

Familiefokusert nyfødtsomsorg

I Norge flyttes 10–15 % av alle nyfødte til spesialavdelinger for behandling av sykdommer og utviklingsavvik av ulik grad, noen svært alvorlige. Tilrettelegging for foreldre-barn-kontakt og hjelp til bearbeiding av krisen foreldre gjennomgår i slike situasjoner, er en viktig oppgave. Foreldre har i henhold til Sosial- og helsedepartementets *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) rett til å være hos barnet under innleggelse i sykehus. Egne foreldrerom bør integreres i neonatalenhetene for døgnekontinuerlig kontakt mellom mor og barn.

Alf Meberg

alfmeberg@yahoo.no

Heidi Wataker

Barnesenteret

Sykehuset i Vestfold

3103 Tønsberg

Tilknytningen mellom mor og barn etter fødselen er en viktig psykologisk og fysiologisk prosess. Bak prosessen ligger trolig evolusjonsbiologiske mekanismer som har til hensikt å sikre at barnet overlever. I 1976 publiserte de to amerikanske barnelegene Marshall Klaus og John Kennell boken *Maternal-infant bonding – the impact of early separation or loss on family development* (1). Deres synspunkter skulle få stor betydning for tilrettelegging for bedre mor-barn-kontakt ved fødeinstitusjoner. De beskrev også hvordan sykdom og utviklingsavvik hos nyfødte kan medføre en posttraumatisk stressreaksjon hos foreldrene. De opplever sorg over tapet av det barnet de ønsket seg og gjennomgår en ofte lang prosess for å restituere og mentalt knytte seg til det barnet de fikk. Tilrettelegging for foreldre-barn-kontakt og bearbeiding av krisen foreldre gjennomgår i slike situasjoner, er en viktig oppgave.

Foreldre har i henhold til Sosial- og helsedepartementets *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* rett til å være hos barnet under innleggelse i sykehus (2). Den biologiske enhet som mor og hennes nyfødte barn utgjør, tilsier at dette også må gjelde ved sykdom i denne fasen. I denne kronikken beskriver vi hvordan integrering av foreldrerom i en neonatalenhet muliggjør døgnekontinuerlig kontakt mellom mor og barn og optimaliserer samarbeidet mellom helsearbeidere og foreldre.

Historikk

I 1979 startet barnelegen Adrik Levin fra Estland den første nyfødtavdeling hvor mor kunne være sammen med barnet sitt hele

døgnet (3). Hovedprinsippene i hans *Humane neonatal care initiative* er en mest mulig skånsom behandling og mest mulig kontakt mellom mor og barn (4). Det tilrettelegges for amming og undersøkelser, og invasive prosedyrer reduseres til et minimum. Mødrenes nærvær hadde store fordeler. De ble tryggere i foreldrerollen, utviklet en sterk tilknytning til barnet og ble mentalt og praktisk bedre forberedt på å klare omsorgen for barnet etter utskrivning fra sykehuset. Disse prinsippene har inspirert svenske sykehus til å etablere «samvårdsavdelinger» (Danderyds Sjukhus, Stockholm og Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala). I disse familieorienterte avdelingene følger mor med barnet og kan være hos det 24 timer i døgnet frem til utskrivning (5).

Norske forhold

Norske fødeinstitusjoner har i stor utstrekning søkt godkjenning som mor-barnvennlige i henhold til kriterier gitt av WHO/UNICEF, *The baby friendly hospital initiative* (6). Kriteriene tilsier bl.a. uforstyrret hudkontakt i minst en time etter fødselen og anledning for mor og barn til å være sammen 24 timer i døgnet under oppholdet i føde-/barselavdelingen. Nasjonalt kompetansesenter for amming, Rikshospitalet har stått sentralt i dette arbeidet og har utarbeidet tilsvarende kriterier for sertifisering av enheter for syke nyfødte som mor-barnvennlige.

I Norge flyttes 10–15 % av alle nyfødte (over 6 000 hvert år) til spesialavdelinger for behandling av sykdommer og utviklingsavvik av ulik grad, noen svært alvorlige (7). Nyfødteneheter i Norge har hittil i liten grad vært bygningsteknisk utformet med tanke på at foreldrene skal kunne være hos barnet hele døgnet. Statens helsetilsyn laget i 2001 *Nasjonal plan for nyfødtmedisin* (7). Her beskrives familieorientert nyfødtomsorg, og det gis anbefaling om at avdelinger for syke nyfødte må utformes slik at foreldrene kan bo der på døgnekontinuerlig basis.

Erfaringer fra Sykehuset i Vestfold

I 2006 ble det som ledd i ombygging av Sykehuset i Vestfold Tønsberg (ca. 2 000 fødsler per år) etablert en ny nyfødtseksjon med 12 plasser. Det ble i tillegg innredet fem foreldrerom integrert i seksjonen, med nærhet til kuvøse- og sengerom. Foreldrerommene har dusj og toalett, dobbeltseng, stellebord, TV m.m. Seksjonen har også en romslig dagligstue med mulighet for sosialt fellesskap mellom foreldrene, og eget ammerom.

