

Tilknytningens lindrende funksjon for nyfødte med neonatalt abstinenssyndrom

Kandidatnummer: 216
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8769
Dato: 19. april 2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19. april 2022
<u>Tittel</u> Tilknytningens lindrende funksjon for nyfødte med neonatalt abstinenssyndrom	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan tilknytning mellom mor og barn lindre symptomer på neonatalt abstinenssyndrom hos nyfødte innlagt på nyfødt intensiv? <u>Teoretisk perspektiv</u> Neonatalt abstinenssyndrom redegjøres for og settes i sammenheng med tilknytning og tilknytningsatferd. Kari Martinsens omsorgsteori presenteres kort for å sette problemstillingen inn i en sykepleiefaglig kontekst. Deretter redegjøres det for sykepleierens lindrende og veiledende funksjon for pasientgruppen. Kapittelet avsluttes med relevant lovverk og etiske overveielser for tematikken. <u>Metode</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor relevant fag- og forskningslitteratur er funnet gjennom litteratursøk. Faglitteratur er funnet i bachelorutdanningens pensum og gjennom søkemotoren Orii. Søk etter forskningslitteratur er utført i databasene CINAHL og PubMed. Fire forskningsartikler i tillegg til aktuell faglitteratur er benyttet for å diskutere oppgavens problemstilling. Relevant kildekritikk for litteratursøket og etiske overveielser presenteres avslutningsvis. <u>Drøfting</u> Forskningslitteraturen viser at amming og romdeling er lindrende tiltak for barn med neonatalt abstinenssyndrom, samtidig som tiltakene fremmer tilknytningen mellom mor og barn og fører til at mødrene blir mer aktive deltakere i barnets omsorg. Det er imidlertid flere faktorer som hindrer tilknytning mellom mor og barn - slik som barnets spesielle omsorgsbehov og mors vanskelige følelser knyttet til omsorgsrollen. Sykepleieren kan tilrettelegge for disse utfordringene gjennom sin veiledende rolle for mor og lindrende rolle for barnet. En god relasjon mellom sykepleier og mor er hensiktsmessig for at sykepleier skal kunne tilrettelegge for tilknytningsatferd på en god måte, og dermed også bidra til å lindre barnets abstinenssymptomer. <u>Konklusjon</u> Forskningslitteraturen tyder ikke på en direkte sammenheng mellom tilknytning og lindring av neonatalt abstinenssyndrom. Tilknytningsfremmende atferd som amming og romdeling har imidlertid en lindrende effekt, men for å oppnå dette må det tas hensyn til de utfordringer som mødre i substitusjonsbehandling og deres barn opplever.	

(Totalt antall ord: 298)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.2.1	Avgrensninger	2
1.2.2	Kontekst.....	3
1.2.3	Begrepsavklaringer.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Gravide kvinner i substitusjonsbehandling.....	4
2.2	NAS	5
2.3	Tilknytningsteori.....	6
2.3.1	Tilknytning hos NAS-barnet	7
2.3.2	NAS og amming.....	7
2.4	Sykepleiefaglig perspektiv.....	8
2.5	Juridiske rammer	9
2.6	Etiske hensyn.....	10
3	Metode	11
3.1	Valg av faglitteratur	11
3.2	Valg av forskningslitteratur.....	11
3.2.1	Inklusjonskriterier	12
3.2.2	Søketabell	13
3.3	Kildekritikk	14
3.4	Etiske overveielser	17
4	Presentasjon av forskningsartikler	18
5	Diskusjon.....	21
5.1	Amming som et tilknytningsfremmende tiltak	21
5.2	Romdeling som tiltak for lindring og tilknytning.....	24
5.3	Sykepleieren som tilrettelegger for tilknytning	26
6	Avslutning	28
	Referanseliste	29
	Vedlegg 1	33

1 Innledning

I Norge har gravide opioidavhengige blitt tilbudt substitusjonsbehandling siden 1970-tallet (Helsedirektoratet, 2011, s. 14). Det anslås at det årlig i Norge fødes mellom 30 og 60 barn av mødre som under graviditeten har vært i slik legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med metadon eller buprenorfin som substitusjon (Helsedirektoratet, 2011, s. 15). Dette antallet er relativt lite sammenliknet med det totale antallet barn som blir født i Norge, som i 2021 var 56 060 (Statistisk sentralbyrå, 2022). Selv om det er en liten gruppe barn, har antallet økt gradvis siden 1990-tallet (Helsedirektoratet, 2011, s. 16). Denne økningen kan sees i sammenheng med det økende antallet kvinner som mottar substitusjonsbehandling (Seraf, 2019, s. 6).

Helsedirektoratet (2015, s. 54) anslår at nyfødte som har vært eksponert for opioider i mors liv har en 45-97 % sannsynlighet for å utvikle neonatalt abstinenssyndrom (NAS). NAS skyldes at barnet etter fødsel ikke lenger får tilførsel av et vanedannende stoff som det ble eksponert for intrauterint (Tølløfsrud, 2009, s. 266). Dermed får barnet smertefulle abstinenssymptomer som viser seg i for eksempel irritabilitet, lyd- og lysskyhet, forstyrret søvn og økt respirasjonsfrekvens, symptomer som påvirker omsorgen for barnet (Universitetssykehuset Nord-Norge [UNN], s. 230-231).

Sykepleieren er forpliktet gjennom yrkesetiske retningslinjer til å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019). Derfor er det en sykepleieroppgave å lindre ubehaget det nyfødte barnet med abstinenser opplever, samt å være en omsorgsperson for både barn og pårørende. Helsedirektoratet (2011, s. 91) beskriver i sine retningslinjer for behandling av kvinner i LAR og deres barn at et godt samspill mellom det nyfødte barnet og dets pårørende er av betydning for å skape en positiv utvikling hos barnet, og at sykepleieren har en sentral rolle i å tilrettelegge for dette samspillet. På nyfødt intensiv kan sykepleier observere og veilede samspillet mellom barnet og pårørende, samt yte omsorg for å lindre NAS-tilstanden (Helsedirektoratet, 2011, s. 88).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min arbeidserfaring på en nyfødt intensivavdeling har vekket interessen for NAS. Å yte omsorg for NAS-barn er givende fordi jeg opplever å oppfylle flere sykepleiefaglige funksjoner - både en lindrende funksjon for barnet gjennom å iverksette tiltak som reduserer abstinenssymptomer og en veiledende funksjon for barnets pårørende i hvordan å gi NAS-

barnet god omsorg. Pasientgruppen kan også være krevende, da barnet kan ha et mer omfattende omsorgsbehov enn friske nyfødte grunnet abstinenssymptomene. Et ønske om å tilegne meg mer kunnskap om hvordan å gjøre starten av livet mindre smertefull for disse barna var årsaken til valg av tema for denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Denne bacheloroppgaven har som formål å utforske hvordan tilknytning mellom mor og barn kan lindre abstinenser hos det nyfødte barnet med NAS. Derfor er problemstillingen for oppgaven følgende:

Hvordan kan tilknytning mellom mor og barn lindre symptomer på neonatalt abstinenssyndrom hos nyfødte innlagt på nyfødt intensiv?

1.2.1 Avgrensninger

NAS kan oppstå ved intrauterin eksponering for blant annet nikotin (Helsedirektoratet, 2011, s. 84), opioider, alkohol og antidepressiva (Klingenberg & Andersen, 2021). I denne oppgaven er pasientgruppen avgrenset til barn med NAS født av opioidavhengige mødre i substitusjonsbehandling. LAR er en norsk helseordning, derfor vil det mer generelle begrepet “substitusjonsbehandling” benyttes videre fordi oppgaven ikke har en geografisk avgrensning (med unntak av gjengivelse av statistikk fra Norge).

Oppgaven bygger i stor grad på relasjonen mellom mor og barn, derfor er tematikk og etiske utfordringer knyttet til mødre som av ulike årsaker ikke er til stede under det nyfødte barnets innleggelse på nyfødt intensiv ekskludert fra denne oppgaven, det gjelder for eksempel mødre som ikke har omsorg for eget barn. Oppgaven omhandler de mødre som skal ta vare på, og som er pårørende for, barnet sitt både under innleggelse og i tiden etter. Andre nære relasjoner som for eksempel far eller medmor er ikke tema for denne oppgaven fordi det er barnets biologiske mor som er i substitusjonsbehandling.

Med tanke på oppgavens begrensede omfang er hovedfokuset på tiden barnet tilbringer på nyfødt intensiv. Eventuelle senkomplikasjoner av NAS, samt fag- og forskningslitteratur om hvordan det går med barna etter utskrivelse, er derfor ekskludert fra denne oppgaven.

1.2.2 Kontekst

Barn med NAS innlegges ved nyfødt intensiv hvor målet er å observere og behandle tilstanden, i tillegg til å tilrettelegge for samspillet mellom mor og barn (Helsedirektoratet, 2011, s. 88). Denne avdelingen er derfor denne oppgavens kontekst. Ved nyfødt intensiv samarbeider sykepleiere, spesialsykepleiere og leger tett både med hverandre og barnets pårørende om å oppnå det ovenfor nevnte målet.

1.2.3 Begrepsavklaringer

Opioider er en gruppe stoffer som binder seg til opioidreseptorer på celleoverflatene i hjernen. Heroin og morfin er eksempler på opioider. Slike stoffer har en smertestillende (analgetisk) effekt i tillegg til å gi rus i form av eufori og/eller sløvhet (Oslo Universitetssykehus [OUS], 2022).

Substitusjonsbehandling er behandling av opioidavhengighet med opioidholdige legemidler, som for eksempel metadon og buprenorfin. Legemidlene fungerer dermed som rehabilitering og er et deltiltak i et helhetlig behandlingsforløp for rusmiddelavhengige personer (Helsedirektoratet, 2018b).

