

# **FORDYPNINGSOPPGAVE I BARNESYKEPLEIE**

**Institutt for sykepleie og helsefag**

**Hovedemne SY 236H 002**

*”Hvordan kan vi som barnesykepleiere bidra til å forebygge senkomplikasjoner hos det ekstremt premature barnet?”*

Kandidatnummer: 2

Kandidatnummer: 3

Mai 2008



*“The behavior of the infant is its primary way to communicate”*

Heidelise Als

## BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Vi er to sykepleiere som har jobbet 3 og 5 år på nyfødt intensiv avdeling før vi startet på videreutdanning i barnesykepleie våren 2007. I den forbindelse skal vi nå skrive en fordypningsoppgave. Nyfødtintensiv avdeling er en øyeblikkelig hjelp - avdeling som behandler alle fortidlig fødte og syke nyfødte som tilhører vårt helseforetak. Dette innebærer en variert, utfordrende og uforutsigbar hverdag for oss sykepleiere. Å jobbe som sykepleier medfører å gi profesjonell omsorg for de som ikke kan ta vare på seg selv, vi har fagkunnskaper om våre mottakere av pleie og om de hjelpemetoder vi kan bruke (25 s.285). Den kunnskapen vi har som sykepleiere gjør oss i stand til å sørge for den syke på en særlig omsorgsfull måte (25 s.286). I vår avdeling gjøres all pleie som ensidig omsorg, det vil si at vi som sykepleiere gir og sørger for barnet uten å forvente noe igjen, og relasjonen er derfor uegennyttig for oss (25 s.273). Handlingene vi utfører gjøres til det beste for barnet. Hos nyfødte er avhengigheten av andre et særtrekk, og denne avhengigheten er spesielt stor hos de ekstremt premature som er den svakeste gruppen pasienter i vår avdeling, de er helt avhengige av sine omsorgspersoner fordi de har dårligere evne til å meddele sine behov. I tillegg har de foreldre som også er "premature", de har ikke medisinsk kompetanse til å ivareta sitt barns akutte behov og har også mistet de siste månedene av svangerskapet og blitt foreldre før tiden.

Med det fokus vi har på omsorg er det naturlig for oss å støtte oss til Kari Martinsens sykepleieteori. Martinsens teori ser på omsorgens dimensjon som det overordnede prinsipp, den er basert på fagets omsorgstradisjoner og på erfaringsbasert kunnskap (25 s.446). Hun sier også at omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet, hun er opptatt av ansvar for de svake i samfunnet og at omsorgen må være sykepleierens verdigrunnlag (22 s.132).

Nel Nodding sier i boka "Generell sykepleie 1" at et hvert menneske er fundamentalt avhengig av andre mennesker. Nodding skiller også mellom naturlig og etisk omsorg. I nære relasjoner er det å gi og motta omsorg en naturlig og selvfølgelig sak. Et eksempel på naturlig omsorg er en mors omsorg for sitt barn (25 s.283). Den etiske omsorgen derimot forutsetter en innsats, eller anstrengelse, fra omsorgsutøverens side, som den naturlige omsorgen i utgangspunktet ikke forutsetter (25 s.284).

I denne relasjonen er det barnesykepleieren som har valgene, og som må ta ansvaret for barnets signaler og behov.

NIDCAP®<sup>1</sup> er en pleie- og observasjonsmetode som er utviklet av psykolog Heidelise Als og har fått større og større plass i hverdagen ved vår avdeling. Vi ser at behovet for mer lærdom innen dette fagfeltet er stort både hos oss og i resten av avdelingen generelt. Dette for at vi skal kunne hjelpe barnet til å mestre sin situasjon bedre og hjelpe det med å få dekket sine grunnleggende behov. I følge funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4.e skal vi

*”ivareta barnets sikkerhet og spesielle behov, forebygger komplikasjoner og utviklingsskader, fremmer modning, vekst og utviklingsmuligheter ved sykdom og sykehusopphold.” (3)*

Med de kunnskapene vi har om premature, er pleien og måten den blir utført på svært viktig for barnet, dette understrekes i Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn:

*”Mens barna fortsatt er innlagt i en nyfødt avdeling er det holdepunkter for at stressreducerende tiltak (”developmental care”, NIDCAP®) kan føre til raskere vektøkning, tidligere avslutning av sondeernæring, tidligere utskrivelse til hjemmet og muligens noe bedre generell funksjon de første årene” (29 s. 29)*

Målet med retningslinjene som kom ut høsten 2007 er å få en bedre og mer målrettet oppfølging av barna og deres familie etter at de er skrevet ut fra sykehuset. Dette skal gjøres gjennom å bidra til økt kunnskap i fagmiljøene, og retningslinjene skal foreslå hvordan kunnskapen kan brukes til forskning og utdanning av fagfolk. I tillegg kommer de med forslag til oppfølgingsprogram og fordeling av oppfølgingsansvar mellom første - og andrelinjetjenesten (29 s.9). Gjennom denne oppgaven ønsker vi å øke vår kunnskap om hva vi som barnesykepleiere kan bidra med i vårt daglige arbeid for å trygge det premature barnets positive utvikling.

---

<sup>1</sup> NIDCAP®: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (10 s.32)

Vi har jobbet etter en ”her og nå” tankegang og vi ser dessverre lite til barna etter utskrivelse. Vår erfaring er derfor kun basert på observasjoner av barna under oppholdet i avdelingen. Vi har i en periode på 2-3 år etter utskrivelse – når barna er på kontroll på poliklinikken - noen av barna innom på besøk. Vi ser de da kun i noen minutter og besøket innbyr ikke til dype samtaler om barnets helsetilstand. Det er ikke slik at vi ikke har vært klar over at de barna vi behandler kan få senkomplikasjoner, men vi har ikke vært like bevisste på dette før som vi er nå under utdannelsen. Etter å ha lest Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer skjønnte vi at vi hadde behov for mer kunnskap om dette emnet. Omfanget og graden av skade var større enn vi trodde og innvirkningen av pleie beskrives som mindre enn det vi har antatt. Vi ønsker derfor å reflektere over hvilke konsekvenser vår pleie har for barnet og hvordan vi kan forbedre denne. Vår problemstilling blir ut i fra dette:

### **Hvordan kan vi som barnesykepleiere bidra til å forebygge senkomplikasjoner hos det ekstremt premature barnet?**

#### **AVGRENSING**

I vår jobb på nyfødt intensiv avdeling har vi mange ulike diagnoser å forholde oss til og alderen på de innlagte barna strekker seg fra de ekstremt premature til de fullbårne. I denne oppgaven vil vi kun fokusere på ekstremt premature barn, dette fordi det er den mest relevante pasientgruppen i forhold til temaet vi har valgt. Da vi har lite erfaring fra- og kjennskap om andre nyfødt intensiv avdelinger er det kun vår egen praksiserfaring vi vil henviser til.

Vi har valgt å avgrense oss til å ha fokus på kun et kort tidsaspekt i barnets liv. Det skjer mye de tre til fire første døgnene i et ekstremt prematurt barns liv, derfor har vi valgt å legge fokus på den påfølgende uken etter dette, når hverdagsrutinene og foreldrenes delaktighet blir en større del av barnets tilværelse.

Siden det er en problemstilling som favner om et stort felt velger vi å avgrense oss til kun å reflektere ut i fra de to eksemplene vi har inkludert i oppgaven, samt en refleksjon over de forskningsresultatene vi har funnet. Når det er sagt så må vi også si at vi er svært klar over hvor komplekst pleie og behandling av et prematurt barn er og at vi med denne oppgaven kun berører en liten del av dette. Utgangspunktet for vårt litteratursøk var de faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn. I disse har vi valgt å fokusere på forekomst av utviklingsvansker, påvisning av utviklingsavvik og forebyggende tiltak mot

utviklingsvansker - forskningsbaserte holdepunkter for effekt. Vi mener disse kapitlene kan relateres til vår problemstilling.

NIDCAP® er en stor del av oppgaven fordi det er denne metoden vi delvis jobber etter i vår avdeling. Vi har derfor valgt å fokusere på forskningen til Heidelise Als- som har utviklet denne pleiemodellen - og Agneta Kleberg som har skrevet sin doktoravhandling om dette emnet. Vi er klar over at det finnes mye annen forskning som omhandler premature, men på grunn av oppgavens størrelse begrenser vi oss til disse.

Vi velger å ikke ha fokus på den medisinske behandlingen fordi vi vil legge vekt på den grunnleggende pleien av de premature, som vi ser på som en av våre viktigste oppgaver.

## **METODE**

Vi bestemte oss tidlig i prosessen for å skrive fagessay, som er en ny sjanger for oss. Vi har begge en del erfaring med emnet vi skal skrive om og har derfor flere eksempler om dette fra praksis. Siden essayet tar utgangspunkt i erfaringer, startet vi med å skrive ned hendelser fra praksis som vi ønsket å reflektere nærmere over. Vi tror at ved å bruke disse historiene vil problematikken vi står overfor tre tydeligere frem. Et essay er åpent og søkende, sanselig og reflekterende (1 s.17). Det er mellom fortelling og refleksjon at essayets mening og gyldighet blir til. Essayet tar utgangspunkt i konkrete erfaringer, og disse erfaringene vil vi prøve å allmenngjøre gjennom refleksjon (1 s.22).

Det er viktig å poengtere at vi i essayet ikke søker etter eksempler som kan illustrere teoriene, men etter teori som kan løfte eksemplene opp på et høyere plan (1 s.40).

Vi startet søket etter litteratur i BIBSYS, men fant fort ut at vi kom til kort der. En del relevant litteratur var tilgjengelig ved høgskolens bibliotek, men mange av de forfatterne vi var ute etter fikk vi ikke treff på her. Vi brukte derfor helsebiblioteket.no til å finne frem i norske og utenlandske tidsskrifter. Her fant vi mye av vår selvvalgte litteratur. På helsebiblioteket fant vi også linker til diverse utenlandske databaser hvor det er publisert forskningsartikler. Vi har brukt Pub Med, Kunnskapssenteret og Cochrane library.

