

■ På visse hospitalsafsnit kæmper man for at redde børn der er født for tidligt og betænkeligt nært på abortgrænsen. ORIGO har talt med en sygeplejerske der tit har haft problemerne inde på livet.

For tidligt fødte børn

Origo stiller spørgsmål til neonatalsygeplejerske Anna Carin Spongenberg. Interview ved K. Aa. Back.

Hvad står neonatal for?

Sv.: Neo = ny, natal = født

Hvad laver man på en neonatal-afdeling? Hvori består behandlingen?

Sv.: På neonatalafdelingen modtager man børn der er født for tidligt, dvs. før gestationsalder (GA) 36, som er umodne til livet uden for livmoderen. De kan have behov for hjælp til at trække vejret, især hvis de er født før uge 32 GA. Og indtil barnet er 35 uger GA, vil man monitorere det med fx pulsmåler og iltføler da det kan "glemme" at trække vejret eller have pulsfald. Hvis barnet får ilt i forbindelse med

vejrtrækningshjælp, vil man ofte bruge yderligere monitorering for at kunne observere nøjere. Børnene får som regel sondemad da de ikke har kræfter til at spise maden selv.

Afhængig af barnets modenhed, vægt i forhold til GA, modtagelighed for infektioner mv. vil der være forskellig behandling fra barn til barn.

Udover for tidligt fødte modtager man også syge nyfødte, dvs. børn født til tiden, mature, med forskellige kortere eller længerevarende vanskeligheder såsom våde lunger efter kejsersnit, infektioner, syndromer eller andet som kræver lægelig behandling og sygepleje.

Hvor gamle skal børnene være (i forsterstilstanden) før man kan gøre sig håb om at redde dem?



Sv.: De yngste børn jeg véd om der er reddet på Rigshospitalet, har været GA 23+ noget. **I gamle dage var der noget om at kuvøsebørn risikerede skader på legeme & sjæl, fx blindhed. Hvordan ligger det med det i dag? (jf. nedenfor)**

Sv.: Der er stadig en del risici, men de er aftagende fordi man i dag i højere grad véd hvad der kan være skadeligt. Og så alligevel ...

Med hensyn til blindhed véd man i dag at for tidligt fødte børn ikke tåler så meget ilt som man før gav dem da det giver *Retinopathy of prematurity*, ROP, hvilket kan føre til blindhed. De yngste præmature jeg har passet, har skullet have en iltmætning på mellem 88 og 92 %, hvorimod det mature (GA 37+) barn helst skal ligge på 95 % og derover. I dag er blindhed ikke et stort problem blandt for tidligt fødte.

Udover udvikling af ROP er man særligt opmærksom på *cerebral blødningsrisiko, særligt i det for tidligt fødte barns første 2 til 3 levedøgn. Blodkarrene i den umodne *hjerne er sarte og derfor i særlig risiko for at bryde. Derfor bliver børnene rutinemæssigt scannet ved ultralyd et par gange eller flere hvis de er født før uge 32.

Der er også risiko for udvikling af en særligt farlig tarm sygdom, *Nekrotiserende Entero Colitis*, NEC, blandt for tidligt fødte. Den kræver øjeblikkelig behandling med antibiotika og måske operation. Selve behandlingen har jeg dog ikke erfaring med.

Med hensyn til senfølger er det stadig et stort uudforsket område (i DK). I USA og Sverige er man, så vidt jeg véd, en del længere i forskning i senfølger. Det man i dag bliver mere og mere opmærksom på, er de kognitive/socialt og følelsesmæssige vanskeligheder. Men i det omfang der reddes flere yngre børn, vil der være større risiko for at de udvikler senfølger i form af fysiske handicaps, alt fra lette til svære.

Hvad skal man være særligt opmærksom på? Hvad er NIDCAP for noget?

Sv.: NIDCAP står for *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [Nyfødtes Individualiserede Udviklingspleje- & Evaluerings-Program]. Det er et system udviklet af neuropsykolog Heidelise Als, oprindeligt fra Holland, men som gennem mange år har forsket i spædbarnsafærd med forskningsstøtte i USA.

“ *Selvom de for tidligt fødte børn ikke kan tale, kan de i høj grad kommunikere til omgivelserne.* ”



NIDCAP er så at sige en tilgang. En tilgang som åbner ens øjne for at børnene, selvom de ikke kan tale, i høj grad kommunikerer til omgivelserne.

Systemet går groft sagt ud på, gennem adfærdsobservationer af det enkelte barn, at finde frem til dets sårbarheder, styrker og næste udviklingstrin. Og således ud fra observationerne at give anbefalinger til forældrene og plejepersoner om hvordan barnet bedst støttes i belastende situationer, såsom bleskift eller blodprøvetagning, og hjælpes til ro igen bagefter, så det kan spare kræfterne til det som gavner og udvikler det. Dette kunne for eksempel være at have øjenkontakt med sin mor/far, eller at sove dybt eller senere i forløbet at kunne spise lidt af et måltid ved brystet.

I USA og Sverige har man meget gode resultater af NIDCAP-tilgangen til det for tidligt fødte barn, og der er skrevet mange artikler på området.

Hvor længe beholder man for tidligt fødte børn på afdelingen?

Sv.: Normalt til de er fulde 40 uger, dvs. svarende til fødselstidspunktet. Eller til barnet kan spise selv OG tage på af det.

Hvordan går det børnene efter udskrivelsen? (jf. sp. ovenfor)

Sv.: De fleste af de børn jeg har passet i mit arbejde, tager sunde og tykke hjem fra afdelingen og vil være lidt senere i udvikling, svarende til den tid de er kommet for tidligt. Det er de børn der er født efter GA 28. De børn der er født før denne tid, kan have flere problemer, fx med vejrtrækningen. Nogle har øget modtagelighed over for infektioner. Men generelt vil mange for tidligt fødte børn have øget følsomhed over for stimuli den første tid, måske op til et til to år, og vil have brug for en rolig forudsigelig hverdag.

Origo siger tak for en række interessante svar! ■