NAS er et begrep som brukes om nyfødte barn som i mors liv har blitt eksponert for vanedannende stoffer, som for eksempel opioider, og som følge av dette utvikler abstinenssymptomer etter fødsel grunnet manglende tilførsel av stoffet (Tølløfsrud, 2009, s. 266).

Tilknytning er den kontakten som oppstår mellom barn og foreldre eller andre nære omsorgspersoner gjennom samspill. I denne oppgaven er det tilknytning mellom barn og mor som er i fokus. Begrepet tilknytning omhandler både den følelsesmessige relasjonen mellom mor og barn, samt atferd som fremmer tilknytning. (Håkonsen, 2018, s. 46).

Å *lindre* innebærer i denne sammenhengen å begrense omfanget av det nyfødte barnets fysiske og psykiske belastninger. Det handler om å redusere smerte, trøste og å fremme ro og hvile for barnet (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teoretisk kunnskap som er relevant for oppgavens problemstilling. Hensikten med dette er å gi innsikt i og forståelse for temaene som inngår i problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 57).

2.1 Gravide kvinner i substitusjonsbehandling

I substitusjonsbehandling bruker kvinnen et opioidholdig legemiddel (som for eksempel metadon eller buprenorfin) for rehabilitering av opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2018b). Formålet med slik behandling er å redusere skader av opioidbruk og overdosedødsfall, samt å forbedre brukerens livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018b). Opioider, som for eksempel heroin, senker frigjøringen av hormoner fra hypofysen og svekker dermed eggløsningen og gir menstruasjonsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2011, s. 38). Gjennom substitusjonsbehandling og forbedret allmenntilstand vil kvinnen få tilbake hormonbalansen i kroppen og dermed øker sjansen for å bli gravid (OUS, 2021).

I Norge er det årlig ca. 30 kvinner i LAR som får barn (OUS, 2021). Under graviditeten bør kvinnen ikke bytte mellom metadon og buprenorfin, men kan i samråd med behandlingsansvarlig lege komme frem til om dosen bør reduseres eller beholdes som før graviditeten (Helsedirektoratet, 2019). Målet er å redusere fosterets eksponering for legemiddelet i størst mulig grad uten at det fører til en forhøyet risiko for tilbakefall til rusmiddelmisbruk hos kvinnen – da dette kan få alvorlige følger for fosteret (Helsedirektoratet, 2019). Det tilstrebes å redusere kvinnens opplevelse av abstinenssymptomer for å fremme stabilitet og ro i overgangen fra graviditet til barsel (Helsedirektoratet, 2019).

Gravide kvinner i substitusjonsbehandling vil ha et stort behov for informasjon knyttet til svangerskapet (Helsedirektorater, 2011, s. 40). Det kan handle om tanker og følelser knyttet til det å skulle bli mor, i tillegg kan den forestående morsrollen for noen bringe opp vanskelige forhold ved egen oppvekst som krever bearbeidelse (Helsedirektorater, 2011, s. 46). Etter mors behov eller ønske kan hun følges opp ved forsterket helsestasjon – en slik oppfølging kan fremme trygghet og forutsigbarhet i forbindelse med fødsel og barseltid (Helsedirektoratet, 2011, s. 46). Hvis det nyfødte barnet får abstinenser, kan mor oppleve

skyldfølelse fordi hun opplever å være årsaken til barnets plager (Helsedirektoratet, 2011, s. 95).

2.2 NAS

Legemiddelet som benyttes i den gravide kvinnens substitusjonsbehandling blir overført fra mor til barn gjennom morkaken, dermed overføres stoffet fra mors til fosterets blodsirkulasjon (Tølløfsrud, 2009, s. 267). I mors liv kan stoffet påføre fosteret skade; fosterutviklingen kan skades umiddelbart ved eksponering for stoffet, sentralnervesystemet kan påvirkes negativt (gir nevrologiske symptomer hos barnet på lengre sikt) og barnet kan bli avhengig av stoffet grunnet passiv tilførsel fra mor (Tølløfsrud, 2009, s. 266). Det er sistnevnte som er tema for denne oppgaven. Etter fødsel opphører barnets eksponering for det vanedannende legemiddelet fra fosterlivet og derfor kan de abstinenssymptomer som utgjør NAS oppstå (UNN, s. 230). Abstinensene hos det nyfødte barnet vises ved irritabilitet, høyfrekvente skrik, lyd- og lysskyhet, forstyrret søvn, løs avføring, gulping, økt suging med dårlig koordinasjon, økt respirasjonsfrekvens og nysing (UNN, s. 230-231).

Ifølge Helsedirektoratet (2011, s. 85) bør barn av mødre i substitusjonsbehandling hvor NAS-problematikk mistenkes være innlagt på nyfødt intensiv i syv døgn for observasjon, med den hensikt å sikre at behandlingskrevende NAS oppdages. Det finnes flere kartleggingsverktøy for å avdekke NAS, men den mest brukte er skåringskjemaet "Finnegan" (Bagwell, 2020, s. 666). I skjemaet (se vedlegg 1) kartlegges 21 tegn på abstinenser, deriblant nevrologiske, respiratoriske og gastrointestinale plager (Bagwell, 2020 s. 666). Eksempler på tegn er høyfrekvente skrik, kramper, marmorering i huden, gjentatte nys og løs avføring, og alle tegnene gir en poengskår (Klingenberg & Andresen, 2021). Barnet skåres hver tredje til fjerde time, men barnet bør ikke vekkes for å skåres (Helsedirektoratet, 2021, s. 86). I tillegg til Finnegan-skjemaet bør døgnklokke benyttes for å observere og dokumentere blant annet barnets søvn, våkentid, urolighet og gråt gjennom døgnet for å kartlegge barnets abstinenser (Helsedirektoratet, 2011, s. 85-86).

Døgnklokken og den totale Finnegan-skåren basert på alle barnets symptomer indikerer alvorlighetsgraden av NAS, og påvirker hvordan abstinenssymptomene skal behandles (Helsedirektoratet, 2021, s. 88). Medikamentell behandling av NAS er indikert ved tre påfølgende Finnegan-skår lik eller over 8, to påfølgende over 12 eller én over 17 (Helsedirektoratet, 2021, s. 88). Ved eksponering for opioider i fosterlivet benyttes morfin-

mikstur som nedtrappes i tråd med barnets symptombilde (Helsedirektoratet, 2021, s. 88). Denne bacheloroppgaven omhandler de barna som ikke har så alvorlige abstinenssymptomer at de trenger medikamentell behandling, men heller ikke-medikamentelle tiltak som har til hensikt å redusere stimuli som barnet utsettes for, som for eksempel dempet belysning, begrenset kroppskontakt, svøping og amming (Helsedirektoratet, 2011, s. 87, s. 90).

Irritabilitet hos NAS-barnet gjør at det trenger skjerming mot stimuli som lys, lyd og berøring (Tølløfsrud, 2009, s. 268). Reiving (å pakke barnet godt inn i et teppe) kan forhindre motorisk uro ved at det gir barnet en bedre egenkontroll over kroppen (Tølløfsrud, 2009, s. 268). Skjerming og reiving er her eksempler på ikke-medikamentelle tiltak som har som hensikt å fremme ro og hvile for barnet. Som oftest klarer NAS-barnet i våken tilstand kun et stimuli av gangen – for eksempel kan berøring og stemmer samtidig bli for mye (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Her ser vi hvorfor omsorgen for NAS-barnet må være hensynsfull og forsiktig for å kunne redusere barnets abstinenssymptomer. Abstinenssymptomene stiller krav til omsorgsutøvelsen både fra barnets mor og sykepleier. Dette er tematikk som videreføres i denne oppgavens diskusjon (kapittel 5).

2.3 Tilknytningsteori

Samspeillet mellom mor og barn danner grunnlaget for tilknytningen, denne prosessen ble for første gang beskrevet av John Bowlby i 1969 (Håkonsen, 2018, s. 46). Han forklarer det følelsesmessige båndet som oppstår mellom mor og barn slik; “Understanding of the response of a child to separation or loss of his mother-figure turns on an understanding of the bond that ties him to that figure” (Bowlby, 1982, s. 177). Bowlby skriver videre at en vidt akseptert forklaring på tilknytningen mellom mor og barn er at det er en naturlig prosess som følger av at barnet har fysiologiske behov for mat og varme, noe moren kan gi. (Bowlby, 1982, s. 178).

Det nyfødte barnet er utforskende og i stadig samhandling med omgivelsene gjennom oppfattelse av og reaksjon på stimuli rundt seg - dette kalles den medfødte kompetansen (Håkonsen, 2018, s. 44). Barnets utvikling (utenom fysiske modningsprosesser) foregår innenfor rammene av relasjonene barnet har til sine omsorgspersoner (Håkonsen, 2018, s. 45). Fra fødsel av starter den følelsesmessige utviklingen gjennom samspill med nære omsorgspersoner, og i samspeillet skapes tilknytningen (Håkonsen, 2018, s. 46). Nær og trygg tilknytning til omsorgspersoner har vist å gi barnet en større evne til å håndtere vanskelige

situasjoner senere i livet, i tillegg til å kunne lettere uttrykke egne og forstå andres følelser (Håkonsen, 2018, s. 47).

