



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Fagartikkel, prosjekt innland

**Hvordan kan sykepleiere fremme godt samspill mellom foreldre
og premature barn på Nyfødt Intensiv ved hjelp av NIDCAP?**

Kandidatnummer: 10009

Antall ord: 4580

Sammendrag

Introduksjon

Temaet i dette prosjektet omhandler premature barn på Nyfødt Intensiv, og hvordan sykepleiere ved hjelp av omsorgsmodellen NIDCAP kan fremme godt samspill mellom foreldre og premature barn. Dette prosjektet tar for seg utfordringer for sykepleierne og foreldrenes i et sykepleierperspektiv, og ser på hvilke faktorer som kan bedre samspill. Prosjektet er et samarbeid mellom St.Olavs Hospital og Norges Teknisk-naturvitenskapelige Universitet.

Metode

Studien er basert på et spørreskjema med bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode delt ut på Nyfødt Intensivavdeling ved St.Olavs Hospital i perioden mars 2020. Totalt 31 informanter deltok. De kvalitative funnene ble analysert og fremstilt gjennom Excel, og analysemetoden til Dalland benyttet til de kvalitative funnene.

Resultater

Funnene kunne peke på at hovedtiltakene som kom fram på avdelingen bestod av god kommunikasjon, veiledning og inkludering av foreldre i pleie fra et tidlig stadium. Tidsmangel, å veilede foreldre i krise samt språkbarriere kom frem som hovedutfordringene på avdelingen. Funn tyder på samspillsfremmende tiltak utført på avdelingen, og et sterkt fokus på familiesentrert omsorg.

Konklusjon

Et stort fokusområde blant de ansatte på avdelingen består av samspillfremmende tiltak og foreldreveiledning ved hjelp av omsorgsmodellen NIDCAP. Utfordringer knyttet til samspill som mangel på tid, veiledning til foreldre i krise, og språkbarriere er framtreddende. Selv om majoriteten av sykepleierne i stor grad tar i bruk NIDCAP allerede, konkluderer studien med en anbefaling om å implementere omsorgsmodellen ytterligere i større grad, og øke bevissthet rundt de positive utfallene ved å følge denne metoden. Ønskelig med en ytterligere langtidsstudie for å undersøke den faktiske virkningen av NIDCAP i et langtidsperspektiv sammenlignet med eksisterende forskning.

Summary

Introduction

The theme of this project is about premature babies at Newborn Intensive, and how nurses, using the NIDCAP care model, can foster good interaction between parents and preterm children. This project addresses challenges for the nurses and parents in a nursing perspective, and looks at which factors can improve interaction. The project is a collaboration between St.Olavs Hospital and the Norwegian University of Science and Technology.

Method

The study is based on a questionnaire using both qualitative and quantitative method distributed at the Newborn Intensive Care Unit at St.Olavs Hospital during the period March 2020. A total of 31 informants participated. The qualitative findings were analysed and produced through Excel, and Dalland's method of analysis was used for the qualitative findings.

Results

The findings could point to the fact that the main initiatives that emerged in the department consisted of good communication, guidance and inclusion of parents in care from an early stage. Lack of time, counselling parents in crisis as well as language barrier emerged as the main challenges in the department. Findings suggest interaction-promoting measures carried out in the department, and a strong focus on family-centered care.

Conclusion

A large focus area among the staff of the department consists of interaction-promoting measures and parental guidance using the care model NIDCAP. Challenges related to interaction such as lack of time, guidance to parents in crisis, and language barrier are prominent. Although the majority of nurses are already using NIDCAP to a large extent, the study concludes with a recommendation to further implement the care model and increase awareness of the positive outcomes by following this method. Desirable with a further long-term study to investigate the actual impact of NIDCAP in a long-term perspective compared to existing research.



*«Tenk å bære en spire i seg,
en liten spire som vokser og blir til liv
tenk å få kjenne det første livstegn
en liten fot som sparker
en hånd som famler i mørket
en gang skal foten trå i vanlig jord
en dag skal den vesle handa ligge i min.»*

(Ukjent)

Innledning

Hvert år fødes det ca. 4000 premature barn. Med dette menes alle barn født før svangerskapsuke 37 [1]. Totalt utgjør de 7,5% av alle fødsler, og det vil på grunn av vekt og gestasjonsalder være store individuelle forskjeller mellom barna, ift. helse, og kognitiv status [2, 3]. Det premature barnet er både sårbart og ubeskyttet, og er utsatt for å utvikle senskader etter varierende grad som følge av dette [4, 3]. Samspill er en av de viktigste forutsetningene for å sikre tilknytning til foreldre og vil på sikt bedre kognitiv status og nevrologisk utvikling hos barnet [5]. Forskning tyder på at smerte og stress i forbindelse med prosedyrer, og eksponering av høye lyder og lys har en negativ påvirkning på barnets naturlige utvikling [6]. Dette kan være til hinder for et godt samspill mellom foreldre og det premature barnet [2,5]

Med et ønske om å skape gunstigere miljøer for det nyfødte barnet og i større grad involvere familien, har det blitt utviklet en omsorgsmodell ved navnet NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) som benyttes av Nyfødt Intensivavdeling på St. Olavs Hospital. [7]. Det er en familiesentrert omsorgsmodell utviklet av psykolog Als for premature- og syke nyfødte barn. Noen av de viktigste prinsippene innen NIDCAP vektlegger tverrfaglighet og stor individuell tilrettelegging for hvert nyfødte barn, og dets familie. [8] Gjennom aktiv inkludering av foreldre i pleie bekreftes foreldrene også som barnets hoved-omsorgsgiver [9]. Metoden krever også at omsorgspersoner reagerer på individuelle atferdsmønster og signaler. Dette kan være tidkrevende, og kreve kompetanse fra helsepersonell og foreldre [9].