Det er skrevet mye litteratur om premature og om NIDCAP®, men det var vanskelig å finne norske artikler som var av nyere dato. I utgangspunktet hadde vi ikke tenkt å bruke litteratur som var eldre enn 10 år, dette fordi vi vet at det har vært og er en enorm utvikling i pleien og behandlingen av premature, men vi har i visse tilfeller gjort unntak. Vi mener i disse tilfellene at denne litteraturen er like aktuell i dag som da den ble skrevet. Det var ikke alltid lett å finne

primærkilder, så i noen tilfeller refererer vi til forfattere gjennom andre artikler. Dette blir bare gjort i tilfeller hvor vi ikke finner førstehåndslitteratur. Vi referer blant annet til intervjuer som andre har gjort med fremtredende forskere på det aktuelle feltet. Vi er klar over at vi da risikerer å arve andres feiltolkninger og unøyaktigheter, men vi bruker kun artikler fra anerkjente kilder (2 s.282). Søkeord vi brukte for å finne litteratur var: NIDCAP®, premature, smerter, nyfødt, stress, neonatologi, søvn, senskader, komplikasjoner, umodenhet og ernæring.

Vi ser at det er nødvendig å ta inn en del forskningslitteratur i vår oppgave som grunnlag for faglig refleksjon. Vi lette derfor etter forskningsartikler av nyere dato som omhandler bruken av individtilpasset neonatalomsorg og effekten av disse. Dette fant vi for det meste i de utenlandske tidsskriftene og databasene. Det er lite forskning som er gjort av nordmenn på dette området, men vi fant noen artikler skrevet av norske sykepleiere hvor de har henvist til utenlandske forskningsartikler. De forskningsartiklene vi har valgt å legge mest vekt på er skrevet av amerikanske Heidelise Als med flere og svenske Agneta Kleberg.

Vi tar i bruk de kvalitative data de har funnet frem til og legger til våre egne erfaringer fra praksis og reflekterer samlet sett over disse. Vi har også tatt for oss Sosial- og helsedirektoratets nye retningslinjer for oppfølging av premature. Her har blant annet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester foretatt en kunnskapsoppsummering om effekten av spesifikke forbyggende tiltak med tanke på å bedre de for tidlig fødte barns utvikling på basis av publiserte systematiske oversikter (29 s.29).

Selv om vi har skrevet enkelte deler hver for oss, har vi hele tiden lest igjennom og kommet med tillegg og kommentarer til det den andre har skrevet. Det føles derfor naturlig å fortelle i vi - form. Der det er naturlig - og for å få bedre flyt i oppgaven - veksler vi mellom betegnelsen pleier og barnesykepleier. Historiene vi har tatt fra praksis er selvopplevde og de er anonymisert slik at det ikke skal være mulig å identifisere personene det fortelles om. Ved å anonymisere tvinger vi oss selv til å gi typebeskrivelser i stedet for individuelle karakteristikk. Dette hjelper oss til å få en større distanse til historiene og gjør det lettere å se det generelle i det individuelle (2 s.241). Samtidig er det viktig å huske på at historiene kun er vår opplevelse av situasjonen og er derfor subjektiv.

Ved å skrive sammen har oppgaven fått en bredere vinkling, og vi har dratt nytte av begge erfaringer og kunnskaper. Samarbeidet har gitt oss et større perspektiv, vi har jobbet godt sammen og hatt god fremdrift. Når vi har stått fast, har vi i fellesskap funnet frem til en

løsning på problemet. Det er både krevende og lærerikt å samarbeide om et prosjekt på denne størrelsen.

## **KORT INTRODUKSJON OM EMNET**

### **Ekstremt premature**

Ekstremt premature er barn født før gestasjonsuke (ga) 28 (29 s.17, 10 s.12). Siden barna er født for tidlig er de – naturlig nok - ikke kommet like langt i utviklingen som fullbårne, de er umodne og dette vises både i utseende og i organene. De har et stort hode i forhold til kroppen, tynn hud, sparsomt med underhudsfett, lite muskelmasse og umodne genitalia (6 s.101, 8 s.59). Ekstremt premature løper en større risiko for å få senskader enn barn som er født senere i svangerskapet. Problemene kan komme av skader eller sykdommer som har oppstått eller som oppstår i nyfødt perioden, eller av den behandling de mottar av helsepersonell som et ledd i å forhindre eller helbrede sykdom (28 s.43).

De fleste problemer som oppstår er knyttet til den fysiologiske umodenheten, jo tidligere fødsel jo større risiko for komplikasjoner (31 s.31).

Lungesykdommer utgjør et av de største problemene for premature og blant disse er det respiratorisk distress syndrom (RDS) som er vanligst (28 s.43, 8 s.171). Dersom barnets lunger er umodne og mangler surfactant kan lungene klappe sammen hver gang barnet puster ut, noe som kan medføre at barnet utvikler atelektaser<sup>2</sup>. De observasjoner vi kan gjøre da er at barnet har hurtig og pressende respirasjon, ofte med inndragninger og nesevingespill.

Apnoe<sup>3</sup> er vanlig hos premature fordi respirasjonssenteret i hjernestammen er umodent og reagerer derfor ikke normalt på endringer i blodgassene. Når et fullbåret barn reagerer med å øke pulsen ved hypoksi<sup>4</sup> vil et prematurt barn reagerer med å senke pulsen (6 s.101, 8 s.61).

Hvordan kan vi bruke disse observasjonene? Dette er barnets måte å kommunisere til oss at det begynner å bli slitent og strever mer med å opprettholde sine grunnleggende funksjoner som blant annet stabilt blodtrykk, tilfredstillende gassutveksling og normal kroppstemperatur. Vi må være lydhøre og oppmerksomme på selv de minste signaler de gir. Det er vår oppgave som barnesykepleiere å skjerme barnet fra mer ubehag.

---

<sup>2</sup> lokalisert kollaps av lungeområder (8 s.198), lungeområdet fylles derfor ikke med luft (31 s.32)

<sup>3</sup> Apnoe: pustestopp

<sup>4</sup> tilstand med for lite oksygen (31 s.61)



Hjernen til de premature er også umoden, og kombinert med respirasjonsproblemer og tendensen til lavt blodtrykk kan dette medføre dyptliggende blødninger i hjernen (31 s.36-38). I fosterlivet har man et område rundt hjernens ventrikler som er tett besatt med blodårer. Disse blodårene er svært skjøre og det skal lite til før de brister (28 s.77, 8 s.273-277). Premature barn greier ikke – i samme grad som fullbårne - å holde blodtrykket i hjernen konstant selv om blodtrykket ellers endres. Derfor kan påkjenninger gi lavt og raskt svingende blodtrykk, som kan belaste de skjøre blodårene i hjernen og medføre at de kan sprekke og blø ut i vevet (28 s.79-80, 32 s.14-15). Eksempler på slike situasjoner kan være smertefulle prosedyrer som venfloninnleggelse eller ubehagelige prosedyrer som veiing, men det kan også være vanlige rutiner som bleieskift (24 s.9). Dette blodåresystemet tilbakedannes omtrent ved 35 svangerskapsuke, og er som regel helt borte ved termin (28 s.77). Det er spesielt i de 3 første døgnene etter fødselen at de ekstremt premature er mest utsatt for disse blødningene (8 s.273-275), det er derfor viktig å ta hensyn til dette under alle stell og prosedyrer som gjennomføres i begynnelsen av barnets liv. Å planlegge godt og gjennomføre stellene så skånsomt som mulig er noe av det viktigste vi som barnesykepleiere gjør for barnet. Her kan NIDCAP® være til stor hjelp.

### **Hva er NIDCAP®?**

Etter at et prematurt barn har kommet seg gjennom den mest kritiske fasen er det viktig med optimal tilrettelegging og omsorg. Det er nå behov for balanse mellom stimulering og skjerming av barnet. (24 s.10-11).

Det sentrale i NIDCAP® - modellen er å respektere det premature barnet som kompetent ut i fra sin modenhetsgrad. Forståelse for at barnet er i utvikling, og hvor langt det er kommet i sin utvikling, er nødvendig for å gi en individualisert omsorg.

Ut i fra studier av premature barns oppførsel har Als formulert den synaktive modell, hvor hun beskriver og tolker barnets oppførsel ut i fra fem ulike delsystemer:

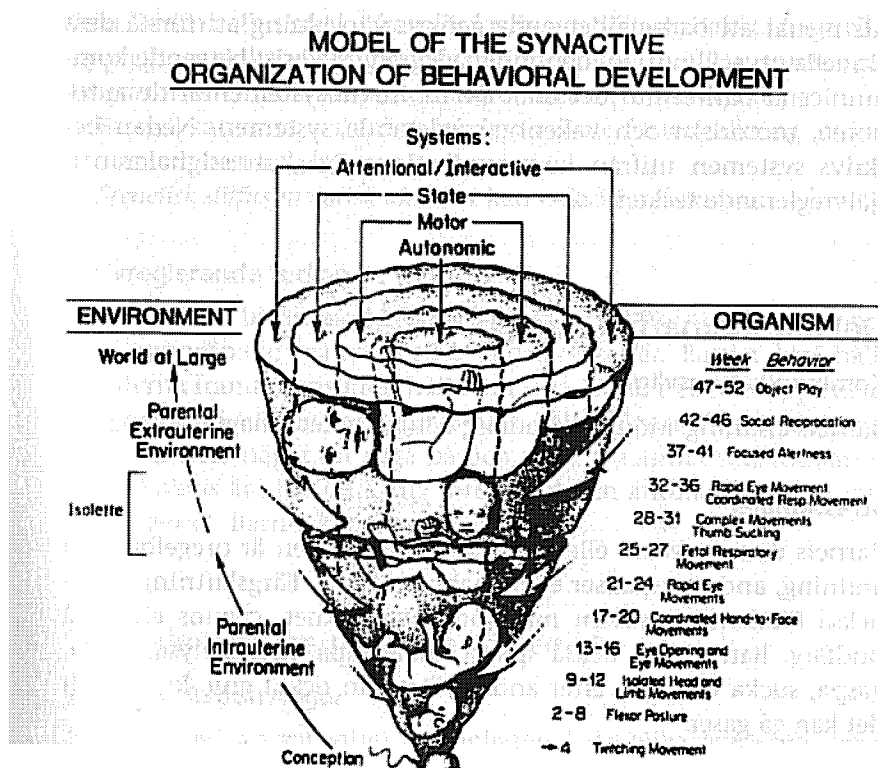
1. Autonom atferd, hvor man blant annet observerer barnets respirasjon, hudfarge, fordøyelse og ulike typer ufrivillige bevegelser som sitring, skvetting, hikke osv.
2. Motorisk atferd, hvor man observerer barnets kroppsstilling, tonus, ansiktsbevegelser
3. Våkenhetsgrad, dette bestemmes ved en samlet vurdering av øyebevegelser, respirasjon, tonus, kroppsbevegelser, ansiktsuttrykk og øyets åpningsgrad.
4. Oppmerksomhet og samspill, her vurderer man barnets evne til samspill med omverdenen.

