



Arkivfoto: Stig M. Weston

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Hud-mot-hud-kontakt har fordeler for foreldre og barn.

**Hensikt:** Beskrive likheter og forskjeller mellom nyfødte intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak, vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalets oppfatninger om hud-mot-hud-kontakt.

**Metode:** Spørreskjemaundersøkelse, ett spørreskjema på avdelingsnivå (N=19) og ett til et utvalg ansatte i avdelingene (N=463).

**Hovedresultat:** Alle avdelingene og et utvalg ansatte (n=322; 69,5 prosent) besvarte undersøkelsen. Alle avdelingene tilrettela for hud-mot-hud og flertallet prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig. Majoriteten av stabile premature fikk hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. De viktigste argumentene for hud-mot-hud-kontakt, ifølge personalet, var positive effekter på samspill, tilknytning og barnets utvikling. Bekymring for barnets stabilitet var den viktigste hindringen. I helseforetak som

ikke var universitetssykehus var forholdene best tilrettelagt, mens personalet ved universitetssykehusene var stort sett mer komfortable med å anvende hud-mot-hud for de sykeste barna. Rundt halvparten av alle avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt.

**Konklusjon:** Funnene kan synliggjøre et behov for endring av nyfødtsomsorgen for å sikre at foreldre og barn får muligheten til å være sammen hele døgnet under hele sykehusoppholdet.

## ENGLISH SUMMARY

### Skin-to-skin care in Norwegian neonatal intensive care units

**Background:** Skin-to-skin care (SSC) has advantages for parents and child.

**Objective:** To describe similarities and differences between Neonatal Intensive Care Units at university and county hospitals regarding practical and organisational conditions and staff's perceptions of SSC.

**Methods:** A questionnaire study was carried out, with one questionnaire at unit level (N=19) and one

for a sample of staff at these units (N=463).

**Results:** All units and a sample of staff (n=322; 69.5%) filled in the questionnaires. All units offered SSC, and a majority attempted to initiate the first SSC as early as possible. A majority of stable premature infants received SSC up to 6 hours a day. Infant-parent interaction, bonding and the infant's development were considered the most important factors for SSC by staff. Concerns about the child's stability were considered the most important barrier. Practical and organisational conditions were arranged best

for SSC at county hospitals, while the staff at university hospitals was more comfortable in arranging SSC for the most fragile infants. Approximately half of all units had written guidelines and parental information regarding SSC.

**Conclusion:** Our findings indicate a need for changes in neonatal care to ensure that parents and child are not separated unnecessarily during the hospital stay.

**Keywords:** Skin-to-skin care, premature, neonatal intensive care unit, staff perceptions, questionnaire

# »» Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger

Forfattere: **Ingrid Ulveseter Lode, Randi Dovland Andersen og Mats Eriksson**

## NØKKELORD

- Prematur
- Nyfødt
- Intensivavdeling
- Sykepleier
- Spørreskjemaundersøkelse

## INTRODUKSJON

Det nyfødte barnet er nakent og ubeskyttet. Å legge barnet hud-mot-hud på morens bryst for varme og beskyttelse har i et historisk perspektiv vært nødvendig for at barnet skulle overleve. I nyere tid har man sett at hud-mot-hud-kontakt også har mange andre fordeler for både barn og foreldre (1). Vår definisjon av hud-mot-hud-kontakt er at det nyfødte barnet ligger hud-mot-hud på foreldrenes bare bryst i oppreist stilling, kun iført bleie og eventuelt en lue, hele døgnet, noen timer hver dag eller når barnets medisinske tilstand tilsier det [1,2].

Hud-mot-hud-kontakt kan bidra til å stabilisere fysiologiske parametere som saturasjon, hjerterefreksens, respirasjon og temperatur hos premature barn (3–6). Hud-mot-hud-kontakt kan også redusere smerte og stress ved smertefulle prosedyrer og har vist seg å kunne føre til bedret men-

tal utvikling senere i livet (4,7–9). Hud-mot-hud-kontakt kan styrke forholdet mellom mor og barn i nyfødtperioden (9–12) og det kan virke positivt på samspillet mellom mor og barn ved seks måneder og ti års alder (9,13). Å holde barnet hud-mot-hud har også en positiv effekt på amming, og kan være bra for foreldrene. Det kan gi bedre selvtillit, økt håp for barnet og reduserer angst og følelsen av skyld (14–16).