Fra det øyeblikket man er født, har samspill mellom barn og voksne alltid vært vesentlig og helt nødvendig for å sikre vekst og overlevelse [5]. Psykolog Stern hevder at «får vi ikke nærhet, så dør vi» [5]. Historisk sett har dødeligheten siden 1950-tallet sunket betraktelig, og fokuset endret seg fra overlevelse hos barnet til konsekvenser av behandling og eventuelle senskader senere i livet [8,10,5]. Samspill har dermed fått et større fokus de siste årene innen nyfødtpleie. [5]. Sammenlignet med terminbarn som har lite vansker med samspill med sine foreldre, stiller premature barn med et litt annet utgangspunkt, og vil ha større behov for økt kompetanse og individuell tilrettelegging for å hindre senskader [5]. Eksempelvis er det premature barnet fysiologisk- og psykologisk umodent, og vil ha svært små energilagre. Det kan fort bli utmattet, og har lav toleranse for stimuli, deriblant lys og støy [8]. Det er lenge kjent at kengurumetoden, også kalt hud-mot-hud-kontakt har flere positive effekter på nyfødte barn. Dette innebærer å plassere det nyfødte barnet inntil mor- eller fars bryst, og motta direkte hudkontakt. Hud-mot-hud-kontakt gir både varme og trygghet, men stabiliserer også barnet fysiologiske parametere som puls, så vel som å støtte barnets psykososiale utvikling og føre til bedre mental utvikling senere i livet. I tillegg til å styrke tilknytning til mor, og redusere stress ser man også en tydelig vektøkning. [4, 11].

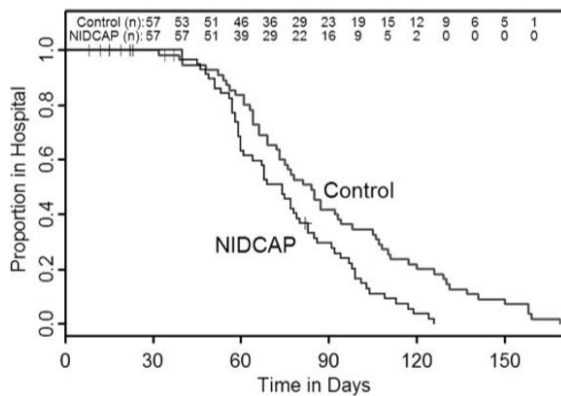
Senskader eller komplikasjoner fra den tidlige fødselen avhenger mye ut ifra alder og vekt ved fødsel [5]. Blant ekstremt premature (EP) med en fødselsvekt under 1500g vil det

foreligge større risiko for utvikling av mer alvorlig senskader bestående av kognitive- og sosiale mangler, nevrologiske skader, psykiske lidelser, og lungeproblematikk forbundet med umodne lunger ved fødsel, for å nevne noen. Opptil 50% av premature barn risikerer å utvikle senskader innen motoriske, kognitive og adferdsmessige vansker [20]. Premature barn født nærmere termin derimot vil ha en risiko for mildere senskader, oftest i form av konsentrasjonsvansker [1, 3]. Hjernene hos premature barn utvikles 35% de siste 6-7 ukene før termin [5]. Hjernene vil dermed være svært umodne, og forutsetninger for optimal vekst vil være avgjørende [20]. I 2004 ble det for første gang forsket på hjernens forbedring av struktur og funksjon som resultat av NIDCAP. På lik linje var det to grupper; en forskning- og en kontrollgruppe. Kontrollgruppen viste betydelig bedring av den nevrologiske funksjonen, og var etter 9 mnd. synlig forbedret i atferdsfunksjonen hos barna [6].

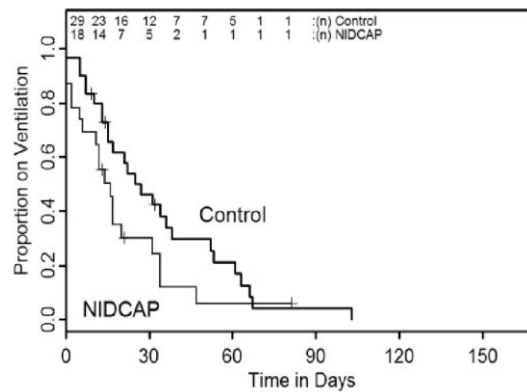
I Norge ble det på tidlig 90-tallet forsket på fortidligfødte barn med fokus på senskadene i et langtidsperspektiv, ettersom det er et emne man fremdeles har begrenset kunnskap om. Studien har ikke tatt i bruk NIDCAP, men tradisjonell nyfødt intensivpleie. [3] Barna i studien var født mellom 1991 og 1992, født uke 28 eller tidligere, dermed i kategorien ekstremt prematur med fare for å bli kognitivt og sosialt underutviklet. Studiens deltakere kunne etter 10 år rapportere om atferd- og emosjonelle utfordringer, sammenlignet med kontrollgruppen av terminbarn. Forskningen viste en tydelig kjønnsforskjell i funnene rundt puberteten, hvor de premature guttene skal ha skilt seg betydelig mer ut enn de premature jentene. Denne forskjellen minsket betraktelig mot 18-års alderen. Derimot kom det et interessant funn hos de premature jentene som registrerte mer tilbaketrekning, angst, depresjon og lavere selvtillit ved 18-års alderen sammenlignet med både kontrollgruppen, og de premature guttene.

Andre funn i studien indikerte lavere smerteterskel hos barn som var født for tidlig. Dette kan ha sin forklaring i at premature barn, spesielt de ekstremt premature barna regelmessig blir utsatt for mye stimuli, smerte og stress ved en Nyfødt Intensivavdeling til sammenlignet med barn født ved termin. Vederhus (2015) kommer derfor med en klar oppfordring om å plukke opp slike barn tidlig, og følge dem opp for å forhåpentligvis forebygge senskader etter utskriving [12,3].

En kanadisk studie fra 2009 har forsket på nyfødtes effekt av NIDCAP-pleie på kort- og langsikt for å sammenligne komplikasjoner og eventuelle senskader hos premature barn under innleggelse- og 18mnd senere. Den ene gruppen (N=56) mottok NIDCAP-pleie og kontrollgruppen alminnelig nyfødt Intensivpleie (N=55). [9]. Studien kunne vise signifikante forskjeller i forbedring hos forskergruppa. Under innleggelsen ble det rapportert betydelig kortere sykehusopphold, samt mindre tilfeller av kroniske lungesykdommer hos gruppa som mottok NIDCAP-pleie. (Se figur 1 og 2) Etter 18mnd kunne forskergruppa rapportere mindre tilfeller av lett funksjonshemming, samt bedret kognitiv status. Det fantes heller ingen tilfeller av Cerebral parese, hørselsproblemer eller synstap hos gruppen som mottok NIDCAP-pleie [9].



Figur 1: Antall innleggelsesdager innad i gruppen ventilasjonsstøtte. Hentet fra Peters, et.al. og [9]



Figur 2: Antall dager med ventilasjonsstøtte.

