



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Overgangen fra sykehuset til hjemmet med det premature barnet/ The transition from hospital to home with the preterm infant**

**Kandidatnummer: 30 og 56**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 81**

**Molde, 31/05-2019**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja     nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja     nei

Dato: 29/05-2019

**Antall ord: 10952**

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

I Norge fødes cirka 7 % av alle barn før tiden, det vil si cirka 4000 premature fødsler hvert år. På grunn av økende overlevelse hos premature spedbarn, er det også flere foreldre som reiser hjem fra sykehuset med sitt for tidlig fødte barn nå enn tidligere.

### **Hensikt:**

Hensikten med vår studie var å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

### **Metode:**

En systematisk litteraturstudie som baseres på 11 kvalitative originale artikler med foreldreperspektiv.

### **Resultat:**

Flere foreldre opplevde at den psykiske påkjenningen ved å få et prematurt barn også preget dem etter hjemkomst. Foreldrene opplevde bekymringer for barnet. Informasjon og veiledning for å mestre overgangen til hjemmet var et stort behov. Etter hjemkomst ble videre oppfølging av helsetjenester verdsatt og sett på som viktig for å mestre situasjonen.

### **Konklusjon:**

Sykepleiers evne til å kommunisere og samarbeide med foreldrene var avgjørende. Foreldre som ble ivaretatt, forstått og inkludert i pleien og omsorgen til barnet opplevde et godt utgangspunkt for overgangen til hjemmet. Noen hadde likevel et større behov enn andre for oppfølging i hjemmet. Møtet med foreldrene og barnet bør derfor individuelt tilpasses.

### **Nøkkelord:**

Premature, overgangsfase, utskrivelse, foreldre og erfaringer.

## **Abstract**

### **Background:**

7 % of all children in Norway are born before the term date, that means about 4000 premature births every year. Due to the increasing survival of preterm infants, there are also several parents travelling home from hospital with preterm infants now than before.

### **Purpose:**

The purpose of the study was to describe parents experience in the transition from hospital to home with their preterm infants.

### **Method:**

A systematic study based on 11 qualitative original articles with parent's perspective.

### **Results:**

Several parents felt that the mental burden of having a premature child also characterized them after returning home. Concerns about the child, information and guidance to overcome the transition home was therefore a great need. After returning home follow-up visits was valued.

### **Conclusion:**

Nurse's ability to communicate and collaborate with parents was crucial. Parents who were taken care of, understood and included in the care of the child experienced a good starting point for the transition home. Some felt a greater need for home visits than others. The meeting with the parents and the premature child should therefore be adapted individually.

### **Key words:**

Premature, transition, discharge, parents and experience

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valgt tema	1
1.2	Hensikt	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b>	<b>2</b>
2.1	Det premature barnet	2
2.2	Å bli foreldre- en opplevelse	3
2.2.1	Etablering av trygghet i foreldrerollen	4
2.3	Sykepleiers rolle- informasjon og veiledning	4
2.4	Fra sykehuset og til hjemmet- en overgang	5
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b>	<b>7</b>
3.1	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	7
3.1.1	Begrunnelse for inklusjons og eksklusjonskriterier	8
3.2	Datainnsamling	8
3.2.1	PIO-skjema	8
3.2.2	Søkestrategi	9
3.2.3	Databasesøk	10
3.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	12
3.4	Analyse	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b>	<b>15</b>
4.1	Emosjonelle reaksjoner – en tøff start	15
4.2	Bekymringer som oppstår for barnet	16
4.2.1	Barnets sårbarhet og utvikling	17
4.3	Overgangen fra sykehuset til hjemmet – Forberedelser	17
4.3.1	Behov for informasjon fra sykepleier	18
4.4	Hjemme med det premature barnet	19
4.4.1	Behov for oppfølging i hjemmet	20
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>21</b>
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Søkestrategi	21
5.1.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	23



5.1.4	Analyseprosessen	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Den tøffe starten preger foreldrene	25
5.2.2	Bekymringer for barnet	27
5.2.3	Overgangen – forberedelser mot hjemkomsten	28
5.2.4	I hjemmet	30
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>33</b>
6.1	Konsekvenser for praksis	33
6.2	Videre forskning	33
	<b>Litteraturliste</b>	<b>35</b>

Vedlegg 1- Tabell søkehistorikk

Vedlegg 2- Artikkellutvalg

Vedlegg 3- Tankekart analyseprosess

Vedlegg 4- Kvalitetsvurdering-sjekkliste

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema

For tidlig fødsel, eller prematuritet betegnes som ” barn født før svangerskapsuke 37”. Ifølge faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte har overlevelsen hos de premature barn vært økende de siste tiårene (Halvorsen og Markestad 2007). En stor andel av for tidlige fødsler oppstår gjerne av ukjente årsaker, spontant eller har ingen underliggende forklaring (Saugstad 2009, 16-17).

Foreldre til premature barn gjennomgår ofte en stor psykisk og fysisk påkjenning i tiden etter fødsel (Saugstad 2009, 153-161). Det behøves derfor god planlegging og tilrettelegging under sykehusoppholdet og for tiden etter hjemkomst, for at foreldrene skal føle seg komfortable og mestre hjemreisen ved utskrivningstidspunktet (Markestad 2008, 60-61).

Som sykepleier er det viktig å møte foreldrenes behov for å være i stand til å yte nødvendig helsehjelp til foreldrene og barnet. Ved å tidlig underbygge foreldrenes ressurser i ivaretagelsen av barnet, vil det kunne bidra til å gi barnet bedre forutsetninger for en god oppvekst med trygge foreldre. Barn med utrygge, ustabile eller syke foreldre vil også ha større risiko for utvikling av en dårligere psykisk helse på lengre sikt (Berle 2017, 235-238).

Vi mener det er sentralt for sykepleiere i dagens samfunn å belyse foreldrenes erfaringer, for å mestre og tilrettelegge for helsehjelpen foreldrene behøver. Med bakgrunn i økt sjans for overlevelse hos premature barn, vil stadig flere foreldre behøve gode verktøy for å mestre overgangen fra sykehuset og til hjemmet.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

## 2.0 Teoribakgrunn

Gjennom bakgrunnsteori vil vi gjøre rede for vår hensikt som vi bygger vår bacheloroppgave på: Å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

### 2.1 Det premature barnet

I Norge fødes cirka 7 % av alle barn prematurt, det vil si rundt 4000 premature barn per år (Saugstad 2009, 13). Et svangerskap forekommer normalt med en varighet på mellom 37 – 42 uker, man kan da si at barnet er fullbårent (Markestad 2008, 11-12).” Prematur” er et begrep benyttet om nyfødte som ikke er født til termin, men som er kommet til verden for tidlig. Premature barn omtales som barn født før svangerskapsuke 37 (Grønseth og Markestad 2017, 220-222).

Det er ikke ønskelig at et barn fødes før tiden, og sjansen for overlevelse øker med antall uker barnet tilbringer i mors liv (Blix 2017, 155). Ved fødsel er det vesentlig at lungene er mest mulig modne, det jobbes derfor for at barnet er i mors liv så lenge som mulig. Ekstremt premature barn født før uke 23 i svangerskapet har liten sjanse for overlevelse, noe som reduseres med hvor for tidlig født barnet er (Markestad 2008, 13-14). Det kommer frem med bakgrunn i økt medisinsk forståelse for behandling og medisinsk teknologi, at overlevelsen hos de prematurfødte barna har vært økende de siste årene, også hos ekstremt premature (Saugstad 2010).

Hos flere foreligger ingen klar årsak til at fødselen starter for tidlig, det er likevel en rekke kjente faktorer som medvirker til prematur fødsel. Tvillingsvangerskap kan sees som en disponerende årsak samt at arvelige faktorer spiller inn. Andre forklaringer kan være preeklampsi, stress, infeksjoner som UVI og bakteriell vaginose, blødning og svak livmorhals (Saugstad 2009, 16-17).

De premature barna har et annet utgangspunkt enn barn født til termin. Den «normale» utviklingen blir forstyrret når barnet fødes før tiden, barnets atferd vil derfor kunne bære preg av dette. Det premature barnet er mer utsatt for underutvikling som umodne lunger, hjerteproblemer, ernæringsvansker og forstyrrelser i sansene (Markestad og Halvorsen

2007). Foreldrene til premature barn kan derfor oppleve å måtte forholde seg til andre behov enn hos barn født til termin. Utfordrende atferd og samspill mellom foreldrene og barnet kan sees som en av utfordringene som kan oppstå (Ravn 2009, 250-251).

## **2.2 Å bli foreldre- en opplevelse**

Å bli foreldre omfatter utallige følelser, opplevelser og ulike reaksjoner. Barnet medfører ulike livsendringer, forberedelser og store forventninger for foreldrene (Hagtvedt 2017, 11).

Rollen som forelder, samt å gjennomgå en fødsel, vil ofte være preget av motsetninger. Glede og sorgreaksjoner kan oppstå, det er smertefullt, forventningsfullt og lykkebringende på samme tid. Selv om en fødsel ikke er unik i seg selv, og det fødes barn til enhver tid over hele verden, er det unikt for den som gjennomgår fødselen. Å bli mor kan sees som en av de største tingene man som kvinne utretter i sitt liv. Det ligger i mors biologi og er ansett som en stor og viktig oppgave blant flere kvinner. For de fleste vil opplevelsene i svangerskapstiden, ved fødselen og i barseltiden være avgjørende eller medvirkende til den fremtidige helsen til kvinnene. Denne fasen vil også være avgjørende for barnets far, og for båndet mellom mor og far. Tilknytningsprosessen starter tidlig og danner grunnlag for barnets utvikling. Barnets fremtidige helse vil særlig avhenge av hvordan mor og fars fysiske og psykiske helse henger sammen (Hagtvedt 2017, 14-15).

Som foreldre til premature barn kan man befinne seg i en form for krise. Kriser kan oppstå når man utsettes for en opplevelse som gjør at man ikke lenger mestrer å fungere i hverdagen (Helgesen 2015, 219). Foreldres behov i denne tiden varierer, men har til felles at man skal kunne motta hjelp, veiledning og støtte fra helsepersonell. Foreldrene tilegner seg slik redskaper for å mestre situasjonen. Både som mor, far, partner eller søsken vil man som pårørende kunne møte ulike utfordringer som kan omfatte uvirkelighetsfølelser og hjelpeløshet. Som mor og den som har båret frem barnet kan det være spesielt utfordrende å slå seg til ro med utfallet av graviditeten. Følelser som kan oppstå omfatter for eksempel skyld og skam (Tandberg 2009, 224).

### **2.2.1 Etablering av trygghet i foreldrerollen**

Svangerskapsomsorg og fødselshjelp skal være med på å sikre psykososial og medisinsk støtte til den gravide. Verdens helseorganisasjon fastslår at det omlag er en fjerdedel av kvinnene som behøver spesiell oppfølging. Svangerskap og fødsel i seg selv anses ikke som en sykdom, men kan for enkelte innebære sykdom. Helseforebyggende tiltak står sentralt i Norge og gir større fokus på hvilke muligheter og potensiale man har for bedring. Dialog og erfaringer benyttes derfor særlig som ressurs for å yte tilpassede og gode helsetjenester (Hagtvedt 2017, 11-12).

På veien mot å bli selvstendige i foreldrerollen er det viktig at foreldre og sykepleiere har et godt samarbeid, og at foreldrene kan definere seg som nødvendige i barnets omsorg (Tandberg 2009, 233). En stor del av prosessen mot å bli klar for å ta med seg sitt premature barn hjem omhandler god tilknytning og trygghet i situasjonen foreldrene er i. Undersøkelser viser at det er vesentlig å underbygge tidlig kontakt for foreldrenes senere evne til å yte omsorg for barnet. Nær familie som søsken og besteforeldre anbefales også å ta del i den tidlige tilknytningen til barnet, for senere å ha en felles forståelse og minner for gleder og eventuelle sorger man måtte dele (Saugstad 2009, 160-161).

For å gi foreldrene av premature barn trygghet i omsorgen til sine barn behøver man å imøtekomme deres bekymringer og utrygghet. Dette kan omfatte kartlegging av individuelle behov samt iverksettelse av intervensjoner både på første- og andrelinjenivå (Helsedirektoratet 2017). Førstelinetjenesten tilsvarende primærhelsetjeneste og omhandler i hovedsak kommunal hjelp. Andrelinjetjenesten tilsvarende spesialisthelsetjenesten og omhandler særlig ulike hjelpetilbud i sykehus (Markestad og Halvorsen 2007).

### **2.3 Sykepleiers rolle- informasjon og veiledning**

Foreldrene bør få tilegne seg gode ferdigheter i løpet av sykehusoppholdet. De fleste avdelinger hvor premature barn er innlagt har et stort fokus på opptrening og tilrettelegging, slik at pasienter og pårørende skal motta nødvendig veiledning og opplæring (Ravn 2009, 253).

Som sykepleier er man gjerne tettere på foreldrene enn flere andre i helsevesenet. Sykepleier bør bidra til å skape trygghet, tillit og underbygge et godt samspill med foreldrene. Et viktig moment er at sykepleieren forsøker å fremme positive sider med barnet fremfor å problematisere situasjonen, slik vil man kunne oppmuntre foreldrene (Tandberg 2009, 232).

For å danne et godt grunnlag for foreldrenes kunnskaper i ivaretagelsen av barnet, kan intervensjoner settes i verk. Som helsepersonell vil en inngripen på et tidlig stadiet forhindre tap av verdifull tid og forebygge dårlig samspill mellom foreldrene og barna. Dette kan omfatte utarbeidelse av pleieplaner og opprettelse av bånd for den videre oppfølgingen av familien i hjemmet. Opplæring, veiledning og observasjoner av samspillet mellom foreldrene og barnet, samt dets signaler, er enkelte av sykepleierintervensjonene det fokuseres på i sykehusavdelinger for premature barn (Ravn 2009, 156-258).

I faglige nasjonale retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefales at for tidlig fødte barn og deres familier bør tilbys en mer omfattende og målrettet oppfølging i primær- og spesialisthelsetjenesten enn barn født til rett tid (Helsedirektoratet 2017).

## **2.4 Fra sykehuset og til hjemmet- en overgang**

På de fleste norske sykehus er barseloppholdet til kvinner med ukompliserte fødsler 2-4 dager (Holan og Forberg 2017, 189). Hvor lenge premature barn blir liggende på sykehus avhenger av ulike faktorer som vekst, evne til å ta til seg næring og eventuell sykdom. En hovedregel er at premature ligger på sykehus tilsvarende antall uker det gjenstår av et fullgått svangerskap (Saugstad 2009, 162-164).

Før hjemreise behøver foreldrene generell informasjon om hjelpetilbud, rettigheter og om barnets helsetilstand. Dette bør gis fra kompetent helsepersonell for å skape trygghet og ro før den forekommende overgangen mellom sykehuset og hjemmet (Holan og Forberg 2017, 196). Når det premature barnet skal hjem sammen med sine foreldre oppstår det vi kaller en overgangsfase, og det er noen kriterier som bør være oppfylt. Barnet bør blant

annet ha oppnådd selvregulert kroppstemperatur, et tilfredsstillende matinntak med faste måltider, fast vektoppgang og evne til å puste på egenhånd (Saugstad 2009, 162-164).

Etter hjemkomst vil de fleste følges opp av helsestasjon og fastlege. Dette innebærer tett oppfølging av barnets utvikling og jevnlig vektmålinger. Ekstremt premature følges i tillegg opp av en barneavdeling ved sykehuset de første årene. Oppfølging etter hjemkomst skal medvirke til å gi foreldrene en tryggere og lettere overgang fra sykehuset til hjemmet (Markestad 2008, 61). Hovedansvaret for oppfølgingen av de premature barna og foreldrene ligger hos primærhelsetjenesten (Halvorsen og Markestad 2007). Flere instanser som helsestasjon og familievernkontor benytter seg av forebyggende familiesentrert arbeid. Disse instansene har et særskilt ansvar for å hjelpe utsatte familier, og en tidlig inngripen vil kunne gi barn bedre forutsetninger i sin utvikling. Ved utfordringer hos foreldrene i perioden etter fødsel vil tidlig hjelp medvirke til å bedre forutsetningene for samspillet mellom foreldrene og barnet (Mæland 2016, 193).

