlig tone eller som antyder at foreldrene ikke har tilstrekkelig kompetanse, oppleves lite støttende (Miles,2003).

**Sykepleie av god kvalitet** innebærer en sykepleiepraksis med god kvalitet i både den instrumentelle og psykososiale omsorgen (Miles et al.,1999). For foreldrene kan det være vanskelig å evaluere den tekniske kvaliteten på sykepleien, og vurderingene er i stor grad basert på hvorvidt sykepleieren fremstår selvsikker i sine ferdigheter og opptrer profesjonelt.

Det oppleves godt når sykepleieren, gjennom ord og kroppsspråk, viser interesse for barnet og uttrykker at hun/han synes det er fint å ha ansvaret for akkurat deres barn. Foreldrene blir usikre på kvaliteten på sykepleien dersom det blir gjort feil med medikamenter eller dersom sykepleieren uttrykker usikkerhet i forhold til prosedyrer. Foreldre kan raskt merke om sykepleieren har dårlig holdning til jobben eller misliker pasienter hun/han har ansvar for, og dette skaper mindre tillitt til kvaliteten på pleie og omsorgen (Miles,2003).

### 3 Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, med litteratursøk som metode. En litterær oppgave innebærer at allerede publiserte kilder, både fag- og forskningslitteratur, brukes som grunnlag for egen oppgave (Dalland,2017). Metodekapittelet blir derfor en redegjørelse av hvordan jeg har valgt ut relevant forskningslitteratur gjennom litteratursøk, valg av annen litteratur, vurderinger av kildenes relevans og kvalitet gjennom kildekritikk samt etiske overveielser. Lovisenberg diakonale høgskoles (LDH) retningslinjer for bacheloroppgaven har vært førende for valg av metode.

#### 3.1 Litteratursøk

Litteratursøket tok utgangspunkt i oppgavens tema og problemstilling, og ble avgrenset etter satte kriterier, se tabell 1. Dette er det Dalland (2017) kaller strukturert litteratursøking.

Strukturerte søk ble i hovedsak utført i databasen CINAHL. CINAHL er en anerkjent internasjonal database med vitenskapelige artikler innen sykepleie og helsefag. Dette, i kombinasjon med at skolen har gitt grundig opplæring i å søke i CINAHL, gjorde at dette ble den primære databasen for mitt litteratursøk. Det ble også gjort søk i den medisinske og helsevitenskapelige databasen PubMed og i Sykepleien Forskning for å sikre bredere utvalg.

PICO-skjema ble benyttet for å komme frem til relevante søkeord og systematisere disse, se vedlegg 1. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene (Thidemann,2015). Emneordene ”Family Centered Care”, som beskriver omsorgsmodellen, og ”Intensive Care Units, Neonatal”, som definerer konteksten, ble inkludert i alle søk. De ulike søkeordene som omhandlet foreldreelementet ble kombinert med den boolske operatoren OR for å inkludere liknende ord og ikke avgrense på mødre kontra fedre. Andre relevante søkeord var ”Professional-Family Relations”, som omhandler relasjonen og interaksjonene mellom helsepersonell og pasientens familie, og ”Qualitative studies”, ettersom jeg søkte kvalitativ forskning.

Problestillingen ønsker å belyse foreldrenes *erfaringer* med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger og det var da hensiktsmessig å søke etter forskning med kvalitativ metode. Kvalitative forskningsmetoder søker å få innsikt i studieobjektens opplevelser eller erfaringer, og går i dybden hos et færre antall studieobjekter. Data fra kvalitative metoder lar

seg ikke tallfeste eller måles, i motsetning til data fra kvantitative metoder, og tar sikte på å formidle forståelse fremfor forklaringer (Dalland,2017). Funn ved kvalitative metoder kan ikke generaliseres, og dermed representerer ikke resultatene i denne oppgaven nødvendigvis erfaringene til andre foreldre på andre nyfødttintensivavdelinger. På den andre siden gir en kvalitativ tilnærming bedre mulighet for helhetsforståelse enn kvantitative metoder gir (Larsen,2007).

Etter å ha kommet frem til relevante søkeord og kombinasjoner, avgrenset jeg søkene til engelskspråklige eller skandinaviskspråklige artikler publisert etter år 2000. 2000 ble satt som avgrensning da det var da implementeringen av familiesentrert omsorg i mange land begynte (Tandberg et al.,2019). Foruten å avgrense på språk og publikasjonsår ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier anvendt:

<b>Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b>	
<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterer</b>
Kvalitet: Fagfelleverderte tidsskrifter	Ikke-fagfelleverderte tidsskrifter
Språk: Skandinavisk eller engelsk språk	Øvrige språk
Publiseringsår: fra år 2000	Studier publisert før år 2000
Metode: Kvalitative studier	Kvantitative studier
Perspektiv: Foreldre som studieobjekter (mødre og/eller fedre). Inkluderer også studier som har foreldre og sykepleiere som studieobjekter.	Kun sykepleiere som studieobjekter
Kontekst: Nyfødttintensivavdeling (ikke avgrenset på behandlingsnivå, diagnose, gestasjonsalder)	Pediatriske avdelinger
Tematikk/relevans: Familiesentrert omsorg mer generelt, familiesentrert omsorg blir beskrevet som sentralt i den aktuelle nyfødttintensivavdelingen, støtte, mestring, relasjonen til sykepleier, foreldrerollen, foreldreinvolvering, foreldredeltakelse, støttende fasiliteter (eneromsavdeling).	Artikler med hovedfokus på spesifikke tema som; smerte, palliativ omsorg, overgangen fra nyfødttintensivavdelingen til hjemmet eller mellom behandlingsnivåer, amming og dokumentasjon.
Overførbarhet: Land med forhold liknende til norske forhold.	Studier fra ikke-sammenliknbare land (utviklingsland eller land med restriktive retningslinjer for foreldres tilgang til avdelingen; eksempel fra søkehistorikk: Brasil)



Litteratursøket, basert på de overgående kriteriene, er presentert i tabell 2 under:

Tabell 2: Litteratursøkets søkehistorikk							
Nr.	Dato (for søk)	Database	Søkeord (antall treff med kombinasjoner)	Antall treff	Avgrensninger i databasene	Antall treff	Artikler valgt (etter anvendelse av inklusjons- og eksklusjonskriter)
1	24.02.2020	CINAHL	<p>”Family Centered Care” (8 575)</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Intensive Care Units, Neonatal” (14 207)</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Parents” (100 197) <b>OR</b></p> <p>”Family” (244 205) <b>OR</b></p> <p>”Parenting” (19 364) <b>OR</b></p> <p>”Mothers” (43 911) <b>OR</b></p> <p>”Fathers” (7 411)</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Qualitative studies” (155 601)</p>	66	<p>Språk (engelsk, skandinavisk)</p> <p>Publikasjonsår: &lt;2000</p>	55	<p><u>Forskningsartikler til resultatkapittel:</u></p> <p>Treff nr. 6: Liu, Mozafarinia, Axelin, &amp; Feeley (2019)</p> <p>Treff nr. 18: Fegran &amp; Helseth (2009)</p> <p>Treff nr. 38: Smith, SteelFisher, Salhi, &amp; Shen (2012)</p> <p>Treff nr. 48: Cleveland (2008)</p> <p><u>Brukt som annen litteratur:</u></p> <p>Treff nr. 12: Moe et al. (2017)</p> <p>Treff nr. 39: Trajkovski et al. (2012)</p> <p>Treff nr. 44: Reis et al. (2010)</p>
2	24.02.2020	CINAHL	<p>”Family Centered Care” (8 575)</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Intensive Care Units, Neonatal” (14 207)</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Professional-Family Relations” (17 598)</p>	157	<p>Språk (engelsk, skandinavisk)</p> <p>Publikasjonsår: &lt;2000</p>	132	<p><u>Forskningsartikler til resultatkapittel:</u></p> <p>Treff nr. 25: Fegran &amp; Helseth (2009)</p> <p>Treff nr. 60: Smith et al. (2012)</p> <p>Treff 86. Cleveland (2008)</p> <p><u>Brukt som annen litteratur:</u></p> <p>Treff nr. 4: Brødsgaard et al. (2019)</p> <p>Treff nr. 61: Trajkovski et al., (2012)</p> <p>Treff nr. 74: Reis et al. (2010)</p> <p>Treff 94: Griffin (2006)</p>
3	24.02.2020	PubMed	<p>”Family Centered Care”</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Intensive Care Units, Neonatal”</p> <p><b>AND</b></p> <p>”Qualitative studies”</p>	30	<p>Språk (engelsk, skandinavisk)</p> <p>Publikasjonsår: &lt;2000</p>	30	<p><u>Forskningsartikler til resultatkapittel:</u></p> <p>Treff nr. 22: Finlayson, Dixon, Smith, Dykes &amp; Flacking, (2014)</p>
4	29.03.2020	Sykepleien Forskning	”Familiesentrert omsorg”	4	<p>Publikasjonsår : &lt;2007</p> <p>(databasen går ikke lenger bak i tid enn dette)</p>	4	<p><u>Brukt som annen litteratur:</u></p> <p>Treff nr. 1: Moe et al. (2017)</p>

