

## ”En ny hverdag”

Mødres opplevelse av hverdagen med et prematurt barn, og støtten ved en ressurs-helsestasjon

### Solveig Sørby og Liv Fegran

*Førsteforfatter; Solveig Sørby, Maries Vei 18 D, 3610 Kongsberg, [sol.sorby@gmail.com](mailto:sol.sorby@gmail.com)  
Annenforfatter; Liv Fegran, Førsteamanuensis, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Gimlemoen 25, 4630 Kristiansand, [liv.fegran@uia.no](mailto:liv.fegran@uia.no)*

#### Abstract

**“A new life”, Mothers’ experience of daily life with a preterm infant, and the support of a child health center with expertise in premature infants**

**Purpose:** The study explores mothers’ of premature infants experience of how health centers especially adapted for families with premature infants can help them to cope with everyday life after discharge from a neonatal intensive care unit. **Background:** Premature children are at higher risk for physical and mental health problems, which makes parenting demanding. The transition between hospital and home is a challenging period where parents may need extra support to cope with everyday life. **Method:** Nine mothers of premature infants receiving follow-up care at a health center especially adapted for families with premature infants were interviewed. Data were analyzed by Kvale and Brinkmann’s guidelines for text analysis. **Findings:** The study revealed that mothers of premature infants need to adapt to a daily life with both challenges and joys. Mothers’ sense of coping in everyday life is affected by the public health nurse’s knowledge of and experience with premature infants. **Conclusion:** Mothers of premature infants experience a challenging daily life after discharge from neonatal intensive care unit. A health center especially adapted for families with premature infants can help mothers cope with everyday life after discharge through availability, flexibility, expertise, facilitating a social network and focusing on mothers’ own experience of their daily life.

#### Nøkkelord/Key words

*Premature infants; parents; child health center; coping, foreldre; premature; helsestasjon; mestring*

#### Referee\*

#### Bakgrunn

I Norge fødes det årlig rundt 4000 premature barn, og stadig mindre og sykere nyfødte barn overlever (Folkehelseinstituttet, 2010). Forskning har vist at prematur fødsel er en traumatisk opplevelse som kan føre til kraftige følelsesmessige reaksjoner hos foreldrene ([Kersting et](#)

al., 2004; Elklit, Hartvig, & Christiansen, 2008; Karli et al., 2011; Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar, & Kok, 2011). En ny livssituasjon med et prematurt barn som har behov for en mer spesifikk tilnærming og oppfølging kan utløse symptomer på stress, angst, depresjon og sorg (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Elklit et al., 2008; Karli et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Boykova & Kenner, 2012). Det er heller ikke uvanlig at reaksjonene først kommer til uttrykk etter utskrivelse fra sykehuset, og symptomene kan bli langvarige (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Fasting, 2008; Karli et al., 2011; Meijssen et al., 2011). Overgangen mellom sykehus og hjem er derfor en spesielt krevende periode for foreldrene, og det kan oppstå et behov for ekstra støtte av hjelpeapparatet for best mulig å kunne mestre en utfordrende hjemmesituasjon.

Helsestasjonstjenesten i Norge er et lovpålagt tilbud til alle barn og foreldre. Det skal være et gratis lavterskeltilbud som bedriver helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor psykisk og fysisk helse, samt sosiale forhold (Helsedirektoratet, 2011). I følge anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år er det ønskelig med 14 konsultasjoner for barn og foreldre fra barnets fødsel frem til skolestart (Helsedirektoratet, 2004). Nasjonale retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefaler at for å skape trygge og stabile foreldre bør familier med premature barn få en tettere og mer målrettet oppfølging etter hjemreise fra nyfødtafdelingen (Nasjonale faglige retningslinjer, 2007). Samhandlingsreformen gjør primærhelsetjenesten enda viktigere med tanke på forebyggende og helsefremmende arbeid (St.meld. nr. 47, 2009). Folkehelsemeldingen vektlegger også helsestasjonstjenesten som en svært viktig instans i forhold til å styrke foreldrerollen, og å oppdage og følge opp risikofamilier (St.meld. nr. 34, 2013). I 2014 utga Helsedirektoratet i Norge nye nasjonale retningslinjer for barselomsorg hvor blant annet hjemmebesøk ble anbefalt for å forebygge depresjon hos mor (Nasjonale faglige retningslinjer, 2014). Utover de generelle anbefalingene i retningslinjen fremheves også at risikoutsatte familier bør tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden (Nasjonale faglige retningslinjer, 2014).

Som en forlengelse av et prosjekt i regi av Rikshospitalet kalt "*Trygghet som foreldre til premature barn*", ble det i 2003 opprettet tre ressurshelsestasjoner i en kommune på Østlandet (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Målet var å skape et helsestasjonstilbud spesielt tilrettelagt for premature barn og deres foreldre. Med fokus på utvidede åpningstider, et tett samarbeid mellom helsestasjon og nyfødtafdeling og veiledning av foreldrene skulle helsestasjonstilbudet bidra til å gjøre foreldrene trygge i foreldrerollen etter utskrivelse fra nyfødtafdelingen. Ressurshelsestasjonen bestod av leger og helsesøstre med spisskompetanse på premature barn, etter hospitering på nyfødtafdeling og intern undervisning og opplæring (Helsekontoret for barn og unge, 2010).

I tillegg til ordinært helsestasjonstilbud, som hjemmebesøk, jevnlig kontroll og ordinær barselgruppe, omfattet ressurshelsestasjonen også besøk av helsesøster på nyfødtafdelingen, et fleksibelt oppfølgingsforløp med mulighet for ekstra kontroll og hyppig kontakt med helsesøster, i tillegg til barselgruppe for mødre med premature barn (Helsekontorene for barn og unge, 2012).

