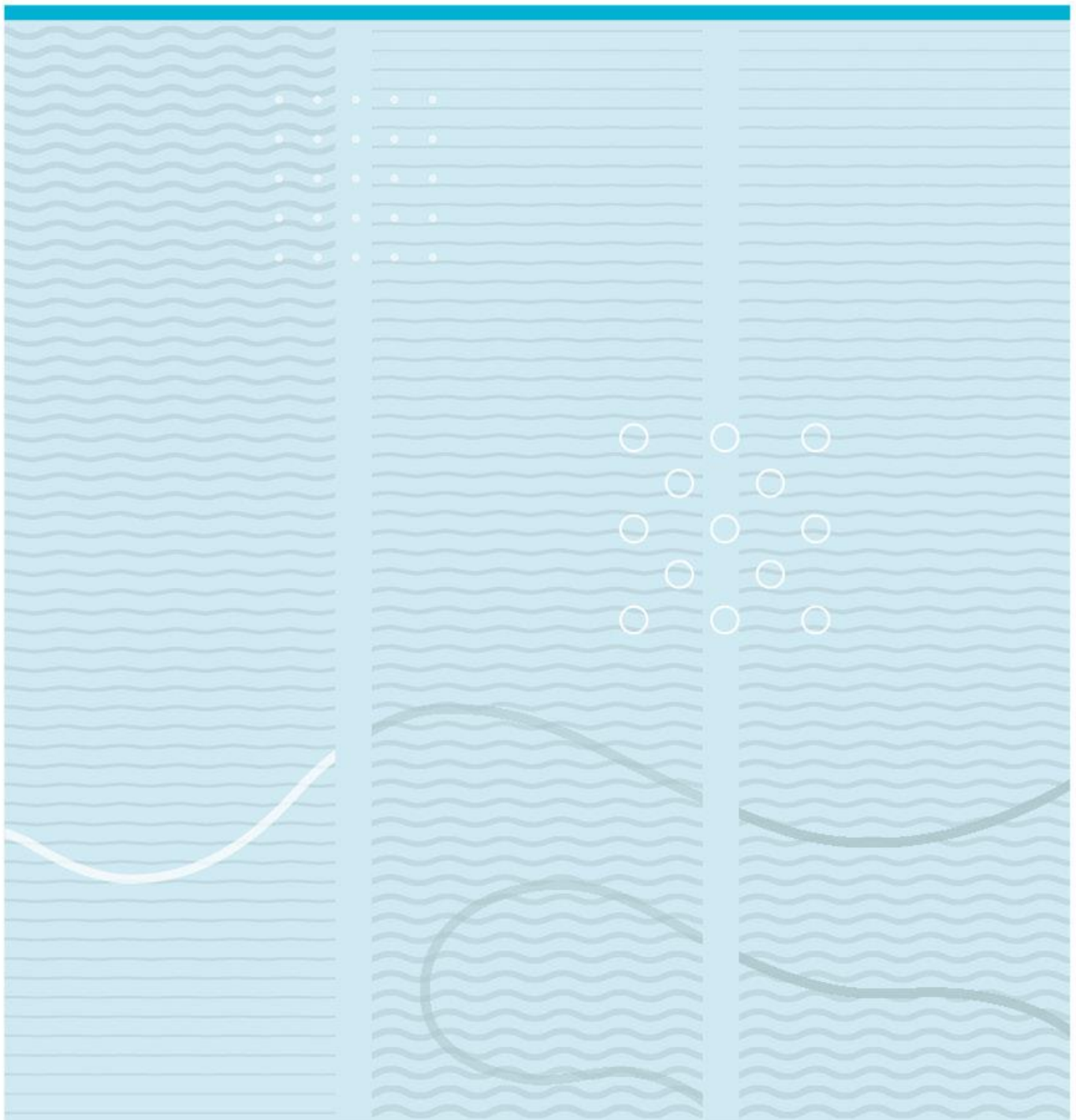


Tonje Ness Lea, Doris Helene Mogen

«På gyngende grunn»

En masterstudie basert på intensivsykepleieres erfaringer med kengurumottak av premature som har behov for nCPAP-behandling.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Tonje Ness Lea, Doris Helene Mogen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: «På gyngende grunn»

En masterstudie basert på intensivsykepleieres erfaringer med kengurumottak av premature som har behov for nCPAP-behandling.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP?

Introduksjon: Ved flere norske sykehus får fødende tilbud om at det premature barnet legges på mors bryst og får medisinsk behandling der de første timene like etter fødsel. Det oppleves i dag som at intensivsykepleiere, sammen med annet helsepersonell, ønsker å legge til rette for kengurumottak for premature født etter uke 30 med behov for nCPAP. Likevel er det flere sykehus som ikke tilbyr dette.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke nærmere hvordan intensivsykepleiere opplevde kengurumottak av premature fra uke 30 med behov for nCPAP, og hvilke tanker og erfaringer de hadde. Det var ønskelig å finne ny kunnskap som nyfødtintensivavdelinger kunne dra nytte av.

Metode: Kvalitativ studie basert på semistrukturert intervju. Det er benyttet Lindman, Granheim og Lundmans innholdsanalyse der det manifeste innholdet er tolket. Utvalg: Tre intensivsykepleiere, en nyfødtisykepleier og en barnesykepleier fra to nyfødtintensivavdelinger i Norge.

Funn: Viktig at behandlingen aldri gikk på bekostning av sikkerhet og at det var tilstrekkelig og kompetent personale tilgjengelig. Det var flere hensyn å ta da den premature lå hud-mot-hud like etter fødsel og det opplevdes lettere å ha kontroll på variabler da det premature barnet lå i kuvøse. Kengurumottak med nCPAP bidro til tryggere og mer selvstendige foreldre. Ro og god informasjon ble erfart som viktig og pågående prosjekt ved begge nyfødtintensivavdelingene bidro til holdningsendring blant personale.

Konklusjon: Intensivsykepleierne erfarte at kengurumottak av premature født etter uke 30 med behov for nCPAP var positivt for foreldre og barn. Hud-mot-hud skulle ikke gå ut over sikkerheten og mottakene krevde tilstrekkelig utstyr og kompetent personale, samt klare retningslinjer.

Nøkkelord: Intensivsykepleier, erfaringer, premature, Nasal continuously positive airway pressure (nCPAP), Hud-mot-hud, kengurumottak.

Abstract

Title: "On rocking ground" A master's study based on intensive care nurses' experiences with immediate skin-to-skin for preterms in need of nCPAP treatment.

Problem statement: What experiences do intensive care nurses have related to immediate skin-to-skin of premature infants born after the 30th week of pregnancy with a need for nCPAP?

Introduction: At several Norwegian hospitals women giving birth are offered that the premature baby is placed on the mother's chest and receives medical treatment there. The experience is that intensive care nurses, together with other health-care professionals, want to facilitate immediate skin-to-skin for premature born after week 30 with a need for nCPAP. Nevertheless, several hospitals do not offer this.

Aim: The aim of the study was to investigate how intensive care nurses experienced immediate skin-to-skin of premature infants in need of nCPAP. It was desirable to find new knowledge that neonatal intensive care units could benefit from.

Methods: Qualitative study based on a semi-structured interview. Lindman, Granheim and Lundman's content analysis has been used and the manifest content has been interpreted. Selection: Three intensive care nurses, a neonatal nurse and a pediatric nurse from two neonatal intensive care units in Norway.

Results: The treatment should never go at the expense of safety, and it requires sufficient and competent staff. There were several considerations to account for when the premature infant was lying skin-to-skin and it was easier to control the variables when the premature infant was in an incubator. Immediate skin-to-skin contributed to safer and more independent parents. Calmness and good information were experienced as important, and ongoing projects at both neonatal intensive care units contributed to a change of attitude among staff.

Conclusion: The intensive care nurses experienced that immediate skin-to-skin of premature infants born after week 30 with a need for nCPAP is positive for parents and premature infants. Skin-to-skin should not compromise safety and it requires adequate equipment and competent staff, as well as clear guidelines.

Keywords: Intensive care nurse, experience, premature, Nasal continually positive airway pressure (nCPAP), Skin-to-skin, kangaroo reception.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Forord.....	7
1 Introduksjon	8
2 Bakgrunn.....	11
2.1 Kengurumetoden.....	11
2.2 Risikofaktorer for premature.....	12
2.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar relatert til personsentrert sykepleie.	13
2.4 Pasientsikkerhet/Lovverket	15
2.5 Relevant forskning	17
3 Metode	19
3.1 Design	19
3.2 Litteratursøk	20
3.3 Utvalg	21
3.4 Innsamling av data.....	22
3.4.1 Gjennomføring av semistrukturert intervju.....	23
3.4.2 Intervjuguide.....	24
3.5 Analyse.....	25
3.6 Troverdighet	29
3.7 Forskningsetiske vurderinger	32
4 Funn	34
4.1 Betydningen av tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer	35
4.2 Viktig med kompetent og nok personale	36
4.3 Mange variabler påvirker intensivsykepleiernes erfaringer.	38
4.4 Positivt for foreldre og barn.	39
4.5 Gode mottak kjennetegnes av ro og foreldre som har fått god informasjon.	40
4.6 Pågående prosjekt øker oppmerksomheten på kengurumottak	41
5 Diskusjon.....	43
5.1 Pasientsikkerhet i tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer	43

5.2	Kompetent og nok personale gir trygghet	45
5.3	Variabler påvirker intensivsykepleiernes erfaringer	48
5.4	Kengurumottak bidrar til tryggere og mer selvstendige foreldrene.....	49
5.5	Tilstrekkelig informasjon og ro er viktig under kengurumottak med nCPAP	51
5.6	Pågående prosjekt skaper holdningsendring blant personale.....	52
6	Konklusjon	53
7	Referanser.....	56
8	Vedlegg	60

Forord

Denne studien er gjennomført ved Universitetet i sørøst Norge som en del av en master i intensivsykepleie. Vi ønsker å takke de som har bidratt til at det har latt seg gjøre å gjennomføre studien og ønsker derfor å rette en takk til lederne på avdelingene som har hjulpet oss med søknader om godkjenning og rekruttering av deltagere. Vi ønsker også å rette en stor takk til intervjupersonene som har vært villig til å dele sine erfaringer og har vært fleksible og positive til deltagelse via digitale intervjuer. Veileder fortjener også en stor takk for veiledning digitalt gjennom denne prosessen, medstudenter fortjener takk for konstruktive tilbakemeldinger på masterseminarer. Til slutt ønsker vi også å takke vår familie som har støttet oss under prosessen når vi har vært i vår egen «boble».

Vestfold, 27.05.21

Tonje Ness Lea og Doris Helene Mogen

1 Introduksjon

Ved flere norske sykehus får fødende tilbud om at det premature barnet legges på mors bryst og får medisinsk behandling der de første timene like etter fødsel før barnet overflyttes nyfødtintensiv. Erfaringsmessig benyttes begrepet kengurumottak om denne metoden (bilde 1). Alternativt legges barnet direkte på asfyksibord/åpen kuvøse (bilde 2). Neopuff brukes ofte initialt hos premature barn, både ved kengurumottak og ved mottak der barnet legges på asfyksibord/åpen kuvøse. Neopuff innebærer at man forhåndsinnstiller inspiratorisk topptrykk (PIP) og positivt endeekspiratorisk trykk (PEEP) for å kunne gi mer skånsom ventilasjon. Med Neopuff har man mulighet til å tilføre det selvpustende premature barnet PEEP ved å holde maske over nese og munn (bilde 2) (Fisher & Paykel Healthcare, 2021) før det legges på nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) (bilde 1).



Bilde 1: Kengurumottak med nCPAP (arrangert bilde).



Bilde 2: Bilde Hentet fra <https://www.laerdal.com>

Forskning viser at det premature barnet ser ut til å ha redusert oksygenbehov og respirasjonsarbeid, bedre temperaturregulering og mindre smerte når barnet ligger i kenguru (Bates, et al., 2019; World health organization (WHO), 2015). Samtidig fremmer tidlig hud-mot-hud amming og bidrar til økt tilknytning mellom foreldre og barn (Niela-Vilen, et al., 2013, s. 1321). I studien av Bates.et al. (2019) forteller foreldre om hvor viktig det var for dem å ha tid sammen med sitt premature barn like etter fødsel. Foreldrene ga uttrykk for at de følte seg roligere og nyttige når barnet lå hud-mot-hud. I ettertid sitter de igjen med en følelse av at denne tiden sammen med barnet var betydningsfull.

Det oppleves i dag som at intensivsykepleiere, nyfødtsykepleiere, jordmødre og nyfødtleger ser fordelen ved å legge til rette for kengurumottak for premature født etter 30. gestasjonsuke. Erfaringsmessig ser vi at dette ikke alltid lar seg gjennomføre, spesielt om barnet har behov for nCPAP. Hvis det forekommer ulik praksis for kengurumottak ved ulike sykehus nasjonalt i Norge, vil foreldre og premature barn få et ulikt helsetilbud avhengig av bosted. Av erfaring vet vi at årsaken til varierende praksis kan være mange, som for eksempel mangel på personell, kompetanse, tilgang til utstyr eller at dette ikke blir prioritert. Det har ikke vært mulig å finne publikasjoner som

understøtter våre antagelser, og det er derfor vanskelig å vite eksakt hvordan praksis varierer nasjonalt.

Som masterstudenter i intensivsykepleie har vi fattet spesiell interesse for premature og de utfordringer denne pasientgruppen og deres pårørende møter. Vi er opptatt av at denne pasientgruppen får optimal omsorg og intensivsykepleieres erfaringer i omsorgen for premature, særlig i den tidlige og akutte fasen, synes vi er spesielt interessant. Disse erfaringene er også viktig, fordi selv om det utdannes sykepleiere med spesiell kompetanse i nyfødtsykepleie, er intensivsykepleiere fortsatt sterkt representert og utgjør en viktig del av spesialkompetansen i avdelinger for premature. Kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer fra nyfødtintensivavdelinger er derfor svært relevant og viktig.

Ved nyfødtavdelingen hvor vi er ansatt, er det ikke rutine å utføre kengurumottak for premature med behov for mekanisk ventilasjonsstøtte. Dette betyr at kengurumottaket må avbrytes dersom barnet har behov for nCPAP-behandling rett etter fødsel. Ved hjelp av relevant forskning og egne funn er det ønskelig å finne ny kunnskap som er overførbart til feltet, og dermed tilrettelegge for helsefremmende omgivelser og kunne tilby et familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2017), også for de minste med behov for nCPAP. Vi er kjent med at premature med behov for nCPAP får tilbud om kengurumottak ved flere norske sykehus, noe som også anbefales av WHO (2015). Det er ønskelig å undersøke nærmere hvordan intensivsykepleiere opplever disse mottakene og hvilke erfaringer de har fordi det kan gi ny innsikt om kengurumottak av premature med behov for nCPAP.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP?

2 Bakgrunn

Her presenteres bakgrunn og teori som er relevant for oppgavens problemstilling. Dette inkluderer kengurumetoden, risikofaktorer hos premature og intensivsykepleierens funksjon- og ansvar relatert til personsentrert sykepleie. Videre omtales pasientsikkerhet og deler av lovverket, samt relevant forskning.

2.1 Kengurumetoden

Det er tydelig at flere forhold er endret når det kommer til omsorgen for nyfødte og deres foreldre gjennom de siste tiårene. På 1960- tallet skulle kvinner hvile mye etter fødsel og fikk kun se barnet hver fjerde time til amming (Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø, & Eskild, 2003). I Colombia oppsto i 1978 det som i dag er kjent som kengurumetoden. Metoden innebærer at det premature barnet ligger på mor eller fars nakne hud kun iført bleie og eventuelt lue. I Colombia erfarte man at denne metoden ga merkbar reduksjon i sykkelighet og dødelighet, i tillegg ble færre barn forlatt av foreldrene. Metoden kom som følge av begrenset tilgang på utstyr og personale, men har vist seg å være effektiv også i høyteknologiske land (Conde-Agudelo, Belizán, & Diaz-Rossello, 2011, s. 1-3).

