Samspill mellom foreldre og premature barn

Hvordan kan sykepleier fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling?

Kandidatnummer: 815
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie.

Antall ord: 9030

Dato: 16.04.18

LOVISENBERG

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.18
Tittel: Samspill mellom foreldre og premature barn	

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling?

Teoretisk perspektiv: Oppgaven belyser teoretisk kunnskapsgrunnlag med utgangspunkt i det premature barnet, foreldrene, samspill, stell av det premature barnet og miljøet på nyfødtintensiv avdeling. I tillegg presenteres et sykepleiefaglig rammeverk som inkluderer juridiske føringer, yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens funksjon- og ansvarsområde, samt Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Metode: Litteraturstudie med utgangspunkt i tidligere fag- og forskningslitteratur. Studien inkluderer 6 forskningsartikler med både kvantitative og kvalitative tilnærminger.

Drøfting: Oppgaven drøfter hvordan sykepleier kan fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene i en nyfødtintensiv avdeling. Fra sykepleierens ståsted er det viktig å møte foreldrene gjennom empatisk kommunikasjon og fremme mestring i foreldrerollen. Samhandlingen med foreldrene skal tilrettelegge for deltakelse i barnets omsorg, for å etablere kontakt og etter hvert utvikle samspill. At sykepleieren underviser og veileder foreldrene til å forstå barnets signaler gjennom daglige aktiviteter kan forbedre kvaliteten på samspillet. Dagens organisatoriske forhold kan mange steder utfordre muligheten for kontakt mellom foreldrene og barn. Sykepleieren bør likevel tilrettelegge for foreldredeltakelse gjennom blant annet hud-mot-hud-kontakt, da det anses som en god arena for samspill. Dog ses det utfordringer ved metoden, da kontinuerlig kenguruomsorg har vist at foreldrene belastes med mye ansvar. Dette kan medføre at foreldrene lett blir slitne og frustrerte, i kombinasjon med at det er en påkjenning å ha barn innlagt i institusjon.

Konklusjon: Det ses flere utfordringer knyttet til hvordan sykepleier kan fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling. Likevel kan sykepleier sikre samspill ved å tilrettelegge for; et godt møte med foreldrene, inkludere foreldrene i barnets omsorg, undervisning og veiledning i å forstå barnets signaler, tilrettelegging i miljøet, samt veilede foreldrene gjennom hud-mot-hud-kontakt.

(Totalt antall ord: 283)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning **2**
1.1. Bakgrunn for valg av tema **2**
1.2. Problemstilling **3**
1.3. Avgrensing av problemstilling **3**
1.4. Oppgavens disposisjon **4**

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag **5**
2.1 Teoretisk perspektiv **5**
2.1.1. Det premature barnet 5
2.1.2. Foreldrene til det premature barnet 6
2.1.3. Samspillet 6
2.1.4. Hud-mot-hud kontakt 7
2.1.5. Stell av det premature barnet 8
2.1.6. Miljøet på en nyfødtintensiv avdeling 8
2.2. Sykepleiefaglig rammeverk **9**
2.2.1. Juridiske føringer 9
2.2.2. Yrkesetiske retningslinjer 10
2.2.3. Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde 10
2.2.4. Kari Martinsens omsorgsfilosofi 11

3. Metode **13**
3.1. Litterær studie **13**
3.2. Artikkelsøk **14**
3.2.1. Tabell 1 - artikkelsøk 14
3.3. Kildekritikk **15**
3.4. Etiske vurderinger **16**

4. Presentasjon av forskningslitteratur **17**
4.1. Tabell 2 – artikkelmatrise **17**

5. Hvordan kan sykepleier fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling? **19**
5.1. Å møte foreldrene til det premature barnet **19**
5.2. Samhandling med foreldrene **20**
5.3. Å forstå det premature barnet **22**
5.4. Tilrettelegging for samspill i barnets og foreldrenes fysiske miljø **25**
5.5. Hud-mot-hud-kontakt som arena for samspill **27**

6. Avslutning **30**

7. Referanseliste **31**

Det du tror om meg,

slik du er mot meg,

hvordan du ser på meg,

slik blir jeg.

(M, Jennes, gjengitt i Rye, 2011)

1. Innledning

I 2017 ble det født i underkant av 57 000 barn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018), hvorav 7,5 % av fødslene var premature (Norsk helseinformatikk, 2017). Å bli født prematurt kjennetegnes ved en svangerskapsalder(gestasjonsalder) mindre enn 37 uker. For premature barn går grensen for levedyktighet ved 23-24 svangerskapsuker (Grønseth & Markestad, 2017, s. 222). Fagutvikling innen mors helse og nyfødtomsorg har medført en økning i overlevelsesraten hos barna, samt at flere blir friske (Kleberg, 2013, s. 41). Likevel ses det at det fysiologiske og psykologiske stresset det premature barnet og foreldrene gjennomgår, kan utfordre tilknytningsprosessen og samspillet (Gardner, Voos & Hills, 2016b, s. 835).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

2 – 3 % av alle nyfødte barn i Norge trenger intensivbehandling. Premature nyfødte barn utgjør en stor andel av disse, grunnet et behov for spesiell kompetanse innen behandling og pleie for å overleve (Brunvand, 2014, s. 524). Det premature barnet er fysiologisk og psykologisk umodent, og deres utgangspunkt for å kommunisere med omgivelsene er ofte redusert (Grønseth & Markestad, 2017). Det som rammer den nyfødte, rammer også familien som en helhet. Flere foreldre kan oppleve situasjonen som skremmende, og det kan medføre en uforutsett start på foreldrerollen. Stress og engstelse kan fremkomme som et hinder for tilknytning og det naturlige foreldre- og barn samspillet (Moe, Skisland & Söderhamn, 2017).

Den følelsesmessige og sosiale utviklingen er nært knyttet til samhandling med andre mennesker, spesielt til nære omsorgspersoner. Utgangspunktet for et godt samspill og tilknytning mellom foreldre og barn legges allerede på sykehuset. Det er derfor viktig at foreldre lærer å tilpasse sin atferd overfor barnet, herunder å reagere naturlig på barnets forsøk på å sende signaler og samhandle med omgivelsene (Håkonsen, 2014, s. 47). Sykepleier på en nyfødtintensiv avdeling arbeider i nær kontakt med både det premature barnet og foreldrene, og med rett kompetanse er sykepleieren i en unik posisjon for å fremme samspill. Å tilrettelegge for tidlig kontakt og samspill inngår i sykepleiernes funksjon- og ansvarsområder (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Det er med på å stimulere til optimal vekst og utvikling hos barnet (Rye, 2011, s. 48), og bistår pårørende til å forstå og mestre konsekvenser av sykdom, samt deltakelse i pasientforløpet (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog & Nyqvist, 2011c). Ansvaret uttrykkes ytterliggere gjennom lovverket og de

yrkesetiske retningslinjene. Ved overseelse av disse aspektene vil ikke sykepleieren tilfredsstille kravene om å yte faglig forsvarlig hjelp eller ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Helsepersonelloven, 1999, § 4 ; Norsk sykepleieforbund (NSF), 2016).

Hensikten med oppgaven er å redegjøre for hvordan sykepleier kan fremme samspill mellom det premature barnet og foreldre på en nyfødt intensivavdeling, sett i lys av aktuelle tiltak og utfordringer. Jeg har stor interesse for nyfødtsykepleie, spesielt samspill mellom det premature barnet og foreldrene, og ønsker derfor å tilegne meg mer kunnskap jeg kan bygge videre på som sykepleier.

1.2. Problemstilling

Med utgangspunkt i det som er beskrevet ovenfor, har jeg formulert følgende problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling?".

1.3. Avgrensing av problemstilling

Det er valgt å avgrense oppgaven til premature barn født mellom gestasjonsuke 32 – 36, da denne gruppen nyfødte har kommet noe lengre i utviklingsprosessen. De aller minste barna er ofte svært syke og sårbare, med et større behov for avansert behandling. Rundt gestasjonsuke 32 utvikles pannelappen betydelig, og stimulerer til personlighet og intelligens (Kleberg, 2013, s. 48). Ved denne målgruppen er det premature barnet er mer fysiologisk modent, og kan derfor tåle håndtering fra foreldrene bedre. Medisinsk behandling av det premature barnet vil av den grunn ikke presiseres ytterligere.

Det er valgt å inkludere både mor og far, da begge ses som aktuelle omsorgsgivere til det premature barnet. Både mor og far opplever psykologisk stress knyttet til at barnet innlegges på nyfødtintensiv avdeling (Tandberg, Sandtrø, Vårdal & Rønnestad, 2013), hvilket som kan påvirke foreldre-barn samspillet (Moe et al., 2017). Amming blir ikke presentert som en arena for samspill i denne oppgaven, da det er ønskelig å fokusere på tiltak som i hovedsak inkluderer både mor og far.

Konteksten for oppgaven er knyttet til tradisjonell praksis på nyfødtintensivavdeling, da denne tilnærmingen er mest utbredt i norske sykehus (Lode, Andersen & Eriksson, 2015).

1.4. Oppgavens disposisjon

Oppgaven er disponert etter rammer og retningslinjer for oppgaveskriving av bacheloroppgave ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH).