Mot slutten av mitt søk etter litteratur til oppgaven fant jeg én relevant oversiktsartikkel i CINAHL. Artikkelen til Brødsgaard, Pedersen, Larsen & Weis (2019) ser på foreldre og sykepleieres erfaringer av partnerskap i nyfødttintensivavdelinger. Forskerne vurderte 1664 studier fra perioden 2000 til 2018, og 21 studier møtte deres inklusjonskriterier. Jeg fant tre av mine allerede utvalgte forskningsartikler (Fegran & Helseth, 2009; Finlayson et al., 2014; Smith et al., 2012) på listen over inkluderte studier, og dermed har jeg ikke inkludert Brødsgaard et al.s metasyntese i resultatkapittelet. Jeg ønsket likevel å anerkjenne at kilden eksisterer slik at det ikke synes som et strategisk valg å ikke nevne denne. Dette er i henhold til rådene i metodeboken til Rienecker & Jørgensen (2013).

### **3.2 Begrunnelse for valg av forskningsartikler**

Flere forhold har vært med å avgjøre hvilke forskningsartikler som ble valgt ut for å belyse problemsstillingen og som presenteres i resultatkapittelet. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabell 1 dannet basis for utvalget.

Ved å lese titler og abstrakter vurderte jeg artiklenes relevans. Studier med hovedfokus på familiesentrert omsorg i relasjon til spesifikke tema ble ekskludert. Eksempler er smerte, palliativ omsorg, overgangen fra nyfødttintensivavdelingen til hjemmet eller mellom behandlingsnivåer, amming og dokumentasjon. Artikler som omhandlet familiesentrert omsorg på nyfødttintensivavdelinger mer generelt, der familiesentrert omsorg beskrives som sentralt, eller der tema som støtte, mestring, relasjonen til sykepleier, foreldrerollen, foreldreinvolvering eller støttende fasiliteter/familieenerom belyses, ble vurdert. Flere av artiklene undersøkte sykepleieres erfaringer med familiesentrert omsorg, uten å inkludere foreldrenes perspektiv, og disse studiene ble ekskludert.

Overførbarheten til norske forhold har hatt betydning. Dette er én av begrunnelsene for at jeg valgte artikkelen til Fegran & Helseth (2009), med norsk nyfødttintensivavdeling som kontekst, tross at dette er en noe eldre artikkel. Øvrige studier er fra England, USA og Canada, da det var lite skandinavisk forskning på tema, og disse landene er rimelig overførbare til norske forhold, tross noen forskjeller.

Selv om år 2000 ble satt som avgrensning fokuserte jeg på å velge artikler som ikke var mer enn ti år gamle, med mindre artikkelens relevans og kvalitet kunne forsvares. Cleveland's

(2008) systematiske oversiktsartikkel er over 10 år gammel. Det stilles strenge krav til kvalitet og utvalg for oversiktsartikler som sammenstiller resultater fra *alle* relevante artikler om temaet (Thidemann,2015). Videre er artikkelens forskningsspørsmål nært knyttet til min problemsstilling. Flere nyere artikler, som Brødsgaard et al.(2019) og Tandberg et al.(2018), refererer til funn fra denne artikkelen, og dette støtter dens aktualitet tross at den er eldre.

### **3.3 Annen fag- og forskningslitteratur**

I tillegg til forskningsartiklene har jeg benyttet annen fag- og forskningslitteratur i oppgaven.

Øvrig forskningslitteratur har jeg kommet over i litteratursøkene (se tabell 2), ved kjedesøking fra artiklers referanselister eller ved bevisst tilfeldig søking om temaet. Kildenes relevans og kvalitet har blitt vurdert på samme måte som for forskningsartiklene til resultatkapittelet.

Relevante fagbøker om nyfødtsykepleie ble søkt etter på bibliotekene til LDH og Diakonhjemmet. Fire fagbøker skrevet med tanke på utøvelsen av nyfødtsykepleie i Norge ble valgt ut; Nyfødtsykepleie 1 og 2 av Tandberg og Steinnes (2009), pensumboken ”Pediatri og pediatrik sykepleie” av Grønseth & Markestad (2017), og Tveiten, Wennick & Steen (2012) sin bok om familiesentrert sykepleie til barn. Jeg har også benyttet den amerikanske læreboken, ”Handbook of Neonatal Intensive Care” av Gardner, Carter, Enzman-Hines og Hernandez (2011) etter innspill fra veileder. Familiesentrert omsorg står sentralt i boken, og kapittelet om familier i krise presenterer psykososiale behov hos familier med barn på nyfødtintensivavdelinger.

Pensumboken til Rienecker & Jørgensen (2013) ble benyttet som grunnlag for forståelse av akademisk oppgaveskriving. Dallands metodebok (2017) og Thidemanns (2015) bok om bacheloroppgaveskriving for sykepleierstudenter ble også benyttet.

### **3.4 Kildekritikk**

Kildekritikk innebærer å vurdere den valgte litteraturens kvalitet og relevans i forhold oppgavens problemsstilling. Kildens *relevans* handler om hvorvidt kilden kan belyse

problemsstillingen, mens kildens *kvalitet* avhenger av kildens gyldighet, hvor troverdig den er, og kildes holdbarhet (Dalland,2017).

I avsnitt 3.1 og 3.2 belyses forskningsartiklenes relevans og kvalitet for problemsstillingen. Søkeord og kriterier for utvelgelse, som overførbarhet, publikasjonsår, tematikk, fagfelle vurdering, kvalitativ metode og nyfødteintensivkontekst, er begrunnet. Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler ble anvendt i bacheloroppgavens prosjektbeskrivelse. I dette arbeidet ble jeg bevisstgjort viktige kriterier i vurdering av kilder, som tydelig formulert problemsstilling, hensiktsmessig valg av forskningsmetode, og etiske vurderinger. Forskningsartiklene anses å ha møtt disse kriteriene tilfredsstillende. Alle forskningsartiklene er fagfellevurderte og publiseringskanalenes kredibilitet har jeg vurdert ved hjelp av søkefunksjonen til Norsk Senter for Forskningsdata.

Ettersom jeg har begrenset litteratursøket til noen databaser, og søkt mest i CINAHL, er det mulig at relevante og aktuelle artikler ikke har blitt identifisert. Det kan også være at andre søkeord og kombinasjoner enn de jeg har brukt kunne gitt mer presise treff.

Enkelte av fagbøkene og forskningsartiklene er rundt ti år gamle, og i et felt som nyfødtsykepleie med stadig faglig utvikling kan dette ha påvirket kildens holdbarhet og aktualitet, tross at relevansen er ivaretatt.

