



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

**Hvilken betydning har samhandling mellom sykepleier og foreldre
når barnet er innlagt ved nyfødt intensiv?**

Emnekode: SYN 180H

Kandidatnummer: 5

Totalt antall ord: 9416

Innleveringsdato: 25.10.2013

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	2
1.1	Innledende historie	2
1.2	Begrunnelse for valg av tema	3
1.3	Presentasjon og presisering av problemstilling	4
1.4	Førforståelse	4
1.5	Avgrensing.....	5
1.6	Oppgavens hensikt.....	5
1.7	Oppgavens disposisjon	5
2.	Metode.....	6
2.1	Metodevalg og etiske overveielser	6
2.2	Litteratursøk.....	7
2.3	Kildekritikk.....	7
2.3.1	Forskningsartikler	9
3.	Teoridel	11
3.1	Travelbee som sykepleieteoretisk forankring.....	11
3.2	Travelbees syn på kommunikasjon.....	12
3.3	Menneske-til-menneske-forhold.....	12
3.4	Travelbees syn på å bruke seg selv terapeutisk	14
3.5	Relevante lover og forskrifter	15
3.6	Hva er empowerment?.....	15
3.7	Å veilede foreldre	16
3.8	Foreldrenes opplevelse av stress og mestring.....	17
3.9	Hva er familiesentrert sykepleie?	18
4.	Drøfting	19
4.1	Kommunikasjon og informasjon	20
4.2	Følelsesmessig støtte	21
4.3	Støtte i foreldrerollen.....	23
4.4	Hva er sykepleie av god kvalitet?.....	26
5.	Oppsummering og konklusjon	28
6.	Kort redegjørelse for oppgaveprosessen	30
7.	Litteraturliste	31

1. Innledning

Etter første semester på sykepleierutdanningen begynte jeg å jobbe som pleieassistent ved en nyfødt intensivavdeling, her jobbet jeg ved siden av studiene under hele utdanningen. Mine arbeidsoppgaver ved avdelingen var i hovedsak observasjoner og stell av det nyfødte barnet, men en stor del av jobben innebar også veiledning av foreldre.

Syke nyfødte er helt avhengig av pleie og omsorg fra omgivelsen rundt seg. Dette setter store krav til oss sykepleiere om å ha kunnskaper om pasientens symptomer, fysiske og psykiske utvikling og tilstand, samt betydningen av samhandling mellom pasient, foreldre og sykepleier. Alle som venter barn har en forventning om at det er friskt og velskapt. Dessverre opplever ikke alle dette. Periodevis opplevde jeg at jeg hadde mer med foreldrene å gjøre enn med barnet. Pleie og omsorg vil ikke bare omfatte barnet mens det er innlagt ved nyfødt intensiv, men også foreldrene.

I denne oppgaven rettes fokus på *samhandling* mellom sykepleier og foreldre. Samhandling defineres som «samspill, vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre» (Bokmålsordboka 2010). Samhandling er en aktiv prosess der de involverte handler sammen. Samhandling favner for meg flere betydninger. I den videre tekst vil ordet bli benyttet for å beskrive; samarbeid, samspill, gjensidig innvirkning.

1.1 Innledende historie

«Jeg har vært redd over så lang tid, så mange måneder. Fikk blødninger allerede i uke 11, vi trodde ikke barnet skulle overleve. Det er vel derfor jeg fortsatt er så redd. Den konstante frykten for at noe skal gå galt [...] Alle lydene og alarmene på avdelingen, ledningene, spørsmålene vi sitter med. Alle de andre skjebnene her; vi får jo med oss veldig mye av det som skjer i avdelingen om vi vil det eller ikke, det er klart jeg påvirkes av de andres sorger og gleder[...] Selv om sykepleierne og legene sier at han [barnet] er stabil og har fin fremgang er jeg redd, for det snur så plutselig. Det er ikke mulig å sette seg inn i denne situasjonen før man har opplevd det selv..»

Teksten viser til en av mange samtaler jeg hadde med mor til et barn født i uke 32, som var innlagt ved nyfødt intensiv over lang tid på grunn av for tidlig fødsel. I følge Holan og Hagtvedt (2010) har normalt svangerskap en varighet på mellom 37 og 42 uker.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Som sykepleierstudent hadde jeg som en del av faget «helsefremmende og forebyggende arbeid» to uker observasjonspraksis på føde- og barselavdelingen ved samme sykehus som jeg jobbet ved. Møtet med *friske* nyfødte og deres foreldre ble en kontrastfull opplevelse. På barselavdelingen observerte jeg en ny side hos foreldrene (særlig hos mor), som hadde barnet sitt innlagt ved nyfødt intensiv et annet sted ved sykehuset. Mødre som hadde vært hos barnet på nyfødt intensiv var ofte sterke og fokuserte mens de var sammen med barnet. Tilbake på barselavdelingen, hvor de trakk seg tilbake til rommet sitt kom reaksjonene. Barselavdelingen ble et sted de avreagerte, og kunne slippe løs følelser som redsel og frykt. Som pleieassistent på jobb ved nyfødt intensiv opplevde jeg sjelden dette reaksjonsmønsteret. Mødrenes reaksjoner på barselavdelingen vakte min interesse, og jeg stilte meg spørsmål som; «Hvorfor reagerer de slik? Forstår jeg som sykepleier reaksjonene? Føler de at de får nok informasjon? Hva kan jeg som sykepleier gjøre for å tilrettelegge bedre for foreldrene slik at de føler seg trygge og ivaretatt?».

Jeg oppdaget dessuten at det er flere etiske problemstillinger; hvem «eier» barnet mens det er innlagt ved nyfødt intensiv? Hvordan skal jeg unngå at foreldrene opplever at de «settes til side», ved at det er jeg som sykepleier som får mest tid med barnet i starten av dets liv? Jeg har dessuten erfart at kravet om god kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre er helt essensielt for å oppnå tillit.

1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling

På bakgrunn av mine opplevelser og erfaringer ønsket jeg å se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge bedre for foreldre til syke nyfødte som er innlagt ved nyfødt intensiv. Jeg var nysgjerrig på hvilke sykepleietiltak som kunne være av betydning i forhold til samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre. Følgende problemstilling ble utarbeidet:

Hvilken betydning har samhandling mellom sykepleier og foreldre når barnet er innlagt ved nyfødt intensiv?

Jeg definerer ordet samhandling i denne konteksten til at sykepleier både handler sammen med og til det beste for foreldre som er i en vanskelig fase.

1.4 Førforståelse

I følge Dalland (2012) skal den som skriver være bevisst sin førforståelse, og redegjøre for den i oppgaven; «vi har alle våre fordommer eller vår førforståelse med oss inn i en undersøkelse» (s.117). Det er ønskelig å møte det som skal undersøkes uten en bestemt mening eller forutsetning på forhånd, men dette kan i følge Dalland være vanskelig.

Tidligere forskning på temaet har gitt meg kunnskap og bakgrunnsmateriale, dette i tillegg til mine egne opplevelser skaper min førforståelse. Min opplevelse er at nyfødt intensiv er en avdeling med mye større grad av pårørendekontakt i forhold til andre avdelinger jeg har erfaring fra. Det kan være lett å overse foreldrenes redsel og fortvilelse fordi det er en avdeling med tidvis høyt tempo, mange pasienter, alarmer og lyder. For sykepleier kan pasienten være stabil, mens det for foreldrene trolig vil oppleves som en stressende tilværelse så lenge barnet er innlagt.

Tandberg og Steinnes (2009a) hevder at det er stor forskjell på hvordan mennesker takler tap eller trussel om tap, og at det som utløser en krisereaksjon hos en person ikke nødvendigvis gjør det hos en annen. Som sykepleier er det derfor viktig å oppfatte, samt forstå at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom hvor sykt barnet er og hvordan foreldrene takler situasjonen.

1.5 Avgrensing

Ved nyfødt intensiv innlegges premature barn, det vil si barn som er født før svangerskapsuke 37, fullbårne barn med medfødte lidelser, og barn med akutt sykdom som har oppstått i forbindelse med svangerskap og fødsel. En lang rekke tilstander behandles ved avdelingen. Liggetid spenner fra et par døgn for ukompliserte tilstander, som for eksempel regulering av blodsukker, til flere måneder for kompliserte medisinske tilstander som krever lang oppfølging (Holan og Hagtvedt 2010, Tandberg og Steinnes 2009a).

Jeg har i denne oppgaven ikke fokusert på barnets innleggelsesårsak, gestasjonsalder (fosterlivets lengde), om det er prematurt eller født til termin. Mitt fokus har vært samhandlingen mellom sykepleier og foreldre til syke nyfødte innlagt ved nyfødt intensiv.