Ifølge «samværsrett for foreldre m.m.» under forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 2 §6 har barn innlagt på sykehus rett til å ha foreldre rundt seg til enhver tid i den grad pasient- og brukerrettighetsloven §6-2 følges [19]

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere kan fremme samspill mellom foreldre og premature barn på Nyfødt Intensivavdeling ved hjelp av NIDCAP.

Metode

Valg av metode

For å undersøke hva sykepleierne vektlegger innen å fremme godt samspill mellom premature barn og foreldre samt kartlegge bruken av NIDCAP på Nyfødt Intensiv, ble det i denne studien benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Datainnsamlingen har blitt utført av forfatter i samarbeid med medstudent basert på tidligere forskning og bygget på relevant faglitteratur innen emnet. Kvantitativ metode er en egnet forskningsstrategi dersom man ønsker å få breddeinnsikt, og har den fordel å gi målbare enheter [13]. I denne studien var det ønskelig å innhente informasjon fra en større gruppe informanter for å kunne sammenligne, -og eller finne sammenheng i arbeidsmetoder og meninger innad i gruppen. I tillegg var det planlagt å gjennomføre intervju som kvalitativ metode for å gå mer i dybden på enkelte tema samt ha mulighet til å be informanter utdype svar ved behov. Dette lot seg ikke gjennomføre på grunn av den pågående Covid-19-pandemien. Et semistrukturert intervju i form av åpne spørsmål ble dermed lagt til i spørreskjemaet som erstatning. Denne kvalitative metoden har som hensikt å kartlegge meninger eller opplevelser som hverken lar seg tallfeste eller måle. [13]. Dette kan bidra til å gi et mer fullverdig og nyansert bilde av avdelingen.

Spørreskjema og semistrukturert intervju

Sammen med medstudent ble det utviklet et spørreskjema med godkjenning fra veileder. Spørreskjemaet inneholdt 9 introduksjonsspørsmål og 8 spørsmål relatert til veiledning, samspill og NIDCAP. De kvantitative spørsmålene nyttet blant annet likert-skala med ytterpunktene «svært enig» og «svært uenig» som svaralternativ. Denne metoden legger til rette for at informanten kan velge alternativ som gjenspeiler deres oppfatning. [13]. Til de kvalitative spørsmålene, det semistrukturerte intervjuet, ble det tatt i bruk fire åpne spørsmål for å kartlegge deltakernes utfordringer knyttet til veiledning av foreldre og samspill, samt tiltak. Dette gir informantene mulighet til å tilføye egne svar og gi et mer nyansert bilde av avdelingen i helhet.

Utvalg av informanter

Det ble i perioden mars 2020 delt ut 50 spørreskjema på sengeposten. Av disse mottok vi 31 svar blant totalt 110 registrerte ansatte i pleiegruppen på Nyfødt Intensiv. Ifølge fagansvarlig var det anslått å være 50-60 sykepleiere på jobb under datainnsamlingsperioden. Deltakerne i datainnsamlingen bestod av 31 informanter hvor 28 var utdannet sykepleiere, og 19 av disse videreutdannet. Det var i undersøkelsen kun representert kvinner, med varierende alder, erfaring på avdelingen og ansiennitet varierende fra 0-2 år til >10 år. Opprinnelige inklusjonskriterier knyttet til arbeidserfaring og yrke ble fjernet som følge av restriksjonene på St.Olavs Hospital under den pågående Covid-19 pandemien. Dermed ble alle deltakere i undersøkelsen ansatt på Nyfødt Intensiv inkludert i studien.

Analyse av data

De kvantitative dataene fra spørreundersøkelsen ble systematisk ført inn i Excel, og senere fremstilt i oversiktlige diagrammer og tabeller etter relevans. De ferdigutfylte spørreskjemaene utgjør dermed grunnlaget for analysen gjort i denne studien, hvor de kvalitative dataene er tematisert bearbeidet og analysert etter Dalland. [13]

Etiske overveielser:

Sammen med spørreskjemaet fikk informantene et infoskriv med informasjon angående prosjektet og hensikten bak, estimert tid på undersøkelsen og kontaktinformasjonen vår. Undersøkelsen var frivillig, og all data er blitt anonymisert. På grunn av anonymitet kan respondentene ikke trekke svaret sitt i etterkant. Ved å svare på spørreskjemaet samtykket respondentene på at resultatene ville bli brukt i oppgaven samt presentert i avdelingen i etterkant.

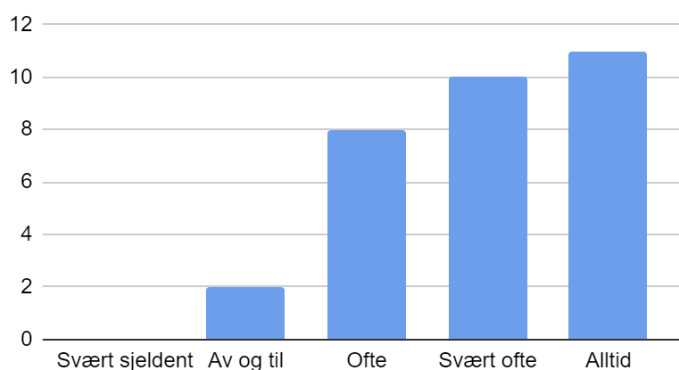
Resultat

Beskrivelse av utvalget – kvantitative data

Resultatene i studien er basert på svarene mottatt fra spørreundersøkelsen, og systematisk delt inn etter kvalitative- og kvantitative data. Av de 31 informantene som deltok i studien, var det kun kvinner representert, hvor majoriteten var utdannet sykepleiere mellom 46-55 år med mer enn 10 års erfaring i yrket- og på avdelingen (n= 21), samt med respiratorkompetanse (70%). I tillegg oppga over 60% å ha egne barn. Totalt 19 informanter opplyste om videreutdanning der størst andel var innen intensiv- og nyfødtsykepleie. Alle informanter kunne registrere kjennskap til- og fullført opplæring i NIDCAP-prinsippene. Ved kartlegging av bruk kom det frem at 67,7% i denne studien brukte NIDCAP-prinsippene svært ofte eller alltid. Resterende informanter tok i bruk prinsippet ofte, eller av og til. (Se tabell 2). Blant personalet er det oppgitt én informant med videreutdanning innen NIDCAP.