Når nyfødte legges inn ved neonatalenheten, tilbys også mor plass der når hennes tilstand er stabilisert, oftest 1–3 døgn etter at hun har født. Det tilrettelegges for aktiv medvirkning i omsorgen for barnet så vel i den kritiske initialfasen som i forløpet for øvrig. Når barnet er i en stabil fase, kan foreldrene store deler av døgnet ha det hos seg på sitt eget rom (fig 1). Tilbudet benyttes i så stor utstrekning at rommene nærmest er fullt belagt til enhver tid. I høyaktive perioder kan således ikke alle mødre få plass. Medregnes mødrenes opphold i føde-/barselavdelingen er deres liggetid i sykehuset nær den samme som barnas.

Fedrene benytter seg i stor grad av muligheten til å bo i nyfødteneheten sammen med mor, men ofte på en fleksibel måte avhengig av arbeidsforhold og omsorg for andre barn. Det er en viktig målsetting at fedrene trekkes aktivt inn i omsorgen for barnet. Dette oppnås lettere når også far har et botilbud i enheten.

Et sterkt foreldrefokus kan ha positive effekter på trykghetsfølelse, ammefrekvens og barnets liggetid i sykehuset. Redusert liggetid ble funnet i en randomisert svensk studie der man sammenliknet premature barn i neonatalenhet med egne foreldrerom med premature i enheter uten slike fasiliteter (5). Reduksjonen var størst for de mest prematurt fødte og vesentlig knyttet til perioden med intensivbehandling. Foreldrenes nærvær synes således å ha stor betydning allerede i starten av oppholdet. Pulmonal sykkelighet (behov for assistert ventilasjon, utvikling av kronisk lungesykdom) ble redusert. Forfatterne tolket dette slik at foreldrenes nærvær



Figur 1 Foreldre med prematurt fødte tvillinger på eget rom i nyfødtseksjonen. Foto Alf Meberg

beskyttet de umodne barna mot negative stressreaksjoner fra det høyteknologiske intensivmedisinske miljøet. Våre foreløpige erfaringer kan tyde på at foreldre som benytter tilbudet om foreldrerom, er tryggere og har lavere stressnivå enn foreldre med barn i neonatalenheter uten tilsvarende foreldrefasiliteter. Ammefrekvensen tre måneder etter utskrivning synes også å være høyere og liggetiden redusert.

Informasjon – medisinske tjenester

Informasjon og samtaler om barnets tilstand, ammeveiledning og opplæring i barnestell er sentrale tjenester overfor mødre med syke nyfødte. For fremmedspråklige er tolkesamtaler nødvendig. Samarbeidet mellom helsepersonellet og foreldrene lettes ved mødrenes kontinuerlige nærvær i avdelingen.

Det er viktig at en familiefokusert nyfødtomsorg ledsages av avtale med gynekologisk/obstetrisk avdeling om nødvendig medisinsk hjelp til mødrene derfra, og at det er tilgang til service også fra andre avdelinger i sykehuset. Sosionom bistår med hjelp i relasjon til trygderettigheter, tilrettelegging av boligforhold og praktisk hjelp i hjemmet. Barnepsykiater og sosionom (familieterapeut) håndterer kriser og sorgarbeid, og står for kontakt til barnevern.

Individualisert omsorg

I tillegg til det sterke søkelyset på foreldrene har det vært arbeidet aktivt med å gi

barna en individuelt tilpasset omsorg (rutiner tilpasset barnets biologiske rytmer som behov for ro, dempet belysning, søvn, måltider, hudkontakt etc.), smerteforebygging (reduksjon av antall blodprøver, venøse blodprøver istedenfor hælstikk) og bedre smertebehandling. Slike rutiner bygger på programmet *Neonatal Individualized Care and Assessment Programme* (NIDCAP) (8). Dette programmet søker å minske forstyrrende påvirkninger på barnet og øke foreldrenes medvirkning. Den individuelt tilpassede omsorgen for barnet har sammen med tradisjonelle intensivmedisinske tilbud og det døgkontinuerlige botilbudet for foreldre gjort at neonatalenheten fremstår som mer helhetlig enn tidligere.

Rolleskifte – involvering

Den aktive medvirkningen fra foreldrene endrer legenes og sykepleiernes roller fra et «eierforhold» til barnet til «coaching» av foreldrene. Dette rolleskiftet er en utfordring for profesjonelle helsearbeidere, men gir gevinster i form av økt foreldrekompetanse. Dette er i tråd med WHO's visjoner om helsefremmende arbeid som en prosess som gir mennesker kontroll over og ferdigheter til å bedre sin helse gjennom utvikling av mestringsevne og «patient empowerment» (bemyndigelse, dyktiggjøring) for deltakelse i medisinske beslutninger og utforming av helseprogrammer.

Konklusjon

Utforming av dagens og morgendagens enheter for syke nyfødte i Norge må etter vår mening skje slik at prinsippene for familiefokusert nyfødtomsorg ivaretas og en humanistisk nyfødtomsorg videreutvikles.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding. St. Louis, MO: Mosby, 1976.
2. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
3. Levin A. The mother-infant unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: a truly baby-friendly unit. Birth 1994; 21: 39–44.
4. Levin A. Viewpoint: Humane neonatal care initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 353–5.
5. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB et al. The Stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant morbidity. Pediatrics 2010; 125: e278–e285.
6. WHO. Baby-friendly hospital initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Genève: Unicef and World Health Organization Child Health and Development, 2009. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/ [14.5.2010].
7. Nasjonal plan for nyfødtmedisin. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan_nyfoedtmisin_2001.pdf [22.7.2010]
8. Als H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. Infant Mental Health J 1982; 3: 229–43.

Manuskriptet ble mottatt 4.3. 2010 og godkjent 14.5. 2010. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.