Praktiske forhold, for eksempel hvor mye foreldre og barn kan være sammen under sykehusoppholdet, kan påvirke i hvilken grad hud-mot-hud-kontakt blir anvendt. Selv om alle barn på sykehus har rett til å ha en forelder hos seg til enhver tid (17), har forskriften ikke vært etterlevd i de fleste norske nyfødte intensivavdelinger (18). De siste årene har enkelte sykehus som Vestre Viken lagt om driften fra en tradisjonell nyfødte intensivavdeling til en moderne avdeling innrettet for familiesentrert nyfødtomsorg. Her kan foreldre og barn være sammen hele døgnet og flere norske sykehus jobber med lignende planer (18).

Sykepleiernes kunnskaper, holdninger og praksis samt pleiekulturen i avdelingen kan også påvirke bruken av hud-mot-hud kontakt (19,20). Olsson og medforfattere (21) fant at alle nyfødte

intensivavdelingene i de nordiske landene tilrettela for hud-mot-hud-kontakt, men det var forskjeller i sykepleiernes oppfatninger. Det var også forskjell på hvilke barn de var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt. Studien ga informasjon om bruken av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger generelt. Vi mener det er interessant å belyse forskjeller mellom avdelinger på universitetsnivå og øvrige helseforetak,

### Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi barna hud-mot-hud-kontakt og at de fleste prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig.

### Mer om forfatterne:

Ingrid Ulveseter Lode er barne-sykepleier ved Barneavdelingen Sykehuset Telemark HF. Randi Dovland Andersen, sykepleier og rådgiver ved Barne- og ungdomsklinikken Sykehuset Telemark HF og doktorgradsstipendiat ved Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet i Stockholm. Mats Eriksson, sjuksköterska ved Barn- og ungdomsklinikken, Universitetssjukhuset Örebro og docent ved Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet. Kontaktperson: ingrid.ulveseter.lode@sthf.no.

da disse har ganske store ulikheter hva gjelder pasientgruppe og barnets problemstillinger.

Hensikten med denne studien var derfor å beskrive likheter og forskjeller mellom nyfødte intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalets oppfatninger om hud-mot-hud-kontakt.

## METODE

### Studiens design og utvalg

Studien var en tverrsnittstudie basert på to spørreskjemaer, gjennomført som en del av en større nordisk studie (21). Spørreskjemaene ble sendt til avde-

ativ fordeling ble alle ansatte som begynte skiftet sitt i løpet av en gitt 24-timers periode spurt om å delta.

### Datainnsamling

Spørreskjemaene ble utviklet av en nordisk forskningsgruppe (21), basert på tilgjengelig litteratur og en eksisterende undersøkelse (22). Det første spørreskjemaet omfattet bakgrunnsdata om avdelingen, herunder omsorgsnivå, størrelse, bemanning, samt faktorer i avdelingen eller ved barna som kunne fremme og hindre bruken av hud-mot-hud-kontakt. Det ble også spurt om avdelingen hadde skriftlige retningslinjer og/eller foreldreinformasjon. Spørsmålene kunne besvares med faktisk

kartla personalets individuelle oppfatninger; herunder i hvilken grad de mente spedbarn fikk hud-mot-hud-kontakt i deres avdeling. Her anga de på en femgradig Likertskala hvor lenge premature i henholdsvis kuvøse og seng hadde hud-mot-hud-kontakt med sine foreldre. Hvor komfortable de var med å legge til rette for hud-mot-hud kontakt ved ulike tilstander eller behandlinger ble besvart på en femgradig Likertskala. På en liste over 16 faktorer ble personalet bedt om å krysse av for de tre faktorene de mente var viktigst for å anvende hud-mot-hud kontakt. Personalet ble spurt om de oppfordret foreldre til å fortsette å gi barnet hud-mot-hud-kontakt etter utskrivning (ja/nei-svar). Tjette mulige hindringer for gjennomføring av hud-mot-hud kontakt ble listet opp og personalet ble bedt om å angi på en femgradig skala fra «svært viktig» til «ikke viktig i det hele tatt» hvor stor betydning hver av disse hadde. Dette spørsmålet ble i sin helhet hentet fra et spørreskjema utviklet av Engler og medforfattere (22).

Spørreskjemaene ble først utarbeidet på engelsk, og deretter

## ” Det nyfødte barnet er nakent og ubeskyttet.

lingssykepleierne ved alle nyfødte intensivavdelingene i Norge (n=19). Av disse var sju ved universitetssykehus og tolv ved øvrige helseforetak. Det første spørreskjemaet ble besvart av avdelingssykepleier, mens det andre spørreskjemaet ble delt ut til et utvalg ansatte. For å sørge for variasjon og en represen-

tantall, ja/nei eller avkryssing fra liste. Dette spørreskjemaet ble i sin helhet utviklet av forskningsgruppen. Den nordiske studien tok utgangspunkt i fire omsorgsnivåer, mens vi i denne studien sammenligner universitetssykehus og øvrige helseforetak.