Tilknytningen mellom barnet og nære omsorgspersoner danner grunnlaget for barnets opplevelse av trygghet og tillit (Håkonsen, 2018, s. 46). Bowlby (1982, s. 225) forklarer at i tillegg til å sørge for at barnets behov dekkes, er hensikten med tilknytningen beskyttelse fra fare – at mor er en trygg base hvor barnet søker sikkerhet. Begrepet tilknytning brukes også om atferden rettet mot å skape nærhet (Håkonsen, 2018, s. 46). Barnet viser tilknytningsatferd gjennom for eksempel gråt og smil, dette signaliserer behov til omsorgspersonen som fører til nære relasjoner når behovene blir møtt (Håkonsen, 2018, s. 47).

2.3.1 Tilknytning hos NAS-barnet

For å kunne fremme tilknytning er det nødvendig å være bevisst de faktorer som påvirker det sensitive samspillet mellom mor og det nyfødte barnet. Barn med NAS kan ha utfordringer utover det som forventes av friske nyfødte, det kan som tidligere nevnt være forstyrret søvn og irritabilitet (UNN, s. 230-231). Moe et al. (2010, s. 315) beskriver at mødre med rusproblematikk kan ha en dårligere evne til å lese signalene som barnet gir og ha vanskeligheter med å mestre et barn som er vanskelig å regulere. Derfor er en økt sensitivering (følsomhet) hos mor for barnets spesielle omsorgsbehov er en forutsetning for et godt samspill (Moe et al., 2010, s. 315). Sykepleier vil ha en viktig veiledende rolle i å fremme mors forståelse for barnets symptomer og signaler og deretter respondere adekvat.

En annen viktig sykepleieoppgave vil her være å hjelpe mødre til en økt kapasitet til selvregulering, empati og toleranse for stress, fordi barnets abstinenssymptomer trolig vil frembringe frustrasjon og uro også for mor (Moe et al., 2010, s. 315). Moe et al. (2010, s. 315) påpeker at mange mødre med rusproblematikk selv ikke har opplevd gode omsorgspersoner, og at de kan ha en dårlig selvtillit i foreldrerollen. De kan derfor trenge veiledning i hvordan å gi god omsorg til sitt barn for å forebygge et utrygt og desorganisert tilknytningsmønster hos barnet (Moe, 2010, s. 315).

2.3.2 NAS og amming

Amming fremmer tilknytningen mellom mor og barn og styrker dermed mors evne til å sette barnets behov foran egne (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Rusfrihet er en forutsetning for å ha omsorgen for eget barn, derfor er ikke amming frarådet for mødre i denne oppgaven

(Tølløfsrud, 2009, s. 269). Gjennom morsmelken får barnet tilførsel av legemiddelet som mor får som substitusjonsbehandling, dette fører til en naturlig nedtrapping i dose ettersom barnet vokser og en seponering når barnet går over til annen næring (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Metadoneksponerte nyfødte har en dårligere sugerefleks enn friske nyfødte, noe som kan vanskeliggjøre ammingen (Helsedirektoratet, 2011, s. 90).

2.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen (2003, s. 69) beskriver omsorgsbegrepet som omtenkksomhet eller bekymring for et annet menneske, som vises i praktisk omsorgsarbeid/pleie eller gjennom en sosial relasjon hvor omsorg ytes ved for eksempel støtte eller veiledning. Omsorg handler også om forståelse, som i et sykepleiefaglig perspektiv opparbeides gjennom felles erfaringer mellom sykepleier og pasient; slike erfaringer kan være samtaler eller opplevelser som fremmer relasjonen mellom de to, og som gjør at man lærer den andre å kjenne og dermed styrker forståelsen (Martinsen, 2003, s. 71). Martinsen understreker at en forutsetning for god omsorg er at sykepleier forholder seg til, og anerkjenner, pasientens opplevelse av egen situasjon - at sykepleier ikke antar hvilket omsorgsbehov pasienten har, men heller lytter til pasientens egne ønsker (Martinsen, 2003, s. 71). Sykepleiere som arbeider med NAS-barn og deres mødre bør derfor forsøke å opprette en god relasjon for så å forstå hvordan den nye livssituasjonen oppleves og deretter yte hensiktsmessig omsorg basert på behovet til mor og barn.

Selv om helsehjelpen som ytes ved nyfødt intensiv er rettet mot det nyfødte barnet som pasient, er det vanskelig å skille dette fra relasjonen barnet har til mor grunnet for eksempel mors rolle i barnets ernæring gjennom amming. Omsorgen som sykepleieren gir omfatter derfor både mor og barn. I det nevnte eksempelet vil sykepleier ha en rolle både i å sikre tilstrekkelig ernæring for barnet, samt å veilede mor i amming. At sykepleieren har en slik kompleks omsorgsrolle sammenfaller med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere om å yte helhetlig omsorg – i omsorgen for barn innebærer det å se barnet i sammenheng med familien og miljøet det er født inn i (NSF, 2019).

Sykepleiefaget har spesifikke funksjonsområder som påvirker tilnærmingen til pasienter (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21). Funksjonsområdene kan sees på som de ansvarsområdene sykepleieren har overfor pasienten (Kristoffersen, 2021, s. 19). I behandlingen av nyfødte med NAS har sykepleieren en lindrende funksjon som fremkommer av sykepleierens ansvar

for å forsøke å forbedre pasientens livskvalitet gjennom å redusere lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22). For NAS-barnet skal sykepleieren lindre tidligere nevnte smertefulle abstinenssymptomer (Tølløfsrud, 2009, s. 268). Å begrense omfanget av den psykiske belastningen som barnets mor kan oppleve ved å ta vare på et barn med spesielle omsorgsbehov faller også inn under sykepleierens lindrende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22).

Sykepleierens veiledende funksjon er også relevant i omsorgen for NAS-barn og deres mødre. Gjennom veiledning av pasienter og pårørende kan sykepleieren fremme trygghet og mestring i møte med sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Det abstinenspregede barnet har som nevnt spesielle omsorgsbehov, derfor er det svært viktig at sykepleier veileder barnets mor om disse. Abstinenssymptomene kan ha stor innvirkning på samspillet mellom mor og barn, et eksempel på dette er at øyekontakt kan være for sterk stimuli for NAS-barn og dermed forårsake uro for barnet (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Dette er viktig informasjon som mor trenger å vite for å kunne bidra i den tilrettelagte omsorgen for barnet sitt. Det er også viktig å huske på at det er stor forskjell på NAS-barn. For eksempel vil noen NAS-barn roes ved hudkontakt med mor, mens det er for sterk stimulering for andre (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Derfor er det viktig at både sykepleier og mor lærer barnet å kjenne, for på den måten å yte den helsehjelpen som er hensiktsmessig for nettopp det barnet.

2.5 Juridiske rammer

I Norge er det utarbeidet egne lovtekster som omhandler barn som pasienter, svært sentralt er det at barn har en lovfestet rett til samvær med minst én forelder eller omsorgsperson med foreldreansvar i helseinstitusjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Det innebærer at barn på nyfødt intensiv har krav på tilstedeværelse av forelder under hele innleggelsen.

Hva gjelder barn med NAS er § 5 i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon svært relevant. Forskriften beskriver at helsepersonell må ha kunnskap om barnets utvikling og behov, og veilede foreldrene om dette (forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). I den samme forskriftens merknader til § 6 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) om barns særlige rettigheter understrekes det likevel at foreldre ikke skal utføre oppgaver som kan være smertefulle for barnet eller som er uforsvarlige. Å sørge for at barnet ikke utsettes for uforsvarlighet er et lovfestet krav til de som yter helsehjelp (helsepersonelloven, 1999, § 4).

Kravet om forsvarlighet innebærer at utøveren av helsehjelp handler i samsvar med gjeldende faglige normer og lovverk (Helsedirektoratet, 2018).

Fordi det nyfødte barnet av naturlige årsaker ikke kan medvirke i egen helsehjelp, er det foreldre som samtykker på vegne av sitt barn (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Foreldrene er barnets nærmeste pårørende, og med dette følger lovfestede rettigheter. De skal informeres om barnets helsetilstand og helsehjelpen som gis (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Det er imidlertid viktig at helsepersonellet må informere på en måte som er tilpasset mottakerens forutsetninger, og i tillegg sørge for at innholdet er forstått (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Helsepersonell skal dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis (helsepersonelloven, 1999, § 39). I arbeid med barn som pasienter er det aktuelt å dokumentere sosiale forhold hos barnet. Det kan for eksempel gjelde i hvilken grad omsorgspersoner evner å ta seg av barnet eller om andre aspekter som er vekker bekymring. Med hjemmel i helsepersonellovens § 33 (1999) har helsepersonell uten hinder av taushetsplikten (§ 21 i samme lov) opplysningsplikt til barnevernet om det er mistanke om pågående omsorgssvikt, eller om det mistenkes at dette kan forekomme etter utskrivelse.

2.6 Ethiske hensyn

NSF sine yrkesetiske retningslinjer gir føringer for hva som er etisk god sykepleie. Svært viktig er forpliktelsen sykepleiere har til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (NSF, 2019). Dette sammenfaller med helsepersonellovens § 4 (1999) om faglig forsvarlighet. I tillegg til dette skal sykepleieren lindre lidelse (NSF, 2019), dette er særlig relevant for barn med NAS som opplever ubehag og fravær av hvile og ro i forbindelse med sine abstinenssymptomer. Derfor har sykepleieren, som nevnt tidligere, en viktig funksjon ved å tilrettelegge for tiltak som har en lindrende effekt. I møte med pårørende skal sykepleieren vise respekt og omsorg, samt inkludere dem i barnets helsehjelp (NSF, 2019).

For å kunne vise respekt og omsorg til pårørende må sykepleien jobbe med egne holdninger i møte med mødre med rusmiddelproblematikk. Det innebærer å gi mødrene en mulighet til å vise at de er gode omsorgspersoner på lik linje med andre nye mødre. Dette prinsippet mot forskjellsbehandling er et av de fire etiske prinsippene, prinsippet om rettferdighet (Brinchmann, 2021, s. 85).