Oppgaven består av seks kapitler; innledning, teoretisk kunnskapsgrunnlag, metode, resultater, drøfting og avslutning. I kapittel 1 presenteres innledningen, herunder bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning av problemstilling. Kapittel 2 tar for seg teoretisk kunnskapsgrunnlag, herunder teoretisk perspektiv og sykepleiefaglig rammeverk. Det teoretiske perspektivet inkluderer: det premature barnet, foreldrene, samspillet, hud-mot-hud kontakt, stell og miljøet på en nyfødtintensiv avdeling. Videre i det sykepleiefaglige rammeverket belyses relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens funksjons- og ansvarsområde og Kari Martinsens omsorgsfilosofi. I kapittel 3 presenteres oppgavens metode, herunder oppgaven som en litterær studie, presentasjon av litteratursøk og kildekritikk. Videre i kapittel 4 presenteres en artikkelmatrise av relevant forskningslitteratur. Kapittel 5 omfatter drøfting av problemstillingen: hvordan møte foreldrene, samhandling med foreldrene, å forstå det nyfødte barnet, tilrettelegging av miljøet på nyfødtintensiv avdelingen og hud-mot-hud-kontakt som en arena for samspill. Tilslutt kommer oppgavens avslutning i kapittel 6.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Dette kapitelet belyser det teoretiske kunnskapsgrunnlaget med relevans til problemstillingen. Det gis en innføring i teori om det premature barnet, foreldrene, samspillet, hud-mot-hud-kontakt, stell og miljøet på en nyfødtintensiv avdeling. Kapittelet presenterer også et sykepleiefaglig rammeverk, basert på juridiske føringer, yrkesetiske retningslinjer, sykepleiefaglige funksjons-og ansvarsområder, samt Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

2.1 Teoretisk perspektiv

2.1.1. Det premature barnet

Umodne organer er ofte knyttet til prematuritet, og kan medføre en rekke komplikasjoner. Premature nyfødte har i gjennomsnitt lavere hjernevolum og er nevrologisk umodne, som kan ses ved at barnet har lavere kapasitet til å motta og bearbeide informasjon. Dette medfører i forsinkede og svakere signaler sammenlignet med barn født til termin (Grønseth & Markestad, 2017). Hos premature barn født etter gestasjonsuke 28 øker hjernens volum kraftig og er svært følsom. Barnets oppførsel har blitt mer komplekst, som kan ses ved at barnet suger på fingrene, griper, strekker, bøyer på seg og reagerer på lyd. I tillegg er det enklere å skille mellom barnets søvn- og våkenhetsperioder. Rundt gestasjonsuke 32 er det mulig for barnet under tilpassede omstendigheter å kortvarig fiksere blikket og følge et ansikt som beveger seg. Alle disse modenhetstegnene tydeliggjør barnets kommunikasjon med omgivelsene (Kleberg, 2013, s. 46-48). Søvn og hvile er et basisbehov i nyfødtperioden, og det er viktig for hukommelse, læring, mentalt overskudd og optimal vekst (Grønseth & Markestad, 2017, s. 128).

Knyttet til organenes umodenhet bruker det premature barnet mye energi på å regulere respirasjon, sirkulasjon og kroppstemperatur (Ravn, 2009). Den tynne huden kan medføre et betydelig varmetap. Med bakgrunn i hjernestammens umodenhet kan det forekomme mangelfull regulering fra respirasjonssenteret som ses ved apné eller pustepauser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 221). Barnets nervesystem er umodent og under en sensitiv utviklingsprosess, og har derfor vansker med å håndtere og selektere sanseinntrykk (Kleberg, 2013, s. 48). En slik overstimulering i kombinasjon med vansker for regulering av egne fysiologiske responser, kan fremprovosere stressreaksjoner som hjerneblødninger og hypoksiske hendelser, og kan være svært skadelig for hjernens utvikling (Grønseth & Markestad, 2017).

2.1.2. Foreldrene til det premature barnet

Psykologen Daniel Stern beskriver at en mor fødes psykologisk, på samme måte som et barn fødes fysisk. Med dette mener han at det å bli mor er en omstillingsprosess som gradvis utvikles gjennom svangerskapet, herunder vokser fosteret i magen, morsfølelsen trer frem og barnet en drømmer om blir mer virkelighetsnært. Når barnet blir født for tidlig har ikke moren tid til å avse tanken om "fantasibarnet" som gradvis har tilkommet. Et for tidlig avbrutt svangerskap kan gi en følelse av mislykkethet hos moren, på bakgrunn av at det var noe hun gjorde som fremprovoserte den premature fødselen. Stern mener at mannen også gjennomgår mange av de samme reaksjonene på veien til farskapet (Stern, referert i Kleberg, 2013, s. 43).

Foreldrene til det premature barnet opplever ofte en uforutsett start på foreldrerollen, da nyfødtperioden både preges av den naturlige omsorgen fra foreldrene, samt helsepersonellets profesjonelle omsorg (Jackson & Nykvist, 2013, s. 36). Det premature barnet anses som skjørt og utsatt for komplikasjoner, hvilket som kan utløse reaksjoner som håpløshet og skuffelse over at de selv ikke er i stand til å ha all ansvaret for omsorgen til barnet (Kleberg, 2013). Møtet mellom helsepersonellet og foreldrene, samt hvor delaktige foreldrene blir i barnets omsorg, er avgjørende for hvordan de identifiserer seg i foreldrerollen (Jackson & Nykvist, 2013, s. 35-36).

2.1.3. Samspillet

Samspill karakteriseres som et gjensidig forhold mellom det premature barnet og foreldre med utveksling av signaler, initiativ og reaksjoner (Rye, 2011, s. 51). Barnet er født med en evne til å reagere på sine omgivelser, hvilket danner grunnlag for gjensidig kommunikasjon (Rye, 2011, s. 45). Det premature barnet blir stadig introdusert for omverdenen gjennom menneskelig stimulering og miljø. Barnets initiativ fremtrer gjennom signaler foreldrene skal være sensitive for og tilfredsstille etter beste evne. Premature nyfødte er en utsatt gruppe ved etablering av samspill grunnet deres nevrologiske umodenhet. Signalene er mer diffuse og de har en lavere toleranse for å motta stimuli, bearbeide informasjon og svare på foreldrenes initiativ i samspillet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 131-132). Når barnet er våken og rolig søker det syn-og hørselsinntrykk, noe som gir mulighet for samspill (Kleberg, 2013, s. 52). Dersom barnet vender bort blikket, har ukoordinerte øyebevegelser, spent ansiktsuttrykk, stirrende blikk, blekende ansiktsfarge, hoster, gjesper, nyser eller mister muskeltonus i

ansiktet er det vanligvis tegn på at barnet er utmattet eller overstimulert (Kleberg, 2013, s. 82).

Deltakelsen fra både foreldre og barn i samspillet anses som et utgangspunkt for en trygg og god tilknytning. I følge John Bowlby sender barnet signaler som klynking, gråt, smil, å følge øynene og suging, for å iverksette omsorgsreaksjoner hos foreldrene (Bowlby, 2001 ; Bowlby, referert i Rye, 2011). Gjennom hverdagslige opplevelser som stell og trøst forsterkes samspillet, ved at barnet viser signaler og reaksjoner på foreldrenes måte og gi omsorg på. Derav utvikles det etter hvert en følelsesrelatert tilknytning mellom barnet og foreldrene (Rye, 2011, s. 56). Bowlby uttrykte at samspillet og tilknytningen kan utfordres dersom den tidlige kontakten mellom barnet og omsorgspersonen blir begrenset eller barnet gir svake signaler som foreldrene har vansker for å respondere på (Bowlby, 2001).

Et tidlig og godt samspill mellom det premature barnet og foreldre er grunnleggende for barnets emosjonelle, intellektuelle og språklige utvikling, samt optimal vekst (Ravn, 2009).

2.1.4. Hud-mot-hud kontakt

Det nyfødte barnet og foreldrene har et grunnleggende behov for hudkontakt. Behovet kan forklares fra et hormonelt perspektiv da hud-mot-hud kontakt mellom foreldre og barn kan stimulere nervesystemet til utskillelse av hormonet oksytocin. Oksytocin setter i gang prosesser i hjernen som blant annet har en beroligende effekt, bidrar til fysisk stabilitet og sosial utvikling hos barn og foreldre (Blomqvist & Nyqvist, 2013b, s. 91). I intensivfasen ivaretas behovet for hud-mot-hud- kontakt i hovedsak gjennom å holde hender rundt barnet i kuvøsen. Ettersom barnet blir mer stabilt er det mer naturlig å iverksette ytterligere hud-mot-hud-kontakt, som kenguruomsorg, mellom barnet og foreldrene (Blomqvist & Nyqvist, 2013b, s. 92).

Kengurumetoden er en omsorgsmodell innen nyfødtomsorgen, og kjennetegnes ved at barnet ligger hud-mot-hud mot mors eller fars nakne bryst kun iført bleie og evt. lue. Metoden ble systematisk innført i Colombia på slutten av 1970-tallet, primært grunnet mangel på medisinsk teknisk utstyr som kuvøser m.m. Siden den tid har metoden blitt innført på verdensbasis på bakgrunn av positive forskningsresultater. Kengurumetoden bidrar til å skape

nærhet mellom barnet og omsorgsgiver, som ellers kan være vanskelig å oppnå på nyfødtintensiv avdeling (Blomqvist & Nyqvist, 2013b, s. 92-93).

2.1.5. Stell av det premature barnet

I forkant av stell skal det tas hensyn til barnets søvn- og våkenhetsperioder, samt tilpasse miljøet da stellesituasjoner kan være energikrevende. Under stellet skal det tilrettelegges for trygghet ved at barnet får holde armene inntil kroppen, lene bena mot noe eller holde om omsorgspersonens finger (Kleberg, 2013, s. 80). Flere omsorgsoppgaver og undersøkelser kan gjøres og ved at barnet ligger hud-mot-hud med enten mor eller far (Blomqvist & Nyqvist, 2013b). Det er viktig at omsorgspersonen tar seg god tid under stellet, og legger til rette for pauser underveis basert på barnets forsinkede reaksjonsevne. I tillegg må omsorgsgiveren kontinuerlig observere barnets signaler for å vurdere om det er anstrengt eller har det bra (Bergseth & Øye, 2013). Bading er spesielt energikrevende og utføres når barnets våkenhetsgrad tilsier det (Kleberg, 2013, s. 80).