Det andre spørreskjemaet

**Tabell 1:** Demografiske data – avdeling

	Universitets- sykehusavdelinger n= 7	Avdelinger ved øvrige helseforetak n= 12	Total N=19	p-verdi
Antall sengeplasser per enhet, Md (IQR)	21 [21–23]	10,5 [9,25–12,75]	13 [10–21]	<b>p=0,001</b>
Antall intensivplasser per enhet, Md (IQR)	7 [6–8]	2,5 [1–5,5]	4 [1,5–6]	<b>p=0,004</b>
Antall nyfødte spedbarn innskrevet per år, Md (IQR)	545 [450–704]	290 [189–427,75]	355 [233–496]	<b>p=0,002</b>

Md=median, IQR=interkvartil range

**Universitetssykehusavdelinger:** Akershus universitetssykehus, Haukeland universitetssjukehus, Oslo Universitetssykehus – Avdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål, Stavanger universitetssjukehus, Universitetssykehuset i Trondheim, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge

**Avdelinger ved øvrige helseforetak:** Sørlandet sykehus – avdelingene i Arendal og Kristiansand, Nordlandssykehuset Bodø, Drammen sykehus, Sykehuset Innlandet – avdelingene på Elverum og Lillehammer, Førde sjukehus, Haugesund sjukehus, Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, Ålesund sjukehus og Sykehuset Østfold

**Tabell 2:** Demografiske data – ansatte som besvarte spørreskjemaet

	Universitets- sykehus n=181 (56,2 %)		Øvrige helseforetak n=141 (43,8 %)		Total N=322 (100 %)		p-verdi
Kvinner, n (%)	169	(93,4)	131	(93,6)	300	(93,5)	p=0,943
Alder, mean (SD)	39,3	(10,9)	41,5	(9,4)	40,3	(10,3)	p=0,063
Erfaring >5 år, n (%)	110	(60,8)	108	(76,6)	218	(67,7)	<b>p=0,01</b>
Yrke							
Barnepleier / hjelpepleier, n (%)	12	(6,7)	6	(4,3)	18	(5,6)	
Sykepleier, n (%)	141	(78,8)	115	(81,6)	256	(80,0)	p=0,470
Lege, n (%)	24	(13,4)	20	(14,2)	44	(13,8)	
Andre, n (%)	2	(1,1)	0	(0)	2	(0,6)	

Mean=gjennomsnitt, SD=standardavvik

oversatt til norsk. Fram-og-tilbakeoversettelsesmetoden slik den ble beskrevet hos Wild og medforfattere (23) ble benyttet (21). De norske versjonene ble deretter utprøvd ved hjelp av ett kognitivt intervju (24), hvor en sykepleier besvarte hvert av spørreskjemaene og gav tilbakemelding på hvordan innholdet ble oppfattet og om eventuelle problemer ved utfylling av skjemaene.

### Gjennomføring

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2010. Avdelings-sykepleier valgte ut hvilket døgn undersøkelsen skulle gjennomføres, fylte selv ut spørreskjemaet på vegne av avdelingen og delte ut det andre spørreskjemaet til det personalet som var på jobb dette døgnet. Avdelingssykepleierne rapporterte at det at det var 508 personer på jobb og at det ble delt ut 463 spørreskjemaer. 322 (69,5 prosent) spørreskjemaer ble returnert til studieansvarlig.

### Bearbeiding og analyse av data

Studieansvarlig la data inn i Excel (Microsoft Corp., Red-

mond, WA) før filen ble importert til SPSS 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY) for videre statistisk analyse. Demografiske data ble oppsummert med gjennomsnitt og standardavvik (SD), median og interkvartil range (IQR) eller prosentvis fordeling av de ulike svarkategoriene. Normalfordelte variabler ble sammenlignet med t-test. Ikke-normalfordelte variabler og variabler på ordinal- eller nominalnivå ble sammenlignet med  $\chi^2$ -test, eller Fisher's exact test for 2 x 2 tabeller. Signifikansnivå ble satt til p=0,05.

### Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Regionala Etikprøvningsnemden i Uppsala, Sverige. Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) besluttet at norsk personopplysningslov ikke gjaldt da ansvarlig institusjon var etablert i Sverige. Regional etisk komité (REK) i Sør-Norge konkluderte med at studien ikke kom inn under helseforskningsloven og derfor ikke var meldepliktig til dem. Alle avdelingssykepleierne var informert om studien og hadde på

vegne av sin avdeling samtykket til deltakelse før spørreskjemaene ble sendt ut. For personalet ble innlevering av utfylt spørreskjema sett på som samtykke til å delta i studien.

### RESULTATER

Alle nyfødteintensivavdelingene (n=19) deltok i undersøkelsen, sju universitetssykehusavdelinger og tolv avdelinger ved de øvrige helseforetakene. Avdelingskarakteristika er beskrevet i tabell 1. Av de 322 klinikerne som deltok var det litt flere (56,2 prosent) fra universitetssykehusavdelinger enn fra avdelinger ved de øvrige helseforetakene (43,8 prosent). Et flertall av respondentene (80 prosent) var sykepleiere. Utvalget er ytterligere beskrevet i tabell 2.

### Tilrettelegging i avdelingene

Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi hud-mot-hud-kontakt. Basert på svarene fra avdelingssykepleierne var avdelingene ved universitetssykehusene mer positive enn avdelingene ved de øvrige helseforetakene, til å la andre enn barnets for-

eldre gi hud-mot-hudkontakt (figur 1), men tallene er for små til at det kan kjøres en statistisk analyse på forskjellen. Et flertall

mulighet til å være på intensivrommet 24 timer i døgnet (n=2; 26,8 prosent versus n=4; 33,3 prosent). Signifikant flere avde-

## ” Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi hud-mot-hud-kontakt.

av avdelingene (N=16; 84 prosent) prøvde å få til den første hud-mot-hud-kontakten mellom et stabilt prematurt barn og foreldre rett etter fødselen eller første gang foreldrene var i avdelingen. Alle avdelings-sykepleierne (n=19) oppgav at barnets stabilitet var en faktor som kunne være til hinder for at barnet fikk hud-mot-hud kontakt. Avdelingssykepleierne ved universitetssykehusene (n=7) oppga i tillegg antall levedøgn (n=4), gestasjonsalder (n=4) og vekt (n=3) som hindre.

Færre avdelinger ved universitetssykehusene enn ved de øvrige helseforetakene hadde egne rom hvor barnet kunne være sammen med foreldrene hele døgnet (n=5; 71,4 prosent versus n=11; 91,7 prosent) eller ga foreldrene

linger ved universitetssykehus enn avdelinger ved de øvrige helseforetakene hadde perioder hvor foreldrene ikke fikk være i avdelingen (n=6; 85,7 prosent versus n=3; 25 prosent) (p=0,02). Rundt halyparten av avdelingene hadde skriftlige retningslinjer for hud-mot-hud-kontakt, tre (42,9 prosent) ved universitetssykehus og seks (50 prosent) ved de øvrige helseforetakene. Omtrent det samme antallet hadde skriftlig informasjon til foreldrene om hud-mot-hudkontakt, færre ved universitetssykehusene (n=2; 28,6 prosent) enn ved de øvrige helseforetakene (n=7; 58,3 prosent). Ingen av disse forskjellene var signifikante (p=0,296 og p=0,220).

### Personalets oppfatninger

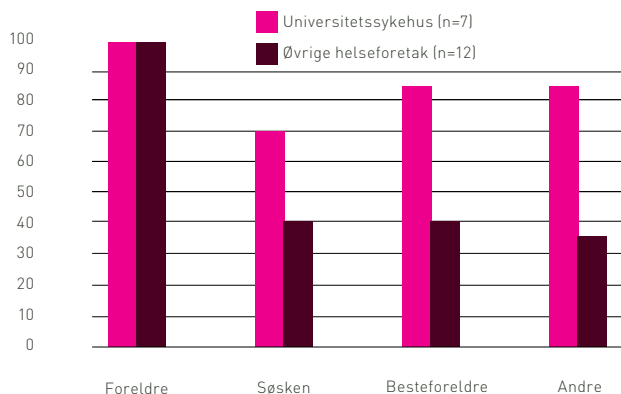
Tidlig samspill, tilknytning

og positiv innvirkning på barnets utvikling var de viktigste faktorene for å anvende for hud-mot-hud-kontakt. Her var det enighet mellom personalet ved universitetssykehusene og de øvrige helseforetakene, med kun små ikke signifikante forskjeller (figur 2). Ifølge personalet fikk flertallet av stabile premature i kuvøse (n=288; 90 prosent) og i seng (n=258; 81 prosent) hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. Kuvøsebarn ved universitetssykehusene hadde signifikant mindre hud-mot-hud-kontakt med sine foreldre enn kuvøsebarn ved de øvrige helseforetakene (p=0,004).