## 3.0 Metodebeskrivelse

En systematisk litteraturstudie innebærer å gå metodisk frem i arbeidet med å søke etter artikler av god kvalitet. Artiklene fungerer som vårt datamateriale og vil danne grunnlag for analysen. Senere vil dette bidra til å kunne trekke konklusjoner i vår litteraturstudie. Det jobbes ut fra tydelig formulerte spørsmål som besvares gjennom å søke, identifisere nøkkelfunn, velge ut forskningsartikler, vurdere kvalitet og analysere relevant forskning innenfor valgt område. I en litteraturstudie er man avhengig av et utvalg originale artikler av god kvalitet for at aktuell forskning kan analyseres og vurderes opp mot valgt hensikt (Forsberg og Wengstrøm 2015, 26-27). I metodedelene vil vi gjøre rede for inklusjons og eksklusjonskriterier, søkestrategi, PIO-skjema, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven (Eines 2018) skal litteraturstudien være relevant for sykepleierutdanningen. Hensikten med litteraturstudien var: Å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

### 3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Vi valgte å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense og spisse litteratursøket vårt. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2015) hjelper tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier forfatteren i utvelgelsen av de kilder som skal inkluderes.

#### Inklusjonskriterier:

- Foreldreperspektiv
- Premature barn
- Artikler publisert fra 2008- til i dag
- Språk: engelsk, norsk, svensk, dansk
- Kvalitative artikler

#### Eksklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Kvantitative artikler
- Ikke-vestlige land



### **3.1.1 Begrunnelse for inklusjons og eksklusjonskriterier**

Bakgrunnen for valgt perspektiv var at vi ønsket å belyse foreldre til premature barns erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet. Foreldreperspektivet egnet seg derfor til å besvare hensikten. På bakgrunn av vår hensikt mener vi kvalitativt forskningsdesign egner seg til å besvare vår litteraturstudie. Kvalitativ forskning fokuserer ofte på å tolke subjektive opplevelser hos mennesket, og ofte gjennom intervju som metode. Vi fant dette interessant for å belyse erfaringer. Kvantitative artikler ble ekskluderte da de i større grad benytter skalaer og målemetoder (Forsberg og Wengstrøm 2017, 42-44). Vi inkluderte forskningsartikler publisert etter 2008 da vi med vår studie ønsket nyere og oppdatert forskning. Retningslinjene for bacheloroppgaven ved høgskolen i Molde (Eines 2018) krever originale og fagfellevurderte artikler. Det er viktig at artiklene er fagfellevurderte for å sikre at forskningen også er kvalitetssikret av andre forskere (Nordtvedt et.al 2016, 197). Vi valgte å inkludere språk som engelsk, norsk, svensk og dansk da disse er innenfor vår språkforståelse, dette bidro dermed til å forenkle analyse og oversettelsesprosessen. Artikler fra Ikke-vestlige land ble ekskludert da vi anså det som vanskelig å overføre disse til den vestlige kulturen.

## **3.2 Datainnsamling**

Vi vil her gjøre rede for prosessen rundt utarbeidelsen av vårt PIO-skjema, søkestrategi og databasesøk.

### **3.2.1 PIO-skjema**

PIO-skjema er et verktøy som er utarbeidet for å systematisere litteratursøkene og for at man skal kunne jobbe kunnskapsbasert. Hver enkelt bokstav i skjemaet legger grunnlag for å besvare et spørsmål, en hensikt eller en problemstilling. Skjemaet inneholder originalt fire bokstaver PICO. P: står for pasientgruppen, I for de tiltakene som iverksettes eller skal vurderes, C for comparison eller sammenlikning, O står for utfallet og det som ønskes å oppnå med studien. C ble ekskludert da vi ikke ønsket å utføre sammenlikning i vår studie (Nordtvedt et. al 2016, 33).

## PIO-skjema

<b>P-Patient/Pasient</b>	<b>I-Intervention/Tiltak</b>	<b>O-Outcome/utfall</b>
Prematur For tidlig født	Hjemme igjen Hjemkomst Utskrivelse Overgang	Foreldre* Mor Far Erfar*
Premature Preterm	Home again Home coming Discharge Transition Transition home	Parent* Mother* Father* Experienc*

### 3.2.2 Søkestrategi

For å komme i gang med søkeprosessen bestilte vi time hos bibliotekar på høyskolen i Molde. I forkant av veiledningstimen utarbeidet vi et PIO-skjema med ord vi mente var aktuelle for å utføre søk innenfor ønsket tema. Av bibliotekar fikk vi råd om søkestrategi og hvordan vi kunne bygge opp søkene på en hensiktsmessig måte. Å formulere gode spørsmål, avgrense søk, sette kriterier, velge databaser og utvikle gode søkeord er avgjørende for resultatet av databasesøkene (Forsberg og Wensgstrøm 2017, 68).

For å tilegne oss kunnskap om foreldrene og det premature barnet undersøkte vi aktuell bakgrunnsteori. Vi endte opp med å benytte oss av teoribøker både innenfor og utenfor pensum, i tillegg til relevante nettsider som omhandlet vår hensikt. Deretter utarbeidet vi et PIO-skjema basert på hensikten: Å belyse foreldres erfaringer av overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet. Søkeordene i vårt PIO-skjema tok utgangspunkt i valgt hensikt. Ved at vi utførte flere prøvesøk i ulike databaser som Medline, Proquest og ScienceDirect fikk vi et godt innblikk i den aktuelle forskningen på området.

Gjeldende PIO-skjema (se punkt 3.2.1) gav flere relevante treff i de ulike databasene og resulterte i våre 11 valgte artikler (Vedlegg 2). Databasene vi har brukt er Ovid Medline, Proquest, ScienceDirect, Cinahl, British Nursing Index og PsychInfo. De valgte databasene tar for seg medisinsk forskning, sykepleie, psykologi og vitenskap (Forsberg og

Wengstrøm 2015, 65-67). Ifølge Nordtvedt et.al (2016) anses Medline som verdens største database innenfor blant annet sykepleie.

Databasesøkene våre ble gjort i fritekst og for å kombinere de ulike søkene våre brukte vi de boolske operatorene AND og OR, som kombinasjonsord. Ord som var synonyme med hverandre, for eksempel: Premature og preterm, knyttet vi sammen med OR for å utvide søket til artikler som omhandlet enten det ene eller det andre, for eksempel premature eller preterm. Vi brukte AND for å avgrense søket til kun artikler som omhandlet begge eller flere søkeord fra de ulike kolonnene i PIO-skjemaet. For eksempel: premature AND experience. Vi valgte også å benytte oss av advanced search. I tillegg til de boolske operatorene ble ord som kunne ha forskjellige endinger trunkert (\*), på denne måten søkte vi ut fra stammen av ordet (Nordtvedt et.al 2016, 56). Slik unngikk vi at søket ble begrenset og innsnevret. Mesh-termer (Medical subject headings) ble brukt for å gjøre det enklere å finne alternative faglige termer og informative søkeord (Nordtvedt et.al 2016, 196). Vi haket av for de mesh-termene vi ønsket å benytte, og som fremstod relevant ut i fra vår hensikt.

### **3.2.3 Databasesøk**

Vi har i alle søkene våre tatt utgangspunkt i vårt PIO-skjema (Se 3.2.1). Inkluderingen av søkeordene varierte noe i hvert enkelt søk. (For fullstendig søkehistorikk, valg av søkeord fra PIO-skjema og bruk av limits i søkene se vedlegg 1).

Databasesøk nr.1: 20. mars 2019. Etter at det endelige PIO-skjemaet var ferdig utarbeidet gjorde vi første ordentlige søk i databasen Ovid Medline. Innenfor P: Patient brukte vi ordene premature og preterm. I kolonnen for I: Intervention brukte vi ordene home again, discharge, neonatal care og transition. Innenfor kolonnen O: Outcome brukte vi ordene parent\*, mother\*, father\*. For å binde de ulike ordene sammen brukte vi «OR» ved ord som var synonyme med hverandre. «AND» ble brukt for å binde sammen de ulike kolonnene. Vi fikk 19 treff på ulike artikler, til sammen leste vi 11 abstract og 5 artikler. Av disse ble artikkel nr.1 og 3 inkludert i vår studie (vedlegg 1).

Databasesøk nr.2: 20. mars 2019. I søk nr.2 ble databasen Proquest brukt. Innenfor P: brukte vi ordene preterm or premature. Innenfor I: brukte vi ordene home again or discharge and neonatal care and transition. O: Outcome inneholdt ordene parent\* or mother\* or father\* and experienc\*. Dette søket gav oss 5 treff. Av disse ble det lest 3 abstracts og 2 artikler. Artikkel nr.5 ble inkludert (vedlegg 1).

Databasesøk nr.3: 21. mars 2019. Også i søk nr.3 ble databasen Proquest brukt. For å undersøke om vi kunne få flere eller andre relevante treff brukte vi samme ord som nevnt i søk nr.2, men vi ekskluderte her søkeordet experienc\*. Antall treff ble i dette søket da 82 artikler. Vi leste 13 abstracts og 6 artikler. Av disse inkluderte vi artikkel nr.2, 7 og 9 (vedlegg 1).

Databasesøk nr.4: 21. mars 2019. I dette søket ble databasen ScienceDirect brukt. Søkeordene som vi benyttet var P: preterm and I: home coming and transition and O: parents. Dette søket gav oss til sammen 88 treff. Av disse leste vi 7 abstracts og 3 artikler. Vi inkluderte artikkel nr.6 og 10 i vår studie (vedlegg 1).

Databasesøk nr.5: 3. april 2019. I dette søket benyttet vi oss av databasen Cinahl. Vi fikk på dette søket 17 treff, men har ikke inkludert noen av artiklene i vår oppgave da vi allerede hadde fått treff på dem i andre databaser. Derfor har vi ikke skrevet søkeordene som ble benyttet inn her. Se vedlegg 1 for valgte søkeord.

Databasesøk nr.6: 4. april 2019. British Nursing Index ble brukt som database i dette søket. Søkeordene vi valgte å inkludere i dette søket var P: preterm or premature and I: discharge and transition and O: parents. Dette søket gav oss 72 treff. Av disse ble 15 abstracts og 4 artikler lest. Av disse ble artikkel nr.8 inkludert (vedlegg 1).

Databasesøk nr 7: 14. april 2019. I det siste søket gjordet vi et nytt søk i Medline for å undersøke om vi hadde gått glipp av relevante og aktuelle artikler i de tidligere databasesøkene. I tillegg til de resterende søkeordene fra søk nr.1, brukte vi søkeordet transition home. Dette resulterte i at vi fikk innhentet et tilstrekkelig antall artikler til vår studie. Søket gav 191 treff. 9 abstracts og 4 artikler ble lest. Artikkel nr.4 og 11 ble inkludert i vår studie (vedlegg 1).

Med utgangspunkt i databasesøkene nevnt ovenfor endte vi opp med til sammen 15 kvalitative artikler. Av disse ble 11 artikler inkludert i vår studie, alle artiklene stammet fra vestlige land: Danmark, nr.1 og 8. USA, nr.2 og 10. Australia, nr.3 og 4. England, nr.5 og 11. Sverige, nr.6 og 7. Spania, nr.9. De resterende fire artiklene vaket for mye fra hensikten i vår studie og ble derfor ikke inkludert.

### **3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

For å kvalitetsvurdere artiklene benyttet vi en standardisert sjekklister for kvalitativ metode (vedlegg 4). Sjekklisten bestod av tilsammen 9 spørsmål for å kunne vurdere om artiklene var egnet til å bli brukt i vår studie (Nordtvedt et.al 2016, 90). Artikler hvor vi svarte ja på de første to spørsmålene valgte vi å fortsette å jobbe videre med. Dersom vi svarte nei på flere enn to spørsmål, vurderte vi artikkelen til å ha middels kvalitet. Vi vurderte derfor artikler hvor vi svarte ja på flere enn sju spørsmål som gode, og middels gode hvor vi svarte nei på flere enn to av spørsmålene (viser til vedlegg 4).

Vi vurderte først artiklene hver for oss for å unngå å bli «farget» av hverandre. Deretter sammenlignet og diskuterte vi utfallet av våre selvstendige vurderinger, før vi sammen ble enige om kvaliteten på artiklene. Artikkel nr.2 og 10 ble vurdert til middels kvalitet da de svarte ” nei” på spørsmål om eksempelvis utvalg (vedlegg 4) (Nordtvedt et.al 2016, 90). Artikkel nr.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 og 11 ble vurdert til å ha god kvalitet. For å kartlegge om artiklene var fagfellevurdert og hvilket nivå de var publisert til, tok vi i bruk Norsk publiseringsindikator. Seks av våre artikler var publisert på nivå 1 og fire av artiklene var publisert på nivå 2 (Norsk publiseringsindikator). En av forskningsartiklene tok ikke for seg publiseringsnivå, med hadde en tydelig IMRAD-struktur, i tillegg til at den var fagfellevurdert. IMRAD-strukturen omfatter en tydelig oppbygning, med en innledning til studien, presentasjon av hvordan studien ble gjennomført, et resultat som underbygger funnene fra artiklene og i enkelte tilfeller en egen diskusjonsdel (Nordtvedt et.al 2016, 69). Ifølge Nordtvedt et.al (2016) brukes fagfellevurdering for å sikre at kvaliteten på artiklene er god og at andre eksperter på samme fagområdet har vurdert og kvalitetssikret forskningen.

Vår studie handler om foreldre av premature barns erfaringer i en overgangsfase mellom sykehuset og hjemmet. Det har vært viktig for oss at utvalgte artikler tar for seg etisk godkjenning og ivaretar foreldrene på en trygg måte. Konfidensialitet og fritt informert samtykke omhandler ivaretagelse av personvern, samt hva forsker kan tillate seg med tanke på bruk av den innhentede informasjonen (Fossheim 2015a). Av de 11 utvalgte artiklene var sju artikler godkjente av en etisk komite, resterende fire artikler tok blant annet for seg etiske prinsipper. Dette innebar blant annet at innhenting av samtykke var gjennomført, konfidensialitet ivare tatt og rett til å trekke seg fra studien var gitt deltakerne. Gjennom vår studie ønsket vi å tilegne oss økt kunnskap om vår hensikt. Vi har begge nære relasjoner til familier med negative erfaringer i overgangen fra sykehus til hjemmet, med mangelfull oppfølging i etterkant av hjemkomst. Vi var klar over egen forforståelse ved valg av tema. Gjennom vår studie har vi forsøkt å ikke holde negativt fokus men tilegne oss ny kunnskap. Vi tar høyde for at studien vår kan bære preg av egen forutinntatthet, det har likevel vært viktig for oss å gå åpensinnet inn i studien. Foreldre og premature barn fremstår gjennom våre tidligere erfaringer som en svært sårbar gruppe. Gjennom vår studie ønsket vi å belyse både positive og negative erfaringer hos foreldrene, for at overgangen til hjemmet skulle bli så smertefri som mulig.

### **3.4 Analyse**

Ifølge Evans (2002) er det fire ulike faser for å lettere kunne systematisere og identifisere studier til analyse. Evans første fase «gather the sample» handler om å innhente datamaterialet fra ulike søk og databaser som skal analyseres. Med utgangspunkt i valgt hensikt, PIO-skjema, inklusjons og eksklusjonskriterier startet vi med systematiske søk i de ulike databasene. Til sammen utførte vi sju søk, som resulterte i våre 11 valgte artikler. De utvalgte artiklene ble først gjennomgått hver for oss og vi benyttet ordliste ved ord og uttrykk vi var usikre på om vi oppfattet riktig i forhold til konteksten i artiklene. Deretter gjennomgikk vi viktige funn og kvalitetsvurderte artiklene sammen.

I Evans fase to (2002) «identify the key findings» har vi identifisert nøkkelfunn. For å få dannet oss et overblikk over innholdet i artiklene satte vi sammen gjennomgående momenter til et tankekart og laget notater med funn fra hver enkelt artikkel. Vi fargekodet de ulike funnene med farger som lilla, blå, grønn og oransje. På denne måten ble det

ryddig, oversiktlig og enklere å trekke ut felles funn fra artiklene. Funnene vil senere inkluderes i oppgavens resultatdel (vedlegg 3).

Tredje fase i Evans (2002) «relate themes across studies» omhandler identifisering av funn som går igjen i artiklene. Her nummerte vi artiklene fra 1-11, for så å skrive ned valgte hovedtema inn i en tabell. For hvert funn noterte vi nummeret til artikkelen funnet stammet fra og satte det sammen i en tabell med oversikt over artikler med like funn.