Forskningsartiklene og én av lærebøkene er engelskspråklige og innhold kan ha blitt feiltolket i oversettelsen. Jeg har riktignok gode forutsetninger for å forstå engelsk da jeg har en engelskspråklig ektefelle og har bodd og jobbet flere år i engelsktalende land.

Både sekundærlitteratur og primærlitteratur er benyttet i oppgaven. Fire av forskningsartiklene presenterer enkeltstudier og er således primærkilder, mens Clevelands (2008) systematiske oversiktsartikkel er en sekundærkilde da den sammenstiller funn fra allerede publiserte studier (Thidemann,2015). Jeg har forsikret meg om at ingen av mine fire enkeltstudier er inkludert blant de 60 artiklene i Clevelands systematiske oversiktsartikkel. The-Nurse-Parent-Support-Model som beskrives i avsnitt 2.7 fikk jeg kjennskap til i boken til Grønseth & Markestad (2017). Jeg har søkt til primærkilden, som anbefalt av Dalland (2017), og artiklene skrevet av Miles (1999;2003) for forståelsen av denne. Lovdata har blitt brukt

som kilde for lovverk. Internettkilder fra departementer er også benyttet. Disse anses pålitelige.

Grunnet den pågående Covid-19 pandemien og stengte biblioteker har jeg ikke fått tak i siste utgave av læreboken til Gardner et al. (2011) og har benyttet nest siste utgave. Søk på utgivers nettsider om endringer gjort i nyeste utgave, viser at kildens aktualitet kan forsvares da endringene ikke er relevante for min problemstilling.

### **3.5 Etske overveielser**

I arbeidet med denne litterære oppgaven har jeg fulgt LDHs retningslinjer for oppgaveskriving. Jeg har ikke fremstilt andres arbeid som eget, og har kildehenvist og utarbeidet referanseliste i henhold til APA 6th. I den begrensede grad egne erfaringer er brukt er kravet om anonymisering og konfidensialitet ivaretatt.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Artikkelmatrisen i tabell 3 presenterer funnene fra de fem valgte forskningsartiklene. Sentrale erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødttintensivavdelinger som belyses er; utfordringer med å etablere og være i nær relasjon med sykepleieren; hvordan maktubalanse og uavklarte roller kan gjøre det vanskelig for foreldrene å finne sin plass og rolle i samarbeidet; hvordan fasiliteter som familieenerom styrket foreldrenes uavhengighet i omsorgsrollen og skapte en trygg arena for læring, men kunne oppleves isolerende fra helsepersonell og andre foreldre; samt hvordan involvering i pleie og beslutninger, tilgang og nærhet til barnet, empowerment av foreldrene, individualisert pleie, nøyaktig og konsistent informasjon, veiledning og undervisning og emosjonell støtte er vesentlige elementer av støttende familiesentrert sykepleie og omsorg.

**Tabell 3: Artikkelmatrise**

Forfatter/ (Årstall)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt/formål	Metode/design	Funn
<b>Fegran &amp; Helseth (2009)</b>	"The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement"	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Å utforske foreldres og sykepleieres erfaringer av den nære foreldre-sykepleier relasjonen når et prematurt barn er innlagt på sykehus.	Design: Kvalitativt. Eksplorerende med en hermeneutisk tilnærming. Metode: Observasjon og semistrukturerte dybdeintervjuer av 6 mødre, 6 fedre og 6 sykepleiere ved en norsk nyfødttintensivavdeling med 13 senger. Totalt 18 individuelle intervjuer og 160 timer med observasjon over 27 uker i 2003-2004.	Karakteristika ved den høyt teknologiske konteksten på nyfødttintensivavdelinger og de pågående interaksjonene mellom foreldre og sykepleiere, medfører at det oppstår nære relasjoner. En nær relasjon gir økt emosjonell involvering fra begge parter, og grensene mellom en profesjonell og personlig tilnærming trues. Både sykepleieren og foreldrene kan oppleve forpliktelsen til å være i nær relasjon og emosjonelt involvert som en følelsesmessig belastning.
<b>Cleveland (2008)</b>	"Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit."	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	En systematisk litteraturoversikt for å få svar på følgende to spørsmål: (a) Hva er behovene til foreldre som har barn innlagt på nyfødttintensivavdeling (b) Hvilken sykepleiepraksis oppleves støttende for foreldrene som har et barn innlagt på nyfødttintensivavdeling?	Design: Kvalitativt. Metode: Systematisk litteraturoversikt av 60 studier. Søkeordene var: "parents OR parenting" AND "neonatal intensive care unit.". Databasene inkluderte Medline og CINAHL. Både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. Kun studier publisert på engelsk i perioden 1998 til 2008 ble inkludert. 19 artikler adresserte det første forskningsspørsmålet, 24 adresserte det andre og 17 adresserte begge.	Seks behov ble identifisert blant foreldre med barn på nyfødttintensiv: (a) nøyaktig informasjon og inklusjon i barnets pleie, (b) nøye overvåking og beskyttelse av barnet, (c) fysisk kontakt med barnet, (d) å bli positivt oppfattet av sykepleierne, (e) individualisert pleie, og (f) en terapeutisk relasjon med sykepleieren.  Sykepleiepraksis som hjalp foreldre i å møte disse behovene var: (a) emosjonell støtte, (b) empowerment av foreldrene, (c) et miljø der en føler seg velkommen og med støttende retningslinjer, og (d) foreldreundervisning med muligheter for å praktisere nye ferdigheter gjennom veiledet deltakelse.