Mer enn 90 prosent av personalet i utvalget oppgav at de var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt hos barn med neoflon, under O2- og CPAP behandling. Over halyparten var komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud-kontakt ved perkutant intravenøst kateter, navlevene- og navlearteriekateter, lysbehandling og blodtrykkskontrollerende medikamenter. Færrest var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt i den perioperative perioden, ved høyfrekvensventilering eller inneliggende pleura/thoraxdrren.

Personalet ved universitetssykehusene var signifikant mer komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt for barn på respirator, på høyfrekvensventilasjon, med perkutant intravenøst kateter enn personalet ved de øvrige helseforetakene. Personalet ved de øvrige helseforetakene var signifikant mer komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt for barn med blodtrykkregulerende medikamenter og barn i lysbehandling enn det perso-

**Figur 1.** Informasjon om hvem som får gi barnet hud-mot-hudkontakt



Informasjon om hvem som får gi barnet hud-mot-hud kontakt. Alle avdelingene lot foreldrene gi hud-mot-hud kontakt, men avdelingene ved Universitetssykehusene var mer positive enn avdelingene ved de tidligere sentralsykehusene til å la andre enn barnets foreldre gi hud-mot-hud kontakt-

**Tabell 3:** Andelen personalet som var komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud kontakt under ulike behandlinger

	Universitetssykehus		Øvrige helseforetak		p-verdi
	n	%	n	%	
Oksygen (n=318)	175	97,2	136	98,6	n.a.
Neoflon (n=318)	170	94,4	135	97,8	p=0,16
CPAP (n=316)	161	90,4	130	94,2	p=0,294
Perkutant iv kateter (n=309)	133	75,1	79	59,8	<b>p=0,005</b>
Lysbehandling (n=311)	119	67,2	105	78,4	<b>p=0,031</b>
Navlevenekateter (n=316)	120	67,4	91	65,9	p=0,810
Navlearteriekateter (n=317)	112	62,6	85	61,6	p=0,907
Blodtrykkskontrollerende medikamenter (n=311)	95	53,7	97	72,4	<b>p=0,001</b>
Respiratorbehandling (n=314)	92	52,0	54	39,4	<b>p=0,03</b>
Perioperativ periode (n=303)	51	30,2	31	23,1	p=0,194
Høyfrekvens eller oscillerende ventilasjon (n=310)	38	21,6	10	7,5	<b>p=0,001</b>
Pleuradren/thoraxdren (n=313)	16	9,0	14	10,4	p=0,702

I kolonne 2 og 4 er n=det antallet respondenter som har besvart spørsmålet  
p-verdier med uthevet skrift viser signifikante forskjeller mellom gruppene på en  $\chi^2$ -test  
n.a betyr at det ikke kunne kjøres en gyldig statistisk test

nalet ved universitetssykehusene var. For andre behandlinger var det ingen signifikant forskjell (se tabell 3).

## DISKUSJON

Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi barna hud-mot-hud kontakt og et flertall prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig. Personalet oppgav at majoriteten av stabile premature fikk hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. De viktigste argumentene for hud-mot-hud-kontakt var positive effekter på samspill, tilknytning og barnets utvikling, mens bar-

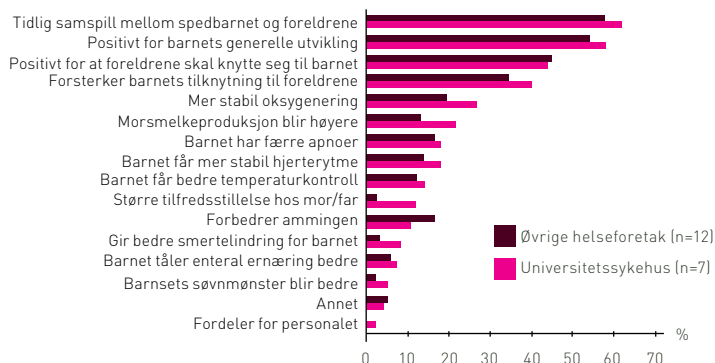
nets stabilitet var den viktigste hindringen. De praktiske og organisatoriske forholdene var bedre tilrettelagt ved de øvrige helseforetakene, mens personalet ved universitetssykehusene var mer komfortable med å anvende hud-mot-hud for de sykeste barna, med unntak av barn som fikk blodtrykkskontrollerende medikamenter. Rundt halvparten av avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt.