3 Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2020, s. 53). Metoden hjelper oss å innhente den informasjonen vi trenger for å kunne drøfte et tema og dermed trekke konklusjoner. Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor informasjonen er funnet gjennom litteratursøk. Relevant fag- og forskningslitteratur funnet gjennom litteratursøket kan deretter benyttes for å belyse en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

3.1 Valg av faglitteratur

Søket etter relevant faglitteratur begynte i bachelorutdanningens pensum. Lærebøkene *Psykologi og psykiske lidelser* (Håkonsen, 2018) og *Klinisk sykepleie 1* (Stubberud et al., 2017) omtaler sentrale tema for denne oppgaven som henholdsvis tilknytningsteori og sykepleierens funksjonsområder og ble dermed inkludert. Pensumboken *Etikk i sykepleien* (Brinchmann, 2021) er benyttet for å belyse viktige etiske aspekter ved problemstillingen.

Videre gikk søket gjennom søkemotoren Oria, som gir informasjon om biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH) sitt utvalg av litteratur, samt gir tilgang på faglitteratur tilgjengelig på nett. Relevante søkeord som ble brukt var “neonatalt abstinenssyndrom”, “tilknytning”, “Bowlby”, “Kari Martinsen”, “nyfødtsykepleie” og “LAR”. Da fant jeg *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (Moe, 2010) og *Nyfødtsykepleie 2* (Tandberg & S. Steinnes, 2009) som begge omhandler ulike aspekter av NAS, samt boken *Attachment* (Bowlby, 1982) om tilknytningsteori og *Omsorg, sykepleie og medisin* (Martinsen, 2003) om omsorgsteori.

Annen relevant faglitteratur som i stor grad benyttes i denne oppgaven er *Nasjonale retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder* (Helsedirektoratet, 2011) som er funnet på Helsedirektoratet sine nettsider, samt aktuelt lovverk hentet fra lovdata.no og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hentet fra NSF.no (hjemmesiden til Norsk Sykepleierforbund).

3.2 Valg av forskningslitteratur

For å finne relevant forskningslitteratur har litteratursøket blitt utført i databasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) og PubMed, som begge er internasjonale

databaser for sykepleiefaglige tidsskrifter. Søkene ble utført i perioden desember 2021 til mars 2022. For å finne aktuelle søkeord tok jeg utgangspunkt i oppgavens problemstilling, og kom derfor frem til de sentrale begrepene neonatal abstinenssyndrom, tilknytning og sykepleie. Disse ble oversatt til engelsk og benyttet i litteratursøket; “Neonatal abstinence syndrome”, “nursing care”, “parent-child relations” og “attachment”. I alle søk ble søkeordene kombinert med funksjonen AND, som finner de artikler som inneholder begge søkeord (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 88). På denne måten blir søket mer spisset inn mot problemstillingen.

Basert på søkeord og inklusjonskriterier (presentert i kapittel 3.2.1) fant jeg flere artikler som kunne være relevante for oppgavens problemstilling. Videre selektering ble gjennomført ved å lese forskningsartiklenes tittel og sammendrag. Hvis sammendraget ga tegn på at artikkelen kunne være aktuell for å belyse oppgavens tematikk, ble hele artikkelen lest. Søk 1 og 2 førte frem til utvelgelse av oversiktsartiklene til MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown (2016), som begge omhandler effekten av ikke-medikamentelle tiltak i å lindre abstinenssymptomer, søk 3 til undersøkelsen utført av Shuman et al. (2020) om mors rolle i omsorgen for NAS-barn og søk 4 til Shannon et al. (2021) som drøfter utfordringer forbundet med tilknytning og NAS. Årsaken til at disse artiklene ble valgt er at de belyser NAS-problematikk fra ulike perspektiver, noe som kan åpne for en mer nyansert diskusjon.

Underveis i skriveprosessen har noen artikler blitt byttet ut til fordel for mer relevante artikler som er bedre egnet til å besvare problemstillingen. Fremgangsmåten for litteratursøket slik det er beskrevet over inkluderer kun de artiklene som ble utvalgt til å være en del av denne oppgaven. Valgte forskningsartikler er presentert i tabell 3.2.

3.2.1 Inklusjonskriterier

For å avgrense litteratursøket er flere inklusjonskriterier benyttet. Kriteriene er forhåndsbestemte krav til artiklene som er funnet i litteratursøket for å kunne bli inkludert i oppgaven (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 89). Inklusjonskriteriene i denne oppgaven er presentert i tabell 3.1 og begrunnes nærmere under tabellen. Kriteriene baseres på oppgavens problemstilling og hvordan tydeliggjøre denne i størst mulig grad for å kunne komme til gode konklusjoner for oppgaven.

Tabell 3.1 Inklusjonskriterier

- Publiseringstidspunkt etter 2010
- Norsk eller engelsk språk
- Publisert i et fagfellevurdert tidsskrift
- Følger IMRAD-struktur
- Relevans for oppgavens problemstilling

De ovenfor nevnte inklusjonskriterier er benyttet for alle søkene som ble utført, både i CINAHL og PubMed. For å bli inkludert i oppgaven måtte artiklene være publisert etter 2010, med den hensikt å finne den mest oppdaterte forskningen. Artiklene måtte også være publisert på norsk eller engelsk. Årsaken til dette var å sikre at tekstens innhold ble bevart i oversettelsen til denne oppgaven. Kravet til artiklene om å være publisert i et fagfellevurdert tidsskrift innebærer at eksperter på temaet godkjenner innholdet i artikkelen og dermed kvalitetssikrer den. Å benytte fagfellevurderte artikler gjør at eventuelle konklusjoner som trekkes i denne oppgaven bygger på forskning som er vurdert som pålitelig og gyldig. Kravet om IMRAD-struktur er et hjelpemiddel i søkeprosessen etter forskningslitteratur. Det innebærer at artikkelen inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne oppbyggingen hjelper leseren å skille mellom hva forskningslitteratur fra faglitterære artikler, hvor det ikke er et slik krav til struktur. Det siste kravet om relevans for oppgavens problemstilling er svært viktig. Relevant tematikk er lindrende tiltak for NAS, tilknytning mellom mor og NAS-barn og erfaringer sykepleiere har med denne pasientgruppen. Kravet om relevant forskning har som hensikt å fremme en tydelig besvarelse av problemstillingen.

3.2.2 Søketablell

Med ovenfor nevnte inklusjonskriterier og gjennom litteratursøk som beskrevet i kapittel 3.2, ble fire forskningsartikler valgt. Disse er presentert i tabell 3.2.

Tabell 3.2 Søketabell

Søk	Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Valgte artikler
1	4/2/22	CINAHL	“Neonatal abstinence syndrome” AND “nursing care”	Totalt: 76 Lest: 12 Inkludert: 2	Treff nr. 15: MacMullen et al. (2014) <i>Evidence-Based Interventions for Neonatal Abstinence Syndrome</i> Treff nr. 35: Edwards & Brown (2016) <i>Nonpharmacologic Management of Neonatal Abstinence Syndrome</i>
2	5/2/22	CINAHL	“Neonatal abstinence syndrome” AND “parent-child relations”	Totalt: 37 Lest: 7 Inkludert: 1	Treff nr. 4: Shuman et al. (2020) <i>Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome</i>
3	6/3/22	Pubmed	“attachment” AND “neonatal abstinence syndrome”	Totalt: 15 Lest: 6 Inkludert: 1	Treff nr. 10: Shannon et al. (2021) <i>The Challenges to Promoting Attachment for Hospitalised Infants with NAS</i>

3.3 Kildekritikk

For å finne relevant faglitteratur er LDH sitt bibliotek blitt benyttet, men bibliotekets katalog omfatter ikke alle titler som omhandler tematikken for problemstillingen i denne oppgaven. Dermed kan mer relevant eller nyere faglitteratur ha blitt oversett. Boken *Nyfødtsykepleie 2* (Tandberg & Steinnes, 2009) er benyttet i beskrivelsen av NAS. Det er et eldre læreverk fra 2009, derfor kan det hende at andre læreverk fra et senere publiseringstidspunkt kan ha beskrivelser som i større grad bygger på oppdatert forskning. Grunnen til at boken likevel ble brukt var den lettfattelige beskrivelsen av NAS, til forskjell fra tyngre læreverk som krever et større kunnskapsgrunnlag i forkant som for eksempel en nyfødt- eller barnesykepleier kanskje ville hatt. Helsedirektoratets (2011) *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder* er også en eldre publikasjon, likevel er dette gjeldende retningslinjer for pasientgruppen og benyttes i dagens behandlingspraksis. Dermed vurderes den som relevant. Boken *Attachment* til Bowlby om tilknytningsteori ble publisert først i 1969, men det er andre utgave som benyttes i denne oppgaven. Selv om dette er et eldre verk benyttes det i den teoretiske redegjørelsen for tilknytning fordi dette er klassisk litteratur innenfor temaet, og nyere faglitteratur på området henviser til Bowlby i sin beskrivelse (som Håkonsen sitt læreverk *Psykologi og psykiske*

lidelser fra 2018). Det samme gjelder boken *Omsorg, sykepleie og medisin* (Martinsen, 2003), som benyttes som kilde for omsorgsteori i denne oppgaven.