1.6 Oppgavens hensikt

Både som sykepleiestudent i praksis, og som pleieassistent på jobb ved nyfødt intensiv, opplever jeg at pårørendearbeid utgjør en vesentlig del av jobben. Mine erfaringer, har gjort meg nysgjerrig, og jeg hadde et ønske å få mer forståelse og kunnskap på området. Fra et faglig ståsted anser jeg at kunnskap om samhandling er nyttig i enhver situasjon som sykepleier og medmenneske.

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i syv kapitler. Innledningen danner første kapittel. I andre kapittel redegjør jeg for valgte metode. I tredje kapittel presenteres relevant teori i forhold til å besvare problemstillingen. I fjerde kapittel vil oppgavens problemstilling bli drøftet opp mot funn i forskning, presenterte teori og egne erfaringer. Oppsummering og konklusjonen er femte kapittel, der jeg vil presentere hva jeg har funnet ut i arbeidet med oppgaven. De to siste kapitlene inneholder en kort redegjørelse for oppgaveprosessen og litteraturliste.

Samtlige personer i teksten er anonymisert og omarbeidet for at de involverte ikke skal kunne gjenkjennes.

2. Metode

I følge Dalland (2012) defineres metode som «redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (s.112). Med dette menes hvordan vi går frem for å innhente data og kunnskap om noe vi ønsker å forske på. I følge studieplan for Bachelor i sykepleie ved Universitetet i Nordland, er noen av målene med bacheloroppgaven at studenten skal kunne innhente og benytte relevant litteratur, samt vise evne til kildekritikk og saklig drøfting.

2.1 Metodevalg og etiske overveielser

Jeg har benyttet *litteraturstudie* som metode i arbeidet med bacheloroppgaven. I følge Dalland (2012) betyr litteraturstudie å skrive en oppgave bygd på kunnskap fra skriftlige kilder, som for eksempel bøker og forskningsartikler. Det er vanlig å dele inn i to metoder for å komme frem til ny kunnskap: kvalitative og kvantitative. En *kvalitativ* metode tar sikte på å oppdage mening og betydning som ikke kan telles eller måles, mens *kvantitativ* metode benyttes for å omforme målbare resultater utført for eksempel via intervju og spørreskjema.

Det er flere årsaker til at jeg valgte å benytte litteraturstudie som metode. Først og fremst har jeg en formening om at det å innta en ydmyk holdning overfor kunnskap som allerede er belyst, kan være fornuftig ut i fra mitt ståsted som er bachelornivå. Jeg ønsket å gå i dybden på den litteratur som allerede fantes, utført av fagpersoner med lang erfaring, altså ha et kvalitativt fokus på mitt arbeid.

Den andre årsaken er av etiske hensyn. Foreldre til barn ved nyfødt intensiv er i en presset og følelsesmessig vanskelig situasjon. I følge Dalland (2012) kan det å være en del av et forskningsprosjekt være en påkjenning, og forskeren må stille seg spørsmål om svarene som kommer ut av undersøkelsen veier opp for belastningen intervjupersonene stilles over. Det finnes allerede mye litteratur og forskning rundt problemstillingen jeg belyser. Som sykepleierstudent anser jeg det som lite trolig at jeg hadde oppdaget nye sider av fagfeltet om jeg hadde valgt å angripe oppgaven på en kvantitativ måte.

Kunnskapsdepartementet har oppnevnt forskningsetiske komiteer som skal sørge for at enkeltpersoners og samfunnets interesser tas vare på innenfor forskning. I Norge er det

oppnevnt syv regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). For forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger må det søkes om godkjenning på forhånd hos en av disse (Dalland 2012). Tatt i betraktning den relativt korte perioden skriveprosessen til en bacheloroppgave pågår, anser jeg det som trolig at det hadde det tatt for lang tid å innhente tillatelse til å gjennomføre et slikt studium. Det er også sannsynlig at jeg ville hatt for liten tid til å intervju et stort nok antall personer til at dataene hadde fått et resultat av kvantitativ kvalitet.

2.2 Litteratursøk

Jeg har i stor grad benyttet litteratur som er tilgjengelig ved universitetets bibliotek. Noe er pensum ved sykepleierutdanningen, mens noe er litteratur tilgjengelig ved nyfødt intensiv. Jeg har benyttet meg av lærebøker, fagbøker, tidsskrifter og offentlige dokumenter, samt medisinske artikler på internett. Jeg har utført litteratursøk i ulike databaser, både som systematisk søk og som fritekst. Helsebiblioteket har vært et nyttig oppslagsverk, og jeg har søkt i databasene PubMed, SveMed+, Ovid nursing og Cochrane Library. BIBSYS er blitt benyttet både for å finne relevante artikler og faglitteratur.

Eksempler på søkeord som er benyttet: samhandling, hospitalized children, nurse-parent, familiesentrert, family care, intensive care unit.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) hevder at metoden som velges skal gi troverdig kunnskap, og at kravet om *validitet*, altså relevans og gyldighet, sammen med *relabilitet*, pålitelighet, må oppfylles. I praktisk forstand betyr det at de innsamlede data må ha gyldighet og relevans ovenfor problemstillingen jeg belyser, og at litteraturen som benyttes må være pålitelig.

Jeg har systematisk og etter beste evne samlet inn, og kritisk vurdert data av mulig relevans for å besvare problemstillingen. Ved å benytte litteraturstudie som metode krever det kritisk vurdering av hver enkelt kilde som benyttes. Forhold som kvalitet, resultat og om kilden er aktuell for problemstillingen er helt avgjørende. Forskningen jeg har benyttet meg av er

skrevet på engelsk, og det har til tider vært utfordrende å oversette til norsk for å få med hovedessensen i teksten. Engelsk som språk har dessuten helt andre nyanser i forhold til norsk, noe som kan ha gjort at jeg har tolket tekst feil. Dette er en helt klar svakhet med litteraturstudie som metode.

Mange av artiklene og litteraturen jeg har benyttet er lange og omfattende. Dette kan ha ført til at jeg har utelatt viktige poeng. Der jeg har vært usikker på relabiliteten har jeg forsøkt å sammenligne flere kilder. Jeg har kun forholdt meg til primærkilder, altså den opprinnelige kilden, for å forsøke å unngå feiltolkninger.

Oppgavens sykepleieteoretiske forankring tar utgangspunkt i Joyce Travelbees teorier om mellommenneskelige forhold i sykepleien. Travelbees teori underbygger oppgavens problemstillingen, ved at hun trekker familien inn i sin definisjon av sykepleie.

Travelbee utviklet sine teorier på 60-tallet som en reaksjon på det amerikanske helsevesenet. Til tross for at det trolig er store forskjeller fra den gang og situasjonen ved norske sykehus i dag, har hun fortsatt stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning (Travelbee:1999, Kristoffersen et al. 2005). Jeg vil i kapittel 3 og den videre tekst, komme nærmere tilbake til Joyce Travelbee.

Nyfødt intensiv er et fagfelt hvor utviklingen skjer raskt. Jeg valgte derfor å avgrense til litteratur skrevet i perioden 2005-2013 og til forskning utført i perioden 2006-2013 for å sikre så oppdatert kunnskap som mulig. Det er et par unntak. Travelbees «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» fra 1999 er ikke kommet i nyere utgave siden da, og Wallins «Omvårdnad av det nyfødde barnet» er fra 2001, men benyttes fortsatt ved nyfødt intensiv og anses av den grunn som gjeldende. Nurse-Parent Support Model som jeg benytter som føring for oppgavens drøftingsdel er fra 2003. Ved å se på forskning av nyere dato som sammenfaller med modellen anser jeg den som fortsatt å ha relevans og gyldighet.