Fjerde fase «describe the phenomenon» (Evans 2002) handler om å fremstille de samlede funnene i en helhet. Gjennom Evans (2002) analysemetode endte analyseringen i fire hovedtema: Emosjonelle reaksjoner, Bekymringer for barnet, Overgangen til hjemmet og Hjemme igjen. Disse presenteres som hovedtema med undertema i oppgavens resultatdel.

Tabell funn

Funn	Antall treff
Emosjonelle reaksjoner-En tøff start	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 (11/11)
Bekymringer som oppstår for barnet	2,3,4,5,6,7,8,10 (8/11)
→ Barnets sårbarhet og utvikling	1,2,4,5,6,7,8,9,10 (9/11)
Overgangen fra sykehuset til hjemmet- Forberedelser	1,2,3,5,7,8,11 (7/11)
→ Behov for informasjon fra sykepleier	1,3,4,6,9,10,11 (7/11)
I hjemmet med det premature barnet	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 (10/11)
→ Oppfølging i hjemmet	1,2,3,6,7,9,10,11 (8/11)

## 4.0 Resultat

Her ønsker vi å presentere de ulike resultatene fra forskningsartiklene som vi kom frem til. Vi har fire hovedtema som er gjennomgående i våre valgte artikler. Det første hovedtemaet omhandlet utfordringer foreldre til premature barn møtte, andre hovedtemaet omhandlet bekymringer foreldrene hadde for barnet. Det tredje hovedtemaet omhandlet foreldrenes behov i forberedelsene til hjemreisen, mens fjerde hovedtema omhandlet tiden etter hjemkomst. Enkelte av hovedtemaene har undertema som presenteres under nummerering 4.2.1, 4.3.1 og 4.4.1.

Hensikten med vår litteraturstudie var: Å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

### 4.1 Emosjonelle reaksjoner – en tøff start

Det fremkom i alle våre artikler at de fleste foreldre opplevde utfordringer vedrørende en prematurfødsel (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Hall et.al 2012, Toral-Lòpez et.al 2015, Boykova 2016, Ingram et.al 2016). I noen av artiklene fremkom det at foreldrene så det som utfordrende å tilpasse seg rollen som foreldre til et prematurt barn (Griffin og Pickler 2011, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Boykova 2016). Mens det i andre artikler kom frem at enkelte fant det vanskelig å kjenne seg gode nok i situasjonen (Fowler et.al 2019, Boykova 2016).

Et moment som ble trukket frem hos flere av foreldrene var følelsen av skyld eller mislykkethet som kvinne. Flere kjente på at man ikke hadde mestret å gjennomføre et fullgått svangerskap (Fowler et.al 2019, Boykova 2016). I en av artiklene ble skyldfølelse for å motta profesjonell hjelp i håndteringen av barnet sitt påpekt hos mødre, de kunne også føle seg i veien eller som gjester på sykehuset (Dellenmark-Blom og Wigert 2013).

Det fremkom i enkelte artikler at psykiske og emosjonelle reaksjoner hos foreldrene forekom både på sykehuset og etter hjemkomst (Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018). I flere artikler kom det frem at de traumatiske opplevelsene foreldrene ble utsatt for i løpet av



tiden i sykehus, kunne resultere i emosjonelle følelser som frykt, redsel og uvirkelighet (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Toral-Lòpez et.al 2015, Boykova 2016). Dette kunne siden minne om posttraumatiske stresslidelser (Petty et.al 2018, Boykova 2016).

I forbindelse med den forekommende hjemreisen fra sykehuset oppstod blandede følelser hos flere foreldre. Noen kjente på glede og begeistring over å endelig få reise hjem (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018), andre kunne føle på redsel og nervøsitet for at noe skulle gå galt i hjemmet (Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018). Blant annet fordi man i hjemmet måtte ta mer ansvar og avgjørelser i den daglige pleien av barnet selv, uten trygghet fra helsepersonellet i sykehusavdelingen (Aydon et.al 2017, Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018, Boykova 2016, Ingram et.al 2016).

## **4.2 Bekymringer som oppstår for barnet**

Flere av foreldrene opplevde frykt for at barnet ikke skulle overleve eller være friskt (Griffin og Pickler 2011, Fowler et.al 2019, Hall et.al 2012). I forbindelse med den traumatiske livshendelsen opplevde enkelte foreldre at de befant seg i et vakuum, hvor dagene fløt i hverandre og bar preg av uvirkelighet (Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Hall et.al 2012).

I overgangen til hjemmet opplevde noen foreldre at livet gikk fra slik de var vant til å leve og over i en ny livsstil (Griffin og Pickler 2011). Enkelte opplevde utfordringer vedrørende det premature barnet fra utenforstående, eller hadde ulike erfaringer ved familiemedlemmers møte med det premature barnet (Griffin og Pickler 2011, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Hall et.al 2012, Boykova 2016).

Tanken på å ha det fulle ansvaret for barnet alene var skremmende for flere foreldre (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018). Det fremkom av artiklene at den første tiden etter hjemkomst for mange var preget av varierende følelser, men at flere viste glede og begeistring over den nye tilværelsen (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016).

### **4.2.1 Barnets sårbarhet og utvikling**

Enkelte foreldre fryktet for sårbarheten til barnet og at noe skulle tilstøte det (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Griffin og Pickler 2011, Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018, Hall et.al 2012, Boykova 2016). Hos enkelte oppstod bekymringer i henhold til reinnleggelse. Bekymringene var gjerne relatert til blødninger, hodeskader, lunge, gastro- og refluks problemer (Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018, Boykova 2016). Noen uttrykte med bakgrunn i dette redsel for å la barnet være alene med andre (Fowler et.al 2019, Boykova 2016).

Flere foreldre sammenlignet vekst og utvikling med barn født til termin (Fowler et.al 2019, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Hall et.al 2012). Bekymringer for barnets fremtidige utvikling fremkom også i enkelte artikler (Fowler et.al 2019, Petty et.al 2018, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013).

I flere artikler påpekte foreldrene et behov for å selv være i stand til å identifisere helsetilstanden til barna (Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Boykova 2016). Støtte fra sykehusavdelingen ble derfor sterkt verdsatt, noe som bidro til at foreldrene kunne slå seg til ro med at barnet var friskt eller utviklet seg som normalt (Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Toral-López et.al 2015).

### **4.3 Overgangen fra sykehuset til hjemmet – Forberedelser**

Som forberedelse til hjemreisen fra sykehusavdelingen ytret flere av foreldrene et ønske om nødvendig opplæring innenfor grunnleggende helsehjelp og omsorg for barnet (Griffin og Pickler 2011, Petty et.al 2018).

Det kom frem i enkelte artikler at flere foreldre var fornøyde med forberedelsene i forkant av overgangen hjem (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018, Hall et.al 2012, Ingram et.al 2016). Blant annet med sykepleierne som veiledet foreldrene mot å mestre ivaretakelsen av barnet i hjemmet (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Hall et.al 2012, Ingram et.al 2016).

I forkant av hjemreisen opplevde enkelte foreldre det som viktig at helsepersonellet var tilgjengelige for spørsmål vedrørende pleien til barnet. På denne måten kunne foreldrene også forberede seg på hjemkomsten, samt oppnå større trygghet (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Aydon et.al 2017, Petty et.al 2018, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Hall et.al 2012). «I found trust in the situation because they never left us with unanswered questions» (Dellenmark-Blom og Wigert 2013, 580).

#### **4.3.1 Behov for informasjon fra sykepleier**

Noen av familiene var med i et utskrivelsesprogram som skulle sikre de trygghet mot hjemkomst og selvstendighet i ivaretagelsen av barnet i hjemmet (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Toral-López et.al 2015, Ingram et.al 2016). Det fremkom av en artikkel at muligheten for å overnatte med barnet ble gitt før overgangen hjem (Petty et.al 2018).

Foreldre rapporterte at de ikke følte seg som foreldre ved utøvelse av avanserte sykepleierutiner i hjemmet (Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013). Flere stilte spørsmål ved egen evne til å behandle barnet, og gav helsepersonell en stor rolle i barnets pleie (Aydon et.al 2017, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016).

Foreldre opplevde informasjonen gitt av helsepersonellet som nyttig (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Toral-López et.al 2015). Enkelte forskjeller i informasjon ble likevel identifisert og mangelfulle eller komplekse forklaringer ble noen ganger gitt. Foreldrene kunne da føle på tapt tillit til helsepersonellet (Aydon et.al 2017, Fowler et.al 2019, Toral-López et.al 2015). Med kontinuitet i pleien kjente flere foreldre seg tryggere og helsepersonellens holdninger ble ansett som viktige for en god overgang til hjemmet (Aydon et.al 2017, Toral-López et.al 2015, Boykova 2016, Ingram et.al 2016).

I enkelte artikler fremkom et ønske om mer kunnskap og informasjon blant foreldrene (Aydon et.al 2017, Toral-López et.al 2015, Ingram et.al 2016), deriblant om barnets vekst og utvikling (Fowler et.al 2019 og Boykova 2016). Noen foreldre opplevde behov for å innhente informasjon på egenhånd på grunn av mangelfull informasjon fra helsepersonellet (Aydon et.al 2017 og Boykova 2016).

## 4.4 Hjemme med det premature barnet

For mange foreldre var det avslappende å komme hjem med det premature barnet sitt, andre opplevde et mer ambivalent forhold til det (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Aydon et.al 2017, Fowler et.al 2019, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013). Byrden, ansvaret og kravene opplevdes store, samtidig som enkelte følte seg mer som en selvstendig familie når de endelig fikk komme hjem (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Aydon et.al 2017, Fowler et.al 2019, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Toral-Lòpez et.al 2015).

Hjemkomsten var for flere foreldre et symbol på at den vonde tiden var over, og utskrivelsen ble et vendepunkt (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Hall et.al 2012). Summen av dette fikk flere av foreldrene til å innse at den vanskelige tiden i sykehuset nå var over (Aydon et.al 2017 og Dellenmark-Blom og Wigert 2013).

Flere av foreldrene opplevde en følelse av isolasjon fra omverdenen og det sosiale livet de tidligere hadde hatt (Griffin og Pickler 2011, Petty et.al 2018, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016). Noen foreldre kunne derfor kjenne på ensomhet (Fowler et.al 2019 og Boykova 2016). Enkelte av mødrene isolerte seg og hadde lite sosial kontakt (Griffin og Pickler 2011). For noen av fedrene var det oppmuntrende å gjenoppta sosial kontakt med venner og familie (Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013).

Etter hjemkomst opplevde flere foreldre å møte barnets behov døgnet rundt som slitsomt (Griffin og Pickler 2011, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016). Følelsen av å konstant være på «jobb» var krevende (Aydon et.al 2017). Mindre søvn og endrede rutiner gjorde at flere av foreldrene følte seg utslitt (Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016).

Selv om de emosjonelle og følelsesmessige reaksjonene varierte fra familie til familie, var det flere foreldre som kjente ro i hjemmet. Dette var noe som ble påpekt som et resultat av at man i eget hjem fikk skapt egne rutiner, vært selvstendig og blitt bedre kjent med forventninger knyttet til foreldrerollen (Aydon et.al 2017, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Toral-Lòpez et.al 2015).

#### **4.4.1 Behov for oppfølging i hjemmet**

Etter hjemkomsten trakk flere foreldre frem viktigheten av å kunne ta kontakt med sykehuset, neonatal avdelingen og «tidlig utskrivelsesprogram»- sykepleierne for støtte og råd ved behov (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Toral-Lòpez et.al 2015). Denne muligheten gav foreldrene trygghet i pleien til barnet (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Aydon et.al 2017, Dellenmark-Blom og Wigert 2013).

I tiden etter hjemkomst ble støtten og oppfølgingen flere av familiene fikk i hjemmet, trukket frem som viktig (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Griffin og Pickler 2011, Aydon et.al 2017, Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Toral-Lòpez et.al 2015, Boykova 2016). Pleie i hjemmet var for flere av foreldrene sett på som en reise mot å bli selvstendige foreldre. Dette minsket også gapet mellom sykehuset og hjemmet (Dellenmark-Blom og Wigert 2013). Sykepleierne som kom hjem gav foreldrene trygghet, hjelp og bekreftelse (Lundqvist, Hellström-Westas og Hallström 2013, Boykova 2016). Dette medførte en mulighet til å være mer alene med barnet etter hjemkomsten for lære barnet bedre å kjenne (Brødsgaard, Zimmermann og Petersen 2015, Dellenmark-Blom og Wigert 2013, Toral-Lòpez et.al 2015). Ved at sykepleiere jobbet steg for steg sammen med foreldrene og ikke sendte familiene hjem fra avdeling for de var klar for det, bidro dette til at tiden etter hjemkomst ble bedre (Ingram et.al 2016).

## 5.0 Diskusjon

Her vil vi under 5.1 presentere metodediskusjonens fremgangsmåte og under 5.2 resultatdiskusjonens funn opp imot relevant teori.

### 5.1 Metodediskusjon

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2015) skal man kritisk vurdere og diskutere styrker og svakheter ved studien. I metodediskusjonen vurderer vi litteraturstudiets metodiske fremgangsmåte, søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess.

#### 5.1.1 Søkestrategi

Før vi endte opp med hensikten: Å undersøke foreldres erfaringer i overgangsfasen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet, utførte vi flere prøvesøk og hadde veiledningstime med bibliotekar ved høgskolen i Molde. Å utføre prøvesøk kan styrke vår studie. En svakhet kan imidlertid være at vi hadde lite erfaring med systematisk litteratursøk i forskningsbaserte databaser. Vi kan derfor ha gått glipp av relevante artikler. En styrke vil derimot være at vi benyttet oss av veiledning fra bibliotekar ved høgskolen, som gav nyttige tips og søkestrategier. Vi utarbeidet et PIO-skjema med aktuelle søkeord fra valgt hensikt. Ordene i skjemaet fungerte som base i alle søkene, selv om alle ord ikke ble inkludert i alle søk. PIO-skjema skal ut i fra valgt hensikt strukturere og forenkle søkeprosessen i ulike databaser (Forsberg og Wengstrøm 2015, 60). Manglende erfaring i systematiske søk, kan også ha resultert i mangelfulle søkeord til PIO-skjemaet og dermed påvirket resultattreffene. Noe som styrket søkestrategien kan være bruken av MeSH-termer. MeSH-termer er en emne-ordliste som eksisterer i blant annet Medline (Forsberg og Wengstrøm 2015, 71).

Å utføre litteratursøk i ulike sykepleiefaglige databaser kan sees som både en styrke og en svakhet. Databaser som Medline og PsychInfo er helserelevante og anses dermed som aktuelle for å belyse vår hensikt (Nordtvedt et.al 2016, 52). Ved bruk av helserelevante databaser omfavnes en større bredde forskningsartikler og vi tilegnet oss bredere forståelse for temaet. En svakhet kan være at vi hadde liten kjennskap til flere av databasene, og måtte prøve oss frem i søkene. Ovid medline er databasen vi hadde mest kjennskap til fra

undervisning med bibliotekar ved HiMolde. Det ble derfor naturlig å benytte denne databasen ved søk i starten av vår studie.

Vi valgte å benytte bøker og faglitteratur utenfor pensum i tillegg til pensumlitteratur, da pensumlitteraturen var marginal i forhold til oppgavens omfang. I tillegg har vi benyttet oss av nettkilder som tidsskriftet og helsedirektoratet for å støtte opp under og belyse tematikken i studien vår. En styrke ved å benytte annen relevant teori i tillegg til pensumlitteratur mener vi vil være at vi har ulike kilder som støtter oppunder vårt tema. Det kan sees som en svakhet å benytte faglitteratur som var skrevet omlag ti år tilbake i tid, da vi kan ha gått glipp av nyere og relevant teori.

### **5.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Forskningsartikler som omhandlet begge foreldrene ble inkludert, samt artikler som omfattet mors og fars erfaringer alene. Dette begrunnes med at vi ikke fikk nok kvalitative artikler som omhandlet begge foreldrene i en og samme artikkel. Vi mener dette nødvendigvis ikke er en svakhet da vi med vår hensikt ønsket begge foreldrenes erfaringer. Både mor og far er sentrale hovedpersoner i det premature barnets liv. En svakhet kan være overvekten av forskning på mor i forhold til far. De representerer også ulike kjønn, noe som medfører kjønnsforskjeller. Utvalget bør ha overføringsverdi utover studien, det er likevel viktigere med betydningsfull informasjon enn et høyt antall deltakere (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010a).