I litteratursøket er databasene CINAHL og PubMed benyttet. Disse er tilgjengelige for studenter ved LDH gjennom skolens bibliotek. I tillegg har databasene en svært omfattende katalog av tidsskrifter innenfor sykepleiefaglig litteratur. Grunnet kjennskap til fremgangsmåten for litteratursøk i CINAHL og PubMed fra tidligere oppgaver under bachelorutdanningen, ble disse et naturlig valg for litteratursøk også for denne oppgaven. Ved å kun ha benyttet disse to databasene kan viktig og relevant forskning i andre databaser ha blitt oversett. Det er en svakhet ved litteratursøket som kan påvirke diskusjonen, hvis for eksempel annen relevant forskning fra en annen database viser motstridende forskningsresultater til de som er inkludert i oppgaven.

Litteratursøkene er ikke avgrenset med tanke på geografi, da opioidavhengighet under graviditet og dermed NAS er et internasjonalt helseproblem. I oppgaven er det benyttet enkeltstudier fra Norge og USA, samt oversiktsartikler hvor geografisk tilhørighet ikke har vært et inklusjonskriterie i utvelgelsen av forskning. Dette fører til at aspekter ved behandlingspraksis i ulike land ikke er en del av diskusjonen og kan dermed svekke besvarelsen av oppgavens problemstilling. Viktigheten av ulik behandlingspraksis anerkjennes, men ekskluderes likevel grunnet bacheloroppgavens begrensede omfang og at tematikken faller utenfor problemstillingen.

I litteratursøket er et av inklusjonskriteriene at artiklene er publisert etter 2010. Likevel er eldre artikler enn dette bearbeidet i oversiktsartiklene som er inkludert i denne oppgaven. Dermed er det en risiko for at konklusjonene i oversiktsartiklene er utdatert fordi nyere forskning har kommet til i etterkant av publiseringstidspunktet. En annen bemerkning til litteratursøket er at i søk 1 ble søkeordet "nursing care" brukt. Grunnen til at dette begrepet ble valgt i stedet for mer generelle begreper som "nurse" eller "nursing" er at disse kun var nøkkelord - de hadde ikke explode-funksjon, noe som innebærer å gi færre treff.

I oppgaven er det valgt ut to oversiktsartikler og to enkeltstudier. Oversiktsartikler er sekundærlitteratur hvor kunnskap fra andre kilder er bearbeidet (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 30-31). Enkeltstudier er forskning som står for seg selv og som ikke bygger på andre forskningsresultater, dette er primærlitteratur (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 30-31). Med oversiktsartikler får vi et overblikk i et tema og kan utforske tendenser og mønstre i den

forskningen som finnes på området. Det er imidlertid nødvendig å være seg bevisst på at viktige detaljer fra enkeltstudiene inkludert i oversikten kan glippe i bearbeidelsen av forskningen. Viktig å merke seg er også at jeg kan ha misforstått innhold i forskningen grunnet utilstrekkelig kunnskap om tematikken og begrenset erfaring med pasientgruppen. I oversettelsen fra engelsk til norsk kan også viktig innhold ha falt bort.

Oversiktsartiklene til MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown et al. (2016) undersøker lindrende tiltak for NAS-barn. MacMullen et al. omtaler 24 og Edwards & Brown et al. (2016) 14 forskningsartikler. Tre artikler omtales i begge oversiktsartikler (Abdel-Latif et al., 2006, Abrahams et al., 2007, Ballard, 2002, referert i MacMullen et al., 2014, Edwards & Brown et al., 2016). Dette åpner for at det i diskusjonen i kapittel 5 kan sammenliknes funn fra MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown et al. (2016) som bygger på samme forskningsresultater. Det er forsøkt tatt hensyn til denne utfordringen i bearbeidelsen av de to oversiktsartiklene.

MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown et al. (2016) har i sine oversiktsartikler ikke hatt som inklusjonskriterie at NAS-barnets mor må være i substitusjonsbehandling. Det innebærer at det omtales både forskning hvor mor er i substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin og forskning hvor mors status (nåværende rusmisbruk eller substitusjonsbehandling) ikke er oppgitt som avgrensning. Et mer spisset litteratursøk ved bruk av søkeord som for eksempel “substitution treatment” eller et inklusjonskriterie om at artikkelen må baseres på mødre i substitusjonsbehandling ville trolig ha ført frem til artikler som i større grad omhandler dette. Artiklene til MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown et al. (2016) vurderes likevel som relevante for denne oppgaven fordi funnene er generelle om amming og romdeling som lindrende tiltak for NAS-barnet og tiltakene er relevante for mødre med omsorg for eget barn.

Min arbeidserfaring fra en nyfødt intensivavdeling vil trolig ha farget holdninger og synspunkter på NAS, da dette er problematikk som hyppig ses ved en slik avdeling. Erfaring med pasientgruppen, og tilegnet kunnskap om den, vil trolig ha påvirket hvilke søkeord som er blitt brukt i litteratursøkene. Dermed kan det ha ført til en seleksjon i hvilke artikler som er valgt for å belyse problemstillingen.

3.4 Ethiske overveielser

Denne oppgaven følger LDH sine retningslinjer for oppgaveskriving. Referansestilen APA 7th er benyttet i kildehenvisning. Utvelgelsen av forskning til oppgaven har foregått i tråd med Grønseth og Jerpseth (2019) sine kvalitetskriterier for etisk reflektert forskning, nærmere bestemt respekt for deltakere, gode konsekvenser av forskningen, rettferdig utforming og integritet (2019, s. 90). Min arbeidserfaring fra nyfødt intensiv er anonymisert på grunnlag av taushetsplikten med hjemmel i norsk lov om å hindre adgang til “folks legems- og sykdomsforhold” (helsepersonelloven, 1999, § 21).

4 Presentasjon av forskningsartikler

Forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven omhandler hvilke faktorer som kan redusere alvorligheten av NAS-symptomer, men med noe ulike perspektiver. To av artiklene (MacMullen et al., 2014, Edwards et al, 2016) har til hensikt å undersøke effektive og konkrete tiltak for å lindre abstinensene barn med NAS opplever. Disse finner at spesielt amming og “rooming-in” er svært viktig for å oppnå lindring. “Rooming-in” innebærer at NAS-barnet ligger i barneseng på mors rom under sykehusinnleggelsen (Nesheim, 2019). I mangel på et tilsvarende norsk begrep, vil ordet “romdeling” benyttes i denne oppgaven. Den tredje artikkelen (Shuman et al, 2020) påpeker at grunnlaget for å få til dette er en god relasjon mellom helsepersonell og mor, samt mellom mor og barn. Dette oppnås gjennom veiledning av barnets mor og ikke-dømmende holdninger hos helsepersonell. Artikkel fire (Shannon et al., 2021) utfordrer de tidligere nevnte artiklene ved å utforske de utfordringer disse mor-barn-relasjonene har i å oppnå tilknytning, ofte grunnet barnets spesielle omsorgsbehov.

Tabell 4.1 gir en presentasjon av artiklenes hensikt, metode og funn/resultater. Resultatene danner grunnlag for diskusjonen i kapittel 5.

Tabell 4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn/resultater
1	MacMullen, N. J., Dulski, L. A. & Blobaum, P. (2014)	Evidence-Based Interventions for Neonatal Abstinence Syndrome	Pediatric Nursing, 40(4), s. 165-203 Fagfelle-vurdert	Å undersøke hvilke sykepleie-faglige tiltak som er effektive i å lindre NAS-symptomer	Systematisk litteraturstudie av 24 forsknings-artikler. Artiklene inkluderer case-studier, retrospektive kohort-studier, kontrollerte undersøkelser (med eller uten randomisering) og retningslinjer. Artiklene oppfyller MacMullen et al. sine inklusjonskriterier om å fokusere på sykepleietiltak for NAS, litteraturen måtte være internasjonal og publisert etter 2004 (kravet gjelder ikke klassisk litteratur innen temaet).	Romdeling mellom mor og barn reduserer alvorligheten av abstinenssymptomer og fremmer morens deltakelse i omsorgen for barnet. Amming reduserer alvorligheten av NAS, i tillegg til at det fremmer tilknytningen mellom mor og barn og fører til at mødrene blir mer aktive deltakere i barnets omsorg.
2	Edwards, L. & Brown, L. F. (2016)	Nonpharmacologic Management of Neonatal Abstinence Syndrome: An Integrative Review	Neonatal Network, 35(5), s. 305-313 Fagfelle-vurdert	Å kartlegge av iverksatte ikke-farmakologiske tiltak for lindring av NAS-symptomer, hva tiltakene innebærer og om de er effektive i sitt formål.	Systematisk litteraturstudie av 14 forskningsartikler. Fire artikler er randomiserte kontrollerte undersøkelser (RCT). Resterende ti artikler er kohortstudier. Artiklene måtte oppfylle Edwards & Brown sine inklusjonskriterier om å være publisert etter 1988, være fagfelle-vurdert og beskrive ikke-farmakologisk behandling av NAS.	Amming er forbundet med et kortere opphold på sykehus, lavere Finnegan-skår, mindre behov for medisinsk behandling og mindre alvorlige NAS-symptomer. Romdeling mellom mor og barn reduserer alvorligheten av NAS-symptomer og fører til et kortere sykehusopphold.