I 2010 ble prosjektet evaluert og viste at tilbudet i høy grad bidro til å trygge foreldrene i overgangen mellom sykehus og hjemmesituasjon. Evalueringen viste også at områdene med størst forbedringspotensial var bedre oppfølging av mors psykiske helse, oftere oppstart av barselgrupper for foreldre til premature barn, og bedre faglig oppdaterte helsesøstre (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Den gode evalueringen førte til at ressurshelsestasjon

nå er blitt et permanent tilbud for alle familier med premature barn i den aktuelle kommunen (Helsekontoret for barn og unge, 2010).

Mestringsbegrepet har en sentral plass i studien fordi det å få et prematurt barn stiller høye krav til foreldrenes mestringssevner. Mestring er opplevelsen av kontroll i eget liv og evnen til å takle utfordringer på en hensiktsmessig måte. Aaron Antonovsky beskriver i sin mestrings teori hvordan et sterkt mestringsnivå fremmer god helse (Antonovsky, 2012). Mestringsnivået avhenger av i hvilken grad den enkelte har en forståelse av situasjonen en skal håndtere, eller det Antonovsky kaller en opplevelse av sammenheng i sin tilværelse. En person som opplever sterk grad av sammenheng i sin tilværelse vil være godt rustet til å møte livets utfordringer, og kan finne styrke i og nyttiggjøre seg lærdommen selv gjennom vanskelige perioder i livet. Graden av opplevd sammenheng hos den enkelte er delvis genetisk betinget, men kan påvirkes ved å legge til rette for en tilværelse som oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 2012). Denne delen av teorien ble benyttet til å undersøke hvordan helsestasjonstilbudet kan legge til rette for en mer begripelig, håndterbar og meningsfull tilværelse for mødrene for på den måten å bidra til å styrke mødrenes mestringsnivå og fremme god helse i møtet med en utfordrende hverdag.

## **Studien**

### **Hensikt**

Hensikten med studien var å undersøke hvordan mødre til premature barn erfarer at et helsestasjonstilbud spesielt tilpasset familier med premature barn kan hjelpe dem å mestre hverdagen etter utskrivelse fra nyfødt intensiv. Forskningsspørsmålene var som følger: hvordan opplever mødrene hverdagen etter utskrivelse fra nyfødt intensiv, og hvordan opplever mødrene at helsestasjonen kan være til støtte det første året etter utskrivelse fra nyfødt intensiv?

### **Design og utvalg**

Studien har et kvalitativt design ettersom målet var å utforske foreldrenes opplevelse av hverdagen med et prematurt barn. Kvalitativ forskning egner seg godt til å undersøke fenomener som følelser, holdninger, motivasjon og tanker, og forskningsresultatene vil bidra til en bedre forståelse av individets oppfattelse av verden (Polit & Beck, 2010). Gjennom en fortolkende fenomenologisk tilnærming ble informantenes erfaringer fortolket i lys av tidligere forskning og førsteforfatters fagkunnskap og forforståelse (Gilje & Grimen, 2011).

Det ble gjort et strategisk utvalg av mødre som kunne bidra med kunnskap til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Inklusjonskriteriene innlemmet mødre med barn født før uke 35 som fikk oppfølging ved en ressurshelsestasjon, og hvor det var minst seks måneder siden utskrivelse fra nyfødt intensiv. Helsesøster på ressurshelsestasjonen informerte aktuelle deltakere om studien, delte ut informasjonsskriv og videreformidlet kontaktinformasjon til førsteforfatter. Ni mødre meldte interesse for prosjektet og disse ble kontaktet av førsteforfatter. Samtlige bekreftet deltakelse via skriftlig samtykkeskjema.

## **Datainnsamling**

Det ble gjennomført dybdeintervju av samtlige informanter. Mødrene fikk valget mellom å gjennomføre intervjuet hjemme eller på helsestasjonen. Åtte av ni ønsket å gjennomføre intervjuet hjemme. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Intervjuspørsmålene belyste mødrenes opplevelse av hverdagen med et prematurt barn ved å ta utgangspunkt i rutiner, samspill og samarbeidet foreldrene imellom, i tillegg til deres opplevelse av helsestasjonens tilbud. Hvert intervju varte gjennomsnittlig 60 minutter.

## **Analyse**

Kvale og Brinkmanns retningslinjer for tekstanalyse ble benyttet til å analysere datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). Hensikten er en grundig analyse med fokus på hvordan de ulike elementene i teksten kan forstås i en sammenheng. Analyseprosessen startet allerede under intervjuene. Under intervjuet kunne informantene reflektere over egne opplevelser. Forskeren kunne også gjennom utdypende spørsmål forsikre seg om at fortolkningen var korrekt. Intervjuene ble ordrett transkribert før systematisk analyse. Første trinn i analyseprosessen bestod av gjentakende gjennomlesning av intervjuene for å skaffe seg et overblikk og et helhetsinntrykk av datamaterialet. Deretter ble data importert til NVivo for videre strukturering (QSR International). I trinn 2 ble det gjort en meningskodning ved at man knyttet ett eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt, for senere å kunne identifisere en uttalelse. I trinn 3 ble ulike meningskodninger samlet under samme tema, og til slutt ble temaene kategorisert som undertemaer og til sist i hovedtemaer for å svare på prosjektets forskningsspørsmål. Se kapittel om funn på side 4.