<p><b>Finlayson, Dixon, Smith, Dykes &amp; Flacking, (2014)</b></p>	<p>“Mothers’ perceptions of family centred care in neonatal intensive care units”</p>	<p>Sexual and Reproductive Healthcare</p>	<p>Å utforske mødres oppfatninger og erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdeling er i England.</p>	<p>Design: Kvalitativt. Metode: Erfaringene til 12 mødre fra tre nyfødtintensivavdelinger i England ble innhentet via individuelle intervjuer. Tematisk nettverksanalyse ble utført på de transkriberte intervjuene.</p>	<p>Følgende overordnede tema ble identifisert; ”Å finne sin plass”. Det overordnede temaet ble støttet av seks undertemaer; 1) Usikker/udefinerbar foreldrerolle; 2) Hensyn til ekspertene (helsepersonellet); 3) Angstfylt overvåking av barnet; 4) Stumme relasjoner med helsepersonell, (åpen og ærlig kommunikasjon var vanskelig), 5) Maktbalanseutfordringer og 6) Inkonsistent informasjon og pleie.</p> <p>Mødrene opplevde å være i en overgangsfase og strevde med å finne sin rolle. De var sensitive til maktbalansesutfordringer, ubekvemme relasjoner og inkonsistent pleie og omsorg. For å beskytte seg selv og sin baby formet de aktelsesfulle relasjoner til helsepersonell, og forble i en tilstand av angstfull overvåking av babyen.</p>
<p><b>Smith, SteelFisher, Salhi, &amp; Shen (2012)</b></p>	<p>"Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience: Parents' Strategies and Views of Staff Support"</p>	<p>The Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing</p>	<p>Å få innsikt i foreldres erfaringer med nyfødtintensivopphold, deres mestringsstrategier og hvordan de opplevde at ansatte på avdelingen støttet dem.</p>	<p>Design: Kvalitativ analyse av intervjudata samlet inn prospektivt. Metode: Semistrukturerte intervjuer av 29 foreldre (20 mødre, 9 fedre), hvorav noen foreldre hadde barn som fremdeles var innlagte på nyfødtintensivavdeling, mens andre hadde blitt utskrevet. 40 senger (intensiv- og mellomnivå), delvis private rom med 2 barn per rom. Ingen besøksrestriksjoner, men begrensede fasiliteter for å bo med babyen. En forsker med opplæring utførte alle intervjuene, som det ble tatt opptak av og deretter transkribert.</p>	<p>Foreldre brukte følgende mestringsstrategier: (1) deltakelse i pleien av barnet; (2) tilbringe tid vekk fra avdelingen; (3) samle informasjon; (4) involvering av venner og familie; og (5) involvering med andre foreldre på avdelingen.</p> <p>Foreldre opplevde at ansatte kan støtte deres mestring ved å: (1) tilrettelegge for foreldredeltakelse i barnets pleie; (2) vektlegge dokumentasjon av barnets fremgang; (3) vise affeksjon for barnet; (4) adressere foreldres bekymringer for å dra fra avdelingen; (5) gi nøyaktig, konsistent klinisk informasjon; (6) begrense uplanlagte ikke-akutte telefonsamtaler; og (7) arrangere frivillige aktiviteter og arrangementer med andre foreldre i lik situasjon.</p>
<p><b>Liu, Mozafarini a, Axelin, &amp; Feeley, (2019)</b></p>	<p>”Parents' Experiences of Support in NICU Single-Family Rooms”</p>	<p>Neonatal Network</p>	<p>Å utforske mødre og fedres erfaringer av støtte i eneromsavdeling på en nyfødtintensivavdeling i Canada.</p>	<p>Kvalitativt beskrivende design. Metode: 15 foreldre; 9 mødre og 6 fedre var inkludert. Mens de var innlagte, tok hver av foreldrene opptak av deres tanker, følelser og erfaringer i forhold til støttende og ikke-støttende praksis/pleie. Opptakene ble gjort når det passet dem i løpet av en 48-timers periode ved hjelp av en android applikasjon (Handy Application to Promote Preterm infant happy-life (HAPPY)).</p>	<p>Omsorg og pleie som var rettet mot familien som helhet var avgjørende for foreldrenes opplevelse av støtte.</p> <p>Foreldrene opplevde støtte når ansatte la til rette for foreldrenes læring gjennom samarbeid, oppmuntring, og assistanse. Kontinuitet og konsistent pleie samt tilstedeværelse var viktige karakteristika av støttende sykepleie.</p> <p>Familieenerom gav muligheter for å lære å være med den nyfødte alene, men designet begrenset tilgangen til helsepersonell og andre foreldre. Dette kunne medføre at foreldrene opplevde å ikke få tilstrekkelig støtte og deltakelse i avgjørelser om deres barn.</p>

## **5 Diskusjon: Hva er foreldres erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger?**

I dette kapitlet diskuteres oppgavens problemsstilling med utgangspunkt i forskningsartiklenes funn fra kapittel 4 og oppgavens teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlag lagt frem i kapittel 2.

### **5.1 Å etablere og være i nær relasjon**

Familiesentrert omsorg anerkjenner foreldrene som en nødvendig, viktig og ønsket del av behandlingsteamet for syke nyfødte. Følgelig er en sentral del av sykepleierens rolle på nyfødtintensivavdeling relasjonell i form av å støtte og samhandle med foreldrene. Det stilles dermed krav ikke bare til sykepleiers instrumentelle kompetanse, men også den relasjonelle kompetansen (Fegran & Helseth,2009; Helsedirektoratet,2019). Relasjonen som skapes til sykepleierne er helt sentral for foreldrenes opplevelse av nyfødtintensivoppholdet (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer & Van Aerde,2010), og et godt samarbeid er avgjørende for gode behandlingsresultater (Helsedirektoratet,2019). Forskningsartiklene peker på ulike utfordringer med å etablere og med å være i nære relasjoner (Cleveland,2008; Fegran & Helseth,2009; Finlayson et al.,2014).

Fegran & Helseth (2009) påpeker hvordan konteksten på nyfødtintensivavdelingene kan påvirke relasjonsbyggingen. Miljøet beskrives som preget av lite plass, med mange kuvøser i samme rom, mye høyteknologisk utstyr, stadige lyder fra alarmer og overvåkningsutstyr og foreldre og sykepleiere som snakker lavt sammen. Foreldre og sykepleiere tilbringer ofte ukesvis eller månedsvis sammen i dette høyteknologiske miljøet som fremstår alt annet enn privat. Hensynet til helsepersonells effektivitet, oversikt og tilgang til barnet står i kontrast til foreldrenes og barnets behov for individualisert pleie og privatliv (Fegran & Helseth,2009). I en slik kontekst kan den instrumentelle sykepleien med fokus på prosedyrer og oppgaver få større fokus enn den affektive sykepleien, det vil si måten sykepleien utføres på (Tveiten,2012a). En familiesentrert tilnærming innebærer et skift i fokus fra den instrumentelle sykepleien til en relasjonsbasert modell der samarbeidet med familien og familiens stemme står sentralt (Siegel et al.,2011).



Fegran & Helseth (2009) beskriver at konteksten på nyfødtintensivavdelinger bringer sykepleiere og foreldre tett sammen og det oppstår nære relasjoner. Til tross for at en nær relasjon er ønskelig, kunne den emosjonelle involveringen og forpliktelsen til å være i nær relasjon oppleves belastende for begge parter. Det nære samarbeidet og åpne avdelingsmiljøet kjentes avslørende og foreldrene fulgte nøye med på kvaliteten av pleien. Dette kunne skape en forpliktelse til involvere seg. I tillegg til egne oppgaver kunne foreldrene føle seg ansvarlige for oppgaver som var sykepleiers ansvar, spesielt dersom de observerte at noe ikke utførtes godt nok. Cleveland (2008) beskriver også foreldrenes behov for å beskytte og overvåke sin baby, og hvordan dette kom til uttrykk gjennom økt årvåkenhet og informasjonssamling. Etter hvert som foreldrene etablerte tillitsfulle forhold til sykepleierne dempet årvåkenheten seg og foreldrene kunne stole på at barnet ble tilstrekkelig passet på. Tillitt til hverandres kompetanse er vesentlig for å bygge den samarbeidende relasjonen som familiesentrert omsorg fordrer (Grønseth & Markestad,2017).

Den emosjonelle belastningen av den fysiske og emosjonelle nærheten mellom foreldre og sykepleiere i en nyfødtintensivkontekst problematiseres sjelden. Begge parter kan oppleve at grensene mellom en personlig og profesjonell tilnærming trues. Sykepleierens profesjonelle rolle på nyfødtintensivavdelingen opplevdes krevende og kompleks. Å etablere gode relasjoner til foreldrene utfordret sykepleierens instrumentelle, emosjonelle og medmenneskelige kompetanse. Foreldre beskriver at relasjonene til sykepleierne var personlige, nære og kunne ha karakteristika av vennskap (Fegran & Helseth,2009). ”Befriending” beskrives som en måte å samhandle på som ligger et sted mellom en profesjonell og en personlig relasjon. Selv om en slik tilnærming kan legge til rette for gode partnerskap, så kan det samtidig gjøre det vanskelig å beholde en profesjonell avstand for sykepleierne. Økt innsikt i behovet for å finne en balanse mellom nærhet og avstand i relasjonen, kan positivt påvirke foreldrenes uavhengighet i omsorgsrollen, samtidig som det tillater sykepleieren å opprettholde en profesjonell relasjon (Fegran & Helseth,2009). Sykepleier har ansvar for å være bevisst sin profesjonelle rolle (Norsk Sykepleierforbund,2019), og bør etablere en relasjon som er nær og empatisk, men med nødvendig avstand.