3	Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K. & Wilson, R. (2020)	Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome	Advances in Neonatal Care, 20(6), s. 464-472 Fagfelle-vurdert	Å undersøke sykepleiere sine erfaringer med 1) å engasjere mødre i pleien av barn som har vært eksponert for opioider og 2) hvilke faktorer som fremmer eller forhindre at mødre tar del i pleien.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 21 sykepleiere på et sykehus i USA, blant annet på nyfødt intensiv. Deltakere i studiet måtte være over 18 år, autorisert sykepleier, jobbe mer enn tolv timer i uka, ha ansvar for minst ett barn med NAS de siste tre årene og være engelsktalende.	For å engasjere mødre i pleien av barn med NAS må sykepleiere møte mødrene med empati og gode holdninger. Gjennom veiledning om barnets behov og hvilke tiltak moren kan iverksette for å hjelpe barnet sitt kan sykepleieren hjelpe mor til å bli mer selvsikker i rollen som omsorgsgiver. Hun må føle trygghet for å kunne ta del i pleien av barnet. Forskningsresultatene understreker viktigheten av at sykepleiere får opplæring om denne pasientgruppen, slik at de kan gi veiledning om barnet til moren.
4	Shannon, J., Peters, K. & Blythe, S. (2021)	The Challenges to Promoting Attachment for Hospitalised Infants with NAS	Children, 8(167), s. 1-13 Fagfelle-vurdert	Å kartlegge hvilke erfaringer sykepleiere og jordmødre har med å fremme tilknytning mellom mor og barn med NAS.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 9 sykepleiere/ jordmødre på et sykehus i Australia. Deltakere i studiet måtte være autoriserte sykepleiere eller jordmødre og hatt ansvar for et barn med NAS-symptomer ved en nyfødt intensivavdeling eller ved en spesialisert nyfødtavdeling (for mindre alvorlig syke nyfødte).	Deltakere i studiet beskriver tilknytningen mellom mor og barn som svært viktig for det nyfødte barnets utvikling og som en viktig faktor for å fremme god omsorg fra foreldre. Deltakerne erfarer at god tilknytning reduserer farmakologisk behandling av barnet og fører til kortere opphold på sykehus. Studiet påpeker at utfordrende NAS-symptomer som for eksempel høylytte skrik, samt morens noen ganger vanskelige fortid, kan forhindre tilknytningen.

5 Diskusjon

Hvordan kan tilknytning mellom mor og barn lindre symptomer på neonatalt abstinenssyndrom hos nyfødte innlagt på nyfødt intensiv?

I dette kapittelet forsøker jeg å besvare oppgavens problemstilling ved å diskutere forskningsresultatene presentert i kapittel 4 opp mot det teoretiske kunnskapsgrunnlaget redegjort for i kapittel 2. Relevant faglitteratur vil også bli benyttet for å belyse viktige aspekter ved problematikken. Først vil jeg se på hvilke tiltak forskningen peker på som effektive i å lindre NAS-symptomer. Siden oppgaven omhandler tilknytning, er det de tilknytningsfremmende tiltakene som er relevante og som dermed vil bli drøftet. Samtidig drøftes relevante utfordringer som vanskeliggjør mor-barn-tilknytningen. Avslutningsvis vil sykepleierens rolle i å fremme tilknytning gjennom tilrettelegging av lindrende tiltak løftes frem. Innenfor dette tema følger sykepleierens veiledende rolle overfor mor, samt hvordan negative holdninger hos sykepleier kan hindre en god relasjon mellom sykepleier og barnets mor.

5.1 Amming som et tilknytningsfremmende tiltak

NAS-barn som blir ammet har kortere innleggelse på sykehus, lavere Finnegan-skår, et mindre behov for medikamentell behandling og en reduksjon i alvorlighetsgraden av abstinenssymptomene sammenliknet med barn som får morsmelkerstatning (Edwards & Brown, 2016, s. 306). Edwards & Brown (2016) beskriver i sin litteraturoversikt studiet til O'Connor et al. (2013) som blant annet viser at gjennomsnittlig Finnegan-skår var lavere blant barn som ble ammet (skår 8,83) sammenliknet med barn som ikke ble ammet (skår 9,65). 17% av barna som ble ammet hadde alvorlige NAS-symptomer (Finnegan-skår over 12) sammenliknet med 30% blant barna som ikke ble ammet (O'Connor et al., 2013, referert i Edwards & Brown, 2016, s. 309). Dette kan tyde på at amming er et svært effektivt tiltak i å lindre barnets abstinenssymptomer. Imidlertid tar ikke disse forskningsresultatene hensyn til utfordrende aspekter ved amming hos mødre i substitusjonsbehandling og deres NAS-barn. I motsetning til Edwards & Brown (2016) har Shuman et al. (2021) undersøkt faktorer som forhindrer eller fremmer at mor tar del i barnets omsorg. Deltakerne i studiet til Shuman et al. (2021, s 470) forteller at mor opplever skyldfølelse eller anger når de møter NAS-barnets abstinenssymptomer og spesielle omsorgsbehov. Én grunn til mors skyldfølelse er en erkjennelse av å være årsaken til barnets plager (Helsedirektoratet, 2011, s. 95). Videre

beskriver deltakerne i studiet til Shuman et al. (2014, s. 470) også at validering av mors følelser og det å hjelpe mor til å fokusere på hva som kan gjøres her og nå er hensiktsmessige strategier sykepleieren kan benytte for å trygge mor i omsorgen for NAS-barnet. For å oppsummere kan amming ha en lindrende effekt for NAS-barnet og mor bør få hjelp til å bearbeide skyldfølelse for å fremme en god relasjon til barnet.

Både MacMullen et al. (2014) og Edwards & Brown (2016) trekker frem amming som et effektivt verktøy for å fremme tilknytning mellom mor og barn. Amming er et tiltak som skaper fysisk nærhet og kontakt mellom mor og barn, noe som er en forutsetning for den tidlige tilknytningen. I ammesituasjonen kan mor dekke barnets behov for mat og varme, og dermed blir barnet tilknyttet mor og opplever trygghet hos henne (Bowlby, 1982, s. 177-178). Likevel er det en interessant diskusjon om det er det emosjonelle båndet som oppstår mellom mor og barn i ammesituasjonen som lindrer NAS-symptomene, eller om det er den faktiske smertelindringen som oppstår i barnet fordi noe av morens substitusjonsbehandling (metadon eller buprenorfin) går over i barnet gjennom morsmelken (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Sett under ett kan det argumenteres for at amming i seg selv som tilknytningsfremmende atferd er med på å lindre barnets abstinenssymptomer.

Helsedirektoratet oppgir at 75% av mødre i LAR ammer barna sine og at gjennomsnittlig varighet på ammingen er ca. fire måneder (Helsedirektoratet, 2011, s. 89). Imidlertid sier ikke disse tallene noe om i hvilken grad barnet blir ammet - om det fullammes eller om det også får noe morsmelkerstatning. I motsetning til denne statistikken er tallet 97% for mødre generelt (inkluderer både full- og delvis amming) én uke etter fødsel, og 78% ved seks måneders alder (FHI, 2020, s. 19). Derfor er det rimelig å anta at mødre i LAR ammer i mindre grad enn mødre generelt. Én årsak til dette kan være det økte forekomsten av overgrepssproblematikk som er assosiert med kvinner i LAR, og at slike opplevelser kan prege deres forhold til egen kropp (Helsedirektoratet, 2011, s. 90). Moren kan i ammesituasjonen bli svært sårbar, men det er også en mulighet til å bli kjent med kroppen sin på nytt med en ny funksjon. Dette gjelder alle nye mødre, men kan være spesielt utfordrende hvis man har et vanskelig forhold til kroppen sin grunnet tidligere traumer (Helsedirektoratet, 2011, s. 90). Et eksempel på omtanke for slik problematikk kan være å spørre mor før man i en veiledningssituasjon berører henne, for eksempel for å vise hvordan holde brystet slik at barnet får tak. For å oppsummere bør sykepleier være bevisst overgrepssproblematikk i møte

med mødre i LAR, og ha det i tankene i det som kan oppleves som sårbare situasjoner - selv om mor ikke selv har fortalt om en slik hendelse.

Forskningen til Edwards & Brown (2016) og MacMullen et al. (2014) viser at amming har positive effekter på NAS-barnets abstinenssymptomer. Det problematiseres imidlertid i liten grad de utfordringene som NAS-barn og deres mødre kan oppleve under amming. Barnet kan i ammesituasjonen suge på en ukoordinert og "masete" måte (Helsedirektoratet, 2011, s. 91). Videre vet vi at mødre i LAR kan ha en dårligere evne til å mestre vanskelig regulerte barn (Moe et al., 2010, s. 315). Med hensyn til disse utfordringene er det nærliggende å anta at mor kan ha et behov for støtte og veiledning fra sykepleier i ammesituasjonen. Sykepleier må veilede mor til en forståelse av barnets abstinenssymptomer og en økt toleranse for stress, fordi barnets abstinenssymptomer trolig vil frembringe frustrasjon og uro også for mor (Moe et al., 2010, s. 315). Deltakere i studiet til Shuman et al. (2020, s. 470) erfarer at det lave utdanningsnivået som er assosiert med rusmiddelmissbruk utgjør en utfordring i sykepleierledet veiledning. De forteller at dette, i tillegg til den negative innvirkning rusmiddelmissbruk har på kognitiv funksjon, krever at sykepleier tilpasser informasjonen som gis (Shuman et al., 2020, s. 470). Samtidig vil mor i en slik situasjon ha rett til tilpasset informasjon fordi helsepersonell etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) har plikt til å informere på en måte som er tilpasset mors forutsetninger, i tillegg til å sørge for at innholdet er forstått. Sett under ett betyr dette at mor må få informasjon tilpasset hennes forutsetninger for å kunne få utbytte av sykepleieres veiledning, med den hensikt å ha verktøy for å kunne mestre NAS-barnets utfordringer i ammesituasjonen.