5. Selvkontroll, hvor man observerer barnets evne til å roe seg selv eller til å skjerme seg fra sterke inntrykk.  
(10 s.32-33)

Teorien beskriver organiseringen av barnets adferdsutvikling fra ekstrem prematuritet og videre langt inn i spedbarnsalderen.

### Den synaktive modell (10 s.33)

2 Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP®



Figur 2.1 Den synaktiva modellen av barns utveckling.

Källa: Als, H., *Infant Mental Health Journal*, 1982.

Modellen er utviklingsstøttende og den hjelper pleieren med å tilpasse pleien og miljøet rundt barnet. Den ser på barnet som en aktiv deltager i sin egen pleie. Det er viktig at pleieren leser barnets signaler både før, under og etter stell. Fordi pleien av premature skal være individuelt tilpasset er det viktig at observasjonene kommer i gang så tidlig som mulig og helst innen det første døgnet. Dette følges så opp med gjentatte observasjoner under hele oppholdet. Det er også ønskelig å foreta en siste observasjon etter at barnet er utskrevet til hjemmet (10 s. 45).

Hvordan reagerer barnet på manipulering, og hvordan reagerer det på forandringer i miljøet? Pleieren kan ta utgangspunkt i for eksempel ett stell, en prosedyre eller et måltid. Det må være to pleiere tilstede, hvor den ene observerer og den andre utfører stellet/prosedyren. Hvordan prøver barnet å trygge seg selv, og hva gjør pleieren for å støtte barnet? Observatøren noterer i ett fastsatt skjema blant annet barnets bevegelser, hvor barnet befinner seg, barnets leie og målte verdier for respirasjon, puls og annet som kan leses av på div. overvåkingsmonitører (24 s.64-65). Det noteres også ned hva som skjer rundt barnet i løpet av tiden som barnet observeres, det er viktig å kunne sette dette i sammenheng med hvordan barnet reagerer (se vedlegg 1). Observasjonen tar ca 1 time og etterpå skrives en detaljert rapport hvor man skal kunne fremsette tiltak for å individualisere barnets pleie. Dette er hovedtrekkene i NIDCAP® modellen. Hvordan gjør vi det i vår avdeling? Vi har ikke utdannede NIDCAP® observatører, men det betyr ikke at vi ikke jobber etter noen av prinsippene i metoden. Vi prøver å skjerme barnet fra unødvendig lyd, lys og smerte, og så langt det lar seg gjøre er pleien individuell og tilpasset det enkelte barn. Miljøet rundt barnet og stellet skal være preget av ro, varsomhet og trygg berøring. Vi forsøker å tilpasse stellet til barnets dagsform og overskudd. I avdelingen vår har vi primærpleie, det vil si at hvert enkelt barn har sine faste pleiere. Dette mener vi vil gjøre pleierne raskere kjent med barnet og de har derfor et bedre grunnlag for å tolke barnets signaler.

## **HVA SIER FORSKNINGEN?**

### **Heidelise Als**

Heidelise Als blir i "The Harvard University Gazette" i mai 2004 intervjuet av William J. Cromie. Hun forteller her om sine funn i sin til da nyeste forskning på premature. Denne forskningen ble publisert i tidsskriftet "Pediatrics" i april 2004:

*"Vi er akkurat ferdig med en undersøkelse som viser at utviklingstilpasset neonatalomsorg som NIDCAP® kan forandre strukturen og funksjonen til en hjerne i utvikling."*

Hun forteller videre at NIDCAP® søker å forandre kulturen i nyfødttintensiv avdelinger. I stedet for å se på premature som en rekke organer som må holdes i live, behandler programmet de premature som små personer som - gjennom deres egen oppførsel - lar deg vite hva de har behov for.

30 premature fra 28-30 uker ga ble splittet i to grupper, alle hadde friske mødre og var også - bortsett fra sin prematuritet - friske. Fjorten fikk tradisjonell behandling ved en høyteknologisk neonatal avdeling, mens de resterende seksten startet NIDCAP® programmet

innen 72 timer etter fødsel. Barna er fulgt daglig til 2 ukers korrigeret alder, og ved 2 uker og 9 mnd korrigeret alder har barna gjennomgått en hel del tester som går på mental og motorisk utvikling i tillegg til MR og EEG. *"Forskjellene var dramatiske"* sier Als. NIDCAP® babyene var mer avslappet enn barna i kontrollgruppen. De viste mindre ukontrollerte bevegelser i armer og bein, og deres bevegelser var i tillegg mykere. *"De var mer like friske termin barn enn de som ikke hadde fått ekstra støtte"*. Hjernene så også forskjellige ut: NIDCAP® barna hadde mer hvit substans, dette er viktig for læring, tenking og beslutningstaking. Als kan vise til bilder av området i hjernen hvor forbindelsen mellom bevegelse og tanken på planleggingen og gjennomføringen av bevegelsen finner sted. Hos NIDCAP® barna er disse nervebanene tykkere og bedre organisert enn hos kontrollgruppen. Als sier:

*"NIDCAP® barna ser på deg og følger deg med øynene, de gir deg større oppmerksomhet, viser større interesse og engasjement. De i kontrollgruppen stirrer mer, gir dårligere tilbakemelding og er mindre engasjerte."*

Als har også tatt hensyn til det økonomiske aspektet ved pleie etter NIDCAP® metoden. NIDCAP® pleien fører til større utgifter i nyfødtp perioden, men vil i det lange løp være verdt det pga sparte kostnader til rehabilitering, spesialskole og for å handskes med problemoppførsel mener hun. I tillegg gir det en bedre livskvalitet for de for tidlig fødte barna.

*"Resultatene til nå gir oss ett stort ansvar for hvordan vi behandler de for tidlig fødte barna i fremtiden"* sier Als (14, 11).

### **Agneta Kleberg**

Agneta Kleberg publiserte sin doktoravhandling i 2006, hun jobber ved det Karolinska institutt i Stockholm. Målet med undersøkelsene hennes var å sammenligne effekten av NIDCAP® med konvensjonell pleie. Hun ser både på kort- og langtidseffekten, mor - barn samspillet og mors erfaring med de forskjellige pleiemodellene. I tillegg ser hennes studie på om pleie etter NIDCAP® metoden kan redusere smerte og stress under øyeundersøkelser, men dette ser vi bort fra i vår oppgave.

Undersøkelsene i hennes doktoravhandling ble gjennomført på barn med fødselsvekt under 1500 gram som mottok enten NIDCAP® eller tradisjonell pleie. Resultatene ble evaluert med en gang og etter ett og tre år.

De viktigste korttidseffektene etter NIDCAP® pleie var lavere respiratorisk dødelighet, færre dager på CPAP<sup>5</sup> og mindre behov for ekstra oksygen. Ved 36 uker hadde ingen av barna i NIDCAP® gruppen BPD<sup>6</sup>, mens åtte av elleve i kontroll gruppen viste tegn på BPD. Ved 36 uker mens barna fremdeles var innlagt på sykehuset, følte mødrene til barna i NIDCAP® gruppen en større nærhet til barna sine og en større grad av øyekontakt, enn de i kontroll gruppen. De følte også at pleieren viste dem mer støtte i sin rolle som mor, men samtidig hadde de ett høyere stressnivå enn de andre mødrene.

Ved ett års alderen var den kognitive utviklingen betydelig høyere for barna i NIDCAP® gruppen. Ved tre års alder var det ingen betydelige forskjeller i den totale kognitive utviklingen mellom de to gruppene, men derimot hadde barna i NIDCAP® gruppen betydelig bedre språklig utvikling og en høyere score når det gjaldt mor - barn interaksjon.

Mødrene i NIDCAP® gruppen viste mer øyekontakt og fysisk kontakt med barna sine, og i tillegg hadde barna færre problemer med oppførsel. De var mer åpne og uttrykte følelsene sine på en måte som var lettere å tolke for andre (23).

### **Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn**

Som tidligere nevnt ga Sosial- og helsedirektoratet i 2007 ut retningslinjer for oppfølging av fortidlig fødte barn. I retningslinjene er det egne kapitler om forekomst av utviklingsvansker som barnet kan oppleve, når vanskene viser seg, og de sier noe om effekten av forebyggende tiltak (29 s.9). Det er dette vi har fokus på i denne oppgaven. Vi har ikke konsentrert oss om hva retningslinjene sier om oppfølgingen av barna etter de er skrevet ut av sykehuset.