Foreldreperspektivet egnet seg til å besvare hensikten i vår studie, sykepleieperspektivet ble derfor ikke inkludert. Vi har likevel valgt å inkludere en artikkel som omhandlet både foreldre og sykepleieperspektiv i vår studie. Der ble det kun trukket frem og inkludert funn hvor foreldreperspektivet var tydelig presentert.

Vi ekskluderte kvantitative artikler. Kvalitative artikler ble inkludert da man særlig gjennom intervju lar deltakerne av studien fortelle sine opplevelser med egne ord (Forsberg og Wengstrøm 2015, 119). Gjennom kvalitativ forskning får vi tydeligere frem individuelle erfaringer, i motsetning til kvantitativ forskning som ofte kartlegger forekomster, som bestemte sykdomstilstander (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010b). Det kan sees som en svakhet å ikke inkludere kvantitativ forskning fordi vi kan ha

gått glipp av relevante artikler. Vi valgte likevel å inkludere en artikkel som brukte SurveyMonkey, et spørreskjema som benyttes både innen kvantitativ og kvalitativ forskning (SurveyMonkey 2019). En fordel med Surveyundersøkelser er at de gjør måling av større populasjoner innen kvalitativ metode enklere (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010b).

Ved å benytte limits i søkene begrenset vi resultatene til nyere, oppdatert forskning som omhandlet vår hensikt. Vi valgte å inkludere artikler både av nyere og eldre årgang (2011-2019), noe vi anser som både en styrke og en svakhet. Limits i søkene ble satt til 2008 da vi ikke ønsket eldre forskning. Vi kan derfor ha gått glipp av relevant forskning for vår hensikt fra tidligere år. Ved å sette limits vil det resultere i et mer snevert søkeresultat (Forsberg og Wengstrøm 2015, 71).

Limits ble også brukt i begrensning av språk da vi ønsket treff på språk innenfor vår språkforståelse. En svakhet kan være at vi har gått glipp av aktuell forskning publisert og skrevet på andre språk. Kultur og språk henger gjerne sammen. Vi har inkluderte artikler fra land som Australia og USA. Selv om kulturen i nevnte land er forskjellig fra de nordiske landene, vil flere av de samme verdiene være felles. Ikke-vestlige kultur, blant annet den afrikanske, vil være vanskeligere å sammenligne, noe som også kan gjøre det utfordrende å trekke ut felles hovedfunn. Disse ble derfor ekskludert i analyseprosessen. Utvalg i studier bør omfatte enkelte kjennetegn for å ha overføringsverdi (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010a). Vi mener inkluderte artikler i vår studie har overførbare funn til norsk sykepleiepraksis.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

For å kvalitetsvurdere de 11 valgte kvalitative artiklene benyttet vi oss av standardiserte sjekklister for kvalitativ forskning (Nordtvedt et.al 2016, 90). Sjekklisten vil kunne styrke kvalitetsvurderingen. Ved at vi vurderte artiklene hver for oss dannet vi oss selvstendige vurderinger, noe vi mener kan styrke studien. Likevel må det tas høyde for at vi ikke innehar tilstrekkelig erfaring i kvalitetsvurdering. Artiklene er engelskspråklige og mistolkninger kan derfor ha oppstått i oversettelsen fra engelsk til norsk.



Alle artiklene tar for seg etisk godkjenning enten i form av samtykke eller godkjenning via etisk komite, vi ser på dette som en styrke i vår studie. Samtykke er et krav når man forsker på mennesker. Samtykke skal være fritt og informert, man skal ikke utsettes for press under forskningen (Fossheim 2015b). Vi tar høyde for at vi i starten av vår studie kunne være preget av egen forforståelse. Private erfaringer som pårørende til foreldre som har fått premature barn ble forsøkt lagt til side ved at vi gikk åpensinnet frem. Vi dannet siden nye erfaringer og synspunkter om temaet. Vi ser på dette som en styrke og mener vår forforståelse ikke har preget vår studie i særlig grad.

Vi har valgt å inkludere artikkel nr.10 som er en pilotstudie. «Pilotstudie, utprøving i liten skala av metoder som er planlagt benyttet i en større vitenskapelig studie» (Braut 2014). Det kan sees som en svakhet å inkludere artikkelen. Likevel har artikkelen også styrker som vi trekker frem. Den tok for seg etiske hensyn/personvern, er av nyere art og hadde et representativt utvalg. Artikkelen fremstod som informativ og belyste hensikten i vår studie på en god måte. Vi kan anta at funnene siden kan benyttes i en større studie.

#### **5.1.4 Analyseprosessen**

Analyseringen av artiklene var en krevende prosess og med tanke på manglende erfaring kan dette sees som en svakhet. Vi ble anbefalt å bruke Evans (2002) i undervisning ved HiMolde, vi valgte derfor å benytte oss av de fire fasene til analysering. Når vi startet analyseringen av artiklene viste det seg at vi allerede hadde vært innom flere steg av Evans (2002) analyseringsprosess. Dette gjorde oss komfortable med valg av analyseringsmetode. Å analysere vil si at undersøkelsesobjektet deles opp og undersøkes hver for seg, for så å sette det sammen på nytt (Forsberg og Wengstrøm 2015, 152).

Evans (2002) fire faser var til god hjelp for å mestre analyseringen av artiklene på en oversiktlig måte. Flere gjennomganger av artiklene sammen og hver for oss gjorde analysen mer håndterlig og forståelig. Vi fargekodet hovedtemaene og laget stikkord til hver artikkel, før vi deretter laget et tankekart med hovedpunkter og overskrifter som vi også fargekodet. Etterhvert la vi underpunkter til noen av hovedpunktene. Denne måten gjorde det enklere å skille momentene i artiklene fra hverandre, da de kunne flyte over i hverandre. Vi fant det også svært utfordrende å lande på hovedtema med beskrivelser som

omfavnet meningen vi var ute etter. Likevel mener vi denne prosessen kan styrke vår studie med tanke på det grundige arbeidet vi la ned i analyseringen.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2015) skal litteraturstudiets resultatdel diskuteres opp imot relevant fagstoff og studiens hensikt: Å belyse foreldres erfaringer i overgangen fra sykehuset og til hjemmet med det premature barnet.

### **5.2.1 Den tøffe starten preger foreldrene**

Et sentralt funn i vår studie viste at å få et prematurt barn var en stor påkjenning for foreldrene. Ifølge Grønseth og Markestad (2017) er foreldre av premature barn ofte sårbare og usikre i håndteringen av sitt for tidlig fødte barn. Premature fødsler kan starte uventet og i hastverk, gjerne ved keisersnitt som forløsning på bakgrunn av fare for liv og helse hos mor og barn. En av sykepleiernes viktigste roller i denne sammenhengen er å lytte til foreldrenes behov og følelser (Tandberg 2009, 232). Som sykepleier er det viktig å være var for foreldrenes ulike utgangspunkt og reaksjoner (Ravn 2009, 255). Effekten av den plutselige omveltningen i livet ved å få et prematurt barn, kan for mange oppleves tøft ifølge våre funn. På den ene siden vil foreldrene kunne ha risiko for psykisk og fysisk helseskade som følge av en traumatisk opplevelse. På den andre siden vil riktig helsehjelp på et tidlig stadium bidra til å forhindre langtidseffekt i negativ forstand, og kunne gi økt mestring og personlig vekts (Helgesen 2015, 220). For de fleste vil opplevelsene i svangerskapstiden, ved fødselen og i barseltiden være avgjørende eller medvirkende til den fremtidige helsen hos kvinnene (Hagtvedt 2017, 14).

Ifølge Saugstad (2009) er det ikke uvanlig at man som foreldre kan kjenne på følelser som usikkerhet, fortvilelse, skyldfølelse, mislykkethet og redsel for det premature barnet. I vår studie fremkom det at flere kvinner kunne føle seg mislykket og preget av skyldfølelse fordi de ikke var i stand til å gå svangerskapet ut. Funn viste at psykiske og emosjonelle reaksjoner som følge av prematur fødsel kunne oppstå både på sykehuset og i tiden etter hjemkomst. Traumatiske opplevelser fra tiden i sykehuset, de mange inntrykk og opplevelser gav seg gjerne uttrykk i reaksjoner som frykt, redsel og følelse av uvirkelighet.

Ifølge Lopez, Anderson og Feutchinger (2012) vil man oppleve følelser som angst og usikkerhet i etterkant av en prematur fødsel. Tandberg (2009) sier at den traumatiske opplevelsen det er å bli foreldre til et prematurfødt barn, kan resultere i at flere opplever symptomer som kan minne om posttraumatisk stresslidelse opptil flere måneder etter fødselen. Basert på egne erfaringer har vi sett mødre som har gjennomgått premature fødsler slitt psykisk i flere år. Dette fremkom også i enkelte av resultatene i vår studie.

Som mennesker har man ifølge Helgesen (2015) behov for å søke etter mening og sammenheng i de hendelser som oppstår. Egne erfaringer tilsier at store og plutselige endringer medfører omveltninger for de som rammes. Stress, sorg, kriser og traumer er tett knyttet opp imot hverandre. Når mennesker rammes av alvorlig krise kan profesjonell hjelp være nødvendig. En avgjørende faktor er måten den individuelle følelsesmessige påkjenningen oppleves hos hver enkelt (Helgesen 2015, 218-220). Ifølge Bowles et.al (2016) må familienes emosjonelle og psykologiske behov møtes under sykehusoppholdet, for at foreldrene skal mestre sin rolle som omsorgsgiver ved overgangen til hjemmet.

Det fremkom i vår studie at enkelte foreldre følte seg i veien på sykehuset, som gjester, noen gav også uttrykk for skyldfølelse ved å måtte motta helsehjelp. Motstridende følelser hos foreldre som er avhengig av å motta hjelp til sitt barn kan oppstå. Likevel vil de fleste sette pris på helsepersonellens kunnskaper i omsorgen og behandlingen som ytes til barnet. Foreldrene til premature barna kan oppleve å befinne seg i en posisjon hvor de selv ikke er i stand til å yte den omsorgen og hjelpen de ønsker å gi sitt barn. Dette kan medføre stress for foreldrene (Ravn 2009, 254). For å kunne sette seg inn i andres situasjon og vise forståelse, må følelser benyttes som ressurs. Sykepleiere benytter særlig empati i det profesjonelle møtet med pasientene (Sneltvedt 2013, 153). Ifølge Bowles et.al (2016) er det viktig at familien deltar i daglig pleie og rutiner vedrørende barnet for at foreldrene skal føle seg inkludert.

Resultat i vår studie viste at flere av foreldrene kjente på blandede følelser med tanke på den forestående overgangen til hjemmet. På den ene siden uttrykte flere at de så frem mot å reise hjem med barnet, mens de på den andre siden var nervøse for hva som kunne oppstå i hjemmet. Ifølge Barkemeyer (2015) er utskrivelsen en tid preget av både begeistring og angst for familiene. Flere foreldre var skeptiske til at de selv skulle være den som tok ansvar og stod for avgjørelsene for barnet, siden de nå var utenfor sykehuset og helsehjelpen de hadde hatt tett på. Ifølge Helgesen (2015) er det viktig at man ikke

møter mennesker som behøver hjelp med krav om å mestre situasjonen på egenhånd. Derimot er det viktig å tilpasse hjelpen til mottakerens evner og behov for læring.

### **5.2.2 Bekymringer for barnet**

Et sentralt funn i vår studie viste at flere foreldre fryktet barnet ikke skulle overleve den tøffe tiden etter fødselen, eller at det skulle vokse opp preget av sykdom. I følge Premji et.al (2012) er premature barn i økt risiko for dødelighet. Noen av foreldrene opplevde det derfor vanskelig å knytte seg til det premature barnet i redsel for å miste det (Saugstad 2009, 160-161). Enkelte foreldre var bekymret med tanke på eventuell reinnleggelse etter hjemkomst. I følge Premji et.al (2012) har premature barn økt risiko for reinnleggelse i forhold til barn født til termin. Gjennom tilstedeværelse og forståelse for foreldrenes bekymringer, vil helsepersonell kunne være en bidragende faktor til å bedre livskvaliteten og helsen hos foreldrene (Eide og Eide 2016, 33). Ofte har foreldrene økt behov for støtte og veiledning den første tiden etter fødselen, da denne perioden kan bære preg av usikkerhet og stress (Markestad 2008, 74). Som sykepleier er det viktig å være tilstede og vise omsorg ovenfor pasienten. Å hjelpe foreldrene i å ivareta egne behov er viktig, før de kan være i stand til å gi trygghet og omsorg videre.

Ifølge Tandberg (2009) kan bekymrede og redde foreldre miste besinnelsen i møte med helsepersonell. Fortvilelse, sinne og skyldfølelse tar over for rasjonell tenkning. Foreldrene går med en konstant redsel for det premature barnet. Følelsene til foreldrene gir seg ulikt tilkjenne avhengig av tidligere erfaringer, bakgrunn og forståelse. For å unngå misforståelser er det viktig at sykepleiere og foreldre forstår hverandre og respekterer det den enkelte sier. Ifølge Bowles et.al (2016) vil klar og tydelig kommunikasjon medvirke til færre misforståelser. Foreldre som står i en vanskelig situasjon er avhengig av et personell som tåler gjentagende spørsmål uten at det blir oppfattet negativt. Foreldrene spør gjerne flere sykepleiere om de samme spørsmålene selv om de allerede har fått svar. Dette kan oppfattes som manglende tillit fra foreldrene, noe som anses som en metode foreldrene bruker for å berolige seg selv (Tandberg 2009, 226). Gjennom egne erfaringer til mennesker i livskrise har vi sett at søken etter informasjon driver pasient og pårørende. Hos flere fremstår økt kunnskap og trygghet som et mål i seg selv.

Motorisk og verbal utvikling hos de premature barna ble av flere foreldre trukket frem som en bekymring. Funn fra vår studie viste at foreldrene ofte sammenlignet det premature

barnet med andre «friske» barn for å måle vekst og utvikling. Ifølge Markestad (2008) kan prematurfødte barn være senere med å utvikle språkferdigheter og ha atferdsmessige utfordringer uten at det trenger å ha betydning senere i livet. Vi mener det er viktig å snakke med foreldrene om at det er vanlig at det foreligger ulikheter for å unngå usikkerhet.

I vår studie fremkom det at foreldrene dro nytte av å selv være i stand til å vurdere det premature barnets helsetilstand. Kompetansen og erfaringene de tilegnet seg hjalp de til å oppdage uregelmessigheter og forandringer hos det premature barnet. Dette bidro til å styrke foreldrenes selvtillit og forsterke deres tro på egen omsorgsevne. Ifølge Bowles et.al (2016) kan man ved å underbygge foreldrenes viktighet i pleien, hjelpe de til å selv forstå og forutse barnets behov. Vi har erfart at det er nyttig at både mor og far er til stede hos barnet store deler av dagen, det etableres et tettere bånd og en trygghetsfølelse foreldrene og barnet imellom. I vår studie kom det frem at det premature barnet ble tatt hyppig ut av kuvøsen slik at foreldrene og barna lettere kunne ha hudkontakt. Gjennom hudkontakt kunne det premature barnet lære foreldrene å kjenne, og foreldrene barnet. Nevnte intervensjoner vil gi grunnlag for den kommende overgangen, hvor tilknytning og trygghet er vesentlig (Saugstad 2009, 160-161).

### **5.2.3 Overgangen – forberedelser mot hjemkomsten**

I vår studie fremkom det at flere foreldre ønsket opplæring i grunnleggende helsehjelp og daglig omsorg som skulle utøves i hjemmet. Flere av foreldrene uttrykte at forberedelsene for overgangen til hjemmet var gode og at de satte pris på sykepleiernes veiledning. Sykepleier har en viktig funksjon ved å gi foreldrene nødvendige og grunnleggende ferdigheter for å mestre og underbygge utviklingen til barnet på en god måte. Noe som kan motvirke barnets eventuelle dårlige start på livet som prematurt (Ravn 2009, 255). Ifølge Helgesen (2015) bør motivasjon sees som noe av det viktigste vi underbygger når vi arbeider med mennesker. Som sykepleier vil det være viktig å underbygge personlig vekst for foreldre, for å finne styrke og motivasjon i ivaretagelsen av det premature barnet. Vi har inntrykk av at en av foreldrenes sterkeste motivasjoner kan være å se barnets utvikling.

