



BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Reisen hjem

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning trygge foreldre til prematurfødte barn i overgang fra sykehus til avansert hjemmesykehus?

Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultet for helsefag

Kandidatnummer: 292

Innleveringsdato: 16.03

Oslo, 2017

Ord: 11 912

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 292

Eksamensnavn: SYBA 3900

Dato: 16.03.2017

Klasse: 3E

Kull: 2014

Antall ord: 11 912

Sammendrag av bacheloroppgaven

Tittel på oppgaven: Reisen hjem

Sammendrag (abstract)

Bakgrunn:

I 2012 ble 3512 (5,9 %) premature barn født før uke 37 i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 23). Bakgrunnen for denne litteraturstudien er å finne ut hvordan sykepleier kan trygge foreldre i «Reisen hjem» fra sykehus til hjemmet, gjennom funksjonsområdet undervisning og veiledning. Temaet er valgt på bakgrunn av erfaringer fra praksisperiode på barneavdeling. I denne oppgaven ønsker jeg å besvare følgende spørsmål: «*Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning trygge foreldre til prematurfødte barn i overgang fra sykehus til avansert hjemmesykehus?*»

Fremgangsmåte:

Metoden benyttet for å svare på problemstillingen er litteraturstudie. Søk er foretatt i databasene Academic Search Premier, Cochrane Library, Chinal og Medline. Sammen med det teoretiske grunnlaget er åtte vitenskapelige artikler plukket ut til å svare på oppgavens spørsmål.

Funn, diskusjon og konklusjon:

Funn viste at overgangen fra langtidsopphold på sykehuset til hjemmet var overveldende for mange foreldre. Foreldrene rapporterte også at det var godt å komme hjem og endelig føle seg som foreldre. Samtidig var de redde for at de ikke var klare for å reise hjem, eller at noe uforutsett skulle skje. Teori og funn viser at undervisning og veiledning, samt støtte fra foreldre i samme situasjon er nyttig i overgangen fra sykehuset til hjemmet. Det ga trygghet og mestringsfølelse i foreldrerollen. Ved videre, å dekke foreldrenes behov for informasjon, opplevelse av mestring og emosjonell støtte kan sykepleier ut i fra mine funn, bidra til å redusere foreldrenes utrygghet og manglende mestringsfølelse i foreldrerollen.

Nøkkelord:

Prematurfødte barn, foreldre, foreldrerollen, trygghet, Avansert hjemmesykehus.

INNHold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Hensikt ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv	2
1.2	Avgrensning og begrepsavklaring	2
1.2.1	Problemstilling	3
1.4	Disposisjon	4
2.0	METODE	5
2.1	Litteraturstudie og etiske overveielser	5
2.2	Kildekritikk	5
2.3	Søkestrategi	6
2.4	Faglitteratur	9
3.0	REFERANSERAMMER FOR OPPGAVEN	10
3.1	Teoretisk ramme for oppgaven	10
3.2	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon	12
3.3	Prematurfødte barn og foreldre på sykehus	13
3.4	Forberedelse og utskrivelse	13
3.5	Avansert hjemmesykehus for barn	15
3.6	Familiesentrert sykepleie	16
3.7	Etikk	16
4.0	PRESENTASJON AV FORSKNINGSRESULTATER	18
4.1	Før, under, og etter hjemreise	18
4.2	Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon	19
4.3	Trygghet, mestring og støtte i foreldrerollen	20
5.0	DRØFTING	22
5.1	Sykepleierens pedagogiske funksjon	22
5.2	Behov for informasjon	24
5.3	Behov for opplevelse av mestring	26
5.3.1	Mens familien er innlagt på sykehus	26
5.3.2	Under utskrivelsen	27
5.3.3	Etter hjemkomsten	30
5.4	Behov for emosjonell støtte	31
6.0	KONKLUSJON	34
	LITTERATURLISTE	36
	VEDLEGG	38
	Vedlegg 1 Tabell over søk	38
	Vedlegg 2 PICO	40

1.0 INNLEDNING

Denne oppgavens tema er Avansert hjemmesykehus (AHS) i forbindelse med foreldre til prematurfødte barn og deres reise hjem. Hensikten er å finne ut hvordan sykepleier kan gjøre overgangen fra sykehuset til hjemmet og AHS på best mulig måte, gjennom undervisning og veiledning for å trygge foreldrene.

I følge Folkehelseinstituttet (2014, s. 23)`s årsstatistikk ble 3512 premature barn født for tidlig, før uke 37 i Norge i 2012. Dette utgjør ca. 5,9 % av alle fødsler. Prematurfødte barn utgjør den største delen av innleggelse på nyfødte intensivavdelinger. I følge flere forfattere er det både høy mortalitet (dødelighet) og morbiditet (sykelighet) blant de tidligste fødte premature barna, men at prognosen drastisk bedres i takt med at barnet vokser (Gjengitt etter Haaland, 2009, s. 14).

Jeg har tidligere gjennomført praksis på barneavdeling hvor jeg både fikk se og være med på flere overflyttinger av barn og foreldre til AHS og ute med AHS, for å se hvordan de jobbet. Erfaringene jeg gjorde meg i praksisperioden tilsier at når man har oppholdt seg i lengre periode på sykehus kan det være skremmende å skulle reise hjem, spesielt når det innebærer medisinsk utstyr og teknikker.

I løpet av praksisperioden oppfattet jeg at flere foreldre var usikre i overgangsperioden fra sykehus til AHS, men samtidig klare for å reise hjem. Noen brukte lang tid på forberedelse på hjemreise, andre kortere. Et eksempel var en familie, som hadde vært på sykehuset lenge, og planlegging av hjemreise var i gang. Jeg deltok i overgangsprosessen med opplæring i blant annet sondeernæring, utstyrsgjennomgang og bestilling av dette. Hvis sykepleieren ga opplæring på en måte hvor foreldrene ikke fikk utføre det selv, observerte jeg at mor sa ifra at hun ville prøve selv, da det er snart er hennes ansvar.

Ute i tjeneste AHS, opplevde jeg at foreldrene var fornøyde. Moren til en baby som hadde hatt problemer med å ta til seg næring hadde vært nervøs før hjemreise. Hun fortalte at det var godt å ha AHS på besøk og at selv om det er vanskelig å være hjemme, så er det samtidig det beste for både mor og barn. Tankene jeg satt igjen med etter praksisperioden var rettet mot hvordan sykepleier kan forberede overgangen mellom tjenestene slik at foreldre er motivert og føler trygghet når de reiser hjem.

Kunnskapsbasert praksis handler om kunnskap fra tre områder: forskning, erfaring og brukere (M. W. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 16). I denne oppgaven er artiklene jeg har funnet er sjekket opp mot hensikten av studien, og om de svarer på forskningsspørsmålet. Videre vil jeg bruke egne erfaringer fra praksis, sammen med resultater fra forskning i diskusjon. Til slutt vil jeg tenke på barnet og foreldrenes ønske i utskrivelsesfasen.

1.1 Hensikt ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg selv har vært i møte med foreldre og barn på avdeling i utskrivelsesfasen, og hospitert hos AHS. Som snart ferdigutdannet sykepleier kommer jeg til å jobbe med pårørende på en eller annen måte. Et punkt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, kapittel 3 handler om pårørendes rett til informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011), som leder oss inn på en av sykepleierens kjerneoppgave, sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Hensikten med funksjonsområdet er bredt, rettet mot pasient og pårørende og inneholder blant annet læring, utvikling og mestring (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17; S Tveiten, 2008, s. 31). På dette grunnlaget ser jeg oppgavens tema og problemstilling som sykepleiefaglig relevant, aktuelt og viktig å belyse.

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring.

Denne oppgavens avgrensning er foreldrenes trygghet og mestring i foreldrerollen under overgangen fra sykehuset til hjemmet. Oppgaven vil ikke gå i dybden på mestringsstrategier direkte, men fokusere på trygghet og mestring i forbindelse med overtagelse av foreldreansvaret. Videre avgrensning er med premature spedbarn, som krever oppfølging etter hjemreise. Jeg velger å ikke gå i dybden på de ulike problemene premature barn har, da oppgaven dreier seg om foreldrenes trygghet. Oppgaven vil ta for seg perioden før, under og etter utskrivelse til hjemmet, med hovedvekt på perioden under. Beskrivelse av hva som legges i de ulike overgangene forklares i kapittel 5.3. Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon vil ligge som grunnlag for oppgaven. Den didaktiske relasjonsmodellen er ikke en del av oppgaven, i stedet vil Havik (1989)'s kontroll-modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom benyttes. Bruk av grupper som undervisningsmetode og familiesentrert omsorg vil beskrives. Økonomi i forbindelse med AHS inkluderes ikke i oppgaven.

Ord og begreper kan ha ulik betydning (Dalland, 2012, s. 227), derfor skal problemstillingens begreper og funksjon i denne oppgaven avklares. En beskrivelse av prematuritet og familiesentrert sykepleie kommer i sine respektive kapitler 3.3 og 3.6.

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon skal bidra til læring, utvikling og mestring. Undervisning og veiledning skal rettes mot pasient og pårørende. Funksjonsområdet er rettet mot pasient og pårørendes behov for kunnskap og forståelse for å kunne ta valg i forbindelse med ivaretagelse av egen eller andres helse. Informasjon og støtte er en del av funksjonsområdet (Kristoffersen et al., 2011, s. 19). I oppgaven vil funksjonsområdet benyttes for å trygge foreldre, slik at de kan mestre foreldrerollen hjemme gjennom å gi tilfredsstillende informasjon og støtte.

Trygghet

Begrepet inneholder mange og delvis usikre betydninger og er et fenomen med positiv ladning, motpolen til utrygghet. Synonymer til trygghetsbegrepet er blant annet selvtillit og selvsikkerhet. (Gjengitt etter Segesten, 2016, s. 147) I oppgaven brukes trygghet i forbindelse med personens indre liv gjennom selvtillit og selvsikkerhet for å oppnå mestring i foreldrerollen.

Mestring

Lazarus and Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som: «We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» I oppgavens problemstilling brukes begrepet trygghet som et behov foreldrene har, for å kunne oppnå mestring i foreldrerollen hjemme.

Avansert hjemmesykehus for barn

Avansert hjemmesykehus (AHS) er behandling av syke barn hjemme (S. Tveiten, Wennick & Steen, 2012, s. 26). AHS startet opp ved Ullevål universitetssykehus i 2008. Nyfødt intensivavdeling ved Ullevål hadde allerede i flere år tilbudt familier med stabile prematurfødte barn oppfølging hjemme Grøgaard (2011, s. 5). Temaet AHS i denne oppgaven vil komme inn i forberedelse og etter utskrivelse, hvor familie mottar AHS. AHS vil gjennom oppgaven være en betegnelse for alle typer for sykehusbaserte tjenester hjemme.

1.2.1 Problemstilling.

Ut i fra oppgavens hensikt og avgrensning har jeg kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning trygge foreldre til prematurfødte barn i overgang fra sykehus til avansert hjemmesykehus?»

1.4 Disposisjon.

Oppgaven er delt inn i seks kapitler, 1.0-6.0. etter innledning kommer kapittel 2.0, hvor redegjørelse av metode som er benyttet for å svare på problemstillingen i. Kapitlet inneholder søkeprosess, begrunnelse for valg av både faglitteratur og vitenskapelige artikler, sammen med kildekritikk og kunnskapsbasert praksis. I 3.0 vil det litterære grunnlaget for oppgaven legges frem. Deretter vil presentasjon av resultater fra de vitenskapelige artiklene komme i 4.0. I 5.0 vil jeg drøfte funn fra vitenskapelige artikler opp mot det teoretiske grunnlaget og egne erfaringer. Det siste kapitlet har som hensikt å svare på problemstillingen, en konklusjon.