I dag tilrettelegger norske sykehus for familiesentrert nyfødtomsorg. Dette innebærer at foreldrene skal være sammen med barnet sitt så mye som mulig og være delaktig i pleien, også hos premature og syke nyfødte (Vestre Viken, 2020). Erfaringsmessig oppleves et stort fokus på å inkludere foreldrene ved nyfødtintensivavdelingene. Det er likevel forskjeller mellom sykehusene, spesielt når det kommer til å involvere foreldre like etter fødsel. Etter å ha vært i kontakt med konsulent ved Norsk nyfødtmedisin kvalitetsregister, ble det klart at det ikke finnes noen oversikt over hvor mange av de 20 nyfødtavdelingene i Norge som tilbyr kengurumottak, og hvor mange av disse som tilbyr kengurumottak med nCPAP. For å få en oversikt over dette ble 10 av 20 nyfødtavdelinger kontaktet. Alle avdelingene oppga at de tilbyr kengurumottak for stabile premature født etter gestasjonsuke 32. Ved kun to av sykehusene gjaldt dette også premature med behov for nCPAP.

2.2 Risikofaktorer for premature

I 2020 ble det født rundt 53 000 barn i Norge. Omkring 3000 av disse var premature (Folkehelseinstituttet, 2020). Prematuritet er definert som fødsel før svangerskapsuke 37, og i USA er det regnet som årsak til 1/3 av alle dødsfall blant spedbarn (Mandy, Martin, & Kim, 2019). Her regnes også prematuritet som årsak til omtrent 45% av barn som får cerebral parese, 35% av barn med nedsatt syn og 25% av barn med kognitive utfordringer eller svekket hørsel (Mandy et al., 2019).

Premature er ikke bare utsatt for langvarige konsekvenser, men kortsiktige utfordringer. Dette inkluderer respiratoriske komplikasjoner, hvor respiratorisk distress syndrom (RDS) er den vanligste (Martin, Garcia-Prats, & Kim, 2021). Komplikasjoner som hypotermi, hypoglykemi, infeksjon/sepsis, intraventrikulær blødning, retinopati og nekrotiserende enterokolitt ses også hos denne pasientgruppen. Disse kortsiktige komplikasjonene øker risikoen for langsiktige sekveler (Mandy et al., 2019). WHO (2015) klassifiserer premature i tre undergrupper: ekstremt prematur (født før 28. gestasjonsuke), veldig prematur (født mellom 28.-32. gestasjonsuke) og moderat prematur (født mellom 32. og 37. gestasjonsuke). Risikoen for komplikasjoner øker med økende grad av prematuritet (Mandy et al., 2019).

Premature som har mangel på surfactant, risikerer å utvikle RDS. For å forebygge og behandle dette er blant annet tidlig PEEP, ved hjelp av neopuff og nCPAP, viktig (Reiterer & Polin, 2016, s. 1-4). Selv om dette er mest vanlig hos premature født før gestasjonsuke 30, oppstår det også hos premature født etter dette. Faren for hypotermi er størst like etter fødsel og er assosiert med økt dødelighet, intraventrikulær blødning og kan bidra til hypoglykemi (Mandy et al., 2019). For å forebygge og behandle hypotermi anbefaler WHO (2015) hud-mot-hud så snart barnet er stabilt. Dette viser at flere forhold kan ha positiv effekt av kengurumottak.

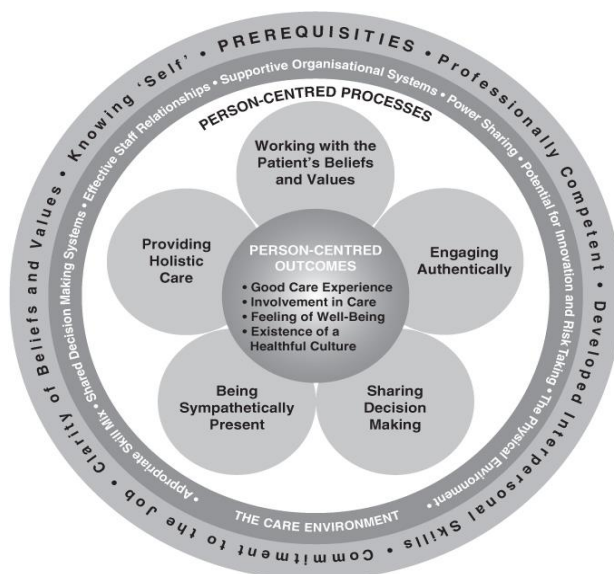
2.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar relatert til personsentrert sykepleie.

Intensivsykepleie er en spesialutdanning med fokus på å bistå akutt og kritisk syke pasienter (NSFLIS, 2017). Det å være intensivsykepleier i en nyfødtintensivavdeling medfører å kunne bistå med sin spesialkompetanse i det tverrfaglige teamet rundt den premature eller syke nyfødte. En del av intensivsykepleierens ansvar er blant annet å ivareta pårørende, noe som i dette tilfellet vil være foreldrene til det premature barnet. Når det gjelder premature er det, i tillegg til å tilrettelegge for pasienten, viktig å tilrettelegge for og se foreldrene som en ressurs for barnet sitt. Foreldrene vil være en del av den kontinuerlige pleien og ses på som i en symbiose med barnet sitt. I ansvars- og funksjonsbeskrivelsen til intensivsykepleieren tydeliggjøres det at man har som oppgave å tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2017).

Rammeverket for personsentrert sykepleie av McCormack og McCance (2017) består av fire elementer (figur 1). Her vises det til at sykepleieren ved hjelp av sine egenskaper, omsorgsmiljø og personsentrerte prosesser kan tilby pasienten helhetlig sykepleie. Sykepleierens egenskaper viser til pleierens profesjonelle kompetanse og mellommenneskelige ferdigheter, samt selvforståelse, holdninger og verdier. Den andre konstruksjonen omhandler omsorgsmiljø. Her vektlegges blant annet fysiske omgivelser, støttende organisatoriske system, kollegialitet og hensiktsmessig blanding av kompetanse (McCormack & McCance, 2017, s. 39-53). Rammeverkets tredje konstruksjon går inn på personsentrerte prosesser hvor fokus er på pasienten og pleien som blir gitt. Pasientens oppfatninger og verdier skal ses og anerkjennes. Videre legges det vekt på helhetlig pleie, brukermedvirkning og engasjement, samt vennlig og forståelsesfull tilstedeværelse av helsepersonell. Personsentrert effekt er den sentrale, fjerde konstruksjonen av rammeverket. Denne representerer forventede resultater av personsentrert praksis. Disse er opplevelse av god pleie, felles beslutningstaking, følelse av velvære og tilstedeværelse av en helsefremmende kultur (McCormack & McCance, 2017, s. 53-61). Rammeverket er utformet på denne bestemte måten for å vise at nevnte forutsetninger og godt pleiemiljø er viktige grunnlag for å kunne utføre

personsentrerte prosesser, og da oppnå personsentrert effekt (McCormack & McCance, 2017, s. 61).

Figur 1: Person - Centred Nursing, fra McCormack & McCance, 2017, s. 39.



I den ytterste sirkelen av rammeverket er en av forutsetningene profesjonell kompetanse. I denne konteksten handler kompetanse om en reflektert helhetlig tilnærming som omfatter kunnskap, ferdigheter og holdninger (McCormack & McCance, 2017, s. 42). Dette er egenskaper som er viktige for intensivsykepleieren, som har et ansvar for å ivareta pasienter og deres pårørende i krevende situasjoner. I NSFLIS sin funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2017), ser man også at det legges vekt på egenskaper som danner grunnlag for personsentrert pleie. Her beskrives det blant annet at intensivsykepleieren skal handle forsvarlig og sikre pasientens integritet og rettigheter, samtidig som man skal jobbe kunnskapsbasert, gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med leger og bruke avansert medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig måte (NSFLIS, 2017). Dette viser at det å være en profesjonelt kompetent intensivsykepleier er utfordrende og favner et vidt område, men at det er et viktig grunnlag for å kunne oppnå personsentrert sykepleie.

Intensivsykepleieren er også avhengig av at omsorgsmiljøet tilrettelegger for at kompetansen kan brukes hensiktsmessig til personsentrert pleie. Et av elementene i rammeverket er kollegialitet, og forholdet mellom medlemmene i et behandlingsteam er relevant for hvordan man utøver pleie. Det er viktig at intensivsykepleieren ser sin kompetanse og rolle, og hva som er andres rolle, hva de kan, og hvilken funksjon de har. Rammeverket vektlegger også viktigheten av å kunne samarbeide og kommunisere på en respektfull måte i teamet, på samme måte som man skal vise respekt til pasientene (McCormack & McCance, 2017, s. 47-50). Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for intensivsykepleieren, da dette er med på å sikre kvalitet i pasientbehandlingen (NSFLIS, 2017).

Helhetlig pleie trekkes frem som et av elementene i personsentrerte prosesser, noe som favner et bredt område. Målet er at pleien tar hensyn til den enkelte pasients fysiske, psykologiske, kulturelle og åndelige behov (McCormack & McCance, 2017, s. 58). Dette er også relevant for intensivsykepleieren som er med på å gi nødvendig behandling ved svikt i grunnleggende vitale funksjoner (NSFLIS, 2017). Det er naturlig å tenke at det er utfordrende for intensivsykepleieren, i et høyteknologisk miljø, og hele tiden se og tilrettelegge pleien for på best mulig måte ivareta den premature og foreldrenes behov.

2.4 Pasientsikkerhet/Lovverket

Barnets rettigheter på nyfødtintensiv avdelingen skal sikres via lovverket. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikrer rettighetene, i motsatt ende plikter helsepersonell via Helsepersonelloven (2001). Man ser da at rettighetene og pliktene svarer til hverandre.

Helse- og omsorgstjenesten skal inneha en viss kvalitet og sikkerhet i behandlingen av pasienter. Denne sikkerheten dekkes blant annet av yrkesetiske retningslinjer for intensivsykepleiere/sykepleiere og lovverket (Helsepersonelloven, 2001; Norsk sykepleierforbund, 2019). Kunnskapssenteret definerer pasientsikkerhet slik: «Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens

innsats og ytelse eller mangel på det samme» (Saunes, Svendsby, Mølstad, & Thesen, 2010., s. 6). Pasientsikkerhet har sammenheng med den kvaliteten man yter.

Som intensivsykepleier forplikter man seg til å utøve dette kvalitetsarbeidet (Norsk sykepleierforbund, 2019; NSFLIS, 2017). Helsepersonelloven (2001) pålegger intensivsykepleier å utføre sitt yrke faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet impliserer at man som intensivsykepleier skal handle kunnskaps- og verdibasert i møte med pasienten. Forventningene av hva som kreves av den enkelte, er avhengig av utdanning og erfaring. Intensivsykepleierutdanningen skal gi intensivsykepleieren kunnskaper slik at man er i stand til å jobbe kunnskapsbasert (Fønhus, 2019). En kunnskapsbasert tilnærming inkluderer forskning, intensivsykepleierens erfaring og pasientens kunnskap/erfaring om seg selv (Utdannings- og forskningsdepartement, 2005). Denne kunnskapen er viktig for å sikre kvaliteten i det man utfører. Det er sentralt at man som foreldre til et prematurt barn på en nyfødttintensivavdeling, kan stole på at tjenestene de mottar er virkningsfulle, trygge og henger godt sammen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Intensivsykepleier forplikter seg til å holde seg faglig oppdatert (Utdannings- og forskningsdepartement, 2005).

Pårørendes rett til informasjon stadfestes i § 3 i Pasient og brukerrettighetsloven (1999), der det understrekes pårørendes rett til informasjon når et barn er under 18 år. Det premature barnet har ingen mulighet for å motta informasjon, og det er derfor foreldrene som er mottakere av informasjonen. Det er viktig å vite at pårørende, som kanskje er i en krisesituasjon, ikke klarer å ta innover seg all informasjon på en gang. Informasjonen skal tilpasses den enkelte, gis på en hensynsfull måte, og man skal forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3).

Det premature barnet på nyfødttintensivavdelingen omfattes av Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §6 og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §6 -2. Der understrekes retten til å ha minst en forelder hos seg under oppholdet. Om barnet er alvorlig/livstruende sykt stadfestes retten til å ha begge foreldre hos seg. Forskrift om

barns opphold i helseinstitusjon (2000) slår fast at personalet plikter å avklare med foreldrene om de ønsker å være delaktige i stell av barnet.

2.5 Relevant forskning

Etter litteratursøk med relevante søkeord og kombinasjoner av søkeord, viste det seg at det er lite forskning på kombinasjonen kengurumottak/metode og nCPAP-behandling. Søket viste også manglende forskning på intensivsykepleieres erfaringer med hud-mot-hud like etter fødsel, for premature med behov for nCPAP. Dette støttes av Niela-Vilen et al. (2013) der det kommer frem at studier på tidlig hud-mot-hud hos nyfødte som trenger intensivbehandling er knapp. Det finnes dog flere studier hver for seg på de enkelte begrepene, som for eksempel tidlig hud-mot-hud, kengurumetoden og sykepleieres erfaringer.

Det foreligger store mengder data på at hud-mot-hud er hensiktsmessig for premature og deres foreldre (Bates, et al., 2019, s. 52-56; Baylis, et al., 2014; Boundy, et al., 2016, s. 1-16; Dahlø et al., 2018; Lode, Andersen, & Eriksson, 2015; Maniago, Almazan, & Albougami, 2020, s. 293-304; Mehler, et al., 2018, s. 518 – 526; Niela-Vilen, et al., 2013; Stelmak, Mazza, & Freire, 2017; Stevens, Schmied, Burnes, & Dahlen, 2019; World health organization, 2015). Stelmak et al. (2017) vektlegger at sykepleieres tilrettelegging av tidlig hud-mot-hud og involvering av foreldrene i avgjørelser rundt det syke barnet, gjør foreldrene tryggere og bedre rustet til å ta vare på det premature barnet når de kommer hjem. Baylis et al. (2014) forteller i tillegg at tidspunktet for første møte mellom foreldre og det premature barnet var avhengig av de ulike sykehusenes rutiner. De anbefaler at miljøet og rutinene ved nyfødtavdelingene tilrettelegges for at foreldrene kan være sammen med det premature barnet sitt så tidlig som mulig etter fødsel. Videre sier de at hud-mot-hud kontakt på fødestuen er en god strategi når dette er mulig. Niela Vilen et al. (2013) angir at bedre retningslinjer kan være medvirkende til å øke forekomst av hud-mot-hud for premature og deres mødre på fødeavdelingen.

WHO (2015) kommer med en sterk anbefaling om tidlig oppstart av nCPAP-behandling til premature med RDS. De anbefaler oppstart av nCPAP så fort diagnosen er stilt, noe som støttes av Martin et al. (2021) og Reiterer & Polin (2016). Denne behandlingen reduserer dødeligheten hos premature nyfødte med RDS og gir redusert risiko for bronkopulmonal dysplasi (BPD) (Martin et al., 2021; Reiter & Polin, 2016, s. 3).