Deltakerne i studiet til Shuman et al. (2020, s. 470) trekker frem manglende sosial støtte rundt mor som en emosjonell barriere som vanskeliggjør relasjonen til barnet. Dette kan sees i sammenheng med at rusmiddelproblematikk er assosiert med opplevd omsorgssvikt (Moe et al., 2010, s. 312-315). Moe et al. (2010, s. 315) påpeker at mor kan ha dårlig selvtillit i foreldrerollen grunnet manglende rollemodeller for hvordan utøve god omsorg. Shannon et al. (2021, s. 6) fremhever høyfrekvent skriking som et eksempel på et abstinenssymptom som oppleves svært stressende for mor, og hindrer hennes tilknytning til barnet. Videre påpeker Shannon et al. (2021, s. 6) at uten tilstrekkelig veiledning om at dette er et symptom på sykdom, og ikke et tegn på manglende omsorgsevne, kan barnets mor misforstå skrikingen som et signal på at hun ikke klarer å hjelpe barnet sitt - og dermed oppleve seg mislykket som forelder. Det er rimelig å anta at for å motvirke følelsen av mislykkethet bør mor få oppleve

mestring i omsorgen for barnet. Igjen vender diskusjonen tilbake til amming fordi det, i tillegg til å fremme tilknytningen mellom mor og barn, er med på å myndiggjøre mor i omsorgen for barnet (Jambert-Gray et al., 2009, Jansson et al., 2008, Leggatte, 2008, referert i MacMullen et al., 2014, s. 170). Det kan tenkes at en årsak til dette er at mor gjennom amming opplever at barnet trenger nettopp henne for å få mat. Dette sammenfaller med at amming som tilknytningsfremmende atferd styrker mors evne til å sette barnets behov foran egne (Tølløfsrud, 2009, s. 269). Med hensyn til denne kunnskapen kan derfor amming fungere som et verktøy for at mor skal bli mer selvsikker i omsorgen for barnet.

5.2 Romdeling som tiltak for lindring og tilknytning

Edwards & Brown (2016) fremhever “rooming-in” som et lindrende tiltak for NAS-barn. En slik romdeling fører til et redusert behov for medikamentell behandling i tillegg til at abstinenssymptomene ikke er like alvorlige sammenliknet med barn som ikke deler rom med mor (Abrahams et al., 2007, Abrahams et al., 2010, Hodgson & Abrahams, 2012, referert i Edwards & Brown, 2016, s. 310). Samtidig har det i Norge vært en gradvis endring til en mer familievennlig praksis hvor mor og barn oppholder seg på et familierom deler av eller hele døgnet (Jensen et al., 2021, s. 2). Dette har erstattet tidligere praksis hvor barnet lå på stue med andre innlagte barn hele døgnet (Jensen et al., 2021, s. 4). Sett i sammenheng kan det bety at den familievennlige praksisen i Norge fremmer en lindring av barnets abstinenssymptomer. Imidlertid viser forskningen også at barn som deler rom med mor har en større sannsynlighet for å bli ammet, noe som også har vist å redusere alvorligheten av NAS (Abrahams et al., 2010, referert i Edwards & Brown, 2016, s. 310). Edwards & Brown (2016) omtaler tre studier som undersøker “rooming-in” som et lindrende tiltak for NAS-barn, og i alle studiene er det en stor andel av NAS-barna som delte rom med mor som også ble ammet (Abrahams et al., 2007, Abrahams et al., 2010, Hodgson & Abrahams, 2012, referert i Edwards & Brown, 2016, s. 311). Oppsummert er det derfor vanskelig å konkludere med at det er romdeling i seg selv som reduserer NAS-symptomene eller om det er ammingen. Forskning om romdeling hvor det skilles mellom barn som blir ammet eller ikke ville kunne belyse denne tematikken bedre.

Overgangen til en mer familievennlig omsorg på nyfødt intensiv kan sees i sammenheng med barnets lovfestede rett til samvær med minst én forelder eller omsorgsperson med foreldreansvar under sykehusinnleggelsen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). I tillegg til de ovenfor nevnte abstinenslindrende effektene av romdeling vil familierommet

representere et skifte hvor barnets mor vil overta omsorgsansvaret (Jensen et al., 2021, s. 7). I motsetning til disse positive konsekvensene påpeker Jensen et al. (2017, s. 9) at ansvaret hos mor kan bli for stort og at hun kan bli utrygg på familierommet uten sykepleier til stede. For øvrig står det i forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 5) at barnets foreldre skal veiledes om barnets spesielle behov ved ulike sykdomstilstander. Mødre av NAS-barn bør derfor få informasjon om atferd NAS-barnet viser som er spesielt for denne tilstanden og hva de kan gjøre for å hjelpe barnet. Det kan for eksempel gjelde barnets følsomhet for lyd og lys og at det derfor bør være ro og dempet belysning på familierommet (UNN, s. 230-231). Derimot bør ikke romdelingen føre til en fullstendig ansvarsforskyvning til mor fordi det ikke kan kreves av mor å utføre oppgaver som er uforsvarlige eller smertefulle for barnet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6). Sett under ett bør NAS-barnets sykepleier, i samarbeid med mor, finne frem til den løsningen for romdeling (med tanke på mengden tid NAS-barnet tilbringer på familierom og i hvilken grad mor ønsker hjelp fra sykepleier) som i størst grad både tar hensyn til mors trygghet i omsorgsutøvelsen og den lindrende effekten av romdeling på abstinenssymptomer, sistnevnte beskrevet av Edwards & Brown (2016).

Romdeling legger til rette for et mer kontinuerlig samspill mellom mor og barn og i samspillet skapes tilknytningen (Håkonsen, 2018, s. 46). I tillegg viser forskning at romdeling fremmer “effective mothering” - at mor lærer å tolke barnets signaler og respondere adekvat (Abrahams et al., 2007, Saiki et al., 2010, referert i MacMullen et al., 2014, s. 169). Det er rimelig å anta at dette er en konsekvens av at barnets mor gjennom romdeling vil få flere muligheter til å håndtere og regulere barnets følelser - at det er lettere å lære barnet å kjenne om barnet hele tiden er i umiddelbar nærhet. Det nyfødte barnet gir signaler som har til hensikt å fremme tilknytning, som for eksempel gråt og smil (Håkonsen, 2018, s. 47). Ved romdeling vil det primært være mor som responderer på signalene ved å trøste eller iverksette tiltak som er beroligende for barnet, som for eksempel byssing, amming eller reiving. At mor tar rollen som primær omsorgsgiver ved å ha barnet hos seg vil gi en kontinuitet i pleien som begrenser antall hender som rører ved barnet, og dette øker forutsigbarheten for og reduserer stressnivået til NAS-barnet (Tølløfsrud, 2009, s. 268). Blythe (2019, s. 14) påpeker at en slik kontinuitet også fremmer barnets tilknytning til mor i motsetning til at barnet tilknyttes sykepleier, som byttes ut ved hvert vaktskifte. Dette sammenfaller med forskningen til MacMullen et al. (2014, s. 171) som forteller at én hensikt med romdeling er å fremme tilknytning. Til sammen kan denne kunnskapen tyde på at romdeling legger til rette for

tilknytning grunnet mors kontinuerlige pleie og omsorg for barnet og at det dermed er mor barnet knyttes til.

5.3 Sykepleieren som tilrettelegger for tilknytning

MacMullen et al. (2014, s. 171) påpeker at sykepleieren kan tilrettelegge for tilknytning mellom mor og barn ved å oppmuntre mor til å ta del i barnets omsorg. I motsetning til dette poengterer Shuman et al. (2020, s. 470) at sykepleiere kan ha negative holdninger mot mødre med rusmiddelproblematikk. Sykepleierne kan ha ubevisste tanker om mødre som gjør at de vurderes som mindre kapable omsorgspersoner, og derfor blir de utelatt av omsorgen (Shuman et al., 2014, s. 470). Det kan tenkes at en mistenkeliggjøring er skadelig for å kunne skape god tilknytning, fordi mor holdes utenfor. Deltakerne i studiet til Shuman et al. (2014, s. 471) forteller at en årsak til negative holdninger til mødre av barn med NAS er en mangel på kunnskap om denne gruppen mødre - om hvordan å støtte dem i sin rehabilitering samtidig som de skal ha omsorgsansvar for et barn som har tilleggsutfordringer sammenliknet med friske nyfødte. Med tanke på forståelse for mors forutsetninger for å gi god omsorg, bør sykepleier være bevisst på utfordrende faktorer som for eksempel manglende rollemodeller for god omsorg (Moe et al., 2010, s. 315), tidligere overgrepssproblematikk (Helsedirektoratet, 2019, s. 90) og en svekket sosial støtte (Shuman et al., 2014, s. 470). Deltakere i studiet til Shuman et al. (2014, s. 470) forteller at de har fått opplæring om hvordan å skåre, vurdere og gi omsorg til NAS-barnet. Imidlertid etterspør de opplæring om hvordan det er å leve med avhengighet, for så å kunne bedre forstå hvordan inkludere mødre i barnets omsorg på en hensiktsmessig måte (Shuman et al., 2014, s. 470). Videre forteller deltakerne at forståelse for mor baseres i større grad på erfaringer enn på formell opplæring, og at det fører til enten en dømmende holdning eller empati hos sykepleier avhengig av erfaringene (Shuman et al., 2014, s. 470). Det er nærliggende å anta at manglende objektiv opplæring fører til at sykepleiere gjør seg opp en mening om mødre av NAS-barn basert på enkelttilfeller. Shuman et al. (2014, s. 470) påker at opplæring vil kunne redusere stigmatiserende holdninger mot mødre, som igjen vil kunne føre til en bedre relasjon mellom sykepleier og mor.