2.1.6. Miljøet på en nyfødtintensiv avdeling

I det intrauterine miljøet i mors liv er fosteret skjermet fra omverdenen i et beskyttet miljø preget av varme, næring og hormonelle påvirkninger fra mor. Det fysiske miljøet på en nyfødtintensiv avdeling er preget av hyppig utskiftning av helsepersonell og medisinsk-teknisk utstyr. Barnet blir konstant eksponert for stimuli fra omgivelsene, herunder stekt lys, høye lyder, berøring fra flere forskjellige menneskehender. I tillegg utsettes det for ulike medisinske undersøkelser, samt andre former for pleie som amming og stell. På tradisjonelle avdelinger utøves store deler av omsorgen i kuvøser der barnets funksjoner ikke lengre reguleres av moren (Kleberg, 2013, s. 41-42).

De fleste nyfødtintensiv avdelinger i Norge praktiserer en nyfødtomsorg basert på tradisjonell tilnærming (Lode et al., 2015). På Oslo universitetssykehus (OUS) sin hjemmeside blir seksjonen på Rikshospitalet beskrevet som "… trangbodd og med ikke helt optimale forhold for den ro familier bør ha. Vi håper at OUS i fremtiden vil kunne tilby mer egnede lokaler til familiesentret behandling. Vårt mål er likevel at foreldre fra starten skal bli kjent med barnet sitt og delta i stell og pleie" (Oslo universitetssykehus, 2018). Drammen sykehus har etter ombygging utformet sin nyfødtintensiv avdeling etter prinsippene for familiebasert

nyfødtomsorg. Her har de tilrettelagt for familierom slik at premature barn født fra gestasjonsuke 28 og andre syke barn kan være med foreldrene sine hele døgnet (Vestre Viken, 2018).

2.2. Sykepleiefaglig rammeverk

2.2.1. Juridiske føringer

Barn innlagt i helseinstitusjon har særlige rettigheter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2, herunder rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvar under hele oppholdet i helseinstitusjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6 tydeliggjøres det i andre ledd at partene, foreldre og helsepersonell, skal enes om hva foreldrene skal gjøre under sykehusoppholdet. Videre uttrykkes det at foreldrene ikke skal tillegges ansvar eller oppgaver som i hovedsak tilhører helsepersonell. Det skal samtidig gis mulighet for medvirkning i behandling i den grad det er praktisk mulig og medisinsk forsvarlig. Videre vektlegges det at foreldrenes bidrag er et supplement og ikke en erstatning fra personalets side. I tredje ledd understrekes det at personalet må overta foreldrenes oppgaver dersom foreldrene ønsker avlastning. Det fremkommer i forskriftenes fjerde ledd at det ofte kan oppleves som en påkjenning å ha barn innlagt i institusjon, og derfor er det viktig at foreldrene har tilgang på et oppholdsrom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, § 6).

”Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester”, jf. pasient-og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd (1999). Retten til å medvirke forutsetter åpen kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell, og det er sentralt at sykepleier tilrettelegger for medvirkning i den grad foreldrene ønsker å involvere (Molven, 2014, s. 157). Når barnet er yngre enn 16 år har foreldrene også rett til informasjon vedrørende barnets helsetilstand og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 og 4-4).

I helsepersonelloven § 4 første ledd uttrykkes det at all helsepersonell plikter å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (1999). Kravet om forsvarlighet omfatter at sykepleieren både skal handle kunnskapsbasert etter faglige prinsipper, i tillegg til å ivareta verdier for atferd, herunder oppmerksomhet, respekt, innlevelse, vennlighet og omtanke. Loven inkluderer også at forsvarlighetskravet skal ses i lys av den konkrete situasjonen, arbeidets art og

helsepersonellets faglige kvalifikasjoner. Hva salgs helsehjelp som karakteriseres som faglig forsvarlig er i stadig endring, derfor pliktes helsepersonell å holde seg faglig oppdatert (Molven, 2014).

2.2.2. Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere møter i sitt daglige arbeid pasienter og ofte pårørende som er spesielt sårbare grunnet ulike utfordrende sykdomsbilder, blant annet barn som er født for tidlig. Som fagperson i slike tilfeller disponerer man en form for makt til å ivareta vedkommenes liv og livsmuligheter. Norsk sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for å ivareta denne makten på en moralsk forsvarlig måte (Sneltvedt, 2014, s. 99).

I de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.4 står det at ”sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentertpraksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (NSF, 2016). Nyfødtsykepleie er i stadig endring, hvilket som utfordrer sykepleieren til å stadig tilegne seg ny kunnskap med hensyn til egen profesjon.

Vedrørende sykepleierens ansvar overfor pasienten uttrykkes det i de yrkesetiske retningslinjene i punkt 2.3 at ”sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg”. Sykepleieren skal i lys av dette ivareta den nyfødtes integritet og verdighet, og gi omsorgsfull hjelp utfra barnets behov (NSF, 2016).

Under punkt 3. står det at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende, herunder punkt 3.1 ”å bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt” (NSF, 2016). For at foreldrene skal kjenne seg trygge omkring barnets omsorg er det viktig at sykepleieren gir kontinuerlig informasjon om barnets helsetilstand (Jackson & Nykvist, s. 42).

2.2.3. Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde

Sykepleieutøvelsen preges av fagspesifikke funksjoner og ansvarsområder. Funksjonene omfatter måten man tilnærmer seg og ivaretar pasienten på, gjennom både direkte pasientrettede oppgaver som kan være helsefremmende eller forebyggende, og indirekte pasientrettede oppgaver som undervisning og veiledning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Den helsefremmende og forebyggende funksjonen tar utgangspunkt i mennesker som er syke eller friske som er spesielt utsatt for helsesvikt. Sykepleiefunksjonen innebærer å styrke pasientens egne ressurser, blant annet ved å tilrettelegge for normal vekst og utvikling hos for tidlig fødte barn. Å identifisere tegn på helsesvikt, for så å iverksette tiltak er også svært sentralt i den forebyggende sykepleiefunksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Den undervisende og veiledende funksjonen inkluderer i denne sammenheng å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Det er ønskelig å fremme trygghet og hjelpe blant annet pårørende til å forstå og mestre konsekvenser av sykdom og behandling. Et sentralt område for sykepleieren er å tilrettelegge for gode rutiner som sikrer pasient og pårørendes deltakelse gjennom pasientforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

2.2.4. Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen beskriver sykepleieutøvelse som et profesjonelt omsorgsarbeid, og det forutsetter en nær sammenheng mellom teori og praksis. Samhandling mellom sykepleier og pasient er vesentlig i omsorgsarbeidet, og det krever at sykepleieren har et pasientsentrert engasjement og evne til å vise nestekjærlighet. Martinsen har utarbeidet tre grunnsyn ved omsorgsbegrepet, herunder at det er rasjonelt, praktisk og moralsk (Martinsen, 2003).

Omsorg kan ses som et relasjonelt begrep, som tar utgangspunkt i et felles menneskesyn hvor mennesker er avhengige av hverandre. Alle kan komme i situasjoner hvor man har bruk for hjelp fra andre, og man har derfor et ansvar for de svake (Martinsen, 2003). Foreldrene kan oppleve følelser relatert til stress når barnet legges inn på sykehus, og for å håndtere situasjonen har de behov for støtte fra helsepersonell (Jackson & Nykvist, 2013, s. 41-42).

Parallelt beskriver Martinsen omsorg som et praktisk begrep, hvor man skal delta aktivt og praktisk i andre sin lidelse. Hun presiserer situasjonsforståelse som en viktig egenskap i omsorgsarbeidet, og at en slik forståelse krever innsikt i menneskers livssituasjon, både muligheter og begrensninger. En god situasjonsforståelse er avgjørende for et gjensidig maktforhold, der omsorgsyter ikke overtar for mye av ansvaret for den/de hjelpetrengende og respekterer menneskets selvbestemmelse. Hun beskriver at omsorgsarbeid tar tid, og at det er avgjørende med et personlig engasjement for å etablere omsorgsrelasjonen (Martinsen, 2003).

Å legge til rette slik at foreldrene får ta del i omsorgen til barnet gjennom daglige aktiviteter, dersom foreldrene ønsker det, kan ses i lys av denne teorien.

Avslutningsvis presenterer Martinsen omsorgsbegrepets moralske aspekt, som tar utgangspunkt i å ta ansvar og handle for de svake. Et viktig utgangspunkt for å handle moralsk er et bevisst forhold til bruk av makt og evnen til å identifisere seg med den svake på en rasjonell og emosjonell måte. Omsorgsgiveren skal gjennom daglige praktiske handlinger tilrettelegge slik at vedkommende kan leve et best mulig liv ut i fra sine forutsettinger (Martinsen, 2003). Premature barn er en sårbar gruppe sett i sammenheng med evnen til å uttrykke hvordan de har det (Gardner, Goldson & Hernández, 2016a, s. 274), å vise omsorg gjennom nestekjærlighet er sentralt i sykepleien slik Martinsen påpeker det (Martinsen, 2003).

3. Metode

Metode knyttes til oppgavens problemløsende del og er en fremgangsmåte for å tilegne kunnskap eller etterprøve denne. Valg av metode baserer seg på hvilken fremgangsmåte som best belyser en formulert problemstilling. Metoden i denne oppgaven baserer seg på en litteraturstudie, som tar utgangspunkt i tidligere kjent fag- og forskningslitteratur for å belyse den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2017).

3.1. Litterær studie

Jeg har benyttet ulike tilnærminger for å finne fagbøker med relevans til valgt tema. I utgangspunktet fikk jeg kjennskap til tema gjennom å lese to norske grunnbøker i nyfødtsykepleie, etter hjelp fra skolens bibliotekarer. Det ble likevel raskt kjent at bøkene ble tatt ut fra pensumlisten for videreutdanning i nyfødtsykepleie da de var ansett som eldre utgaver. Jeg måtte derfor tilegne meg annen relevant faglitteratur. Ved hjelp fra veileder til bacheloroppgaven fikk jeg tips til aktuelle svenske og amerikanske forfattere som har skrevet bøker innen nyfødtomsorg. Jeg benyttet skolens biblioteksdatabase med forfatternes navn som søkeord og bestilte bøkene. I tillegg fant jeg noen av bøkene i hyllene på biblioteket. Fremgangsmåten for hvordan jeg fant aktuell forskningslitteratur presenteres under punkt 3.2.1. Artikkelsøk.