Jeg har benyttet fem forskjellige studier. Fire av studiene fokuserer på foreldrenes opplevelser når barnet deres er innlagt ved en nyfødt intensivavdeling, mens en studie ser direkte på sykepleier-foreldre-forholdet. Jeg vil komme nærmere tilbake til innhold og resultat i de forskjellige forskningsartiklene i den videre tekst. For oversiktens skyld har jeg valgt å presentere de relevante forskningsartiklene i en egen matrise:

2.3.1 Forskningsartikler

Tittel	Forfatter/ publ.år/ land	Studiens formål	Metode/utvalg	Resultat
1. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context-closeness and emotional involvement	Fegran, L. og Helseth, S. /2008/ Norge	Å utforske foreldrenes og sykepleiers opplevelser av det nære foreldre-sykepleier-forhold som oppstår når et prematurt barn er innlagt ved sykehus.	Kvalitativ studie. Deltakende observasjon. Dybdeintervju med 6 mødre, 6 fedre og 6 sykepleiere.	-Det oppstår nære relasjoner mellom foreldre og sykepleier. -Nærhet øker følelsesmessig involvering, og grensen mellom profesjonell og personlig er truet. -Det nære engasjementet kan være en følelsesmessig belastning for begge parter.
2. Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit	Cleveland, L.M/2008/ USA	Å forstå behovene, samt hvilken atferd som støtter foreldre til barn ved nyfødt intensiv.	Gjennomgang av 60 kvalitative og kvantitative studier utført i perioden 1998-2008.	Seks behov ble identifisert: -Nøyaktig informasjon og inkludering i barnets omsorg. -Årvåkenhet, passe på og beskytte barnet. -Kontakt med barnet. -Bli oppfattet som positiv av personalet. -Individuell pleie. -Et terapeutisk forhold til personalet. Fire sykepleiebehov som støttet behovene: Emosjonell støtte, myndiggjøring av foreldrene (empowerment), et miljø med en samlet policy, foreldreveiledning.
3. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit	Obeidat, H. et al./2009/ Jordan	Å utforske og beskrive erfaringene og opplevelsene til foreldre med barn innlagt ved nyfødt intensiv.	Gjennomgang av 14 kvalitative studier utført i perioden 1998-2008.	-Foreldre opplevde depresjon, angst, stress og tap av kontroll. -De vaklet mellom følelsen av å inkluderes og ekskluderes i pleien av barnet. -Sykepleie som fremmer positive psykososiale opplevelser reduserte foreldrenes følelse av stress, angst og tap av kontroll. -Det konkluderes med at det må fokuseres på familisentrert sykepleie.

<p>4. Mother's experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit</p>	<p>Wigert, H. et al/2006/ Sverige</p>	<p>Å beskrive erfaringene til mødre med barn født til termin innlagt ved nyfødt intensiv.</p>	<p>Kvalitativ studie. 10 mødre ble intervjuet én gang, 6 måneder til 6 år etter innleggelse.</p>	<p>-Mødrenes viktigste opplevelse var følelsen av veksling mellom ekskludering og deltakelse, med vekt på ekskludering. -Følelsen av ekskludering oppsto når mor opplevde mangel på samhandling, og følelsen av å hverken tilhøre nyfødt intensiv eller barselavdelingen, dette hadde negativ effekt på hennes morsfølelse. -Studien peker på viktigheten av å redusere mødres følelse av ekskludering og øke følelsen av deltakelse.</p>
<p>5. Parental presence when their child is in neonatal intensive care</p>	<p>Wigert, H. et al/2010/ Sverige</p>	<p>Å finne ut hvor mye tid daglig foreldrene var til stede sammen med barnet sitt ved nyfødt intensiv, samt identifisere faktorer som gjorde det enklere eller hindret deres tilstedeværelse.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ studie. 67 foreldre registrerte all tiden de var tilstede ved nyfødt intensiv og deltok deretter i et strukturert intervju.</p>	<p>-Foreldrenes tilstedeværelse varierte avhengig av overnattingen de ble tilbudt. -Foreldre som bodde på «foreldrerom» i avdelingen viste signifikant høyere tilstedeværelse enn de som bodde på pasienthotell, hjemme eller på barselavdelingen. -God behandling av personalet, familievennlig miljø og god kvalitet på omsorgen var viktige tilretteleggende faktorer. -Hindrende faktorer var foreldrenes helse, ikke-vennlig familiemiljø, og hjemmeforhold/barn hjemme.</p>

3. Teoridel

I 2012 ble det født 60 255 barn i Norge (Statistisk Sentralbyrå). I følge Nasjonal plan for nyfødtsmedisin som ble publisert i 2001, er det 3,8 døde per 1000 fødte barn i Norge, og dette er et svært lavt nivå på verdensbasis. Rapporten hevder videre at 12 % av alle nyfødte legges inn ved nyfødt intensiv etter fødsel. Dette utgjør ca 7-8000 barn per år (Statens helsetilsyn 2001). Oppgavens teoridel inkluderer sykepleieteoretisk forankring, en oversikt over relevante lover og forskrifter, teori om empowerment, foreldreveiledning, foreldrenes opplevelse av stress og mestring, samt familiesentrert sykepleie. Emnene danner grunnlaget for utviklingen av samhandling mellom sykepleier og foreldre til barn innlagt ved nyfødt intensiv.

3.1 *Travelbee som sykepleieteoretisk forankring*

Gjennom utdanningen har jeg fått innblikk i ulike sykepleieteorier. Den teoretikeren jeg har valgt å fordype meg i, og som underbygger min problemstilling er Joyce Travelbee. Hennes definisjon på sykepleie er:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999:29).

At Travelbee trekker familien inn i sin definisjon av sykepleie, understreker og støtter opp om målgruppen jeg skriver om. Hun peker på viktigheten av at pasientens nærmeste pårørende trekkes inn, noe som er høyst aktuelt for min oppgave. Travelbee fokuserer på den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleien, der relasjonen mellom sykepleier, pasient eller familie står sentralt.

Sykepleieren er involverert i mennesker på forskjellige nivåer; syke og friske mennesker, pårørende, personale, og ulike tverrfaglige helsearbeidere som for eksempel sosionom og fysioterapeut. På den måten kan vi si at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi det alltid dreier seg om mennesker. Sykepleie er samtidig en prosess, der situasjonen er i stadig forandring. Sykepleieren og pasienten/pårørende påvirker hverandre, og resultatene av

endring skjer på bakgrunn av de innvirkningene som de gjør på hverandre. Sykepleierens mål må være å få til en forandring, ved å bevisstgjøre pasienten eller pårørende til å forebygge sykdom, samt å opprettholde et høyest mulig nivå av helse (Travelbee 1999).

3.2 Travelbees syn på kommunikasjon

I alle møter mellom sykepleier, pasient eller pårørende foregår kommunikasjon verbalt og nonverbalt. Både sykepleier og pasient/pårørende kommuniserer med hverandre gjennom utseende, atferd, kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Dette skjer begge veier både bevisst og ubevisst. Gjennom kommunikasjon med pasient/pårørende har sykepleieren mulighet til å danne seg et bilde av mennesket bak. Dette kaller Travelbee (1999) å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det er på bakgrunn av dette sykepleierens mål og hensikt kan oppnås; ved å hjelpe pasienten og pårørende til å mestre sin situasjon, samt hjelpe de til å finne mening i erfaringene de opplever. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva som kommuniseres til henne, samt kunne bruke informasjonen på en hensiktsmessig måte slik at det kan tilrettelegges for best mulig pleie og omsorg for pasient/pårørende.

3.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999) definerer menneske-til-menneske-forhold på følgende måte:

En eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester (s.41).

Videre hevder hun at det viktigste ved disse erfaringene er at pasientens eller pårørendes sykepleiebehov blir ivaretatt. Med dette menes ethvert behov som sykepleieren kan oppfylle innenfor det som er lovlig og forsvarlig.

I følge Travelbee (1999) er det en grunntanke at sykepleieren skal etablere et menneske-til-menneske-forhold, og at sykepleier og pasient/pårørende forholder seg til hverandre som menneskelige individer. En forutsetning for at et slikt forhold skal oppstå er at begrepet «sykepleier» og «pasient/pårørende» viskes ut. «Sykepleier-pasient-forhold» blir ikke benyttet

av Travelbee, hun hevder at de to begrepene «sykepleier» og «pasient» dekker over og utsletter det enkelte menneskets personlighet og kjennetegn. Det er først når det enkelte individ i interaksjonen opplever den andre som *menneske* at kontakt oppstår. Et menneske-til-menneske-forholdet må jobbes med, og oppstår når sykepleieren samarbeider aktivt med pasient og pårørende. På bakgrunn av kunnskapen og informasjonen som sykepleieren samler inn, må hun ha fokus på hvilke egne erfaringer hun gjør seg i form av gjerninger, følelser og tanker, og på bakgrunn av dette legge opp sitt samarbeid med pasient/pårørende (Travelbee 1999).