«Den andres ansikt gjør meg ansvarlig... appellen lyser ut av ansiktet og kaller på barmhjertighet» (Martinsen, 1995, referert i Brinchmann, 2016). Slik beskriver Kari Martinsen hvordan sykepleier kan føle på et etisk ansvar for å hjelpe pasienten når han eller hun gir uttrykk for et behov om omsorg. NAS-barnet vil gi fysiske uttrykk for smertefulle abstinenssymptomer, slik som skrik, kramper og marmorering i huden (Klingenberg &

Andresen, 2021). Som beskrevet i bakgrunn for valg av tema har jeg selv opplevd hvordan barnets lidelse kan gi sterke inntrykk, det gir omsorgsutøveren en følelse av ansvar for å dempe lidelsestrykket – som er en naturlig respons når et menneske møter et annet menneske som har det vondt. Martinsens (1995) forståelse om det etiske ansvaret sammenfaller med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som forplikter sykepleieren til å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). Omsorg kan være både praktisk pleie og emosjonell støtte (Martinsen, 2003, s. 69), denne dualiteten er tydelig for NAS-barn og deres mødre. Likevel fremhever Shannon et al. (2021, s. 9) at sykepleieren bør være bevisst sin rolle ovenfor barnet; sykepleierens ønske om å hjelpe NAS-barnet må balanseres med viktigheten av at sykepleier ikke blir den personen barnet tilknyttes, men heller veileder mor til å hjelpe sitt barn og dermed fremmer tilknytning mellom dem. Sett under ett betyr dette at sykepleieren bør benytte situasjoner hvor NAS-barnet gir uttrykk for abstinenssymptomer som veiledningsmuligheter for barnets mor.

6 Avslutning

Denne bacheloroppgaven har hatt som hensikt å undersøke på hvilken måte tilknytning mellom mor og barn kan lindre NAS-barnets abstinenssymptomer. Forskningslitteraturen fremhever amming og romdeling mellom mor og barn som lindrende tiltak fordi de fører til mindre alvorlige abstinenssymptomer og barnet trenger i mindre grad medikamentell behandling, i tillegg til at tiltakene har vist å ha en tilknytningsfremmende effekt. Samtidig viser forskningen at det foreligger utfordringer i det å oppnå god tilknytning mellom mor og barn. NAS-barnet har abstinenssymptomer som negativt påvirker tilknytningen, som for eksempel en dårligere sugerefleks som vanskeliggjør ammesituasjonen og som dermed hindrer den lindrende effekten forskningen har vist at amming har. Emosjonelle barrierer hos mor er en annen utfordring som påvirker omsorgen for barnet og dermed tilknytningen, én barriere som forskningen fremhever er et fravær av gode rollemodeller for omsorgsutøvelse fordi kvinnen selv har opplevd omsorgssvikt.

Med denne informasjonen kan oppgavens problemstilling (*Hvordan kan tilknytning mellom mor og barn lindre symptomer på neonatal abstinenssyndrom hos nyfødte innlagt på nyfødt intensiv?*) besvares på følgende måte; forskningslitteraturen som er benyttet i denne oppgaven trekker ingen konklusjon om at tilknytning er direkte årsak til lindring for barnet, men tilknytningsfremmende atferd (slik som amming og romdeling) har vist å ha en lindrende effekt hvis det tas hensyn til, og tilrettelegges for, de utfordringer som mødre og deres barn opplever – slik som barnets spesielle omsorgsbehov og mors følelser knyttet til omsorgsrollen. Sykepleieren er sentral i dette arbeidet gjennom sin veiledende rolle for mor og lindrende rolle for barnet. Å møte disse mor-barn-relasjonene med omtanke og respekt for mors følelser, ikke forutinntatte holdninger, er en nødvendighet for en god relasjon mellom sykepleier og barnets mor. Det er hensiktsmessig for at sykepleier skal kunne tilrettelegge for tilknytningsfremmende tiltak på en god måte, og dermed også lindre barnets abstinenssymptomer.

Referanseliste

- Bagwell, G. A. (2020). Neonatal Abstinence Syndrome. I C. Kenner, L. B. Altimier & M. V. Boykova (Red.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6. utg., s. 663-674). Springer Publishing Company
- Blythe, S. (2018). Substance exposed infants need for attachment. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(1), s. 14-15. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.06.005>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2. utg.). Basic Books
- Brinchmann, B. S. (2016). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 114-129). Gyldendal akademisk
- Brinchmann, B. S. (2021). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 81-96). Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk
- Edwards, L. & Brown, L. F. (2016). Nonpharmacologic management of neonatal abstinence syndrome. *Neonatal Network*, 35(5), s. 305-313. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.5.305>
- FHI – Folkehelseinstituttet. (2020). *Spedkost 3: Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder* (FHI rapport 2020). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_5
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder* (IS-1876). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/nasjonal-faglig-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder-2011>

- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet* (IS-2438).
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter?typetema=773deb37-3390-4e6c-aaa5-9b2247e2e266>
- Helsedirektoratet. (2018a, 28. juni). *Forsvarlighet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/runskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- Helsedirektoratet. (2018b, 20. desember). *Legemiddelassistert rehabilitering*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>
- Helsedirektoratet. (2019, 17. september). *Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/anbefalinger-om-prevensjon-og-familieplanlegging-legemiddelvalg-og-legemiddeldose-2019>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. J. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal
- Jensen, B., Kvamme, S., Dåvøy, G. M., Vederhus, B. J. & Horne, R. (2021). Familierom i nyfødteintensivavdelinger - sykepleierens erfaringer. *Sykepleien forskning, 2021*(16).
<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-87288.pdf>
- MacMullen, N. J., Dulski, L. A. & Blobaum, P. (2014). Evidence-based interventions for neonatal abstinence syndrome. *Pediatric Nursing, 40*(4), s. 165-203.
<https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=103762898&S=R>

<https://www.ebsco.com/Content/dGJyMMv17Esep7Y4v%2BbwOLCmsEqep7NSs6e4TLCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGotFG3qrdLuePfgeyx44Dt6fI>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget

Moe, V., Siqveland, T. & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 303-322). Gyldendal

Nesheim, B.-I. (2019, 10. juli). *Rooming-in-systemet*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/rooming-in-systemet>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk

Nyfødt intensiv Universitetet i Nord-Norge (2021). *Neonatalt Abstinens Syndrom Scoringsskjema* [skjema]. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=11574&menuitemkeylev2=12793&key=271255>

Oslo Universitetssykehus [OUS]. (2021). *LAR, graviditet og fødsel*. https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/LAR%20graviditet%20og%20f%C3%B8dsel_2.3_web.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet#KAPITTEL_7

Seraf - Senter for rus- og avhengighetsforskning. (2019). *Statusrapport 2018: LAR i rusreformens tid* (1/2019). Oslo Universitetssykehus.

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2019/seraf-rapport-nr-1-2019-statusrapport-2018.html>

Shannon, J., Peters, K. & Blythe, S. (2021). The Challenges to Promoting Attachment for Hospitalised Infants with NAS. *Children*, 8(2), s. 1-13

<https://doi.org/10.3390/children8020167>

Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K. & Wilson, R. (2020). Engaging mothers to implement nonpharmacological care for infants with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 20(6), s. 464-472.

<https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000812>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 9. mars). *Fødte*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>

Tølløfsrud, I. J. (2009). Sykepleie til barn med neurologiske symptomer. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (2. utg., s. 257-270)

Universitetssykehuset Nord-Norge [UNN]. (2019). *Metodebok i nyfødttmedisin*.

<https://unn.no/Documents/Metodeb%C3%B8ker/Metodebok%20i%20nyf%C3%B8dtmedisin/Metodebok%20nyf%C3%B8dtmedisin.pdf>

Vedlegg 1

Neonatal Abstinens Syndrom Scoringsskjema Nyfødt Intensiv UNN

Navn og fødselsdato pasient: _____

		Dato/kl								
		Signatur								
System	"Item"	Tegn og symptomer	Score							
CNS	1	Høyfrekvent skrik Vedvarende høyfrekvent skrik	2 3							
	2	Sover < 3 timer etter måltid	1							
		Sover < 2 timer etter måltid	2							
		Sover < 1 time etter måltid	3							
	3	Hyperaktiv Moro refleks	2							
		Markert hyperaktiv Moro refleks	3							
	4	Mild tremor – når forstyrret	1							
		Moderat-alvorlig tremor – når forstyrret	2							
	5	Mild tremor - uforstyrret	3							
Moderat-alvorlig tremor - uforstyrret		4								
6	Økt muskeltonus	2								
7	Hud irritasjon/ekskoriasjon (gnisninger)	1								
8	Myoklone rykninger	3								
9	Generaliserte kramper	5								
Membolsk Vasomotorikk Respirasjon	10	Sverting	1							
	11	Feber (38 - 38,3 °C)	1							
		Feber (≥ 38,4 °C)	2							
	12	Gjentatte gjesp (> 3-4 i serie)	1							
	13	Marmorering	1							
	14	Tett nese	1							
	15	Gjentatte nys (>3-4 i serie)	1							
16	Nesevingespill	2								
	Resp. frekvens > 60/min	1								
17	Resp. frekvens > 60/min + inndragninger	2								
Mage- tarm	18	Intens suging	1							
	19	Dårlig til å spise	2							
	20	Gulping	2							
		Sprutbrekninger	3							
	21	Løs avføring	2							
Vanntynn avføring		3								
		Total score								
		Medisinering								

Hvis ingen symptomer/tegn settes verdien 0. Medisinering vurderes ved 3 påfølgende score >8 eller ved 2 påfølgende score > 12.

Figur 1. Neonatal Abstinens Syndrom Scoringsskjema, 20221, Nyfødt intensiv Universitetet i Nord-Norge

(<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=11574&menuitemkeylev2=12793&key=271255>)