Oppramsing av problemer som det ekstremt premature barnet kan få både i begynnelsen av livet og senere var svært nedslående lesing. For eksempel står det i rapporten:

*selv blant barn som ikke får alvorlige nevrologiske skader er det en overhyppighet av vansker med språk, konsentrasjon/oppmerksomhet, læring, sosial samhandling, motorikk og psykisk helse (29 s 22).*

Vår opplevelse er at de fleste har en positiv utvikling underveis i oppholdet, og vi ble derfor overrasket flere ganger fordi vi ikke har fått fremstilt resultatene på denne måten før. Vi har vært klar over at de ekstremt premature barna er utsatt for utviklingsvansker, men det triste i

---

<sup>5</sup> Continuous Positive Airway Pressure (10 s.215)

<sup>6</sup> Bronkopulmonal dysplasi (8 s.187)

lesingen var utsagnet om at få eller ingen av de individtilpassede tiltakene vi utfører har noen effekt på disse vanskene. Retningslinjene sier:

*samlet sett er det ikke holdepunkter for at spesielle programmer for forebyggende intervensjon rettet direkte mot det for tidlig fødte barnet, som ikke har påvisbart funksjonsavvik, er av betydning for senere generell utvikling utover det som oppnås gjennom et godt oppvekstmiljø. (29 s.30)*

Sosial- og helsedirektoratet har altså blant annet sett på forbyggende tiltak mot utviklingsvansker og hvilke forskningsbaserte holdepunkter de har for effekt. De sier at NIDCAP® kan føre til raskere vektøkning, tidligere avslutning av sondeernæring, tidligere utskrivelse til hjemmet og muligens noe bedre generell funksjon de første årene (29 s.29). Det er disse resultatene vi har sett i avdelingen, vi føler at de barna som får mest mulig ro, trives best og vokser raskest. Vi har hele tiden tenkt at dette også vil virke inn på deres utvikling på lang sikt. Vi har trodd at siden hjernen er i enorm utvikling mens barnet ligger hos oss, vil vår pleie ha konsekvenser for denne utviklingen. Det er derfor vi er opptatt av å skjerme barnet mest mulig mot ytre stimuli og i så stor grad som mulig forsøke å forhindre hjerneblødninger. Retningslinjene gir ikke råd om behandling, men sier at den må tilpasses det behovet det enkelte barn og deres familie har. I avdelingen skal det legges vekt på skjermende og stressreducerende tiltak. De ønsker at avdelingene skal tilrettelegge slik at foreldrene blir så trygge som mulig i sin omsorgsutøvelse under oppholdet i avdelingen (29 s.33).

### **Refleksjon over de ulike forskningsresultatene.**

Det er en rivende utvikling innen nyfødtdisin, og for å vite hvilke senkomplikasjoner som kan følge av vår pleie og behandling, må vi kontinuerlig vurdere effekten av disse. Studier av premature må gå over flere år for å kunne si noe om langtidsvirkningene, derfor tar det tid før man får svar på de spørsmål vi stiller. Vi må dessuten være kritiske til hvordan disse studiene egentlig blir utført? Hva er sammenligningsgrunnlaget? Vi er av den oppfatning at mange avdelinger i dag jobber etter NIDCAP® prinsippene selv om de kanskje ikke følger metoden helt ut. Det kan derfor være vanskelig å trekke slutninger om den ene måten å behandle barna på er bedre enn den andre. I retningslinjene står det at flere systematiske oversikter viser til mangel på studier og mangel på studier av god metodisk kvalitet. Noe som er i samsvar med våre funn. Vi er av den oppfatning at Als og Kleberg sine studier motsier noen av de resultatene som blir fremstilt i retningslinjene.

## FORTELLING OG REFLEKSJON OVER ET BADESTELL

*En liten gutt født i uke 26 skal etter en uke få sitt første badestell. Jeg har avtalt med mor å gjøre det klokken 1100, noe som passer både for henne og meg. Denne avtalen ble gjort dagen før da mor og jeg hadde en samtale. Akkurat denne morgenen går morgenstellet av barnet sakte og han får ikke mat før klokken 9 som er nesten en time etter skjema. En liten stund etter maten sovner han. Når mor kommer til avdelingen som planlagt sover barnet fortsatt, men siden vi hadde avtalt å bade blir barnet vekket for å gjøre det.*

I vår avdeling er det ikke uvanlig at et barn blir vekket. Men når det er sagt har vi også i løpet av de siste årene blitt mer og mer opptatt av å individualisere behandlingen vi gir til barna. Dersom de for eksempel har tatt et røntgenbilde eller fått lagt inn en neoflon tidligere på dagen vet vi at det er forstyrrelser som kan stresser barnet og forkorte søvnen. Vi er nok blitt mer kritiske til å forstyrre barna når det ser ut til at de sover godt. Våre holdninger og motiver - som er utviklet på grunnlag av fagets verdier - påvirker den måten omsorgen gis på (25 s.285). Når vi så vekker barnet forsøker vi å gjøre det så skånsomt som mulig, vi letter på tepper, stryker forsiktig og snakker lett til barnet. I tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn på en nyfødtintensiv avdeling kan det være mange hindringer, derfor venter vi ofte med å vekke barnet til mor eller far er tilstede, slik at de får muligheten til denne ekstra kontakten (10 s17). Hvorfor er det viktig med søvn? Dersom det er mangelfull tilfredsstillende av barnets hvile- og aktivitetsbehov kan det gå ut over andre prosesser i kroppen. Det kan være fare for at barnet mangler krefter til å puste adekvat dersom det trettes ut. Barnet har økt kaloribehov ved stress, uro og gråt, samtidig kan overstimulering og for lite hvile føre til manglende vektøkning hos premature (17 s.136). Fysiologiske reaksjoner som blodtrykksfall, økt behov for oksygen og apnoer er signaler barnet bruker for å fortelle oss at det er ikke greier å ta til seg flere stimuli.

Søvn er en viktig faktor i vekstprosessen hvor barnet utvikles og modnes. Utskillelsen av veksthormon skjer i den dype søvnen i søvnstadiene 3 og 4. Veksthormon er et vevsoppbyggende hormon som griper inn i mange biologiske prosesser i kroppen, som for eksempel utvikling av skjelettet (19 s.252-253). Så hvordan kan vi se når barnet sover godt og ikke bør vekkes? Søvn kan ses på som noe vi trenger for å hvile og samle krefter både fysisk og psykisk (15 s.125). Det finnes 5 ulike stadier av søvn, i de 4 første (non-REM - søvn) blir

hjerneaktiviteten gradvis langsommere og søvnen er dypest i det 4 stadiet. Det 5 stadiet er REM<sup>7</sup>-søvn.

Et nyfødt barn sover i 16-20 av døgnet timer og det er REM søvnen som dominerer i denne fasen av livet. Et fullbåret barn tilbringer ca 50 % av tiden i REM - søvn, mens et for tidlig født barn på ca 30 uker har REM - søvn i ca 80 % av tiden (19 s.250, 17 s.136).

REM - søvn vises på barnet ved at de beveger øynene, smiler og gjør grimaser, har litt kroppsurow, har uregelmessig hjerterytme og pust og ved at de er lette å vekke. Mens ved non - REM - søvn har barnet fredlig søvn, langsom og regelmessig hjerterytme og pust og er vanskeligere å vekke, et prematurt barn tilbringer altså kun ca 20 % i denne fasen. Innimellom er det gjerne korte våkenperioder (19 s.249-250).

I følge boken "Søvn og søvnforstyrrelser" fra 2005 mener man at:

*REM - søvnen har betydning for den tidlige utviklingen av hjernen ved at impulser fra hjernestammen stimulerer utvikling, differensiering og myelinisering av sentrale nerveceller og nervebaner. (19 s.250)*

Et prematurt barn bruker lang tid på å utvikle en døgnrytme, og de er kun våkne og aktive i korte stunder (10 s.138). Som barnesykepleiere må vi derfor vurdere om barnet bør få sove videre eller om vi kan vekke det for å gjennomføre planlagte oppgaver. Siden vi vet at barnet kun sover dypt i ca 20 % av sovetiden er det viktig at vi som barnesykepleiere observerer og overvåker barnets tilstand og prioriterer tiltak deretter jf. funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4d (3).

Det premature barnets stadier av våkenhet er mer diffuse og utydelige enn hos fullbårne. De er vanskeligere å skille og inneholder flere ulike atferder. Svingningene mellom de ulike stadiene av søvn og våkenhet kan gå raskt. Barnet kan - når det er våkent - gråte, være anstrengt eller urolig eller det kan vise andre tegn, som å snu seg bort eller flytte blikket (10 s.35-36). Lys og lyder fra overvåkningsutstyr, personalet og andre pasienter er noen av mange andre faktorer som kan påvirke barnets søvnmønster (17 s.136). Det første prinsippet i den synaktive modellen til NIDCAP® er at det er et kontinuerlig samspill mellom barnet og miljøet rundt (10 s.36). Vi som barnesykepleiere må være oppmerksomme på dette og forsøke å forebygge forstyrrelsene best mulig, jf. funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4

---

<sup>7</sup> Rapid Eye Movement; dvs. søvnstadium med raske øyebevegelser. Ofte kalt "drømmesøvn", siden man drømmer ekstra mye og bearbejder opplevelser og informasjon under REM - søvn (19 s.340, 17 s. 136).



e (3). Ved å gjennomføre små endringer som å dempe belysningen og lydnivået i rommet samt dekke til kuvøsen med et teppe, har vi gitt barnet bedre forutsetninger for god søvn. Disse tiltakene vil støtte barnets balanse ved å både skjerme barnet fra lyder, lys og i tillegg skjerme det fra synsinntrykk (17 s.137, 10 s.36). Dette er også i samsvar med § 4 som omhandler faglig forsvarlighet i lov om helsepersonell. Ved å observere barnet i noen minutter kan vi se om pusten er regelmessig, om pulsen er stabil og om barnet ligger rolig. Dersom dette er tilfellet bør barnet få sove en stund til, dette er i tråd med funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4 d. som sier:

*Observerer, bedømmer og overvåker barnets/ungdommens tilstand. Prioriterer og iverksetter nødvendige sykepleie tiltak. Evaluerer, rapporterer og dokumenterer eget arbeid. (3)*

I følge boka "Utviklingstilpasset neonatalomsorg" – som er basert på NIDCAP® - er det rapportert at premature som ble pleiet med tydelige forskjeller i lys- og lydnivå om natten, fikk lengre søvnperioder og bedre vektoppgang senere i forløpet (24 s.42). Som tidligere nevnt kan overstimulering og stress blant annet medføre lav vektoppgang, det er derfor viktig at vi også passer på at barnet får nok tilskudd av ekstra næringsstoffer i melken og følger med på barnets vektkurve.