Travelbee hevder at menneske-til-menneske-forhold oppstår etter at sykepleier og pasient/pårørende har gjennomgått fire faser i en fast rekkefølge. Oppbyggingen av forholdet kan ta kortere eller lengre tid, stoppe opp, dog også reversere til et tidligere stadium. Uansett årsak er det sykepleierens oppgave å finne årsaken til at forholdet ikke utvikles, for så å finne løsninger for å få prosessen i gang igjen (Travelbee 1999). Jeg redgjør her i korte trekk for de fire fasene:

Det innledende møtet vil vekke følelser hos både både sykepleier og pasient/pårørende. Begge parter vil observere hverandre, og gjøre seg opp meninger om den andre. Travelbee hevder at dette er den viktigste fasen, da den har betydning for det videre samarbeidet. Førsteintrykket vi får som «sykepleier» og «pasient/pårørende» baseres ofte på tidligere erfaringer vi har med disse stereotypene. På dette stadiet opplever som oftest ikke partene hverandre som unike individer (Travelbee 1999).

Fremvekst av identiteter er en fase der partene begynner å betrakte hverandre mindre som kategorier og mer som individer, og knytter seg til hverandre. Sykepleieren begynner å oppfatte hva pasient/pårørende tenker og føler, og pasient/pårørende på sin side ser mer på sykepleieren som et eget individ, og ikke bare som «sykepleier» som en rolletype (Travelbee 1999).

Empatifasen oppstår når partene opplever at de kan leve seg inn i den andres opplevelse der og da, en opplevelse av å forstå hva den andre tenker og føler i øyeblikket. Å ha empati betyr å ta del i den andres sinnstilstand, men likevel stå utenfor. En betydning av å forstå hverandre gjennom at noe meningsfylt formidles uten å gå opp i den andre (Travelbee 1999).

Sympati og medfølelse er en prosess videre ut av empatifasen som representerer ønsket om å hjelpe og lindre lidelse. Ved å ha sympati og medfølelse tar sykepleieren del i pasient/pårørendes følelser og føler med dem. Dette er en prosess som virker forsterkende på forholdet, ved at sykepleieren viser med sine handlinger at hun ønsker å hjelpe, og at hun tenker på vedkommende. Ved å uttrykke sympati og medfølelse går sykepleieren inn og bærer en del av pasient/pårørendes byrder ved å gi dem en følelse av at de ikke står alene (Travelbee 1999).

Etter at de fire fasene er gjennomgått oppstår gjensidig forståelse og kontakt, som ender i et menneske-til menneske-forhold. Dette er et resultat av det som har skjedd i interaksjonene i de tidligere fasene, og oppstår når sykepleieren har vist forståelse og at hun ønsker å hjelpe pasient/pårørende. Foreldrene vil oppleve tillit til en sykepleier som viser sykepleiefaglig kunnskaper og ferdigheter, samt at de kjenner at de kan stole på vedkommende (Travelbee 1999).

3.4 Travelbees syn på å bruke seg selv terapeutisk

I følge Travelbee (1999) er evnen til å bruke seg selv terapeutisk et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. I dette ligger at sykepleieren bruker sin egen personlighet på en måte som fremmer samhandlingen med pasienten/pårørende. Videre hevder hun at målet er å få til en ønsket forandring, og denne er terapeutisk når plager reduseres eller lindres. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk oppstår over tid og må utvikles hos sykepleieren. Under sykepleieutdanningen rettes fokus på både teoretisk og praktisk kunnskap. Den verdifulle kunnskapen oppstår når sykepleierstudenten får oppleve hvordan egen atferd påvirker pasient/pårørende. Å bruke seg selv terapeutisk kan understrekes av stikkordene fornuft og intellekt, og at sykepleieren bruker seg selv på en bevisst og gjennomtenkt måte i forhold til pasient/pårørende (Travelbee 1999).

3.5 Relevante lover og forskrifter

Barnets og foreldrenes rettigheter er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata 1999), forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Lovdata 2000) og lov om helsepersonell (Lovdata 1999). En lov er ifølge Tveiten et al. (2012) overordnet forskrifter og retningslinjer.

Lov om pasient- og brukerrettigheter skal sikre at befolkningen har lik rett til helsehjelp, sørge for respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Medvirkning og informasjon vektlegges (Lovdata 1999).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon skal sikre barns rettigheter når de har behov for innleggelse i helseinstitusjon. Forskriften ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 1. desember 2000 og den gjelder utfyllende i forhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (Tveiten et al. 2012). Barn defineres i forskriften som under 18 år, og skal kun legges inn i helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig, fortrinnsvis på egne barneavdelinger. Forskriftens § 2-6 sier at barn har rett til å ha minst én av foreldrene med seg under oppholdet. Om barnets tilstand anses å være av alvorlig eller livstruende art, skal begge foreldrene ha mulighet til å være sammen med barnet. Videre sier forskriften at personalet skal avtale med mor og far om hvilke oppgaver foreldrene selv ønsker og kan å utføre sammen med barnet. Foreldrene skal gis anledning til å være tilstede ved prosedyrer om dette ikke er til hinder for behandlingen. Foreldrene gis rett til dekning av reise og opphold, og den av foreldre som er hos barnet skal motta tilbud om overnatting i nærheten. Forskriften skal deles ut til foreldrene senest ved innleggelse (Lovdata 2000).

Lov om helsepersonell skal sørge for at pasientens sikkerhet tas vare på, og setter krav til helsepersonell om faglig forsvarlighet, tillit til helsepersonellet og at det ytes omsorgstjenester av god kvalitet. Loven gjelder alt helsepersonell og alle etater som utfører helsehjelp i Norge (Lovdata 1999).

3.6 Hva er empowerment?

Målet med empowerment er at pasienten skal ha mulighet til å uttale seg, til å påvirke og være involvert på lik linje med helsepersonellet rundt seg, altså betraktes som ekspert på seg selv.

Ordet “empowerment” er vanskelig å oversette til norsk. Myndiggjøring eller delaktighet er kanskje de ordene som passer best (Mæland 2010).

Spedbarn er helt avhengig av voksne omsorgspersoner som ser og dekker deres behov, det vil derfor være naturlig å betrakte både foreldre og sykepleier som eksperter. Sykepleieren som faglig ekspert og foreldrene som ekspert på barnet og seg selv. Det er viktig å ikke se på barnet som en passiv mottaker av den grunn. Barnet responderer og formidler stress og velbehag på eget initiativ; ut i fra sin sykdomstilstand, psykiske- og fysiske utvikling. Spedbarn kommuniserer via gråt, ansiktsuttrykk og lyder. Om det spiser eller sover mindre enn tidligere kan være tegn på mistriivsel (Tveiten et al. 2012). På den måten er det med på å forme omgivelsene sine.

Selv om sykepleieren er eksperten på sitt fagområde er alle mennesker eksperter på sitt eget liv og følgelig den som har best innsikt i seg selv. Målet med empowerment er å gi pasienten og foreldrene makten og kontrollen tilbake over eget liv (Mæland 2010).

Empowerment handler om at pasienten skal ha påvirkningskraft på egen helse. Det vil si at helsepersonellet rundt pasienten er en støttespiller for pasienten og at det er pasienten selv som skal styre empowermentprosessen. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv og maktfordeling som er stikkordene for empowerment (Tveiten 2008).

3.7 Å veilede foreldre

«Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn», forfattet av Markestad og Halvorsen, ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2007. Målsettingen med retningslinjene er at foreldrene skal bli så trygge som mulig i omsorgsutøvelsen, og det hevdes at foreldrenes trygghetsfølelse rundt å gi omsorg øker utsiktene for gode utviklingsmuligheter hos barnet. Det understrekes at sykehuset skal legge tilrette for at foreldrene får delta aktivt i pleien. Et eget punkt beskriver tiltak som må på plass før utskriving. Her pekes det på viktigheten av at foreldrene får tid til å reflektere, samt får grundig opplæring om hva de kan forvente seg av barnet, ikke bare i nærmeste fremtid men også videre fremover (Markestad og Halvorsen 2007). Både i empowerment-prosessen og veiledningsprosessen er målet å gi den som skal lære, opplevelsen av medvirkning og maktfordeling, samt å være ekspert på seg selv.

Sykepleieren skal ikke gi svarene, men hjelpe foreldrene med å finne de. På den måten kan foreldrenes selvtillit og mestringsfølelse styrkes, ved at de selv må finne svarene gjennom refleksjon og erfaring. Målet er at foreldrekompetansen skal videreutvikles slik at samspillet mellom dem og barnet styrkes (Tveiten 2008).

Videre hevder hun at følgende er hensikten med veiledning:

Veiledning er pedagogisk virksomhet, og hensikten er at mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring. Dette er også hensikten med undervisning (Tveiten 2008:80).