2.0 METODE

En metode er et verktøy i prosessen av å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelse for metodevalg, gir oss gode data og kan belyse det vi spør etter på en faglig måte. Metoden hjelper til med å samle data og informasjon vi trenger for å utarbeide oppgaven (Dalland, 2012, s. 111-112). Fordi spørsmålet i denne oppgaven omhandler opplevelse av trygghet, vil utvalget av de vitenskapelige artiklene være kvalitative med intervju som helhetlig eller delvis metode.

2.1 Litteraturstudie og etiske overveielser.

Litteraturstudiens hensikt er å systematisere kunnskap fra tidligere skriftlige kilder. Man ønsker å formidle en oppdatert og god forståelse av kunnskap innenfor området problemstillingen etterspør. Videre skal studien vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann & Thidemann, 2015, s. 79).

Da dette er en litteraturstudie er det ett etisk kontrollspørsmål som jeg ser på som mest relevant for denne oppgaven. Er prosjektets mål og metoder innenfor fagets begrensninger og normer (Dalland, 2012, s. 109)? Store deler av litteratur og forskning benyttet i oppgaven, er skrevet av sykepleiere. Praksiserfaringer skal ikke kunne spores opp av leser. Metoden litteraturstudie er valgt av skolen. Jeg skal derfor sammen med faglitteratur, forskningslitteratur benytte egne erfaringer til å svare på problemstillingen.

2.2 Kildekritikk.

«Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet» (Dalland, 2012, s. 72). Relevans, gyldighet og holdbarhet er sentrale punkter når man skal plukke ut relevante kilder for temaet. Relevans handler om kildens verdi i forbindelse med problemstillingen. Gyldighet og holdbarhet handler om kildens troverdighet. Dette kan man finne ut ved å se på type tekst, hvem som har skrevet teksten, hvem er teksten skrevet for, hvorfor forfatteren har skrevet om akkurat dette, formålet og tidspunkt for når teksten er skrevet (Dalland, 2012, s. 74). Jeg har brukt slike spørsmål for å vurdere de vitenskapelige artiklene. Kun en artikkel er eldre enn 10 år. De vitenskapelige artiklene er kvalitative, de går i dybden, og konstaterer ikke fakta. Alle artiklene er publisert i tidsskrifter jeg ser på som anerkjente og relevante for min oppgave.

IMRaD er ifølge Dalland (2012, s. 79-80) den oppbyggingen og strukturen som er mest brukt i oppbygging av en oppgave. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. Alle de vitenskapelige artikler som er benyttet i denne oppgaven følger denne strukturen.

I følge Dalland (2012, s. 87) bør man, så sant det er mulig bruke primære kilder, da dette sikrer mot å viderefremde feiltoninger. Likevel kan man vurdere hva som er mest sentralt og perifert i oppgaven. Handler oppgaven om en forfatters teori, bør man så langt det lar seg gjøre gå tilbake til primærkilden (Dalland, 2012, s. 77). I denne oppgaven er kildene i stor grad primære, men også noen sekundære kilder er benyttet. De som er benyttet tar for seg perifere temaer. Alle forskningsartiklene unntatt en på svensk, er oversatt fra engelsk og feil eller misforståelser kan forekomme fra min side.

2.3 Søkestrategi.

I dette kapittelet skal jeg beskrive søkeprosessen som er benyttet for å finne aktuelle vitenskapelige, - og fagartikler for å svare på problemstillingen. Forskjellen på fagartikler og vitenskapelige artikler, kvalitativ, kvantitativ og intervju som metode vil først bli beskrevet. Deretter kommer en beskrivelse av inklusjons, - og eksklusjonskriterier. Til slutt vil gjennomgangen av søkeprosessen i de ulike databasene, og hvorfor de er foretatt bli beskrevet. Ytterligere redegjørelse av resultater fra de vitenskapelige artiklene kommer i kapittel 4.0. Tabell med grundigere utdypelse av søkeprosessen ligger som vedlegg 1. I vedlegg 2, ligger PICO-skjema med utgangspunkt for søkene.

Forskjellen på fag, - og vitenskapelige artikler er at fagartikler har som mål å gjøre akseptert og gjeldende kunnskap kjent, mens vitenskapelige artikler har som mål å presentere ny kunnskap og redaktøren i tidsskriftet i samarbeid med en-to eksperter innenfor feltet vurderer og godkjenner artikkelen. Strukturen i vitenskapelige artikler følger IMRaD (Thidemann & Thidemann, 2015, s. 68).

Kvantitativ metode bygger på det konkrete og går i bredden. Man kan finne tall og målbare enheter, som igjen gir mulighet til å finne gjennomsnitt og antall. Den kvalitative metoden på sin side, benyttes for å finne mening og opplevelser som man ikke kan knytte til tall. Det handler om å gå i dybden, få frem det spesielle eller særegne ved feltet. Formålet er å formidle forståelse (Dalland, 2012, s. 112-113).

«Intervjuet har som mål å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt med vanlig språk. Det forsøker ikke å kvantifisere» (Dalland, 2012, s. 156). Kjennetegn på intervju er nyanserte

beskrivelser gitt av intervjupersonen om situasjonen han/hun befinner seg i. Intervju kan ha ulik form fra helstrukturert til åpent, og vil gi ulike resultater (Dalland, 2012, s. 159). Målet er å lære noe om en pasientgruppe eller personer i samme situasjon (Dalland, 2012, s. 151).

Inklusjonskriteriene brukt for å finne relevante artikler er kvalitative artikler og review's, engelsk, norsk, svensk eller dansk språk, artikler publisert mellom 2007 og 2017, med unntak av en fra 2003. Eksklusjonskriterier er artikler som er eldre enn 10 år, med samme unntak som over. Videre er pasientgruppen barn med hovedvekt på premature og foreldrene, og ikke voksne syke som mottar AHS.

For å finne vitenskapelige- og fagartikler begynte jeg å søke bredt i Google Scholar på «Avansert hjemmesykehus», med mål om å finne om noen har skrevet om tjenesten i Norge, som kunne hjelpe meg i gang. Jeg fant en masteroppgave, som tok for seg erfaringer med AHS på Ullevål sykehus gjennom brukerundersøkelse (Bjørndalen, 2013).

Åtte vitenskapelige artikler er funnet i fire anerkjente databaser for helsepersonell. Det er derfor nærliggende å tro at det er objektive tekster til formål å bedre sykepleiepraksisen, uten å få frem underliggende budskap. Fem forskjellige søk er utført og søkeord er funnet gjennom helsebiblioteket og SveMed+.

Søk 1 ble foretatt i Academic Search Premier, med søkeordene «Hospital-based home care» OR «Hospital at home» AND «child» AND «parents» AND «kvalitativ». Søk ble foretatt med mål om å dekke foreldreperspektivet i problemstillingen. Artikkel 1 handler om søvn hos foreldre med barn som får sykehusbaserte hjemmetjenester (Angelhoff, Edéll-Gustafsson & Mörelius, 2015).

Søk 2 ble foretatt i Cochrane Library for å finne en artikkel om informasjon. Søk med denne søkeordkombinasjonen: «Information, written» AND «Information, verbal» AND «Discharge». Artikkel 2 er fra 2003, men det ble søkt etter nye artikler i 2005 uten at forfatterne lyktes (Johnson, Sandford & Tyndall, 2003). Jeg har valgt å benytte denne, da jeg velger å tro at tematikken ikke har forandret seg veldig de siste årene. Den utgjør ikke en større del av resultatgrunnlaget for videre drøfting.

De to neste søkene er foretatt i Chinal med ulike strategier. Målet var å finne forskning om sykepleier, premature barn og AHS, og foreldre til premature barn, støtte/undervisning og AHS. Søkene ble foretatt slik:

Søk 3: «Infant, Premature» OR «Infant Feeding, Supplemental» AND «Hospital at home» OR «Hospital-based home care» AND «Nurse» Utvalget fra søket endte med 2 artikler. Artikkel 3, en oversiktsstudie som handler om utskrivelse av premature fra nyfødtavdelinger (Lopez, Anderson & Feutchinger, 2012). Artikkel 4, tar for seg ulike elektroniske metoder for informasjon i forbindelse med sykehusbaserte hjemmetjenester (Gund et al., 2013).

Søk 4: «premature» OR «Infant, Premature» OR «Infant, Premature, Diseases+» AND «Hospital at home» OR «Hospital-based home care» OR «Home Health Care+» AND «Parents» OR «Coping Health Inventory for Parents» AND «Home Nutritional Support» OR «support». Tre artikler fra søket er benyttet for å svare på problemstillingen, med fokus på foreldrenes erfaringer ved å få et prematurt barn og tiden før og etter utskrivelse gjennom blant annet støtte, støttegrupper og hjemmebesøk. Artikkel 5, 6 og 7 (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014; Hammarstrand, Jönsson & Hallström, 2008; Turner, Winefield & Chur-Hansen, 2013).

Søk 5: Til slutt søkte jeg for å finne forskning som sier noe om mestringsstrategier for foreldre med premature barn, som blir utskrevet fra sykehuset til hjemmet søkte jeg med disse søkeordene i databasen MEDLINE «Adaptation, Psychological» AND «Infant, Premature» AND «Parents» AND «Patient Discharge» AND «Home» or «home care services». Artikkel 8 sammenligner tidlig utskrivelsesprogram mot standard utskrivelsesprogram i Storbritannia (Toral-López et al., 2016), og er inkludert i denne oppgaven for å belyse mestringsstrategier og trygghet hos foreldre.

To av artiklene er oversiktsstudier, resterende artikler inkluderer intervju som metode, delvis eller i helhet, og er kvalitative. En artikkel hadde spørreskjema i tillegg til intervju og er en blanding av kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Da problemstillingen går på hvordan man kan trygge foreldre, har jeg valgt å ikke utelukket artikler på bakgrunn av hvilket land de er fra. Flere artikler er fra Sverige som ligger nært til Norge i kultur og helsetjenester.

Flere artikler har etter analyse og lesning blitt ekskludert fra oppgaven. Årsaker til dette er enten at språket var komplisert og/eller at studien ikke har svart på forskningsspørsmålet i tilfredsstillende grad. Noen ble også kuttet ut da de ikke var nok spesifikt rettet mot oppgavens tema og problemstilling.

2.4 Faglitteratur.

For å svare på problemstillingen har jeg i tillegg til forskningslitteratur og egne erfaringer benyttet faglitteratur. I dette kapittelet skal jeg gi en rask innføring i de mest sentrale faglitterære kildene. Som teoretisk grunnlag er Havik (1989)`s modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom benyttet sammen med Travelbee (2001)`s «menneske-til-menneske-forhold». For å svare på problematikk rundt prematuritet og hjemreise har jeg benyttet «Nyfødtsykepleie 2» (Haaland, 2009; Ravn, 2009; Sandtrø, 2009). Ett kapittel fra «Nyfødtsykepleie 1» er benyttet til foreldre på sykehus (Tandberg, 2009). I teori om familiesentrert sykepleie er «Psykososiale behov for akutt og kritisk sykdom» benyttet (D.-G. Stubberud, Eikeland & Sjøbjerg, 2013).

Boken «Pedagogikk i sykepleiepraksis» (S Tveiten, 2008) er brukt i forbindelse med sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. «Omvårdnad av det nyfödda barnet» (Lundqvist, 2013) er benyttet i forbindelse med prosessen forberedelse og utskrivelse fra sykehus til hjemmet, hjemmesykehus og det etiske aspektet rundt premature barn og foreldre.

3.0 REFERANSERAMMER FOR OPPGAVEN

Dette kapittelet skal legge frem relevant faglitteratur for å svare på problemstillingen. Først vil den teoretiske rammen for oppgaven legges frem. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon vil så beskrives. De tre neste kapitlene vil ta for seg prematuritet, foreldre på sykehus, forberedelse, - og utskrivelsesfasen og AHS for barn. Til slutt vil familiesentrert sykepleie og etikk i nyfødtsykepleie beskrives.

3.1 Teoretisk ramme for oppgaven.

Opgavens teoretiske ramme består av Havik (1989)'s kontrollmodell og Travelbee (2001)'s «Menneske-til-menneske-forhold», og vil nå beskrives.