Andre bøker som er benyttet i oppgaven er pensum fra grunnutdanningen i sykepleie, som jeg både har kjennskap til og har fra før. Disse bøkene inkluderer temaer innen etikk, gjeldende lovverk, psykologi og sykdomslære. Med relevans til problemstillingen har jeg valgt å inkludere Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi og John Bowlby sin tilknytningsteori i denne litteraturstudien. Jeg har søkt meg frem til primærkilder som omfatter Kari Martinsens omsorgsfilosofi og John Bowlby sin tilknytningsteori gjennom bibliotekets databaser. I tillegg har jeg oppsøkt sekundærkilder som refererer til John Bowlby og Daniel Stern sin utviklingspsykologi, da det ikke var mulig å oppdrive primærkilden til sistnevnte.

3.2. Artikkelsøk

For å finne forskningsartikler som belyser problemstillingen har jeg gjort litteratursøk i kvalitetssikre databaser som SweMed+ og Cinahl. Det er benyttet kjedesøk for å oppdrive den ene artikkelen, hvorav studien ble referert i en annen forskningsartikkel. Søkeordene baserte seg på hoved- eller synonymbegreper som er relatert til problemstillingen. Jeg begrenset søket til artikler publisert innen de siste ti årene, og benyttet kombinasjoner av søkeordene. Inklusjonskriteriene i artikkelsøket tok utgangspunkt i å lese overskriftene og sammenligne begrepene til valgt tema. Deretter leste jeg sammendragene og vurderte relevansen opp mot egen problemstilling. Et slikt utgangspunkt gjorde det enklere å vurdere og selektere de artiklene som i høyest grad belyser problemstillingen og gir grunnlag for videre drøfting. Det var også ønskelig å inkludere forskningsartikler innen samme tema, men med ulike innfallsvinkler for å skape en beredere oversikt med utgangspunkt i problemstillingen.

3.2.1. Tabell 1 - artikkelsøk

Dato:	Søkeord:	Database:	Utvalg:	Navn på artikkel:
20.11.17	”preterm infant” AND ”attachment”	SveMed+	Antall treff: 10 Valgt artikkel: treff nummer 2 av 10.	Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldrenes erfaringer
20.11.17	”preterm infant” AND ”attachment”	SveMed+	Antall treff: 10 Valgt artikkel: treff nummer 3 av 10.	Bruk av hud-mot-hud-kontakt i nyfødt intensivavdelinger.
27.11.17	”infant” AND ”communication” AND ”parents”	SveMed+	Antall treff: 31 Valgt artikkel: treff nummer 1 av 31	Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn.
11.01.18	”Kangaroo Care” And ”Father-Infant Relations”	Cinahl	Antall treff 7 Valgt artikkel: treff nummer 6 av 7	Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.
11.01.18	”Kangaroo Care” AND ”Mothers” AND ”Infant, premature”	Cinahl	Antall treff: 33 Valgt artikkel: treff nummer 19 av 33	Swedish mothers´ experience of continous Kangaroo Mother Care.
29.01.18	Kjedesøk. Søkt opp og hentet i Google Scholar.			Parents of preterm evaluation of stress and nursing support.

3.3. Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen som er inkludert i oppgaven. Hensikten er å reflektere over om metoden gir utgangspunkt for troverdig kunnskap, herunder inkluderer kravene om validitet og reliabilitet. Validitet ses ved relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 40). Litteraturen skal med andre ord ha relevans knyttet til problemstillingen og være gyldig i den grad at innholdet fremdeles kan relateres til aktuell praksis innen nyfødtomsorg (Dalland, 2017, s. 40). Reliabilitet betyr pålitelighet og vektlegger at målingene som fremstilles i litteraturen skal være tilnærmet korrekt, og eventuelle feilkilder skal tydeliggjøres (Dalland, 2017, s. 40).

For sikre relevans til tema og problemstilling kan all forskning- og faglitteratur relateres til et sykepleiefaglig perspektiv. Herunder er en overvekt av forfatterne utdannet sykepleiere eller andre profesjoner med aktuell overføringsverdi til sykepleiepraksis. Alle de vitenskapelige publikasjonskanalene er fagfellevurdert (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, 2018), hvilket som støtter forskningens gyldighet. Det er også valgt å inkludere en foreldreveileier som er utarbeidet av Ålesund sykehus i samarbeid med helse Møre og Romsdal da den har relevans knyttet til problemstillingen. Imidlertid er det viktig å stille seg kritisk, da foreldreveilederen ikke publisert i en vitenskapelig tidsskrift.

Får å sikre en relevant overføringsverdi til norsk praksis i nyfødtsykepleie, har utvalget i fag- og forskningslitteratur basert seg på utøvede praksis fra den vestlige verden, med hovedvekt i Skandinavia. Likevel er det viktig å reflektere over nasjonale variasjoner innen kultur, lovverk, organisering av helsepersonell og helsetjenester, som kan innvirke i foreldrenes og barnets mulighet for samspill. Artiklene representerer interne forskjeller vedrørende utøvende praksis på de ulike nyfødtintensivavdelingene, herunder tradisjonell og moderne praksis. Det er ønskelig å inkludere begge tilnærmingene da det gir rom for diskusjon, likeledes kan det skape utfordringer knyttet til tolkning og overenstemmelse av resultater.

Flere av forskningsartiklene og noe faglitteratur er skrevet på engelsk og svensk noe som kan gi rom for fortolkninger underveis. Dette kan utfordre reliabiliteten da momenter fra litteraturen kan ha gått tapt gjennom oversettelse fra opprinnelig språk til norsk som er mitt morsmål. Litteraturen denne studien baserer seg har et krav om å være maksimum ti år

gammel, hvilket jeg har forsøkt å søke ut for å ivareta gyldighet. Dette kan ses i sammenheng med at de yrkesetiske retningslinjene utfordrer sykepleieren til å holde seg oppdatert på forskning innen eget fagområde, slik at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016). Litteraturen skrevet av Kari Martinsen og John Bowlby er likevel av eldre dato. Primærkildene er til tross for dette inkludert i studien for å ivareta kildens objektivitet og reliabilitet, samt forhindre mulige fortolkninger fra sekundærkildes ståsted. Likevel har jeg i enkelte tilfeller supplert med sekundærkilder som refererer til John Bowlby, for å utfordre egen forståelse og se sammenhenger. Det er sentralt å bevisstgjøre seg at det kan fremkomme mistolkninger ved bruk av sekundærkilder, da jeg tolker teori som allerede har vært fortolket.

Denne litteraturstudien er basert på forskning med kvantitativ og kvalitativ tilnærming, hvilket som gir som for både styrker og svakheter. Kvantitative metoder tar utgangspunkt i data med målbare enheter, mens kvalitative metoder viser til en mer helhetlig forståelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. En kombinasjon av disse kan bidra til en bredere forståelse av problematikken, da forskningen kan komplementere hverandre. Forskningen med utgangspunkt i kvalitativ metode, har ofte et begrenset utvalg av deltakere, noe som utfordrer gyldigheten da resultatene ikke kan generaliseres (Dalland, 2017, s. 52). Derfor har jeg valgt å benytte flere forskningsartikler som belyser samme problematikk for å besvare problemstillingen etter beste evne. Det inkluderer metoder med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming, eller en metode som tar utgangspunkt i begge.

Jeg har valgt å inkludere studier som både tar utgangspunkt i sykepleierens og foreldrenes perspektiv, inklusiv mor og far, for å gi rom for flere perspektiver i drøfting av problematikken. Så langt det lar seg gjøre har jeg også valgt forskningslitteratur som viser objektivitet og stiller seg kritisk til egen problematikk og resultater som kommer frem i studien.

3.4. Etiske vurderinger

I en litteraturstudie som baserer seg på tidligere kjent fag- og forskningslitteratur er det viktig å være bevisst og tro mot regler for oppgaveskriving og kreditere andres arbeid. Jeg har fulgt LDH sine retningslinjer for oppgaveskriving når det refereres til andres arbeid underveis i oppgaven og i referanselisten.

4. Presentasjon av forskningslitteratur

I dette kapittelet benyttes en artikkelmatrise for å presentere resultater fra valgte forskningsartikler. En hovedvekt av artiklene tar for seg erfaringer ved bruk av hud-mot-hud-kontakt på nyfødtintensiv avdelinger. Herunder inkluderes både mor, far og helsepersonellets erfaringer. Det er også en artikkel som belyser sykepleiernes erfaringer i møte med foreldre med et nyfødt sykt barn.