Erfaringsmessig ses et tydelig ønske fra intensivsykepleiere og annet helsepersonell om tilrettelegging av hud-mot-hud rett etter fødsel. Det ses også et fokus på tidlig oppstart av nCPAP hos premature som har behov for det. For å få et bedre innblikk i hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med kengurumottak av premature med behov for nCPAP-behandling, var det ønskelig å intervjuere intensivsykepleiere som har medvirket i slike mottak. Kanskje kan intervjuene avdekke utfordringer ved gjennomføringen, samtidig som det kan sette søkelys på fordelene for både foreldre og premature. På bakgrunn av manglende forskning på kombinasjonen av kengurumottak og nCPAP, samtidig som begge er sterkt anbefalt av WHO, mener vi vår problemstilling er viktig. Denne studien kan bidra til viktig informasjon om intensivsykepleieres erfaringer med kengurumottak av premature med behov for nCPAP-behandling. Forhåpentligvis vil kunnskapen, sammen med annen kunnskap som foreligger, være til hjelp for denne pasientgruppen og bidra til at de får et best mulig behandlingstilbud.

3 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for alle trinnene i undersøkelsen, herunder valg av design, litteratursøk, utvalg, innsamling av data, analyse og troverdighet. Kapitlet avsluttes med forskningsetiske vurderinger. Det er viktig at et vitenskapelig arbeid redegjør for hvordan forskningsprosessen har foregått. En metode beskriver trinnene i forskningsprosessen og hvilke strategier som brukes for innsamling og analysering av data i en studie. På gresk betyr metode «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 83). For å besvare problemstillingen: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP?» ble det valgt kvalitativ metode basert på semistrukturert intervju.

3.1 Design

Kvalitativ forskning egner seg spesielt til temaer en vet lite om og gjenkjennes ved nærheten til forskerfeltet. Det subjektive er sentralt i kvalitativ forskning der det enkelte individ står i sentrum. Studien har et deskriptivt design hvor det nyanserte bildet av den enkelte informantens beskrivelser søkes (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 47). I denne oppgaven er det benyttet en induktiv tilnærming der empirien har dannet grunnlaget for teorien (Malterud, 2017, s. 27). Malterud (2017) påpeker at kvalitativ metode kan benyttes for å få frem personers erfaringer, i aktuell problemstilling var det den enkelte intensivsykepleiers erfaringer som var sentralt. Semistrukturert intervju ble derfor ansett som velegnet for å få svar på problemstillingen. Det var ønskelig å rette oppmerksomheten direkte mot den enkelte, slik at den enkelte som ble intervjuet kunne snakke fritt uten andre tilhørere. Dette kan oppleves betryggende og berikende for deltageren (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 161). Som problemstillingen tilsier, var vi ute etter erfaringer som kunne medvirke til ny innsikt og kunnskap om kengurumottak der nCPAP benyttes til premature født etter uke 30, og som kan være overførbart til andre nyfødte intensivavdelinger.

3.2 Litteratursøk

Forberedelser til denne studien startet med å undersøke hvilken kunnskap som fantes i feltet fra før. Under utarbeidelse av prosjektplanen ble det gjort et litteratursøk i Google scholar og CINAHL for å få et innblikk i tilgjengelig forskning på området. Dette medførte få treff på treff på hud-mot-hud og nCPAP-behandling som en kombinasjon, men studier hver for seg fantes på de enkelte begrepene. Erfaring med dette søket medførte en utvidelse av litteratursøket. Overlege og kollegaer på nyfødtintensiv ble forespurt angående tips til aktuelle studier, noe som var fruktbart og resulterte i en nyere studie. Videre ble det gjort et dypere litteratursøk også via Medline, Cochrane og Embase, i tillegg ble det utført et pyramidesøk i McMaster Plus. Søkeord ifølge PICO-skjema (tabell 1), ble benyttet. Søket ble avgrenset ved å velge kun fagfelleverderte og engelskspråklige og skandinaviske artikler. Ytterligere avgrensning ble gjort ved å ekskludere artikler som var eldre enn åtte år, siden forskning i dette feltet er i rask utvikling. Fortsatt viste det seg å være begrenset med forskning på kengurumottak og nCPAP-behandling som kombinasjon. I UpToDate fant vi oppdatert informasjon om forebygging, behandling og patofysiologi ved RDS hos premature. Bibliotekar ble forespurt om hjelp i søkeprosessen. Etter en del gjennomførte søk, falt man ned på artikler som hadde interessante temaer, selv om det ikke traff helt til vår problemstilling. Artiklenes referanselister ble sett på og via disse fant man publikasjoner som er benyttet i denne oppgaven. Da søkene ikke har medført direkte funn på intensivsykepleierens erfaringer med kengurumottak og nCPAP i kombinasjon, kan det se ut som om det er et kunnskapshull i forskning på dette temaet.

Tabell1: PICO-skjema

PICO - skjema	MeSH ord
Pasient/problem	Infant Premature, neonatal, nurse.
intervention	Continously positive airway pressure, Nasal continiously positiv airway pressure, nCpap, nasal cannula, kangaroo methods, kaangaroo mother care, immediat ski-to-skin, parent - Infant Bonding.
Comparison	Intervention.
Outcome	Nurse expseriences.

3.3 Utvalg

Ved rekruttering til en kvalitativ intervjustudie er det sentralt at materialet som oppnås svarer på fenomenet som ønskes utforsket. Et strategisk utvalg informanter, det vil si informanter med informasjonsrikdom og dybdekunnskap om fenomenet som ønskes undersøkt, ble satt sammen med formål å belyse problemstillingen. Det var ønskelig med data som hadde tilstrekkelig informasjonsstyrke, og på veien til denne informasjonen kan det være hensiktsmessig å endre eller utvide det strategiske utvalget (Malterud, 2017, s. 58 - 60).

Det ble gjennomført semistrukturert intervju med totalt fem intervjupersoner, ved to sykehus i Norge. I denne oppgaven er det valgt å bruke benevnelsen intensivsykepleier, selv om vi er klar over at det også er andre yrkesgrupper representert på en nyfødtintensivavdeling. Av våre informanter var det tre intensivsykepleiere, en nyfødtisykepleier og en pediatrik sykepleier. Det viste seg vanskelig å rekruttere kun intensivsykepleiere. Vi anså derfor at nyfødtisykepleier og pediatrik sykepleier med erfaring med kengurumottak og nCPAP, trolig ville ha erfaringer som vi kunne dra nytte av i vår studie. De utgjør også en viktig yrkesgruppe i disse avdelingene og et utvalg med variasjon vil kunne gi bedre informasjonsstyrke og skape et mer nyansert bilde av det som forskes på (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2017, s. 58 - 59). Samtidig er det viktig at man er bevisst en skjevfordeling, et utvalgsbias som er en kalkulert risiko når man gjør et utvalg (Malterud, 2017, s. 68).

To av informantene i denne studien var henholdsvis fagsykepleiere og ansvarlig for et pågående forskningsprosjekt for nettopp kengurumottak av premature med nCPAP. Dette hadde de respektive sykehusene informert om før intervjustart. Vi var klar over at dette kunne påvirke funn i vår studie, da de kunne ha en dypere innsikt og dermed muligens en mer avklart mening eller holdning enn om de ikke var involvert i et prosjekt. Til tross for dette ble de inkludert i studien på grunn av deres erfaring med kengurumottak av premature med behov for nCPAP. I ettertid ser forskerne dette som en styrke, da disse intensivsykepleierne hadde deltatt på mange kengurumottak med nCPAP. Forfatterne opplevde at deres erfaringer beriket materialet.

Deltagende sykehus ble valgt på bakgrunn av at de praktiserer familiesentrert nyfødtsomsorg, og har erfaring med kengurumottak av premature med behov for nCPAP-behandling. Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere ble kontaktet via e-post for å forankre studien, samtidig ble informasjonsskriv sendt med som vedlegg (vedlegg 2).

Via meldeskjema og e-protokoll ble det søkt forskningsavdelingene ved sykehusene om tillatelse til gjennomføring av intervjuer (vedlegg 4). Korrespondanse foregikk videre via e-post, da det var vanskelig å opprette kontakt via telefon. Etter godkjenning fra forskningsavdelingen ved sykehusene, forespurte leder ved avdelingene de ansatte om de ønsket å delta. Det ble tatt hensyn til at aktuelle kandidater var etter satte inklusjonskriterier. Via e-post til aktuelle ansatte ble det avtalt tidspunkt for intervju og informasjonsskriv (vedlegg 2) ble lagt ved. I dette informasjonsskrivet påpekes den enkeltes rett til å trekke sin deltagelse når som helst i prosessen. Den enkelte deltager signerte og returnerte samtykkeskjemaene.

Inklusjonskriterier:

- Intensivsykepleiere som arbeider ved nyfødttintensivavdeling med familiesentrert nyfødtsomsorg, med minimum to års erfaring ved nyfødttintensiv og som har erfaring med kengurumottak av premature med behov for nCPAP-behandling.

Eksklusjonskriterier:

- Ingen erfaring med kengurumottak og nCPAP-behandling.

3.4 Innsamling av data

I dette kapittelet vil vi forklare hvordan vi gjennomførte de semistrukturerte intervjuene og bruken av intervjuguide.

3.4.1 Gjennomføring av semistrukturert intervju

I denne oppgaven blir den som ble intervjuet betegnet som intervjuperson. Dette fordi det var ønskelig å tenke på den enkelte som et subjekt, hvis meninger er formet av personlige erfaringer og ikke som et objekt der uttalelser i motsatt fall ville vært preget av fakta (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 20 - 21). Det er likevel viktig å merke seg at en person, ifølge Kvale & Brinkmann (2019), ikke er helt subjektiv. Den enkelte påvirkes av sin forforståelse, maktrelasjoner og omgivelsene personen er i.

Ved hjelp av semistrukturert intervju var det ønskelig å intervju den enkelte intensivsykepleier om erfaringer med bruk av nCPAP-behandling når den premature ligger på mors bryst på føden eller på operasjon. Kvalitative intervjuer egner seg derfor godt til å få frem nettopp den enkeltes nyanser og meninger i kunnskapen som deles rundt dette fenomenet (Malterud, 2017, s. 69 - 70). Disse intervjuene dannet det empiriske grunnlaget i denne studien.

Semistrukturert intervju vil si at emner i noen grad er forhåndsbestemt og oppfølgingsspørsmål velges ut fra det intervjupersonen forteller (Polit & Beck, 2017, s. 510). Malterud (2017) kaller dette individualintervju og forteller at en slik intervjusituasjon kan skape ro og fortrolighet. Intervjuet styres mer mot en samtale mellom intervjupersonen og intervjuer, intervjuer må lytte med åpent sinn for å få tak i det nye og uventede under intervjusituasjonen (Malterud, 2017, s. 67 - 68).

Via mail til den enkelte intervjupersonen ble det avtalt tidspunkt for deltagelse. Noe av utfordringen var at det ene sykehuset som deltok ikke klarte å samordne alle intervjuene på en dag, det kunne derfor være en viss fare for at intervjupersonene snakket med hverandre i mellomtiden. Dette var ikke ønskelig, da det kunne ha noe å si for resultatet av studien, men var likevel uunngåelig.

Det ble nøye utarbeidet en plan for hvordan gjennomføring av intervjuene skulle foregå, særlig var det viktig grunnet den pågående Covid-19 pandemien og varierende smittesituasjonen i samfunnet. I utgangspunktet ønsket vi at intervjuene skulle foregå på det enkelte sykehus, der tanken var å finne et egnet rom uten forstyrrelser. Ideen

var at dette ville føles som en trygg arena for intervjupersonene, samtidig som vi da ville unngå forstyrrelser fra avdelingen. Dette viste seg vanskelig da det var høyt smittetrykk på det aktuelle tidspunktet, og bruk av digitale hjelpemidler ble sett på som eneste alternativ. Universitetet ble kontaktet og det ble bekreftet at ZOOM kunne benyttes som digital arena for intervjuet. Link til ZOOM møte ble sendt den enkelte intervjupersonen på mail, med ønske om at den måtte sjekkes ut før intervjuet fant sted. Allikevel bød det på ulike utfordringer, da det viste seg vanskelig å få opp ZOOM-møte på jobbrelaterte datamaskiner. Nødløsning ble da at den enkelte deltager benyttet egen mobil, noe som viste seg å fungere tilfredsstillende.

Før intervjuet startet ble intervjupersonene informert om studiens hensikt, hvordan intervjupersonenes anonymitet skulle ivaretas og at de hadde rett til å trekke seg fra studien når som helst i prosessen. Intervjuene ble tatt opp på nettskjema diktafon og datamaterialet ble anonymisert under transkribering. Retningslinjer for personvern ble overholdt (Personopplysningsloven, 2018). En kryptert minnepenn var disponibel for lydopptakene hvis de måtte lastes ned, dette for å sikre personvern når materialet skulle benyttes på ulike enheter. Det har ikke vært nødvendig å benytte denne minnepennen, da lydopptakene har ligget på nettskjema diktafon der de automatisk ble slettet.

3.4.2 Intervjuguide

Ved semistrukturert intervju var det hensiktsmessig å utforme en intervjuguide (vedlegg 3), noe som medførte en strukturering av intervjuet basert på temaer, uten at dette foregikk etter en fastlagt rekkefølge. Det var dermed rom for at temaer som ikke var planlagt på forhånd kunne tas opp spontant, noe som igjen ville kunne åpne opp for nye spørsmål og berike forskningsresultatet. Spontaniteten i intervjuet kunne medføre mere levende svar, men det var også viktig at den som intervjuet var oppmerksom på hvis intervjuet skulle dreie i en retning som ikke var relevant for problemstillingen og prosjektet (Malterud, 2017, s. 69 - 76).

Arbeidet med å utarbeide en intervjuguide startet allerede under utarbeidelse av prosjektplanen. Temaene i intervjuguiden ble valgt på grunnlag av erfaring fra nyfødttintensiv. I ettertid så man at disse var preget av forforståelse fra forskerne. Temaer som i utgangspunktet var tenkt som sentrale, har derfor vist seg å være mindre aktuelle.

Intervjuguiden har blitt endret opptil flere ganger, også etter pilotintervjuet, dette for å forsøke å treffe de riktige temaene som var nødvendig for å besvare problemstillingen. Nye interessante temaer har blitt avdekket under intervjuet. Slik har man som forskere oppdaget irrelevante spørsmål og intervjuguiden har blitt revidert.

For å skape ufarliggjøring startet intervjuguiden med et enkelt og fakta relatert spørsmål: «Først er det fint om du kan fortelle litt om rutinene hos dere med disse mottakene?» Dette spørsmålet gikk ikke direkte på erfaringer, men opplevdes under gjennomføring av pilotintervjuet og første intervju som medvirkende til noe kjent, håndterbart og avslappende hos intervjupersonene. Dette ledet igjen intervjuet naturlig inn på ulike temaer, da det ble naturlig med oppfølgingsspørsmål til det intervjupersonene fortalte. På bakgrunn av denne erfaringen startet alle intervjuene med dette spørsmålet.

3.5 Analyse

Før intervjuene fant sted var det viktig å planlegge hvordan de skulle analyseres. Det ble gjort opptak av intervjuene som deretter ble transkribert manuelt. Dette tok lang tid fordi intervjuene skapte store mengder tekst. Man så nytten av å analysere etter hvert som intervjuene ble gjennomført, for å sikre høyest mulig troverdighet av datamaterialet og dermed unngå tap av viktig informasjon (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017, s. 516).

I analyseprosessen ble det tatt utgangspunkt i artiklene til Graneheim og Lundman (2004) og Lindgren, Lundman og Graneheim (2020) sin tematiske innholdsanalyse for kvalitative data. I deres artikler beskrives to måter å analysere data på, henholdsvis det

manifeste og latente innholdet i en tekst. Det latente viser til tolkningen av den underliggende teksten og det manifeste de synlige og åpenbare komponentene i teksten. I denne oppgaven ble det valgt å gå inn i en manifest innholdsanalyse av teksten, da det var intensivsykepleierens konkrete og unike erfaringer som var av interesse og ikke det latente.