## **Etiske betraktninger**

Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) med prosjektnummer 35649. Det ble innhentet informert skriftlig samtykke fra alle informanter i forkant av intervjuene. Informantenes frivillige deltakelse og deres rett til å trekke seg når som helst ble understreket i utdelt informasjonsskriv. Informantene ble opplyst om at alle identifiserbare opplysninger ble anonymisert og at datamaterialet kun ville bli brukt til den skisserte studien.

## **Funn**

Mødrene var i alderen 31-43 år og alle hadde minst 3-årig høyere utdanning. Barna var født mellom svangerskapsuke 25-34 og var innlagt på nyfødt intensiv fra 2-22 uker. Utvalget inkluderte ett tvillingpar.

Gjennom analyseprosessen fremkom følgende to hovedtemaer:

1. Tilrettelegging av en krevende ny hverdag med både utfordringer og gleder.
2. Helsesøsters kunnskap om og erfaring med premature barn påvirker mødrenes følelse av å mestre hverdagen.

### **Tilrettelegging av en krevende ny hverdag med både utfordringer og gleder.**

Samtlige foreldre opplevde at den premature fødselen medførte en brå og uventet start på den nye foreldretilværelsen. Flere beskrev fødselen som uvirkelig, og situasjonen fremkalte usikkerhet og engstelse. "Så jeg rakk jo liksom ikke å forberede meg noe på det å føde. Når jeg kom på sykehuset med rier så følte jeg at jeg var ikke innstilt på det. Jeg hadde liksom ikke forberedt meg på hva jeg skulle gjøre eller ikke gjøre." (Mor I)

Åtte av ni familier hadde vært innlagt på en nyfødt intensivavdeling som benyttet familiebasert omsorg. Det innebar at foreldre og barn delte rom under hele oppholdet og at foreldrene i størst mulig grad tok del i den daglige omsorgen for barnet. Mødrene hadde ulike opplevelser knyttet til familierommene. Alle ønsket å tilbringe mest mulig tid sammen med barnet, imidlertid opplevde enkelte at familierommet førte med seg et tyngende ansvar. Flere uttrykte en følelse av å være innestengt fordi det var vanskelig å forlate barnet. "...Og det å gå ut av det rommet var så vanskelig. Så det kunne jo gå seks dager før vi hadde sett dagslys, ikke sant. Så for hodene våre, rett og slett, så var ikke det veldig gunstig." (Mor C). Hjemreisen symboliserte derfor et håp og en forventning om en ny og friere hverdag for familien. Likevel innebar utskrivelsen blandede følelser. Flere beskrev en usikkerhet for hvordan hverdagen ville bli: "...Ja, jeg var jo litt redd for at det skulle bli annerledes. Man visste jo ikke om det skulle være noe gærent med han. Eller om han skulle kreve veldig mye annerledes behandling." (Mor A).

På tross av blandede følelser ble hjemreisen karakterisert som en positiv opptur. Mor E beskrev utskrivelsesdagen slik:

...Vi gleda oss til å komme ut, først og fremst fra det sykehuset. Og styre egen hverdag. ...Du hadde liksom et eget stort rom for å leve, rett og slett. ...Det var en merkedag! Vi tok bilder og vi hadde flagg på bilen og sånn! (Mor E)

For flere representerte hjemreisen starten på det friske og normale livet for hele familien. Mor C sa: "...Fra vi kom hjem, så kom vi HJEM, og da skulle ikke barnet være *"han premature"*". Foreldrene uttrykte et ønske om at prematuriteten skulle ta minst mulig plass i barnas liv og de fleste satt med en forventning om at hjemmetilværelsen ville muliggjøre dette.

Imidlertid oppdaget alle at hverdagen med et prematurt barn var preget av rutiner og tilrettelegging. Familiene opplevde utfordringer som gjorde det nødvendig å ta hensyn og tilpasse dagliglivet. Barna var følsomme for sansestimuli som lyder, lys og temperaturforandringer, og flere foreldre uttrykte at de ikke var forberedt på dette.

...Det at jeg skulle være nødt til å ta så voldsomt hensyn, det skjønte jeg ikke. ...Men når du kom hjem og innså at han begynte gnåle og virre med hodet bare du hadde på TV, da innså jeg at; "Her må jeg legge om hverdagen ganske raskt". (Mor D)

Barnas umodenhet knyttet til deres fysiske, psykiske og sosiale utvikling førte til perioder hvor det opplevdes ekstra utfordrende å være forelder. "Under kolikkperioden hans så syns jeg det var en veldig sorg at jeg ikke klarte å roe min egen unge. At jeg kunne gå med han i timevis og han bare illskreik." (Mor H).

Infeksjonsrisiko var også en gjennomgående bekymring. Konsekvensen av en infeksjon kunne for noen bli så alvorlig at isolasjon fra andre syke barn og voksne var eneste alternativ. "...Ingen barnehageunger, bare friske folk. Spriting og så videre... Tommelfingerregelen er to

vintre. Så etter to vintre kan vi begynne å slippe opp litt på det der. Det gleder vi oss til da.” (Mor G).

Mødrene beskrev en tilbakevennende bekymring for barna, og et behov for å verne om og beskytte dem. Derfor opplevde flere det som vanskelig både å be om og ta imot hjelp og avlastning, selv om behovet var tilstede.