Havik (1989) sin kontroll-modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom gir hjelp til forståelse og ivaretagelse av pasienters psykologiske behov gjennom tre former for kontroll, behov og pasienters opplevelse. Se tabell 1. De tre aspektene for kontroll (Havik, 1989, s. 163-164), og vil nå bli beskrevet, og videre overføres til et pårørendeperspektiv, som danner grunnlaget i drøftingen, 5.0.

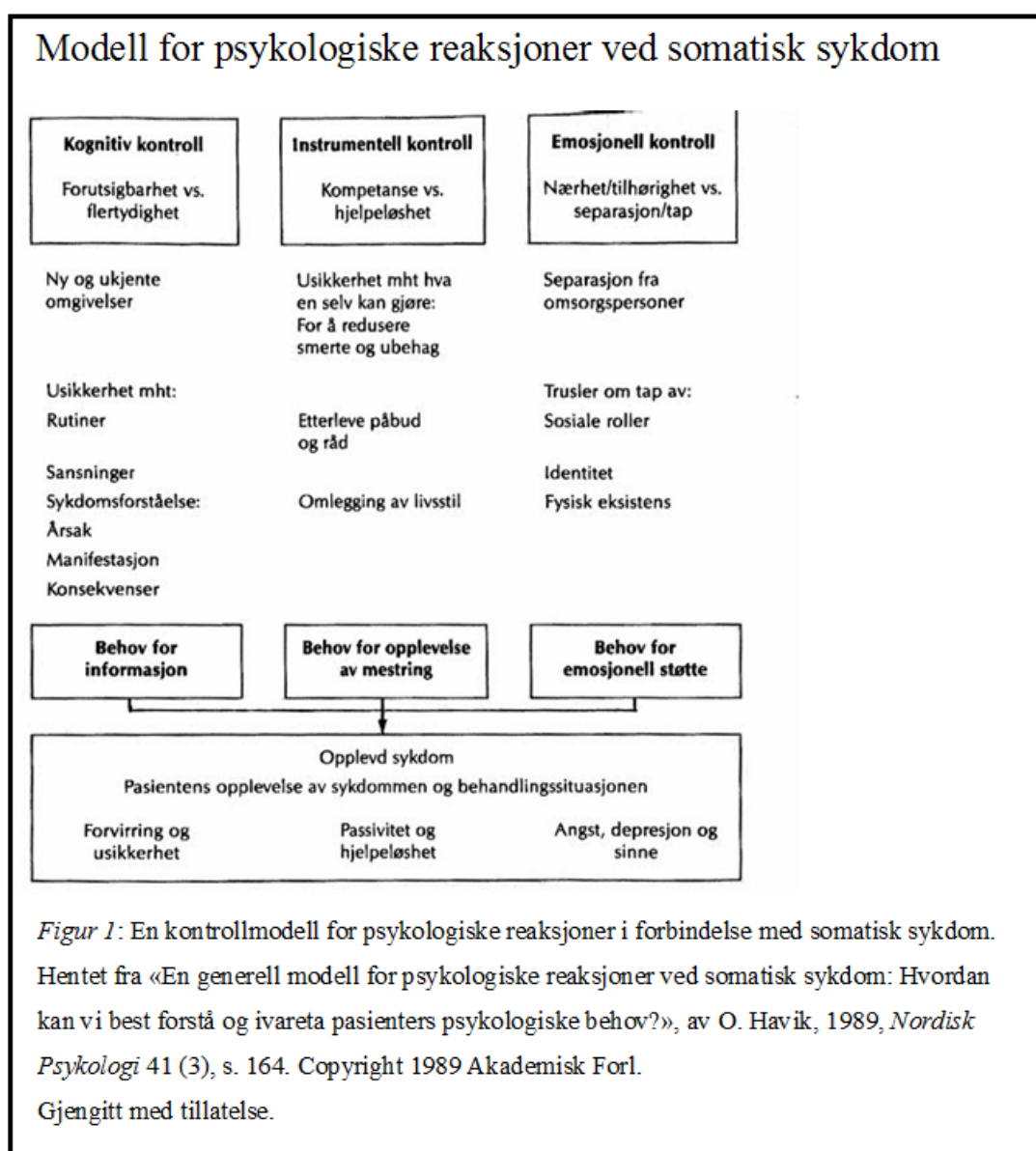
Kognitiv kontroll handler ifølge flere forfattere om å ha tilgang på informasjon for at en situasjon skal kunne oppleves forutsigbar og forståelig. Er sykdomssituasjonen preget av manglende forutsigbarhet og flertydighet kan den være belastende i seg selv og føre til frykt og unnvikelser (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 164). I følge flere undersøkelser fra både England og Norge viser resultatene at flere pasienter på sykehus og poliklinikk uttrykte at de hadde fått mangelfull informasjon (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 165). Havik (1989, s. 165) skriver at dette kan tyde på at rutinene ved sykehus har vanskeligheter med å ivareta informasjonsbehovet hos både pasient og pårørende.

Instrumentell kontroll handler om opplevelse av kompetanse kontra hjelpeløshet, og behov for mestring kontra usikkerhet. Videre om hva man selv kan gjøre for å påvirke situasjonen og redusere smerte og ubehag (Havik, 1989, s. 165-166). Mangelfull kontroll over negative hendelser kan sammen med ukontrollerte hendelser i forbindelse med sykdom føre til passivitet, depresjon og opplevelse av hjelpeløshet (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 166).

Emosjonell kontroll handler om behov for emosjonell støtte, om nærhet/tilhørighet kontra separasjon/tap og muligheten til å opprettholde en emosjonell likevekt (Havik, 1989, s. 166). I følge flere forfattere tyder det på at tap og separasjon, og mangel på fortrolighet, emosjonelt

støttende mellommenneskelige forhold kan ha negative virkninger på både barn og voksne gjennom f.eks. utvikling av depresjon (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 166). Ifølge Bowlby er støtte og nærhet fra en omsorgsperson viktig ved tap, tretthet, smerte eller sykdom (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 166)

Disse tre aspektene kan ifølge Havik (1989, s. 167) påvirke hverandre. Han har klassifisert fire hovednivåer for intervensjoner i forbindelse med de tre formene for kontroll og behov: Miljøtiltak med tanke på fysiske omgivelser, informasjons- og opplærings-tiltak for spesifikke pasientgrupper, individuell rådgivning, støttetiltak og kriseintervensjon.



Travelbee (2001) inkluderer hele familien i sin tenkning. Ett av de viktigste kjennetegnet på Travelbee (2001, s. 178) s «Menneske-til-menneske-forhold» er ivaretagelse av den enkeltes (eller familiens) sykepleiebehov. Travelbee (2001, s. 179) definerer sykepleiebehov slik; «Et sykepleiebehov er ethvert behov hos en syk person (eller familie) som kan oppfylles av den profesjonelle sykepleieren, [...] Hvis et slikt sykepleiebehov blir oppfylt, hjelper man den syke personen (eller familien) til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse».

Travelbee (2001, s. 259-260) skriver spesifikt om å hjelpe den sykes familie. Et indirekte tiltak er å gi den syke god og kompetent sykepleie, mens et mer direkte tiltak krever at sykepleier går inn for å bli kjent med den sykes familie. Når sykepleier hjelper de pårørende, hjelper hun også den syke. Støtte og omtanke for familien gjør at de bedre kan oppmuntre og hjelpe den syke i neste omgang.

3.2 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.

«Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon kan være oppdragelse, læring, vekst, utvikling og mestring» (S Tveiten, 2008, s. 31). Disse begrepene kan innebære økt kompetanse innenfor områder som for eksempel å mestre det å leve med sykdom.

Sykepleier må ha en bred pedagogisk kompetanse som innebærer: kunnskap, viten og forståelse innen ulike fagområder. Videre må sykepleier ha ferdigheter innenfor kommunikasjon, samhandling, undervisning og veiledning. Sykepleierens pedagogiske funksjon består i at man kan anvende og kommunisere den på en hensiktsmessig måte. Videre at sykepleier må ha en situasjonsforståelse og helhetsforståelse (S Tveiten, 2008, s. 39).

Undervisning og veiledning i grupper kan være aktuelt på ulike arenaer, f.eks. på sykehuset. Undervisning i gruppe kan være aktuelt når flere pasienter/pårørende til pasienter har samme diagnose/ behandlingsopplegg. Pårørende kan også ha glede av grupper som kan bidra til å oppleve fellesskap og alminneliggjøre situasjonen. Hensikten med slike grupper er gjennom bearbeidelse, læring, oppdragelse og mestring, å styrke foreldrekompetansen. En ulempe med gruppeundervisning kan være at man ikke tørr å kommentere eller stille spørsmål og størrelse må derfor vurderes etter type deltagere og hensikt med undervisningen (S Tveiten, 2008, s. 180-181).

3.3 Prematurfødte barn og foreldre på sykehus.

I følge WHO (2016, november) varer svangerskapet normalt mellom 37 og 42 uke, og barn født før uke 37, regnes for å være prematurt.

Etter alvorlighetsgrad av prematuritet sett i sammenheng med utvikling av kroppens organer vil barnet kunne ha funksjonsnedsettelse i blant annet respirasjonssystemet, sirkulasjonssystemet, nyrefunksjonen og mage-tarm-kanalen (Haaland, 2009, s. 14-21). Med andre ord, umodenhet.

Når barnet blir født prematurt vil den normale følelsesmessige forberedelsen for å gå inn i forelderrollen avbrytes. De er ofte ikke forberedt, og angst og sjokk er normale reaksjoner. Det kan være stor forskjell på forventninger om et friskt barn og et prematurt barn og det kan ta tid før foreldrene tilpasser seg situasjonen (Sjøbjerg, 2013, s. 189). Tandberg (2009) viser i flere norske og internasjonale studier til at foreldre til syke nyfødte og premature barn opplever en krisesituasjon i forbindelse med fødsel og barselstid. Studiene rapporterer om blant annet søvnløshet, angsttanker, generell følelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll (Gjengitt etter Tandberg, 2009, s. 224).

Barneombudet (2013) sine erfaringer med norske nyfødtintensivavdelinger er utfordringer knyttet til lokalene. Foreldrene i rapporten angir at det er trangt og mange nyfødte på samme rom. Videre er det en følelsesmessig belastning å eksponeres for alt som skjer med andre i rommet. Barna får ikke være med foreldrene sine hele døgnet. Dette påvirker ifølge foreldrene mulighet til å knytte bånd med barnet. I Norge er det ifølge Barneombudet (2013) kun en nyfødtavdeling som er helt familiesentrert.

Det kan være utfordrende for foreldre å se barnet sitt omgitt av teknisk utstyr (Sandtrø, 2009, s. 76). Als hevder at miljøet gjennom lyder og synsinntrykk, barnets utseende, medisinsk utstyr, forhold mellom foreldrene og personalet kan påvirke forelderrollen (Gjengitt etter Sandtrø, 2009, s. 76). At foreldrene har fått god informasjon om hva de møter på forhånd er en forutsetning for at foreldrene kan gi barnet trygghet (Gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 64-65).

3.4 Forberedelse og utskrivelse.

Det anbefales å begynne å tenke på utskrivelse allerede ved innleggelse. Konkret planlegging av utskrivelse starter som regel under siste del av oppholdet ved avdelingen (Ravn, 2009, s. 108).

God oppfølging av familien før, under og etter utskrivning fra sykehuset til hjemmet kan bidra til at foreldrene blir tryggere og opplever mestring hjemme. Barnets viktigste omsorgspersoner er foreldrene. Nyfødtavdelingen bør ha som mål å bidra til at foreldrene får den kompetansen de trenger for å kunne ta vare på barnet. Foreldre på nyfødtavdelinger som har født et prematurt barn har ofte vært i gjennom vanskelige opplevelser som kan påvirke familien fremover i tid. Utskrivelse kan derav for noen foreldre komme brått på og være dramatisk. Sykepleiere på nyfødtavdeling må både ta hensyn til sårbarhet hos det premature barnet og foreldrene ved utskrivelse (Ravn, 2009, s. 105).