Det er to hovedfaktorer i denne historien, hensynet til kontakten mellom mor og barn og hensynet til det behov barnet har for hvile. De vurderinger som ble gjort dagen før passet for barnets tilstand da, han var en uke gammel og etter vår mening stabil nok til å bli badet. Vi mener det er viktig - når vi gjør avtaler med foreldrene - å informere om at uforutsette hendelser kan medføre endringer i planene. Hvordan kunne vi gjort dette annerledes? Å inkludere mor i avgjørelsene om stellet av barnet mener vi er svært viktig for at hun skal lære barnet sitt å kjenne. Foreldrene har ofte en egen mening om hva som er til det beste for sitt barn, det er viktig at vi er lydhøre for dette og viser at deres meninger også tas med i de vurderinger som gjøres. Det beste er å ha en åpen og god dialog med foreldrene og gjøre dem trygge på sine egne meninger og vurderinger. Å mestre kommunikasjon og samhandling med barnet og familien er nødvendig for oss som barnesykepleiere jf funksjonsbeskrivelsen punkt 4c. Foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner, det er de som skal reise hjem med barnet og ha hele ansvaret tilslutt. Derfor er deres behov for kunnskap, medfølelse og støtte stor i den perioden barnet er innlagt hos oss (10 s.17). Dette er i samsvar med funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere hvor vi skal ivareta familieperspektivet og benytte omsorgspersonenes

kompetanse og ressurser (3 punkt 4b og k). Å gi mor en sjanse til å forberede seg på et eventuelt badestell tror vi er bra. Vi mener hun da vil få tid til å gjøre sine egne forberedelser til dette, og kanskje er det godt å ha noe positivt å se frem til? Det første badestellet er alltid stor stas, og for mange er det viktig at de vet om det i forkant slik at de for eksempel kan få tatt bilder. Mange har heller ikke sett barnet sitt uten elektroder, ledninger, bleie og slikt, dette er ofte første mulighet til det.

I en avdeling som vår er det vanskelig med forutsigbarhet, mye endres på kort tid. Dette er noe de fleste foreldre oppdager ganske raskt og har forståelse for. Det er likevel viktig at vi fortsetter å gjøre avtaler med foreldrene, de trenger å vite litt om hva som skal skje neste dag, de har også behov for å kunne planlegge. For mange er ikke dette deres eneste barn og de har da flere som trenger oppmerksomhet og omsorg fra dem.

Dersom vi må endre på avtaler vi har gjort med foreldrene, er det nødvendig at vi tar oss god tid til å forklare grunnen. Her kan vi snakke med foreldrene om de observasjoner vi har gjort som har ført til endringen i planene og hva vi har tenkt i forhold til disse. Vi mener det vil vise at vi ser deres barn i den situasjonen han er i og at vi kan endre eller avlyse stell som vi ikke tror vil være til det beste for han, jf. Funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4 m og lov om helsepersonell § 4 (3, 5).

I følge velgjøringsprinsippet mener vi vår handling blir riktig, her har vi plikt til å gjøre godt mot andre (12 s.76). De fleste barn viser tegn til at de synes bading er deilig, de lukker øynene og koser seg i vannet. Det var dette vi ville vise til mor, og vi ville at hun skulle få dele denne opplevelsen med barnet sitt. Vi ønsket altså å gjøre godt både for mor og barn, men som velgjøringsprinsippet sier så kan man ikke alltid gjøre godt mot alle (12 s.76). Også ikke skade- prinsippet kan anvendes i denne sammenhengen; vi som barnesykepleiere skal beskytte pasientene våre mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade (12 s.79). Vi må ikke glemme hvor betydningsfullt det er for samspillet at vi inkluderer mor i stell og måltider når barnet er våkent slik at relasjonen mellom dem kan bli sterkere.

Da vi leste de faglige retningslinjene fant vi lite som omhandlet søvn og barnets behov for hvile. De sier derimot at stressreducerende tiltak i nyfødt intensiv avdelinger bør legges vekt på. Faglitteraturen vektlegger søvn men det nevnes lite i den forskningen vi har funnet. Selv om forskningen er mangelfull på området er dette noe vi vil ha fokus på.

Søvn og hvile er viktig for alle mennesker og vi mener det har stor innvirkning på barnets utvikling dersom dette forstyrres. Vi vet at hjernens utvikling bedres når barnet får nok hvile, og vi vet at søvn reduserer stress og gir raskere vektoppgang. Hvorfor er det da så lite fokus

på søvn? Dette med søvn er vanskelig og premature barns måte å kommunisere på er svak. Det kan være lett å mistolke signalene og tro at barnet roer seg ned og slapper av, når det egentlig er overstimulert og er helt utslått. Det er vanskelig å vite hva som blir rett eller galt å gjøre i forhold til barnet når det sover. Etter hvert som man har jobbet og blitt mer erfaren kan vurderingene baseres på nettopp erfaringene, hva har man gjort før, hvilke observasjoner bør gjøres før man bestemmer seg. NIDCAP® modellen har et observasjonsskjema (se vedlegg 1) som gjør det lettere å vurdere de ulike gradene av våkenhet og selvkontroll hos barnet. Dette skjemaet bygger på de fem ulike delsystemene vi har nevnt tidligere, her vurderes og beskrives barnets atferd og skjemaet gir oss en veiledning til å forstå barnets aktuelle utviklings- og modenhetsgrad (10 s.32-34). Resultatet av å fylle ut et slikt skjema er en god og utfyllende pleieplan. Pleieplaner som brukes og som er grundige er viktige i behandlingen av barna, de sørger for en kontinuerlig og god pleie, samt trykker personalet på at det de gjør er til det beste for barnet.

De stressreducerende tiltakene som er nevnt i retningslinjene er til stor hjelp i søvn- og hvile problematikken, når vi som barnesykepleiere observerer barnet i forhold til disse så er det kanskje enklere å ta en avgjørelse på vekking eller ikke. Som Kari Martinsen sier det: ”Omsorg er sitt eget mål” (22 s.136). Nærmere forklart sier hun at sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger ut fra en faglig vurdering av hva som er til barnets beste. (22 s.136). Dette mener vi er essensen i vårt arbeid.

## **FORTELLING OG REFLEKSJON OVER ET MORGENSTELL**

*Dagen på avdelingen begynner kl 08. I dag har jeg ansvar for en seks dager gammel gutt som er født i uke 25. Som vanlig vil jeg følge morgenrutinene i avdelingen og i følge skjemaet skal barnet ha mat klokken 08. Jeg starter med å notere ned mine faste observasjoner av puls, respirasjon og temperatur. Gutten skal ta blodprøver og jeg må vente en stund før laboratoriepersonellet kommer. Jeg ser på klokken at på grunn av blodprøvene er det kort tid igjen til han skal ha mat. Jeg støtter gutten og forsøker å gi han sukkersirup før blodprøvetakingen, men han sover. Han sover godt frem til han blir stukket, da begynner han å gråte, han legger hendene foran ansiktet og dette tolker jeg som smerte. Etterpå finner jeg frem vaskefat slik at jeg kan få stelt han. Jeg tar samtidig med meg tøy til å skifte i kuvøsen etter at han er ferdig stelt. Gutten har sovnet igjen, så nå må jeg prøve å vekke han. Jeg*

*prater lett til han mens jeg begynner forsiktig å vaske han i ansiktet. Jeg ber samtidig en annen sykepleier hjelpe meg slik at jeg kan få veid han mens han har bleien av. Han blir veid og snudd samtidig som vi steller han og skifter bleie. Navlestell blir også gjort før jeg legger han godt til rette med reiring rundt seg. Så er det til med suging i nese og svelg før det skal aspireres i sonden og han skal få mat. Hele stellet fra blodprøvetaking til han skal få mat tar ca 15-20 min. Han har ikke vært ordentlig våken under stellet, men reagerer likevel ganske kraftig på behandlingen han får. Etter at han har fått mat skal den daglige vasken av kuvøsen gjøres. Gutten sover nå igjen, så jeg prøver å gjøre det så forsiktig og stille som mulig.*

Dette er et eksempel på et helt vanlig morgenstell i avdelingen vår. Her er det mange utfordringer og spørsmål å ta tak i. Når skal barnet stelles? Hvilke oppgaver må vi gjennomføre kl 08 og hvilke kan vente til senere på dagen? Hovedstellet foregår ved de fleste avdelinger om morgenen, dette gir barnesykepleieren mulighet til å få en oversikt over barnets tilstand og til en viss grad å kunne planlegge resten av dagen (16). Avdelingen vår har klare rutiner for hva som skal gjøres under ett morgenstell (se vedlegg 2). Observasjoner skal foretas, barnet skal skiftes på, diverse utstyr skal byttes og det skal skiftes i kuvøsen. Rutiner er viktige for å sikre at alle ansatte ved avdelingen, også de som er nye, vet hva som skal gjøres, men det er derimot ikke sikkert at alle punkter bør gjennomføres til hvert stell. Man skal til enhver tid foreta en vurdering av barnets behov. Det skal ikke være slik at vi føler oss forpliktet til å utføre alle punkter på listen bare fordi de står der. Den er ikke et mål som skal nås, men den skal være et middel for å kvalitetssikre pleien. Den gjør oss bevisst på hva vi skal se etter hos det premature barnet under et stell. Hvordan kan dette gjøres annerledes? Hvis vi for eksempel hadde foretatt NIDCAP® observasjoner (se vedlegg 2), kunne vi laget en grundig pleieplan og anvendt denne i stedet for de faste morgenrutinene. Man kan si at det da blir individuelle morgenrutiner, slik kan vi kanskje unngå unødvendig uro for barnet, jf. Funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4d. Ved å gjennomføre stellet på barnets premisser, tror vi at vi har bedre forutsetninger for å forebygge utviklingsvansker. Det er viktig å ha barnets beste i fokus.