Med bakgrunn i den følelsesladde perioden foreldrene gjennomgår kan vi som sykepleiere bistå til at foreldrene ikke føler seg alene. Gjennom foreninger og organisasjoner som prematurforeningen, kan man opprette kontakt med andre som har opplevd liknende (Prematurforeningen [2019]). På denne måten vil man komme i kontakt med foreldre som har en grunnleggende forståelse for situasjonen og kan dele sine erfaringer.

Resultatene i vår studie viste at foreldrene opplevde informasjonen gitt av helsepersonell som nyttig. Forberg og Holan (2017) sier at foreldre bør få informasjon om barnet i løpet av de første dagene etter fødsel. Informasjonen bør blant annet omhandle både sosiale- og psykiske behov. Ved å motta informasjon vil man kunne fremme tilknytningsprosessen mellom barnet og foreldrene. Det ble likevel indentifisert forskjeller i gitt informasjon, mangelfulle eller komplekse forklaringer. Noe som kunne medføre at foreldrene mistet tillit til helsepersonellet. Ifølge Tandberg (2009) vil det uten faste strukturer være tilfeldigheter som avgjør hvilken informasjon som blir gitt. På den ene siden kan informasjonen avhenge av sykepleieren som er på jobb. På den andre siden kan det motvirkes ved at informasjonsbehovet kartlegges og at man oppretter faste samtaler. Erfaring tilsier at gode rutiner i informasjonsgivning vil trygge pasienter og pårørende.

Flere av foreldrene i vår studie ønsket mer kunnskap og informasjon om sitt premature barn. De hadde blant annet behov for å lære mer om premature barns vekst og utvikling. Enkelte foreldre søkte på grunn av mangelfull informasjonen, etter informasjon på egenhånd. Ifølge Tandberg (2009) vil det være flere sykepleiere som møter foreldre som er mer oppdaterte på barna sine nå enn hva de var før. Foreldrene kan tilegne seg informasjon som ikke er korrekt, og vil dermed også kunne oppleve unødige bekymringer og problematiseringer vedrørende sitt premature barn og dets fremtid. Dette krever at sykepleiere er påpasselig med og jevnt oppdatere foreldrene i forhold til barnets helsestatus og gi de den nødvendige tryggheten de trenger. Dersom vi som sykepleiere veileder foreldre i bruk av trygge kilder, kan vi unngå at foreldre setter lit til sekundære og utrygge kilder.

I vår studie kom det frem at foreldre som opplevde kontinuitet i pleien følte seg tryggere og mer komfortable. Helsepersonellens holdninger ble av foreldrene ansett som viktige i overgangen fra sykehuset til hjemmet. Ifølge Lopez, Anderson og Feutchinger (2012) er sykepleiers involvering svært viktig i alle aspekter vedrørende overgangen. Opplæring, støtte og kommunikasjon, samt å settes i kontakt med kommunale tjenester var sentrale

momenter. Ifølge Ravn (2009) er man som sykepleiere unik i sitt yrke. Gjennom kunnskaper, etisk forståelse og holdninger kan foreldre av premature barn gis gode verktøy på veien mot å ivareta barnet sitt. Det kan hevdes at overgangen avhenger av sykepleiers evne til å forberede foreldrene. Tilliten sykepleieren bygger til foreldrene er avgjørende. På den andre siden kan menneskelige faktorer og toleranser for hverandre medvirke til om foreldre og sykepleier mestrer å samarbeide mot et felles mål.

Vår studie viste til flere foreldre som var bekymret for å gjøre feil i håndteringen av det premature barnet, og som gav uttrykk for lav selvtillit. Ifølge Saugstad (2009) er en viktig del av prosessen til foreldrene å bli tatt med og regnet som hovedpersoner sammen med barnet. Sykepleiere har i oppgave å styrke pasientens selvtillit og tro på seg selv. I vår studie ble det klart at foreldre måtte ha tilegnet seg selvtillit i pleien og nødvendige ferdigheter før de kunne utskrives fra sykehuset. For å lette overgangen til hjemmet ble flere foreldre introdusert for et utskrivelsesprogram som underbygget trygghet og selvstendighet. Bowles et.al (2016) sier at et utskrivelsesprogram vil kunne styrke foreldrenes kunnskaper i ivaretagelsen av barnet gjennom informasjon om barnets helsetilstand, og bruk av nødvendig utstyr. Som en del av forberedelsene til hjemreise er det vesentlig at god tilknytning og trygging av foreldrene er oppnådd. Avdelingen skal tilrettelegge for at foreldrene og barnet skal få bruke tid sammen for å bli kjent og trygg på hverandre. Foreldrene får også nyttig erfaring i å pleie barnet og opplæring som er nødvendig for å mestre hverdagen hjemme. Ett av funnene i vår studie viste at muligheten for å overnatte i hjemmet med barnet ble gitt, før overgangen hjem fant sted. Ifølge Saugstad (2009) vil det premature barnet få anledning til permisjon for tilvenning i hjemmet sammen med sine foreldre. En utskrivelse vil siden kunne baseres på om permisjonen gikk bra eller ikke.

#### **5.2.4 I hjemmet**

”My life turned upside down. I was EXCITED to finally have him home. Couldn’t believe he was mine. I was SCARED that I wasn’t doing the right things for him. I was very nervous (Boykova 2016, 59)”.

Funn fra vår studie viste at foreldrene opplevde tiden etter hjemkomst fra sykehuset forskjellig. Hverdagen ble forandret, nye rutiner skulle innarbeides og det sosiale livet ble for mange satt på vent. Ifølge Holan og Forberg (2017) er barselperioden en tid hvor man må gjøre nye prioriteringer og nye utfordringer står i kø for foreldrene. Gjennom erfaring som pårørende til familier med premature barn, har vi sett hvordan familienes liv endres. Foreldrene lever ofte i en egen boble. Det premature barnet ble altoppslukende og mange foreldre kunne kjenne på viktigheten av støtte og hjelp fra familie. Ifølge Mæland (2010) er familien selve grunnmuren og fundamentet i et barns utvikling og en bidragsfaktor til at barnet blir et sterkt selvstendig individ. Egne erfaringer underbygger hvor viktig det er at familier som sliter og har utfordringer i hverdagen får hjelp og støtte tidligst mulig.

Følelsesmessige berg og dalbaner var en del av hverdagen for flere av foreldrene etter hjemkomst. Funn fra vår studie viste at følelsesbarometeret svingte fra glede og lykke, til sinne, redsel og frustrasjon. Gleden over å være hjemme og ”starte på nytt” var på den ene siden sterk, på den andre siden var frykten for å ha ansvaret for barnet alene fremtredende. Basert på erfaringer fra klinisk praksis har vi sett viktigheten av å vise forståelse for andres følelser. Som sykepleier bør man også mestre å vise aksept for at enkelte synes det er vanskelig å vise og snakke om følelser.

Funn i vår studie viste at foreldrene i stor grad opplevde isolasjon etter hjemkomst. Kontakt med venner og sosiale deltakelse ble minimal og hverdagen var ikke lenger fylt med nye impulser. Ifølge Bowles et.al (2016) opplever flere familier manglende rutiner og sosial isolasjon etter hjemkomst fra sykehuset. Sosialisering og sosial støtte har en positiv effekt på helsen vår, og kan medvirke til å forhindre blant annet psykiske lidelser. Som sykepleier er det viktig at det settes økt fokus på viktigheten av sosial støtte, kontakt og mestring (Helgesen 2016, 145).

Bekymrede og redde foreldre trenger forutsigbarhet i perioden etter den premature fødselen. I forkant av utskrivelse fra neonatal og barselavdeling bør foreldrene ha mottatt tilbud om videre hjelp, og blitt koblet til ulike hjelpeapparat i sin kommune (Saugstad 2009, 164). I vår studie fremkom det at foreldrene verdsatte støtten fra sykehuset og neonatalavdelingen etter hjemkomst. Funn viste at det gav foreldrene trygghet at helsepersonellet var en telefonsamtale unna. Ifølge Lindberg, Axelsson og Öhring (2009) vil bruk av nyere teknologi som video-samtaler med personell på sykehuset åpne opp for flere muligheter for oppfølging i hjemmet. Det vil også kunne gi foreldrene større trygghet



enn en telefonsamtale. Lopez, Anderson og Feutchinger (2012) påpekte også at telefon- og videosamtaler ble brukt til å gi foreldrene trygghet og hjelp ved behov i hjemmet.

Flere familier hadde oppfølging av sykepleiere i hjemmet. Funn fra studien viste at dette gjorde hverdagen lettere for mange. Noe som støttes av Lopez, Anderson og Feutchinger (2012) som sier at hjemmebesøk av sykepleier anses som en viktig faktor for at foreldrene skal få den nødvendige opplæringen og støtten de trenger. Som sykepleier i en slik setting vil rollen i hovedsak dreie seg om å vise trygghet og forståelse for den vanskelige perioden foreldrene er i, og hjelpe de å se fremover. I motsetning til på sykehus, er du som sykepleier nå gjest hos "pasienten". Premji et.al (2012) sier at hjemmebesøk har sine fordeler, hjemmebesøkene fremstår blant annet beleilige ved at man ikke behøver å bringe barnet til en klinikk for konsultasjon.

Basert på observasjoner fra klinisk praksis har vi erfart viktigheten av å tilrettelegge for god oppfølging fra den enkelte kommune. Oppfølging av det premature barnet gis som oftest av helsestasjonen i hjemkommunen (Markestad og Halvorsen 2007). På faste kontroller blir det premature barnet målt, veid og gitt vaksiner på lik linje med «friske» barn. Det tette samarbeidet mellom helsestasjon og hver enkelt familie skal gjøre hjemmesituasjonen lettere og gi rom for refleksjon og spørsmål (Markestad 2008, 61). Basert på funn fra vår studie viste det seg at ett tett samarbeid mellom hjelpeapparat og foreldre gjorde tilvenningsprosessen etter hjemkomst enklere, og skapte forutsigbarhet for familiene. En annen fordel med faste kontroller og oppfølgingstimer på helsestasjonen var at familiene kunne bli satt i kontakt med andre instanser dersom det var behov for det.

## **6.0 Konklusjon**

Vår studie viste til at flere av foreldrene opplevde det å få et prematurt barn som en stor psykisk og fysisk påkjenning. De uttrykte behov for god oppfølging i tiden før hjemkomst for å mestre overgangen til hjemmet. Foreldrene erfarte at den traumatiske opplevelsen ved å få et prematurt barn kunne sitte igjen i lang tid, også etter hjemkomst. Informasjon og veiledning i pleien av barnet ble verdsatt og sykepleiers evne til å kommunisere med foreldrene var avgjørende. Flere foreldre var fornøyde, mens enkelte følte på mangelfull informasjon og veiledning i forkant av hjemreisen. Det fremkom at foreldrene hadde behov for en tettere oppfølging også i tiden etter hjemkomsten. Flere foreldre kjente på ensomhet og isolasjon, samt redsel med tanke på barnets sykdomstilstand. Uten trygghet fra helsepersonell som i sykehuset, uttrykte enkelte foreldre usikkerhet i å mestre ivaretakelsen av barnet på egenhånd.

### **6.1 Konsekvenser for praksis**

Med tanke på den økte overlevelsen hos premature barn vil sykepleiere møte flere foreldre som behøver tilrettelegging, hjelp og støtte for å mestre overgang fra sykehuset til hjemmet. Resultatene fra vår studie viste til et økende behov for tettere oppfølging av foreldre individuelt, samt bedre samarbeid mellom foreldre og helsepersonell. Dette kan bidra til å lette den følelsesmessige påkjenningen foreldrene gjennomgår og bearbeidelsen av de emosjonelle reaksjonene enkelte opplever. Sykepleiere kan ha behov for bedre opplæring i krisehåndtering, informasjons- og veiledningskunnskaper, samt bedre kunnskap om det premature barnet og foreldrene. Funnene i vår studie kan gjøre sykepleiere mer oppmerksom på foreldrenes tanker, behov og hvordan de opplever å bli ivarettatt av sykepleiere. På denne måten håper vi sykepleiere lettere kan forstå foreldrene og at det blir lettere å imøtekomme foreldrenes behov.

### **6.2 Videre forskning**

Et moment som dukket opp i vår studie var forskjellen på mengde forskning basert på mødres erfaringer og opplevelser, i forhold til minimal forskning basert på fars erfaringer. Vi tenker derfor at det vil være aktuelt å utføre mer forskning basert på far alene, da fars erfaringer kunne bli noe overskygget av mors erfaringer. Et annet moment er at pensum av

nyere art ser ut til å være manglende. Vi tenker at det med økt overlevelse og dermed flere premature barn også behøves ny og oppdatert kunnskap i pensumlitteraturen.

Med tanke på at stadig flere premature barn overlever mener vi det vil være aktuelt med økt kunnskap, informasjon og forskning blant annet på fysiologiske og psykologiske endringer hos de premature barna. Prematurfødte barn har som nevnt i vår studie en risiko for forsinket vekst og utvikling, både fysiologisk og psykologisk. Å sette søkelyset på de premature barna og deres foreldre vil være viktig for å skape en større forståelse fra helsepersonell.

## Litteraturliste

- Aydon Laurene, Yvonne Hauck, Jamee Murdoch, Daphne Siu and Mary Sharp. 2017. "Transition from hospital to home: Parents perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant". *Journal of clinical nursing*. 27, (1-2): 269-277. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn....>
- Barkemeyer, Brian M. 2015. "Discharge planning". *Pediatric clinics of North America*. 62, (2): 545-556. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pcl...->
- Berle, Jan Øystein. 2017. "Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel". I *Det nye livet*, red Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 235-239. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blix, Ellen. 2017. "Inngrep og tiltak under fødselen". I *Det nye livet*, red Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 151-159. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Boykova, Marina. 2016. "Life after discharge: what parents of preterm infants say about their transition to home". *Newborn & Infant Nursing Reviews* 16, (2): 58-65. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>
- Bowles, Jennifer D, Amy J.Jnah, Desi M. Newberry, Carol A Hubbard og Tracey Robertson. 2016. "Infants with technology dependence: Facilitating the road to home". *Advances in neonatal care*. 16, (6): 424-429. DOI:10.1097/ANC.0000000000000310
- Braut, Geir Sverre. 2014. "Pilotstudie". *Store norske leksikon*. Lest 15. mai 2019. <https://snl.no/pilotstudie>
- Brødsgaard, Anne, Renate Zimmermann and Mette Pettersen. 2015. "A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care". *Journal for specialists in pediatric nursing*. 20, (4): 232-243. <https://dx.doi.org/10.1111/jspn....->
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2010a. «Utvalgsstrategi». Lest 27. mai 2019. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/3-Utvalgsstrategi/>
- Dellenmark-Blom, Michaela & Helena Wigert. 2013. "Parents experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study". *Journal of advanced nursing* 70, (3): 575-586. DOI:10.1111/jan.12218

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2010b. "Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder- likheter og forskjeller". Lest 27. mai 2019.

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>

Eide og Eide. 2016. "Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon". I *kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg, 32-62. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eines, Trude Fløystad. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20, (2): 22-26.

Forberg, Brit og Synne Holan. 2017. "Det nyfødte barnet". I *Det nye livet*, red Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 207-220. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4 utg. Stockholm: Natur og Kultur.

Fossheim, Hallvard J. 2015a. "Konfidensialitet". *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Lest 23. mai 2019. <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/#fritt>

Fossheim, Hallvard J. 2015b. "Samtykke". *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Lest 15. mai 2019. <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>

Fowler, Cathrine, Janet Green, Doug Elliott, Julia Petty and Lisa Whiting. 2019. "The forgotten mothers of extremely preterm babies: A qualitative study". *Journal of clinical nursing*. 1-11. <https://doi.org/10.1111/jocn.14820>

Griffin, Junyane Boonmee and Rita H. Pickler. 2011. "Hospital-to-home. Transition of mothers of preterm infants". *MCN, the American Journal of maternal child nursing, New York* 36, (4): 253-257. ProQuest.

Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2017. "Det nyfødte barnet". I *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. Utg, 209-226. Bergen Fagbokforlaget.