## Resultater

Barnets stabilitet var den viktigste hindringen for hud-

mot-hud-kontakt. Dette er i overensstemmelse med andre kliniske studier (25, 26), men samsvarer dårlig med tidligere forskning som har vist at hud-mot-hud-kontakt stabiliserer fysiologiske parametre (3–6), noe som kan sees som et argument for å legge barnet hud-mot-hud for å bedre stabiliteten. Johnson (27) fant at barnets stabilitet under hud-mot-hud-kontakt var en faktor som fremmet bruken av hud-mot-hud-kontakt. Dette kan tyde på at sykepleiernes erfaringer med bruk av hud-mot-hud-kontakt kan påvirke hvor mye metoden blir anvendt. En ny norsk studie

**Figur 2.** Informasjon om hvilke faktorer personalet mente var viktigst for å anvende hud-mot-hud kontakt



Tidlig samspill, tilknytning og positiv innvirkning på barnets utvikling var de viktigste faktorene for å anvende for hud-mot-hud kontakt. Her var det stor enighet mellom personalet ved universitetssykehusene og de tidlige sentralsykehusene, med kun små ikke signifikante forskjeller.

viste at sykepleiere synes hud-mot-hud-kontakt for ustabile barn var vanskelig. Dette gjaldt av hensyn til barnets sikkerhet og fordi sykepleier og lege kunne ha ulike oppfatninger av om barnet kunne legges ut til foreldrene (28). Avdelingssykepleiere ved universitetssykehusene svarte at gestasjonsalder, levedøgn og fødselsvekt kunne være et hinder for å anvende hud-mot-hud kontakt. Disse funnene er i overensstemmelse med tidligere studier som har vist at lavere gestasjonsalder (19, 20) og fødselsvekt (19) samsvarte med senere hud-mot-hud-kontakt.

Personalet ved universitetssykehusene oppgav signifikant færre timer hud-mot-hud-kontakt per døgn for barn i kuvøse enn det personale ved de øvrige helseforetakene gjorde. En mulig forklaring kan være at sykepleierne ved de øvrige helseforetakene hadde lengre yrkeserfaring. Det kan også forklares med at barna ved universitetssykehusene gjerne er mindre og sykere, eller at

arbeidspresset for sykepleierne er større ved universitetssykehusene. En annen forklaring kan være at de øvrige helseforetakene oppga signifikant færre perioder hvor foreldrene ikke fikk være i avdelingen, ga foreldrene mulighet til å være på intensivrommet hele døgnet og hadde egne rom hvor foreldre og barn kunne være sammen hele døgnet. Blomqvist og medforfattere (19) fant at nyfødtavdelinger som hadde egne foreldresenger ved siden av barnets seng, slik at foreldrene kunne være sammen med barnet 24 timer i døgnet, oppga at barna fikk mer hud-mot-hud-kontakt enn nyfødtavdelinger med en annen type organisering. En annen studie viste at personalet ved nyfødt intensivavdelinger som ga foreldrene ubegrenset mulighet til å være i avdelingen var mer positive til hud-mot-hudkontakt enn avdelinger hvor foreldrene hadde begrensede muligheter til å være sammen med barnet sitt (29).

Barn i kuvøse fikk mer hud-mot-hud-kontakt per døgn enn

barn i seng. Barn i seng har ofte klær på og pakkes inn i tepper, noe som gjør at hud-mot-hudkontakt kan bli oppfattet som mer tungvint. Kymre (28) trakk frem at sykepleierne både så på hud-mot-hud-kontakt som medisinsk behandling og velvære for barna. Om man ser på hud-mot-hud-kontakt som behandling blir det gjerne mer naturlig å bruke det mer for barn i kuvøse som oftest er sykere, og ikke så mye for barn i seng da de ofte er større og friskere.

Personalet ved universitetssykehusene var mer komfortable enn personale ved de øvrige helseforetakene med å anvende hud-mot-hud-kontakt for de sykeste barna. Franck og medforfattere (25) fant at jo høyere sykehusnivå jo oftere fikk foreldrene gi barnet sitt hud-mot-hud-kontakt, men det fant vi ikke i vår studie. Årsaken kan være at avdelingene ved universitetssykehusene har mer erfaring med behandling av kritisk syke nyfødte barn på respirator eller med intravenøse katetre. Unntaket var barn som fikk blodtrykksregulerende medikamenter hvor personalet ved de øvrige helseforetakene oppgav at de var mest komfortable. Vi antar at denne forskjellen kan skyldes ulik erfaring med denne behandlingen og sannsynligvis forskjeller i hvor syke barna som mottar behandling er ved henholdsvis universitetssykehus og øvrige helseforetak. Usikkerheten personalet ved universitetssykehusene rapporterte når det gjaldt hud-mot-hud-kontakt for barn med blodtrykksregulerende medikamenter er i overensstemmelse med tidligere forskning (11,21).