4.1. Tabell 2 – artikkelmatrise

Nr	Forfatter/ årstall/ land	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Drejer, S. & Skjelstad, D. V., 2014, Norge	Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldrenes erfaringer.	Tidsskrift for norsk psykologforening, 51(12), 2014, 1006-1017	Undersøke hvordan foreldre til premature barn opplever heldøgns kenguruomsorg og personalets veiledning i en nyetablert moderne nyfødt intensivavdeling (Vestre Viken).	Kvantitativ metode: spørreskjema med et utvalg på 30 familier. Kvalitativ metode: dybdeintervju med 3 familier som uttrykte misnøye i spørreskjemaet	En hovedvekt av foreldrene var tilfredse og trygge i foreldrerollen og kenguruomsorg fremmet tilknytningsprosessen. Enkelte opplevde kenguruomsorg som krevende. Opplevelsen kunne endes dersom personalet tar mer individuelle hensyn, respekterer foreldrenes vurderinger og bevisstgjør seg overfor behovet for avlastning.
2	Lode, I. U., Andersen, R. D. & Eriksson, M., 2015, Norge	Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødt intensivavdelinger.	Sykepleien forskning, 10(2), 2015, 152-160	Undersøke likheter og forskjeller mellom nyfødt intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak, vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalets oppfatninger av hud-mot-hud-kontakt.	Tverrsnittstudie basert på to spørreskjemaer med en kvantitativ tilnærming. Ett ble delt ut på avdelingsnivå til 19 avdelinger, og det andre ble besvart av 322 ansatte på avdelingene.	Alle avdelingene tilrettela for hud-mot-hud-kontakt, og flertallet forsøkte å få til kontakten så tidlig som mulig. Positive effekter på samspill, tilknytning og barnets utvikling var personalets argumenter. Forholdene var best tilrettelagt på de øvrige helseforetakene, mens universitetssykehusene generelt var mest komfortable ved anvendelse til de sykeste barna. Rundt halvparten hadde skriftlige retningslinjer og foreldreinformasjon.
3	Moe, K., Skisland,	Hvordan møte foreldre	Sykepleien forskning,	Undersøke sykepleierens	Kvalitativ metode med en	Deltakerne mente det var avgjørende å etablere en

	A. V.-S. & Söderhamn, U., 2017, Norge	til et nyfødt, sykt barn	12(e-62155), 2017, 1-10	erfaringer med hva som er viktig i møte og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn.	fenomenologisk tilnærming. Intervju med 5 sykepleiere fra en nyfødtintensiv avdeling.	relasjon basert på empati i møte og samtale med foreldrene. Herunder skal den enkelte bli sett og det gis rom for gjensidig informasjonsutveksling der foreldrenes opplevelse av mestring fremmes. Uten disse kriteriene blir møtene/ samtalene beskrevet som mindre vellykkede.
4	Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K. & Nyqvist, K. H., 2011, Sverige	Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.	Jounal of advanced nursing, 68(9), 2011, 1988-1996	Undersøke fars opplevelse av å ivareta sitt premature nyfødte barn ved hjelp av kenguruomsorg.	Kvalitativ metode med intervju av syv fedre som gjennomførte kenguruomsorg under oppholdet på sykehuset. Studien inkluderte premature barn født mellom svangerskapsuke 29 til 33.	Kenguruomsorg ga fedrene mulighet for nærhet med barnet, oppleve kontroll i foreldrerollen og gjøre noe godt for barnet sitt. Likevel kunne omsorgen oppleves krevende og stressende. Noen var hos barnet gjennom hele sykehusoppholdet, mens andre kun på dagen. De ønsket å være hos barna så mye som mulig.
5	Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H., 2010, Sverige	Swedish mothers´ experience of continuous Kangaroo Mother Care	Journal of Clinical Nursing, 20, 2010, 1472-1480	Å kartlegge de første mødrenes opplevelse av kontinuerlig kenguruomsorg for sine premature barn fra fødsel til utskrivelse på en nyfødtintensiv avdeling i Sverige.	Retrospektivt design med en kvantitativ datainnsamling; innsyn i barnets journal og spørreskjema. Studien inkluderte 23 mødre og premature barn med svangerskapsalder mellom 31-41 uker.	En hovedvekt av mødrene hadde positive erfaringer. Negative opplevelser inkluderte redusert informasjon knyttet til utførelsen av metoden, i tillegg mente noen at det var krevende og slitsomt å ivareta barnet gjennom natten. Ingen av mødrene angret på å benytte kenguruomsorg, eller ønsket å avslutte det tidligere enn de gjorde.
6	Tandberg, B. S., Sandtrø, H. P., Vårdal, M. & Rønnestad, A., 2013, Norge	Parents of preterm evaluation of stress and nursing support	Journal of Neonatal Nursing, 19, 2013, 317-326	Undersøke ulikheter hos mor og far til premature knyttet til deres opplevelse av foreldrerelatert stress og støtte fra sykepleierne under oppholdet på nyfødtintensiv avdeling.	Kvantitativ metode med en beskrivende spørreundersøkelse. Studien inkluderte 41 mødre og 41 fedre. Barna var alle innlagt på Rikshospitalet med en gestasjonsalder mellom 24-32 uker.	Både far og mor hadde et høyt stressnivå knyttet til barnets tilstand. Mødrene var mindre stresset ved utskrivelse, i motsetning til fedrene. Begge foreldrene var fornøyde med støtten fra sykepleierne, særlig informasjonsutveksling og omsorgen som ble gitt. Likevel var det noe misnøye knyttet til liten grad av involvering i beslutninger og omsorg.

5. Hvordan kan sykepleier fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling?

I dette kapittelet drøftes muligheter og utfordringer knyttet til hvordan sykepleier kan fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling. De aktuelle temaene er; å møte foreldrene til det premature barnet, samhandling med foreldrene, å forstå det premature barnet, tilrettelegging for samspill i miljøet på avdelingen og vurdere hud-mot-hud-kontakt som en arena for samspill.

5.1. Å møte foreldrene til det premature barnet

I en norsk studie som tok utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer i møtet med foreldrene til et nyfødt sykt barn, mente sykepleierne at det i hovedsak er avgjørende at foreldrene blir sett av helsepersonellet. Videre skal det etableres en relasjon basert på empati, hvor det gis rom for gjensidig informasjonsutveksling (Moe et al., 2017).
Kari Martinsen uttrykker i sin omsorgsfilosofi at omsorgsarbeid tar tid og at sykepleierens personlige engasjement er et viktig utgangspunkt for en slik relasjon. Sykepleierens evne til å vise forståelse for at foreldrene er i en vanskelig situasjon og møter dem med ivaretakelse og empati kan ses i lys av Martinsens relasjonelle grunnsyn ved omsorgsbegrepet (Martinsen, 2003).

Sykepleierens kompetanse innen kommunikasjon og evne til å etablere og utvikle relasjoner er avgjørende for å forebygge foreldrenes emosjonelle påkjenning og fremme samspill mellom foreldrene og barnet. Det er å forvente at kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre i en nyfødt intensivavdeling byr spesielle utfordringer på grunn av den stressede situasjonen foreldrene befinner seg i (Moe et al., 2017). En god måte sykepleieren kan møte foreldrene på kan være å undervise og veilede gjennom daglig stell- og omsorgsoppgaver i lys av sykepleierens funksjon- og ansvarsområder. På den ene siden kan undervisning og veiledning fra sykepleieren fremme trygghet og hjelpe vedkommende til å forstå og mestre konsekvenser av sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Mens det på en annen side kan det bidra til skjev maktfordeling, derav en holdning om at sykepleieren vet best. Videre i studien som ble nevnt ovenfor fortalte informantene at man som sykepleier også må rette oppmerksomheten mot foreldrene og ikke snakke over hodet deres. Dersom man møter foreldrene med utgangspunkt i deres opplevelse i situasjonen på en empatisk måte har det vist

seg enklere å undervise og veilede foreldrene i hvordan de kan ta del i omsorgen til barnet (Moe et al., 2017). I møtet med foreldrene er det viktig at sykepleieren har et bevisst forhold til bruk av makt. Slik Kari Martinsen påpeker det er sykepleierens evne til å identifisere seg med den svake på en rasjonell og emosjonell måte svært aktuelt i det moralske aspektet ved omsorgsarbeidet (Martinsen, 2003).
I den samme studien gjennomført av Moe et al., viste det seg at ivaretakelsen av foreldrene gir mestringsfølelse i foreldrerollen, som bidrar til å styrke deres respons overfor banets signaler, og er avgjørende i samspillet (2017).

5.2. Samhandling med foreldrene

I en norsk studie kom det frem at både mor og far opplevde et signifikant nivå av stressreaksjoner knyttet til hvordan barnet hadde det, i tillegg til deres rolle som foreldre og omsorgsgivere (Tandberg et al., 2013). Følelsen av hjelpeløshet, samt den fysiske seperasjonen fra barnet kan være et hinder for det naturlige samspillet og tilknytningen som oppstår mellom foreldre og barn. Å bli foreldre til et prematurt født barn er for mange en uforutsett start på foreldrerollen, og en kan derfor ikke forvente at samspillet utarter seg på samme måte som hos barn født til termin. For noen foreldre og barn kan oppholdet på nyfødtintensiv avdeling vare over en lengre periode (Kleberg, 2013). Sykepleierens evne til å samhandle med foreldrene slik at kontakten mellom foreldre og barn, samt miljøet, etableres så tidlig som mulig, er i følge John Bowlby avgjørende for tilknytningen og samspillet (Bowlby, 2001).

Resultatene fra studien til Tandberg et al., viste at dersom foreldrene får mulighet til å være mer delaktige og medvirke i barnets omsorg fra fødsel til utskrivelse kan det medføre et lavere stressnivå utfra foreldrenes erfaringer (2013). Sykepleieren kan legge til rette for foreldrenes deltakelse i barnets omsorg gjennom å inkludere foreldrene i daglige pleie- og omsorgsoppgaver som stell, amming og kenguruomsorg. I en svensk studie fortalte en av fedrene at deltakelse gjennom kenguruomsorg forsterket foreldrefølelsen. En annen far fortalte at han ikke fikk holde barnet hud-mot-hud direkte etter fødselen. Det medførte at han ikke følte seg som en ordentlig far før han aktivt fikk delta i omsorgen (Blomqvist et al., 2011c).