Pliktetikken kan være basert på et prinsipp som vi har lært oss, eller prinsippet kan være basert på en plikt som er gitt oss av andre som vi har tillit til eller velger å lystré (4 s.22). Det er mulig at uerfarne eller usikre pleiere føler seg forpliktet til å følge de nedskrevne rutiner i avdelingen, selv om de i enkelttilfeller ikke er til pasientens beste. Man kommer her i en

konflikt, man har en plikt overfor avdelingens rutiner og samtidig en plikt overfor pasienten. I de yrkesetiskeretningslinjene for sykepleiere punkt 4.1 står det:

*Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og etisk forsvarlig.*

(9)

Pliktetikken vil ikke kunne hjelpe oss her; den gir oss ingen løsning når to plikter står mot hverandre, noe som ofte er tilfelle i hverdagen på en nyfødtintensivavdeling (4 s.22). Konsekvensetikken er kanskje den retningen som vi som oftest tenker etter; tankemåten er at en handling er riktig dersom den fører til gode resultater eller har gode følger (4 s.25). Hvem har det her gode følger for? Er det for barnesykepleieren eller for barnet? Det å få ros fra andre kollegaer fordi du er flink til å gjøre de arbeidsoppgaver du er tillagt kan jo være en konsekvens av en handling. Samtidig kan det å la være å utføre deler av morgenrutinen føre til mindre uro for det premature barnet. Vi befinner oss i et etisk dilemma.

I artikkelen "tolker prematursk" sier Eivor Hofstad at å stadig forstyrre det premature barnet er i følge NIDCAP® modellen misforstått omsorg (21 s 20).

Det optimale for et prematurt barn er å få ligge i ett passe varmt, mykt, mørkt og stille rom. Helst helt uten forstyrrelser utenfra. Dette er dessverre umulig fordi barnet må få livsnødvendig pleie og behandling etter at det er født. Her kan NIDCAP® brukes for å gjøre overgangen fra den varme, myke mørke tilværelsen i morens livmor til det lyse, harde og kalde sykehusmiljøet minst mulig traumatisk og stressfremkallende (21 s.20).

God planlegging er en viktig forutsetning for å redusere stress under et stell. Fysiologisk stress blir av den ungarsk – kanadiske legen Seyle beskrevet som en reaksjon på et spesifikt stimuli og er en tilpasningsmekanisme. Han kaller dette for det generelle adaptasjonssyndrom. Kjentetegnet ved dette er økt aktivitet i hypothalamus, hypofysen og binyrebarken og i det sympatiske nervesystemet. Det blir skilt ut økte mengder adrenalin og noradrenalin som fører til at hjertet slår hurtigere, blodtrykket stiger og blodtilførselen til hjertet og skjelettmusklene øker, mens blodtilførselen til huden og fordøyelsesorganene avtar og åndedrettet blir dypere (25 s.41). Heidelise Als er overbevist om at den uferdige hjernen til de for tidlig fødte blir forstyrret av stresset de utsettes for på konvensjonelle nyfødtintensiv avdelinger. Hvis vi kan minimere dette vil barna fungere bedre senere i livet (21 s.21). Stresset kan reduseres ved alltid å være to pleiere tilstede ved hvert stell. Barnet trenger en trygg og støttende hånd hos seg. Hvis barnesykepleieren er alene og til stadighet må forlate pasienten for å hente ting, vil

dette skape mye uro for barnet. Et stell vil være en mye tryggere opplevelse for barnet når vi er to pleiere. Premature barn har vanskelig for å kontrollere sine bevegelser, hvis pleieren både skal holde og trygge barnet og utføre diverse praktiske oppgaver vil dette gå utover hennes mulighet til å støtte barnet.

Det at vi til stadighet må utføre prosedyrer fratar oss - etter vår mening - ikke ansvaret for å behandle barnet så skånsomt som mulig. De faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn sier at:

*I behandling av for tidlig fødte barn i nyfødt avdelingen bør det legges vekt på tiltak som reduserer stress hos barnet ved å skjerme det mot unødvendig lys, lyd, smert og uro. (29)*

Dette er i samsvar med funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4i som omhandler stress (3).

Legen ønsker som regel blodprøvesvar før visitten går, derfor blir prøvene tatt til stellet kl 08. Hvor viktig er dette tidspunktet? Blodprøver er en smertefull opplevelse for den premature, og derfor er det viktig å optimalisere smertelindringen. Er dette mulig når prøven blir tatt når den passer oss og ikke når den passer barnet? Er dette en rutine vi har for vår egen bekvemmelighet, eller er det et livsnødvendig tiltak for den premature? Det er viktig at barnesykepleieren og legen har planlagt og tenkt nøye igjennom hva som er nødvendig behandling, undersøkning og prøvetaking og hvilken fremgangsmåte som forårsaker minst smerte og ubehag. Man skal bare gjennomføre de smertefulle prosedyrene som helt klart er av diagnostisk eller terapeutisk betydning (7 s. 297). Olsson og Jylli sier i sin bok om smerter hos barn og ungdom at man skal ta blodprøven etter et måltid, erfaring viser at smertereaksjonen hos et barn som er rolig, trygt og mett er mindre enn om barnet er sultent og irritert (7 s.300). I vårt tilfelle må man derfor vurdere om blodprøven kan taes etter at maten er gitt. Hvis barnet skal ta blodsukker eller S/B<sup>8</sup> må prøven tas før stellet og maten for å sikre et så riktig resultat som mulig. Selv om vi gjør vårt beste for å lindre barnets smerte under prøvetaking er det viktig å huske at: *"Ingen farmakologisk eller ikke-farmakologisk*

---

<sup>8</sup> S/B: En blodprøve som gjenspeiler syre - base balansen i kroppen. Fra en slik prøve analyseres pH, pCO<sub>2</sub>, standard bikarbonat, baseoverskuddet, pO<sub>2</sub> og SO<sub>2</sub>. Dette er et mål for hvordan gassutvekslingen i kroppen er. (20 s.44)

*smertebehandling er så effektiv for å skåne barnet, som å avstå fra den smertefulle prosedyren". (7 s. 297)*

Legen trenger også barnets vekt for å kunne dosere medisiner og for å vurdere barnets tilstand. Vi må tenke nøye igjennom hva vi gjør med barnet når vi utfører våre handlinger. Gevinsten av handlingen må veies nøye opp mot konsekvensen for barnet. Hva vet vi? Trenger barnet bleieskift? Trenger barnet å snues? I følge funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere punkt 4. i skal vi:

*reduserer stress, lindrer smerte, angst og ubehag og bidrar til at barn/ungdom, omsorgspersoner og familie mestrer opplevelser og reaksjoner som følge av behandling, sykdom, lidelse og død. (3)*

Vi kan redusere barnets stress ved å forstyrre det så lite som mulig. Når barnet får redusert stressnivået i nyfødtp perioden, kan det bruke kreftene på helsefremmende prosesser. Ved slutten av stellet blir barnet sugd for sekret i nese og svelg. Hvorfor gjorde vi dette? Det bør være et mål at barnet suges når det viser symptomer til å trenge det og ikke rutinemessig (10 s.217). I lov om helsepersonell § 4 som omhandler forsvarlighet står det:

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. (5)*

Vi som jobber med premature bør reflektere over hvilke holdninger vi tar med oss på jobb. Vi må hele tiden tenke gjennom hva vi gjør. Faglige diskusjoner med kollegaer er viktig for personlig utvikling og for å sikre at hele avdelingen er bevisst sin måte å jobbe på. Barnesykepleieren overtar en stor del av omsorgsrollen fra foreldrene mens barnet er innlagt i avdelingen, vi har da - som beskrevet tidligere - en etisk omsorg. Under utviklingen av evnen til etisk omsorg, vinner plikten til omsorg for den andre over ønsket om å tjene egne interesser (25 s.284). Gjennom å reflektere sammen over situasjoner som utspiller seg i praksis vil vi kunne lære av hverandres vurderinger.

NIDCAP® er ikke innført i sin helhet i vår avdeling, men det preger store deler av pleien vi utfører. Vi har tilpasset det fysiske miljøet rundt barna ved å bruke reiring, lite lys, lyd og sterke lukter og prøver å bruke minst mulig stressfremkallende behandling.

Å bli født for tidlig og være avhengig av medisinsk og teknisk behandling fører til en risiko for komplikasjoner. Det er vår jobb som barnets pleiere å forsøke så langt det er mulig å unngå disse komplikasjonene. Retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn fortalte oss at det ikke er holdepunkter for at spesielle programmer for forebyggende intervensjon rettet direkte mot det for tidlig fødte barnet som ikke har påvisbar funksjons avvik, er av betydning for senere generell utvikling utover det som oppnås gjennom et godt oppvekstmiljø (29 s.30). Dette strider til dels både mot Als og Klebergs resultater, de sier at de ser en forskjell på barna ved 9 mnd og ved ett års alder. Svakheten her er vel at de ikke sier noe om resultatet senere. Det hadde vært interessant å følge opp disse barna helt til skolealder, slik at vi kan se om forskjellene de fant vil vedvare, eller om barna i kontrollgruppen har tatt igjen NIDCAP® barna. Als beskriver blant annet at NIDCAP® barna var mer lik friske fullbårne enn barna i kontrollgruppen og at NIDCAP® barna gir bedre kontakt, mens retningslinjene sier at stressreducerende tiltak stort sett bare har en effekt ved innleggelsen.

## AVSLUTNINGSVIS

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vår forståelse både for behandlingen av premature og for forskning økt. Vi føler vi nå har et større faglig grunnlag til å gjøre vurderinger og mener at den forståelsen vi hadde i utgangspunktet er forsterket. Vi har vokst som sykepleiere og er tryggere på oss selv og våre vurderinger. Vi ser at forskningen vi har lest og reflektert over har mange relevante og viktige resultater. Vår kunnskap om konsekvensen av pleien har økt.

Våre fortellinger har gitt oss mer spesifikk kunnskap om blant annet søvn og stell av barn. Vi har lært om hvilke observasjoner vi bør foreta for å avgjøre hvilke tiltak vi bør iverksette. Som tidligere nevnt har barna kun ca 20 % dyp søvn og det er derfor svært viktig for den videre utviklingen å la barnet få ro. Dette for å forsøke å tilrettelegge for beste mulig vekstvilkår og forebygge senkomplikasjoner som for eksempel mangelfull vekst og vansker knyttet til læring, språk, psykisk helse og motorikk (29 s.18, 22).