Analysen foregikk i fem faser, intervjueteksten ble fargelagt for å skille de forskjellige intervjupersonene fra hverandre. Analysemetoden legger vekt på at den transkriberte teksten først dekontekstualiseres, altså deles opp, gjennom å lage meningsbærende enheter (fase en, tabell 2), deretter kondenseres teksten (fase to, tabell 2) og kodes (fase tre, tabell 2). I denne fasen av analysen skal det være minimalt med tolking og abstrahering av teksten, selv om tolking allerede kan sies å starte i selve intervjuet og ved transkriberingsfasen i det tale føres til skrift (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020).

Lindgren et al., (2020) foreslår at teksten holdes mest mulig fullstendig inntil den er kodet. Det er først etter dette at enkelte koder som ikke faller inn under noen bestemt kategori eller tema, kan vurderes som ikke relevante om de ikke samsvarer med målet og er med å svare på oppgavens problemformulering. Det er viktig at tekst som er ekskludert fra analysen, begrunnes og avsløres for leseren, fordi dette vil øke studiens troverdighet (Lindgren et al., 2020). I den transkriberte teksten har noe av teksten forsvunnet under prosessen, fordi intervjuene var forholdsvis lange og enkelte av intervjupersonene gjentok seg selv opptil flere ganger. I tillegg var det en del tekst som var avslørende for den pågående studien som avdelingen var med i. Denne teksten er utelatt for å sikre anonymiteten.

Ved rekontekstualisering settes teksten sammen igjen, men i en noe mer tolkende og abstrakt grad. Dette gjøres ved å opprette subkategorier (fase fire, tabell 2) og kategorier (fase fem, tabell 2). Funnene kan munne ut i et hovedtema som vil være forskningens bakteppe, det latente som ligger der. Det er ikke alltid at man ender opp i tema, men stopper analysen på kategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et

al., 2020). I denne teksten har vi ikke benyttet oss av temaer, men funnet subkategorier og til slutt kategorier som er grunnlaget for funn og diskusjonen i oppgaven.

Dekontekstualisering og rekontekstualisering var en sirkulær prosess og teksten ble stadig korrigeret. Det var hele tiden nødvendig å gå tilbake i analyseprosessen for å se at man ikke mistet meningen i teksten. Graneheim og Lundman (2004) sier: «*It is important to bear in mind that the process of analysis involves a back and forth movement between the whole and parts of the text.*»

Fase en: Forfatterne fant hver for seg de meningsbærende enhetene i den transkriberte teksten, dette innebærer meningsladde ord og setninger (Graneheim & Lundman, 2004). Etterpå ble man enige om enhetene som var aktuelle. Noen av de meningsbærende enheter var store, og man måtte være observant på at meningen ikke skulle forsvinne under kondensering og koding.

Fase to og tre: Forfatterne gikk så hvert til sitt for å kondensere og kode de meningsbærende enheter og kom deretter sammen for å se om dette samsvarte. Det var enkelte ulikheter i oppdeling til koder, disse ble drøftet og forfatterne kom til enighet om de kodene man anså som de riktige.

Fase fire: Dette var en omfattende fase i analyseprosessen fordi kodene skulle gjøres om til subkategorier. Graneheim & Lundman (2004) sier at meningen med denne fasen i analyseprosessen er å finne subkategorier av koder som har lignende innhold og mening. Kodene ble klippet opp og lagt utover et stort bord. Det ble brukt flere dager på å finne ut av hvor de forskjellige kodene passet. Forfatterne fant det nyttig å ta en pause i prosessen og forsøke å se kodene med nye øyne neste dag. Under denne prosessen fant vi til slutt subkategorier (tabell 3).

Fase fem: Kategoriene (tabell 3) åpenbarte seg dermed som noen sentrale erfaringsområder flere av intervjupersonene hadde meddelt under intervjuene.

Tabell 2: Eksempel på analyseprosessens fem faser fra Graneheim og Lundman (2004).

Meningsbærende enhet (fase en)	Kondensering (Fase to)	Kode (Fase tre)	Subkategori (Fase fire)	Kategori (Fase fem)
<p>...for legger du barnet på en fast madrass i en kuvøse, som ikke flytter på seg, så har du i hvert fall kontroll på den variabelen. Ligger barnet på mor, så er mor sin kropp annerledes enn far sin kropp. Så du må hele tiden tenke frie luftveier, og sklir hodet bakover, og flytter barnet på seg, flytter foreldrene på seg. De ligger litt sånn på gyngende grunn, i og med at de ligger på en kropp.</p>	<p>Legger du barnet på en fast madrass så har du kontroll på den variabelen. Mors kropp er annerledes enn fars. Tenke frie luftveier. Flytter barnet på seg, flytter foreldrene på seg. Ligger på gyngende grunn på en kropp.</p>	<p>Utfordring å ha kontroll på alle variabler</p>	<p>Lettere å ha kontroll på variablene i kuvøse.</p>	<p>Mange variabler påvirker intensivsykeplei-eres erfaringer.</p>
<p>Ja, jeg kjenner nok på at jeg er litt mer nervøs og går litt sånn og kikker ekstra, samtidig som jeg føler at jeg kan ikke gå bort hele tiden å pirke, for det blir litt ubehagelig for mor og sånn. Så det er jo ulempen, at, ja, jeg er nok litt mer nervøs når de er så små, for da vet jeg hva som kan</p>	<p>at jeg er litt mer nervøs og går litt sånn og kikker ekstra. føler at jeg kan ikke gå bort hele tiden å pirke, for det blir litt ubehagelig for mor.</p>	<p>Mer nervøs når barnet ligger på mor.</p> <p>Kikker ekstra og følger med, men er obs på ubehaget dette medfører for mor.</p> <p>Vet hva som kan skje men stort sett går det bra</p>	<p>mer nervøs når barnet ligger hud-mot-hud.</p>	

skje. Stort sett så går det jo bra.				
Altså, utfordringen er kanskje det å være på et annet sted, som regel trives man best i den avdelingen hvor man er 100% kjent og vet hvor alt er hvis det skulle være noe jeg har behov for som ikke nødvendigvis ligger i den utstyrsbakka da, nå har vi jo prøvd å ha tilgjengelig det utstyret vi har behov for, så stort sett så er ikke det noe problem. Men det er vel det at du er på et helt annet sted.	utfordringen å være på et annet sted, som regel trives man best i den avdelingen hvor man er 100% kjent og vet hvor alt er hvis det skulle være noe jeg har behov for som ikke nødvendigvis ligger i den utstyrsbakka.	Utfordrende for spl. å være på et annet sted enn det nære og kjente. Trives best i den avd. der man er 100% kjent	Utfordrende å ikke være på egen avdeling.	

3.6 Troverdighet

Definisjoner av begrepene i det kvalitative forskningsmiljøet er ulike (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017, s. 557). Begrepet troverdighet omfatter hele studien. I denne studien er det valgt å benytte Graneheim & Lundman (2004) sine anbefalinger av hvordan troverdighet skal vurderes. De benytter seg av begrepene troverdighet, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet for å belyse troverdighetens forskjellige sider, og understreker at selv om man separerer disse begrepene må de sees som sammenbundet og flettet i hverandre (Graneheim & Lundman, 2004).

Å oppnå troverdighet i en studie er et overordnet mål (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017, s. 557-558). All forskning har som hensikt å frembringe ny kunnskap gjennom en vitenskapelig metode. Forskeren må være bevisst på at det finnes ulike

tolkninger av samme forskning. Det er forskerens oppgave å utføre forskningen på en slik måte at den kan anses som troverdig. Forskningen må derfor være transparent og presenteres på en slik måte at leserne kan følge forskningsprosessen og forfatterens arbeid trinn for trinn (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017, s. 557-573). Graneheim & Lundman (2004) mener at jo mere man lar leseren få mulighet til å tolke selv, gjennom for eksempel sitater og meningsbærende enheter, jo høyere grad av troverdighet kan oppnås. Tiltak for å oppnå troverdighet understrekes i artikkelen til Graneheim & Lundman (2004):

- Intervjupersonenes ulike erfaringer vil være med å belyse studiens problemstilling fra flere vinkler og være medvirkende til å få en rikere variasjon i svarene.
- Det må velges en passende metode for datainnsamlingen.
- Det må være en passende og nødvendig mengde data for å kunne besvare problemet som studeres.
- Forskeren må finne de passende meningsbærende enhetene, for brede enheter med for mye tekst eller for smale med liten tekst kan medføre tap av viktige funn.
- Viktig å vise hvordan kategorier og tema belyser datamaterialet, slik at data ikke er endret, lagt til eller fjernet

Gyldighet viser til hvor sanne funnene er og at det som skal undersøkes må være gyldig for problemet det skal forskes på (Graneheim & Lundman, 2004). For å skape denne gyldigheten var det viktig at vi, som forskere, testet ut metoden og intervjuguiden som ble benyttet, ved å utføre et pilotintervju. Dette for å sikre at problemstillingen ble besvart. Dersom man erfarte at pilotintervjuet ikke besvarte problemstillingen, måtte intervjuguiden korrigeres (Malterud, 2017, s. 55). En pilotundersøkelse gav en indikasjon på hvilke resultater man ville få i hovedundersøkelsen. Det gav oss også et anslag på hvor lenge intervjuene vil vare. Pilotintervjuet ble testet ut ved et annet sykehus enn der studien ble gjennomført. Under pilotintervjuet ble spørsmål i skjemaet besvart. Det kom også frem om innholdet i, og formen på intervjuguiden var dekkende og om spørsmålene var entydig og klart nok formulert. Dette var nyttig slik at man ikke sto igjen med et for uklart og magert datamateriale (Malterud, 2017, s. 53 - 56). Under

intervjuene var vi bevisst egen påvirkning av intervjupersonen og vår egen forforståelse. Som intervjuere gikk vi inn i situasjonen med egne erfaringer og interesse for eget prosjekt. Motivene var derfor ulike, noe som ville kunne påvirket samtalen og dermed resultatet (Malterud, 2017, s. 133 - 149). Under intervjuene var det hensiktsmessig å gjenta for intervjupersonen det som ble sagt, for å kontrollere at vi hadde oppfattet svaret riktig. Dette bidro til oppklaringer og felles forståelse. Slik oppnådde man en større gyldighet i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 134 - 140). Under deler av analysen har forskerne hatt hjelp av veileder og ekstern person fra sykehuset, slik at flere har kontrollert at tolkningen av funnene var troverdige. Gjennom dette blir gyldigheten til studien styrket (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017, s. 557-573). Hvordan deltagere i prosjektet velges ut er også relevant for gyldigheten til studien. I metodekapittelet beskrives denne prosessen under utvalg. Sitater fra intervjupersonene under kapittelet funn vil også være med å styrke studiens gyldighet.

Påliteligheten i studien viser til hvorvidt man kan reprodusere resultatet. Det vil si om man får samme resultat hvis studien gjentas under de samme forutsetningene (Malterud, 2017, s. 23 - 25). I kvalitativ forskning, slik som dette prosjektet, vil forskningen være vanskeligere å gå etter i sømmene. Dette fordi man som forskere, gjennom semistrukturerte intervjuer, spiller en stor rolle i prosessen med å innhente data. Siden vi fra vårt ståsted hadde kjennskap til nyfødttintensiv avdeling, var det viktig å reflektere over hvordan våre egne verdier, erfaringer og interesser kunne forme forskningen og de involverte (Malterud, 2017, s. 133-135).

Overførbarhet betyr i hvilken grad resultatene kan gjelde i andre settinger eller sammenhenger. Forfatterne kan foreslå overførbarhet, men det er leserens beslutning om funnene kan overføres til annen kontekst (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). På bakgrunn av dette er betingelser og forskningsprosessen bak studien forsøkt beskrevet på en slik måte at leseren selv kan vurdere overføringsverdi av studien. Vårt mål med denne studien var å oppnå et resultat som kunne være overførbart.

3.7 Forskningsetiske vurderinger

De fire etiske prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet står sentralt i all medisinsk forskning. Dette dreier seg om hva som er en riktig og ansvarlig behandling av personer og datamateriale før, under og etter forskningsprosessen (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2018, s. 28).

I problemstillingen har datamaterialet blitt innhentet via semistrukturerte intervjuer med den enkelte intensivsykepleier. Foreldrene og barna ved avdelingene har ikke vært en del av denne studien. Allikevel har vi vært bevisst på at det under intervjuene kunne komme frem opplysninger som var mulig å spore direkte og teksten er nøye kontrollert og alt gjenkjennbart materiale er blitt anonymisert. Ivaretagelse av den enkelte intensivsykepleiers integritet er svært viktig og den enkelte deltager må samtykke til deltagelsen i prosjektet (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2018, s. 224). Under oppgaven har vi hele tiden vært bevisst på at personvernet ikke skal krenkes, noe som dessuten også er lovstridig. Personen skal beskyttes mot at opplysninger ikke kommer på avveie og behandles med tanke på å ivareta personlig integritet, privatlivets fred og kvalitet på personopplysningene (Personopplysningsloven, 2018).

For at den enkelte intervjuperson skal vite hva de samtykker til, er tilstrekkelig informasjon om hvordan intervjuet skal foregå, samt om prosjektet, essensielt. I dette ligger hvem som er ansvarlige for studien, formålet med intervjuene og studien, og hvilke typer opplysninger som samles inn. Helseforskningsloven (2009), fastslår at samtykke skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Informert samtykke vil si at samtykke er gitt på bakgrunn av tilstrekkelig informasjon, slik at den enkelte vet hva de samtykker til (Malterud, 2017, s. 214). Det vil være viktig å presisere at den enkelte har full rett til å trekke tilbake sitt samtykke til deltagelsen når som helst (Helseforskningsloven, 2009). Skriftlig informasjon om studien er sendt til både avdelingsledere og den enkelte deltager. Intervjupersonene som ville delta har bekreftet deltagelse ved å signere og returnere dokumentet. Disse er blitt oppbevart adskilt fra intervjuene.

Det ble søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 1) der prosjektet ble godkjent i tråd med personvernloven. Veileder godkjente prosjektet før innsending av søknad. Det var ikke nødvendig å søke Regional etisk komite (REK) fordi prosjektet ikke inkluderer pasient- eller personopplysninger. Forskningsavdelingens ledere og personvernombud ved to sykehus ble kontaktet, og prosjektet ble godkjent (vedlegg 4). Fordeler for informantene i en slik studie som denne, kan være at intervjupersonene selv har muligheten til å videreføre kunnskap og dermed øke kvaliteten på kengurumottak for premature fra uke 30 med behov for nCPAP-behandling. Ulemper vil være at slike intervjuer tar tid for informantene, og at intervjupersonene selv måtte organisere egnet rom med nettilgang fordi intervjuene ble gjennomført på ZOOM. En ekstra ulempe ble det for intervjupersonene når enkelte måtte benytte egen telefon under intervjuene for å få ZOOM-tilgang.

4 Funn

I dette kapittelet vil funnene fra analyseprosessen presenteres. Det var ønskelig å finne det manifeste og beskrivende innholdet i intervjuene (Lindgren et al., 2020). Analysen resulterte derfor i seks kategorier (tabell 3). For å få frem intensivsykepleiernes stemmer på best mulig måte har vi valgt å presentere funnene sammen med utvalgte sitater (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 307). For å skille intervjupersonenes utsagn, vil de bli omtalt med tilhørende deltager nummerering.