Mens foreldrene i Fegran & Helseth (2009) beskriver relasjonene til sykepleierne som nære og personlige, opplevde foreldre i Finlayson et al. (2014) og Cleveland (2008) det utfordrende å forme nære relasjoner. Foreldrene beskriver et behov for å bli positivt oppfattet av

sykepleierne, og undertrykte ofte følelser for å unngå konflikter med personalet. Mødrene i Finlayson et al. (2014) fryktet at å dele frustrasjon, skuffelse eller sinne kunne fremstille dem som dårlige mødre og gå på bekostning av kvaliteten på pleien barnet ville få. Foreldre fryktet at de ville fremstå ”vanskelige” om de uttrykte bekymringer eller var for frempå (Cleveland,2008). Dersom foreldre ikke våger å dele sine følelser av frykt for hvordan dette kan påvirke omsorgen og pleien av babyen så er dette et stort hinder for implementering av familiesentrert omsorg (Siegel et al.,2011). Det er viktig at sykepleier innehar kunnskap om foreldres reaksjoner når de har fått en syk nyfødt. I motsatt fall kan foreldres reaksjoner feiltolkes som at vi har å gjøre med ”vanskelige foreldre”, mens det egentlig er uttrykk for å være i en krise- eller stressituasjon (Hillgaard et al.,referert i Tandberg,2009). En relasjon basert på empati, der sykepleier viser aksept, åpenhet og toleranse for foreldres ulike reaksjoner, er viktig for at sykepleier ikke skal se foreldrene som ”vanskelige” (Moe et al.,2017). Sykepleier kan støtte foreldrene ved å anerkjenne den tøffe situasjonen de er i, oppmuntre foreldrene til å uttrykke følelsene sine, lytte aktivt og normalisere deres følelsesreaksjoner (Miles,2003). Sykepleieren, med det faglige ansvaret, har hovedansvaret for at relasjonen til foreldrene er god, og at den reflekterer grunnleggende verdier i sykepleie og veiledning som; tillitt, ærlighet, gjensidighet, anerkjennelse og ansvar (Tveiten,2012c).

## **5.2 Empowerment i familiesentrert omsorg**

Gjennom sykepleierens undervisende og veiledende funksjon skal foreldrene hjelpes til å mestre det å ha et sykt nyfødt barn, mestre pleie- og omsorgsoppgavene, samt å ta vare på seg selv (Tveiten,2012b). Det er enighet om at empowerment av foreldrene på nyfødtintensivavdelinger er vesentlig. Likevel mangler tydelige føringer for hvordan dette gjøres i praksis. Foreldre som har blitt spurt om hvordan sykepleiere kan bidra til foreldrenes empowerment svarer at de må få en-til-en omvisning av avdelingen, regelmessig informasjon, bli aktivt inkluderte i avgjørelser, ansatte må vise omsorg, kunnskap og være tilgjengelige, kvaliteten på sykepleien må være god, og avdelingens tilnærming til familiesentrert omsorg og empowerment av foreldre bør inkluderes i sykehusets visjon (Cleveland,2008). Disse beskrivelsene av empowerment i praksis har store likhetstrekk til sentrale prinsipper i familiesentrert omsorg, og tydeliggjør hvordan en familiesentrert tilnærming er en der familien får økt innflytelse og kontroll.

En maktomfordeling fra sykepleier til foreldre er et sentralt empowermentprinsipp i familiesentrert omsorg (Tveiten,2012b). En maktubalanse mellom foreldrene, særlig mor, og sykepleier beskrives i flere av studiene. Foruten å påvirke relasjonen til sykepleieren, kan maktubalansen også påvirke foreldrenes relasjon til barnet (Cleveland,2008; Finlayson et al.2014).

I starten av sykehusoppholdet beskrives en maktubalanse som naturlig og helsepersonells ekspertise ble vektlagt. Etter hvert som tiden gikk kunne det derimot være vanskelig å gjenopprette et mer balansert forhold (Finlayson et al.,2014). Foreldrene uttrykte et sterkt ønske om å samarbeide med helsepersonellet, men maktubalansen i relasjonen vanskeliggjorde dette (Cleveland,2008; Finlayson et al.,2014). Enkelte foreldre opplevde at de måtte be om tillatelse til å være med barnet sitt og at de ble konstant overvåket. Sykepleieren kunne ha vanskelig for å gi slipp på sin ekspertrolle og inntok en posisjon der de gav foreldrene direksjoner (Cleveland,2008). Dette står i kontrast til idealet om gjensidige og likeverdige relasjoner i familiesentrert omsorg (IPFCC,u.å.) og veiledning bygget på dialog og samarbeid (Tveiten,2012c). Samtidig har dette idealet blitt utfordret, og det argumenteres for at sykepleiere i sin rolle som fagpersoner har større kontroll og beslutningsmyndighet over pleien enn foreldrene (Trajkovski,2012). Henriksen (referert i Tandberg,2009) påpeker at problemet ikke ligger i en maktubalanse i den instrumentelle sykepleien, men hvorvidt kontrollholdningen overføres fra det instrumentelle til det menneskelige nivået. Mikkelsen & Frederiksen (2011) unnlot begrepet ”partnership” i sin definisjon av familiesentrert omsorg da empirien tyder på at partnerskap ikke nødvendigvis er en beskrivende karakteristika av familiesentrert omsorg.

Å føle seg underlegen og inkompetent i sin relasjon til helsepersonellet påvirket mødrenes mulighet til å knytte nære bånd med babyene sine. Noen forble i en underlegen rolle, mens andre bevisst etablererte seg i morsrollen ved å søke informasjon og konfrontere de ansatte dersom de ikke ble hørt (Finlayson et al.,2014). Funnene belyser hvordan sykepleieren kan påvirke relasjonen foreldrene får med barnet sitt i enten positiv eller negativ forstand (Cleveland,2008). For at foreldre skal sees som barnets primære omsorgspersoner kreves en maktomfordeling og en rolleavklaring. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) pålegger at helsepersonell avklarer rollefordelingen med foreldrene. En maktomfordeling fordrer at sykepleieren vet når å trekke seg litt tilbake, og gir foreldrene en gradvis ansvarsovertakelse av omsorgen for barnet (Grønseth & Markestad,2017). Sykepleiere som

ikke kan gi slipp på ekspertrollen oppleves lite støttende (Miles,2003). Familiesentrert omsorg innebærer et skift i sykepleiers rolle fra ekspert til veileder (Trajkovski,2012).

### **5.3 Foreldrerollen på nyfødtintensivavdeling og deltakelse i barnets pleie**

Å bli foreldre til et prematurt eller sykt barn introduserer foreldrene for en ukjent situasjon i et ukjent miljø (Heyn,2018). Rollen som foreldre og konteksten de skal innta denne omsorgsrollen er forskjellig fra det de hadde sett for seg (Fegran & Helseth,2009; Markestad & Grønseth,2017). De har blitt biologiske foreldre, men identifiserer seg ikke nødvendigvis som foreldre i emosjonell forstand (Finlayson et al.,2014). Forskningsartiklene belyser hvordan det å fylle foreldrerollen på nyfødtintensivavdelingen er krevende og hvordan deltakelse i barnets pleie kan styrke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen (Cleveland,2008; Fegran & Helseth,2009; Finlayson et al.,2014; Smith et al.,2012).

Sjokkopplevelsen over å få et prematurt barn, bekymringene over barnets helsetilstand og begrensede muligheter til å innta omsorgsrollen i det høyteknologiske sykehusmiljøet, beskrives som årsaker til at det er vanskelig å finne sin plass og rolle på nyfødtintensivavdelingen. Det opplevdes skuffende å ikke kunne innta den ”normale” foreldrerollen man hadde hatt forventninger om (Finlayson et al.,2014). Å få ta del i barnets pleie og i beslutninger var vesentlig og styrket foreldrenes selvtillit i foreldrerollen (Smith et al.,2012). Foreldrene følte seg til nytte, fremfor å innta foreldrerollen som observatør på sidelinjen (Cleveland,2008). Å føle seg ekskludert fra pleien, var assosiert med negative følelser til morsrollen, og disse kunne vedvare selv mange år senere. Ble derimot mor motivert til å delta, møtt som et individ og med en god dialog, var opplevelsen mer positiv (Cleveland,2008). Støttende sykepleie anerkjenner foreldrene som en viktig ressurs for barnet og legger til rette for foreldrenes involvering og interaksjon med barnet. Tid med barnet, veiledning og undervisning i barnets pleie og involvering i beslutninger er viktig for foreldrenes mestringsfølelse av foreldrerollen (Miles,2003). Foreldre som sentral aktør i barnets pleieteam står sentralt i lovverket, helsepolitikken, NPSM og familiesentrert omsorg referert til i oppgavens teorikapittel.