Tveiten hevder at det er viktig å presisere forskjellen på undervisning og veiledning. Mens undervisning styres av den som underviser, altså sykepleieren, baseres veiledning på å se behovene og møte foreldre der de er. Veiledning har dermed ikke like faste rammer som undervisning fordi den må ta utgangspunkt i de behovene som oppstår underveis (Tveiten 2008). Eksempelvis kan sykepleier vise og forklare hvordan foreldrene kan gjennomføre et badestell for første gang. Neste gang kan mor eller far gjennomføre stellet, ved at sykepleier står ved siden av og gir veiledende råd og støtte.

I kronikken «Familiefokusert nyfødtomsorg» beskrives viktigheten av å ha et sterkt foreldrefokus, og at barn og foreldre får mest mulig tid sammen i avdelingen. I følge kronikken kan det ha positive effekter på foreldrenes trygghetsfølelse, ammeprosessen og hvor lang liggetid barnet vil få i avdelingen (Meberg og Wataker 2010). Wallin (2001) hevder at det overordnede målet er å skape et støttende miljø for barnet og foreldrene, der målet må være at de så snart som mulig skal få komme hjem.

I god tid før utskrivingsdato, må derfor foreldrenes ressurser kartlegges grundig, slik at de mestrer det ansvaret det innebærer å ha med seg barnet hjem.

3.8 Foreldrenes opplevelse av stress og mestring

Det er naturlig at foreldrene opplever usikkerhet og sterk bekymring når barnet deres legges inn ved nyfødt intensiv. Barnets tilstand, hvordan de blir møtt ved avdelingen og om de er trygge på behandlingen avgjør hvilket stressnivå de opplever (Grønseth og Markestad 2011). Foreldre som får et prematurt barn har andre behov enn foreldre som får barn til fullgått tid.

Foreldrene er gjerne i sjokk over at barnet har kommet for tidlig, ofte kan både mor og barn ha kjempet for livet. Følelser som skuffelse og skyld over at svangerskapet ikke ble som forventet er vanlig, samtidig kan de være engstelig for barnets helse og om det vil overleve eller ikke (Tandberg og Steinnes 2009b). Grønseth og Markestad (2011) hevder at barnets stressnivå stiger i takt med foreldrenes, og at det er trolig at et høyt stressnivå kan være med på å gjøre foreldrene mindre oppmerksomme på de signalene som barnet sender ut, noe som kan gjøre at omsorgsevnen svekkes.

3.9 Hva er familiesentrert sykepleie?

Institute for Patient- and Family-Centered Care (<http://www.ipfcc.org/>) er en uavhengig organisasjon stiftet i 1992, som har som mål å fremme forståelse og praktisering av familiesentrert sykepleie. De hevder at familiesentrert sykepleie baserer seg på planlegging, gjennomføring og evaluering av helsehjelp, oppbygd rundt gjensidige fordelaktige relasjoner mellom pasient, foreldre og sykepleier, og som verdsetter og respekterer rollen til familien. På sin nettside trekker de frem fire sentrale begrep som kjennetegner relasjonen mellom sykepleier og foreldre: *respekt & verdighet*, *informasjonsdeling*, *deltakelse*, *samarbeid*. *Respekt & verdighet* innebærer at sykepleier lytter og respekterer foreldrenes synspunkter og valg, og at disse tas med i planleggingen og utøvelsen av sykepleien. Sykepleier må sørge for at *informasjonsdeling* til foreldrene er nøyaktig og fullstendig, slik at de kan delta i omsorg og beslutning på en effektiv måte. Foreldrene oppfordres og støttes i aktiv *deltakelse* i omsorg og beslutninger som tas rundt sykepleien. *Samarbeid* innebærer at foreldrene inkluderes i utviklingen, implementeringen og evalueringen av sykepleien som gis (<http://www.ipfcc.org/faq.html>).

Hall (2007) hevder i sin avhandling at familiesentrert sykepleie ble introdusert på 1970-tallet og vokste frem som resultat av at det ble satt fokus på at pasienten er en del av en enhet, altså familien. Videre viser hun til at tiden da foreldre var ekskludert fra å være tilstede hos sine barn mens de var innlagte ved sykehus, er en praksis som stammer fra Freud og Piaget, som hevdet at det nyfødte barnet oppførte seg instinktivt som andre dyrebarn. I moderne tid viste etterhvert studier av små barns atferd under sykehusinnleggelsen at foreldrenes deltakelse hadde positive resultat for barnet. Hall understreker at dynamikken som oppstår mellom barn

og foreldre er mer enn innstinkt, og baserer seg på kommunikasjon begge veier fra første stund.

Travelbee hevder følgende som understreker viktigheten av familiesentrert sykepleie:

Det er ikke bare den syke som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. Også familien kan trenge hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Den syke *er* medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre. De andre familiemedlemmenes måter å reagere på overfor sykdommen vil uvergelig kommuniseres til den syke (Travelbee 1999:259).

WHO/UNICEF (2009) har utarbeidet *Baby-friendly Hospital Initiativ* som skal sørge for at sykehus er godkjente som såkalt «mor-barn-vennlige». Amming og samspill vektlegges, dette er med på å styrke foreldrekompetansen. Å være godkjent som mor-barn-vennlig sykehus innebærer en rekke krav, blant annet at mor skal ha mulighet til å være sammen med barnet 24 timer i døgnet.

4. Drøfting

«Nurse-Parent Support Model» beskrives i artikkelen «Support for Parents during a Child's Hospitalization: A nurse's guides to helping parents cope» (Miles 2003). Modellen kan for sykepleier benyttes som et verktøy i samhandlingen med foreldrene, samt at den kan hjelpe foreldrene til å mestre barnets tilstand og sykehusoppholdet. Jeg har benyttet modellen som føring og rettesnor for å drøfte oppgavens problemstilling:

Hvilken betydning har samhandling mellom sykepleier og foreldre når barnet er innlagt ved nyfødt intensiv?

Modellen består av fire overlappende temaer, og jeg har valgt å bruke de som overskrifter:

- Communication and information (kommunikasjon og informasjon)
- Emotional support (følelsesmessig støtte)
- Parental self-esteem (støtte i foreldrerollen)
- Instrumental caregiving (sykepleie av god kvalitet)

4.1 Kommunikasjon og informasjon

Communication and information - *kommunikasjon og informasjon* er viktig for at foreldrene skal føle kontroll og kan være med på å gi dem en følelse av at de mestrer situasjonen bedre. Som sykepleier er det viktig å ta kontakt ofte, snakke mye med dem, gi de anledning til å stille spørsmål samt oppfordre til at de selv spør om de lurer på noe. Medisinske og tekniske termer må forklares slik at unødvendige misforståelser unngås (Miles 2003).

Pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata 1999) sier at pårørende har lovfestet rett til å motta informasjon, og at helsepersonell har lovfestet plikt til å gi den. Det er derfor viktig at foreldrene får så sannferdig informasjon som mulig. I følge Tandberg og Steinnes (2009a) er internett i dag en stor kilde til informasjon, og mange pårørende leser seg opp og er godt informert. Dette kan by på utfordringer for sykepleieren. At sykepleier er faglig oppdatert er ikke bare en selvfølge for forsvarlig utøvelse av sykepleiefaget, men også for å kunne veilede foreldrene i den informasjon som de finner på internett og andre steder som er av både seriøs og useriøs art.

Innledningsvis når barnet legges inn ved nyfødt intensiv, er det viktig at foreldrene får praktisk informasjon som hvor de skal bo, hva som er avdelingens rutiner og hvem som er deres primærkontakter. Opplysninger som er helt selvsagte for meg som sykepleier og som jeg kan ta for gitt, kan oppleves som viktige opplysninger for foreldrene. De har gjerne et sterkt behov for å vite hva som skal skje med barnet under oppholdet. Det er derfor viktig at de har tilgang til ærlig og realistisk informasjon. En viktig sykepleieoppgave er å minne foreldrene på deres rettigheter, samt være åpen på at de kan stille spørsmål. Samtidig som foreldrene *både* har krav på (jfr. pkt. 3.5), og behov for informasjon kan det være hensiktsmessig å gi den når de er klare for å ta i mot den. Omstendighetene foreldrene er i kan gjøre det vanskelig å motta og forstå informasjonen de får. Jeg har selv erfart at foreldre kan være svært preget av situasjonen de er i, og at de ikke i tilstrekkelig grad oppfatter og husker det som blir fortalt. Ofte kan de trenge hjelp til å forstå den informasjonen som blir gitt om barnets tilstand og behandling. Det er dessuten viktig å ordlegge seg på et forståelig språk og unngå medisinske termer der det er mulig. Et viktig sykepleietiltak er å sørge for at foreldrene får kontinuerlig og ærlig informasjon under hele innleggelsen. På den måten anerkjennes foreldrenes informasjonsbehov.