Det kan være ulike årsaker til at foreldrene ønsker lengre tid på avdelingen. Eksempler er usikkerhet og bekymring, eller at foreldrene ikke kan ta seg fri sammen den første tiden. Det er avdelingens oppgave å løse dette på en faglig og forsvarlig måte. Eksempler på tiltak kan være: samtale med sykepleier med mål om å bygge selvtillit i foreldrerollen og bearbeide vanskelige opplevelser fra tiden på avdelingen, og videre vurdere behov for ekstra oppfølging av psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Et annet tiltak er å repetere kunnskapen de trenger for å ivareta barnets behov. Et tredje tiltak kan være mer tid på avdelingen, dagpermisjoner og nattpermisjoner for en roligere overgang (Ravn, 2009, s. 110-111).

Er den konkrete planleggingen god og starter tidlig, gir man foreldrene tid og mulighet til å forberede seg til hjemreise. Da får også ansatte tid til å veilede og lære opp foreldrene tilstrekkelig etter behov. Avdelingen må kvalitetssikre at foreldrene og barnet er klare for å skrives ut. Utskrivelsesfasen innebærer å lage utskrivningsplan/sjekkliste i samarbeid med foreldrene, med nødvendig informasjon og opplæring, medisinske teknikker og handling i akutte situasjoner. Det er viktig å lytte til foreldrenes tidligere erfaringer og gi informasjon etter foreldrene ønsker, ressurser og kunnskapsnivå. Hvert barn er forskjellig, og planlegging må skje individuelt (Jönsson, 2013, s. 297-298; Ravn, 2009, s. 107). Videre må samarbeid mellom neste tjeneste som skal følge opp barnet etableres. Hjemmemiljø må kartlegges og eventuelt oppfølging ved sykehuset i etterkant av utskrivelse må planlegges. Ansvar for barnet må gradvis overføres til foreldrene (Ravn, 2009, s. 107).

Det er ifølge Ravn (2009, s. 109) stor enighet om tre fysiologiske parameter som bør være oppfylt før utskrivelse. At barnet holder normal og stabil kroppstemperatur, sirkulatorisk og respiratorisk stabilitet, evner å koordinere sug, svelg og pust ved måltid og at barnet tar til seg tilstrekkelig mengde kalorier og væske og vokser normalt.

I følge Ravn (2009, s. 111), skal foreldrene være trygge ved hjemreise. Dette er viktig både for at hele familien skal ha det godt når de kommer hjem og fordi opplevelse av angst og mangel på trygghet kan få negative langtidskonsekvenser for familien. Det må videre vurderes om foreldrene har fått nok opplæring og mestrer stell, matsituasjon, omsorg og samspill med barnet. I tillegg må det vurderes om de er emosjonelt klar for å reise hjem. Det vil være viktig å kartlegge om foreldrene har god nok forståelse av barnets behov og problemområder og sørge for at de vet hvem de skal kontakte om de trenger hjelp? (Ravn, 2009, s. 111).

Under utskrivelsen trenger familien støtte og oppmuntring for at hjemreisen skal bli en god opplevelse. Foreldre skal i denne fasen ha blitt kjent med barnet sitt og mestre daglig stell. Man må vurdere behov om oppfølging av AHS og avtale dette. Videre tilby mulighet for telefonkontakt med avdelingen fra hjemmet (Ravn, 2009, s. 108). Foreldrene må få informasjon om hvordan avdelingen for AHS fungerer (Jönsson, 2013, s. 297-298).

Prematurfødte barn kan ha spesielle behov etter utskrivelse og trenger derfor tettere oppfølging. Forskning viser at barn med spesielle behov kan være hjemme om man har tilgang til kontinuerlig besøk av sykepleier (Jönsson, 2013, s. 295). Dette leder inn på neste kapittel om Avansert hjemmesykehus.

3.5 Avansert hjemmesykehus for barn.

Det innebærer ofte lang innleggelse på nyfødtavdeling når et barn fødes for tidlig. I dag vet man at det er positivt for barn, foreldre og søsken at den nyfødte får komme hjem tidligere med hjelp av hjemmesykehus. Foreldre opplever foreldrerollen og det å ta det fulle ansvaret for barnet sitt, først når de kommer hjem. Det er nødvendig at tjenesten bygger på frivillighet, at foreldrene er motiverte og interesserte i å reise hjem. Blant de vanligste pleiebehovene for barn som mottar hjemmesykehus befinner sondeernæring og oksygenbehandling seg (Jönsson, 2013, s. 295-296). Tilgang til døgntelefontjeneste hvor foreldrene kan nå få råd og svar på spørsmål er viktig for at de skal kunne kjenne seg trygge (Jönsson, 2013, s. 298-299)

Bjørndalen (2013)'s masteroppgave, tar for seg erfaringer fra AHS. Oppgaven oppsummerer fordeler og ulemper ved hjemmesykehus sett fra foreldrenes perspektiv. Fordeler var blant annet at familien får være samlet, at foreldrene blir kjent med barnet og opplevelse av stress fra andre pasienter og sykepleiere blir mindre. Videre var det lettere å stille spørsmål med rask responstid, og forholde seg til færre helsepersonell. Ulemper var på sin side vanskeligheter med å planlegge dagen grunnet besøk.

3.6 Familiesentrert sykepleie.

Familiefokusert omsorg er en mulighet til å forbedre omsorgen for pasientens pårørende. Begrepet bygger på at familien er det viktigste aspektet ved vår helse, både fysisk og psykisk (D. Stubberud, G. & Eikland, 2013, s. 172). Flere forfattere gir grunnlag for prinsipper for familiefokusert omsorg: gjensidig respekt, samarbeid, informasjonsdeling, deltagelse og støtte (Gjengitt etter D. Stubberud, G. & Eikland, 2013, s. 173).

Gjensidig respekt handler om at sykepleier respekterer foreldres reaksjoner og valg når barnet er akutt eller kritisk sykt og opprettholder åpen kommunikasjon. Samarbeid innebærer avklaring av ansvarsområder og hvilke oppgaver foreldre og helsepersonell skal ha (Sjøbjerg, 2013, s. 192). Informasjon er viktig i familiesentrert sykepleie, og manglende adekvat informasjon kan forsterke foreldrenes stress (Sjøbjerg, 2013, s. 192).

Foreldrenes deltagelse handler om rolleavklaring mellom hva foreldrene skal gjøre og hva helsepersonellet skal gjøre. Er ikke rollene avklart kan foreldrene bli usikre, føle seg hjelpeløse og utilstrekkelige. Usikkerheten gjør at foreldrene har behov for kontinuerlig rolleavklaring, og at det legges til rette for at foreldrene kan være foreldre (Sjøbjerg, 2013, s. 194). At man kan styrke foreldres mestring gjennom tett samarbeid mellom helsepersonell og foreldre understrekes av forskning (Gjengitt etter Sjøbjerg, 2013, s. 194-195). Videre kommer det frem gjennom forskning at jo mer foreldre blir involvert i pleien av barnet, desto lavere blir deres stressnivåer og jo høyere kunnskap får de om barnet sitt (Gjengitt etter Sjøbjerg, 2013, s. 195-196).

Støtte handler om at foreldrene trenger at noen bryr seg om dem. Foreldrene kan i stressende perioder glemme å ta vare på egne behov, som igjen kan føre til økt stress og angst. Derfor inngår familiens behov i behandlingen av pasienten, og foreldre bør i tillegg oppfordres til å søke støtte i eget nettverk (Sjøbjerg, 2013, s. 196-197).

3.7 Etikk.

Autonomiprinsippet er ifølge P. Nortvedt (2012, s. 97-98), det viktigste etiske prinsippet i sykepleien. Hvis pasienten er kompetent til å ta egne valg, skal han/hun bestemme over sin behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp. I følge Eriksson and Lindh (2013, s. 301) kan forutsetningene i nyfødtsykepleie by på spesielle utfordringer. Da man ikke anser nyfødte kompetente til å ta egne valg faller samtykkekompetansen som oftest over på foreldrene. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001)'s § 4-4 sier: «Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år». For å kunne

bedømme situasjonen må man ha tilfredsstillende kunnskap bakgrunnen til problemet og mulige handlingsalternativ og hvordan de påvirker i positiv eller negativ retning hos berørte parter: barnet, foreldrene, søsken og helsevesenet (Eriksson & Lindh, 2013, s. 301).

4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSRISULTATER

I dette kapittelet skal jeg presentere relevante resultater fra de vitenskapelige artiklene i tre temaer.

4.1 Før, under, og etter hjemreise.

Foreldrene i studien til Toral-López et al. (2016), rapporterte at den første tiden ved nyfødtavdelingen var imot alle forventninger om fødselen og det å bli foreldre.

Mestringsstrategier var viktig for å regulere følelsene som kom i situasjonen. De fleste foreldrene anbefalte å ta pause fra sykehuset hver dag, da dette gjorde det mulig å «lade batteriene». Noen foreldre ønsket ikke å forlate barnet.

I samme studie rapporterte alle foreldrene fra tidlig-utskrivelses-gruppen, en følelse av å være ekte foreldre og lettelse ved hjemkomst. Programmet hadde ifølge foreldrene, fokus på det som var viktig for dem. De fikk både opplæring på sykehuset og hjemmebesøk. Foreldrene i gruppen for standard-utskrivelse, rapporterte følelser av glede, redsel og tvil relatert til deres evner for å ta vare på barnet. Foreldrene mente hjemmebesøk, sammen med mulighet for å kontakte avdelingen var de viktigste tilbudene (Toral-López et al., 2016).

Foreldre i Hammarstrand et al. (2008)`s studie opplevde at personalet hadde hele ansvaret på sykehuset. I samme studie var flere foreldre nervøse for å reise hjem. Foreldre opplevde det positivt å ha fått tid til å venne seg til tanken på å komme hjem, og fått informasjon om AHS før hjemreise. Ved hjemkomsten følte foreldrene på foreldrerollen og å være en familie. Foreldrene i samme studie oppga at de følte seg trygge hjemme fordi helsepersonell kom på besøk, og de hadde mulighet til å kontakte avdelingen ved behov.

I studien skrevet av Dellenmark-Blom and Wigert (2014), var foreldrenes erfaring at nyfødt-intensiv-avdelingen var omgitt av stress, lidelse og det var smertefullt å omgå andre. Nyfødt hjemmesykepleie-tjenesten skapte en bro mellom sykehuset og hjemmet. Tjenesten gjorde det mulig å forlate sykehusmiljøet tidligere. Flere artikler i Lopez et al. (2012)`studie inkluderte en form for hjemmebesøk.

4.2 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon.

Sykepleiers rolle var sentralt i Lopez et al. (2012)'s studie. Sykepleieansvarsområder som gikk igjen var omsorg for barnet på sykehus og hjemme. Videre kunne undervisning og støttegrupper være til hjelp i forberedelse for å ta over ansvaret for barnet. Sykepleierne hadde i oppgave å vurdere barnet, hjemmemiljøet og mors helse. Alle vurderingene kunne bidra til å redusere faren for forverring av barnets tilstand, reinnleggelser og bekymringer. Å gi støtte til foreldrene og være behjelpelig med henvisning til andre tjenester var sentrale sykepleieoppgaver.

I Lopez et al. (2012)'s studie var temaene utdanning, pedagogikk og støttegrupper sentrale. En måte var bruk av informasjon både innspilt på bånd og skriftlig. Informasjonen var tilpasset der foreldrene var. Resultatet av dette var et bedre foreldre-spedbarn-samspill, mindre angst og depressive symptomer hos mor etter utskrivelse. En annen måte var utdanningsgrupper med funksjon som støttegrupper. Foreldrene fikk informasjon og veiledning tilpasset barnets behov. Nettverk med andre foreldre med like utfordringer, hvor de kunne diskutere og utveksle informasjon var en arena for læring.