Samhandlingen mellom sykepleier og foreldrene kan ses som et partnerskap, der hver enkelt har ulik rolle i omsorgen til barnet. Det er derfor viktig at sykepleieren ivaretar og fremmer foreldrenes naturlige rolle som omsorgsgivere. Utvikling av foreldreidentitet skjer i samspill med andre. Blant annet at far deltar under fødsel, eller at begge foreldre involveres i omsorgsarbeid som stell og kenguruomsorg under sykehusoppholdet. Imidlertid kan deltakelse i omsorgen til barnet oppleves som litt skremmende og fremmed for foreldrene i starten. Av den grunn kan det være mest aktuelt at sykepleieren tilrettelegger for kun nærvær og kontakt mellom foreldrene og barnet den første tiden. Etter hvert som foreldrene føler seg mer komfortable i rollen vil det være mer aktuelt at sykepleieren og foreldrene sammen planlegger hvem som skal utføre ulike pleie- og omsorgsoppgaver, etter hva som anses som faglig forsvarlig. På denne måten inkluderes foreldrene til delaktighet i omsorgen til barnet, samtidig som at de opplever støtte og tilstedeværelse fra personalet (Jackson & Nykvist, 2013, s. 43). En slik tilnærming støttes opp under forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6, da foreldre og sykepleier skal enes om hvordan foreldrene kan bidra under sykehusoppholdet. Samtidig fremgår det i andre ledd at foreldrene ikke skal tillegges ansvar eller oppgaver som i hovedsak tilhører helsepersonellet, men at det skal gis mulighet for medvirkning fra foreldre i den grad det anses som praktisk mulig og medisinsk forsvarlig (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, § 6).

Til tross for et klart juridisk rammeverk for involvering av foreldre til barn på institusjon forekommer det interne variasjoner blant sykepleierne og helsepersonell, omkring i hvilken grad foreldrene inkluderes i nyfødtomsorgen. I en norsk studie påpekte foreldrene primært personalets betydning for å bli trygge i foreldrerollen, herunder presiserte de at det forekom interne variasjoner mellom sykepleierne. Noen av sykepleierne var flinke til å styrke følelsen av å være foreldre gjennom fortelle foreldrene at deres bidrag i barnets omsorg er viktig og verdifullt, mens andre sykepleiere fikk foreldrene til å føle seg som besøkende til barnet (Drejer & Skjelstad, 2014).

Kari Martinsens relasjonelle grunnsyn ved omsorgsbegrepet beskriver at mennesker er avhengige av hverandre, og at sykepleieren derfor har et ansvar for å ivareta andre i en vanskelig livssituasjon, både det premature barnet og foreldrene (Martinsen, 2003). I lys av Martinsens filosofi er det realistisk å vurdere sykepleierens initiativ til inkludering og samhandling med foreldrene som utgangspunkt for medvirkning i barnets opphold på

sykehuset. Det er først og fremst viktig at sykepleierens initiativ tar utgangspunkt i den grad foreldrene ønsker å involvere seg. Med utgangspunkt i lovverket plikter sykepleieren å ivareta foreldrenes rett til å medvirke i barnets helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Forutsatt at sykepleier tilrettelegger for foreldrenes medvirkning og deltakelse i omsorgen til barnet kan det minske stresset foreldrene står ovenfor, og samtidig fremme samspillet mellom dem og barnet (Wigert, 2013 ; Moe et al., 2017). Foreldrene har også rett til informasjon vedrørende barnets helsetilstand og behandling når barnet er yngre enn 16 år, jf. pasient-og brukerrettighetsloven § 3-4 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Betydningen av at sykepleieren informerer foreldrene med passende informasjon og klargjøre barnets helsetilstand og atferd, kan bidra til å minske foreldrenes stress og skyldfølelse (Gardner et al., 2016b, s. 842). På den annen side viste en svensk studie som forsket på mødrenes opplevelse av kontinuerlig kenguruomsorg, at mødrene ikke var fornøyde med helsepersonellets evne til å gi informasjon omkring kenguruomsorg. Videre uttrykte mødrene at helsepersonellet ikke var tilstrekkelig forståelsesfulle overfor deres egne ønsker og behov knyttet til kenguruomsorg (Blomqvist & Nyqvist, 2010a). Dog bør en nok stille seg kritisk til resultatene, da metoden i studien baserte seg på en kvantitativ tilnærming gjennom en spørreundersøkelse. Med andre ord gir funnene i undersøkelsen en overfladisk og lite inngående forståelse for møderens opplevelse av frustrasjon.

Imidlertid dersom sykepleieren møter foreldrene med åpenhet, gode kommunikasjonsferdigheter og gjensidig informasjon kan det stimulere til aktiv deltakelse i barnets omsorg (Wigert, 2013). Foreldrenes erfaringer fra en norsk studie knyttet til stress og sykepleiefaglig støtte på en nyfødtintensiv avdeling kan bekrefte dette fra et brukerperspektiv. Resultatene viste at samhandling med foreldrene er en viktig sykepleieoppgave. Samhandlingen avhenger av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter knyttet til å foreta gjensidige beslutninger og møte foreldrene på en empatisk måte (Tandberg et al., 2013).

5.3. Å forstå det premature barnet

Som en følge av barnets ofte diffuse initiativ i samspillet, kan det gi foreldrene en opplevelse av at de selv ikke har kompetanse til å oppdage og respondere på barnets signaler. Foreldrenes rolle er riktig nok å tilrettelegge og introdusere erfaringer, slik at barnet engasjerer seg og benytter egne evner til å lære og forstå (Rye, 2011, s. 50). Dersom foreldrene styrker

kompetansen i foreldrerollen og tilegner seg kunnskap om barnet, kan kvaliteten på samspillet forbedres (Gardner et al., 2016a, s. 273).

I følge helsepersonelloven § 4 plikter helsepersonell å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Forsvarlighetskravet sikrer blant annet at sykepleieren gjør vurderinger i hver enkelt situasjon utfra arbeidets art og sykepleierens faglige kvalifikasjoner. Herunder plikter sykepleieren å holde seg faglig oppdatert (Molven, 2014, s. 128), slik at vedkommende blant annet kan bistå foreldrene i å forstå barnet sitt. I slike tilfeller skal ikke sykepleieren kun veilede gjennom en prosedyre, men vise respekt, omtanke, tilstedeværelse overfor foreldrene og barnet, slik det inngår i kravet om at sykepleieren skal yte omsorgsfull hjelp (Molven, 2014, s. 128).

I en studie gjennomført på Rikshospitalet viste resultatene at foreldrene var fornøyde med sykepleierens støtte, og opplevde at de fikk hjelp til å forstå barnets signaler og atferd (Tandberg et al., 2013). Imidlertid viste en annen norsk studie at omkring halvparten av landets nyfødtintensiv avdelinger manglet retningslinjer og foreldreinformasjon relatert til hud-mot-hud-kontakt, (Lode et al., 2015). Skriftlig informasjon kan ses som et godt supplement til muntlig informasjon fra helsepersonellet. Ålesund sykehus har utarbeidet en foreldreveileder i samarbeid med helse Møre og Romsdal, som skal bistå foreldrene til å forstå barnets signaler, med utgangspunkt om barnet har det bra eller er stresset og utilpass (Bergseth & Øye, 2016). Å tilrettelegge for gode rutiner og prosesser som sikrer pasientens og foreldrenes deltakelse gjennom pasientforløpet kan relateres til sykepleierens undervisende og veiledende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Sykepleieren har av den grunn et ansvar for å støtte foreldrene til å lære å kjenne og forstå barnets signaler. For å være mer presis kan sykepleieren legge til rette for muntlig veiledning og undervisning til foreldrene gjennom aktuelle arenaer som stell og hud-mot-hud-kontakt, dersom barnets våkenhetsgrad tilsier det. Om foreldrene ser at barnet er trøtt i forkant av stellet, kan det være lurt å gi barnet et par minutter til å våkne. Samtidig kan sykepleieren vise hvordan foreldrene kan stimulere til våkenhet hos barnet, ved å blant annet holde hendene rolig om barnet og snakke med rolig stemme for å forbedrede barnet på at noe skal skje (Bergseth & Øye, 2016).

Dog viser forskning at det forekommer svakheter vedrørende sykepleierens ansvar, knyttet til den veiledende og undervisende funksjonen. En forelder har uttalt at:

> ”Viktig at fokus på mye kengurutid ikke overskygger barnets signaler. Enkelte ganger er det slik at barnet trenger hvile i sengen sin alene” (Drejer & Skjelstad, 2014, s.1012).

Av den grunn er det viktig at sykepleierens yrkesutøvelse viser faglig forsvarlighet, med utgangspunkt i med Kari Martinsens moralske grunnsyn ved omsorgsbegrepet. Hun mener at omsorg har en moralsk side der sykepleieren skal ha et bevisst forhold til makt og identifisere seg med den svake på en rasjonell og emosjonell måte (Martinsen, 2003). Utgangspunktet i denne teorien er at sykepleieren handler kunnskapsbasert ved å eksempelvis tilrettelegge for blant annet kenguruomsorg mellom foreldre og barn da det har vist dokumentert effekt på tidlig tilknytning og samspill. Likeledes skal sykepleieren evne å identifisere seg med barnet med basert på kunnskap om barnets signaler, som tilsier om det har det bra eller er stresset og utilpass. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig at samspillet kun tar utgangspunkt i ansiktsuttrykk og blikk, og utelater lyder og berøring da det kan bli mye stimuli å bearbeide samtidig. Det er viktig å kjenne til og lære foreldrene at barnet er overstimulert eller utmattet dersom det spriker med armer eller fingre, eller mister muskeltonus (Bergseth & Øye, 2016 ; Kleberg, 2013). Følgelig er det sykepleierens oppgave å observere, vurdere og iverksette tiltak i barnets miljø slik at det gjenopplever stabilitet. Herunder tilpasse barnets ytre stimuli etter dets velbefinnende og minske negativt stress (Kleberg, 2013). Slik Martinsen påpeker det med bakgrunn i den rasjonelle tankegangen ved omsorg er det sykepleieren som har faglig kunnskap og kompetanse til å vurdere hva som er til barnets beste utfra dets forutsetninger (Martinsen, 2003). Ut i fra Martinsens tankegangen har sykepleien et ansvar for å observere og vurdere dersom barnet er utmattet eller overstimulert.

Foreldre har påpekt at personalets støtte er viktig i forhold til hvor mye foreldrene involverer seg i barnet og for at de skal føle seg trygge og kompetente i foreldrerollen (Drejer & Skjelstad, 2014). Slike erfaringer viser derfor at sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er avgjørende for å lære foreldrene til å observere og vurdere barnets signaler utfra et moralsk grunnsyn, slik at omsorgen overfor barnet stimulerer til et godt og gjensidig samspill.