I følge Travelbee (jfr. pkt. 3.2) er kommunikasjon en gjensidig prosess som foregår både verbalt og nonverbalt i alle møter mellom mennesker. Videre hevder Travelbee at sykepleieren må forstå hva som kommuniseres og nyttiggjøre seg informasjonen, slik at pasient/pårørende får den pleien og omsorgen som er best i gitte situasjon.

Å observere foreldrene, samt tolke de signalene de sender ut, som ikke nødvendigvis uttales verbalt er en utfordring. Dette viser også studien til Cleveland (2008) der to av behovene som ble observert var foreldrenes behov for nøyaktig informasjon samtidig som hadde et ønske om å bli oppfattet som positive av personalet. På den ene siden er det naturlig å tro at foreldrene ønsker så mye informasjon som mulig. Mens de på den andre siden er redde for å bli oppfattet som «vanskelige foreldre» som spør mye.

Tandberg og Steinnes (2009a) hevder på sin side at foreldre som er pågående og stiller mange spørsmål er et uttrykk for at de prøver å få kontroll over en situasjon *de* opplever som uoversiktlig. Faren er at de av sykepleier kan bli oppfattet som nettopp «vanskelige foreldre», fordi de stiller mange spørsmål, gjerne til flere forskjellige sykepleiere for å dobbeltsjekke informasjonen de får.

Her kommer dog min førforståelse inn, som beskrevet i pkt. 1.4. Uansett hvilken tilstand eller diagnose barnet har, er det viktig å ha forståelse for den emosjonelle påvirkningen foreldrene utsettes for, og at alle reagerer forskjellig. To pasienter med samme diagnose er likevel to forskjellige pasienter, med to forskjellige foreldrepar. Mine tidligere erfaringer kan farge meg, og gjøre at jeg «plasserer» foreldrene før jeg har rukket å bli kjent med de. Det er en viktig oppgave som sykepleier og alltid jobbe utifra en så nøytral førforståelse som mulig.

4.2 Følelsesmessig støtte

Emotional support - *følelsesmessig støtte* fra sykepleier er vesentlig for at foreldrene skal føle seg sett og ivaretatt. Foreldrene er ofte i dyp krise og har skyldfølelse for at barnet er født for tidlig eller trenger medisinsk hjelp. Det er da viktig å trygge de på at de ikke kunne gjort noe annerledes, og at reaksjonene deres er normale (Miles 2003).

Foreldre reagerer forskjellig. Noen blir innesluttet mens andre reagerer med sinne og frustrasjon som rettes mot sykepleier. I slike situasjoner kan det være nok at sykepleier tar seg tid og lytter til hva de har å si, slik at de får satt ord på sine opplevelser.

Travelbee (1999) peker på viktigheten av at sykepleier jobber for å bli kjent med familien; ved å snakke med dem og lytte til det de har å si, samt gi de mulighet til å drøfte sider ved sykepleien som gis til barnet. Travelbee kaller det «velgjerninger», små oppmerksomheter som sykepleier kan vise foreldrene og som oftest settes stor pris på. Ved å hjelpe foreldrene, hjelper sykepleier også pasienten.

En mor uttrykte en gang takknemmelighet overfor meg fordi hun syntes det var så fint at jeg brukte barnets navn når jeg pratet med det. Hun mente det ble mer personlig og at jeg på den måten viste at jeg brydde meg om barnet. En helt naturlig måte å jobbe på for meg, men som ble oppfattet på en positiv måte av mor. Hun følte at jeg brydde meg litt ekstra, ved at jeg «snakket personlig» til nettopp hennes barn. På den måten opplevde jeg at mor følte tillit til meg, ved at jeg ikke bare kommuniserte med henne som voksen, men også med barnet hennes.

I forhold til problemstillingen, er betydningen av god samhandling mellom meg som sykepleier og foreldrene, herunder at vi kommuniserer og at informasjon utveksles gjensidig, helt vesentlig for at det skal oppstå et tillitsforholdet mellom oss. Som beskrevet i kapittel 3, kaller Travelbee (1999) dette å utvikle et menneske-til-menneske-forhold, og konkluderer med at forholdet oppstår når foreldrene føler tillit til sykepleieren ved at hun viser både sykepleiefaglige ferdigheter og ved at de kan stole på vedkommende som menneske. Mange av pasientene ved nyfødt intensiv er innlagt i ukesvis og gjerne i flere måneder. Påkjønning av å være en del av dette miljøet over så lang tid kan være tung å bære alene for foreldrene. Som sykepleier ønsker jeg å vise foreldrene at jeg bryr meg om dem, inkluderer dem og gir de oppmuntring og oppmerksomhet. I sin tur vil dette også kunne ha positive ringvirkninger for utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt.

På den andre siden viser forskningen Fegran og Helseth (2008) har utført, at de nære relasjonene som oppstår mellom sykepleier og foreldre kan være en følelsesmessig belastning for begge parter. Jeg opplevde at mor i eksempelet innledningsvis i oppgaven knyttet seg veldig til meg, og at hun hadde et sterkt behov for å få utløp for følelser og frustrasjon, samtidig som hun hadde behov for en samtalepartner. I en av samtalene jeg hadde med henne, uttrykker hun:

«...dagene mine styres helt av hvem jeg vet som kommer på vakt, noen [sykepleiere] er enklere å snakke med. Det er vel som ellers i samfunnet, det er ikke alle man får like god kontakt med».

Etter å ha vært én av barnets primærkontakter over lang tid, erfarte jeg at det ikke bare ble en belastning for meg, men også for mor. Hun uttrykte ofte at hun var redd for at hun og barnet skulle bli en belastning for meg. I stedet opplevde jeg en nær tilknytning til de begge som periodevis gjorde meg usikker på om jeg ble for personlig i min samhandling med henne. Å ha nærhet, men samtidig distanse er en balansegang.

Som Travelbee hevder (jfr.pkt. 3.4), er det å kunne bruke seg selv terapeutisk som sykepleier noe som oppstår over tid og som må utvikles. Jeg erfarte to ting i denne situasjonen; at ansvaret etterhvert ble i overkant stort, og at jeg ikke hadde den «terapeutiske tyngden» til å håndtere følelsene jeg opplevde slik som mine erfarne sykepleiekollegaer hadde. I samtaler med kollegaer ved nyfødt intensiv ble jeg trygget på at det jeg gjorde var riktig.

I ettertid satt jeg tilbake med erfaringer som jeg hadde lært av, både faglig og personlig, i forhold til hvordan jeg selv handlet og reflekterte i situasjonen. Jeg konkluderte med at jeg gjorde det beste for både mor og barn, og at jeg trolig var en hjelpende støttespiller og samtalepartner som gjorde det enklere for mor å håndtere situasjonen hun var i.

4.3 Støtte i foreldrerollen

Parental self-esteem- *støtte i foreldrerollen* er viktig for å gi foreldrene mulighet til å fylle rollen sin selv om barnet deres er sykt og blir tatt hånd om av andre. Det er en stor påkjenning og ikke kunne holde eller stelle det nyfødte barnet sitt. Det bør legges opp til at foreldrene får delta så mye som mulig i de daglige rutineene rundt barnet. På den måten kan stress reduseres hos begge parter, noe som er et viktig forebyggende arbeid (Miles 2003).

Det er naturlig å forstå at foreldre til syke nyfødte opplever en krisesituasjon. Dette viser også forskning. Foreldrene opplevde både depresjon, angst og tap av kontroll, samt følelsen av å ekskluderes fra å delta i pleien av barnet (Obeidat et al. 2009 og Wigert et al. 2006).

Skyldfølelse og skam er vanlige følelser. Mor kan føle at hun har gjort noe feil under svangerskapet, eller foreldrene kan oppleve ambivalente følelser overfor barnet (Tandberg og Steinnes 2009a). I boken «Omvårdnad av det nyfödda barnet» beskrives situasjonen når et

barn legges inn ved nyfødt intensiv som et uventet og ofte langvarig sykehusopphold, som erstatter det som skulle bli avslutningen på graviditeten og møtet med et nytt familiemedlem (Wallin 2001).

Tidligere livserfaring og hvilken tilstand barnet er i, vil ha betydning for hvordan den enkelte forelder opplever og tolker situasjonen. Foreldrene opplever en ny livssituasjon, og må få hjelp og støtte til å mestre belastningen når det nyfødte barnet legges inn ved nyfødt intensiv (Tandberg og Steinnes 2009a).