Tabell 1: Demografiske data – Informanter ved Nyfødt Intensivavdeling St.Olavs Hospital

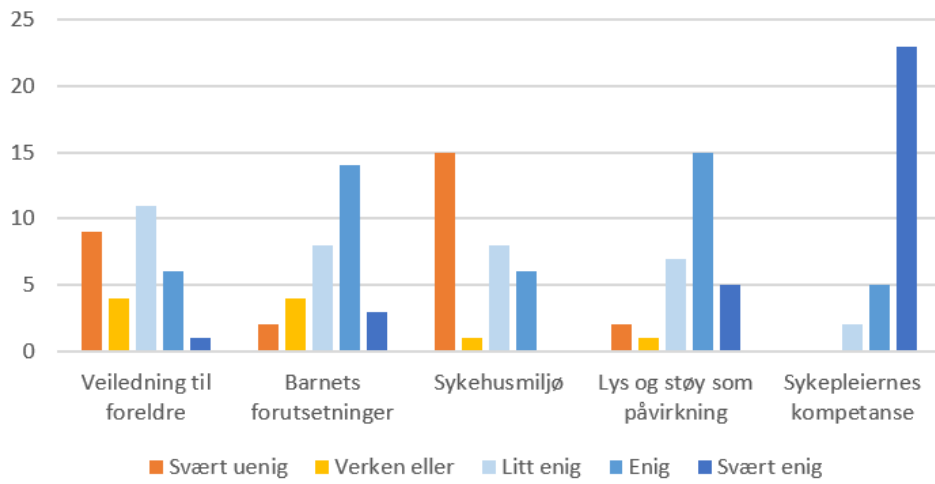
N	Antall deltakere totalt n=31 (100%)	
Kvinner (n)	31	(100)
Alder		
20-25 (%)	5	(16,1)
26-35 (%)	7	(22,6)
36-45 (%)	8	(25,8)
46-55 (%)	10	(32,2)
>55 (%)	1	(3,2)
Utdannet sykepleier, n (%)	28	(90,3)
Har barn, n (%)	19	(61,3)
Erfaring >10 år, n (%)	21	(67,7)
Erfaring på avdeling >10 år, n (%)	17	(54,8)
Videreutdanning, n (%)	19	(61,3)
Annen utdanning, n (%)	9	(29,03)
Respiratorkompetanse, n (%)	23	(74,19)



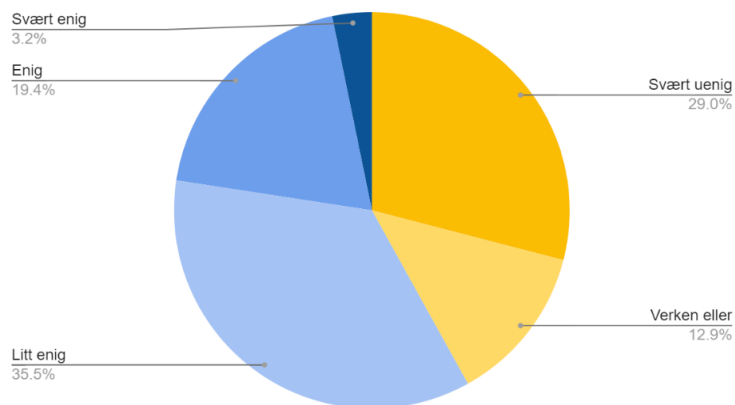
Tabell 2: Hvor ofte NIDCAP-prinsippene brukes

Ved spørsmål knyttet til samspill kom det frem stor enighet omkring viktigheten av sykepleierens kompetanse for å sikre god opplæring av foreldre, og for å fremme godt samspill (93,3%). Derimot var det mer delte meninger angående utfordringene knyttet til samspill, hvorvidt *veiledning av foreldre*, *barnets forutsetning* eller selve *sykehusmiljøet* var problemkildene knyttet til godt samspill mellom barn og foreldre. (Se tabell 3 og 4). Deretter sa over halvparten av informantene seg enige- eller litt enige i at veiledning til foreldre kunne være utfordrende da premature barn kunne avgi forskjellige signaler og atferd (54,9%, n=17)), mens 29% (n=9) sa seg svært uenige. Majoriteten indikerer at barnets helse som forutsetning er av betydning for et godt samspill. Lys og støy som negativ påvirkning til samspill hadde derimot en oppslutning på 66,7% som sa seg enig- eller svært enig.

Tabell 3: Utfordringer knyttet til samspill



Tabell 4 – Veiledning til foreldre som utfordring



Veiledning til foreldre er utfordrende da premature barn kan avgi forskjellige signaler og atferd

Kvalitative data

Analysen i studien er basert på informantenes erfaringer og meninger angående forutsetninger hos foreldre, egne tiltak, samt utfordringer. Resultatene av analysen er sammenfattet til 3 hovedkategorier; Forutsetninger hos foreldre, Dagens tiltak, og Utfordringer knyttet til samspill.

Forutsetninger hos foreldre

Generelt viste funnene mine stor enighet omkring forutsetninger ansett som nødvendige hos foreldre for å sikre god veiledning og godt samspill. Informantene oppgir at tilstedeværelse, interesse og tid for eget barn, samt det å være uthvilt og være mottakelig for informasjon var noen av de viktigste forutsetningene, både fysisk og psykisk. Evne til å forstå språket, og til å delta i størst mulig grad, for eksempel på legevisitt, nevnes også som nødvendige forutsetninger. En informant forteller:

«Min oppgave er å tilpasse veiledning og godt samspill, uavhengig av foreldres forutsetning.»

Dagens tiltak

Funnene fra spørreundersøkelsen viste stor enighet blant de mest nødvendige tiltakene som utføres for å øke samspillet; deriblant kommunikasjon og inkludering. God kommunikasjon innebærer ifølge informantene å gi fortløpende informasjon, gi ros, lytte, være ærlige, støtte foreldrene i vanskelige situasjoner, og styrke deres medbestemmelse ved å inkludere dem i beslutninger. Foreldre i krise vil derfor ha et større behov for ro, og gjentakelse av den informasjon gitt av helsepersonell. Tilstrekkelig kunnskap om forventet forløp, og barnets signaler skaper hos foreldrene ro og trygghet. Viktigheten av å bruke fornavn er også av stor betydning. Faktoren det deretter var høy oppslutning rundt var inkludering. Her beskriver informantene hvordan de tidlig gir foreldrene eierskapsfølelse til barnet sitt og inkluderer dem i pleien.

«Se på barnet med foreldrene, beskrive det vi ser, snakke om naturlig forløp/utvikling og hva vi forventer.»