I Lopez et al. (2012)'s studie, var også tilbud undervisningsgrupper på sykehuset en gang i måneden etter utskrivelse, gjennom to år en form for intervensjon. Et program i samme studie hadde 10-ukers undervisning og støttegruppe. Evaluering viste at begge programmene var nyttige i veiledning av foreldre, reduserte angst og gjorde at foreldrene følte seg trygge i foreldrerollen. Individuell opplæring med spesialisert sykepleier en gang i uken var en annen metode. Det viste ingen resultater av betydning for mors respons på barnets behov, forhold mellom omsorgspersonene og barnet og barnets utvikling (Lopez et al., 2012).

Informasjon har gjennom forskningsartiklene vært et sentralt tema for sykepleiers rolle. I studien av Johnson et al. (2003) kom de frem til at foreldrene taklet omsorgsgiverrollen bedre hvis de får skriftlig informasjon sammen med muntlig fremfor verbal informasjon alene.

Bruk av elektroniske hjelpemidler i hjemmesykepleietjenesten for barn ble tre grupper undersøkt i en studie. En av gruppene benyttet webapplikasjon der foreldrene kunne legge inn spørsmål og få svar på disse av sykepleierne ved tjenesten. En gruppe benyttet videosamtaler gjennom Skype i kontakt med sykepleierne. En kontrollgruppe fikk standard hjemmebesøk. Resultat fra web-gruppen var at flere foreldre synes det var mer naturlig å ringe. I Skype-

gruppen svarte 7 av 8 familier at Skype-samtalene fungerte bedre enn ordinære telefonsamtaler (Gund et al., 2013).

Foreldrene som ble intervjuet i Toral-López et al. (2016) studie, opplevde informasjon gitt av helsepersonell som nyttig. Det var imidlertid mangel på koordinering av informasjon fra ulikt helsepersonell, og komplisert språk, spesielt når barnet var i en kritisk fase.

I samme studie var sykepleierne var ifølge foreldrene en viktig ressurs for støtte og informasjon. Foreldrene rapporterte også om helsepersonell som ikke lyttet til spørsmål. Videre at foreldrene ikke fikk tydelig avklart hvilken rolle de hadde på avdelingen og i behandlingen av barnet. Dette skapte frustrasjon, og de følte seg hjelpeløse og forvirret. Foreldre rapporterte et sterkt behov for å få avklart hvilken rolle de hadde i avdelingen. Mange foreldre rapporterte at de trengte ett sted de kunne snakke ut om sine følelser, og få emosjonell støtte. Foreldrene følte seg tryggere når det var kontinuitet i behandlingsforløpet (Toral-López et al., 2016).

Foreldre rapporterer i to studier om at å bruke standardiserte kunnskapsbaserte utskrivingsprogram i forbindelse med prematurfødte barn kan være til hjelp i utskrivelsesfasen (Lopez et al., 2012; Toral-López et al., 2016).

Når det gjelder familiefokusert omsorg beskrev foreldrene i en studie at barnesykepleierne fokuserte på kommunikasjon med begge foreldrene, viste omtanke og empati. De var lydhøre for hele familien. Det å bli behandlet som en hel familie styrket båndene til barnet (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014).

4.3 Trygghet, mestring og støtte i foreldrerollen.

I Turner et al. (2013) studie ønsket deltagerne at barnet skulle være friskt nok før de ble utskrevet. Deltagerne beskrev at de hadde angst for å ikke klare å ta vare på barnet uten assistanse og hvordan skal takle eventuelle medisinske komplikasjoner som kunne oppstå. Flere deltagere følte at de ikke var klare til å ta med barnet sitt hjem.

Foreldrene i Turner et al. (2013) studie beskrev positive og negative sider ved støttegruppene under oppholdet på nyfødt intensivavdelingen. Positive sider var at foreldrene ikke følte seg alene og fikk mulighet til å bli kjent med andre i samme situasjon. Det å få ett rom hvor man kunne snakke uforstyrret med ansatte og andre foreldre var positivt. Videre ble

ansattes støttende rolle sett på som positivt. Deltagerne uttrykte forskjellige gevinster ved deltagelse i støttegruppene: vennskap, emosjonell støtte og informasjon som kom godt med, også etter hjemreise. Negative sider handlet om balanse mellom informasjon og støtte hvor en deltager ønsket at det skulle være ca. 50/50 i hver økt.

Sosial støtte var svært avgjørende for foreldrene i Toral-López et al. (2016)'s studie, og de tre viktigste støttedfunksjonene var partner og familie, helsepersonell og foreldre i samme situasjon.

Telefonkontakt og regelmessige hjemmebesøk forsterket følelsen av å ikke ha blitt forlatt etter utskrivelsen. Mulighet til å velge hjemmebesøk etter behov ga støtte og mot til å ta med spedbarnet sitt hjem. Videre ble foreldrenes følelse av sikkerhet tatt alvorlig da barnesykepleier både ga tid og anledning til å diskutere nye spørsmål og bekymringer (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014).

Studien tar videre opp tematikk rundt foreldrerollen. Erfaringer fra nyfødtintensivavdelingen var å bli forlatt og være i veien som foreldre. Hjemme følte foreldrene at barnesykepleieren fokuserte på dem og deres erfaringer som foreldre. Foreldrene følte videre at de hadde en betydning for både sykepleierne og barnet. Det kom videre frem av studien at opplevelser fra en travel nyfødtintensivavdeling trengte foreldrene bekreftelse på at barnet var sunt og at de gjorde en god jobb som foreldre. Nyfødthjemmesykepleietjenesten ga foreldrene mulighet til å tilbringe tid alene med barnet (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014).

Flere av artiklene fant at kommunikasjon mellom helsepersonell og familien hjemme var en viktig faktor. Telefonkontakt, videosamtaler og tilgjengelighet gjorde at familien hadde mulighet til å kontakte helsepersonell ved behov. Disse metodene bidro til å redusere angst og øke mestring.

En studie av Angelhoff et al. (2015), tar for seg søvnkvalitet hos foreldre som får hjelp fra hjemmesykehus. Gjennomgående hadde de fleste foreldrene søvnforstyrrelser. Noen foreldre hadde kun søvnforstyrrelser om barnet hadde blitt i verre form eller hvis det hadde skjedd noe uventet den dagen. I neste kapittel skal egne erfaringer drøftes opp mot teori, - og forskningsgrunnlaget for å svare på oppgavens problemstilling.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg drøfte og diskutere funn fra forskning, relevant litteratur og egne erfaringer opp mot problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning trygge foreldre til prematurfødte barn i overgang fra sykehus til avansert hjemmesykehus?», og oppgavens tittel; «Reisen hjem».

Kapittelet vil først ta for seg sykepleierens pedagogiske funksjon, for så å drøfte de ulike behovene Havik (1989)'s kontrollmodell; behov for informasjon, behov for opplevelse av mestring og til slutt, behov for emosjonell støtte drøftes. Se tabell 1.

5.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon.

I litteraturen om sykepleiers undervisende og veiledende funksjon er det fokus på at funksjonen både skal dekke pasientens- og pårørendes behov, samt bidra til blant annet læring og mestring (Kristoffersen et al., 2011; S Tveiten, 2008). I følge S Tveiten (2008, s. 39) må sykepleier både ha en bred pedagogisk kompetanse og kunne anvende denne på en hensiktsmessig måte. Nå skal jeg trekke inn teori, forskning og praksiserfaringer for å se på ulike måter man kan drive undervisning og veiledning av foreldre til prematurfødte barn og foreldre i «Reisen hjem».

Det er en utfordring å skille undervisning og støtte, da de kan sees sammen. I dette kapittelet vil jeg ta for meg undervisningsmetoder, mens støttefunksjonen av gruppeundervisning blir drøftet i kapittel 5.4.

Undervisning kan ifølge S Tveiten (2008, s. 81), foregå i grupper når flere pasienter eller pårørende er i samme situasjon i form av diagnose eller behandlingsopplegg. Pårørende kan ha glede av grupper som kan bidra til en fellesskapsfølelse og til å alminneliggjøre situasjonen. Foreldre til syke barn kan ha behov for å dele opplevelser med mennesker i samme situasjon for å oppnå læring og mestring i situasjonen, og samtidig styrke foreldrekompetanse. Dette underbygges gjennom Turner et al. (2013)' studie hvor foreldrene deltok i støttegrupper arrangert av nyfødtavdelingen. Støttegruppene var innbakt i ukentlige program, hvor verbal og skriftlig informasjon ble utdelt til foreldre, andre omsorgspersoner og besteforeldre. Teorien skriver på den andre siden at foreldre kan la være å kommentere eller stille spørsmål hvis undervisning foregår i gruppe. Man må vurdere både deltagere og

hensikten med undervisningen før man eventuelt velger å bruke gruppemetoden (S Tveiten, 2008, s. 180-181).

Noen foreldre kan oppleve det vanskelig å snakke i en større forsamling og ha vanskeligheter med å stille spørsmål til hele gruppen (S Tveiten, 2008, s. 180-181). Dette kan tyde på at gruppeundervisning ikke passer alle. Individuell opplæring, var en intervensjon i en av artiklene i Lopez et al. (2012)'s studie. Intervensjonen ga på sin side ikke betydelige resultater på hvordan mor responderte på barnets behov, forholdet mellom omsorgspersonene, barnet og barnets utvikling. Kanskje gruppeundervisning ville fungert bedre? Det er vanskelig å si, men poenget er at det kan være gunstig å vurdere familien individuelt og hva de selv ønsker i opplæringen før man beslutter å benytte enten gruppe eller individuell opplæring.

I praksis på den annen side, var det ikke organisert noen form for gruppeundervisning. Foreldrene fikk opplæring individuelt på utstyr og metoder de måtte benytte når de reiste hjem, for å ivareta barnets behov. Jeg tolket at situasjonene ved forberedelse til hjemreise på den ene siden, fokuserte på det praktiske fremfor det støttende og familiefokuserte. På den andre siden deltok jeg i utskrivelsesfasen for en familie som hadde vært innlagt på sykehus i mange måneder, som fikk være på avdelingen et par uker etter de ble klarert for hjemreise da de trengte litt ekstra tid til å forberede seg. Denne tiden virket som om gjorde godt for foreldrene, og jeg merket forskjell fra første uke til de skulle reise hjem. De virket mer selvstendige, samtidig som de uttrykte at de både var klare og trygge før de skulle reise hjem.

Undervisning kan også skje etter utskrivelse, slik som en av metodene var i Lopez et al. (2012)'s studie var. Metoden gikk ut på å arrangere undervisningsgrupper en gang i måneden etter utskrivelsen, hvor temaene var direkte relatert til det å gi omsorg til barnet og å leve med et prematurt spedbarn hjemme. Intervensjonsperioden gikk over to år. 84 % av foreldrene mente at diskusjoner innad i gruppen var den mest meningsfulle intervensjonen. 93 % følte at programmet var formålstjenlig og ga god kontinuitet i omsorgen. 95% rapporterte at de fikk støtte og veiledning og 90% følte seg trygge nok til å reise hjem og være hjemme med det premature barnet (Lopez et al., 2012). Kontinuitet var viktig for trygghetsfølelsen for foreldre i Toral-López et al. (2016)'s studie. Når man ser på prosenten av foreldre som følte at et undervisningsprogram i etterkant av utskrivelse ga god kontinuitet i omsorgen, kan man gå ut i fra at et slikt program kan trygge foreldre i «Reisen hjem».

Bruk av standardiserte utskrivingsprogram for prematurfødte barn og foreldre er forslag fra foreldre i to studier (Lopez et al., 2012; Toral-López et al., 2016). I litteraturen kommer det frem at man lager utskrivingsplan eller sjekklister til forberedelse av hjemreise (Ravn, 2009, s. 107). I praksis var det også en plan med sjekklister hvor man gikk gjennom punkter familien måtte ha opplæring i før hjemreise. Fordi anerkjente forskningsresultater understøtter å bruke standardiserte utskrivingsprogram (Lopez et al., 2012; Toral-López et al., 2016), kan man anta at det også ville fungert i praksis. Det er forskjell på å lage en sjekklister mot å ha en ferdig utarbeidet. I en hektisk arbeidsdag på en travel barneavdeling, kan man glemme viktige punkter hvis skjemaene eller planene ikke er standardisert, men dersom planer og sjekklister er standardisert, vil ikke sjekklister bli individuelt tilpasset den aktuelle familien, slik som den ville blitt dersom man lagde ny sjekklister eller utskrivelsesplan for hver familie.