Mens noen av pasientene er innlagt i et par dager til observasjon, er andre er innlagt over flere måneder. Avdelingen preges av mange forskjellige fagpersoner og høyteknologisk utstyr. Det første møtet med barnet etter at det er innlagt ved nyfødt intensiv kan virke skremmende for foreldrene. Når de ankommer avdelingen kan en vanlig situasjon være følgende; barnet er allerede lagt i kuvøse, har fått tilkoblet pulsoxymeter som måler pulsfrekvens og oksygenmetning i blodet, og det får medikamenter gjennom en venekanyle. Barnets utseende er kanskje ikke som foreldrene har forventet seg, og de er redde for å knytte seg til det av frykt for at det skal dø. Det er viktig at sykepleier fanger opp slike signaler så tidlig som mulig slik at det ikke skapes avstand mellom foreldrene og barnet. Som sykepleier skal jeg sammen med foreldrene nå et mål. Som Wallin (2001) også understreker, er målet å skape et støttende pleiemiljø som har som fokus at barnet så snart som mulig skal få komme hjem.

Barselavdelingen og nyfødt intensiv er lokalisert på to forskjellige steder ved sykehuset jeg har erfaring fra. Den fysiske avstanden ved at mor og barn er innlagt ved to forskjellige avdelinger kan gjøre tilknytningen til barnet vanskelig. I forskningsartikkelen: «Mother's experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit» kommer dette tydelig frem. Den viser til at det særlig var morens opplevelse av at avdelingene ikke samhandlet, og at de følte at de hverken tilhørte barselavdelingen eller nyfødt intensiv som gjorde at mor følte seg ekskludert. Dette hadde en negativ effekt på hennes morsfølelse. Videre peker studien på viktigheten av å øke følelsen av deltakelse hos mor, ved at det føres en kontinuerlig dialog og at hun blir tatt vare på som en unik person med unike behov (Wigert et al. 2006).

Det er derfor svært viktig at foreldrene så tidlig som mulig innlemmes i de daglige rutinene. At de får veiledning og hjelp til å mestre de oppgaver som skal utføres når de kommer hjem.

Under pkt. 3.9 beskrives familiesentrert sykepleie og viktigheten av at familien innlemmes i pleien av barnet. Det er ønskelig at foreldre og barn får så mye tid som mulig sammen, jfr. WHO's initiativ om godkjenning som «mor-barn-vennlig sykehus». Dette setter naturligvis krav til den bygningstekniske utformingen av sykehusmiljøet og fungerer per i dag, etter min mening, ikke optimalt ved sykehuset jeg har erfaring fra. Når mor skrives ut fra barselavdelingen, flytter hun som oftest inn på sykehusets pasienthotell, alternativt til avdelingens leilighet i nærheten av sykehuset. Likevel er avstandene relativt store med tanke på at mor skal være fleksibel og tilgjengelig, for eksempel ved amming når barnet har behov. Jeg stiller derfor spørsmålsteget til gyldigheten av å være godkjente som mor-barn vennlig sykehus, når foreldrene ikke har mulighet til å være sammen med barnet døgnet rundt, som er nettopp et av kravene i WHO's Baby-friendly Hospital Initiativ (2009).

Forskningsartikkelen «Parental presence when their child is in neonatal intensive care», konkluderer med at foreldre som fikk anledning til å bo på såkalte «foreldrerom» i avdelingen viste en klart høyere tilstedeværelse enn de foreldrene som bodde på pasienthotell, hjemme eller på barselavdelingen. Andre faktorer som gjorde at foreldrene tilbragte mye tid i avdelingen var at de ble behandlet godt av personalet, at miljøet var familievennlig og at omsorgen ble oppfattet som av god kvalitet (Wigert et al. 2010).

Da jeg ikke har erfaring fra sykehus med egne foreldrerom, kan jeg kun reflektere ut i fra avdelingen jeg har jobbet ved. Avdelingen disponerer kun ett rom som fungerer som mor-barn-rom. Rommet er arealmessig ikke utformet for flere enn en person, i praksis vil det si at far ikke har anledning til å bo der. Når barnet begynner å selvregulere ammingen, det vil si spise på eget initiativ, er det ønskelig at mor flytter inn på avdelingens mor-barn-rom for å være mer tilgjengelig for barnet når det ønsker å spise. Det er mange foreldre ved avdelingen til enhver tid, og de fleste må bo utenfor avdelingen. Jeg har observert mødre som er svært utslitte på grunn av søvnmangel, fordi de må stå opp flere ganger per natt, gå til avdelingen for å amme barnet, for så å gå tilbake til hotellrommet sitt. Her opplever jeg at det er naturlig å stille spørsmålsteget ved om dette er familiesentrert sykepleie. I følge Institute for Patient- and Family-Centered Care, som ble omtalt i pkt. 3.9, baserer familiesentrert sykepleie seg på planlegging, gjennomføring og evaluering av helsehjelp, oppbygd rundt gjensidige fordelaktige relasjoner mellom pasient, foreldre og sykepleier, og som verdsetter og respekterer rollen til familien. Da jeg utformet problemstillingen ønsket jeg å se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan tilrettelegge bedre for foreldre som har barnet sitt innlagt ved nyfødt intensiv. I denne situasjonen erfarer jeg at sykehusets fysiske utforming setter et hinder

for samhandling med foreldrene. Som sykepleier er det lite jeg kan gjøre med den fysiske utformingen av sykehuset. Wigert et al. (2010) peker i sin forskning på at tilretteleggende faktorer var at foreldrene opplevde god kvalitet på omsorgen som ble gitt, og at de ble godt behandlet av personalet.

Et sykepleietiltak kan i denne situasjonen være at jeg tilbyr mor å gi barnet mat, slik at hun får sove uforstyrret på natten. Dette er slik jeg ser det ikke et ideelt tiltak over tid, med tanke på at en ammeprosess som har kommet i gang krever kontinuitet, og at barnet bør få ligge til brystet når det gir uttrykk for behov for det. På den andre siden er det heller ikke ønskelig at mors melkeproduksjon stopper opp fordi hun er utslitt og stresset, noe jeg ofte har erfart som konsekvens hos denne mødregruppen.

4.4 Hva er sykepleie av god kvalitet?

Instrumental caregiving- *sykepleie av god kvalitet* er det siste temaet i modellen. Foreldrene må kunne føle at de stoler på de som har ansvaret for barnet deres. Dette setter store krav til sykepleier. Faglig kompetanse, evne til å gi barnet god pleie og behandle det med respekt og verdighet er viktige faktorer for å oppnå tillit hos foreldrene. De må kunne føle seg trygge når de ikke er hos barnet og at de får beskjed om endringer i barnets tilstand (Miles 2003).

Tveiten (2008) hevder at; «foreldrene har hovedansvaret for omsorgen for barnet sitt. Når barnet er sykt, er deler av omsorgen helsepersonellens ansvar [...]» (s.195).

Foreldre som har barnet sitt innlagt ved nyfødt intensiv har aldri opplevd å ha det hele og fulle omsorgsansvaret. Dette fordi barnet i de fleste tilfeller flyttes til avdelingen direkte etter fødselen. Av ulike grunner kan det ta timer før foreldrene får møte barnet for første gang. Ofte kan mor være svært medtatt etter fødselen og trenge tid, eller barnet er så sykt at det trenger krevende medisinsk behandling før det er stabilisert og foreldrene kan få komme inn i avdelingen. Det er derfor forståelig at den første tiden ved nyfødt intensiv kan oppleves som forvirrende for foreldrene, og at de kan være usikre på rollene sine.

I en travel hverdag kan det være tidsbesparende for sykepleier å utføre de daglige rutinene som for eksempel å gi mat, bytte bleie eller utføre badestell. For foreldrene kan disse oppgavene være svært betydningsfulle og noe de bør få anledning til å gjennomføre selv, noe

også «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon» støtter jfr. pkt. 3.5. Jeg har selv stilt meg spørsmålet i slike situasjoner; «hvem eier barnet mens det er innlagt?». Personlig erfarer jeg at dette er et viktig spørsmål å ha fokus på for å unngå at foreldrene settes til side. Det er deres barn og det er de som etterhvert skal ta med seg barnet hjem. Det er derfor særdeles viktig at de får støtte, veiledning og trygging i rollen som foreldre, og ikke minst at de får anledning til å være foreldre i en noe kunstig verden som en intensivavdeling kan oppleves som.

I følge Travelbee vil foreldrene oppleve tillit til en sykepleier som viser sykepleiefaglige kunnskaper og ferdigheter (jfr. pkt. 3.3). Som sykepleier setter dette store krav til meg. De har gitt fra seg ansvaret for barnet sitt. Det er maktpåliggende at de skal kunne stole på at jeg yter sykepleie av god kvalitet, at jeg behandler barnet med respekt og verdighet, og at jeg anerkjenner betydningen av foreldrenes rolle i samhandlingen mellom oss.