Med god informasjon og veiledning kan foreldrene på egenhånd lære å tolke barnets signaler, utføre oppgaver gradvis mer selvstendig i takt med barnets utvikling og dermed oppleve større mestringsfølelse i foreldrerollen. Sykepleierne tildeler bevisst arbeidsoppgaver de vet foreldrene allerede mestrer, og utfordrer dem ytterligere etter deres tempo. Hvor viktige foreldrene er i barnets liv blir det gjentatte ganger anbefalt å fortelle dem. De tilrettelegger i størst mulig grad for at foreldrene får alenetid med barna, men avlaster også ved behov. Tidlig foreldreansvar bidrar også til å styrke tilknytning til barnet og eierskapsfølelsen. Derfor skal man også under legevisitt henvende seg til foreldrene for informasjon.

Informant forteller:

«Vi lar foreldre gjøre foreldreoppgaver fra starten. Viktig at foreldrene føler seg som foreldre».

Utfordringer knyttet til samspill

Informantene beskriver diverse utfordringer jeg har valgt å kategorisere etter; sykepleiernes utfordringer, og barnet- og foreldrenes utfordringer fra et sykepleieperspektiv. Felles for dem begge er de gjennomgående utfordringene knyttet kommunikasjon og veiledning. Foreldrene kan etter en krise være fysisk utslitte, redde og fulle av inntrykk og dermed være i dårlige stand til å motta informasjon og veiledning. Ulik kultur og språkbarriere er også beskrevet som hindring på dette området. Skal sykepleiere eksempelvis veilede foreldre med utenlandsk opprinnelse som hverken snakker norsk eller engelsk kan dette by på utfordringer for begge parter, og ha en direkte innvirkning på kommunikasjon. Blant foreldrenes utfordringer kan redsel ifølge undersøkelsen i noen tilfeller skape uenigheter mellom lege og foreldre som følge av dette.

Utfordringene som angår sykepleierne derimot omhandler for det meste mangel på tid, og evnen til å tilpasse veiledning sin etter alle typer pasienter, deriblant foreldrene i krise. Mangel på tid beskrives hos de aller fleste informanter som det største problemet, spesielt ved ansvar for flere barn/intensivbarn i løpet av en vakt.

En informant utdyper:

«Det kan være vanskelig å veilede foreldre i stell når de har friske unger fra før. Kan også være utfordrende med foreldrene de første dagene da foreldrene kanskje ikke tør å håndtere barnet.»

I tillegg til tidspress fremstår veiledning som utfordrende i de tilfellene foreldrene ikke er samarbeidsvillige, motsier seg veiledning eller «vet best» selv om det er foreligger medisinske grunner for å utføre en handling. Usikkerhet omkring hva som bør være en sykepleieroppgave, og hva som bør være en foreldreoppgave er også beskrevet. Noen informanter uttrykker også et behov for veiledningskunnskap

Diskusjon:

Hensikten med studien var å undersøke *Hvordan sykepleiere kan fremme godt samspill mellom foreldre og premature barn ved hjelp av NIDCAP?* I den forbindelse ble bruken av NIDCAP kartlagt, og deretter kartlegging av problemer og tiltak rundt samspill og veiledning gjennomført. Resultatene fra studien er delt inne etter følgende underkapitler; Barnets forutsetninger, Informasjon og veiledning, og implementering av NIDCAP.

Barnets forutsetninger

8 av 10 informanter indikerte at barnets helse som forutsetning var av betydning for et godt samspill. Funnene støttes av tidligere forskning som viser at barnets modenhet, utviklingsnivå og sykdomstilstand er en av mange faktorer som har en stor innvirkning på barnets evne til samspill, og det å tilpasse seg omgivelsene [5, 17]. Blant annet ser man at umodenhet hos nyfødte med lav fødselsvekt medfører store vansker med dagligdagse rutiner som matning, søvn og samspill. Dette kan skape en følelse av utilstrekkelighet hos foreldre, og potensielt gi en utrygg tilknytning [17].

I dag kjenner man til forutsetningene for godt samspill i større grad enn før, og hvordan man kan minske stress hos premature barn. Et av de mest effektive tiltakene for å redusere stress og stabilisere fysiologiske parametere blant nyfødte barn, er innen NIDCAP bruken av hud-mot-hud-kontakt. Ifølge «samværsrett for foreldre m.m.» under forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 2 §6 har barn innlagt på sykehus rett til å ha foreldre rundt seg til enhver tid i den grad pasient- og brukerrettighetsloven §6-2 følges [19]. En norsk studie kunne peke på at denne forskriften på mange sykehusavdelinger ikke har vært fullstendig etterlevd, og at bruken av hud-mot-hud-kontakt som følge av begrenset besøkstid på avdelingen, samt sykepleierens utfordringer knyttet til fysisk ustabilitet hos barn har begrenset hud-mot-hud-kontakten [4]. Denne begrensningen av tidlig kontakt kan gå hardt utover den emosjonelle kontakten og samspillet mellom foreldre og barn [5]. De siste årene har det derimot blitt åpnet opp for at foreldre kan oppholde seg på avdelingen hele døgnet, blant annet på Nyfødt Intensivavdeling på St.Olavs [8]. Dette har vist seg å være et positivt tiltak for å fremme barnets vekst og tilknytning til foreldrene [11]. Likevel bør man være oppmerksom på at stress eller forstyrrelser hos barnet under hud-mot-hud-stimulering kan føre til overstimulering og bør anvendes med forsiktighet [20].

Lys og støy som negativ påvirkning på samspill mellom foreldre og barn hadde stor enighet blant informantene på avdelingen, og kan underbygges av forskning gjort av Als (2004) som hevder at lys og støy samt stor andel smertefulle prosedyrer kan ha skadelige effekter på hjernen og endre dens utvikling videre [6]. Bevissthet rundt støynivå, temperatur og belysning kan derimot roe ned barnet og gjøre det mer tilgjengelig for samspill [5,18]. Det er tenkelig at økt stabilitet i barnets fysiologiske parametere er av betydning for å kunne tilrettelegge for samspill, og at en økt bevissthet rundt bruk av NIDCAP derfor vil kunne øke stabiliteten til barnet raskere enn tradisjonell pleie. Dette kan bidra til tidligere intervensjoner og samspill

med barnet [6,9,18], vil være avgjørende for optimal vekst og utvikling, og betydelig for barnets sosialkognitive, språklige og sosioemosjonelle utvikling, samt kognitive status [5].