5.4. Tilrettelegging for samspill i barnets og foreldrenes fysiske miljø

Barns utvikling, atferd og tilpasning gjennom læring, er i stor grad knyttet til samspillet med omgivelsene. Fra fødselen av er barn predisponerte til å inngå samspill med sine omsorgsgivere. De anses som sosiale vesener som er avhengige av erfaringer i et nært samspill med omverdenen (Rye, 2011). Bowlby uttrykte at samspillet og videre tilknytning kan utfordres dersom den tidlige kontakten mellom barnet og aktuelle omsorgsgivere blir begrenset fra fødsel (Bowlby, 2001). Dette kan relateres til premature barn som innlegges på nyfødtintensiv avdeling.

Organiseringen av miljøet på avdelingen kan være både fremmende og en hindring med tanke på hvor involverte foreldrene blir i nyfødtomsorgen (Jackson & Nykvist, 2013, s. 36). Blant annet erkjenner Oslo universitetssykehus at det forekommer en rekke svakheter ved deres tradisjonelle tilnærming i praksis på nyfødtintensiv avdelingen på Rikshospitalet (Oslo Universitetssykehus, 2018). Mødrene i en svensk studie uttrykte misnøye knyttet til miljøet på nyfødtintensiv avdelingen de var på med sine premature barn. Deltakerne uttrykte blant annet at familierommene var for små, og at sengene var ukomfortable å sove i. I tillegg mente mødrene at nyfødtintensiv avdelingen var preget av for mye medisinsk teknisk utstyr (Blomqvist & Nyqvist, 2010a).

Det er gjennomført en norsk studie vedrørende likheter og forskjeller mellom nyfødt intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak med utgangspunkt i organisatoriske og praktiske forhold. Utfra resultatene fra spørreundersøkelsen kom forskerne frem til at det er et behov for endringer innen nyfødtomsorgen, til et mer moderne uttrykk der familien får ta en større del i omsorgen til barnet sitt under oppholdet på sykehus. Videre i studien kom det frem at et mindretall av avdelingene ved universitetssykehusene enn ved de øvrige helseforetakene hadde egne rom hvor barnet kunne være sammen med foreldrene, eller mulighet til å være på intensivrommene hele døgnet. Resultatene viste at signifikant flere avdelinger ved universitetssykehusene enn avdelingene ved de øvrige helseforetakene hadde perioder hvor foreldrene ikke fikk være i avdelingen. En vet ikke om det er representativt, men en mulig forklaring kan være at sykepleierne ved universitetssykehusene står overfor et større arbeidspress enn sykepleierne ved helseforetakene da pasientene gjerne er mindre eller sykere, med et større behov for helsepersonell som aktuelle omsorgsgivere (Lode et al., 2015).

Foreldrene er barnets beste kroppslige støtte ved trøst og omsorg, og det er sykepleierens oppgave å legge til rette og inkludere foreldrene til kenguruomsorg. Å holde barnet hud-mot-hud gir barnet trygghet, spesielt ved undersøkelser og pleie. Dersom barnet uttrykker stabilitet, ro og tilfredshet bør foreldrene oppmuntres til holde om barnet ved hud-mot-hud-kontakt slik at de også får mulighet til å kjenne nærhet og kjærlighet overfor sitt barn. Det er avgjørende at omsorgspersonen innleder kontakten ved å snakke rolig, holde armen forsiktig om barnets kropp og tilrettelegger miljøet rundt for lys, lyd, synsinntrykk og lukter. Videre er det aktuelt at sykepleieren viser hvordan foreldrene støtter barnets stabilitet og evne til selvregulering, ved å blant annet la barnet holde rundt foreldrenes finger. Omsorgspersonen må være observant overfor barnets signaler som utmattelse eller svekket muskeltonus, da overstimulering kan være kritisk for barnet og samspillet (Kleberg, 2013 ; Grønseth & Markestad, 2017).

Kontakten mellom foreldre og barn fremmes spesielt dersom de gis tilgang til et eget familierom. Et annet alternativ er at sykepleieren tilrettelegger plassen rundt kuvøsen med en komfortabel lenestol slik at omsorgspersonen har mulighet til å slappe av i overkroppen (Kleberg, 2013, s.75). Forskning fra en tradisjonell nyfødtintensiv avdeling på Rikshospitalet viste at fedrene opplevde et høyere nivå av stress ved utskrivelse enn ved starten av oppholdet på sykehuset. Stresset var relatert til at fedrene hadde tilbrakt for lite tid med barnet alene. Resultatene viste at dersom fedrene fikk være mer delaktig i barnets omsorg fra fødselen kunne det redusere opplevelsen av stress ved utskrivelse (Tandberg et al., 2013).

I en forskningsstudie fra Sverige uttrykte fedrene i studien at kuvøsen var en form for separasjon mellom han selv og barnet som opplevdes stressende. En far fortalte også at tiden han delte med barnet sitt, ved å ta vare på det, ga han en følelse av kontroll i omsorgen. Han uttrykte at det var viktig å bli involvert i omsorgen til barnet allerede fra fødselen for å lære barnet å kjenne i høyere grad enn helsepersonellet (Blomqvist et al, 2011c). Beklageligvis er det en begrensning i dagens nyfødtomsorg, da foreldrene utfra praktiske og organisatoriske forhold på de ulike nyfødtintensiv avdelingene har redusert mulighet for samvær med barnet gjennom hele døgnet. Dagens forhold er ikke optimale da de utfordres av lovverket, herunder barns rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvar under hele oppholdet i helseinstitusjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). Gjennom de

yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et faglig, etisk, juridisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (NSF, 2016).
Praktiske forhold, blant annet hvor mye foreldrene og barnet får være sammen under sykehusoppholdet, kan ha en betydning for i hvilken grad hud-mot-hud-kontakt anvendes (Lode et al., 2015). Videre har erfaringer fra helsepersonell vist at hud-mot-hud-kontakt stimulerer til tidlig samspill og tilknytning mellom foreldre og barn (Lode et al, 2015). Sykepleieren plikter seg i lys av egen profesjon å holde seg faglig oppdatert og nyttiggjøre seg av forskning tilhørende egen praksis (NSF, 2016). Derfor bør man som sykepleier på nyfødtintensiv avdeling stille seg kritisk til dagens praksis, og inkludere foreldrene i større grad dersom forholdene tilsier at det er faglig forsvarlig.

5.5. Hud-mot-hud-kontakt som arena for samspill

Fra en studie gjennomført på nyfødtintensiv avdelingen på Drammen sykehus, uttrykte en forelder erfaringer fra hud-mot-hud-kontakt gjennom kenguruomsorg som;

> ”Når jeg ser hvordan barnet mitt faller til ro nær meg og trives mer der enn i senga, får det jo en til å følge seg som en god mor. Tror også det har en positiv innvirkning på det høye blodtrykket mitt” (Drejer & Skjelstad, 2014, s. 1011).

Et flertall av foreldrene fra studien uttrykte at de var svært fornøyde med bruk av kenguruomsorg. Deler av responsen var at foreldrene ble tryggere, følte nærhet, lærte barnet og kjenne, i tillegg til at barnet koste seg, falt til ro og nøt å være hud-mot-hud (Drejer & Skjelstad, 2014). I en annen svensk studie påpekte fedrene at det å være delaktig i barnets omsorg fra fødselen, også i stellesituasjoner forsterket følelsen av å være far (Blomqvist et al., 2011c). I studien gjennomført av Lode et al., mente helsepersonellet som deltok at tidlig samspill, tilknytning og positiv innvirkning på barnets utvikling var de mest sentrale begrunnelsene for anvendelse av hud-mot-hud-kontakt (2015).

I de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.3 fremtrer det at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, som kan relateres utfra et helsefremmende og forebyggende perspektiv som inngår i sykepleierens funksjon- og ansvarsområde, samt de yrkesetiske retningslinjene (Nortvedt & Grønseth, 2016 ; NSF, 2016). Å gi helhetlig omsorg kan ses i lys av Kari Martinsens praktiske grunnsyn ved omsorgsbegrepet, hvor sykepleieren aktivt deltar i

andres behov for hjelp for å styrke pasientens egne ressurser og blant annet tilrettelegge for vekst og utvikling. Ved at sykepleier tilrettelegger for hud-mot-hud-kontakt gjennom kengurumetoden fremmer det stimuli som ligner det intrauterine miljøet, blant annet lukt og fysiologiske responser, samt foreldrene stemmer. Å ligge mot foreldrenes bryst gir en opplevelse av trygghet, da kroppsstillingen ligner fosterstillingen, med armer og ben inntil kroppen som gir en beskyttelse for lys fra miljøet. Kengurumetden stimulerer også til utskillelse av oksytocin som har vist å stabilisere fysiologiske responser, bidra til sosial utvikling og ha en beroligende effekt hos både foreldre og barn(Blomqvist & Nyqvist, 2013b, s. 91). Dette gir et godt utgangspunkt for samspill for både det premature barnet og foreldrene. Psykomotoriske undersøkelser har også vist at barn som får kenguruomsorg har lettere for å skifte mellom søvn og våkenhet og innlede blikkontakt med omsorgspersonen (Blomqvist & Nyqvist, 2013b, s. 97).