5.2 Behov for informasjon.

En viktig del av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, er ifølge Kristoffersen et al. (2011, s. 19) blant annet informasjon til pasient og pårørende. I følge flere forfattere er det en forutsetning at foreldre har fått god informasjon for at de skal kunne gi barnet trygghet (Gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 64-65). I praksis opplevde jeg at foreldre hadde behov for både informasjon og støtte i perioden hvor de gradvis tok over omsorgen for barnet. Et område som markerte seg i praksis, var spørsmålet hva man gjør dersom noe uventet skjer. Dette kunne være alt fra at matpumpen piper/stopper, at slanger går tett eller noe alvorlig skulle skje med barnet. I likhet med erfaringer fra praksis tilsier også erfaringene fra foreldre i Hammarstrand et al. (2008)'s studie at foreldrene var urolige for at noe uforutsett skulle hende. Foreldrene i samme studie hadde positiv opplevelse med å få tid til å forberede seg selv før hjemreise, og samtidig vite at noen skulle komme på hjemmebesøk

I følge Havik (1989, s. 165), kan det tyde på at sykehusets rutiner for å ivareta informasjonsbehovet hos pasienter og pårørende ikke er gode nok. Resultater fra ulike studier viser på den ene siden at pasienter hadde fått mangelfull informasjon i løpet av sykehusstilværelsen (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 165). På den andre siden rapporterte foreldrene i Toral-López et al. (2016)'s studie at de var svært fornøyde med informasjonen de hadde fått fra helsepersonellet. Dette underbygde de med at informasjonen var nyttig og tilpasset deres utfordringer i forbindelse deres situasjon. Likevel meldte foreldrene i samme studie, at informasjonen ikke alltid var koordinert ved at det ble gitt ulik og gjentakende informasjon fra forskjellig helsepersonell. Dessuten rapporterte foreldrene om at språket på

informasjonen som ble gitt, spesielt i fasen hvor barnet var lagt inn på nyfødt intensivavdeling var komplisert og vanskelig å forstå (Toral-López et al., 2016).

I en av artiklene fra Lopez et al. (2012) studie ble resultat av informasjon innspilt på bånd og skriftlig i flere omganger ut i fra sykeforløpets faser: 2-4 dager etter innleggelse, 4-8 dager etter innleggelse, 1-4 dager før utskrivelse og en uke etter utskrivelse. Informasjonen på bånd og det skriftlige materialet var utviklet for å støtte foreldrene i å bli kjent med barnets kjennetegn, oppførsel, stress-signaler, og barnets generelle utvikling. Programmet tar også sikte på å bidra til å bedre foreldre-barn-relasjon etter utskrivelse, noe som også studien resulterte i. Også inkludering av spesifikke aktiviteter til å støtte barnets kognitive utvikling var tema i undervisningsopplegget. Resultatet av dette ble mindre angst og depressive symptomer hos mor (Lopez et al., 2012). Til sammenligning kom også forfatterne i Johnson et al. (2003) studie frem til at foreldrene taklet omsorgsrollen for barnet bedre, hvis informasjon både blir gitt verbalt og skriftlig (Johnson et al., 2003).

Ved å bruke elektroniske hjelpemidler kom en studie av Gund et al. (2013) frem til at foreldrene synes det var bedre å bruke telefon og få svar direkte når de lurte på noe, fremfor å sende inn spørsmål via en webapplikasjon. I samme studie viste det seg at foreldrene foretrakk Skype-samtaler fremfor telefonsamtaler og begrunnet dette ved at det var lettere å kommunisere, når man kan se kroppsspråket. En forelder forteller: «It is easier to understand when you can see the other person`s body language» (Gund et al., 2013, s. 7).

I Toral-López et al. (2016) studie rapporterte foreldrene at de ikke fikk tydelig avklart hvilken rolle de hadde på avdelingen. Dette førte med seg følelser som frustrasjon, hjelpeløshet og forvirring. Også teorien sier at foreldre kan bli usikre på hvilken rolle de skal ha, og er ikke rollene avklart, kan foreldrene oppleve følelse av hjelpeløshet og utilstrekkelighet. Kontinuerlig veiledning på hvilken rolle foreldrene har, samtidig som man tilrettelegger for at foreldrene kan være foreldre selv om barnet er sykt er nødvendig for hindre disse følelsene (Sjøbjerg, 2013, s. 194). Dette kan settes direkte opp mot to av begrepene i Havik (1989) kontrollmodell; Kognitiv kontroll og instrumentell kontroll. Innenfor kognitiv kontroll har foreldrene behov for informasjon for å avklare rollene og på hvilken måte de kan være foreldre til barnet sitt. Mangel på informasjon kan føre til forvirring og usikkerhet. Instrumentell kontroll handler om foreldrenes behov for å oppleve mestring. For å oppleve mestring må man vite hva man selv kan gjøre i situasjonen, og dersom rollene ikke er avklart er det vanskelig å mestre situasjonen. Dette kan føre til passivitet og

hjelpeløshet, fremfor kompetanse og mestring hvis rollene er avklart (Havik, 1989; Sjøbjerg, 2013, s. 194). Dette leder inn på neste kapittels tema: behov for opplevelse av mestring.

5.3 Behov for opplevelse av mestring.

I følge Ravn (2009, s. 105) kan man gjennom god oppfølging av familien før, under og etter utskrivelse fra sykehus bidra til trygghet og mestring i hjemreisen og hjemmetilværelsen. Nå vil jeg trekke frem oppgavens tittel; «Reisen hjem», gjennom at trygghet og mestring i foreldrerollen før, under og etter hjemreise skal drøftes i dette kapitlet. Allerede fra barnet blir født starter planleggingen av «Reisen hjem». Reisen kan for mange familier være lang, og for andre, kortere. Det er i denne perioden foreldrene lærer å bli foreldre og at det premature barnet, trinn for trinn utvikles og vokser seg sterkere. Med andre ord: en svært spennende fase.

Når barnet blir lagt inn på nyfødtavdeling vil en planlegging av utskrivelse som regel foregå (Ravn, 2009, s. 108). Perioden før dreier seg om tiden fra babyen er født til konkret planlegging starter. Perioden under utskrivelse vil være tiden rett før med utprøving av dag- og døgnpermisjoner og vurdering om foreldrene og barnet er klare for å reise hjem og tiden rett etter, hvor de har mulighet til å komme tilbake til avdelingen og mulighet for telefonkontakt med avdelingen. Perioden under vil også inkludere overgangen til AHS. Perioden etter vil ta for seg tiden hjemme med assistanse fra AHS.

Først om det teoretiske grunnlaget fra Havik (1989, s. 166)'s instrumentell kontroll. Kompetanse er et sentralt begrep gjennom at man etterstreber å ha nødvendige ferdigheter for å løse problemene og nå ønskede mål, fremfor opplevelse av hjelpeløshet og de handlingene man foretar seg ikke systematisk virker inn på problemene. Hvis man setter dette opp mot foreldrenes perspektiv i denne oppgaven handler det om at de etterstreber målet om å kunne ta vare på barnet sitt selv, og for å kunne klare dette må de ha nok kunnskap og kompetanse.

5.3.1 Mens familien er innlagt på sykehus.

Mens barnet og foreldrene ennå er innlagt på sykehus skriver flere kilder at det kan være skremmende for foreldre å se barnet sitt omgitt av teknisk utstyr (Barneombudet, 2013; Sandtrø, 2009, s. 76). Miljøet rundt med lyder, sanseinntrykk, barnets utseende og relasjon mellom foreldre og personalet vil påvirke foreldrerollen (Gjengitt etter Sandtrø, 2009, s. 76). Barneombudet (2013) underbygger dette ved at nyfødtavdelinger gjennomgående har

utfordringer knyttet til fysiske rammer. Foreldrene får ikke muligheten til å være med barnet hele døgnet, fysisk samvær med barnet kan være utfordrende med tanke på situasjonen og de lever tett på andre prematurfødte barn med foreldre. I Norge er det bare en nyfødtavdeling som er helt familiesentrert (Barneombudet, 2013). Forskere i Dellenmark-Blom and Wigert (2014)'s studie, kom frem til resultater som viste at noen foreldre følte seg forlatt og i veien på travle nyfødtavdelinger.

Mestringsbegrepet i Lazarus and Folkman (1984, s. 141)'s definisjon går ut på å takle spesifikke ytre og indre krav, som overstiger en persons ressurser eller oppleves belastende for personen. Dette gjennom anstrengelser av både kognitive og atferdsmessige art. Jeg tolker Lazarus and Folkman (1984, s. 141)'s definisjon ved at man bruker både tanker og handling for å oppleve mestring. I forskningslitteraturen kommer mestringsstrategier frem, da de aller fleste foreldrene i Toral-López et al. (2016)'s studie brukte det å ta seg en pause fra sykehusets lokaler en periode hver dag, som en mestringsstrategi. Dette hjalp foreldrene å samle krefter. Selv om de fleste foreldrene anbefalte å ta pause, var det noen foreldre i den samme studien, som ikke ville forlate sykehuset eller barnet sitt (Toral-López et al., 2016). Det å ta en pause fra sykehuset kan sees på som en handling gjennom atferd, hvor man for en periode forlater den stressfylte situasjonen man er i når barnet er lagt inn på nyfødt intensivavdeling.

5.3.2 Under utskrivelsen.

I følge Ravn (2009, s. 108) trenger familie støtte og oppmuntring under utskrivelsen. Videre er det viktig at foreldrene i denne fasen har blitt kjent med barnet og mestrer daglig stell og omsorg og at fremtidige avtaler med sykehuset er avtalt. Resultater fra Hammarstrand et al. (2008)'s studie underbygger dette gjennom at foreldrene oppga at det var positivt å få tid til å venne seg til tanken på å reise hjem, og spesifiserte at det var fint å få vite hvem som skulle komme på hjemmebesøk og hva som skulle skje videre, før de dro fra sykehuset.

Det er ifølge Ravn (2009, s. 110-111) vanlig at foreldre kan ønske lengre tid på avdelingen av ulike årsaker. Fra brukerundersøkelsen i Bjørndalen (2013)'s masteroppgave støtter et sitat dette: «Det var planer om å overflytte oss til Hjemmesykehuset 1 ½ uke tidligere, da ville vi ikke vært klare» (Bjørndalen, 2013, s. 30). For en annen familie kom utskrivelsen for raskt: «Hjemmesykehus kom brått på og jeg følte meg ikke klar» (Bjørndalen, 2013, s. 30). Dette underbygges av resultater fra Turner et al. (2013)'s studie viste at noen foreldre følte at de ikke var klare for å reise hjem med babyen. Et sitat fra studien: «I was nervous and scared,

and um, I think a little bit stressed as well, that the day finally came, and maybe that I was ill-prepared» (Turner et al., 2013, s. 441).

Angst for å ta med barnet hjem etter uker på nyfødtavdeling var resultater fra en Turner et al. (2013)'s studie. Deltagerne beskrev angst i forbindelse med å ta seg av barnet på egenhånd uten assistanse og var usikre på medisinske komplikasjoner som kan oppstå etter utskrivelsen. Dette underbygges av resultater fra Hammarstrand et al. (2008)'s studie hvor foreldrene var nervøse for om noe uforutsett skulle skje med barnet hjemme.

Tiltak ved situasjoner hvor foreldrene føler seg utrygge er ifølge Ravn (2009, s. 110-111), samtale mellom foreldre og sykepleier med mål om å bygge selvtillit i foreldrerollen og bearbeide vanskelige opplevelser fra tiden på avdelingen. Andre tiltak er å vurdere behov for ekstra oppfølging gjennom for eksempel psykolog. Repetisjon av nødvendig kunnskap for å ivareta barnets behov hjemme er et annet tiltak. Til slutt kan det å gi foreldrene mer tid, dagpermisjoner og nattpermisjoner for en roligere overgang være gode tiltak.