...Ja, det er kanskje bare jeg som ser farene, at; "OK, nå klatra han opp der. Eller nå faller han ned der". Alle andre tenker mer sånn; "Nei, det går fint", så smeller de jo i gulvet og slår seg. Jeg føler at jeg må passe på selv. Det sitter veldig i meg. (Mor H)

Flere beskrev også ubehaget ved å overlate et krevende barn til familie og venner. Mor E viser til egne dagboknotater for å beskrive sin opplevelse av å ta imot tilbud om barnepass: "...Det satt jo lenger inne for oss å spørre, det ser jeg i dagboka. Den første gangen vi hadde svigermor her, da var vi veldig sånn; "Håper det går fint. Håper bare at han ikke holder henne våken hele natta...".

Opplevelsen av at omgangskretsen også var tilbakeholdne og engstelige for å sitte barnevakt gjorde det vanskeligere å be om hjelp.

Mødrene beskrev hvordan de ble bedre kjent med barnet og tryggere i foreldrerollen ettersom tiden gikk.

...Du føler kjærligheten som kommer etter hvert da. Selvfølgelig er den der med en gang, men det blir jo mer og mer, når du føler at barnet smiler og kommuniserer med deg. Herregud, det er jo den største gleden i livet. (Mor H)

Enkelte opplevde også at utfordringene gjorde parforholdet sterkere. "...Og vi sitter med en følelse av at vi har fått det til. Vi er stolte av hva vi har gjort og hvordan vi har håndtert det.” (Mor C).

Mødrene fokuserte på barnas friske utvikling og gode helse. De uttrykte et her-og-nå-perspektiv og liten bekymring for fremtiden, samtidig som risikoen for senskader gjorde foreldrene oppmerksomme på forebyggende tiltak.

Vi er veldig obs på at vi må ha en god barnehage som tar det der med prematuritet på alvor. ...Ta en ordentlig prat med dem på forhånd og si at han bør bli skjermet fra stressende situasjoner, som påkledning og sånn. Og at han trenger litt ekstra tid muligens, for å komme inn i leken. (Mor E)

Flere valgte blant annet å utsette barnehagestart for å gi barnet tid til å modne.

### **Helsesøsters kunnskap og erfaring med premature barn påvirker mødrenes følelse av å mestre hverdagen**

Utfordringene i den nye hverdagen skapte et behov for videre kontakt med helsevesenet, og helsesøster ble en viktig støtte for mange av mødrene i tiden etter utskrivelse fra sykehuset: "Jeg følte meg ikke overlatt til skjebnen" (Mor D). Og i de tilfellene hvor mødrene opplevde helsesøster som en god støttespiller ble det naturlig å også dele egne følelser og opplevelser med henne: "...Det er klart, det er ikke så enkelt å si "Vet du hva, mannen min og jeg

krangler", men jeg vet jo også at om det er noen som kan ta i mot det, så er det sånne erfarne kvinner." (Mor B). Hyppige kontroller og en fleksibel helsesøster med mulighet til å stille opp på kort varsel ga trygghet og en følelse av å ikke være overlatt til seg selv. "Det jeg satte mest pris på, var at jeg bare kunne sende en tekstmelding til helsesøster hvis det var noe jeg lurte på. Og så fikk jeg svar. Det var veldig greit." (Mor F).

Flere opplevde imidlertid helsesøsters kompetanse i forhold til premature barn som begrenset. "Det føltes ikke som hun hadde noe særlig erfaring på området med premature. ...Så alt hun sa var sånn rett fra læreboka." (Mor E). Kommunikasjonen med helsesøster var derfor avgjørende for i hvilken grad mødre opplevde helsesøster som en ressursperson de kunne støtte seg til:

Jeg skulle nok kanskje ønske at det hadde vært en litt annen type kommunikasjon. ...En mer erfaren og moden type som bare; "Jeg ser at det er sånn og sånn", i stedet for bare å komme med vekta og legge ungen på og så spørre om det går greit. For du svarer jo "Ja, det går jo greit", for du vet jo ikke om noe annet. Og det går jo, man får det jo til å funke... (Mor H)

Mødrene som ikke opplevde helsesøster som en god støttespiller valgte andre mestringsstrategier. Noen valgte å benytte seg av egen omgangskrets, og barselgruppene ble beskrevet som et viktig tiltak hvor man kunne dele erfaringer og informasjon.

Ressurshelsestasjonens tilbud inkluderte både deltakelse i ordinær barselgruppe og barselgruppe for premature barn. Det var ulike refleksjoner knyttet til valget av barselgruppe. Flere prioriterte vanlig barselgruppe for å minimere fokuset på prematuriteten. Imidlertid kunne sammenligning av barna oppleves som et stress avhengig av hvor barnet befant seg utviklingsmessig.

...Så helt i begynnelsen synes jeg det var litt sånn; "Gud av meg, skal jeg orke dette her?". Kom der kjempestolt over at han har blitt 4,5 kg ikke sant, og så; "Åja, min var 4,5 kg da han ble født". (Mor C).

På tross av ulike utfordringer ble barselgruppene et viktig sosialt samlingspunkt for de fleste mødre, uavhengig om de deltok i en vanlig eller prematur barselgruppe.

Jeg synes det var litt slitsomt å være der, men nå i etterkant som ting har roa seg litt og vi har veldig mye glede av å være sammen, så er jeg veldig glad for det. Så det var kanskje noe av det beste som kom ut av de greiene der, at jeg har et lokalt nettverk. (Mor H)

Foreldrene beskrev en tøff start og en annerledes hverdag enn forventet. Behovet for tett oppfølging av fagpersoner og sosial støtte viste seg å være betydelig.

## Diskusjon

Funnene viser at foreldrene opplevde at ressurshelsestasjonens tilbud bidro til en mer begripelig, håndterbar og meningsfull hverdag etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen.