Hagtvedt, Mari Landsverk. 2017. "Det nye livet". I *Det nye livet*, red Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 11-15. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hall, Elisabeth O.C, Hanne Kronborg, Hanne Aagaard and Berit Støre Brinchmann. 2012. "The journey towards motherhood after a very preterm birth: Mothers experiences in hospital and after home-coming". *Journal of Neonatal nursing* 19, (3): 109-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2012.08.002>
- Helgesen, Anne Karin. 2016. «Sosial kontakt». I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 142-167. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helgesen, Leif A. 2015. *Menneskets dimensjoner- lærebok i psykologi*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helsedirektoratet. 2017. "Foreldre til syke nyfødte i nyfødttintensivavdeling bør ved utskrivelse få tilbud om oppfølging av barnets helsetilstand". Lest 18. april 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet/foreldre-er-en-viktig-del-av-behandlingsteamet-for-syke-nyfodte?fbclid=IwAR0N6ftD1CBfevwtUH3RVH8EFRAL2Eucc40olNYmhUDle7X27OCi-PWOW0#foreldre-er-en-viktig-del-av-behandlingsteamet-i-nyfodtintensivavdelinger>
- Holan, Synne og Brit Forberg. 2017. "Barseltiden". I *Det nye livet*, red Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 189-199. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ingram, Jenny, Maggie Redshaw, Sarah Manns, Lucy Beasant, Debbie Johnson, Peter Fleming og David Pontin. 2016. "Giving us hope: Parent and neonatal staff views and expectations of a planned family-centred discharge process (Train-to-home)". *International journal of public participation in health care & health policy* 20, (4): 751-759. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12...->
- Lindberg, Birgitta, Karin Axelsson og Kerstin Öhrling. 2009. "Taking care of their baby at home but with nursing staff as support: The use of videoconferencing in providing neonatal support to parents of preterm infants". *Journal of neonatal nursing* 15, (2): 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2009.01.004>
- Lundqvist, Pia, Lena Hellström-Westas og Inger Hallström. 2013. "Reorganizing life: A qualitative study of fathers lived experience in the 3 years subsequent to the very preterm birth of their child". *Journal of pediatric nursing* 29, (2): 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.10.008>
- Lopez, Greta L, Kathryn Hoehn Anderson og Johanna Feutchinger. 2012. "Transition of premature infants from hospital to home life". *Springer publishing company* 31, (4): 207-214. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.31.4.207>

- Markestad, Trond. 2008. *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Markestad, Trond og Bjørg Halvorsen. 2007. ”Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn”. *Helsedirektoratet*. Lest 5. april 2019.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/274/Nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn-IS-1419.pdf>
- Mæland, John Gunnar. 2016. *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg, 191-203. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reiner. 2016. *Jobb kunnskapsbasert!* 2.utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk publiseringsindikator. «Sykepleie». Lest 1. mai 2019.  
<https://npi.nsd.no/fagfeltoversikt/fagfelt?id=1086>
- Petty, Julia, Lisa Whiting, Janet Green and Cathrine Fowler. 2018. “Parents views on preparation to care for extremely premature infants at home”. *Nursing children & young people* 31, (2): 22-27. DOI:10.7748/ncyp.2018.e1084
- Prematurforeningen. [2019]. Lest 28. april 2019. <http://www.prematurforeningen.no>
- Premji, Shahirose Sadrudin, Marilyn Young, Carol Rogers og Sandra Reilly. 2012. “Transitions in the Early-Life of late preterm infants”. *Journal of perinatal neonatal nursing* 26, (1): 57-68. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e31823f8ff5>
- Ravn, Inger Helen. 2009. “Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre “. I *Nyfødtsykepleie 1, syke nyfødte og premature barn*, red Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 244-258. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Saugstad, Ola Didrik. 2009. *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Saugstad, Ola Didrik. 2010. ” Bedre prognose for de minste for tidlig fødte”. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 1. utg, 130:52.  
<https://tidsskriftet.no/2010/01/kronikk/bedre-prognose-de-minste-tidlig-fodte>
- Sneltvedt, Torild. 2013. ”Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?”. I *Etikk i sykepleien*, 151-165. red Berit Støre Brinchmann. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- SurveyMonkey. 2019. ”Gjennomføre kvalitative undersøkelser”. Lest 15. mai 2019.  
<https://no.surveymonkey.com/mp/conducting-qualitative-research/>
- Tandberg, Bente Silnes. 2009. ”Møtet med familien på nyfødtafdelingen”. I *Nyfødtsykepleie 1, Syke nyfødte og premature barn*, red Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes, 224-243. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm.

Toral-Lopez, Isabel, Manuel Fernandez-Alcantara, Pilar Gonzalez- Carrion, Francisco Cruz-Quintana, Antonio Rivas-Campos og Nieves Perez-Marfil. 2015. "Needs perceived by parents of preterm infants: integrating care into the early discharge process". *Journal of pediatric nursing* 31, (2): 99-108.  
OI:10.1016/j.pedn.2015.09.007



## Vedlegg 1: Oversiktstabell/ søkehistorikk

### SØK 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1-Infant, Extremely Premature/ or premature.mp. or Infant, Premature/	20/3-19	Medline	166 986	0	0	0
2-Preterm. Mp.	20/3-19	Medline	58 239	0	0	0
3- 1 OR 2	20/3-19	Medline	183 305	0	0	0
4- Limit 3 to yr = “2008-Current”	20/3-19	Medline	74 525	0	0	0
5- limit 4 to (Danish or English or Swedish or Norwegian)	20/3-19	Medline	69 725	0	0	0
6- home again.mp.	20/3-19	Medline	61	0	0	0
7- discharge.mp. or Patient Discharge/	20/3-19	Medline	150 684	0	0	0
8- 6 OR 7	20/3-19	Medline	150 739	0	0	0
9- Intensive Care Units, neonatal/ or neonatal care.mp	20/3-19	Medline	15 573	0	0	0

<b>10-</b> transition.mp.	20/3-19	Medline	205 462	0	0	0
<b>11-</b> parent*.mp.	20/3-19	Medline	400 888	0	0	0
<b>12-</b> mother*.mp.	20/3-19	Medline	198 158	0	0	0
<b>13-</b> father*.mp. Or fathers/	20/3-19	Medline	38 522	0	0	0
<b>14-</b> 11 OR 12 OR 13	20/3-19	Medline	574 434	0	0	0
<b>15-</b> experienc*.mp.	20/3-19	Medline	879 052	0	0	0
<b>16-</b> 3 AND 5 AND 8 AND 9 AND 10 AND 14 AND 15	20/3-19	Medline	19	11	5	2 Artikkel nr.1 og 3

## SØK 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
(Premature OR preterm) AND (home again OR discharge) AND (neonatal care) AND (transition) AND (parent* OR mother* OR father*) AND (experienc*) Begrenset til scholarly journals. Begrenset til article. Begrenset til «norwegian» or «swedish» or «english» or «danish». Begrenset til year 2008-current.	20/3-19	Proquest	5	3	2	1  Artikkel nr. 5

## SØK 3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
(Premature or preterm) AND (home again OR discharge) AND (neonatal care) AND (transition) AND (parent* OR mother* OR father) Begrenset til scholarly journals. Begrenset til article. Begrenset til «norwegian» or «swedish» or «english» or «danish». Begrenset til year 2008-current.	21/3-19	Proquest	82	13	6	3 Artikkel nr. 2, 7 og 9.

## SØK 4

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Preterm and home coming and transition and parents. Begrenset til year 2008-current. Begrenset til research articles.	21/3-19	ScienceDirect	88	7	3	2  Artikkel nr. 6 og 10.

## SØK 5

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
Premature and discharge and transition and experience. Begrenset til engelsk, dansk, norsk og svensk. Begrenset til Academic journals. Begrenset til år 2008-current.	3/4-19	Cinahl	17	6	4	0

## SØK 6

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Preterm or premature And Discharge And Transition And Parents. Begrenset til etter 2008. Begrenset til Scholarly journals og article. Begrenset til english. Begrenset til premature birth. Begrenset til qualitative research.	4/4-19	British nursing index	72	15	4	1  Artikkel nr.8

## SØK 7

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>1.</b> Prematur*. Mp.	14/4	PsycInfo	19 130	0	0	0
<b>2.</b> exp Premature Birth/ or preterm. mp		PsycInfo	8090	0	0	0
<b>3.</b> exp Hospital Discharge/ or transition home.mp.		PsycInfo	3146	0	0	0
<b>4.</b> Discharge.mp. or exp DISCHARGE PLANNING/		PsycInfo	27 095	0	0	0
<b>5.</b> parent*. Mp. Or exp PARENT CHILD RELATIONS/		PsycInfo	292 808	0	0	0
<b>6.</b> mother*.mp.		PsycInfo	127 538	0	0	0
<b>7.</b> father*. Mp.		PsycInfo	47 445	0	0	0
<b>8.</b> 1 or 2		PsycInfo	21 533	0	0	0
<b>9.</b> 3 or 4		PsycInfo	27 131	0	0	0
<b>10.</b> 5 or 6 or 7		PsycInfo	362 656	0	0	0
<b>11.</b> 8 and 9 and 10		PsycInfo	303	0	0	0



<b>12. Limit 11</b> to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr= «2008»- Current)		PsycInfo	191	9	4	2  Artikkel nr. 4 og 11.
--	--	----------	-----	---	---	--------------------------------------

## Vedlegg 2: Artikkeltvalg

### Artikkel 1

<b>Forfattere</b>	Anne Brødsgaard, Renathe Zimmermann, Mette Petersen
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Danmark
<b>Tidsskrift</b>	Journal for specialists in pediatric nursing
<b>Tittel</b>	«A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care»
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å beskrive en tidlig utskrivningsmodell for premature spedbarn basert på familiesentrert omsorg. I tillegg beskrives dens innflytelse på spedbarn og deres familier.
<b>Metode/instrument</b>	Et longitudinelt kvalitativ forskningsdesign ble valgt. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer og en kort undersøkelse ble brukt for å evaluere EDP (Early discharge programme).
<b>Deltagere/fracfall</b>	Deltakerne i fokusgruppeintervjuene ble målrettet valgt ut av forskerne, basert på de som var innmeldt i det tidlige utskrivningsprogrammet Det ble inkludert et vidt spekter av familier og erfaringer. Deltakerne ble i all hovedsak rekruttert blant familier av spedbarn født i 2012. 15 foreldre deltok.
<b>Hovedfunn</b>	Flere av familiene formidlet at de synes det var mer avslappende å være hjemme, fordi de selv kunne styre hverdagen litt mer som de ønsket selv. Noen familier så det som uproblematisk å komme hjem, mens andre synes det var krevende og vanskelig.

	Gjennom å være med på EDP (tidlig utskrivelsesprogram) lærte foreldrene raskt å være selvstendige i pleien og de fikk raskere en følelse av å det å være en forelder. EDP ble introdusert til familiene ganske tidlig i sykehusoppholdet. Alle deltagerne i studien syntes helsepersonellet gjorden en fantastisk jobb i prosessen med å forberede dem til hjemreisen, og utskrivelsesprogrammet var for mange en bidragende faktor.
<b>Etisk vurdering</b>	I henhold til dansk lov behøvde studien ikke godkjenning fra en etisk komite da det ikke innebar noen form for biomedisinske eksperimenter. Informert samtykke ble innhentet muntlig fra hver deltaker.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet.

## Artikkel 2

<b>Forfattere</b>	Junyanee Boonmee Griffin, Rita H. Pickler
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	The American Journal of Maternal/Child Nursing
<b>Tittel</b>	«Hospital-to-home. Transition of mothers of preterm infants»
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å beskrive mødres opplevelser i løpet av den første måneden etter at deres premature barn var utskrevet fra sykehus.

<b>Metode/instrument</b>	Deskriptiv, fenomenologisk tilnærming. Det ble foretatt dybde intervju mellom 2-4 uker etter utskrivelse.
<b>Deltagere/frafall</b>	10 mødre fra staten Virginia, USA, deltok i studien. Mødre ble ekskludert dersom de ikke kunne snakke engelsk, hadde opplevd prematur fødsel tidligere og om de var yngre enn 18 år.
<b>Hovedfunn</b>	Artikkelen omhandlet viktige momenter i mødrenes liv etter at de hadde fått et prematurt barn. I etterkant av en prematur fødsel oppstod det hos mange en god del emosjonelle og følelsesmessige berg og dalbaner. I tillegg uttrykte flere at de kjente på fysiske og psykiske endringer.. Samarbeid med helsepersonell ble også her trukket frem som en viktig faktor for å skape trygghet og forutsigbarhet for mødrene og deres familier. Gjennom et godt samarbeid med helsepersonell bidro til at foreldrene gradvis ble tryggere i ivaretagelsen av det premature barnet.. Alle mødrene fortalte om hvordan de jobbet for å finne sin rolle i hverdagen, og at de nå jobbet som «livvakt» for barnet sitt. Kommunikasjon ble trukket frem som et avgjørende moment for å unngå stressende situasjoner, misforståelser og løse problemer. Det å lære seg å ta imot hjelp fra andre hjalp også mange av mødrene.
<b>Etisk vurdering</b>	Deltakerne var fullt informert om deres forskningsrettigheter og hadde i etterkant

	signert informert samtykke. Pseudonymer erstattet deltakernes virkelige navn i rapporten av funnene.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet.

### Artikkel 3

<b>Forfattere</b>	Laurene Aydon, Yvonne Hauck, Jamee Murdoch, Daphne Siu, Mary Sharp
<b>År</b>	2017
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Journal of clinical nursing
<b>Tittel</b>	«Transition from hospital to home: Parent's perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant»
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske og beskrive opplevelsene til foreldre med barn født mellom svangerskapsuke 28-32 under overgang fra neonatalavdeling til hjemmet.
<b>Metode/instrument</b>	Deskriptivt, kvalitativt design ble brukt for å undersøke foreldrenes erfaringer i forbindelse med utskrivelse fra sykehuset til hjemmet. Dybde intervju ble tatt i bruk, i tillegg til en onlineundersøkelse.
<b>Deltagere/fracfall</b>	Foreldre til barn født mellom uke 28-32, og som i tillegg var avhengig av neonatal behandling, ble invitert til å være med. I den første perioden ble 98 mulige sett med foreldre gjennomgått. 21 sett av foreldre ble ekskludert med tanke på eksklusjonskriterier (barn født med

	<p>uregelmessigheter/ikke forventet å overleve, ikke snakket engelsk og familier der det var potensielt vanskelig å følge opp på grunn av involvering fra barn og familieverntjenesten), 9 ble utskrevet før undersøkelsen startet og 13 nektet å delta. 32 sett med foreldre ble ikke med i undersøkelsen fordi de ble tilbakeført til vanlig sykehusavdeling før første intervju. Tilslutt ble 20 sett av foreldre intervjuet.</p>
<p><b>Hovedfunn</b></p>	<p>I artikkelen kommer det frem ulike synspunkt fra familier, men også ulike holdninger og meninger mellom mor og far. I en krevende tid der alt var nytt og vanskelig trakk familiene frem helsepersonellet og dyktigheten deres som en viktig trygghetsfaktor. Mange trakk frem viktigheten av at personellet så hver families individuelle behov, og at de møtte foreldrenes bekymringer og spørsmål med åpenhet og vennlighet. En av de få negative sidene foreldrene trakk frem, var at det kunne oppleves vanskelig når personellet hadde ulike meninger og ulik praksis. Derfor kunne det også oppstå misforståelser.. Artikkelen formidlet hvordan mor og far oppfattet informasjon forskjellig. Mor tilbringer ofte mer tid på sengekanten med barnet og fikk derfor ofte mer kontakt med teamet som jobbet på avdelingen. I forbindelse med overgangen fra sykehuset til hjemmet følte noen foreldre på at alt skjedde veldig fort, og at</p>

	de overhodet ikke var klar den forestående hjemreisen. Andre foreldre syntes overgangen til hjemmet gikk helt fint.
<b>Etisk vurdering</b>	Konfidensialitet ble opprettholdt i samsvar med de nasjonale retningslinjene for nasjonal helse og medisinsk forskningsråd. Godkjenning for å gjennomføre prosjektet ble gitt fra kvinner og nyfødtes forskningsetiske komite.
<b>kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet

#### Artikkel 4

<b>Forfattere</b>	Cathrine Fowler, Janet Green, Doug Elliot, Julia Petty, Lisa Whiting
<b>År</b>	2019
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical nursing
<b>Tittel</b>	«The forgotten mothers of extremely preterm babies: A qualitative study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å belyse mødres opplevelser og erfaringer vedrørende ekstremt prematur fødsel. I tillegg ble mødres erfaringer i neonatal avdelingen og etter hjemkomst trukket frem.
<b>Metode/instrument</b>	Det ble foretatt semistrukturerte telefonintervju. Dataene ble undersøkt ved hjelp av en tematisk analysemetode som bestod av seks ulike tema.
<b>Deltagere/fracfall</b>	10 mødre deltok i studien. Alle var fra byer i Australia. Mødrene var mellom 26-