Gradvis overgivelse av ansvaret for barnet kommer som resultat i Turner et al. (2013, s. 443)'s studie: «[...] `Cause you sort of had the responsibility, but not 100%. so you could sort of, um, gradually increase your knowledge and your confidence». Foreldrene i studien følte at de fikk støtte av helsepersonellet og at sykepleierne gradvis overga ansvaret for barnet, på en slik måte at foreldrene følte de hadde ansvar, men ikke var alene. Målet i en rekke nyere studier tenker i samme retning, gjennom at fokuset har vært på hvordan man kan inkludere foreldre som medspillere i sykepleien til barn. Resultater fra en amerikansk studie viste at deltagelse i sykepleien reduserte stress, angst og depresjon hos mødrene (Gjengitt etter Tandberg, 2009, s. 233). Dette underbygges videre gjennom Ravn (2009, s. 107) som skriver at ansvaret for barnet gradvis må overføres til foreldrene

I litteraturen handler fasen før utskrivelse om å lage en plan eller sjekkliste i samarbeid med foreldrene om hva de bør vite om barnets behov, medisinske teknikker, hvordan man opptrer i akutte situasjoner og gi foreldre informasjon etter deres ønske og ressurser (Jönsson, 2013, s. 297-298; Ravn, 2009, s. 107). Ansvaret for at foreldrene skal få den kompetansen de trenger hjemme ligger hos nyfødtavdelingen (Ravn, 2009, s. 105). På avdelingen der jeg var i praksis laget vi en slik plan, hvor alt som skulle gjennomgås måtte krysses av og signeres. Dette innebar i tillegg til daglig stell, eventuelle medisinske prosedyrer og førstehjelpsundervisning.

Stabil kroppstemperatur, respiratorisk og sirkulatorisk stabilitet, evne til å kombinere sug, svelg og pust, deretter at apneer er under kontroll, at barnet tar til seg nok næring og har en akseptabel vekstkurve er fysiologiske parameter som bør være oppfylt før utskrivelse (Ravn, 2009, s. 109). Samarbeid med neste tjeneste som skal følge barnet må etableres. Videre må hjemmemiljø kartlegges og eventuelle oppfølgingstimer på sykehuset må planlegges (Ravn, 2009, s. 107). Da opplevelse av angst og utrygghet kan få negative langtidskonsekvenser for barnet og foreldrene, skal foreldre ifølge Ravn (2009, s. 111) være trygge ved hjemreise. Videre må man vurdere om foreldrene er emosjonelt klare for hjemreise, om de har fått og nok opplæring på pleie av barnet og vet de hvem de skal kontakte hvis de trenger hjelp (Ravn, 2009, s. 111). Hvis alle disse punktene er ivaretatt ved hjemreise, kan man anta at det vil ha positiv innvirkning på tiden hjemme.

I praksis erfarte jeg at foreldre sa ifra i situasjoner hvor de ville prøve å for eksempel å rense huden rundt innlagt gastrostomi, eller fylle settet med morsmelkerstatning og håndtere utstyret til gastrostomien og matpumpen. Jeg tolket det som foreldrene følte at de ikke ble involvert i opplæringen. En mor som skulle reise hjem med spedbarnet sitt etter mange måneder på sykehuset prøvde å forklare sykepleier at nå skal jeg hjem, og da må jeg jo kunne dette selv. Sykepleier trakk seg tilbake, og mor fikk prøve selv. I andre situasjoner var sykepleiere veldig flinke til å spørre «hva tenker du er smart å gjøre?», «hvordan ville du tenkt i en slik situasjon?» og med det gitt foreldrene ansvar til å både tenke og utføre handlinger. Jeg tolker situasjonene fra praksis som at det kan være lett å glemme å overlate ansvaret til foreldrene, når man i lengre periode har hatt ansvaret for barnet og at det ikke alltid er like lett å forklare en prosedyre uten å utføre den selv.

Etikk og faglig forsvarlighet er en viktig i overgangen til hjemmet. Autonomi er ifølge P. Nortvedt (2012), det etiske prinsippet som veier tyngst i sykepleien. I følge (Eriksson & Lindh 2013, s. 301) anser man ikke nyfødte som kompetente til å ta egne valg, og samtykkekompetansen faller dermed bort. I følge sykepleiere Jönsson (2013, s. 295) er det nødvendig at tjenesten AHS bygger på frivillighet, og at foreldrene er både motiverte og interesserte i å reise hjem og ta vare på barnet hjemme. Spørsmål man må stille seg i situasjonen under forberedelse til hjemreise er hva som er faglig forsvarlig og hva foreldrene ønsker og har behov for. På bakgrunn av dette, såfremt foreldrene har blitt spurt om deres ønske og meninger kan man anta at det er faglig forsvarlig å skrive ut familien.

5.3.3. Etter hjemkomsten.

Etter hjemkomsten viser resultater fra forskning både nervøse og tilfredstilte foreldre, men enkelte hadde også problemer med å få sove om natten. «I found trust in the situation because they never left us with unanswered questions» (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014, s. 580). Sitatet er hentet fra en far som mottok nyfødthjemmesykepleie i Dellenmark-Blom and Wigert (2014)`s studie. Foreldrenes erfaringer med tjenesten var at de følte seg trygge, da sykepleiere både ga tid og anledning til å diskutere nye spørsmål og bekymringer som kan oppstå når familien reiser hjem.

Erfaringene foreldrene i Dellenmark-Blom and Wigert (2014)`s studie hadde med nyfødthjemmesykepleien i var at tjenesten bygde en bro mellom sykehuset og hjemmet. Et sitat fra en deltager i samme studie som sier noe om hvordan følelsen av å komme hjem var:

Here (at home) I kind of had to think first, which you wouldn't have done at the hospital. At the NICU you would have asked for help and they would have solved your problems and that was what was so good about coming home. You made your own decisions (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014, s. 581)

Flere studier underbygger dette, gjennom resultater, som viser at foreldrene først føler seg som foreldre når de kommer hjem (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014; Hammarstrand et al., 2008). I masteroppgaven til Bjørndalen (2013, s. 30) støtter et sitat dette: «Psykisk sett svært godt å komme hjem og få mulighet til å ha 100% omsorg for sitt eget barn» (Bjørndalen, 2013, s. 30). Foreldre i Hammarstrand et al. (2008)`studie beskrev at de opplevde at personalet hadde ansvaret for barnet gjennom oppholdet på sykehuset. Videre at de ikke kunne styre hva som skulle skje, som førte til at de kjente seg usikre i relasjonen til barnet. Det var først når de kom hjem at de kom inn i rollen som foreldre og at de hadde ansvaret. Dette underbygges videre av teorien som også sier at foreldrene først får fullt ansvar for barnet etter hjemreisen (Jönsson, 2013, s. 295).

Oppsummerte intervensjoner fra studien til Lopez et al. (2012), med tanke på kommunikasjon mellom helsetjenesten og familien hjemme, var lange åpningstider og tilgjengelighet per telefon og videosamtaler. Bruk av disse formene for teknologi reduserte angst og forbedret mestring hos foreldrene hjemme. Teori underbygger dette gjennom tilgang til

døgntelefontjeneste hvor foreldre kan få raske svar på spørsmål er nødvendig for at foreldre skal føle seg trygge hjemme (Jönsson, 2013, s. 298-299).

Til tross for mange positive sider ved AHS, tar studien til Angelhoff et al. (2015) en annen side av det å motta sykehustjenester hjemme. Resultater viste at nesten alle foreldrene i studien hadde søvnforstyrrelser. Noen hadde søvnforstyrrelse hvis barnets tilstand hadde blitt verre eller noe spesielt hadde skjedd den dagen. Foreldrene ønsket ikke å falle i dyp søvn, da de var redde for å ikke våkne hvis barnet trengte de. Et av temaene fra resultatene var at støtte påvirker trygghet og trygghet påvirker søvn. For at foreldrene skulle få sove hadde de behov for å føle seg trygge. Deltagerne i Turner et al. (2013) studie var redde for at de ikke skulle klare å ta vare på barnet uten assistanse. Sagt på en annen måte, viste resultatene at noen foreldre ikke følte seg trygge nok for å reise hjem. Som man ser i Angelhoff et al. (2015) studie var foreldrene avhengige av å føle seg trygge for å få sove godt. Hvis de drar hjem uten å føle seg trygge, kan man anta at de kan få problemer med å sove, noe som igjen kan føre til at de får det vanskeligere i foreldrerollen.

Selv om det i Angelhoff et al. (2015) studie ble rapportert om søvnproblematikk hjemme under perioden med AHS, er problemet kjent ved krisereaksjoner. Søvnløshet, angsttanker, følelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll er reaksjoner som kan følge hos foreldre med barn som legges inn på nyfødt intensivavdeling (Gjengitt etter Tandberg, 2009, s. 224). Krisereaksjonene, som blant annet søvnløshet kan derfor sees på som normalt i forbindelse med både innleggelse på nyfødt intensivavdeling og ved hjemkomst.

5.4 Behov for emosjonell støtte.

Emosjonell kontroll er en av Havik (1989, s. 166) former for kontroll i forbindelse med psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I følge flere forfattere kan manglende fortrolighet, emosjonelt støttende mellommenneskelige forhold, tap og separasjon ha negativ virkning på både barn og voksne, mens på motsatt side kan emosjonell støtte redusere sannsynligheten for utvikling av depresjon (Gjengitt etter Havik, 1989, s. 166). Støtte er videre ifølge Kristoffersen et al. (2011, s. 19) på samme måte som informasjon, en viktig del av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Støtte er også et av prinsippene innenfor familiesentrert sykepleie (Gjengitt etter D. Stubberud, G. & Eikland, 2013, s. 173).

I Toral-López et al. (2016) studie rapporterte foreldrene at det å få støtte var svært avgjørende. Partner og familie, helsepersonell og foreldre i samme situasjon var de tre

viktigste støttefunksjonene. Foreldre som deltok i støttegrupper før utskrivelse i Turner et al. (2013)'s studie, rapporterte at det var positivt på både å få mulighet til å bli kjent og snakke med andre foreldre i samme situasjon, og støtte fra helsepersonellet. Til sammenligning viser resultat fra flere studier at støttegrupper under oppholdet på sykehuset og i etterkant var positivt med tanke på å møte foreldre i samme situasjon (Lopez et al., 2012; Toral-López et al., 2016). Videre at støttegruppen fungerte som en forberedende funksjon, gjennom at foreldrene fikk god informasjon før hjemreise. Imidlertid uttrykte en forelder ønske om en mer lik balanse mellom informasjon og støtte i hver økt (Turner et al., 2013).

I Lopez et al. (2012)'s studie ble ulike former for undervisning og veiledning i gruppe benyttet. Det kommer frem at støttegrupper for foreldrene med barn med samme problematikk og åpning for at foreldrene kunne diskutere seg imellom bidro til læring. Også to andre artikler i samme studie hadde grupper som undervisningsmetode, hvor evaluering viste at metoden var nyttig i veiledning av foreldrene, den reduserte angst og gjorde at foreldrene følte seg tryggere i foreldrerollen. Også i Angelhoff et al. (2015)'s studie, ble støtte fra partner, venner og slektninger, trukket frem som positivt i forbindelse med søvn. Foreldrene var i den forbindelse avhengig av det sosiale nettverket for å kunne ha tid til seg selv.