## Begripelighet

I Antonovskys teori blir begripelighet beskrevet som en strukturert og forutsigbar tilværelse (Antonovsky, 2012). Det vil si en hverdag med en viss grad av kontroll og oversikt. En prematur fødsel skaper brått en ny og uforutsigbar tilværelse som for mange kan oppleves utrygt. Våre funn som viser foreldrenes beskrivelser av hvordan livet ble snudd på hodet samsvarer med mange tidligere studier (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Esbjørn, Hansen, Munck, & Greisen, 2008; Fasting, 2008; Gambina et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Howe, Sheu, Wang, & Hsu, 2014). Bearbeidelse av tiden etter fødselen og forberedelser til sin nye tilværelse etter hjemreisen beskrev foreldrene som en krevende prosess som satte mestringsstrategiene deres på prøve. Dette samsvarer også med annen forskning som viser at en prematur fødsel kan fremkalle symptomer forenelig med angst, depresjon og posttraumatisk stress syndrom (PTSD) hos mor (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Esbjørn et al., 2008; Fasting, 2008; Gambina et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Howe et al., 2014).

Våre funn viste, i likhet med annen forskning, at mange foreldre opplevde tiden på sykehuset som en krevende periode (Fegran, Fagermoen, & Helseth, 2008). Foreldrene beskrev en opplevelse av å få et ansvar for barnet på nyfødtavdelingen som gjorde det vanskelig for dem å forlate barnet på avdelingen og ta en pause fra omgivelsene.

Forskning viser at familiebasert omsorg, som innebærer økt fokus på fysisk og emosjonell kontakt mellom foreldre og barn på nyfødtavdelingen blant annet ved å involvere foreldrene i omsorgen for barnet i større grad, kan skape tryggere foreldre (Flacking et al., 2012; Wataker, Meberg, & Nestaas, 2012). Foreldre som deltar i den daglige omsorgen blir raskere kjent med barnets sitt, lærer å gjenkjenne barnets signaler og være bevisst barnets behov. Det fremmer mestringsfølelse i foreldrerollen, økt opplevelse av kontroll i tilværelsen og en mer forutsigbar hverdag, som gir et godt utgangspunkt for livet etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen. Forskning viser også at foreldre som deler rom med barnet på nyfødtavdelingen tilbringer mer tid på avdelingen enn foreldre med barn som er plassert i fellesrom, hvilket samsvarer med våre funn (Pineda et al., 2012). Får foreldrene mindre tid til bearbeidning av følelser og opplevelser når minst en av dem forventes å være tilstede hos barnet døgnet rundt? Egne reaksjoner kan bli skjøvet vekk fordi barna er førsteprioritet og det ikke finnes tid eller rom for følelsesmessige reaksjoner. Kan familiebasert omsorg utvikle foreldre som er tryggere på barnet sitt ved utskrivelse fra sykehuset, men som er mer disponert for emosjonelle senreaksjoner fordi de ikke har bearbeidet sine opplevelser tilstrekkelig?

For å sikre at foreldrene får utbytte av fordelene ved familiebasert omsorg på nyfødtavdelingen samtidig som de får tid og rom til å bearbeide egne opplevelser, er det avgjørende at ansvaret ikke overstiger foreldrenes mestringsnivå. At sykepleierne i samråd med foreldrene justerer foreldrenes grad av involvering kan være et nyttig tiltak for å skape trygge foreldre som er mentalt godt forberedt på utskrivelsen fra sykehuset.

Utskrivelsen ble av foreldrene beskrevet som en milepæl som symboliserte glede, men også usikkerhet. Dette støttes av forskning som viser at overgangen mellom sykehus og hjem er en stressende periode for foreldrene, da de for første gang skal stå med det fulle ansvaret for det premature barnet alene (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Mai & Wagner, 2005; Esbjørn et al., 2008; Fasting, 2008; Jones, Rowe, & Becker, 2009; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014). Besøk av helsesøster på sykehuset, raskt hjemmebesøk etter utskrivelse og et fleksibelt oppfølgingsprogram fra en ressurshestasjon har imidlertid vist seg å kunne gjøre overgangen mindre stressende (Mai & Wagner, 2005; Hammarstrand, Jönsson, & Hallström,



2008; Lopez, Anderson, & Feutchinger, 2012). Til tross for slike tiltak rapporterte likevel samtlige mødre en grad av usikkerhet i forbindelse med utskrivelse. Det må forventes at mødre er usikre ved utskrivelse, det er en naturlig reaksjon i møte med en ny tilværelse. Helsesøstrenes hovedfokus bør derfor være å forsterke faktorer som fremmer mødrenes mestring av situasjonen. Antonovsky fremhever forutsigbarhet og struktur som en viktig forutsetning for god mestring (Antonovsky, 2012). Tiltakene fra ressurshelsestasjonen skaper forutsigbarhet ved at mødrene er informert om tilbudet i forkant av utskrivelse. De blir tidlig introdusert for helsesøster og tidspunkt for hjemmebesøk blir avklart før utskrivelse. Helsesøster blir dermed ikke en fremmed og mødrene har faste avtaler å forholde seg til etter utskrivelse fra sykehuset. Forutsigbarhet og struktur bidrar til å sette hendelser inn i en sammenheng og dermed styrke mødrenes opplevelse av sammenheng i hverdagen. Dette vil i følge Antonovsky ha betydning for hvordan de takler den psykiske belastningen det er å bli skrevet ut fra sykehuset.