Tidligere studier har funnet at sykepleiere ikke anså

respiratorbehandling som en hindring for hud-mot-hud-kontakt (27,30). Dette stemte i større grad for personalet ved universitetssykehusene enn for personalet ved de øvrige helseforetakene i vår undersøkelse. Personalet ved de øvrige helseforetakene var signifikant mindre komfortable med å anvende hud-mot-hud-kontakt hos intuberte barn enn det personalet ved universitetssykehusene var. Årsaken til forskjellen kan være usikkerhet og manglende erfaring hos sykepleierne (20,22,25,31). Universitetssykehusavdelingene har flere respiratordøgn per år enn de øvrige helseforetakene, personalet har derfor gjerne betydelig mer erfaring. Et flertall av personalet i vår undersøkelse var komfortable med å anvende hud-mot-hud-kontakt for barn med navlekatetre, mens flere tidligere studier har vist at sykepleiere var usikre og ukomfortable i denne situasjonen (22,25,27,31).

Rundt halvparten av avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt. Tidligere studier har identifisert fravær av retningslinjer (30) og inkonsekvent praksis rundt hud-mot-hud-kontakt (22), som hindringer for å anvende metoden. Faste rutiner for introduisering av hud-mot-hud-kontakt gjorde derimot at barn og foreldre kom tidligere i gang (19). Det kan se ut som om retningslinjer øker bruken av hud-mot-hudkontakt. Her hadde de norske avdelingene et forbedringspotensial. Vi antar at det allerede kan ha skjedd forbedringer på dette området, siden noen av avdelingene som deltok i undersøkelsen kommenterte at de var i ferd med

å utarbeide retningslinjer eller skriftlig foreldreinformasjon.

### Styrker og svakheter

Spørreskjemaene ble utarbeidet av en bredt sammensatt forskningsgruppe, basert på foreliggende forskning og utprøvd i en pilottest basert på kognitive intervjuer. Dette indikerer at spørreskjemaene har ansikts- og innholdsvaliditet, det vil si at de ser ut som om de måler det de skal måle. Utover dette er validitet og reliabilitet ikke systematisk undersøkt.

Skjemaene var tilfredsstillende utfyllt med unntak av et spørsmål, om hindringer for å anvende hud-mot-hud-kontakt. Dette spørsmålet var vanskelig formulert, noe som ikke ble oppdaget i pilottesten. Svarene er derfor ikke inkludert i resul-

undersøkelsen. Det er alltid en mulighet for systematiske forskjeller mellom de som svarer og de som ikke gjør det. Selv når vi tar høyde for disse begrensingene mener vi at våre funn gir et representativt bilde av praksis i norske nyfødte intensivavdelinger ved undersøkelsestidspunktet.

### KONKLUSJON

Selv om alle nyfødte intensivavdelingene tilrettela for hud-mot-hudkontakt, påvirket organisatoriske forhold i avdelingene i hvilken grad metoden ble anvendt. Funnene kan underbygge et behov for endring av nyfødtomsorgen, for å sikre at foreldre og barn får muligheten til å være sammen hele døgnet under hele sykehusoppholdet. De praktiske og

” Det kan se ut som om retningslinjer øker bruken av hud-mot-hudkontakt.

tatene. Få hadde svart på spørsmålet og mange kommenterte at de ikke forsto spørsmålsstillingen og derfor ikke visste om de faktisk svarte i overensstemmelse med egne oppfatninger om emnet.

En annen svakhet ved denne typen studier er at de er basert på oppfatninger og erfaringer og ikke på faktiske observasjoner. En tidligere studie gjort i en nyfødte intensivavdeling har vist at helsepersonell ofte overvurderte sin egen innsats sammenlignet med foreldrenes oppfatninger (32). Ved selvrapping er det også risiko for systematisk feil i svarene, ved at personale svarer det de tror forventes av dem og ikke sin egen oppfatning (33).

Alle avdelingene og nærmere 70 prosent av ansatte besvarte

organisatoriske forholdene var bedre tilrettelagt ved de øvrige helseforetakene, mens personalet ved universitetssykehusene generelt var mer komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud kontakt for de sykeste barna.

Omkring halvparten av avdelingene manglet retningslinjer for og foreldreinformasjon om hud-mot-hudkontakt på undersøkelsestidspunktet. Vi anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer i stedet for at hver enkelt avdeling bruker ressurser på å utvikle og vedlikeholde retningslinjer lokalt.