Vi har - gjennom å reflektere over fortellingene fra praksis - lært at forsiktighet under stell er noe vi som barnesykepleiere må ha fokus på. På grunn av umodenhet er blødning i hjernen en fryktet komplikasjon som vi må forsøke å forebygge. Dette kan vi prøve å gjøre ved å bruke hele eller deler av observasjonsmetodene til NIDCAP®, de hjelper oss til å se det spesielle i hver enkelt situasjon ved å gi oss konkrete eksempler på hva vi bør være oppmerksomme på i



det enkelte barnets atferd. Ved å være to pleiere kan det være lettere å følge med på hva barnet signaliserer, vi får en bedre oversikt over den enkelte situasjon og vi tror det vil gi oss større mulighet til å tilpasse stellet etter barnets signaler. Disse tiltakene håper vi vil være med på å redusere barnets opplevelse av stress under morgenstellet.

I følge Heidelise Als vil det være en fordel for våre små pasienter å innføre NIDCAP®, hun sier i sin forskning at NIDCAP® -barna hadde mer hvit substans i hjernen, noe som er viktig for læring, tenking og beslutningstaking (14). Stressreduering blir da en måte som vi håper kan være med på å forebygge senkomplikasjoner.

At helse - og sosialdepartementet har laget faglige retningslinjer mener vi er bra. De setter mer fokus på viktigheten av det arbeidet som gjøres med premature barn og belyser den problematikken som ofte oppstår når barnet er skrevet ut fra sykehuset. De gir anbefalinger og råd som bygger på oppdatert faglig kunnskap og er ment som et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tilbudet til barnet. Å reflektere over de faglige retningslinjene har være utfordrende for oss, det var de som la grunnlaget for utformingen av oppgaven og vårt søk etter annen litteratur. De hjalp oss på god vei med å formulere vår problemstilling. Vi er ikke enig i alt som står der, noe som vi håper vi har fått frem i oppgaven, og det er viktig å poengtere at dette er vår subjektive mening.

Vi har alltid vært opptatt av å støtte og trygge barnet, og dette mener vi fortsatt er noen av de viktigste aspektene i vårt arbeid. Omsorgen for barnet og dens familie er fundamentet i vår hverdag som barnesykepleiere. Vi er blitt mer bevisste på hvor nødvendig det er med tidlig relasjon mellom barn og foreldre, og vi tror at når vi kommer tilbake i jobb vil dette være mer integrert i vår måte å utføre pleie på. Etter å ha fordypet oss ser vi at vi vil være mye mer kritisk til de tiltak vi setter i gang under for eksempel et morgenstell. Vår avdelingen har mye kompetanse og alle jobber med barnets beste som hovedmål, likevel håper vi at våre nye kunnskaper skal komme til nytte.

Selv om vi foreløpig ikke har utdannede NIDCAP® observatører i avdelingen vår mener vi at modellen er noe vi fortsatt bør strebe etter å følge. Det ekstremt premature barnet har – som tidligere nevnt - en påvist nytte av arbeidsmåten under oppholdet i avdelingen og muligens en positiv langtidseffekt. Det er viktig for oss å poengtere at selv om vi nå vet mer om langtidskomplikasjonene må vi fortsatt se barnet i den situasjonen han er i nå.

Individualisering er viktig.

Hva kunne vi tenkt oss å jobbe videre med?

Dette er en oppgave med et stort tema og det er mange problemområder vi kan trekke ut. Dersom vi skulle jobbet videre med noe fra denne oppgaven ville et naturlig valg for oss være å legge fokuset på barnets søvn og søvnbehov og hvilke konsekvenser stadige forstyrrelser kan medføre hos barnet. Dette var et tema vi fant lite svar på og som ga oss mye hodebry under skrivningen. Det utgjør tross alt en stor del av barnets dag og vi trenger derfor mer kunnskap om dette.

Bildet vi har fremst i oppgaven er også til refleksjon. Hvilke signaler gir dette barnet? Vi viste det til flere og fikk mange ulike tilbakemeldinger, alt fra *"å for et fint bilde"* til *"han ser stresset ut"*. Dette viser hvor vanskelig det kan være å tolke det premature barnets signaler. Vi sitter igjen med noen svar og mange nye spørsmål som vi ser frem til å ta med oss i vår nye hverdag som barnesykepleiere.

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur

1. Bech-Karlsen, Jo: Gode fagtekster Essayskriving for nybegynnere, Universitetsforlaget 2003 Oslo
2. Dalland, Olav: Metode og oppgaveskriving for studenter, Gyldendal 2007 Oslo
3. Funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere  
<http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=4036&categoryID=591>  
(2s)
4. Lingås, Lars Gunnar: Til beste for barnet, Kommuneforlaget 2001 Oslo
5. LOV-1999-07-02-64, Helsepersonelloven <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#4> (1s)
6. Markestad, Trond: Klinisk pediatri, Fagbokforlaget 2005 Bergen
7. Olsson, Gunnar L og Jylli, Leena: Smärta hos barn och ungdomar, Studentlitteratur 2001 Lund
8. Peitersen, Birgit og Arrøe, Mette: Neonatalogi, Nordisk forlag 2002 København
9. Yrkesetiske retningslinjer, NSF-serien 2001 (2s)
10. Wallin, Lars: Omvårdnad av det nyfödda barnet, Studentlitteratur 2001 Lund

### Selvvalgt litteratur

11. Als, Heidelise m.fl: Early Experience Alters Brain Function and Structure, PEDIATRICS Vol. 113 No. 4 April 2004, pp. 846-857  
E:\Hovedoppgave\Early Experience Alters Brain Function and Structure -- Als et al\_ 113 (4) 846 -- NeoReviews.mht s.846-857 (12s)
12. Brinchmann, Berit Støre: Etikk I sykepleien, Gyldendal 2005 Oslo s.51-87 (36s)
13. Brinchmann, Berit Støre: Etikk i nyfödtmedisin, Unipub AS 2003 Oslo s.31-39 (9s.)
14. Cromie, William J.: Early experiances alters the baby`s brain, Harvard University Gazette mai 2004 <http://www.hno.harvard.edu/gazette/2004/05.20/01-preemies.html> (2s)
15. Dietrichs, Espen og Leif Gjerstad: Vår fantastiske hjerne, Gyldendal Norsk Forlag AS 2007 2.utgave Oslo s.123-130 + s.134-135 (10s)
16. Flood, Ann Charlotte og Pedersen, Jorunn: Det gode stell, Tidsskriftet sykepleien nr 5 1997 Oslo (5s)

17. Grønseth, Randi og Markestad, Trond: *Pediatri og pediatriisk sykepleie*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2005 2.utgave Bergen s.136-144 (9s)
18. Heermann, Judith A. m.fl: *Mothers in the NICU: Outsider to partner*, *Pediatric nursing* juni 2005 s 176-181 (6s)
19. Heier, Mona Skard og Anne M. Wolland: *Søvn og søvnforstyrrelse*, J.W. Cappelen's Forlag as 2005 Oslo s.249-253 (5s)
20. Henriksson, Olle og Lennmark, Ingalill: *Verdt å vite om væskebalansen*, Gyldendal 2005 Oslo s.44 (1s)
21. Hofstad, Eivor: *Tolker prematursk*, *Tidsskriftet sykepleien* nr.18 2007 Oslo
22. Kirkevold, Marit: *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*, Ad Notam Gyldendal A/S 1992 4.opplag Aurskog s.131-143 (13s)
23. Kleberg, Agneta: *Promoting preterm infants` development and mother child interactions*, Karolinska institute, Stocholm 2006 s.1-62 (62s)
24. Kleberg, Agneta m.fl: *Utviklingstilpasset neonatalomsorg*, Falun og Uppsala 1995 s.3-81 (79s.)
25. Kristoffersen(red.), Nina Jahren: *Generell sykepleie 1*, Universitetsforlaget 1996 Oslo s.38-44+ s.272-293+ s.444-456 (42s)
26. Ludviksen, Elin m.fl: *Barnesykepleie: En god start på livet*, *Tidsskriftet sykepleien* nr 9 2004 Oslo (3s)
27. Munck, Hanne og Greisen, Gorm: *For tidlig fødte børn*, Komma og Clausen 1991 København s.7-91 (85s)
28. Saugstad, Ola Didrik: *Når barnet er født for tidlig*, Luther forlag 1999 Oslo s.42-51 + s.77-83 (17s)
29. Sosial- og helsedirektoratet: *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*, Oslo 2007 s.5-55 (50s)
30. Symington A, Pinelli J.: *Developmental care for promoting developmental and preventing morbidity in preterm infants(review)*, *The Cochrane library* , 2005 s.1-52 (52s)
31. Ulvund m.fl: *Lettvektene om for tidlig fødte barn*, Universitetsforlaget AS 1992 Oslo s.15-53 (59s)
32. Ödman, Mai: *Tidlig född – forskningens frontlinjer*, Universitetsforlaget AS 1993 Göteborg s.7-80 (74s)

Antall ord: 9615

Antall sider selvvalgt litteratur: 633 sider

Vedlegg 1: **NIDCAP® observasjonsskjemaer**

Vedlegg 2: **Morgenrutiner i avdelingen**

Forsidebildet er hentet med tillatelse fra fotograf Michelle Norris:

<http://www.mcnphotography.com/baby/photos/photo1.html>

Vedlegg 1

Observasjonsskjema		Navn: _____					Dato: _____					Sidenr: _____				
		KI:							KI:							
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			
Pusting: Regelmessig	Regelmessig						Våkenhetsgrad:	1A								
	Uregelmessig							1B								
	Langsom							2A								
	Rask							2B								
	Pause							3A								
Farge: Gul	Gul							3B								
	rosa							4A								
	Blek							4B								
	Marmorert							5A								
	Rød							5B								
	Gusten						6A									
	Cyanotisk						6B									
Sitring	Sitring						Ansikt: Munnbevegelser									
	Skvetting							(forts.) Søking								
	Rykning-anskikt							Suger								
	Rykning-kropp						Ekstrem- iteter	Sprikende fingre								
Rykning-xtrem						Fly										
Mage/ Spytte	Spytte							Hilsen								
	Tarm/ Svelge							Sitte på luft								
Resp. Rap	Rap							Holde hender								
	Hikke							Holde føtter								
	Trykke (Knyste)							Gripebevegelser								
	Grynting						Grep									
	Sukk						Knyttneve									
	Gisp						Oppmerk- somhet:	Klynke								
slappe armer						Gjespe										
Slappe ben						Nyse										
Bøyde armer	Alt					Løfte øyenbryn										
Bøyde ben	Leie					Flakke md blikket										
Utstrakte armer	Alt					Rynke øyenbryn										
Utstrakte ben	Leie					Trutmunn										
Jevne kroppshev.	Alt					Låse blikket										
Jevne armhev.	Leie					Kurre										
Jevne ben						Talebevegelser										
beveg						Leie: (Mage, rygg, side)										
Vridning						Hode: (Høgre, venstre, fram)										
Bue						Plassering. (seng, kuvøse, fang)										
Krype sammen	Krype sammen						Omsorgstiltak:									
	Benstøtte						Puls									
	Ansikt: Rekke tunge						Resp. frekvens									
	Hånd over ansikt						TrPO <sub>2</sub> /SaO <sub>2</sub>									
	Gape															
Grimase	Grimase															
	Smil															

AA

Vedlegg 1 FORTS.