### **5.4 Å bli respektert og bli lyttet til**

Foreldrene hadde et stort behov for å bli respektert og hørt, både i deres rolle som barnets foreldre og som samarbeidspartnere (Fegran & Helseth,2009). Respekt og samarbeid er

grunnleggende elementer av NPSM, yrkesetiske retningslinjer, familiesentrert omsorg (IPFCC, u.å.; Miles, 2003; Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Foreldre har en lovfestet rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), men deltar ofte i omsorgen på helsepersonells premisser (Grønseth & Markestad, 2017; Fegran & Helseth, 2009). En forutsetning for at foreldre skal kunne medvirke og anerkjennes i samarbeidet er at de gis rom til å kommunisere sine tanker og behov. Foreldrene beskrev kommunikasjonen som støttende når deres stemme ble hørt og tatt i betraktning. I motsatt fall skapte dette følelser av frustrasjon og umyndiggjørelse. Støttende praksis innebar at begge parter hadde en gjensidig forståelse for hverandres perspektiver (Liu et al., 2019). Mødrene tilbragte timevis sittende ved siden av sine babyer, og ble etter hvert flinke til å observere selv små endringer i barnets tilstand (Finlayson et al., 2014). Selv om sykepleieren er den faglige ekspert, er det foreldrene som tilbringer mest tid med barnet, og det er avgjørende at helsepersonell anerkjenner og vektlegger foreldrenes kompetanse. Først da kan vi få en familiesentrert omsorg og best mulig sykepleie (Heyn, 2018). Familiesentrert omsorg er basert på nettopp gjensidig avhengighet (Mikkelsen & Frederiksen, 2011).

## **5.5 Behovet for informasjon, veiledning, undervisning**

Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon er sentral i familiesentrert omsorg på nyfødteintensivavdelinger. Mye av sykepleiers tid på nyfødteintensivavdelinger går med til å snakke med foreldrene, formidle støtte og gi informasjon om barnets tilstand. I tillegg skal sykepleieren veilede foreldrene i hvordan de kan forstå barnets signaler, fremme et godt samspill (Heyn, 2018) samt gi opplæring i nye ferdigheter (Grønseth & Markestad, 2017).

Foreldrenes behov for informasjon er gjennomgående i flere av oppgavens forskningsartikler. Ord som beskriver informasjonens ønskede karakteristika er; konsistent, fortløpende, tydelig, nøyaktig, utfyllende og forståelig (Cleveland, 2008; Finlayson et al., 2014; Liu et al., 2019; Smith et al., 2012). Foreldrene beskriver informasjonssamlingen som en pågående og gjentakende prosess. På den ene siden gav det foreldrene trygghet å være godt informert om barnets medisinske tilstand og utvikling, og det ble enklere å ta en aktiv del i pleie- og beslutningsvalg. På den andre siden kunne de store informasjonsmengdene oppleves overveldende, spesielt i den første tiden etter innleggelse. Foreldrene uttrykte frykt for å stille spørsmål som kunne fremstå som dumme eller der de var redde for hva svaret var.

Informasjon som tok hensyn til den enkelte foreldres emosjonelle behov og læreforutsetninger ble verdsatt. Konsistent informasjon var en viktig forutsetning for å bygge tillitsfulle relasjoner til helsepersonellet (Smith et al.,2012). Tilsvarende var inkonsistent informasjon tillitsvekkende, skapte usikkerhet (Liu et al.,2019), og foreldrene følte seg inkompetente, naive og ikke respektert (Finlayson et al.,2014).

Helsepersonell har en juridisk plikt til å sørge for at foreldre får nødvendig informasjon om barnets helsetilstand og helsehjelp før de medvirker i omsorgen og i beslutninger på barnets vegne (Pasient- og brukerrettighetsloven,§3-2). I denne prosessen må sykepleier bistå foreldre i å forstå informasjonen de er gitt og være påpasselige med å ikke bruke et for teknisk språk (Miles,2003). Informasjonen må være fullstendig og nøyaktig og formidles fortløpende (IPFCC,u.å.).

For å ivareta foreldrenes informasjonsbehov bør sykepleier regelmessige møte med foreldrene, oppmuntre foreldrene til å kontakte og være tilgjengelig (Miles,2003). Sykepleiers tilgjengelighet og tilstedeværelse i øyeblikket ble beskrevet som viktige forutsetninger for at foreldrene følte seg ivaretatt. Det å få uavbrutt oppmerksomhet og tilstrekkelig med tid var vesentlig (Liu et al.,2019). Dette kan være utfordrende i en høyteknologisk setting der sykepleieren må konsentrere seg om flere arbeidsoppgaver på en gang eller har ansvar for flere barn samtidig (Moe et al.,2017). Travle arbeidsdager pekes på som et hinder for implementering av familiesentrert omsorg (Trajkovski,2012). Regelmessige samtaler med foreldrene, som en av Helsedirektoratets (2019) anbefalinger, legger til rette for gjensidig informasjonsutveksling og kan gi innsikt i foreldrenes preferanser og behov knyttet til informasjonsutvekslingen samtidig som det også gir innsikt i hvordan foreldrene har det (Tandberg,2009; Siegel et al.,2011).

Foreldre erfarte at sykepleier kunne støtte deres læring gjennom veiledning, oppmuntring, tilrettelegging og undervisning (Cleveland,2008; Liu et al.,2019; Smith et al.,2012).

Pårørendes rett til opplæring er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven (1999,§3-8).

Foreldrene ønsket at sykepleierne gjennom samarbeid veiledet, assisterte, demonstrerte nye teknikker, gav oppmuntring og tilbakemeldinger. Det var viktig for foreldrene å få lære i et tempo der det ble tatt hensyn til hvilke oppgaver de følte seg komfortable med å utføre (Liu et al.,2019). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) peker på at deltakelse i basisomsorgen for barnet kan være en rettesnor. Støttende sykepleiepraksis innebærer at

foreldrene får ta ansvar for barnets pleieoppgaver ut i fra det nivået de føler seg komfortable med, og at sykepleier tilbyr å hjelpe eller avlaste foreldrene ved behov (Liu et al.,2019). Helsepersonells plikt til å avlaste foreldrene er fastsatt i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000,§6), og uttrykkes også i Miles' NPSM (2003) og IPFCCs (u.å.) beskrivelse av familiesentrert omsorg.

Enkelte sykepleiere oppfattet seg personlig ansvarlig for hvordan foreldrene utøvde foreldre- og omsorgsrollen. Dette kunne medføre at foreldrene følte seg overvåket og vurdert i sin omsorgsutøvelse (Cleveland,2008). Det er avgjørende at sykepleier er klar over innholdet i sin rolle som veileder. Sykepleieren har en annen fagkunnskap, ansvar og myndighet enn foreldrene, og er i den forstand ikke likestilt med foreldrene. Dette er likevel ikke et hinder for at veiledningen kan være basert på likeverdighet og empowerment. Ved å la foreldrenes behov komme til uttrykk, møte foreldrene med anerkjennelse og samarbeid kan en unngå at foreldrene føler seg underlegne. Å veilede handler ikke bare om å gi informasjon, råd og undervisning. Det handler også om å møte foreldrene der de er og tilpasse veiledningen etter deres behov, med mål om styrke deres mestringskompetanse og empowerment (Tveiten,2012c). Funnene peker på at en individualisert tilnærming til veiledning og informasjonsutveksling er avgjørende i familiesentrert omsorg.