Tabell 3: Subkategorier og kategorier

Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none">- Viktig med riktig utstyr på riktig sted.- Aldri på bekostning av sikkerhet.- Viktig med klare retningslinjer.	<ul style="list-style-type: none">- Betydningen av tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer.
<ul style="list-style-type: none">- Krever at de som deltar har høy kompetanse.- Utfordrende med kapasitet, spesielt på natt.- Opplever godt tverrfaglig samarbeid.	<ul style="list-style-type: none">- Viktig med kompetent og nok personale.
<ul style="list-style-type: none">- Lettere å ha kontroll på variablene i kuvøse.- mer nervøs når barnet ligger hud-mot-hud.- utfordrende og ikke være på egen avdeling.	<ul style="list-style-type: none">- Mange variabler påvirker intensivsykepleiernes erfaringer.
<ul style="list-style-type: none">- Skaper økt tilknytning.- Tryggere foreldre.- Mer selvstendige foreldre.	<ul style="list-style-type: none">- Positivt for foreldre og barn.
<ul style="list-style-type: none">- Rolige mottak er gode mottak.- God informasjon skaper trygghet- Trygghet i trygge sykepleiere.	<ul style="list-style-type: none">- Gode mottak kjennetegnes av ro og foreldre som har fått god informasjon.
<ul style="list-style-type: none">- Større søkelys på uavbrutt hud-mot-hud.- Holdningsendring blant personale.	<ul style="list-style-type: none">- Pågående prosjekt øker oppmerksomheten på kengurumottak.

4.1 Betydningen av tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer

Under denne kategorien vil det bli presentert funn fra de tre subkategoriene: (1) viktig med riktig utstyr på riktig sted (2) aldri på bekostning av sikkerhet (3) viktig med klare retningslinjer.

Intervjupersonene ble bedt om å fortelle om rutiner ved deres sykehus når den premature, født etter uke 30, hadde behov for nCPAP like etter fødsel. Flere av intervjupersonene kom da inn på erfaringer som avdekket behovet for tilstrekkelig og riktig utstyr, både på føden og operasjon, slik at sikkerheten ble ivaretatt og barnet kunne ligge hud-mot-hud umiddelbart og over tid. Intervjuperson 1 fortalte at de hadde fått en kuvøse med nCPAP for at de skulle kunne legge barnet på mors bryst og legge på nCPAP der. Dette gjorde at de kunne stå på fødestuen, både en og to timer før de tok barnet til nyfødtintensiv. Intervjuperson 5 går nærmere inn på hvor omfattende det er å klargjøre utstyret til disse mottakene:

Da har vi en giraffekuvøse ferdig rigget. Og under kuvøsen har vi utstyr til intubering, altså en bakk til luftveier og en bakk til intravenøst. Vi har en STAR neopuff på shuttelen og en CPAP, slik at vi kan starte CPAP behandling på fødestuen (...). Og hvis det er tvillinger må vi ha med en ekstra CPAP i tillegg (...). Så det er enormt mye planlegging og logistikk, for å ligge i forkant hele tiden.

Funnene viste også at det var utfordrende om utstyret ikke var klargjort på riktig sted. Det forklarer intervjuperson 4 slik: *«De ringte, for det skjedde så fort, så de ringte og sa: nå må du komme ned med utstyr. Og det stod på en helt annen plass, så da måtte vi bare løpe dit, på operasjon og hente det utstyret til føden. Og det er jo litt avstander, så ting tok tid.»*

Selv om intervjupersonene erfarte at forberedelsene til disse mottakene tok tid og krevde mye planlegging, var fokus likevel på at det å kunne tilby denne pasientgruppen

kengurumottak med nCPAP viktig. De uttrykte at det var viktig for dem at behandlingen pasientene fikk på fødestuen hud-mot-hud, var like trygg som den de ville fått på avdelingen:

At hud- mot- hud kontakten aldri skal gå på bekostning av barnet sin sikkerhet har på en måte vært enormt viktig for oss og fortelle til foreldrene, at det kun er plassen som er forskjellig, ikke behandlingen. (...) og i det øyeblikket vi vurderer at det er tryggest for barnet å ligge litt i kuvøsen med taket opp der inne på rommet, så gjør vi det. (...) vi har ingen tabbevot (Intervjuperson 5).

Funnene viste også at intervjupersonene ønsket klare retningslinjer for når det var greit og ikke greit å avbryte kengurumottaket. Intervjuperson 2 sa at barnets behov for nCPAP ikke var gyldig grunn til å avbryte med mindre barnet hadde økende O2- behov. Hun mente at dersom de hadde klare retningslinjer, ville det ikke være opp til den enkelte om kengurumottaket med nCPAP ble gjennomført.

En annen erfaring intervjupersonene delte var at selv om de hadde prosedyrer for hvordan kengurumottaket skulle utføres, ble ikke alltid disse fulgt. Intervjuperson 3 fortalte at selv om prosedyren var at de først skulle undersøke barnet på brystet til mor og sjekke ABC der, ønsket noen av legene å vurdere barna på asfyksibordet før de la barnet til mor. Dette bekrefter intervjuperson 2, som sa: *«De gangene jeg ikke synes det har fungert så bra, det er kanskje når legen vil ha barnet direkte på asfyksibordet, for det hender jo.»*

4.2 Viktig med kompetent og nok personale

Her presenteres funn fra subkategoriene: (1) Krever at de som deltar har høy kompetanse (2) utfordrende med kapasitet, spesielt på natt (3) opplever godt tverrfaglig samarbeid.

Intervjupersonene hadde erfart at hvem de jobbet sammen med, påvirket hvor godt kengurumottakene med nCPAP fungerte. Dette forklarer intervjuperson 2 på denne måten:

Det er klart at når vi har med oss nyfødteleger som vi kjenner (...), så fungerer jo mottaket mye bedre enn når vi skal ha med oss barnelege fra barnepost, for de kjenner ikke rutineene like godt, og de kjenner ikke oss like godt.

Hun fortalte også at de prioriterte å gå to sykepleiere hvis de hadde mulighet til det, og at en gikk tilbake til avdelingen da alt var under kontroll på føden. Intervjuerne forsto at sykepleierne opplevde dette som trygt. Kompetansen til sykepleierne som deltok hadde også noe å si. Intervjuperson 4 fortalte om et mottak hvor det var veldig travelt på avdelingen, noe som gjorde at hun måtte ha med en uerfaren sykepleier. Følelsen hun beskrev rundt dette var: *«Så da tenkte jeg, ok, jeg må bare gjøre det beste ut av det.»* Intervjuperson 5 bekreftet at kompetansen hos sykepleierne var viktig: *«Det er jo de som er respiratorkyndige som tar disse mottakene. Så det krever høy kompetanse hos sykepleierne.»* Hun trakk frem simuleringstrening og tilstrekkelig opplæring som viktig for å øke kompetansen. Intervjupersonene hadde erfart at dersom barnelege og sykepleier var faglig og praktisk forberedt, ville dette gjøre dem tryggere i mottakene, noe som kunne hindre at mottakene ble avbrutt unødige. Intervjuperson 3 beskrev det slik: *«Vi har nok også avbrutt et kengurumottak i ny og ne fordi kanskje den legen som tar imot er usikker.»* Videre sa hun: *«Noen ganger så tror jeg kanskje det handler om tryggheten til sykepleierne også, så det er jo sikkert en kombinasjon dette her.»* Rollen til sykepleierne bekreftes av intervjuperson 2: *«Så er det noen leger som har lyst å avbryte, så da er det litt opp til sykepleierne at vi klarer å si at nei, vi har ingen grunn til å avbryte, vi skal bli.»*

Funnene viste at det var utfordrende å få frigjort personale til å delta på mottakene. Avdelingene hadde ingen som gikk løs. Barna vedkommende hadde ansvar for måtte dermed omfordes til andre. På grunn av mindre bemanning på natt opplevde intervjupersonene denne tiden på døgnet som den største utfordringen. Allikevel var det tydelig at det også kunne være utfordrende med kapasitet på dagtid. Intervjuperson

5 sa følgende: «Men det er krevende, for det er jo som med alle nyfødtafdelinger. Vi har ikke mer bemanning enn vi må.»

Gjennom intervjuene ble det avdekket at alle intervjupersonene opplevde et godt tverrfaglig samarbeid. De kom selv inn på at det var mange yrkesgrupper som jobbet sammen under disse mottakene. Det ble derfor naturlig å stille oppfølgingsspørsmål om hvordan dette samarbeidet opplevdes. Intervjupersonene fortalte at samarbeidet med legene generelt var godt, og trakk spesielt frem jordmødrene som gode samarbeidspartnere: «Og de er flinke jordmødrene, de legger til rette og vil gjerne at dette skal gå bra.» (Intervjuperson 1). Intervjuperson 2 uttrykte det på denne måten: «Jordmødrene er jo også veldig fornøyd med det og synes det fungerer veldig bra. De samarbeider veldig godt med oss. De vet jo at vi er med og gir oss beskjeder.»

Samarbeidet ble beskrevet av intervjuperson 5 som to avdelinger der man jobbet sammen som ett team. Jordmor, barnepleier og gynekolog representerte en avdeling, og «vi», som ble tolket av intervjuerne som sykepleiere og barnelege, en annen. For at disse skulle fungere som ett team, måtte det kommuniseres med closed loop, og roller måtte være avklart på forhånd.

4.3 Mange variabler påvirker intensivsykepleiernes erfaringer.

Funnene i denne kategorien presenteres her gjennom subkategoriene: (1) Lettere å ha kontroll på variablene i kuvøse (2) mer nervøs når barnet ligger hud-mot-hud (3) utfordrende å ikke være på egen avdeling.

Funnene i studien avdekket at det var flere hensyn å ta da den premature med behov for nCPAP lå hud- mot- hud like etter fødsel. Erfaringene viste at det var lettere å følge med på at alt var på plass, at alt var greit, i kuvøse. Det opplevdes mer forutsigbart da barnet lå på en fast madrass. Intervjuperson 5 forklarer det på denne måten:

(...) for legger du barnet på en fast madrass i en kuvøse, som ikke flytter på seg, så har du i hvert fall kontroll på den variabelen. Ligger barnet på mor, så er mor

sin kropp annerledes enn far sin kropp. Så du må hele tiden tenke frie luftveier, og sklir hodet bakover, og flytter barnet på seg, flytter foreldrene på seg. De ligger litt sånn på gyngende grunn, i og med at de ligger på en kropp.

Noen av intervjupersonene ble litt mer nervøse og kikket litt ekstra da de premature lå hud-mot-hud. Dette begrunnet de med usikkerheten rundt tilstanden til barnet, de visste hva som kunne skje: «(...) dette med at de stabiliseres så godt når de ligger hud-mot-hud, det er jo ikke alltid. Når de er 30 uker så er de skjøre og jeg har opplevd at et barn har kollabert på mor.» (Intervjuperson 1). En annen beskrev det som: «Du vet jo aldri helt hva du går til.» (Intervjuperson 4).

Intervjupersonene 1 og 5 hadde erfart at fars kropp generelt var kaldere enn mors, og at fedrene ofte trengte et varmt teppe over seg når det var de som holdt barnet hud-mot-hud like etter fødsel. Samtidig fortalte de at det også var forskjell på mødrenes kropp, og at de også noen ganger ble kalde, noe som igjen påvirket den premature som lå hud-mot-hud. Intervjuperson 5 fortalte: «Og kroppen har forskjellig temperatur alt etter hvor stresset det mennesket er. Begynner mor å få smerter for eksempel. Er mor veldig tynn.»

En annen utfordring var det å jobbe et annet sted enn i avdelingen hvor de var mest kjent: «(...) utfordringen er kanskje det å være på et annet sted, som regel trives man best i den avdelingen hvor man er 100% kjent og vet hvor alt er (...)» (Intervjuperson 3).

4.4 Positivt for foreldre og barn.

Her presenteres funnene fra subkategoriene: (1) skaper økt tilknytning (2) tryggere foreldre (3) mer selvstendige foreldre.

Intensivsykepleierne erfarte at hud-mot-hud umiddelbart etter fødselen fremmet tilknytning og førte til mer selvstendige og deltagende foreldre. De opplevdes som mer orientert mot barnet sitt og var mer opptatt av å holde barnet hud-mot-hud, også i etterkant. Intervjuperson 3 beskrev det som at hun følte de satte i gang en trigger hos

familien, det med den gode følelsen å få det premature barnet hud- mot- hud.

Intervjupersonene 1 og 5 beskrev foreldrene som hadde fått det premature barnet hud- mot- hud like etter fødsel som mer selvstendige med tanke på stell og mating. Dette kan tolkes som at disse foreldrene ble tryggere på barnet sitt. Intervjuperson 2 var opptatt av at selv om mor følte seg nyttig da barnet lå hud- mot- hud, var det viktig at også far følte han kunne bidra med noe:

Og gjerne benytt far, eller mor når det er noe som skal gjøres. (...) i stedet for å bruke den ene sykepleieren så bruker vi gjerne pappa. Og trenger vi støtte når vi skal ta blodprøver så kan han støtte barnet (...), gi sukker og passe på smokken, i stedet for å bruke en annen kollega. Det kjenner jeg mange fedre spesielt, er glad for. (...) da får de en oppgave, et eller annet de kan bidra med.

Intervjupersonene la også vekt på at det beste var uavbrutt hud- mot- hud, der foreldrene var med hele tiden og prosedyrer ble utført mens barnet lå på mors bryst. Intervjuperson 3 fortalte: *«Og det at man ikke tar barnet vekk fra mor, men klarer å gjøre prosedyrer hud- mot- hud. Da synes jeg vi får et sånn helhetlig godt mottak og som regel en god opplevelse.»* Intervjuperson 4 beskrev det slik: *«De føler seg litt trygge når de har fått sett barnet hele tiden, hatt det på brystet helt fra starten.»*

4.5 Gode mottak kjennetegnes av ro og foreldre som har fått god informasjon.

Her presenteres funn fra disse subkategoriene: (1) rolige mottak er gode mottak (2) God informasjon skaper trygghet (3) trygghet i trygge sykepleiere.

Intervjuene avdekket at intensivsykepleierne var opptatt av at det kunne virke dramatisk for foreldrene med mye personale og uro i forbindelse med kengurumottak med nCPAP. Intervjuperson 2 fortalte hvordan de på sykehuset hun jobbet, prøvde å tilrettelegge for å unngå unødig uro og forstyrrelser. Hun fortalte at det ofte ble mange personer inne på fødestuen. De hadde derfor et skjerm Brett som sykepleiere og lege fra nyfødt sto bak. Her skulle det ikke foregå hvisking og planlegging. De skulle holde seg litt

i bakgrunnen frem til barnet ble født. Hun fortalte at da barnet var forløst og lagt på mors bryst, var de opptatt av å jobbe rolig for ikke å skremme foreldrene. Dette beskrev hun som medvirkende til at selv om den premature var litt dårlig, var det ikke alle foreldrene som så det. Da så de bare «*Det fine barnet sitt.*» Intervjuperson 3 fokuserte på at et godt mottak var da man klarte å dempe lydnivå og negativ stimulering for barnet. Viktigheten av å balansere hands on og hands off ble også trukket frem under intervjuene, og intervjuperson 1 forklarte det slik:

Det er klart at når alarmene går, så går vi jo bort og sjekker, men jeg tror nok, jeg kjenner nok at jeg vil la de få fred. Det er jo det som er tanken også, at de skal få ro og fred (...), du skal ikke bort å pirke og kladde hele veien.

Flere av intervjupersonene (2, 3 og 4) hadde erfart at det å gi god informasjon til foreldrene i forkant av og under mottaket var med på å trygge foreldrene. De fortalte at de opplevde at det å ikke vite var skummelt for foreldrene. Dersom man hadde tid og mulighet til relasjonsbygging med foreldrene i forkant, så de at også dette kunne være en fordel under mottaket. Det beste, ifølge intervjupersonene, var om den sykepleieren som hadde informert om kengurumottaket i forkant, også var til stede under mottaket. Dette kan tolkes som var en trygghet for både foreldre og sykepleier, da begge parter vil oppleve at de alt har en forbindelse. Og nettopp dette med trygge sykepleiere ble også beskrevet av intervjuperson 3 som viktig for å trygge foreldrene: «*Så lenge de føler vi er trygge på situasjonen, så føler jeg de også er trygge i situasjonen.*»

4.6 Pågående prosjekt øker oppmerksomheten på kengurumottak

Her presenteres funnene fra disse subkategoriene: (1) større søkelys på uavbrutt hud-mot-hud (2) holdningsendring blant personale.