### **Håndterbarhet**

Selv om mødrene i studien ønsket at prematuriteten skulle ta minst mulig plass i barnets liv var barna avhengig av faste rutiner og skjerming for å fungere optimalt. Premature barn er utsatt for ulike helseutfordringer som søvnevansker, spiseproblemer, økt infeksjonsrisiko og atferdsvansker – og i likhet med annen forskning viste våre funn at barnas spesielle behov for tilrettelegging i hverdagen var en utfordring for foreldrene (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Thoyre, 2007; Fasting, 2008; Johnson, Wolke, Hennessy, & Marlow, 2011; Lundqvist-Persson, Lau, Nordin, Bona, & Sabel, 2012; Asaka & Takada, 2013; Forsythe & Allen, 2013). Hvordan finne den riktige balansen mellom skjerming og eksponering for stimuli? Hvordan beskytte barnet for infeksjonsrisiko, men samtidig sørge for å styrke immunforsvaret? Hva skyldes prematuritet og hva er normal utvikling?

Studien viste mødrenes ulike strategier for å takle hverdagens utfordringer og spørsmål. Råd og hjelp fra omgangskrets, egne erfaringer og bruk av sunn fornuft var viktige mestringsstrategier. Likevel opplevde mange av mødrene at omgangskrets og egne ressurser ikke var tilstrekkelig i overgangen mellom sykehus og hjem, og at de hadde behov for ytterligere støtte for å håndtere tilværelsen optimalt – hvilket samsvarer med annen forskning (Esbjørn et al., 2008). Antonovsky beskriver hvordan en håndterbar tilværelse gir et godt grunnlag for å mestre hverdagen. Håndterbarhet handler om en opplevelse av å ha tilgjengelige ressurser til å takle utfordringer og motgang. Våre funn viste at mange opplevde ressurshelsestasjonens tilbud som en god støtte etter utskrivelse fra sykehuset. God tilgjengelighet, fleksibilitet i oppfølgingen og hyppige kontroller skapte en følelse av trygghet hos mødrene og en mer håndterbar hverdag for familiene.

Samtidig avdekket studien at enkelte familier ikke opplevde samme støtte i ressurshelsestasjonens tilbud. Disse familiene beskrev en ekstra utfordrende og slitsom hverdag, og foreldrene uttrykte usikkerhet i forhold til hvordan de kunne skape en annerledes tilværelse for dem selv. Det var et tydelig behov for hjelp utenfra, men foreldrene opplevde ikke at hjelpen var tilgjengelig. Hva var årsaken til dette?

Ressurshelsestasjonens mål er å styrke foreldrene gjennom veiledning og informasjon, slik at de har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å mestre den daglige omsorgen for det premature barnet (Helsekontoret for barn og unge, 2010; Helsekontorene for barn og unge, 2012). Gjennom god kunnskap om premature barn skal de være en tilgjengelig ressurs for foreldrene i en utfordrende periode. Det fordrer en helsesøster med tilstrekkelig kompetanse

og erfaring med premature barn til å trygge foreldrene. Imidlertid avdekket våre funn, i likhet med tidligere evaluering av ressurs-helsestasjonens tilbud, et varierende kompetansenivå blant helsesøstrene (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Enkelte mødre opplevde at helsesøster manglet kunnskap og praktisk erfaring, og at de ikke fikk svar på spørsmål og bekymringer. Det var et behov for en faglig dyktig helsesøster med erfaring, som kunne gi konkrete og praktiske råd. Ikke alle foreldrene opplevde å møte et slikt tilbud. Konsekvensen ble at foreldrene i mindre grad benyttet helsesøster som en ressursperson.

Antonovsky beskriver hvordan en sterk opplevelse av håndterbarhet i egen tilværelse, minsker sannsynligheten for at man føler seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012). Man klarer i større grad å takle livet når det går i motbakke. Våre funn kan tyde på at familiene som ikke opplevde helsestasjonen som en tilstrekkelig ressurs, også opplevde mindre grad av håndterbarhet i sin hverdag. Hverdagen ble beskrevet som fylt med ulike utfordringer de hadde liten påvirkningskraft over. For disse familiene var ikke helsesøsters gode tilgjengelighet og fleksibilitet tilstrekkelig for å skape trygghet, de hadde også behov for ytterligere faglig kompetanse og praktisk veiledning for å få utbytte av ressurs-helsestasjonen som en ressurs.

### **Meningsfullhet**

Studien viste at tilpasning av hverdagen etter barnas behov for stabilitet og trygghet skapte ulik grad av isolasjon for foreldrene. Enkelte av barna i studien hadde nedsatt immunforsvar som vanskeliggjorde sosialt samvær. Andre var sensitive ovenfor sansestimuli og ble urolige av å oppholde seg på steder med mye lyd og lys. Noen av barna hadde problemer med å forholde seg til andre voksne og barn, og var derfor krevende å ha med i sosiale sammenhenger. Uansett årsak ble sosialisering utenfor hjemmet en utfordring for mange av mødrene, hvilket stemmer godt overens med annen forskning som viser at foreldre med premature barn opplever økt stress i foreldrerollen som blant annet fører til økt sosial isolering (Esbjørn et al., 2008; Howe et al., 2014). Samtidig uttrykte samtlige mødre at samvær med personer som viste forståelse for utfordringene de møtte i hverdagen opplevdes viktig og verdifullt for dem. Dette samsvarer med annen forskning som viser at et sosialt nettverk blant annet bidrar til å redusere risikoen for depresjon hos mødre med premature barn (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004). Helsestasjonens tilbud om barselgrupper har til hensikt å legge til rette for sosialt samvær for mødrene (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Studien viste at i de velfungerende barselgruppene oppmuntret og motiverte mødrene hverandre til å delta i fellesskapet, selv om enkelte opplevde at barnas spesielle behov gjorde samlingene utfordrende. Det ble utviklet et lokalt nettverk som mødrene satte stor pris på og som de prioriterte å bruke tid på i hverdagen. Antonovsky vektlegger opplevelsen av meningsfullhet i tilværelsen som en viktig faktor for graden av mestring. Det handler om å ha aktiviteter man engasjerer seg i og som man ser hensikten i å prioritere. Våre funn og annen forskning tyder på at et sosialt nettverk kan ha betydning for hvordan mødrene mestrer sin tilværelse (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004). Barselgruppa kan skape mening i hverdagen ved å redusere mødrenes sosiale isolasjon, gi trygghet i form av delte erfaringer med premature barn og legge til rette for nye bekjentskap med grunnlag i like opplevelser.