Videre forskning er nødvendig for å måle den faktiske bruken av hud-mot-hudkontakt i norske nyfødte avdelinger. Denne studien kartla kun



personalets oppfatninger og erfaringer. Det kan også være interessant å undersøke foreldrenes oppfatninger om bruk av hud-mot-hud-kontakt. Spørreskjemaene som ble brukt i undersøkelsen bør revideres

basert på erfaringene fra denne studien. De nye versjonene bør validitets- og reliabilitetstestes før videre bruk.

*Takk til øvrige medlemmer i den nordiske forskningsgruppen,*

*Emma Olsson, Anna Axelin, Rakel B. Jonsdottir og Ragnhild Maastrup, for planlegging og gjennomføring av den nordiske moderstudien. En stor takk til alle avdelingene og alt helsepersonell som deltok i studien.*

## REFERANSER

- World Health Organization.** Kangaroo Mother Care: A practical guide. World Health Organization, Geneva. 2003.
- Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Luddington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizon J, Wiström AM.** State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Breastfeed Rev* 2010;18:21–8.
- Mitchell AJ, Yates C, Williams K, Hall RW.** Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. *J Neonatal Perinatal Med* 2013;6:243–9.
- Luddington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfetoh A.** A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Adv Neonatal Care* 2008;8:S3–23.
- Bera A, Ghosh J, Singh AK, Hazra A, Som T, Munian D.** Effect of kangaroo mother care on vital physiological parameters of the low birth weight newborn. *Indian J Community Med* 2014;39:245–9.
- Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A.** Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800g: randomized control trial. *J Perinatol* 2014;34:364–8.
- Nimbalkar SM, Chaudhary NS, Gadhavi KV, Phatak A.** Kangaroo Mother Care in reducing pain in preterm neonates on heel prick. *Indian J Pediatr* 2013;80:6–10.
- Cong X, Cusson RM, Walsh S, Hussain N, Luddington-Hoe SM, Zhang D.** Effects of skin-to-skin contact on autonomic pain responses in preterm infants. *J Pain* 2012;13:636–45.
- Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI.** Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry* 2014;75:56–64.
- Dalbye R, Calais E, Berg M.** Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc* 2011;2:107–11.
- Blomqvist YT, Nyqvist KH.** Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *J Clin Nurs* 2011;20:1472–80.
- Roller CG.** Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:210–7.
- Neu M, Robinson J.** Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39:401–14.
- Hake-Brooks SJ, Anderson GC.** Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw* 2008;27:151–9.
- Flacking R, Ewald U, Wallin L.** Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:190–7.
- Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M.** Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: a qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:24906.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. 2013; Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>. (Nedlastet 08.01.2015).
- Barneombudet.** Helse på barns premisser. Barneombudet, Oslo. 2013.
- Blomqvist YT, Nyqvist KH.** Initiation and extent of skin-to-skin care at two Swedish neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2013;102:22–8.
- Mörelius E, Angelhoff C, Eriksson J, Olhager E.** Time of initiation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Paediatr* 2012;101:14–8.
- Olsson E, Andersen RD, Axelin A, Jonsdottir RB, Maastrup R, Eriksson M.** Skin-to-skin care in neonatal intensive care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and practices. *Acta Paediatr*, 2012;101:1140–6.
- Engler AJ, Luddington-Hoe SM, Cusson RM, Adams R, Bahnsen M, Brumbaugh E, Coates P, Grieb J, McHargue L, Ryan DL, Settle M, Williams D.** Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27:146–53.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P.** Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8:94–104.
- Willis GB.** Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design. Sage Publications, Inc., Thousand Oaks. 2005.
- Franck LS, Bernal H, Gale G.** Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Netw* 2002;21:13–20.
- Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Lehtonen L, Tammela O, Salmelin R, Latva R.** Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Midwifery* 2013;29:1321–30.
- Johnson AN.** Factors influencing implementation of kangaroo holding in a Special Care Nursery. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:25–9.
- Kymre IG.** NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:23297.
- Strand H, Blomqvist YT, Gradin M, Nyqvist KH.** Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta Paediatr* 2014;103:373–8.
- Chia P, Sellick K, Gan S.** The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Aust J Adv Nurs* 2006;23:20–7.
- Flynn A, Leahy-Warren P.** Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *J Neonatal Nurs* 2010;16:221–228.
- Franck, LS, Axelin A.** Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. *Acta Paediatr* 2013;102:590–6.
- Polit DF, Beck CT.** Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8 ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.