I og med at begge sykehus nylig hadde deltatt i hver sin studie hvor søkelys var på kengurumottak av premature, ble studiene trukket frem i flere av svarene til intervjupersonene. Det var tydelig at det var økt fokus på temaet, noe som preget

rutinene ved begge sykehus. Alle intervjupersonene hadde mange års erfaring på nyfødtintensiv. De kunne derfor sammenligne dagens praksis med tidligere praksis. Intervjuperson 1 fortalte at da hun begynte å jobbe på nyfødtintensiv for 10-11 år siden, var regelen at de premature skulle ligge en uke i kuvøse før de tok de ut til foreldrene. Dette forklarte hun var begrunnet i fare for intraventrikulær blødning. Videre sa hun:

Det er jo ikke sånn sannheten er lenger. Vi merker jo at holdningen har endret seg (...). Etter vi begynte med studien er vi mye mer obs på at nå må vi få barnet ut til mor eller far så fort som mulig. Jeg kjenner jo nå at vi er blitt så vant til det, at det er det som er blitt det vanlige.

Ved ett av sykehusene tenker de en av følgene av studiedeltagelse blir at de går fra kengurumottak fra uke 32 til uke 30. Intervjuperson 3 sa: *«Jeg tror ikke vi kommer ned til 28 uker med en gang, men at vi kan gå ned til 30 uker, det tenker jeg at vi gjør.»*

Intervjuperson 5 fortalte at i tillegg til at deltagelse i studier hadde ført til endrede holdninger blant personale, hadde hun tro på at fokuset på kengurumottak kom til å føre til varig endring av praksis. Hun beskrev studiedeltagelse på denne måten:

Det har vært helt enormt, det må jeg si, det vi har vært med på. Så jeg tror nok disse studiene som går på det med immediate skin-to-skin-care, de kommer til å endre praksis for premature fødsler. Så vi har egentlig til nå bare positive erfaringer med det.

5 Diskusjon

Målet med studien var å finne ut hvilke erfaringer intensivsykepleiere hadde med kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP. For å belyse denne problemstillingen vil funnene drøftes opp mot aktuell forskning, intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde og teorien om personsentrert omsorg. Funnene resulterte i seks kategorier. Selv om noen av disse inneholder flere erfaringer enn andre og blir diskutert i større grad, har vi valgt å diskutere samtlige fordi alle kategoriene oppleves som relevante for problemstillingen.

5.1 Pasientsikkerhet i tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer

Tre subkategorier bygger opp under et av hovedfunnene i studien, som viste at intensivsykepleierne erfarte at det var av betydning å ha tilgjengelig utstyr og klare retningslinjer for kengurumottak. Disse subkategoriene var: aldri på bekostning av sikkerhet, viktig med riktig utstyr på riktig sted og viktig med klare retningslinjer.

Funnene viste at intensivsykepleierne var opptatt av å ivareta det premature barnets sikkerhet. Det var viktig for dem å sikre like trygg behandling selv om denne foregikk hud-mot-hud. Bates et al., (2019) så ingen uheldig påvirkning av å ligge i kenguru like etter fødsel, også hos de minste og sykeste premature. Derimot viste resultatene en tydelig forbedring i enkelte av de prematures helsetilstand. Det har ikke vært mulig å finne studier som sammenligner sikkerhet mellom kengurumottak og mottak på asfyksibord. WHO (2015) angir at det ikke finnes tilstrekkelig forskning til at de kan komme med en anbefaling om hud-mot-hud for ustabile nyfødte. Imidlertid fant Boundy et al. (2016) ingen støtte for at kengurumetoden kunne skade barnet. De konkluderte med at kengurumetoden var en trygg og rimelig intervensjon som kunne forhindre komplikasjoner assosiert med prematur fødsel. Vår studie viste at intensivsykepleierne anerkjente at kengurumottak hadde flere helsefremmende fordeler og var positivt for foreldrene, og at dette var noe de ønsket å tilby premature. Det premature barnet er i en sårbar situasjon, og intensivsykepleiere er pålagt å beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med behandlingen (Helse

- og omsorgsdepartementet, 2019; NSFLIS, 2017; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §2-2). Det er naturlig å tenke at dersom barnet er ustabil, opplever intensivsykepleierne større grad av kontroll ved å ha det over på asfyksibordet. Intensivsykepleierne hadde høy terskel for å ikke gjennomføre kengurumottak da de var klar over de helsefremmende fordelende hud-mot-hud har, men dersom barnets tilstand var dårlig eller forverret seg anså de det likevel tryggere å stabilisere på asfyksibord.

Det fremkom at det var viktig med tilgjengelig utstyr for å ivareta pasientsikkerheten under kengurumottaket med nCPAP. En av intervjupersonene fortalte at utstyr ikke var på plass, og at det måtte hentes et annet sted. Dette tok tid og opplevdes som stressende. En studie av Maniago et al. (2020) bekrefter at mangelen på tilgjengelig utstyr er til hinder for gjennomføring av kengurumottak. Erfaringsmessig opplevdes mangel på plass til oppbevaring av utstyr, både på operasjonsavdeling og fødeavdeling. Dette fører til at nødvendig utstyr må medbringes når man får meldt et kengurumottak. Ved en rask fødsel, der man ikke får mulighet til å forberede utstyr, risikerer man at gjennomføring av kengurumottak ikke lar seg gjøre på grunn av mangel på tilgjengelig utstyr. For disse foreldrene vil dette medføre tap av den viktige første tiden med barnet sitt (Dahlø et al., 2018; Mehler, et al., 2018). Trolig ville bedre tilrettelegging av utstyr og mer plass på nyfødt og fødeavdelingen, forenkle forberedelsene og medføre økt pasientsikkerhet. NSFLIS (2017) beskriver at en del av intensivsykepleierens behandlende funksjon innebærer å anvende medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Mangelen på tilgjengelig utstyr kan, i verste fall, hindre intensivsykepleieren i å opprettholde denne funksjonen og resultere i at den premature ikke får tilbud om hud-mot-hud.

Intervjupersonene påpeker at det må være rutiner og prosedyrer på plass, og at det må finnes klare kriterier for avbrudd av kengurumottak. Dette for å sikre lik behandling og for å unngå at det blir opp til den enkelte om prosedyren gjennomføres. Manglende retningslinjer på umiddelbar hud-mot-hud kontakt på fødeavdelingen bekreftes i en studie av Niela-Vilen et al. (2013), som påpeker at det å skape klare retningslinjer vil

medvirke til å forbedre umiddelbar hud-mot-hud kontakt mellom den premature og sin mor. Lovverket sier at sykehuset er pålagt å ivareta pasienten, og helse- og omsorgstjenesten skal derfor inneha en viss kvalitet og sikkerhet i behandlingen (Helsepersonelloven, 2001, §4-15; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Det er sannsynlig at mangel på klare retningslinjer kan medføre usikkerhet blant personalet og resultere i varierende tilbud for foreldre og premature, også ved samme sykehus. Forskning viser et fravær av klare retningslinjer og det organisatoriske rundt hud-mot-hud kontakt i klinikken (Bates, et al., 2019, s. 52-56; Maniago et al, 2020, s.302) og at dette har betydning for hvor mye metoden benyttes (Lode et al., 2015, s. 159). Det grunn til å tro at om utstyr og klare retningslinjer var tilgjengelig ville dette være medvirkende til å trygge personale ytterligere slik at terskelen for å avbryte kengurumottak er enda høyere.

5.2 Kompetent og nok personale gir trygghet

Tre subkategorier bygger opp under et av hovedfunnene i studien viste at intensivsykepleierne erfarte at det var viktig med kompetent og nok personale. Disse subkategoriene er: Krever at de som deltar har høy kompetanse, utfordrende med kapasitet, spesielt på natt og opplever godt tverrfaglig samarbeid.

Funnene viste at tilstrekkelig kompetanse blant personalet var sentralt.

Simuleringstrening og opplæring ble ansett som nødvendig for å sikre dette. I en studie av Stelmak et.al (2017) understrekes verdien av profesjonelle sykepleiere under tilrettelegging av hud-mot-hud. Ustabilitet hos den premature angis som en medvirkende årsak til å ikke gjennomføre umiddelbar hud-mot-hud kontakt, og at det å øke kompetansen er nødvendig fordi sykepleierne står i frontlinjen for gjennomføringen av denne prosedyren. Økt kunnskap vil kunne skape tryggere sykepleiere (Maniago et al., 2020, s. 301). Erfaringsmessig ser man at en stor andel sykepleiere uten spesialutdanning arbeider ved nyfødtintensivavdelingene. Mange av disse har lang erfaring og medvirker under kengurumottak med nCPAP, mens andre har mindre erfaring og er avhengig av kompetent personale rundt seg. Bemanningsnorm for nyfødtintensivavdelinger anbefaler 1-2 sykepleiere i gjennomsnitt for de mest

intensivkrevende barna hvorav minst en bør være spesialsykepleier (Helsedirektoratet, 2017). Til sammenligning anbefales 1,5 - 2 intensivsykepleiere hos en stabil voksen intensivpasient (Norsk anesthesiologisk forening, 2014). Dette viser en forskjell i hvordan anbefalinger for premature og voksne intensivpasienter varierer. Hva denne forskjellen kommer av er usikkert, men kan bety at nyfødte ikke er en like prioritert gruppe. Vi mener at en intensivsykepleier vil kunne bidra med sin kunnskap om akutt og kritisk syke inn i en slik avdeling (Utdannings- og forskningsdepartement, 2005). Vi mener at en større prioritering av spesialsykepleiere i en nyfødtintensiv avdeling vil bidra til økt kompetanse. Fokus på å heve kompetansen blant personale gjennom simuleringstrening og opplæring, vil kunne være medvirkende til økt kunnskap og dermed en tryggere gjennomføring av kengurumottaket

Intervjuene avdekket også at det var viktig at barnelege var faglig og praktisk forberedt. I tilfeller der legen ønsket å avbryte mottaket, erfarte intensivsykepleierne at de måtte være den som forsvarte å fortsette. De oppga at usikre leger var en medvirkende årsak til avbrudd av kengurumottak. Dette bekreftes i en studie av Niela-Vilen et al. (2013), der barnelegens praksis oppleves som en fasilitator hvorvidt kengurumottak ble gjennomført eller ikke (Niela-Vilen, et al., 2013, s. 1326). Det er en svakhet ved studien at forskerne ikke har inkludert barneleger slik at de får mulighet til å uttale seg. Det er allikevel grunn til å tro at gjennomføring av kengurumottak til en viss grad har sammenheng med barnelegenes erfaring.

En annen årsak til at kengurumottak med nCPAP ikke ble gjennomført, var for lite ressurser på jobb. Intensivsykepleierne nevnte at de aldri hadde en som gikk løs for å ta imot nye pasienter. De måtte derfor omorganisere barna vedkommende hadde ansvar for og uttrykte at nattevaktene var mest sårbare, da dette skiftet hadde færrest ansatte på vakt. Kengurumottak krever at minst en sykepleier må forlate avdelingen for å bistå på fødeavdelingen, noe som fører til at det blir færre ansatte igjen. Mangel på personale angis som en av barrierene for gjennomføring av kengurumottak og var medvirkende til å skape motløshet blant sykepleierne (Maniago et al., 2020, s. 296). Erfaring tilsier at det på en voksen intensivavdeling normalt er en eller flere intensivsykepleiere som går løs for å kunne ta imot akutte pasienter. Vi er kjent med at

det ved et lokalsykehus er beregnet 40 årsverk ved en voksen medisinsk overvåkningspost med åtte sengeplasser, som ikke har respiratorpasienter. Til sammenligning er det ved samme sykehus beregnet 26,15 årsverk ved nyfødtintensiv, som har 12 sengeplasser inkludert respiratorpasienter. Mangelen på personale for å opprettholde implementeringen av hud-mot-hud bekreftes av Maniago et al. (2020), som anbefaler sykehusets organisasjon å sørge for tilstrekkelig personale for å kunne gjennomføre kengurumottak. Ved en nyfødtintensivavdeling vil nok intensivsykepleiere være i mindretall. De vil dermed ikke kunne delta i diskusjoner om prioriteringer og ressursfordeling i like stor grad som en voksenintensivavdeling, da dette er en del av intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområde (NSFLIS, 2017). Tilstrekkelig personale hele døgnet viser seg å være avgjørende for gjennomføring av kengurumottak da dette er en ressurskrevende prosedyre. Det kan se ut til å være av betydning om premature fødes på dag eller natt i forhold til om de får kengurumottak eller ikke.

Det tverrfaglige samarbeidet oppleves som godt av alle intervjupersonene. Opplevelsen av å bli til ett team under prosedyren trekkes spesielt frem av en intensivsykepleier som understreker nødvendigheten av «closed Loop»-kommunikasjon. Bates et al., (2019) sier at det er nødvendig med stort fokus på teamarbeid under kengurumottak med nCPAP og påpeker viktigheten av å ha en presis kommunikasjon i teamet. Flere yrkesgrupper er involvert ved disse mottakene. Det tverrfaglige samarbeidet er sentralt for en helhetlig pasientbehandling (McCormack & McCance, 2017, s. 47). Dersom samarbeidet fungerer utilfredsstillende og de ulike yrkesgruppene ikke ser sin egen og andres rolle og kompetanse er det sannsynlig at det vil gå ut over foreldre og barn. Som intensivsykepleier skal man ta medansvar for forsvarlig behandling i samarbeid med lege og sikre kvalitet gjennom tverrfaglig samarbeid (NSFLIS, 2017). McCormack og McCance (2017) understreker at man ved hjelp av intensivsykepleierens profesjonalitet og egenskaper, miljøet og personsentrerte prosesser kan gi en helhetlig sykepleie til pasienten. Dette vil igjen kunne fremme teamarbeid blant personalet. Kompetanse alene er ikke nok for å tilby et helhetlig kengurumottak med nCPAP, man er også avhengig av et godt tverrfaglige samarbeid.

5.3 Variabler påvirker intensivsykepleiernes erfaringer

Studien avdekket at uforutsigbarheten ved at den premature lå hud-mot-hud med nCPAP påvirket intensivsykepleiernes erfaringer. Subkategoriene som bygger opp under dette er: Mer nervøs når barnet ligger hud-mot-hud, lettere å ha kontroll på variablene i kuvøse og utfordrende å ikke være på egen avdeling.

Flere av intervjupersonene fortalte om opplevelse av større utrygghet og nervøsitet da barnet lå på mors bryst. De fortalte at de kikket litt ekstra da barnet lå hud-mot-hud, og at de premature er skjøre når de er så små som 30 uker. De erfarte at de hadde bedre kontroll på barnet da det lå på en fast madrass i kuvøse. Studier bekrefter usikkerheten blant personale og det påpekes at den premature vitale funksjoner er første prioritet og dermed overskygger umiddelbar hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn.

Imidlertid understreker de behovet for klare retningslinjer som vil være medvirkende til økt forutsigbarhet (Lode, Andersen, & Eriksson, 2015, s. 152; Maniago et al., 2020, s. 302-303; Niela-Vilen, et al., 2013, s. 1330). Niela Vilen et al., (2013) forteller at ingen av de premature født før uke 32, som var inkludert i deres studie, fikk ligge umiddelbart hud-mot-hud. Personalet tok ikke denne risikoen i de tilfellene der den premature hadde behov for nCPAP. Dette samsvarer dårlig med tidligere forskning som bekrefter økt fysiologisk stabilitet når den premature ligger i kenguru hos mor (Bates, et al., 2019, s. 55; Lode, Andersen, & Eriksson, 2015, s. 157; Maniago et al., 2020, s. 296).