	38 år. Deres prematurfødte var født mellom uke 24-27.
<b>Hovedfunn</b>	<p>Artikkelen tok for seg ulike utfordringer mødre og familier kjente på i, under og etter en prematur fødsel. Mødrene kjente på stress og angst for at noe skulle skje med barnet deres, og noen utviklet psykiske plager i etterkant av hjemkomst. De fleste mødre ønsket å være nær barnet sitt for å vise omsorg, trygghet og kjærlighet. For noen av mødrene opplevdes det derfor spesielt vanskelig å bli separert fra barnet under sykehusoppholdet. Etter en slik uventet og brå start på barnets liv følte mange av mødrene at de hadde feilet som foreldre. De sammenlignet ofte barnet sitt med andre barn født til termin, og følte seg mislykket fordi deres barn ikke var helt som alle andre. Flere av mødrene uttrykte også en sorg over at de følte at de hadde gått glipp av «mor-barn» øyeblikk, fordi perioden etter fødsel ble annerledes enn hva de hadde tenkt. I etterkant av hjemkomsten fra sykehuset opplevde flere av deltagerne i studien at de ble isolert hjemme, og at deres sosiale liv endret seg.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Studien fikk etisk godkjenning fra universitetet for teknolog i Sydney og fra forskningsutvalget.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet



Artikkel 5

<b>Forfattere</b>	Julia Petty, Lisa Whiting, Janet Green et.al
<b>År</b>	2018
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Nursing Children and Young People.
<b>Tittel</b>	“Parent’s views on preparation to care for extremely premature infants at home”
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å få et innblikk i foreldres opplevelser og erfaringer etter hjemreisen fra sykehus/neonatal avdeling, og hvordan de best mulig ble forberedt på å ta vare på deres ekstremt for tidlig fødte barn i eget hjem.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode ble tatt i bruk. En narrativ «fortellende» tilnærming ble brukt for å gjøre datainnsamlingen informativ. Det ble brukt semistrukturerte intervju (ansikt-til ansikt).
<b>Deltagere/fracfall</b>	14 foreldre av ekstremt for tidlig fødte barn deltok i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Foreldrene opplevde blandede følelser vedrørende hjemreisen. Noen følte glede og lettelse, andre følte på nervøsitet og frykt for å skulle ta vare på sitt premature barn alene. I studien formidlet foreldrene ulike tanker i forhold til det å skulle reise fra trygge omgivelser på sykehuset. Opplevelsene var individuelle og ble påvirket av hvor friskt barnet var og om det var født med sykdom eller skader. Noen hadde fått barn med alvorlige hodeskader/blødninger, og uttrykte derfor redsel for hvordan fremtiden ville bli.

	Helsepersonellet forsøkte hele tiden å forberede foreldrene best mulig på det som ventet dem etter hjemreise. Det innebar blant annet kunnskap og øving på nødvendig helsehjelp dersom akutte situasjoner skulle oppstå.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning for studien ble gitt av helseforskningsmyndigheten, samt av universitetet i Hertfordshire.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels kvalitet

#### Artikkel 6

<b>Forfattere</b>	Pia Lundqvist, Lena Hellström-Westas, Inger Hallström
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Pediatric Nursing
<b>Tittel</b>	«Reorganizing life: A qualitative study of fathers' lived experience in the 3 years subsequent to the very preterm birth of their child»
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å belyse fedres erfaringer gjennom de 3 årene som var gått siden de ble forelder til et svært prematurt barn.
<b>Metode/instrument</b>	Denne artikkelen var den andre datainnsamlingen i en longitudinell studie hvor man fulgte fedre av svært for tidlig fødte barn, gjennom bruk av kvalitative intervjuer. Det ble foretatt intervjuer 1-3 måneder etter fødselen, og denne

	<p>artikkelen er altså det andre intervjuet 3 år etter. En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming ble valgt siden hensikten var å belyse og tolke betydningen av opplevelsene til fedrene.</p>
<b>Deltagere/fracfall</b>	<p>13 svenske fedre av svært for tidlig fødte barn deltok i det første intervjuet (de premature hadde verken kromosomfeil eller andre medfødte feil). Fedrene ble informert om at en intervju nummer 2 ville bli utformet etter cirka 3 år. Alle fedrene ble derfor kontaktet igjen og spurt om de ville delta i et nytt intervju. Av de opprinnelige 13 hadde en far flyttet, 3 responderte ikke på henvendelser og kontakten med 1 far ble borte etter at avtalen om å delta var inngått. Til sammen var det 8 fedre som deltok i intervju nummer to.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>I artikkelen fikk vi et innblikk i fedrenes opplevelser i forbindelse med å bli forelder til et svært prematurt barn, og også litt om hvordan tiden etter utspilte seg. Første perioden etter hjemkomst opplevdes annerledes enn hva fedrene hadde forberedt seg på. Samtidig som de følte glede over å være hjemme, var dagene også preget av intens jobbing, bekymringer, opp og nedturer, krancling og mange spørsmål. Fedrene fortalte at de gradvis modnet i rollen som forelder og at de etter hvert opplevde glede når de skjønnte at barnet trengte dem. De fedrene</p>

	<p>som deltok i studien fortalte også om hvordan de følte at de hadde blitt sterkere i denne perioden. De følte at de klarte mer enn hva de hadde trodd. Etter hvert som det ble mer stabilitet i hverdagen, gav det fedrene og resten av familien muligheten til å kunne se fremover.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Alle fedrene gav skriftlig samtykke til å delta i studien. De fikk muntlig og skriftlig beskjed om studien, om rettighetene deres til å fratre uten å måtte gi noen forklaring, om garantien for at opplysningen er konfidensielle og at ingen av funnen skal kunne indentifiseres med noen av dem. Den etiske komite fra universitet i Lund godkjente studien.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>God kvalitet</p>

#### Artikkel 7

<b>Forfattere</b>	<p>Michaela Dellenmark-Blom og Helena Wigert</p>
<b>År</b>	<p>2013</p>
<b>Land</b>	<p>Sverige</p>
<b>Tidsskrift</b>	<p>Journal of Advanced Nursing</p>
<b>Tittel</b>	<p>“Parent’s experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study”</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studien var å beskrive foreldres opplevelser ved neonatal/nyfødt</p>

	hjemmebehandling i etterkant av innleggelse i neonatal intensivavdeling.
<b>Metode/instrument</b>	Intervjustudie med en fenomenologisk hermeneutisk «fortellende» tilnærming.
<b>Deltagere/frafall</b>	Svenske foreldre som hadde sine premature barn hjemme og i tillegg var i en nyfødtsorgssituasjon ble intervjuet. De ble intervjuet innen et år etter utskrivelse fra neonatal avdeling.
<b>Hovedfunn</b>	Foreldrene som var med i studien fortalte at den neonatale hjemmeomsorgen minsket gapet mellom sykehuset og hjemmet. Følelsen av å kunne få hjelp når de trengte det gav foreldrene trygghet og var en bidragende faktor til å at hjemreisen gikk enklere. Det kom også frem at foreldrene var mer deltagende i pleien av sine premature barn når de kom hjem, og at sykepleieren ble mer som en «gjest» i deres hjem. At de kunne få helsepersonellet hjem gjorde det enklere å forlate sykehuset tidligere, og bidro til at familiene raskere fikk komme inn i vanlige rutiner. Den neonatale helsehjelpen de fikk hjem til seg, fungerte som en bro mellom sykehuset og hjemmet.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinki erklæringen. Godkjenningen ble innhentet fra universitetets forskningsetikk komite.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet

Artikkel 8

<b>Forfattere</b>	Elisabeth O.C Hall, Hanne Kronborg, Hanne Aagaard, Berit Større Brinchmann
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Danmark, Norge
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Neonatal Nursing
<b>Tittel</b>	«The journey towards motherhood after a very preterm birth: Mothers' experiences in hospital and after home-coming»
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å undersøke mødre med svært for tidlig fødte barns erfaringer vedrørende det å være mor, betydningen av å være på sykehuset døgnet rundt og opplevelsene rundt det å komme hjem.
<b>Metode/instrument</b>	Studien er en sekundær analyse av data som tidligere var analysert, men det er en original artikkel. Tilnærmingen som er brukt er hermeneutisk fenomenologisk.
<b>Deltagere/fracfall</b>	5 mødre deltok i studien (tre var gift, en var samboer og en var alene mamma). 4 av de som deltok var førstegangsmødre, mens 1 var blitt mamma for tredje gang. Til sammen skulle mødrene gjennom 4 intervju hver (to intervju under innleggelse, ett intervju etter 3 måneder og ett intervju etter 1 år). En mor var utskrevet og ikke kontaktbar etter de to første intervjuene, en annen mor ble borte etter intervju nummer tre.
<b>Hovedfunn</b>	Artikkelen beskrev reisen fra det premature barnet var født og frem til hjemkomsten. Følelsene og de emosjonelle berg og dalbanene som mor opplevde

	<p>kunne være krevende for mor selv, men også for resten av familien. Å kunne kjenne på nærhet til barnet sitt når det lå i kuvøse omringet av ulike ledninger var ikke alltid så lett. Mor fikk ikke sjansen til å holde det når hun ville, hun fikk ikke knyttet det sterke båndet gjennom amming og det kunne oppleves vanskelig når hun følte at behovene til barnet ikke ble tilfredsstilt. Det kom også frem at støtten fra besteforeldre opplevdes sterk og at det var med på å knytte familien enda tettere. Flere av mødrene trakk frem viktigheten av kontinuitet i personellet og at de var tilgjengelig hele tiden. Overgangen fra sykehuset til hjemmet opplevdes som et vendepunkt for mange. Hjemme innarbeidet de sine egne rutiner for mat og søvn, og de følte et større eierskap til barnet sitt. Sårbarheten til barnet var alltid i tankene til mødrene, og de sammenliknet ofte sine premature barn med andre barn som var født til termin. Dette gjorde de for å få en indikator på barnets utvikling.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Mødrene ble informert om studien av en sykepleier, og de mottok skriftlig og muntlig informasjon vedrørende hensikten med studien. De fikk også informasjon om retten deres til å trekke seg fra studien og om konfidensialiteten.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>God kvalitet.</p>

Artikkel 9

<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p>	<p>Isabel Toral-Lopez, Manuel Fernandez-Alcantara, Pilar Gonzalez-Carrion, Francisco Cruz-Quintana, Antonio Rivas-Campos, Nieves Perez-Marfil</p> <p>2015</p> <p>Spania</p> <p>Journal of Pediatric Nursing</p>
<p><b>Tittel</b></p>	<p>“Needs perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care into the early discharge process”</p>
<p><b>Hensikt</b></p>	<p>Hovedformålet med studien var å identifisere erfaringer og hindringer under sykehusinnleggelse og etter utskrivelse. Både fedre og mødre av premature barn deltok. Noen deltok i et såkalt «tidlig utskrivelsesprogram».</p>
<p><b>Metode/instrument</b></p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju ble brukt. Studien ble valgt for å forstå den direkte opplevelsen og oppfatningen foreldre av premature barn hadde. Tematiske analyser ble brukt.</p>
<p><b>Deltagere/fracfall</b></p>	<p>23 foreldre av for tidlig fødte barn deltok i studien. Deltagerne i studien måtte a) være mor eller far til et prematurt barn b) vært innlagt på en neonatal avdeling.</p>
<p><b>Hovedfunn</b></p>	<p>Mødrene og fedrene beskrev de første dagene på neonatal avdelingen som overveldende, uventet, mye inntrykk og sterke emosjonelle følelser. De intervjuede foreldrene var veldig fornøyd med informasjonen de fikk fra helsepersonellet, og mente det var avgjørende for at de på</p>



	<p>best mulig måte skulle kunne ta vare på sitt premature barn. Alle foreldrene som deltok i «tidlig utskrivnings program» fremhevet lettelse og ro i forbindelse med utskrivelse fra sykehuset. Ved hjemkomst startet de å føle seg mer som «ekte» foreldre. I forbindelse med «tidlig utskrivningsprogram» fikk foreldrene tilbud om en veileder som kunne komme hjem til dem og gi dem støtte/hjelp. Hjelpen innebar blant annet høyde og vektmåling, tilgjengelig for spørsmål og at de kunne forutse potensielle problemer.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av etikkutvalget fra Virgen de las Nieves universitetssykehus.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet.

#### Artikkel 10

<b>Forfattere</b>	Marina Boykova
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Newborn & Infant Nursing Reviews
<b>Tittel</b>	«Life after discharge: what parents of preterm infants say about their transition to home».
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske og beskrive foreldre av premature barns erfaringer etter utskrivelse fra sykehus.
<b>Metode/instrument</b>	Deskriptivt, kvalitativt design ble brukt for å beskrive foreldres erfaringer i

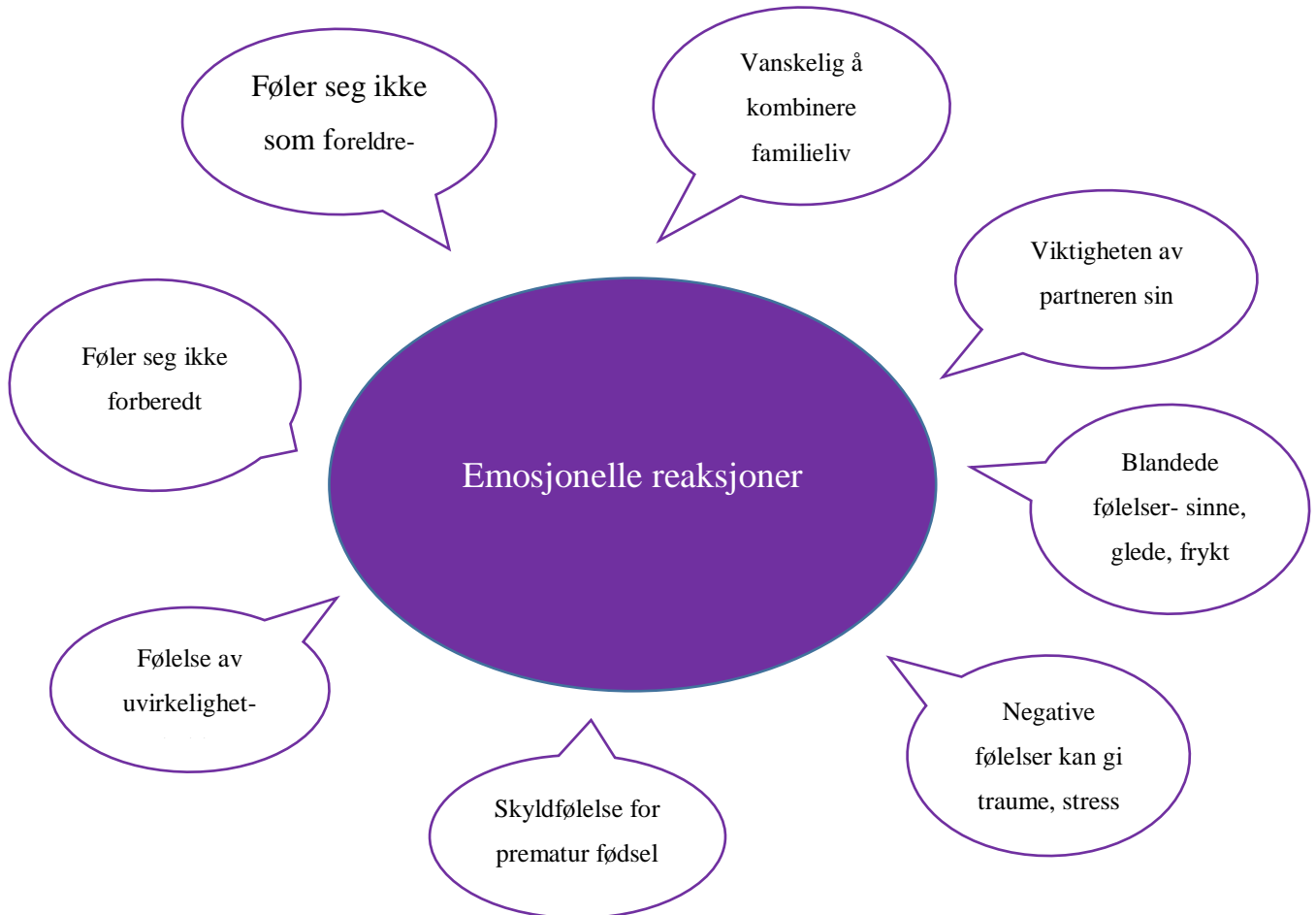
	utskrivelsen fra sykehus. 11 spørsmål ble stilt til deltagerne.
<b>Deltagere/frafall</b>	Totalt 52 foreldre gav utfyllende svar til alle 11 spørsmål. Mødrene var i stort flertall (92,3 %). Ni av foreldrene var foreldre til tvillinger. Deltagerne var fra USA, Canada, Australia, New Zealand.
<b>Hovedfunn</b>	Å ta vare på et prematurt barn etter hjemkomst fra sykehus opplevdes vanskelig for flere av foreldrene. De uttrykte glede for å være hjemme, men redsel for at noe skulle kunne skje med barnet. Før familiene ble utskrevet fra sykehus/neonatal avdeling hadde foreldrene et sterkt behov for å lære seg hvordan de skulle utøve pleie til barnet. I tillegg ønsket mange å lære seg ulike teknikker i forhold til mating, administrering av medisiner mm. Konstant redsel førte til mindre søvn og mer slitne foreldre. Den nye hverdagen gav også familiene utfordringer i forhold til at de ikke lenger klarte å opprettholde det sosiale livet de tidligere hadde hatt. De isolerte seg fra familie, venner og hverdagslige aktiviteter.
<b>Etisk vurdering</b>	Etiske hensyn ble ivaretatt fordi personvernet til deltagerne ble sikret.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels kvalitet