## **5.6 Emosjonell støtte**

Emosjonell støtte var ett av elementene som scoret lavest i en europeisk undersøkelse av kvaliteten på familiesentrert omsorg (Raiskila et al.,2016). Foreldrene i forskningsartiklene erfarte at emosjonell støtte fra sykepleier var avgjørende for tilfredsheten med nyfødttintensivoppholdet (Cleveland,2008; Smith et al.,2012). Dette kan indikere at det er behov for økt kunnskap om hvordan helsepersonell kan støtte foreldrene emosjonelt. Samtidig påpekte foreldrene i Smith et al. (2012) at helsepersonell ikke nødvendigvis kan fylle hele behovet for emosjonell støtte, ettersom de ikke selv har vært i samme situasjon. Derfor blir støtten fra partneren eller andre foreldre på avdelingen vesentlig.

Det var ulike erfaringer av støtten fra familie og venner. På den ene siden kunne familie og venners bekymringer forsterke foreldrenes egne bekymringer, og det opplevdes utmattende å stadig svare på spørsmål. På den andre siden var en pause fra nyfødttintensivavdelingen og tid med andre en viktig mestringsstrategi. Foreldrene opplevde det for øvrig vanskelig å forlate

barnet, og en forutsetning for å klare å dra, var at sykepleier foruten å ha den medisinske ekspertisen, viste affeksjon for barnet (Smith et al, 2012). Funnene underbygger hvordan sykepleier kan ivareta foreldrenes behov for emosjonell støtte, både i form av å legge til rette for interaksjon og støttende aktiviteter, men samtidig begrense interaksjoner som oppleves lite støttende (Smith et al.,2012). Miles (1999) poeng om at støttende sykepleie ikke er en erstatning for eller det samme som sosial støtte, men at det må forstås som profesjonell støtte, passer med disse funnene.

### **5.7 Tilgang til barnet og støttende fasiliteter**

Foreldrene beskriver et fremtredende behov for å få være nære barnet; i form av å holde, sitte nært å stryke eller amme. Ubegrenset tilgang og retningslinjer som ikke begrenser foreldres muligheter til å være på avdelingen er en forutsetning for at foreldre skal ha mulighet til å få den fysiske kontakten som er fundamental for både barnet og foreldrene (Cleveland,2008). Kunnskapsbasert praksis peker på at en avdelingsutforming som legger til rette for kontinuerlig tilstedeværelse av foreldre har medisinske og psykososiale fordeler for både barnet og foreldrene (Tandberg et al.,2019). Tilgang til barnet er et sentralt prinsipp i familiesentrert omsorg (Tandberg et al.,2018) og i helselovgivningen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon,2000).

Utformingen av nyfødttintensivavdelinger har fått økt oppmerksomhet de siste 20 årene. Det er nå økt bevissthet rundt hvordan tradisjonelle åpne avdelinger med mange nyfødte i samme rom kan virke overstimulerende for barna, med sterkt lys, mye lyder, og mange mennesker, samt at det gir lite privatliv for foreldrene. De første forslagene om eneromsavdelinger som optimal setting for syke nyfødte kom i 1992, og siden har man sett en gradvis endring av nyfødtafdelingene rundt om i verden (Liu et al.,2019). Liu et al.(2019) trekker frem både fordeler og ulemper foreldre erfarer med eneromsavdelinger. Foreldrene i studien hadde tilbragt tid på åpen avdeling før de fikk plass på eneromsavdelingen, og opphold i begge avdelingene kan derfor ha påvirket erfaringene.

Enerommene ble beskrevet som en trygg arena for læring, der foreldrene kunne øve på nye ferdigheter uten å føle at de ble observert (Liu et al.,2019). Sykepleiere bør tilstrebe å ivareta behovet for å få lære uten tilskuere, også når man ikke har eneromsavdelinger. Dette kan innebære å trekke for gardiner eller lukke dører. Enerommene gav familiene mulighet til å



utføre aktiviteter utover standard pleieoppgaver, som å synge å danse med barnet sitt, og det følte lettere å opptre som en familie. En annen fordel var at foreldrene opplevde økt mulighet til å velge selv hvordan de tok vare på barnet sitt. Denne økte autonomiteten bidro til at enkelte følte seg mer forberedte på foreldretilværelsen utenfor sykehuset, mens andre ikke følte seg klare for autonomien i pleien de ble gitt på enerommene (Liu et al.,2019).

I en tid der foreldrene skulle overta større ansvar for barnets pleie er det uheldig at foreldrene erfarte at familieenerommene kunne bidra til økt isolasjon og mindre støtte fra andre familier og helsepersonell. De følte seg mindre oppdaterte på barnets helsetilstand sammenliknet med når barnet lå på åpen avdeling. Sykepleier-baby ratioen var lavere i enerommene, og kan være noe av forklaringen til at foreldrene opplevde mindre støtte fra helsepersonell. Det er viktig at sykepleiere er klar over denne isolasjonsproblematikken og sørger for å formidle at han/hun er tilgjengelig og har regelmessige samtaler med familien (Miles,2003).

Tross noen utfordringer ved eneromsavdelinger, må det ikke glemmes at barn har en lovfestet rett til å ha foreldrene hos seg under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon,2000). Det kan diskuteres om denne retten ivaretas i tilstrekkelig grad i de tradisjonelle avdelingene. Selv om foreldrene vanligvis er velkomne 24/7, er muligheten for å være tilstede ofte begrenset av manglende plass og fasiliteter (Tandberg et al.,2018; Smith et al.,2012), mens enerommene gjorde tilgangen til barnet enklere (Liu et al.,2019) og foreldre tilbringer mer tid med barnet (Tandberg et al.,2018). EFCNIs (2018) standarder for nyfødtsomsorgen fordrer en utforming av nyfødtafdelingene som legger til rette for foreldres tilstedeværelse og deltakelse, og forskningsartiklens funn kan tyde på at enerommene er mer optimale for dette.

## **5.8 Familiesentrert omsorg: hensyn til både mor og far**

Behovet for individualisert omsorg trekkes frem som grunnleggende blant foreldre på nyfødttintensivavdelinger. Tross at dette behovet synes åpenbart, så reflekterer foreldrenes opplevelser ikke alltid en slik tilnærming (Cleveland,2008). Spesielt var dette tilfelle med tanke på å møte behovene til fedrene. Det er en betydelig overrepresentasjon av mødre blant studieobjektene i de 60 studiene i Cleveland's systematiske oversiktsartikkel, og de fleste omhandler kun mødre. Bare fire av de 60 studiene studerte fedres erfaringer alene, og funn fra disse tyder på at fedres behov er ulike mødrenes.

Clevelands artikkel er fra 2008, men nyere forskning peker på at fenomenet fremdeles er aktuelt. Vi har langt mindre kunnskap om fedres behov på nyfødteintensivavdelinger enn mødres. Raiskila et al. (2016) refererer til andre studier der fedre har rapportert om begrenset autonomi i deres foreldrerolle og om å føle seg ekskludert. Nærhet til barnet, god informasjon og involvering beskrives som viktige elementer for fedrenes opplevelse av å bli ivaretatt. Det er verdt å merke seg at Raiskila et al. i sine egne resultater finner at fedre vurderer kvaliteten på familiesentrert omsorg som nesten like høy som mødrene. Dette skiller seg fra mye av den tidligere forskningen der fedre erfarer å være en outsider i nyfødteintensivavdelingene.

Jeg merker meg at forskningsartiklene i resultatkapittelet, foruten Fegran & Helseths, har større representasjon av mødre til tross for at jeg bevisst ikke avgrenset på dette i litteratursøket. Fegran & Helseth på sin side har kun inkludert foreldreenheter som består av en mor og en far. Studien gir derfor ikke innsikt i om aleneforeldre har andre erfaringer enn familier med mor og far.