Erfaringsmessig er det likevel forståelig at intensivsykepleierne var mer nervøse da barnet lå på mors bryst. Det er store forskjeller på premature født ved samme gestasjonsalder og tilstanden kan endre seg raskt (Mandy et al., 2019). Det er naturlig at intensivsykepleierne er engstelig for å overse endring i den premature tilstand og ikke få iverksatt relevante tiltak på riktig tidspunkt. Det er viktig å være bevisst på seg selv som intensivsykepleier, og at ens egne verdier, forforståelse og meninger kan være med å prege avgjørelser som blir tatt i forhold til om hud-mot-hud blir anvendt (McCormack & McCance, 2017, s. 41-46). WHO (2015) anbefaler oppstart av kenguru så snart barnet er stabilt. Med mindre det finnes helt klare retningslinjer for når barnet er stabilt, gir dette begrepet rom for tolkning. Dersom man har klare kriterier for når kengurumottaket må avbrytes, er det sannsynlig at dette ville skape en tryggere og mer forutsigbar situasjon for intensivsykepleierne.

Et annet moment som ble trukket frem var to intensivsykepleiere som nevner at fars kropp erfares som annerledes og kaldere enn mors. Det er ikke funnet forskning som understøtter dette, men det kan trolig komme av at far er i en stresset situasjon. Mors kropp ble også nevnt som å ha varierende temperatur. Det vil være viktig å unngå hypotermi hos barnet, da hypotermi er forbundet med økt dødelighet hos premature (Mandy et al., 2019). Til tross for at intensivsykepleierne erfarer at fars kropp av og til er kaldere enn mors, er det viktig at begge foreldrene kan bidra med denne hud-mot-hud-kontakten.

Funnene avdekket utryggheten av å være på en annen avdeling enn nyfødteintensiv-avdelingen, der man var kjent. Dette erfarte intensivsykepleierne som mer usikkert og stressende fordi de blant annet ikke visste hvor alt var. Tilstrekkelig planlegging av kengurumottak anses som sentralt (Bates, et al., 2019, s. 53; Maniago et al., 2020, s. 301). På den ene siden vil mangel på tilrettelegging av føde- og operasjonsavdeling, medføre usikkerhet rundt gjennomføring av prosedyren. På en annen side vil organisering av føde- og operasjonsavdelingen medføre tryggere rammer for intensivsykepleieren, som vil vite hvor utstyr er og bedre kunne planlegge mottaket.

5.4 Kengurumottak bidrar til tryggere og mer selvstendige foreldrene.

Tre subkategorier bygger opp under et av hovedfunnene i studien som viste at intensivsykepleierne erfarte at kengurumottak var positivt for foreldre og barn. Disse er: Skaper økt tilknytning, tryggere foreldre og mer selvstendige foreldre.

En av intervjupersonene opplevde at det ble satt i gang en trigger hos foreldrene da de fikk ha barnet hud-mot-hud like etter fødsel. Hun erfarte at disse foreldrene hadde barnet mer i kenguru, også i etterkant, og var mer orientert mot barnet. Tidlig hud-mot-hud mellom barnet og foreldrene er med å skape økt tilknytning (Baylis et al., 2014, s. 1048-1049; Stevens et al., 2019, s. 145). Det er viktig at intensivsykepleier med sin kompetanse bistår foreldrene i tilrettelegging og støtter dem i å mestre situasjonen, selv om den premature er liten og ligger på nCPAP. Når foreldrene opplever denne

mestringsfølelsen er det sannsynlig at de vil være tryggere i håndteringen av barnet sitt. McCormack & McCance (2017) kaller dette et terapeutisk forhold mellom omsorgsgiver, den premature og foreldrene der det utvikles en relasjon som har terapeutisk nytte. Forventet utfall av den personsentrerte omsorgen vil dermed være at foreldrene opplever at de er inkludert i pleien. Som intensivsykepleier skal man anerkjenne foreldrene som en ressurs og tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2017). I en studie av Dahlø et al. (2018) oppga 93% av mødre som ble intervjuet at å få barnet hud-mot-hud like etter fødsel var viktig med tanke på tilknytning. De beskrev at denne hudkontakten var med på å normalisere en ellers traumatisk opplevelse. Det er grunn til å tro at dersom man ikke inkluderer foreldrene og tilrettelegger for kengurumottak med nCPAP, kan dette svekke tilknytning mellom foreldre og barn.

Intervjupersonene erfarte at umiddelbar hud-mot-hud kontakt medførte en større handlingskompetanse hos foreldrene. De ble oppfattet som mer selvstendige i stell av barnet sitt. I en studie av Mehler et al. (2018) nevnes at hud-mot-hud kontakt første timer etter fødsel er med å forme tette bånd mellom mor og barn. Stelmak et al. (2017) påpeker at foreldrene er tryggere om de får være med barnet under hele innleggelsen. Studien viser også at dette medvirker til å forberede foreldrene for hjemreisen og forkorter sykehusoppholdet. Derimot viser en metaanalyse av Boundy et al. (2016) ingen statistisk signifikant forskjell på lengden av sykehusoppholdet sammenlignet med gruppen som ikke fikk tidlig hud-mot-hud. Uavhengig av lengden på sykehusoppholdet er det grunn til å tro at foreldre som er fortrolige med barnet tidlig opplever økt trygghet og mestringsfølelse. Mehler et al. (2018) angir at mødre som fikk hud-mot-hud-kontakt med det premature barnet like etter fødsel, hadde mindre risiko for å utvikle fødselsdepresjon. Følgene av mors velvære ble assosiert med å være fordelaktig for barnets utvikling. Det kan se ut til at foreldre som inkluderes i pleien fra fødsel er tryggere og mer selvstendige, noe som påvirker det premature barnets utvikling positivt.

5.5 Tilstrekkelig informasjon og ro er viktig under kengurumottak med nCPAP

Subkategoriene som bygger opp under et av hovedfunnene presenteres her: God informasjon skaper trygghet, rolige mottak er gode mottak og trygghet i trygge sykepleiere.

Intervjupersonene erfarte at god informasjon i forkant av et kengurumottak med nCPAP var sentralt for å skape trygghet hos foreldrene. Mødre som føder prematurt, er i en uventet og sårbar situasjon. Dette kan gjøre at de er lite mottagelig for informasjon og det bør derfor tilstrebtes at informasjonen er tilpasset den enkelte (Dahlø et al., 2018). Dette gjør at foreldrene får en viss forutsigbarhet når det gjelder selve mottaket, utstyret og kjennskap til personale. Lege har ansvar for å informere om prognose og behandling, men sykepleier skal sørge for at informasjonen er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-4; Helsepersonelloven, 2001, §10-10a). Som intensivsykepleier har man en plikt til å informere foreldrene. De må ofte forholde seg til mye informasjon og det bør tilrettelegges for at informasjon gis før, under og etter kengurumottaket (Helsepersonelloven, 2001). Bates et al. (2019) bekrefter dette og sier at informasjon og kommunikasjon før og under hud-mot-hud kontakten, bør være en del av prosedyren. Formodentlig vil dette medføre et tryggere og roligere kengurumottak.

Intervjupersonene var opptatt av å unngå unødig uro og forstyrrelser. Det var ofte mange til stede under mottaket. I studien av Dahlø et al. (2018) sa mødre at dette opplevdes både skremmende og betryggende da de var klar over at menneskene i rommet var der for å hjelpe. Videre kommenterte de viktigheten av de ansattes rolige fremtoning, noe som medførte mindre stress for foreldrene samtidig som det trygget dem. Egen erfaring tilsier at dersom ansatte forholder seg rolige og trygge, smitter dette over på foreldrene. Dersom intensivsykepleieren er veldig «hands on» er det sannsynlig at foreldrene kan tolke dette som at noe er galt. Samtidig har intensivsykepleieren ansvar for å sikre forsvarlig behandling (NSFLIS, 2017; Helsepersonelloven, 2001), og det å finne riktig balanse her kan være utfordrende.

5.6 Pågående prosjekt skaper holdningsendring blant personale.

To subkategorier bygger opp under et av hovedfunnene. Subkategoriene er som følger: større søkelys på uavbrutt hud-mot-hud, holdningsendring blant personale.

Intervjupersonene erfarte en holdningsendring blant personale etter studiedeltagelse. De uttrykte at det ville være mulig med mottak ned til uke 30 da de hadde sett at dette var mulig å gjennomføre på en trygg måte. Samtidig var de blitt mer opptatt av at barna skulle ligge hud-mot-hud så fort som mulig. Det har ikke lyktes forskerne å finne studier som går direkte på følger av studiedeltagelse. Lode et al. (2015) påpeker at personale ved universitetssykehusene framsto som mer komfortable når de sykeste av de premature lå hud-mot-hud. Disse sykehusene huser ofte flere av de sykeste små premature enn mindre sykehus. På bakgrunn av dette mener forskerne det er grunn til å tro at mengdetrening skaper økt trygghet blant intensivsykepleierne. Det er naturlig å tenke at avdelingene som har deltatt i studier om kengurumottak for premature har fått mer trening og blitt tryggere på gjennomføring av kengurumottak med nCPAP for denne pasientgruppen. Dette kan bety at dersom kengurumottak for premature født etter uke 30 med behov for nCPAP blir en integrert del av avdelingen, vil personalet bli tryggere og det er mer sannsynlig at dette gjennomføres.

6 Konklusjon

Denne kvalitative studiens hensikt var å søke intensivsykepleiernes erfaringer med kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP. Funnene var et resultat av semistrukturerte intervjuer med fem intervjupersoner ved to sykehus i Norge. I dette kapitlet presenteres studiens konklusjon, overførbarhet i praksisfeltet og behovet for videre forskning.

Funnene viste at intensivsykepleierne var opptatt av sikkerheten for å ivareta det premature barnet. I dette lå et behov for tilstrekkelig utstyr både på føde- og operasjonsavdelingen. Forskning viste at utstyr på riktig sted til riktig tid var en mangelvare, som blant annet medvirket til hinder for gjennomføring av kengurumottak med nCPAP. Behovet for klare retningslinjer og at disse ble fulgt var også sentralt. De anså dette som viktig for en trygg og sikker gjennomføring av prosedyren, slik at det ikke var opp til den enkelte om kengurumottak med nCPAP ble gjennomført.

Det fremkom at det var behov for kompetent og nok personale på avdelingen noe som var viktig for en trygg gjennomføring av kengurumottaket. Simuleringstrening og opplæring var viktig for å øke kunnskapen og trygge sykepleierne. Det var også viktig at barnelegene var faglig og praktisk forberedt. Mangel på ressurser ble oppgitt som en utfordring fordi det ikke var personale som gikk løs for å ta imot nye pasienter. Natt ble omtalt som særlig utfordrende da det var færrest ansatte på jobb. Tverrfagligheten viste seg å være god og intervjupersonene forteller om opplevelsen av å bli til ett team under mottaket. Kompetanse alene var ikke nok, man var også avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid.

Funnene viste at intensivsykepleierne var mer nervøse da det premature barnet med behov for nCPAP lå hud-mot-hud. Premature er skjøre når de er så små som 30 uker og tilstanden kan fort endre seg. Studien avdekket at intensivsykepleierne erfarte en opplevelse av bedre kontroll da det premature barnet lå på en fast madrass fordi de da hadde kontroll på den variabelen. I tillegg opplevde de en større følelse av trygghet i egen avdeling fordi her visste de hvor alt var.

Tidlig hud-mot-hud medførte at foreldrene opplevdes som mer selvstendige og orientert mot barnet sitt. Det var viktig at intensivsykepleierne anerkjente foreldrene som en ressurs og tilrettela for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø. Dette så ut til å styrke tilknytningen mellom foreldre og den premature, og medvirke til å forberede foreldrene for hjemreise. Erfaring tilsa at det tryggeste for foreldrene var ha barnet hos seg fra starten.

Funnene viste at god informasjon ved kengurumottak med nCPAP var sentralt fordi det bidro til å trygge foreldrene. Erfaringer viste at trygge sykepleiere fremsto som viktig fordi dette trygget foreldrene. Intervjupersonene måtte balansere mellom å unngå unødig uro og forstyrrelser, samtidig som de måtte sikre forsvarlig behandling.

Pågående prosjekt ved avdelingene var med på å sette søkelys på kengurumottak med nCPAP. Dette medførte en holdningsendring blant personale og de ble mer opptatt av å få barnet på brystet til mor eller far så fort som mulig. Det var tro på at det på sikt ville komme nasjonale føringer.

Intensivsykepleierne som ble intervjuet i denne studien var positive til kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke med behov for nCPAP. De oppga selv fordeler og erkjente utfordringer ved mottakene, men var glade for å kunne tilby pasientene hud-mot-hud like etter fødsel. Det er et tankekors at det ikke allerede finnes klare føringer for kengurumottak med nCPAP, men at utførelsen av dette er avhengig av hvilket sykehus den premature fødes på, hvem som er på vakt og når på døgnet barnet blir født. Forskerne håper at denne studien kan belyse temaet og medvirke til et bedre tilbud for denne pasientgruppen. Overførbarheten av denne studien må vurderes av leseren selv.

Videre forskning på intensivsykepleieres erfaringer med kengurumottak med nCPAP hos premature vil være interessant for å belyse dette ytterligere. Temperaturforskjell mellom mor og far kan også være interessant å vite mer om.

Selv om den premature med nCPAP ligger på «På gyngende grunn» på mors bryst, ser det ut til å være det beste stedet å være.