Imidlertid fungerte ikke alle barselgrupper like godt og enkelte grupper ble avvirket etter kort tid som følge av det mødrene beskrev som dårlig kjemi i gruppa. Siden de velfungerende barselgruppene ser ut til å være så verdifulle for mødrene kan det være betydningsfullt å se nærmere på hva som kjennetegner en god barselgruppe og hvordan man kan tilrettelegge for det.

Mødrene ytret i ulik grad en uro for fremtiden og bekymringer knyttet til barnets ve og vel i forhold til de påkjenninger og opplevelser barnet hadde vært i gjennom. Bekymringene omhandlet barnets nåværende utfordringer, uro i forhold til hvordan livet ville bli og utvikling av eventuelle senskader. Å få muligheten til å snakke om opplevelsene og følelsene i forhold til fødselen og tilværelsen i etterkant var viktig for mødrene og samsvarer godt med annen forskning ([Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004](#); [Kersting et al., 2004](#); [Elklit et al., 2008](#); [Esbjørn et al., 2008](#); [Fasting, 2008](#); [Karli et al., 2011](#); [Meijssen et al., 2011](#); [Boykova & Kenner, 2012](#)). Emosjonelle senreaksjoner som kan komme til uttrykk etter utskrivelse fra sykehuset, understreker helsesøsters sentrale rolle i kartlegging av mødrenes psykiske helse. Etter evalueringen av ressurshestasjonen i 2010 har helsesøstrene hatt økt fokus på mors psykiske helse, og våre funn viser at mødrene var svært positive til at deres opplevelser og følelser ble et fokus i møte med helsesøster ([Helsekontoret for barn og unge, 2010](#)).

Imidlertid viste våre funn at mødrene som opplevde at helsesøster ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om premature barn heller ikke benyttet helsesøster som en samtalepartner om vanskelige opplevelser og følelser, selv om de ytret et behov for noen å snakke med. Det kan tyde på at den gjennomgående kvaliteten på helsesøsters tilbud er avgjørende for graden av tillit som skapes mellom den enkelte mor og helsesøster. Mødrene som ikke opplevde tilbudet fra ressurshestasjonen som tilstrekkelig valgte i større grad å benytte seg av familie og venner, men uttrykte likevel et behov for en fagperson å snakke med om egne følelser og opplevelser. Det ble tydelig at denne gruppen manglet en viktig ressursperson, som med sin faglige kompetanse kunne vært en ekstra støtte for mødrene gjennom bearbeidelsen av deres opplevelser rundt den premature fødselen.

### **Metodekritikk**

Utvalget bestod kun av mødre med høyere utdanning, hvilket kan være en svakhet ved studien, da sosioøkonomisk status er en viktig faktor for mestringsnivå. Det at intervjuene ble gjennomført i informantenes hjem var en styrke ved at det både gav meg god innsikt i familienes hverdag, og at det kan ha ført til økt informasjon fra informanten ved at mødrene mottok innspill og påminnelser fra fedre som var tilstede. Samtidig medførte intervjulokasjonen også forstyrrelser og avbrytelser fra blant annet barna, noe som kan ha påvirket informantenes konsentrasjon i intervjusituasjonen.

Det ble tilstrebet å presentere spredningen i datamaterialet gjennom å benytte sitater fra alle informanter i resultatpresentasjonen. Min erfaring som sykepleier på en nyfødt intensivavdeling har gitt meg kjennskap og interesse for feltet, hvilket kan anses som en styrke. Tidligere erfaring kan også være en svakhet ved at forforståelsen for sterkt preger gjennomføring av studien. Det er derfor viktig å balansere forforståelse med en reflekterende holdning, og i den forbindelse har samarbeid med veileder og helsesøstrene vært viktig. Studiens troverdighet styrkes ved at vi har tilstrebet grundige beskrivelser av metodiske valg og metoderefleksjoner.

### **Konklusjon**

Studien viser at hverdagen med et prematurt barn er krevende og at det er et behov for tett oppfølging også etter utskrivelse fra nyfødt intensiv. En ressurshestasjon kan bidra til å

hjelpe mødrene å mestre hverdagen etter utskrivelse gjennom god tilgjengelighet, fleksibilitet i tilbudet, faglig kompetanse, tilrettelegging for et sosialt nettverk via barselgrupper og et sterkt fokus på mødrenes egen opplevelse av hverdagen.

Videre forskning bør fokusere på tilrettelegging for økt kompetanse hos helsesøstrene, og betydningen av tilrettelegging av velfungerende barselgrupper som sosial støtte for mødrene.

### Litteratur

Antonovsky, Aaron. (2012). *Helsens mysterium - den salutogene modellen*: Gyldendal akademisk.

Asaka, Yoko, & Takada, Satoshi. (2013). Relation between sleep status of preterm infants aged 1-2 years and mothers' parenting stress. *Pediatrics International*, 55(4), 416-421. doi: 10.1111/ped.12097

Bakewell-Sachs, Susan, & Gennaro, Susan. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(6), 398-403.