Dette kom tydelig frem i egne funn fra ansatte ved Nyfødt Intensiv som indikerte å ha et stort fokus på å tilpasse miljøet i størst mulig grad etter barnet og forebygge senskader. Det finnes fremdeles begrenset kunnskap omkring senskadene til premature barn i et langtidsperspektiv [3,9], eller kunnskap om hvor store forskjeller det på sikt vil være mellom NIDCAP-barn og premature barn som har mottatt tradisjonell nyfødt intensiv-pleie. Forskningsfunnene fra de siste årene gjort av Als, Peters, og S.M van der Pal [6,9,18] har vist signifikante forskjeller hos NIDCAP-gruppen bestående av en tydelig forbedring innen kognitiv status, hjernens funksjon- og utvikling, kortere innleggelsestid og et redusert stressnivå blant foreldre under innleggelse og inntil 18 måneder etter utskriving. Mye tyder på at NIDCAP-prinsippene vil kunne ha en påvirkning i positiv retning også i et langtidsperspektiv dersom barnets omsorgspersoner fortsetter å følge NIDCAP-prinsippene etter utskriving.

Informasjon og veiledning

Underutviklede barn har som kjent andre forutsetninger enn terminbarn, og kan skape stress, bekymringer for barnets fremtid og en følelse av manglende kompetanse hos foreldre [2,5]. Det er derfor faglig nødvendig at sykepleiere formidler tilstrekkelig kunnskap til foreldrene innen samspillsferdigheter for å motvirke disse faktorene [5,14]. For å oppnå dette var spesielt tiltak som god kommunikasjon og veiledning svært fremtredende i studiens funn. Med dette menes å informere tilstrekkelig angående barnets forventende forløp, og sammen veilede dem i å tolke barnets individuelle signaler så tidlig som mulig. Dette understøttes av forskning gjort av bla. annet Als innen NIDCAP, som vektlegger foreldreveiledning som et vesentlig samspillsfremmede tiltak, og sterkt oppfordrer sykepleiere til å involvere foreldre i større grad ettersom de er barnets viktigste omsorgspersoner [9, 8,]. Studier har vist at dersom foreldrene lærer å oppdage når barnet selv tar initiativ, og hovedsakelig utøver samspill sammen med barnet i denne tidsperioden vil ikke barnet i like stor grad bli overstimulert. Dette vil ha en forebyggende effekt på utviklingsforstyrrelser [2,5]. Resultatene fra prosjektet viser i tillegg tydelig at veiledning av foreldre i krise, språk og kultur som barriere, og mangel på tid var utbredte utfordringer på avdelingen. Foreldre i krise er vanskeligere å veilede, og krever gjentakelse av informasjon [15]. W. Pøe hevder at tett samarbeid med foreldre og sykepleiernes kompetanse derimot kan gi ro i kaotiske perioder, og senke stressnivået hos foreldrene [14]. Selv om det i studien kommer frem flere viktige forutsetninger ansett som nødvendige hos foreldre, eksempelvis interesse for eget barn, tilstedeværelse, presiserer en informant at det er sykepleieren sitt ansvar å tilpasse og tilrettelegge veiledning og samspill uavhengig av foreldrenes utgangspunkt.

Et annet viktig funn i studien viser inkludering av foreldre i større grad som et nødvendig tiltak for å oppnå samspill gjennom kommunikasjon. På den ene siden har ansatte ifølge Van der Pal følt på å miste delvis kontroll i jobben sin gjennom NIDCAP-pleie, da de gir et økt

ansvar til foreldrene, og dette går på bekostning av sykepleiernes egne behov for å hjelpe [18]. På den andre siden må helsepersonell bli flinkere til å akseptere vanskelige følelser og naturlige reaksjoner hos foreldre, og fra et sykepleieperspektiv tidlig la dem oppleve eierskapsfølelse, og tilknytning til eget barn etter fødselen [5,20]. Vi må ikke glemme at foreldre i tillegg til å være pasients nærmeste omsorgsgiver, også er en viktig kilde til informasjon for helsepersonell [5]. Sjokkfasen hvor foreldrene i starten ikke har kontroll over eget barn og kan oppleve vanskeligheter med å tolke signalene underbygger behovet for å få mestringsfølelse, og for sykepleierne å gi foreldrene den nødvendige kunnskapen og informasjonen de trenger for selv å tolke barnets signaler og oppnå godt samspill [5,15]. På denne måten vil foreldrene være i bedre stand til å ta vare på barnet sitt etter utskrivning [20].

Implementering av NIDCAP

Det opplyses om at alle ansatte ved Nyfødt Intensiv har fått grunnleggende opplæring i hvordan benytte seg av omsorgsmodellen NIDCAP, i tillegg til at de har personell med NIDCAP-utdanning som veileder ansatte i deres observasjoner av barn, og hvordan de tolker hvert enkelt barns kroppsspråk [7]. De kliniske implikasjonene samsvarer med Pal et.al sine studier på implementering av NIDCAP på en ny avdeling [6]. Likevel presiseres det at det i tillegg til veiledning fra sertifisert personale bør holdes regelmessige kurs og gjenta informasjonen som er blitt gitt [18,20]. Derfor kan man kanskje anbefale en økt implementering av NIDCAP på avdelingen med hyppigere undervisning og veiledning blant ansatte i pleiegruppen. Dette vil bidra til en kontinuitet i NIDCAP-pleie, og muligens øke andel ansatte som bevisst tar i bruk NIDCAP daglig.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste en stor enighet angående viktigheten av sykepleiernes kompetanse for å sikre god opplæring av foreldre og for å fremme godt samspill. Noen informanter oppgir «veiledningskunnskap» som mangelfullt, og andre «usikkerhet omkring ansvarsfordelingen mellom sykepleiere, og foreldre». Hva bør være en foreldreoppgave, og hva bør være en sykepleieoppgave? Dette er et viktig funn i studien, og kan underbygge et behov for økt veiledningskunnskap på avdelingen. Ifølge NSF (Norsk Sykepleierforbund) sine yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren alltid holde seg oppdatert på forskning, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis, i tillegg til å gi tilstrekkelig- og tilpasset informasjon til pasienten [21]. Spørsmålet blir om mangel på veiledningskunnskap i tillegg til usikkerhet fører til dårligere veiledning eller formidling av informasjon, og derfor kan være til hinder for et godt samspill mellom mor og barn. På den ene siden kan det hende behovet for informasjon blir ivaretatt hos foreldre uten ytterligere systematisk opplæring, da majoriteten på avdelingen består av erfarne sykepleiere som trolig jobber erfaringsbasert under veiledning. På den andre siden vil et veiledningskurs muligens minske usikkerhet hos ansatte i pleiegruppen i møte med vanskelige veiledningssituasjoner som eksempelvis; foreldre i krise, foreldre som motsier seg veiledning og selv «vet best», eller tilfeller der språk og kultur er til hinder. Ved å tilby ansatte ved Nyfødt Intensiv et veiledningskurs uavhengig av ansiennitet i tillegg til økt implementering av NIDCAP, er det nærliggende å tro at

veiledningskompetansen vil økes, og utbyttet for foreldrene bedres. Ved å jobbe mer kunnskapsbasert og formidle tilpasset mengde informasjon [22], vil det trygge foreldrene som pårørende og minske stress.