7 Referanser

- Bates, S. E., Peters, C., Morrish, P., Asthon, K., Nicholas, H., & Sullivan, C. (2019). Delivery room cuddles for preterm babies: should we be doing more? *Clinical practice*, 15(2), 52 - 56.
- Baylis, R., Ewald, U., Gradin, M., Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., & Blomquist, Y. T. (2014). First - time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Pædiatrica.*, 103, 1045-1052. doi:<https://doi.org/10.1111/apa.12719>
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spigelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., . . . Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1), 1-16.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low. *Cochrane database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2>.
- Dahlø, Raija H. T; Gulla, Kari; Saga, Susan; Kristoffersen, Laila; Bradley Eilertsen, Mary - Elizabeth. (2018). Sacred Hours: Mothers' Experiences of Skin-to-Skin Contact with Their. *International Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 139(4). doi:<https://doi.org/10.15344/2455-2364/2018/139>
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P., & Eskild, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforening no.24*, ss. 3553 - 3556.
- Fisher & Paykel Healthcare. (2021). *Neopuff*. Hentet fra https://www.fphcare.com/nz/hospital/infant-respiratory/resuscitation/infant-resuscitator/?fbclid=IwAR1559yCFqOmeY28hLHdQXS4Wy7zApsOUZoS2jINkIDwi8zqV8JAgV_M0fY
- Folkehelseinstituttet. (2020, 10. november). *statistikkbanker*. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikkalenderen/statistikkbanker/>
- Fønhus, M. S. (2019, November). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra Cochrain Norway, Folkehelseinstituttet: https://www.cochrane.no/sites/cochrane.no/files/public/uploads/velinformerte_beslutninger_nov_2019.pdf

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, ss. 105 - 112.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2019). *God kvalitet – trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld st.10 (2012 -2013))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (LOV-1999-07-02-61-§3-6). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2017). *Bemanning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte*. Hentet fra Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>
- Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-2017-12-15-107). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Lindgren, B. -M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, ss. 1 - 6.
- Lode, I. U., Andersen, R. D., & Eriksson, M. (2015). Bruk av hud-mot-hud kontakt i norske nyfødt intensivavdelinger. *Sykepleien forskning*, 10(2), 152-160. doi:<http://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54359>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandy, G. T., Martin, R., & Kim, M. S. (2019). Short-term complications of the preterm infant. *I T.W. Post (Red.), UpToDate*. Waltham MA: Wolters Kluwer. Hentet fra UpToDate: <http://www.uptodate.com>

- Maniago, J. D., Almazan, J. U., & Albougami, A. S. (2020). Nurses' Kangaroo Mother Care practice implementation and future challenges: an integrative review. *Scandinavian journal of Caring Sciences, 34*, 293 -304. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12755>
- Martin, R., Garcia-Prats, J., & Kim, M. S. (2021). Prevention and treatment of respiratory distress syndrome in preterm infants. *I T.W Post (Red.) UpToDate. Waltham MA: Wolters Kluwer*. Hentet fra <https://www.uptodate.com>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practic in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. utg.). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Mehler, K., Hucklenbruch-Rother, E., Trautmann-Villalb, P., Becker, I., Roth, B., & Kribs, A. (2018). Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants - A randomized clinical trial. *Acta Paediatrica, 109*, 518-526. doi:<https://doi.org/10.1111/apa.14975>
- Niela-Vilen, H., Axelin, A., Salanterä, S., Lehtonen, L., Tammela, O., Salmelin, R., & Latva, R. (2013). Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Midwifery, 29(12)*, 1321 - 1330. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.018>
- Norsk anestesilogisk forening. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2019, August 21). Hentet fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NSFLIS. (2017, 20. september). *Funksjons og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing reserch, Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Reiterer, F., & Polin, R. A. (2016). Non-invasive ventilation in preterm infants: A Clinical Review. *International Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 118(2), 1-4.
doi:<https://doi.org/10.15344/2455-2364/2016/118>
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2018). I *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Saunes, I., Svendsby, P., Mølsted, K., & Thesen, J. (2010.). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenester (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stelmak, A. P., Mazza, V. d., & Freire, M. H. (2017). The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kangaroo method. *Journal of nursing*, 11(9), 3376-3385. doi:10.1590/S1516-18462011000300016
- Stevens, J., Schmied, V., Burnes, E., & Dahlen, H. G. (2019). Skin - to - skin contact and what women want in the first hours after a caesarean. *Midwifery*, 74, ss. 140 - 146. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03020>
- Utdannings- og forskningsdepartement. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf
- Vestre Viken. (2020, 19. august). *Nyfødt intensiv, Drammen sykehus*. Hentet fra <https://vestreviken.no/avdelinger/barne-og-ungdomsavdelingen-drammen-sykehus/nyfodt-intensiv-drammen-sykehus>
- World health organization. (2015). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. 1 - 98. Hentet fra <file:///C:/Users/sa103/Downloads/WHO%20anbefalinger%20premature.pdf>

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning NSD.

7.12.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kengurumottak for moderat premature med behov for non – invasiv ventilasjonsstøtte

Referansenummer

122969

Registrert

14.10.2020 av Doris Helene Mogen - dori-he@online.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

xxxxx

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Doris Helene Mogen , Tonje Ness Lea, dori-he@online.no tonjenesslea@gmail.com, tlf: 98617696.97646421

Prosjektperiode

08.10.2020 - 01.10.2021

Status

22.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

22.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.10.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte ogberettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante ognødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for åoppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

7.12.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson NSD: xxxxx

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f7f3075-de2f-4ec4-a3fa-883947c7ddf4>

3/3

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av premature født etter 30. svangerskapsuke, med behov for nCPAP?

Dato: 23/11 – 20, versjon1.

Det er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge intensivsykepleieres erfaringer med kengurumottak av premature med behov for nCPAP behandling. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to intensivsykepleierstudenter som skal skrive en masteroppgave der vi vil gjennomføre individuelle intervjuer av 4 – 6 aktuelle kandidater ved to forskjellige sykehus i Norge. Vi er interessert i intensivsykepleiere/nyfødtsykepleieres erfaringer med kengurumottak av premature født etter 30. gestasjonsuke, med behov for nCPAP.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst - Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Sykehuset du jobber ved er valgt på bakgrunn av fokuset dere har på familiesentrert nyfødtsomsorg, og erfaring med kengurumottak av premature med behov for nCPAP – behandling.

- Inklusjonskriterier: Intensivsykepleiere/nyfødtsykepleiere som arbeider ved nyfødttintensivavdeling med familiesentrert nyfødtsomsorg, med minimum to års erfaring ved nyfødttintensiv og som har erfaring med kengurumottak av premature med behov for nCPAP behandling.
- Eksklusjonskriterier: Ingen erfaring med kengurumottak og nCPAP behandling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil intervju deg som spesialsykepleier for å utforske de erfaringene du har med kengurumottak av premature, født etter 30. gestasjonsuke med behov for nCPAP.

- Det vil bli benyttet lydopptak av intervjuet, som anonymiseres og slettes etter at studien er fullført.
- Intervjuene er planlagt å vare i maksimum en time.
- Intervjuet tar utgangspunkt i noen få spørsmål som er relevante for problemstillingen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn frem til masteroppgaven er ferdigstilt. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun vi som masterstudenter og vår veileder ved universitetet i Sørøst - Norge vil ha tilgang til opplysningene i prosjektet. Kontaktopplysningene om deg vil bli lagret adskilt fra intervjuene.
- Opptakene vil bli foretatt gjennom nettskjema diktafon som sikrer at ingen andre enn vi og vår veileder har tilgang til lydfilene.
- En kryptert minnepenn vil bli brukt for lydopptakene når de blir lastet ned, og private pc'er der anonymiserte transkriberte intervjuer lagres er passordbeskyttet.
- Intervjuene anonymiseres ved transkribering og det vil ikke være mulig å gjenkjenne den enkelte i den ferdige masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptakene slettes ved prosjektslutt senest oktober 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra universitetet i sør øst Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetet i Sørøst - Norge ved:

- Student: Tonje Ness Lea tlf: 97646421(tonjenesslea@gmail.com).
- Student: Doris Helene Mogen tlf: 98617696 (dori-he@online.no).
- veileder/prosjektansvarlig: xxxxx
- Vårt personvernombud ved USN: xxxxx

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tonje Ness Lea og Doris Helene Mogen, xxxxx

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av moderat premature med behov for nCPAP behandling?* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i semistrukturert intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE

Vi er interessert i dine erfaringer og opplevelser med kengurumottak av premature, født etter uke 30, som har behov for CPAP.

1. Først er det fint om du kan fortelle litt om rutinene hos dere med disse mottakene.
2. Kan du fortelle om dine erfaringer med kengurumottak der barnet har hatt behov for nCPAP.
 - Nå har du delt mange erfaringer med oss, hva tenker du kjennetegner et godt kengurumottak med CPAP.
 - Du nevner...
 - Kan du si noe mer om....
3. Kan du fortelle om et konkret mottak som gjorde spesielt inntrykk på deg.
4. Har du noen tanker eller erfaringer som du har lyst å dele med oss, noe vi ikke har spurt om, eller som du tenker hadde vært fint for oss å vite?

Vedlegg 4: personvernombud sykehusene



Dato: 22.12.2020
Saksbehandler: xxxxx Direkte
telefon:
Vår referanse: 20/10851-1 / 005
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Stabsavdelinger
 xxxx /
 Administrasjon og
 kommunikasjon

NOTAT

Til: xxxxxx førsteamanuensis phd, Universitetet i Sør-Øst Norge

Fra: xxxxxxxx, personvernombud

Personvernombudets tilråding - Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av moderat premature med behov for non-invasiv ventilasjonsstøtte?

Det vises til innsendt forenklet melding om behandling av helse- og personopplysninger i overnevnte masterprosjekt, datert 7. desember 2020.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved xxxxx HF.

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger Vestre Viken å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal den behandlingsansvarlige rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandlingen vil oppfylle kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her. Rådføringsplikten gjelder likevel ikke dersom det er utført en vurdering av personvernkonsekvenser etter personvernforordningen artikkel 35.



Tilråding

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding etter forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 30.

Personvernombudet tilrår at databehandlingen gjennomføres under forutsetning av følgende:



1. Behandlingsansvarlig virksomhet er Universitetet i Sør-Øst Norge.
2. Avdelingsleder eller klinikkdirektør, samt klinikkens forskningsansvarlig har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Den behandlingsansvarlige har rådført seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10.
8. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.
9. Data som mottas i forbindelse med prosjektet er anonymisert og oppbevares konfidensielt.
10. Data som inngår i denne studien vil være anonyme slik at det ikke vil være mulig å finne tilbake til personen som opplysningene angår, verken via kodeliste eller at opplysningene i seg selv avslører hvem personen er.
11. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes direkte eller indirekte
12. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt i oktober 2021.

Med hilsen

xxxxxxxxx Personvernombud



- Norsk
-

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere knyttet til kengurumottak av moderat premature med behov for nCPAP behandling?

Som masterstudenter i intensivsykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge har vi fått spesiell interesse for premature og de utfordringer denne pasientgruppen, og deres pårørende, møter. Det oppleves i dag som at intensivsykepleiere, nyfødtsykepleiere, jordmødre og nyfødtleger ser fordelene med, og ønsker å legge til rette for, kengurumottak av premature. Studier viser at premature har et grunnleggende behov for hudkontakt og at dette har flere helsefremmende fordeler, i tillegg til at det fremmer tilknytning mellom foreldre og barn. Samtidig viser forskning at barnet ser ut til å ha mindre smerte, bedre temperaturregulering, redusert respirasjonsarbeid og redusert oksygenbehov når barnet ligger i kenguru. Ved hjelp av relevant forskning er det ønskelig å finne ny kunnskap som kan implementeres i feltet, og dermed tilrettelegge for helsefremmende omgivelser og kunne tilby et familiesentrert behandlingsmiljø, også for de minste med behov for nCPAP. Vi er kjent med at premature med behov for nCPAP får tilbud om kengurumottak ved flere Norske sykehus. Det vil derfor være av interesse å intervju to til tre spesialsykepleier ved Stavanger Universitetssykehus, da dette tilbys her. Studien er godkjent av NSD. Studien er ikke vurdert av REK da det kun er sykepleiere som skal intervjues.

Student/bachelor/masteroppgave

[Vis informasjonsbrev og samtykkeerklæring](#)

Identifikasjonsopplysninger

Studien omfatter ingen personopplysninger.

Personverntiltak

Institusjon/virksomhet som mottar personopplysninger/ humant biologisk materiale

Ikke aktuelt

Personopplysninger og/eller biologisk materiale som skal utleveres/tilgjengeliggjøres

Ikke aktuelt

Prosess for utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger og/eller humant biologisk materiale

Ikke aktuelt

Gi en systematisk beskrivelse av databehandlingen i prosjektet

Sykehuset kontaktes via mail og retningslinjer følges. Videre vil det legges til rette for aktiv påmelding til prosjektet, for de spesialsykepleierne som ønsker å delta. Disse vil da få mer utfyllende, skriftlig informasjon om prosjektet, og deres rettigheter. • Inklusjonskriterier: Spesialsykepleiere med minimum to års erfaring ved nyfødt intensiv. • Eksklusjonskriterier: Lite eller ingen erfaring med kengurumottak. • Antall: 2-3 spesialsykepleiere. Ved hjelp av semistrukturert intervju, ønsker vi å intervju den enkelte spesialsykepleier om erfaringer med kengurumottak av premature med behov for nCPAP. Vi vil benytte oss av nettskjema diktafon for å ta opp intervjuene. Datamaterialet vil bli anonymisert ved transkribering og lydopptakene slettet etter transkribering. Retningslinjer for personvern vil bli overholdt. En kryptert minnepenn vil bli brukt for lydopptakene om de må lastes ned for å sikre personvern når materialet benyttes på ulike enheter.

Kategorier av registrerte : Ansatte i egen virksomhet

Antall registrerte : Mindre enn 10

Biologisk materiale : Det skal ikke behandles humant, biologisk materiale

Behandling av personopplysninger : SlettingLagringInnsamlingGjenfinning (for eksempel ved planlagt tilbakemelding til de registrerte)Anonymisering

Utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger : Personopplysninger gjøres tilgjengelig for databehandler (forutsetter databehandleravtale og risikovurdering)

Hvor hentes personopplysningene fra? : Fra den registrerte selv

Datakilder : Direkte fra den opplysningene gjelder

Lagringssted og lagringsmedier : Annet godkjent lagringsområde

Tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak : PseudonymiseringKryptert lagringKryptert overføringAnonymiseringTilgangskontroll

Samarbeidsavtaler : Det er inngått formelle avtaler om gjennomføringen av databehandlingen

Evaluerer av personvernrisiko : 3. Data lagres pseudonymt (uten direkte identifiserende kjennetegn) og koblingsnøkkel lagres sikkert og separat5. Databehandlingen skjer i samsvar med sykehusets internkontrollsystem for forskning6. Det skal ikke gjennomføres koblinger mot registerdata (f.eks. helseregistre, NAV, politiet mv.)7. Det skal ikke behandles flere ulike typer av sensitive opplysninger (f.eks. helseopplysninger + opplysninger om straffedommer, livssyn, legning mv.)8. Det skal ikke behandles genetiske opplysninger i stort omfang (f.eks. omfattende/inngående genomsekvensering)9. Prosjektet benytter bare teknologi som er godkjent for bruk til forskningsformål i sykehuset10. Prosjektet gjør ikke bruk av skytjenester, KI, velferdsteknologi eller annen teknologi som det ikke foreligger risikovurdering og personvernkonsekvensvurdering for

Rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger : Samtykke fra den registrerte (art. 6 nr. 1 a)

Grunnlag for overføring til land utenfor EU/EØS : Ikke relevant

Rettsgrunnlag for behandling av sensitive personopplysninger : **Samtykke fra den registrerte (art. 9 nr. 2 a)**

Helse xxxxx HF

Klinikk A - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Ikke Datainnsamler

Kontaktperson: xxxxxxxx

Mobilnummer: xxxxxxxx

Oppretter av melding

Foretak utenfor eProtokoll

Universitetet I Sørøst-Norge, Fakultet For Helse- Og Sosialvitenskap - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Datainnsamler

Kontaktperson: Tonje Ness Lea

Mobilnummer: 97646421

Masterstudent.

Universitetet I Sørøst-Norge, Fakultet For Helse- Og Sosialvitenskap - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Datainnsamler

Kontaktperson: Doris Helene Mogen

Mobilnummer: 98617696

Mastersudent. Universitetet I Sørøst-Norge, Fakultet For Helse- Og Sosialvitenskap - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Datainnsamler

Vedlegg

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Prosjektbeskrivelse - Endelig prosjektplan A.pdf

Annet - Meldeskjema for behandling av personopplysninger.pdf

Intervjuguide - Intervjuguide.pdf

Prosjekt ID: 2092

ID: 2092

Foretak

xxxxxxxxx

Foretak utenfor eProtokoll

Universitetet i Sørøst-Norge

Periode

Oppstart: 04.01.2021
Avsluttes: 04.10.2021

Status

Innlevert

Tilbakemelding

Helse xxxxxx HF

Behandlet

Hei

Personvernombudet tilslutter seg til NSD sin vurdering og har ingen innvendinger mot at 2-3 xxxx ansatte ble inkludert i studien.

Det forutsettes at

- Studien godkjennes av klinikk sjef før oppstart
- Ingen pasient data skal inkluderes i studien
- Kontakt info til xxxx skal føres inn i samtykkeskjema. Mail personvernombudet@xxxx.no tlf xxxxxxxx

lykke til med prosjektet

Mvh

Personvernombud xxxxxxxxxx

Meld endring

eProtokoll er utarbeidet av xxxxxx og xxxxxx, Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Helse xxxxxx, med støtte fra Helse xxxxxx.