Interessant er det også at definisjonene og forståelsene av familiesentrert omsorg i stor grad er bygget på mødres erfaringer. Tross brede definisjoner av familiebegrepet består informantene i studier som ser på familieperspektivet av 80% mødre (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Det er essensielt at både fedre og mødres perspektiver inkluderes i forskningen som gjøres på familiesentrert omsorg, og at begge syn reflekteres i begrepets definerende kjennetegn. Shields et al. (2007) definisjon av familiesentrert omsorg trekker frem at nettopp alle familiemedlemmene er mottakere av pleie. Skal vi kunne individualisere sykepleien må vi ha kunnskap om de ulike familienes behov og preferanser, ikke kun på tvers av foreldreroller, men også i forhold til etnisitet, alder, og barnets diagnose blant annet.

## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg, gjennom fag- og forskningslitteratur, sett på foreldres erfaringer med familiesentrert omsorg på nyfødtintensivavdelinger, og hva som bidrar til en sykepleie der foreldrene føler seg ivaretatt og støttet.

Forskningsartiklene avdekket at; deltakelse i pleie og beslutninger; tilgang og nærhet til barnet; nøyaktig og konsistent informasjon; veiledning og undervisning basert på empowerment av foreldrene; individualisert tilnærming; støttende fasiliteter; respekt og anerkjennelse av foreldrenes kompetanse; en nær, men samtidig profesjonell relasjon; tilgjengelighet og tilstedeværelse av sykepleier; og emosjonell støtte var viktige elementer av støttende og familiesentrert omsorg. Foreldrenes behov og erfaringer samsvarer med teorien om familiesentrert omsorg og elementene av støtte beskrevet av Miles i NPSM.

Samtidig utfordres idealet om gjensidige og likeverdige relasjoner mellom helsepersonell og foreldre. Enkelte foreldre opplevde det vanskelig å finne sin rolle og plass i dette samarbeidet. Manglende rolleavklaring, en maktubalanse mellom sykepleier og foreldre, og ønsket om å ikke fremstå som ”vanskelige” foreldre bidro til dette. Empowerment av foreldrene der sykepleierens rolle skifter fra ekspert til veileder, og der foreldrene gradvis tar større del i omsorgen for barnet vil styrke foreldrenes selvtillit og uavhengighet i foreldre- og omsorgsrollen. Å bli anerkjent som en viktig ressurs for barnet er vesentlig for å etablere den gjensidige samarbeidende relasjonen som familiesentrert omsorg fordrer.

Litteratursøket avdekket lite norsk forskning om foreldres erfaringer og opplevelser fra nyfødtintensivavdelinger og med familiesentrert omsorg. Sjuvs & Johanessen (2015) bemerker hvordan forskning som ser på foreldreperspektivet ved norske intensivavdelinger er tilnærmet ikke-eksisterende og at det er behov for videre forskning. IPFCC (u.å.) poengterer hvordan involvering av familien ikke kun har en plass i pleie og behandling, men også står sentralt i forskning, fagutvikling, utforming av fasilitetene på avdelingene og i opplæring av helsepersonell. Betydningen av å lytte til foreldrenes erfaringer i utviklingen av nyfødtomsorgen er godt oppsummert i sitatet til Griffin; *”Parents are an underutilized tool from whom nurses can learn. Although healthcare practitioners may be the experts in the delivery of neonatal care, families are experts in receiving that care”* (Griffin,2006,s.100).

## Referanseliste

- Barne- og familiedepartementet. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf%C2%A0](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf%C2%A0)
- Brødsgaard, A., Pedersen, J. T., Larsen, P. & Weis, J. (2019). Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3117-3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*, 37(6), 666–691. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI). (2018). Standards of Care for Newborn Health. Hentet fra <https://newborn-health-standards.org/standards/overview/>
- 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(4), 667-673. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x>
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F. & Flacking, R. (2014). Mother's perceptions of family centred care in neonatal intensive units. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(3), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L. & Berns, S. D. (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28.  
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Griffin, T. (2006). Family-centered Care in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(1), 98-102. Hentet fra  
[https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2006/01000/Family\\_centered\\_Care\\_in\\_the\\_NICU.29.aspx](https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2006/01000/Family_centered_Care_in_the_NICU.29.aspx)
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2019). Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet: Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med foreldre til barn innlagt på nyfødtintensivavdeling. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 32-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC). (u.å.). What is PFCC? Hentet fra  
<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtisykepleie. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 28-37). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Liu, L. X., Mozafarinia, M., Axelin, A. & Feeley, N. (2019). Parents' Experiences of Support in NICU Single-Family Rooms, *Neonatal Network*, 38(2), 88-97.  
<https://doi.org/10.1891/0730-0832.38.2.88>
- Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Miles, M. S., Carlson, J. & Brunssen, S. (1999). The Nurse Parent Support Tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1): 44-50. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80059-1](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80059-1)
- Miles, M. S. (2003). Support for Parents During a Child's Hospitalization. *American Journal of Nursing*, 103(2): 62-64. Hentet fra [https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2003/02000/Support\\_for\\_Parents\\_During\\_a\\_Child\\_s.30.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2003/02000/Support_for_Parents_During_a_Child_s.30.aspx)
- Moe, K., Skisland, A. V.-S. & Söderham, U. (2017). Encountering parents of a sick newborn child. *Sykepleien Forskning*, 12(62155): (e-62155).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62155>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G., Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-40).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Raiskila, S., Lehtonen, L., Tandberg, B. S., Normann, E., Ewald, U., Caballero, S., ... , Axelin, A. (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care

- in 11 European NICUs. *Australian Critical Care*, 29(4), 201–209.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.003>
- Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A. & Van Aerde, J. (2010).  
Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnerships.  
*Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(6), 675-683.  
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 57-79). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family centered care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>
- Siegel, R., Gardner, S. L. & Dickey, L. A. (2011). Families in Crisis: Theoretical and Practical Considerations. I S. L. Gardner, B. S. Carter, M. Enzman-Hines & J. A. Hernandez (Red.), *Merenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (7.utg., s. 849-897). Missouri: Mosby Elsevier.
- Sjuls, M. & Johanessen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien Forskning*, 3, 248-255. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027>
- Smith, V. C., Steelfisher, G. K., Salhi, C. & Shen, L. Y. (2012). Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *The journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 343-352.  
<https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318270ffe5>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 224 -243). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (2009). Innledning. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 11-15). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Tandberg, B. S., Frøslie, K. F., Flacking, R., Grundt, H., Lehtonen, L. & Moen, A. (2018). Parent-Infant Closeness, Parents' Participation, and Nursing Support in Single-Family Room and Open Bay NICUs. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 32(4), E22-E23. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000359>
- Tandberg, B. S., Flacking, R., Markestad, T., Grundt, H. & Moen, A. (2019). Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit. *PLOS ONE*, 14(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224488>
- Thidemann, I.- J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M. & Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2477 – 2487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x>
- Tveiten, S. (2012a). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). Oslo: Gyldendal akademisk.



Tveiten, S. (2012c). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 157 - 204). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg 1

PICO-skjema (Thidemann, 2015)

<b>P</b> <b>(pasient/pasientgruppe)</b>	<b>I</b> <b>(tiltak/eksponering)</b>	<b>C</b> <b>(sammenlikning)</b>	<b>O</b> <b>(utfall/kunnskap om)</b>
Foreldre av barn på nyfødtintensivavdeling  <b>Søkeord:</b> "Parents", "Family", "Parenting", "Mother", "Father" + "Intensive Care Unit, Neonatal", "NICU"	Familiesentrert omsorg (derunder partnerskapet/relasjonen)  <b>Søkeord:</b> "Family Centered Care", "Professional- Family Relations"	Ikke aktuell	Erfaringer med (familiesentrert omsorg) – kvalitative studier  <b>Søkeord:</b> "Qualitative studies"