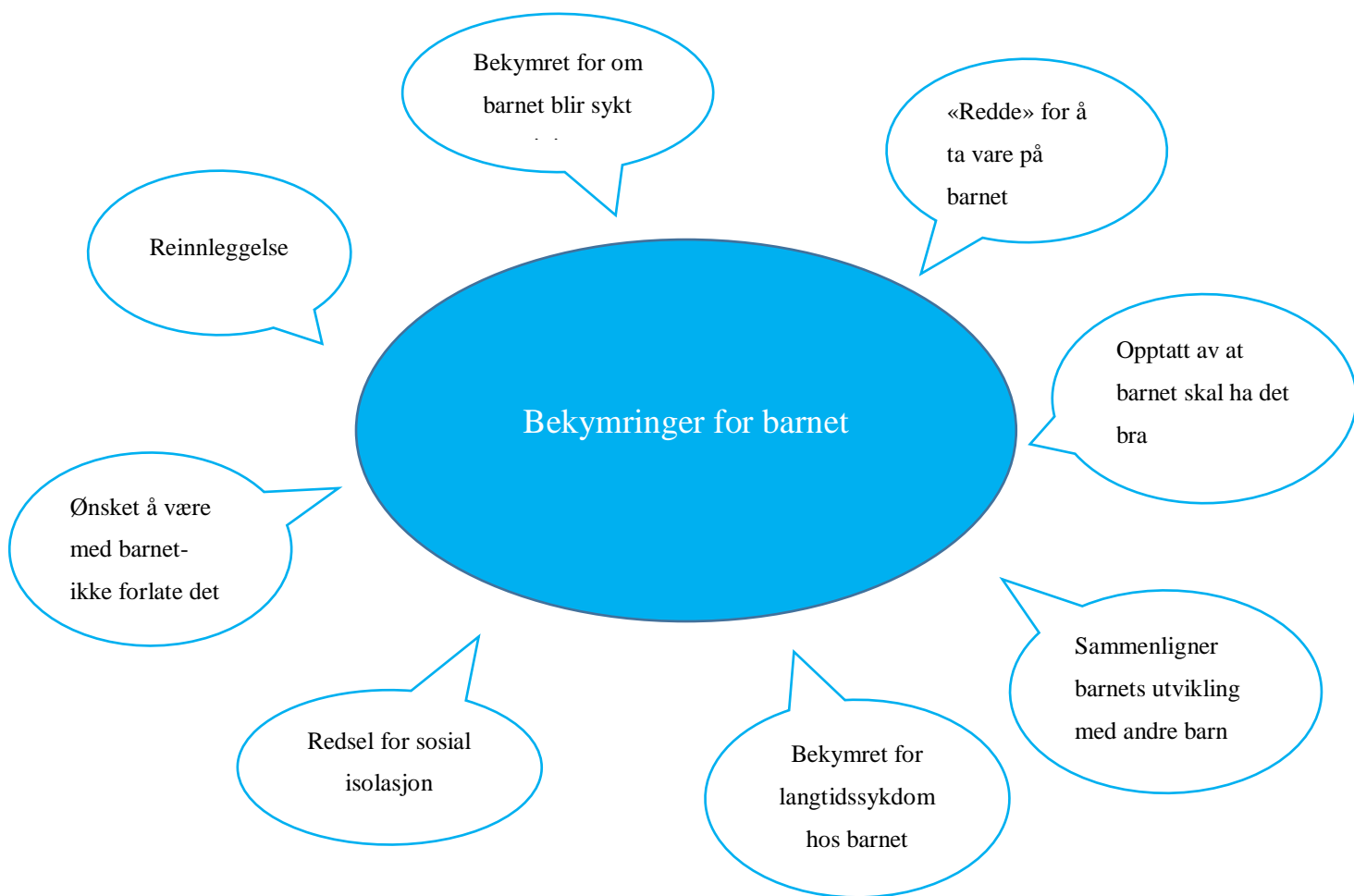
Artikkel 11

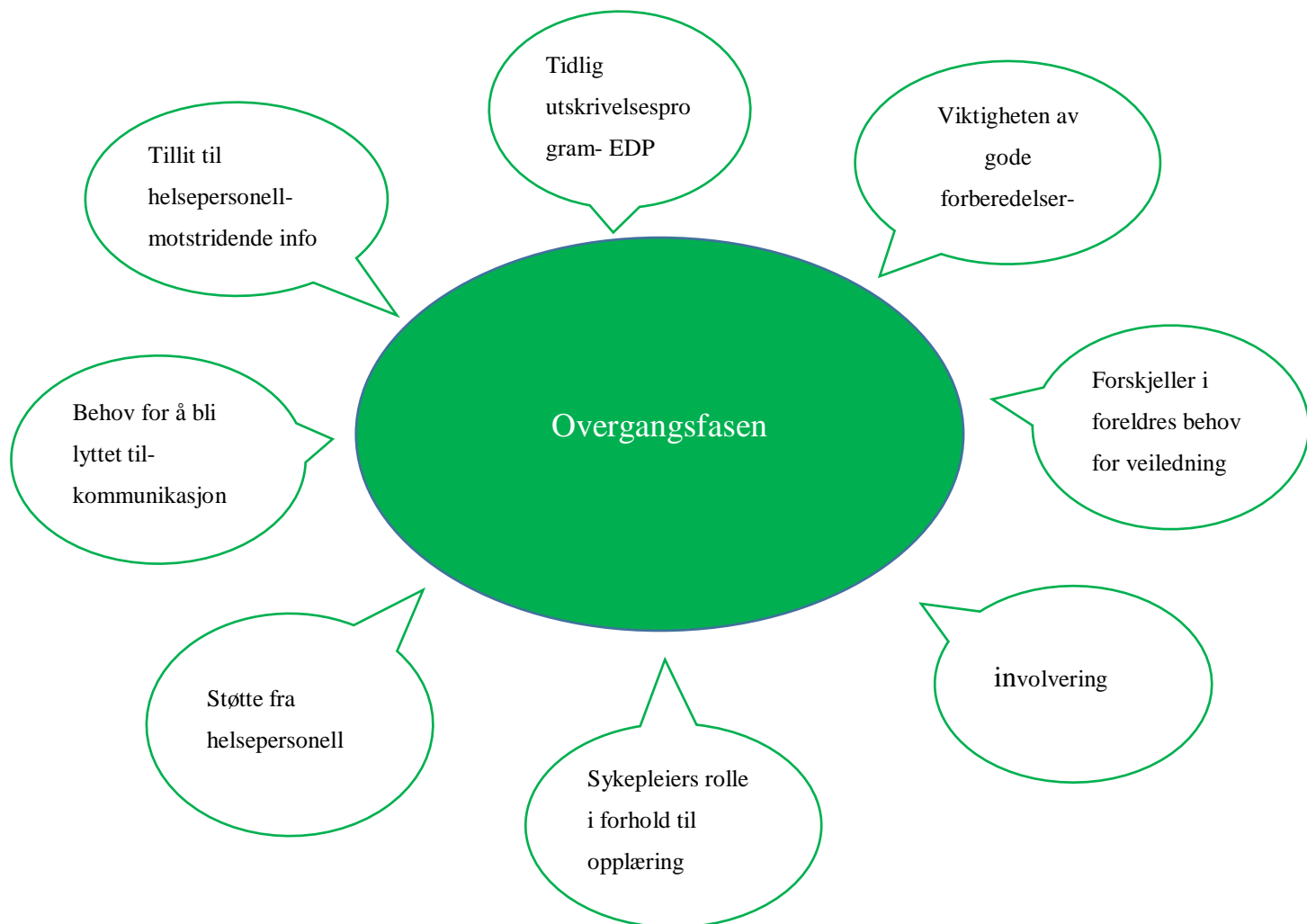
<b>Forfattere</b>	Jenny Ingram, Maggie Redshaw, Sarah Manns, Lucy Beasant, Debbie Johnson, Peter Fleming, David Pontin
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Research in nursing and health
<b>Tittel</b>	«Giving us hope»: Parent and neonatal staff views and expectations of a planned family-centred discharge process (Train-to-home)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å forberede foreldre og premature barn på hjemreisen fra sykehus/neonatal avdeling gjennom god planlegging. «Train-to-home» ble brukt for å gi foreldrene et visuelt bilde av veien mot utskrivelse fra sykehuset.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitative intervju ble foretatt. Deltagere som sa ja til videre kontakt ble kontaktet via telefon to måneder etter utskrivelse og invitert til å delta i et semistrukturert telefonintervju når de selv ønsket.
<b>Deltagere/fracfall</b>	37 foreldre deltok
<b>Hovedfunn</b>	Foreldrene som deltok i studien var veldig positiv til å starte planlegging og forberedelse til utskrivelse tidligst mulig. «Train-to-home» var for mange et godt hjelpemiddel. Gjennom et visuelt bilde av et tog gav det familiene håp, følelse av kontroll over deres eget barn og et klarere bilde av barnets progresjon og fremgang. Det ble rapportert at fedrene og familiene også ble inkludert i pleien og omsorgen,

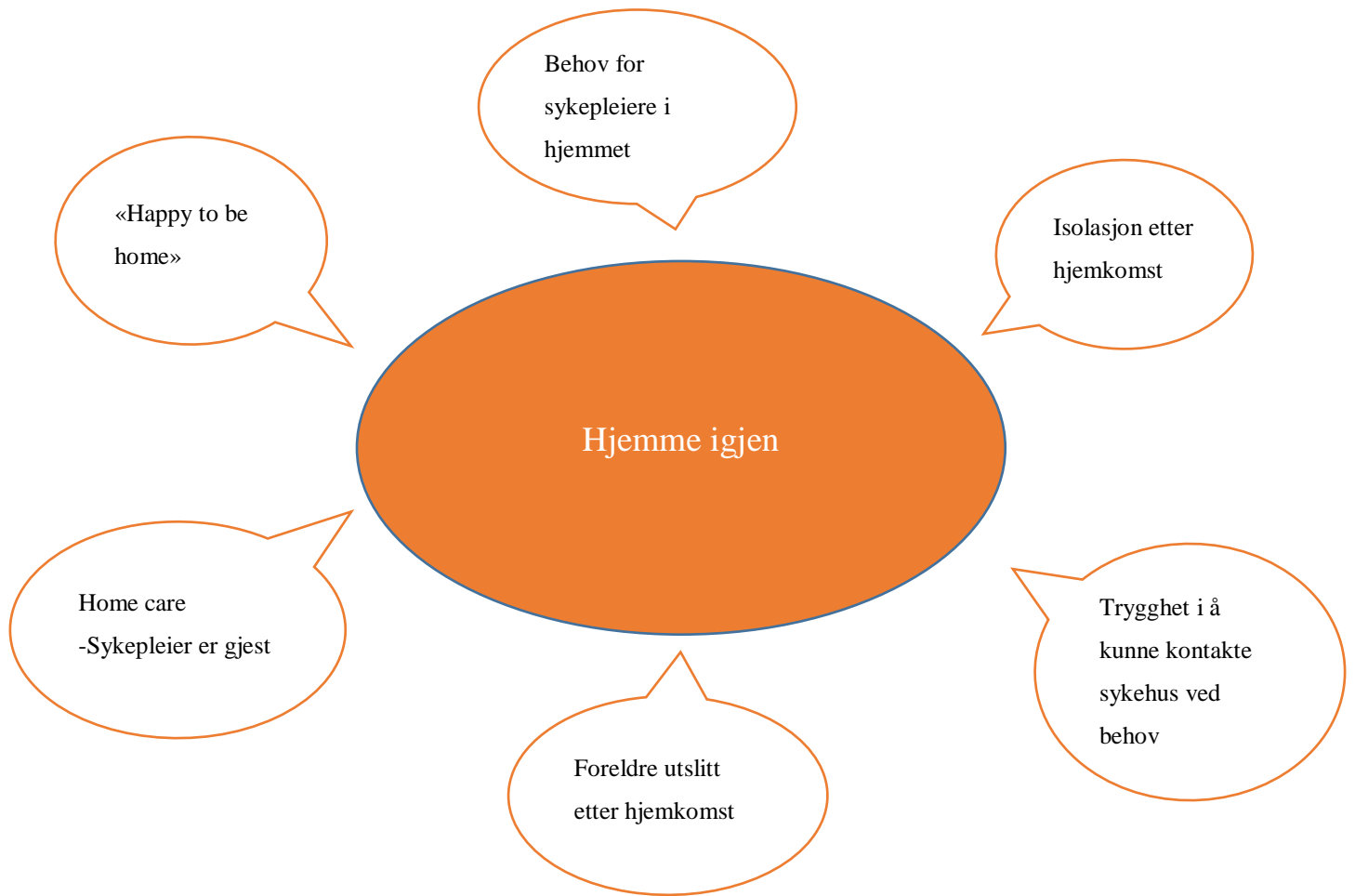
	ikke bare mødrene. Foreldrene uttrykte at de syntes det var bra å ha en konkret utskrivelsesdato å jobbe mot, og at helsepersonellet var flinke til å bruke «train-to-home» når de kommuniserte med dem.
<b>Etisk vurdering</b>	Forskningsetisk godkjenning ble gitt av NRES komite i London i Juni 2012.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	God kvalitet

### Vedlegg 3- Tankekart analyseprosess











## Vedlegg 4- Eksempel sjekklister vurdert til middelskvalitet

(Første side i kvalitetsvurdering av artikkel nr.10, for å vise vurdering av middelskvalitet.

Spørsmål 3 og 4 er eksempelvis her vurdert til NEI, ved svaralternativ JA eller NEI)

Artikkel 10: *Life After Discharge: What parents of Preterm infants say about their transition to home*

### Sjekklister - kvalitativ metode (10)

#### Innledende spørsmål

1 Er formålet med studien tydelig? * TIPS Går det klart fram hva som blir studert? Er dette en interessant eller relevant problemstilling?	Ja ..... Nei - Beskrive foreldres erfaringer etter utskrivelse fra sykehuset.
2 Er denne kvalitative tilnærmingen hensiktsmessig? * TIPS Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller å beskrive, fenomener eller subjektive erfaringer eller synspunkter?	Ja ..... Nei

#### Kan du stole på resultatene?

3 Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt? * TIPS I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene, er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. Fins det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut, og hvorfor? Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt, og hvorfor?	Ja ..... Nei - Utvalget ble valgt ved hjelp av en online blogg for foreldre med premature barn.
4 Var datainnsamlingen tilstrekkelig til å gi et helhetlig bilde av fenomenet? * TIPS Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltakende eller ikke-deltakende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er metoden som ble valgt, den beste for å belyse problemstillingen?	Ja ..... Nei - 92,3% av de som deltok var mødre. Vanskelig å få et helhetlig og nøytralt bilde.
5 Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? * TIPS Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor, påvirke resultatene. Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?	Ja ..... Nei - Alder - Tid siden utslipp - Land - Brukte nettside til å rekruttere.