Tid beskrives som et av de største sykepleiefaglige problemene i hverdagen på Nyfødt Intensiv. Selv om denne studien ikke fanger opp de bakenforliggende årsakene til tidsmangelen hos aktuelle informanter, kan man likevel trekke paralleller til tidligere studier som beskriver lignende utfordringer. Evalueringer gjort av SM. van der Pal og Sandtrø viste at ansatte på nyfødt Intensivavdelinger stort sett var fornøyde med utfallene NIDCAP hadde på barnets utvikling, deres egen evne til å bidra, og foreldrenes tilknytning, men synes metoden var for kompleks og tidskrevende spesielt med tanke på dokumentasjon [18, 20]. Slik utfordringen beskrives kan det tenkes at den også vil gå utover kvaliteten på sykepleiernes oppgaver som følge av det økte tidspresset. Med mer avsatt tid til stell, veiledning og opplæring, bør effektivisering av dokumentasjon og andre tidskrevende arbeidsoppgaver vurderes opp mot dagens muligheter for endring [18].

Oppgavens styrker og begrensninger

Studien har gitt oss en bedre innsikt i hvilke tiltak som gjøres på avdelingen for å bedre samspill mellom foreldre og premature barn, men også hvilke utfordringer avdelingen har relatert til emnet. Blant deltakerne som deltok i spørreundersøkelsen var det relevante informanter med mye erfaring og kompetanse innen emnet, i tillegg til et stort fokus på valgt tema allerede. Spørreskjemaets lengde og formulering kan ha hatt innvirkning på svarene som er mottak, men på grunn av de kvalitative dataene gitt oss muligheten til å gå mer i dybden på ønskelig tema. Ettersom den pågående Covid-19 pandemien har gitt stort utslag for gjennomførelsen av datainnsamlingen, har heller ingen ytre påvirkning blitt gjort. Dette har ført til at svarene i spørreundersøkelsen er helt uten påvirkning fra forfatter og medstudent, og dermed er mer pålitelig. Pga. Covid-19 fikk vi heller ikke intervjuet personalet i person. Dette kunne gjort at vi fikk et mer helhetlig og nyansert bilde av avdelingen og deres meninger. Ved å stille de spørsmålene jeg har stilt, har jeg utelatt informasjon fra andre aspekt. Likevel har de kvalitative dataene med høy deltakelse fra avdelingen og undersøkelsens bredde gjort at vi har fått målbare enheter til datainnsamling. Dette er gunstig dersom man vil finne gjennomsnittet- eller kartlegge de største problemområdene på avdelingen. I tillegg har vi hatt noen kvalitative spørsmål i undersøkelsen for å fange opp sykepleiernes egne meninger og opplevelse. Disse lar seg ikke måle eller tallfeste på samme måte [13].

Konklusjon

Denne studien har belyst hvordan man som sykepleier fremmer godt samspill mellom foreldre og premature barn ved hjelp av omsorgsmodellen NIDCAP. Studien har vist at sykepleietiltakene som på avdelingen utføres i stor grad er gunstige for barnets utvikling,

foreldrenes tilknytning og tilrettelegger for samspill. Resultatene viser også at utfordringer som veiledning til foreldre i krise, språk og kultur og tid er fremtredende, og underbygger av den grunn et behov for veiledningskurs på avdelingen. Selv om majoriteten svært ofte- eller ofte bevisst bruker NIDCAP-prinsippene i sin hverdag, vil det basert på tidligere forskning være hensiktsmessig å øke bevissthet rundt bruken av NIDCAP, og implementere metoden videre med mål om kompetanseøkning innen samspill og veiledning. Ønskelig med en ytterligere langtids-studie for å undersøke den faktiske virkningen av NIDCAP i et langtidsperspektiv sammenlignet med eksisterende forskning.

Litteraturliste

1. NHI. For tidlig fødsel – prematuritet. Hentet 12.05.2020- Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsels-prematuritet/>
2. Grønseth R. et.al. Pediatri og pediatriisk sykepleie. 3.utgave. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS; 2013.
3. Vederhus BJ. Health-related quality of life and emotional and behavioral difficulties after extreme preterm birth: developmental trajectories. Peer J: 2015
4. Lode UI, Andersen RD, Eriksson M. Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger. Sykepleien. 2015; 10 (2): 152-160.
5. Ravn H.V. Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I: Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm; 2009. s. 244-258
6. Als H, et.al. Early Experience Alters Brain Function and Structure. Pediatrics; 2004, volume 113
7. St. Olavs Hospital. Liten, men god – trivselstips for foreldre til barn som er født for tidlig. 1. Utg. 2009.
8. Sykehuset innlandet. Familiesentert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP.
9. Peters KL, et.al. Improvement of Short- and Long-Term Outcomes for Very Low Birth Weight Infants: Edmonton NIDCAP Trial. Pediatrics. 2009; Volume 124 (number 4): 1009-17.
10. Smith L, Ulvund SE. Spedbarnsalderen. Revidert og utvidet utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1999
11. Kiplesund OJ. Kengurumetoden nyfødteintensiv. EQS
12. Dietrichson S. Forsker på for tidlig fødte. Sykepleien. 2015; 10 (3): 290-91.
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS; 2017
14. Bøe W. På lag med foreldrene. Sykepleien. 2010; 98 (11): 58-61.
15. Tandberg B S. Møtet med familien på nyfødteavdelingen. I: Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm; 2009. s. 224-258
16. NHI. Graviditet. Hentet 12.03.2020. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsels-livsstil/svangerskap-gode-rad/svangerskap/>
17. Rye h. Tidlig hjelp til bedre samspill. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002
18. Van der Pal SM, et.al. Staff opinions regarding the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Early Human Development; 2007; volume 83
19. Lovdata. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_2
20. Sandtrø HG. Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAPV. I: Tandberg og Steinnes, red. Nyfødtsykepleie 2. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm; 2009.