Boykova, Marina, & Kenner, Carole. (2012). Transition from hospital to home to parents of preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 81-89. doi: 10.1097/JPN.0b013e318248b20c

Dellenmark-Blom, Michaela, & Wigert, Helena. (2014). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3).

Elklit, Ask, Hartvig, Tilde, & Christiansen, Marianne. (2008). Belastningsreaktion hos forældre til premature spædbørn - sekundærpublikation. *Ugeskriftet for læger*, 170(45).

Esbjørn, Barbara Hoff, Hansen, Bo Mølholm, Munck, Hanne, & Greisen, Gorm. (2008). Ekstremt tidligt fødte børn og forældrenes behov for støtte. *Ugeskriftet for læger*, 170(42).

Fasting, Aase Frostad. (2008). Endelig hjemme fra sykehuset - den nye hverdagen. *Prematurposten*(1).

Fegran, L., Fagermoen, M. S., & Helseth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units - from closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 363-371.

Flacking, Renée, Lehtonen, Liisa, Thomson, Gill, Axelin, Anna, Ahlqvist, Sari, Moran, Victoria Hall, . . . Dykes, Fiona. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032-1037. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x

Folkhelseinstituttet. (2010). Medisinsk fødselsregister: 2010 - statistikk.

Forsythe, Erica Saleski, & Allen, Patricia Jackson. (2013). Health Risks Associated with Late-Preterm Infants: Implications For Newborn Primary Care. *Pediatric Nursing*, 39(4), 197-201.

Gambina, Irene, Soldera, Gino, Benevento, Barbara, Trivellato, Patrizia, Visentin, Silvia, Cavallin, Francesco, . . . Zanardo, Vincenzo. (2011). Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(5), 472-479. doi: 10.1080/02646838.2011.653962

Gilje, Nils, & Grimen, Harald. (2011). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hammarstrand, Eva, Jönsson, Lisbeth, & Hallström, Inger. (2008). A neonatal home care program - an evaluation for the years 2002-2005. *Vård i Norden*, 28(4).

Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>.

Helsedirektoratet. (2011). Helsestasjon 0-5 år. Retrieved 11.04.14, from <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/Sider/default.aspx>

Helsekontorene for barn og unge. (2012). Serviceerklæring for ressurs-helsestasjonene for premature barn i Bærum kommune. In Helsekontorene for barn og unge (Ed.).

Helsekontoret for barn og unge. (2010). Helsestasjonstilbudet til premature barn og deres foreldre (Helsekontoret for barn og unge Bærum kommune, Trans.).

Howe, Tsu-Hsin, Sheu, Ching-Fan, Wang, Tien-Ni, & Hsu, Yung-Wen. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1748-1756. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.015>

Johnson, Samantha, Wolke, Dieter, Hennessy, Enid, & Marlow, Neil. (2011). Educational outcomes in extremely preterm children: neuropsychological correlates and predictors of attainment. *Developmental Neuropsychology*, 36(1), 74-95.

Jones, Liz, Rowe, Jennifer, & Becker, Tara. (2009). Appraisal, coping, and social support as predictors of psychological distress and parenting efficacy in parents of premature adults. *Children's Health Care*, 38(4), 245-262. doi: 10.1080/02739610903235976

Karli, Treyvaud, Lex, W. Doyle, Katherine, J. Lee, Gehan, Roberts, Jeanie, L. Y. Cheong, Terrie, E. Inder, & Peter, J. Anderson. (2011). Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. *Early Human Development*, 87, 427-431. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.03.008

Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., . . . Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476.

Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lopez, Greta L., Anderson, Kathryn Hoehn, & Feutchinger, Johanna. (2012). Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network*, 31(4).

Lundqvist-Persson, C., Lau, G., Nordin, P., Bona, E., & Sabel, K. G. (2012). Preterm infants' early developmental status is associated with later developmental outcome. *Acta Paediatrica*, 101(2), 172-178. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02442.x

Mai, D., & Wagner, Lis. (2005). "Home early program" - experiences of parents to premature infants' one year after discharge. *Vård i Norden*, 25(1).

Malterud, Kirsti. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Meijssen, Dominique, Wolf, Marie-Jeanne, Koldewijn, Karen, van Baar, Anneloes, & Kok, Joke. (2011). Maternal Psychological Distress in the First Two Years after Very Preterm Birth and Early Intervention. *Early Child Development and Care*, 181(1), 1-11.

Nasjonale faglige retningslinjer. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419). Oslo Sosial- og helsedirektoratet Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn/Sider/default.aspx>.

Nasjonale faglige retningslinjer. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>.

Pineda, RG, Stransky, KE, Rogers, C, Duncan, MH, Smith, GC, Neil, J, & Inder, T. (2012). The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *Journal of Perinatology*(32).

Polit, Denise F., & Beck, Cheryl T. (2010). *Essentials of Nursing Research* (7. ed.): Lippincott Williams & Wilkins.

QSR International.). NVivo 10 for Windows. from [http://www.qsrinternational.com/products\\_nvivo.aspx?utm\\_source=NVivo+10+for+Mac](http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx?utm_source=NVivo+10+for+Mac)  
St.meld. nr. 34. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

St.meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.

Thoyre, Suzanne M. . (2007). Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(4), 366-376. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00158.x

Wataker, Heidi, Meberg, Alf, & Nestaas, Eirik. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day: Effects on Maternal Confidence and Breast-Feeding. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 336-342. doi: 10.1097/JPN.0b013e31826d928b