5. Oppsummering og konklusjon

Målet med oppgaven har vært å finne ut hvilken betydning samhandling mellom sykepleier og foreldre har når barnet er innlagt ved nyfødt intensiv. Jeg har kommet frem til noen sider av saken som jeg opplever som viktige.

Det er særlig et fellestrekk som fremheves i alle forskningsartiklene jeg har benyttet; foreldrene har et sterkt behov for å oppleve at de inkluderes i pleien til barnet, og det konkluderes i stor grad med at det må fokuseres på familiesentrert sykepleie ved nyfødt intensivavdelinger. Jeg erfarer at utformingen av sykehusets arealer ikke alltid samsvarer med familiesentrert sykepleie som modell. Jeg anser at dette er en faktor som kan være med på å svekke samhandling mellom sykepleier og foreldre, fordi de «fratas» muligheten til å være sammen med barnet sitt når de selv ønsker, og dermed opplevelsen av å være «foreldre på heltid».

Foreldrene har gjerne et sterkt behov for nøyaktig informasjon under hele oppholdet, samtidig som de har et ønske om å bli oppfattet som positive av personalet. Foreldre som leter etter informasjon prøver gjerne å få kontroll over en uoversiktlig situasjon. Som sykepleier er det viktig at jeg ser deres søken etter svar, ikke bare har jeg en lovfestet plikt til å gi de informasjon, men også for å anerkjenne deres informasjonsbehov.

Ingen foreldre er like og alle reagerer forskjellig. En felles erfaring er at de ofte opplever en krisesituasjon når barnet legges inn ved nyfødt intensiv. Skyldfølelse og frustrasjon for at de kan ha gjort noe feil er vanlig, og de må trygges på at følelsene de opplever er helt normale. Å gi de tid til å snakke, samt sette ord på de det kjenner kan ofte være nok til at følelsene får utløp.

Erfaringen jeg har gjort meg i arbeidet med oppgaven, er at sykepleier må vise sykepleiefaglige ferdigheter, verdsette utveksling av informasjon, samt være åpen for gjensidig kommunikasjon. Det er dette som er samhandlingens grunnmur, og helt vesentlig for utviklingen av et tillitsforhold mellom sykepleier og foreldre. Da jeg spurte meg selv om jeg svarte på problemstillingen måtte jeg samtidig spørre meg; hvorfor er samhandlingen viktig, for hvem eller hva? Hva er det sykepleieren og foreldrene sammen ønsker å oppnå? Jeg hevder at svaret er å skape et pleiemiljø rundt barnet, der vi sammen jobber for å heve

foreldrenes trygghetsfølelse og mestring, samt prøve å få kontroll på stressnivået de trolig opplever ved å få et prematurt eller sykt barn. Målet må være å styrke foreldrenes kompetanse og omsorgsevne slik at de føler seg trygge på at de håndterer ansvaret den dagen de reiser hjem med barnet.

6. Kort redegjørelse for oppgaveprosessen

Arbeidet med oppgaven har vært en interessant og svært lærerik periode, der jeg har økt kunnskapen min rundt problemstillingen jeg ville belyse. Jeg har studert en stor mengde litteratur som jeg ønsket å ha med. På grunn av oppgavens begrensning i tid og ordomfang, ble jeg nødt til å velge bort mye. Dette var en utfordrende og til tider vanskelig prosess.

I forhold til Rammeplan for sykepleierutdanning skal sykepleieren ha kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse (Kunnskapsdepartementet 2008). Jeg har i arbeidet med oppgaven, både bevisst og ubevisst, vært innom alle disse punktene, og erfarer at nettopp dette er grunnpilarene i sykepleierutdanningen.

Jeg opplever at jeg har utvidet mitt kunnskapsområde og at problemstillingen ikke bare har anvendelsesområde på valgte fagområde belyst i denne oppgaven, men også andre steder i helsevesenet. Jeg er godt fornøyd med arbeidsprosessen, samarbeidet med veileder og det endelige resultatet.

7. Litteraturliste (*Selvvalgt litteratur, 391 sider)

- *Barneombudet (2012). *Brev til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet*. Tilgjengelig fra:
<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/12-01018-2-premature-barns-rett-til-narvar-av-to-foreldre-249884.pdf>
[Lest 13.september 2013] (4 sider)
- *Bokmålsordboka (2010). Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra:
<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=samhandling&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
[Lest 12.september 2013] (1 side)
- *Cleveland, L.M. (2008). *Parenting in the neonatal intensive unit care*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing [Internett], 37(6), side 666-91. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x/abstract>
[Lest 10.september 2013] (26 sider)
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Fegran, L. og Helseth, S (2008). *The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement*. Scandinavian Journal of caring Sciences [Internett], 23(4), side 667-73. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x/abstract;jsessionid=EA65607BF8FA771183D5900C7DD81AC4.d03t02>
[Lest 10.september 2013] (7 sider)
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- *Hall, E. O.C (2007). *When a newborn or small child is critically ill. Nurses, parents and grandparents experiences and dynamics in family-centered care*. Aarhus: Department of Nursing Science (21 sider)

Holan, S. og Hagtvedt, M. L. (red.) (2010). *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Institute for Patient- and Family-Centered Care. [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.ipfcc.org/faq.html>

[Lest 24.august 2013] (5 sider)

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. og Skaug, E. A. (red.) (2005). *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning* [Internett].

Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

[Lest 4.oktober 2013] (13 sider)

Lovdata. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) 1. desember 2000 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-6.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001201-1217.html>

[lest 1.september 2013]

Lovdata. *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr.64* (helsepersonelloven).

Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#1>

[Lest: 3.oktober 2013]

Lovdata. *Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli 1999; nr.63* (pasient- og brukerrettighetsloven). [Lovens tittel ble endret ved lov 24. juni 2011 nr. 30].

Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

[lest 1.september 2013]

- *Markestad, T. og Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Sosial-og helsedirektoratet [Internett], side 9-10. Tilgjengelig fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn/Publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn.pdf>
[Lest 1.september 2013] (2 sider)
- *Meberg, A og Wataker, H. (2010). *Familiefokusert nyfødtsomsorg*. Tidsskrift for Den norske legeforening [Internett], 2010(17), side 1730-1. Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/article/2010628/>
[Lest 10.september 2013] (2 sider)
- *Miles, M.S. (2003). *Support for Parents During a Child's Hospitalization: A nurse's guide to helping parents cope*. American Journal of Nursing [Internett], 103(2), side 62-4. Tilgjengelig fra:
<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00000446-200302000-00030&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
[Lest 21.september 2013] (3 sider)
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- *Obeidat, H.M., Bond, E.A og Callister L.C. (2009). *The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit*. The Journal of Perinatal Education [Internett], 18(3), side 23-9. Tilgjengelig fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/?report=classic>
[Lest 10.september 2013] (7 sider)
- *Statens helsetilsyn (2001). *Nasjonal plan for nyfødtsmedisin*. [Internett], Sosial- og helsedepartementet. Tilgjengelig fra:
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan_nyfodtmedisin_2001.pdf
[Lest 2.september 2013] (3 sider)

- * Statistisk Sentralbyrå (18.april 2013) *Fødte, 2012* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2013-04-18#content>
 [Lest 2.september 2013] (1 side)
- *Tandberg, B.S og Steinnes, S. (red.)(2009a). *Nyfødsykepleie, 1. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. (Innledning og kapittel 12. 21 sider)
- *Tandberg, B.S og Steinnes, S. (red.)(2009b). *Nyfødsykepleie, 2. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. (Kapittel 21. 22 sider)
- *Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*.
 Oslo: Universitetsforlaget. (Kapittel: 1-9-10-11. 109 sider)
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- *Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (2012). *Sykepleie til barn. Familiesenterert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk (Kapittel: 1-2-5. 110 sider)
- *Wallin, L. (2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. Lund: Författarna och Studentlitteratur (Kapittel: 10. 15 sider)
- *World Health organization og UNICEF. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiativ* [Internett].
 Tilgjengelig fra: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf
 [Lest 13.september 2013] (4 sider)
- *Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. og Hellström, A.L. (2010). *Parental presence when their child is in neonatal intensive care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Internett], 24(1), side 139-46. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x/abstract>
 [Lest 28.september 2013] (8 sider)

*Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. og Hellström, A.L. (2006). *Mother's experience of having their newborn child in a neonatal intensive care unit*. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Internett], 20(1), side 35-41. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2006.00377.x/abstract>
[Lest 20.september 2013] (7 sider)