Martinsen presiserer situasjonsforståelse som avgjørende for å vurdere muligheter og begrensninger ved å gi omsorg, herunder å fremme et gjensidig maktforhold der foreldrene inkluderes som aktuelle omsorgsgivere og respektere deres selvbestemmelse (Martinsen, 2003). Likevel erkjenner forskning at det i flere tilfeller fremkommer et ujevnt maktforhold der foreldrene ikke blir tilstrekkelig hørt. I en studie fra Sverige uttrykte flere mødre at de var misfornøyde med helsepersonellets utlevering av informasjon, samt forståelse overfor mødrenes behov og ønsker knyttet til kenguruomsorg (Blomqvist & Nyqvist, 2010a). Denne erfaringen støttes ytterligere gjennom en studie fra Norge hvor det kom frem at kun et lite flertall av foreldrene følte at de klarte å leve opp til personalets forventninger, hvilket som forsterket foreldrenes allerede høye krav til seg selv. I dybdeintervjuene ble konflikten mellom foreldrenes egne behov og personalets forventninger sterkest presisert, og foreldrene mente at personalet i større grad burde lytte til hver enkelt familie og deres behov. I slike uttalelser er det realistisk å vurdere individuelle faktorer hos foreldrene, herunder slitenhet, psykisk helse, selvfølelse og mestringsstrategier. Disse individuelle faktorene kan påvirke hvordan foreldrene ser barnet sitt og fungerer generelt i avdelingen (Drejer & Skjelstad, 2014). Denne typen uttalelser bekreftes av Kari Martinsens omsorgsfilosofi da hun mener at omsorgsarbeid tar tid, og det er avgjørende med et personlig engasjement for å etablere omsorgsrelasjonen (Martinsen, 2003).

Dersom sykepleier tilrettelegger for hud-mot-hud-kontakt, kan det bidra til å minske seperasjonen mellom foreldre og barn i intensivfasen på sykehus (Blomqvist & Nyqvist, 2013b). I en studie kom det frem at fedrene hadde positive opplevelser med kenguruomsorg på avdelingen. Både på bakgrunn av hvilke positive effekter kenguruomsorgen har, i tillegg til å inkludere far som en viktig rolle i barnets omsorg, hvilket som bidro til å fremme selvtillit i foreldrerollen. På den annen side opplevde fedrene at de måtte gjennomføre stellesituasjoner som bleieskift så fort som mulig, slik at barnet så raskt som mulig kunne returnere tilbake i kengurusposisjonen (Blomqvist et al., 2011c). Dersom foreldrene ikke har mulighet for avlastning når de føler et behov for det, bør en være kritisk til hvor fruktbar samspillrelasjonen egentlig er.

Med utgangspunkt i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6 skal sykepleier og foreldrene komme til enighet omkring hvilke oppgaver som tilhører de ulike omsorgspersonene. Foreldrene skal anses som et supplement i behandlingen, og i tredje ledd tydeliggjøres det at personalet skal overta foreldrenes oppgaver dersom foreldrene ønsker avlastning. I fjerde ledd presiseres det at å ha barn innlagt på sykehus oppleves som en påkjenning for mange, og derfor er det viktig at foreldrene har tilgang på oppholdsrom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, § 6). I en studie hvor det ble gjennomført kontinuerlig kenguruomsorg poengterte forskerne at individuelle faktorer som slitenhet, selvfølelse og mestringsstrategier er avgjørende for hvordan foreldrene ser på barnet sitt og fungerer i avdelingen. Mange av foreldrene hadde likevel en positiv opplevelse av kenguruomsorg og familiebasert nyfødtomsorg (Drejer & Skjelstad, 2014). Foreldrene påtar seg mye av ansvaret overfor sine premature barn. Det er derfor realistisk at sykepleieren gir foreldrene rom for avlastning ved familiebasert nyfødtomsorg, dersom foreldre og barn skal ha nok overskudd til å bli kjent med hverandre og delta i et aktivt og godt samspill.

6. Avslutning

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleier i sitt arbeid på nyfødtintensiv avdeling kan fremme samspill mellom det premature barnet og foreldrene. Problemstillingen har blitt drøftet på bakgrunn av lovverk, yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens funksjon- og ansvarsområder, Kari Martinsens omsorgsfilosofi, samt relevant fag- og forskningslitteratur.

Det relasjonelle aspektet ved omsorgsbegrepet kan ses i sammenheng med at sykepleier ser og forstår foreldrene i deres sårbare situasjon Deretter møter dem på en empatisk måte slik at de føler seg inkludert i omsorgen til barnet og på avdelingen. Sykepleierens evne til å etablere og utvikle relasjoner, samt undervise og veilede foreldrene til å forstå barnets signaler, kan bidra til å fremme samspillet mellom foreldre og barnet. Hverdagslige opplevelser foreldre og barnet opplever sammen gjennom stell, trøst og hud-mot-hudkontakt, kan anses som arenaer for gjensidig kommunikasjon og samspill. Da sender barnet signaler og reaksjoner på forelderens omsorg, og forelderens oppgave er å være observant overfor barnets signaler å skape en gjensidig trygghet i samspillet.

Hud-mot-hud-kontakt har vist å være en god arena for å fremme samspill. At sykepleieren tilrettelegger for kenguruomsorg mellom foreldre og barn kan ses i lys av det praktiske grunnsynet ved Martinsens omsorgsbegrep. Bakgrunnen for det, er at metoden har vist å stimulere til utvikling, tilknytning og samspill, samt deltakelse fra foreldrene i omsorgen. Dog ses det utfordringer ved metoden da foreldrene tillegges mye ansvar og av den grunn blir lett frustrerte og slitne.

Følgelig kan det moralske aspektet ved Martinsens omsorgsfilosofi ses i sammenheng med at sykepleieren må observere om barnets signaler gir uttrykk for å være overstimulert i samspillet med foreldrene. Likeledes skal sykepleieren evne å identifisere seg med foreldrene og bistå dersom de har behov for avlastning, da det er en påkjenning å ha barn på sykehus.

Avslutningsvis må en erkjenne at miljøet og organiseringen av dagens nyfødtintensiv avdelinger utfordrer foreldrenes samvær med barnet, som igjen kan utfordre samspillet. Sykepleieren er pliktig til å holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. En kan derfor håpe at nyfødtomsorgen blir mer familiebasert fremover, med fokus på blant annet samspill mellom foreldre og barn.

7. Referanseliste

Bergseth, J. & Øye, R. (2013). *Forstå det for tidlig fødte barnet – Foreldreveileder*. Hentet fra http://www.prematurforeningen.no/wp-content/uploads/2017/05/Revidert-foreldreveileder-13.05.16.pdf

Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H. (2010a). Swedish mothers´ experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing,* 20, 1472-1480. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x

Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H. (2013b). Vård enligt kängurumetoden. I P. Lundqvist (red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet.* (2. Utg. s. 91-126). Lund: Studentlitteratur AB.

Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K. & Nyqvist, K. H. (2011c). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1988-1996. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x

Bowlby, John. (2001). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser.* (4. Utg.). Frederiksberg: Det lille forlag.

Brunvand, L. (2014). Pediatri. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (red.), *Sykdom og behandling*. (1. Utg. s. 520-529). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Drejer, S. & Skjelstad, D. V. (2014). Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldrenes erfaringer. *Norsk psykologforening,* 51(12), 1006-1016. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=432851&a=3#abstract

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (1999). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon m.v. av 2. Juli 1999 nr. 61. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Gardner, S. L., Goldson, E. & Hernández. (2016a). The neonate and the environment: Impact on development. I S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines & J. A. Hernández (red.), *Merenstein & Gardner´s handbook of Neonatal Intensive Care, Eighth edition*. (8.utg., s. 262-314). St. Louis: Elsevier.

Gardner, S. L., Voos, K. & Hills, P. (2016b). Families in Crisis: Theoretical and practical considerations. I S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines & J. A. Hernández (red.), *Merenstein & Gardner´s handbook of Neonatal Intensive Care, Eighth edition*. (8.utg., s. 821-864). St. Louis: Elsevier.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra https://lovdata.no/sok?q=helsepersonelloven

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jackson, K. & Nykvist, K. H. (2013). All bli förälder till ett för tidigt fött eller nyfött sjukt barn. I K. Jackson & H. Wigert (red.), *Familjecentrerad neonatalvård*. (1. Utg., s. 31-59). Lund: Studentlitteratur AB.

Kleberg, A. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödjande vård enligt NIDCAP. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet.* (2. Utg. s. 41-88). Lund: Studentlitteratur AB.

Lode, I. U., Andersen, R. D. & Eriksson, M. (2015). Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødt intensivavdelinger. *Sykepleien Forskning*, 2(10), 152-160. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.54359

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays.* (2.utg). Universitetsforlaget.

Moe, K., Skisland, A. V-S. & Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien Forskning,* 12(62155), doi: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62155

Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk helseinformatikk. (2017). For tidlig fødsel – prematuritet. Hentet 12.03.18 fra https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsel-prematuritet/

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 21.03.18 fra https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer

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. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Oslo Universitetssykehus. (2018). *Nyfødt intensivavdeling*. Hentet 14.03.18 fra https://oslo universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtintensiv-avdeling#les-mer-om-nyfødtintensiv-avdeling

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. 2. Juli 1999 nr. 63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven

Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. (1. utg., s. 244-258). Oslo: Cappelen Damm Akademisk Forlag.

Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publikasjonskanaler*. Hentet 11.01.18 fra https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside

Rye, H. (2011). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*. (3. Utg. s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2018). *Statistisk sentralbyrå sitt fødselsregister, statistikk*. Hentet 12.03.18 fra https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte

Tandberg, B. S., Sandtrø, H. P., Vårdal, M. & Rønnestad, A. (2013). Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(6), 317-326. Hentet fra https://doi.10.1016/j.nn.2013.01.008

Vestre Viken. (2018). *Nyfødt intensiv, Drammen sykehus*. Hentet 15.03.18 fra https://vestreviken.no/avdelinger/barne-og-ungdomsavdelingen-drammen-sykehus/nyfodt-intensiv-drammen-sykehus#les-mer-om-nyfødt-intensiv,-drammen-sykehus

Wigert, H. (2013). Föräldrars delaktighet i familjecentrerad neonatalvård. I K. Jackson & H. Wigert (red.), *Familjecentrerad neonatalvård*. (1. Utg., s. 61-76). Lund: Studentlitteratur AB.