21. NSF. Yrkesetiske retningslinjer. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
22. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø G.H. Grunnleggende sykepleie 3.
3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016 s.



KLINISK PROSJEKTBACHELOR

Smertelindring av premature barn

INFORMASJONSSKRIV

Til deg som er sykepleier ved nyfødt intensivavdeling

Formål

Dette er en forespørsel til deg som er sykepleier om å delta i en spørreundersøkelse. Vi er to 3.års sykepleierstudenter ved NTNU i Trondheim som skal skrive bacheloroppgave om smertelindring av premature barn våren 2020. Nyfødt intensiv avdeling ved St. Olavs Hospital følger prosedyrer tilknyttet smertelindring av premature barn. I den anledning har vi inngått et samarbeid med denne avdelingen om å gjøre et prosjekt på denne pasientgruppen sett fra et sykepleieperspektiv.

Fremgangsmåte

Innsamlingen av data vil foregå ved bruk av et spørreskjema som vi ønsker at alle sykepleiere tar seg tid til å svare på. Det tar i underkant av 10 min å fylle ut spørreskjemaet. Du som sykepleier vil være anonymisert i datainnsamlingen. Resultatene vil bli brukt i bacheloroppgavene, og presenteres i avdelingen i etterkant.

I uke 12 og 13 vil det deles ut spørreskjema.

Hva kan du gjøre?

Undersøkelsen er frivillig, men vi er svært takknemlige dersom du vil svare på spørreskjemaet vi har laget for personellet. Dine erfaringer er veldig viktig for oss. Sett ett kryss rundt det alternativet som passer best. Svar mer utfyllende på spørsmålet der det er “.....” som svaralternativ.

Med vennlig hilsen (og ved behov for mer utfyllende informasjon kan du ta kontakt med):

Sykepleiestudenter og veileder

Tusen takk for din deltakelse!

SPØRRESKJEMA/INTERVJUGUIDE

Introduksjonsspørsmål

1. *Alder*

- 20-25 26-35 36-45 46-55 >55

2. *Kjønn*

- Kvinne Mann Ønsker ikke å oppgi

3. *Er du utdannet sykepleier?*

- Ja Nei

4. *Har du barn?*

- Ja Nei Ønsker ikke å oppgi

4. *Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?*

- 0-2 år 2-5 år 5-10 år mer enn 10 år

5. *Hvor lenge har du arbeidet på avdelingen?*

- 0-2 år 2-5 år 5-10 år mer enn 10 år

6. *Har du videreutdanning innen sykepleie - hvis ja, hvilken?*

- Ja Nei
-

7. *Har du annen utdanning - hvis ja, hvilken?*

- Ja Nei
-

8. *Har du respiratorkompetanse?*

- Ja Nei

Spørsmål relatert til problemstilling sukkervann som smertelindring:

9. *Har du kjennskap til at avdelingen har prosedyre på bruk av sukkervann?*

- Ja Usikker Nei

10. *Har du kjennskap til prosedyrens retningslinjer og hvordan den skal utføres?*

- Ja Usikker Nei

11. *Har du kjennskap til mengde sukkervann som skal brukes og når? Hvis ja - avgi svar*

- Ja Usikker Nei

.....
....

12. *Har du kjennskap til hvilke prosedyrer man skal bruke sukkervann til? Hvis ja - avgi eksempler*

- Ja Usikker Nei

.....
.....

13. *I hvilken grad opplever du at prosedyren utføres riktig på avdelingen?*

- Svært liten grad Liten grad Verken eller Stor grad Svært stor grad

14. *I hvilken grad føler du at du selv klarer å ivareta barnets behov ved gjennomføring av prosedyren?*

- Svært liten grad Liten grad Verken eller Stor grad Svært stor grad

Spørsmål relatert til hvordan sykepleiere kan ivareta foreldre som pårørende til premature barn på Nyfødt Intensiv:

15. *Har du kjennskap til Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell- NIDCAP?*

- Ja Usikker Nei

16. *Har du fått opplæring i NIDCAP-prinsippene ved din avdeling?*

- Ja Usikker Nei

17. *Hvor ofte bruker du bevisst NIDCAP-prinsippene ved observasjon og oppfølging av premature barn?*

- Svært sjeldent Av og til Ofte Svært ofte Alltid

Utfordringer knyttet til godt samspill

18. Til tross for god tilrettelegging kan det oppstå forhold som vanskeliggjør samspill mellom barn og foreldre. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

a) *Veiledning til foreldre er utfordrende da premature barn kan avgi forskjellige signaler og atferd.*

- Svært uenig Litt enig Verken eller Enig Svært enig

b) *Barnets forutsetninger og helse spiller en viktig rolle for godt samspill med foreldre*

- Svært uenig Litt enig Verken eller Enig Svært enig

c) *Sykehusmiljøet i form av begrenset besøkstid, kuvøse og fysisk atskillelse kan gjøre det vanskelig å få med seg mistrivsel eller gråt hos barnet.*

- Svært uenig Litt enig Verken eller Enig Svært enig

d) *Lys og støy kan ha negativ innvirkning på samspillet mellom foreldre og barn*

- Svært uenig Litt enig Verken eller Enig Svært enig

e) Sykepleiernes kompetanse er viktig for å sikre god opplæring av foreldre, og for å fremme godt samspill.

- Svært uenig Litt enig Verken eller Enig Svært enig

Foreldrenes forutsetninger for godt samspill

19. Hvilke forutsetninger anser dere som nødvendige hos foreldre for å sikre god veiledning og godt samspill?

.....
.....

19. *Hvilke sykepleiefaglige utfordringer opplever du i forhold til veiledning av foreldre som pårørende?*

.....
.....

20. *Hvordan endrer dere veiledning til foreldre i tråd med barnets utvikling? ‘*

.....
.....

21. *Hvilke tiltak gjør du som sykepleiere for å ivareta foreldre som pårørende?*

.....
.....

22. Kommentarer, eller noe annet du vil legge til?

.....
.....
.....

Tusen takk for at du fylte ut spørreskjemaet vårt!