**NATURALISTISK OBSERVASJON AV NYFØDTE BARNES ADFERD (NIDCAP)**

Barnets navn og kjønn \_\_\_\_\_ Observatørens navn \_\_\_\_\_  
 Fødselsdato \_\_\_\_\_ Observasjonsdato \_\_\_\_\_  
 Barnets familie \_\_\_\_\_

Mors helse:  
 Før graviditeten: \_\_\_\_\_  
 Nuværende graviditet, forløsningsmåte, medisiner \_\_\_\_\_

Gravida/para \_\_\_\_\_

**Barnet:**

Født: \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_  
 Gestasjonsalder uke/dager \_\_\_\_\_  
 Fødselsvekt \_\_\_\_\_ SD \_\_\_\_\_  
 Fødselslengde \_\_\_\_\_ SD \_\_\_\_\_  
 Hodeomkrets \_\_\_\_\_ SD \_\_\_\_\_  
 Forløsning \_\_\_\_\_  
 Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5min \_\_\_\_\_ 10min \_\_\_\_\_

**Respirasjonsfunksjon:**  
 Respirator \_\_\_\_\_ dager \_\_\_\_\_  
 CPAP \_\_\_\_\_ dager \_\_\_\_\_  
 O2 i kuvøse \_\_\_\_\_ dager \_\_\_\_\_  
 O2 nesekateter \_\_\_\_\_ dager \_\_\_\_\_  
 Høyeste FiO2 \_\_\_\_\_  
 Ingen hjelp til respirasjon \_\_\_\_\_

**Medisiner:**  
 Sedativa \_\_\_\_\_  
 Bronkodilatorer \_\_\_\_\_  
 Diuretika \_\_\_\_\_  
 Antikonvulsiva \_\_\_\_\_  
 Steroider \_\_\_\_\_  
 Antibiotika \_\_\_\_\_  
 Annet \_\_\_\_\_

**Ernæring:**  
 TPN \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_ Sonde: nasal/oral \_\_\_\_\_  
 Ammes \_\_\_\_\_ Annet \_\_\_\_\_ Flaske \_\_\_\_\_  
 MM \_\_\_\_\_ Erstatning \_\_\_\_\_ Kalorier \_\_\_\_\_  
 Matingsintervall \_\_\_\_\_  
 Stelleintervall \_\_\_\_\_

**Komplikasjoner:**  
 Asfyksi \_\_\_\_\_  
 RDS \_\_\_\_\_ grad \_\_\_\_\_  
 BPD \_\_\_\_\_ grad \_\_\_\_\_  
 Sepsis \_\_\_\_\_  
 Hjerneblødning \_\_\_\_\_ grad \_\_\_\_\_  
 ROP \_\_\_\_\_ grad \_\_\_\_\_  
 Hyperbil \_\_\_\_\_ lysbehandling \_\_\_\_\_  
 Åpenst duct. art. beh: med./kir \_\_\_\_\_  
 Annet \_\_\_\_\_

**NUVÆRENDE TILSTAND**

Aktuell gestasjonsalder \_\_\_\_\_  
 Aktuell alder uker/dager \_\_\_\_\_  
 Aktuell vekt \_\_\_\_\_ SD \_\_\_\_\_  
 Aktuell lengde \_\_\_\_\_ SD \_\_\_\_\_  
**Respirasjon:**  
 Respirator \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_  
 CPAP \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_  
 O2 i kuvøse \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_  
 O2 nesekateter \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_  
 Annet \_\_\_\_\_  
 Ingen hjelp \_\_\_\_\_  
 Siste døgn: FiO2 \_\_\_\_\_  
 Siste døgn: resp. frekv \_\_\_\_\_ puls \_\_\_\_\_  
 Siste døgn: tr. pO2/SaO2 \_\_\_\_\_  
 Pågående medisinering \_\_\_\_\_

**Ernæring:**  
 TPN \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_ Sonde: nasal/oral \_\_\_\_\_  
 Ammes \_\_\_\_\_ Annet \_\_\_\_\_ Flaske \_\_\_\_\_  
 MM \_\_\_\_\_ Erstatning \_\_\_\_\_ Kalorier \_\_\_\_\_  
 Matingsintervall \_\_\_\_\_  
 Stelleintervall \_\_\_\_\_  
 Matingsproblemer \_\_\_\_\_  
 Aktuelle problem og synspunkter: \_\_\_\_\_

**Aktuelle medisinske problem:**  
 Pneumothorax \_\_\_\_\_ Tracheostomi \_\_\_\_\_  
 Hypoglykemi \_\_\_\_\_ Hypoxianfall \_\_\_\_\_  
 Hyperbil \_\_\_\_\_ Asidose (pH < 7,3) \_\_\_\_\_  
 Hydrocephalus \_\_\_\_\_ Hypotensjon \_\_\_\_\_  
 NEC \_\_\_\_\_ PDA \_\_\_\_\_ Nyreinsuff \_\_\_\_\_  
 Sepsis \_\_\_\_\_ Blødning \_\_\_\_\_ anemi \_\_\_\_\_  
 Kramper \_\_\_\_\_  
 Apne \_\_\_\_\_ bradycardi \_\_\_\_\_ anfall/dag \_\_\_\_\_  
 Annet \_\_\_\_\_

Vedlegg 1 FORTS.

**FORHOLD UNDER OBSERVASJONEN**

Plass: avdeling..... stue..... annet rom.....  
Plasering: kuvøse..... seng..... annet.....  
Barnets nærmiljø:  
madrass..... - sauéskinn..... vannmadrass.....  
klær..... lue..... side/fotruller.....  
smokk..... klut/rull å holde rundt.....  
tepper: løs..... lett ompakket..... tett ompakket.....  
kuvøsedekke/sengehimling:..... svak lys..... mørke.....  
personlige tegn: bilder..... foto..... Klistremerker..... myke dyr.....  
annet:.....

**LYS, LYD og AKTIVITETSNIVÅ**

Lyd: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- 1 er svært rolig, slik det kan være i et lukket soverom med ingenting som forstyrrer  
9 betyr høyt lydnivå, med f.eks. radio med høy lydstyrke, latter, tette alarmsignaler, telefonkiming, høylytt snakk.

Beskrivelse:.....  
.....  
.....

Lys: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- 1 er et halvmørkt rom, en helt tildekket kuvøse, ingen takbelysning  
9 er sterk takbelysning el. sterke lamper i nærheten, ingen beskyttelse over kuvøsen eller sengen.

Beskrivelse:.....  
.....  
.....

Aktivitetsnivå: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

- 1 er svært roligt og stille, ingen aktivitet i nærheten av barnet. Dersom personalt flytter på seg, skjer det stilt og roligt.  
9 er hektisk uavbrutt aktivitet med mye bevegelse og hastverk, mye personell og mange besøkende som kommer og går, lyd fra apparater som flyttes.

Beskrivelse:.....  
.....  
.....

Observerte omsorgsgivere: barnepleier..... sykepleier..... lege..... foreldre.....  
Observerte still og prosedyre i kronologisk rekkefølge  
.....  
.....

Tidspunkt for observasjonen: før tiltak.....  
under tiltak.....  
etter tiltak.....





## Morgenrutiner ved Nyfødtintensiv L1

Utarbeidet av: Wenche P Enge

Utarbeidet dato: 13.09.2007

Godkjent av: Anita Kvarsnes

Dokumentnummer: PR5310

Gyldig for: Nyfødtintensiv seksjon Bodø

Versjon: 2

### Hensikt

Felles rutine for å sikre at alle barn innlagt i posten får det stell de har krav på.

### Bakgrunn

For å sikre optimal pleie og observere tidlige sykdomstegn hos barnet, er det viktig at personalet foretar hovedstellet på morgenen.

### Arbeidsbeskrivelse

- Telle respirasjon og puls av alle barn *før* vi forstyrrer dem med resten av stellet eller blodprøvetaking
- Hvis barnet må ta blodprøven før stell/måltid (bl.s, s/b evt. andre) påse at det er lagt på varmhanske, trukket opp sukkersirup, og vær tilstede når barnet stikkes. Uavhengig om det er laben som tar kappilær prøve eller vi som tar venøs prøve
- Rutinemessig Hgb og Na hver tirsdag på alle premature, hvis ikke annet er forordnet av lege
- Måle temperatur – under armen på de aller fleste barn
- Daglig vekt der det ikke er forordnet annet
- Vask av navle med Hibiscrub (se prosedyre for navlestell)
- Vask av barnets ansikt, hender og rumpe – hansker ved bleieskift
- Skift tøy på barnet, og sengetøy ved behov (sengen vaskes minimum en gang i uken)
- Regn ut væskebehovet for dette døgn
- Føre kurvene for foregående døgn og starten av inneværende
- Husk lengde og urin stix hver 14. dag
- Husk signatur på kurven for din vakt
- Vær tilstede ved legevisitten på ditt/ dine barn

De barn som ligger i kuvøse stelles oftest inne i denne. Barn som ligger i seng stelles på en av stellebenkene. **Barnet skal ikke under noen omstendighet forlates på stellebenken uten tilsyn.**