Sykepleieteoretikeren Travelbee (2001, s. 178-179), fokuserer i sin tenkning på at det ikke bare er pasienten som har behov som må dekkes, men også pasientens familie /pårørende har behov. Videre når sykepleier klarer å oppfylle et slikt behov kan det hjelpe pasienten eller familien til å forebygge og/eller mestre sykdom Travelbee (2001, s. 259-260). Ute gjennom hospitering hos AHS var det veldig tydelig at tjenesten fokuserte på hele familien. Et eksempel fra et besøk i praksis, hvor vi tidlig på morgenen var hos pasienten, og kom rett inn i familiens morgenrutiner. Etter besøket var over kunne dagen starte for både storebror og lillebror, mor og far, jobb, barnehage og skole. Ved å ta dette besøket såpass tidlig på dagen, fikk familien mulighet til å fortsette resten av rutine og dagen sin som vanlig. Foreldrene uttrykte glede over dette. Dette besøket bidro både med å dekke pasientens behov, og hele familiens behov for en normal hverdag.

Betydningen av å fokusere på hele familien i nyfødtsykepleie kommer på samme måte som Travelbee (2001, s. 178-179)'s tenkning også tydelig frem i faglitteraturen. Ifølge D. Stubberud, G. and Eikland (2013, s. 172) er familien det viktigste aspektet ved både fysisk og

psykisk helse. For foreldre kan nyfødt intensivavdeling både virke skremmende, men de kan også oppleve en krisesituasjon med påfølgende søvnløshet, angsttanker, følelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll (Gjengit etter Tandberg, 2009, s. 224). Opplevelsen av situasjonen vil være avhengig av familiens tidligere erfaringer og barnets situasjon. Familien trenger hjelp og støtte etter behov for å mestre situasjonen (Tandberg, 2009, s. 224). Familiefokusert omsorg kan være en metode for å forbedre omsorg for pasientens pårørende ved samtidig å se på pasientens familie som en ressurs (D. Stubberud, G. & Eikland, 2013, s. 172).

For å trekke frem ett resultat som underbygger viktigheten av å fokusere på hele familien i sykepleien, forklarte en mor hvordan det føles å være under familiesentrert behandling: «It wasn't just A. (child) that was treated, but also me in some way and this made us one» (Dellenmark-Blom & Wigert, 2014, s. 581). Sitatet kommer fra en mor som deltok Dellenmark-Blom and Wigert (2014)'s studie. Forelderen beskrev i studien at barnesykepleierne fokuserte på å kommunisere med begge foreldrene. De behandlet hele familien.

6.0 KONKLUSJON

Gjennom resultater fra forskningsartikler, teoretisk grunnlag og egne erfaringer har problemstillingen og «Reisen hjem» blitt drøftet. I dette kapittelet skal jeg svare på oppgavens problemstilling: «Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning trygge foreldre til prematurfødte barn i overgang fra sykehus til avansert hjemmesykehus?».

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon kan bidra til å forebygge foreldrenes følelse av utrygghet og hjelpeløshet. Dette ved blant annet å begynne planlegging for hjemreise tidlig, overlate foreldreansvaret gradvis og gi foreldrene nok tid til å forberede seg til hjemreisen.

Som en gjenganger ser man at noen foreldre er usikre før, under og etter hjemreise, noe som kan forklares med at de har oppholdt seg en lengre periode på nyfødtavdelingen. Mine funn fra forskning viste at oppfølging gjennom støttegrupper i etterkant av utskrivelsen kan bidra til å skape kontinuitet i behandlingsforløpet, som igjen kan øke trygghetsfølelsen. Funn viser også at mange foreldre både følte seg trygge. Foreldrene poengterte videre flere positive sider ved å være tilknyttet til AHS, blant annet at tjenesten trygget foreldrene hjemme og at den bygde bro mellom sykehuset og hjemme. Viktig er det likevel å tenke foreldrenes søvn, da det å være hjemme med sykt barn kan påvirke søvnkvaliteten.

Som det fremgår i Havik (1989)'s kontrollmodell, forskning og faglitteratur kan man ved å dekke foreldrenes behov for informasjon, opplevelse av mestring og emosjonell støtte, bidra til at foreldrene kan oppleve kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll. Dette kan videre minske psykologiske reaksjoner som manglende forutsigbarhet, hjelpeløshet, og separasjon/tap.

For å dekke foreldrenes behov for informasjon viser mine funn at foreldrene setter skriftlig og muntlig informasjon høyere enn muntlig informasjon alene. I tillegg viser funn at foreldre som fikk benytte Skype i stedet for telefonsamtaler foretrakk Skype. Det som kommer mest tydelig frem fra mange studier var viktigheten av å ha mulighet til å kontakte avdelingen. Mine funn tyder på at først når informasjonsbehovet blir dekt, kan foreldrene føle seg trygge og videre gi trygghet til barnet.

Mestringsbehovet kan dekkes ved tydelig rollefordeling mellom foreldre og sykepleier, som oppdateres etter hva foreldrene kan på grunnlag av barnets tilstand bedres. Å jobbe med

foreldrenes mestringsstrategier og samtidig gjøre disse tydelige kan det hjelpe foreldre å takle tilværelsen på sykehuset, under overgangen og gjennom «Reisen hjem».

Å dekke foreldrenes behov for emosjonell støtte kan ut i fra mine funn gjøres gjennom støttegrupper for foreldre i samme situasjon. Foreldre i ulike studier satte pris hvordan støttegrupper bidro til å føle at man ikke var alene i situasjonen. Videre er det viktig at foreldrene ikke bare får støtte fra helsepersonell men også partner, familie og venner. Resultater fra vitenskapelige artikler sammen med teoretisk grunnlag og egne erfaringer gir grunnlag for viktigheten av å utføre sykepleie ut i fra prinsippene i familiefokusert omsorg i overgangen fra sykehuset til hjemmet.

Som en konklusjon på bakgrunn av forskning, faglitteratur og egne erfaringer, kan man anta at ved å dekke pårørendes behov for informasjon, opplevelse av mestring og emosjonell støtte, kan man trygge foreldre i overgangen fra sykehus til hjemmesykehus.

Etter å ha skrevet denne oppgaven er det flere områder som vekker interesse for videre forskning. Temaet som vekker mest interesse er søvnkvalitet hos foreldre med barn som mottar AHS. I følge Bastøe (2011, s. 305) er de viktigste konsekvensene av for lite søvn blant annet opplevelse av angst, nedsatt overskudd, nedsatt evne til å ta avgjørelser. På bakgrunn av dette anbefaler jeg videre forskning på foreldre og søvn når barnet mottar AHS hjemme.

LITTERATURLISTE

- Angelhoff, C., Edéll-Gustafsson, U. & Mörelius, E. (2015). Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care: A Phenomenographical Study. *Nursing Research*, 64(5), 372-380. doi:10.1097/NNR.000000000000108
- Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser : Barneombudets fagrapport 2013*. Hentet fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf
- Bastøe, L-K., H. (2011). Behovet for søvn og hvile. I N. Kristoffersen, J., F. Nortvedt, & E. Skaug, A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (Bind 2): Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørndalen, H. J. (2013). *Hjemme - borte - uavgjort ? Erfaringer fra avansert hjemmesykehus*, (Masteroppgave, Universitet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38371/Masteroppgave-HJB-131022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dellenmark-Blom, M. & Wigert, H. (2014). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 575-586. doi:10.1111/jan.12218
- Eriksson, M. & Lindh, M. (2013). Etik i neonatalvården. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (2. oppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2012 Fødsler i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/arstabeller-for-medisinsk-fodselsregister-2012-pdf.pdf>
- Grøgaard, J. (2011). Avansert hjemmesykehus. *Paidos* 29(1), 5-8. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Paidos-forslag/>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Gund, A. , Sjöqvist, B., A., Wigert, H., Hentz, E. , Lindecrantz, K. & Bry, K. (2013). A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 22. doi:10.1186/1472-6947-13-22
- Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet IB. Tandberg, S., & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Hammarstrand, E., Jönsson, L. & Hallström, I. (2008). A neonatal home care program ; an evaluation for the years 2002 - 2005. *Vård i Norden*, 28(4), 38-41.
- Havik, O., E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? . *Nordisk Psykologi* 41(3), 161-176.
- Johnson, A. , Sandford, J. & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi:10.1002/14651858.CD003716
- Jönsson, L. (2013). Neonatal hemsjukvård. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (2. oppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E., A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 15-30).
- Lazarus, R., S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lopez, G., Anderson, K. & Feutchinger, J. . (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Network*, 31(4), 207-214. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?URL=?url=http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/1026650979?accountid=26439>
- Lundqvist, P. (2013). *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (2. uppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G, Graverholt, B. , Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Ravn, I., H. (2009). Klar for hjemreise? I S. Steinnes, & B. S. Tandberg (Red.), *Nyfødtsykepleie : syke nyfødte og premature barn : 2 : Nyfødtsykepleie 2* (Bind 2). Oslo: Cappelen akademisk.
- Sandtrø, H., P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. Tandberg, S., & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom (K. Thorbjørnesen, M., Overs.). I U. Knutstad, & A. K. T. Heggstad (Red.), *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (Bind 2, s. 146-158). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D., G. & Eikland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.- G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stubberud, Dag-Gunnar, Eikeland, Anne & Sjøbjerg, Inger Lucia. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sykepleierforbund, Norsk. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Sjøbjerg, I., L. (2013). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D. Stubberud, G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tandberg, B., S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. Tandberg, S., & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Thidemann, I., J. & Thidemann, M., U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Toral-López, I., Fernández-Alcántara, M., González-Carrión, P., Cruz-Quintana, F., Rivas-Campos, A. & Pérez-Marfil, N. (2016). Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e99-e108. doi:10.1016/j.pedn.2015.09.007
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Turner, M. , Winefield, H. & Chur-Hansen, A. (2013). The Emotional Experiences and Supports for Parents With Babies in a Neonatal Nursery. *Advances in Neonatal Care*, 13(6), 438-446. doi:10.1097/ANC.0000000000000030
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. , Wennick, A. & Steen, H., F. (2012). *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (2016, november). *Preterm birth*. Hentet 25.01. fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

VEDLEGG

Vedlegg 1 Tabell over søk

Databaser/ Søkemotor/ Nettsted	Søkeord/ Søkekombinasjoner	Antall treff	Treffliste, artikkel, artikkelnummer i treffliste og Forfattere:	Utgiver	År	Land
Academic search premier	Hospital-based home care OR Hospital at home AND child AND parents AND qualitative	35 treff	Utvalg: 1 artikkel Artikkel nr. 1: «Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital- Based Home Care» Forfattere: Charlotte Angelhoff, Ulla Edéll- Gustafsson og Evalotte Mörelius	Nursing Research	2015	Sverige
Cochrane Library	Information, written AND Information, verbal AND Discharge	283 treff 259 treff Cochrane reviews All 259 treff treff	Artikkel nr. 1 Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home Forfattere: Johnson., A, Sandford J og Tyndall J.	Cochrane Database of Systematic Review.	2003	Australia
Chinal	"Infant, Premature" OR "Infant Feeding, Supplemental" AND Hospital at home OR «Hospital- based home care» AND «Nurse»	12 treff 2007- 2017 9 treff	Artikkel nr. 4: Transition of premature infants from hospital to home life. Forfattere: Great L. Lopez, Kathryn Hoehn Anderson og Johanna Feuthinger Artikkel nr 6: A Randomized Controlled Study About the Use of eHealth in the Home	Neonatal Network Medical Inforatics & Decision Making	2012 2013	USA Sverige

MEDLINE	«Adaptation, Psychological» AND «Infant, Premature» AND «Parents» AND «Patient Discharge» AND «Home» OR «home care services»	10 treff Alle engelske og under 10 år gamle	Artikkel nr. 1 Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. Forfattere: Toral- Lopez I; Fernandez- Alcantara M; Gonzalez-Carrion P; Cruz-Quintana F; Rivas-Campos A; Perez-Marfil N.	Journal of Pediatric Nursing	2016	
---------	---	--	--	------------------------------------	------	--

Vedlegg 2 PICO

P	I	C	O
Pasient/problem	Intervention/ Intervensjon		Putcome/utfall
Foreldre til prematurfødte barn	Undervisning og veiledning i overgang fra sykehus til hjemmesykehus		Trygghet i overgangen