



Kenguru Mother Care er mulig å praktisere også med barn på respirator. Foto: Nyfødtintensiv avdelingen, OUS Ullevål. Tillatelse gitt av foreldrene.

DE GODE HISTORIENE I PEDIATRIEN

Kengurumetoden: “A philosophical and practical turn of mind”

Helt siden antikken har mødre i alle verdensdeler holdt sine babyer i sjal surret til kroppen for å være i stand til å gjøre forskjellige aktiviteter mens de hadde barnet hos seg. Kangaroo Mother Care (KMC) metoden ble beskrevet første gang av barnelegen Edgar Rey ved Universidad Nacional de Colombia Bogota/Columbia i 1978 .

AV SOLFRID STEINNES, SIW TREIDER, NINA M. KYNØ OG STEFAN KUTZSCHE,
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, NYFØDTINTENSIVAVDELINGEN ULLEVÅL

Programmet ble deretter videreutviklet av H. Martinez and L. Navarrete ved Instituto Materno Infantil. UNESCO ble oppmerksom på programmet i 1979 og Andrew Whitelaw & Katherine Sleath publiserte modellen på engelsk i Lancet i 1985 (1).

Bakgrunnen for å bruke mødre som menneskelige kuvøser var mangel på teknologiske ressurser og risiko for sykehusinfeksjoner. Legene tenkte at den fysiologiske likevekten av premature barn eller barn med lav fødselsvekt kunne bedre opprettholdes ved å legge barna hud mot hud til sine mødre. Det ville sikre stabil kroppstemperatur og stimulere til amming. De psykososiale effektene ble observert og sett på som et tilleggs gode. Mødrene ble værende i sykehuset og opplevde at de hadde en viktig rolle som mor på sykehuset.

Fordelene med KMC har vært belyst gjennom en rekke vitenskapelige undersøkelser. Den mest representative studien av metoden ble i 1994 publisert av "Fundación Canguro" der en kunne dimensjonere fordelene, ikke bare for vekst, men også den psykososiale og følelsesmessige utviklingen hos barnet og de positive effekter av dette hos foreldrene (3). Gevinsten ble blant annet bedre tilknytning mellom foreldre og barn, mindre skyldfølelse og opplevelsen av å være en familie. KMC har bidratt til å utvikle nye omsorgsmodeller i nyfødttmedisinen med "minimal handling", NIDCAP® og familiebasert omsorg (FBO). Omsorgsmodellen var egentlig tenkt å anvendes for premature eller SGA barn. Imidlertid har det vist seg at nytten av hud til hudkontakt også er positiv for terminfødte barn. I dag vet vi at perioder med bare en time er tilstrekkelig til å fremme nevron-sensorisk utvikling hos terminbarn. Hos premature barn er KMC, minimum to timer flere ganger per dag, en viktig behandling for å fremme nevrologisk utvikling, stimulering av respirasjon og kroppslig vekst.

Randomiserte studier viste at KMC er en viktig fremmede faktor for amming ved utskrivning. Studier viste at modellen

kan redusere risikoen for nosokomiale infeksjoner ved inntil 41 uker korrigeret gestasjonsalder, insidens av alvorlig sykdom eller nedre luftveisinfeksjoner ved 6 mnd alder og bedre vektøkning per dag samt bedre psykomotorisk utvikling ved 12 mnd alderen (4).

KMC i verden

Fordi KMC er en omsorgsmodell som krever få tilpasninger og økonomiske midler har WHO engasjert seg for å spre denne modellen også i lav-kostnadsland. De publiserte i 2003 en veileder på flere språk, og er aktive i å formidle fordelene for barnets medisinske tilstander, utvikling og for tilknytningen mellom foreldrene og barnet (5,6)

KMC i Skandinavia

Vi står foran et paradigmeskifte i bruken av KMC i Skandinavia. Fra tidligere å tilby intermitterende KMC om foreldrene ønsket det, til dagens og framtidens praksis. Ekspertene hevder at døgnbasert KMC bør være den foretrukne omsorgsmodellen, hvor barnet ligger ute hud-mot-hud hos en av foreldrene så mange timer i døgnet som mulig. Nyquist og en internasjonal ekspertgruppe for KMC publiserte i 2010 retningslinjer for implementering av KMC i høyteknologiske nyfødtafdelinger (7).

1. Foreldre bør få informasjon om fordeler ved KMC før fødsel, og underveis i oppholdet.
2. Barn > GA 32 uker bør om mulig få "kenguru-mottak".
3. Barn GA 28-31 uker tilstrebes KMC umiddelbart etter initial stabilisering
4. Barn GA < 27 tilstrebes KMC i løpet av første leveuke om stabile.
5. Barn født etter sectio tilstrebes å ligge hud mot hud umiddelbart etter fødsel før transport til nyfødttintensiv
6. Dersom mors tilstand ikke tillater KMC, er far primær KMC utøver.
7. Barn som er stabile, kan transporteres i KMC posisjon fra føde/operasjon til nyfødt.
8. Barnet vurderes fortløpende klinisk med tanke på å utføre prosedyrer i kenguruposisjon.

KMC anses i dag som forløper til FBO. I en integrert og familiebasert omsorgsmodell defineres foreldrene som barnets viktigste omsorgspersoner. Her samarbeider helsepersonell tett med foreldrene, noe som forutsetter kontinuerlig informasjon, emosjonell støtte og samspillsveiledning.

Foreldre veiledes i å utføre forflytning fra kuvøse/ seng til brystet så tidlig som mulig. Helsepersonell med kompetanse legger til rette for KMC. Avdelingen har nødvendig utstyr (tekstiler, lenestoler, seng mm). Foreldre kan overnatte sammen med barnet. Målet er å skape et fysisk harmonisk miljø som tilpasses KMC prinsippene (lys og støy). Avdelingen har ansvar for at oppgaver, mål og rutiner tilpasses KMC, og at barnet overvåkes forsvarlig.

Flere skandinaviske avdelinger har hardt arbeidet med å innføre KMC. Nyfødtafdelingen i Vestre Viken er et meget godt eksempel på en avdeling som har tilpasset KMC i Nyfødttintensivavdelingen. I Drammen tilbys enerom til alle barn der det er plass til begge foreldrene og søsken, og hvor den fysiske utformingen muliggjør KMC 24/7.

Blomqvist og medarbeidere (8), ved Akademiska Sjukhuset i Uppsala, har kartlagt faktorer som fremmer eller hemmer KMC ved hjelp av en spørreundersøkelse av foreldre. Resultatene viser at samarbeid mellom foreldrene imellom, at de deler på oppgaven med å være "kenguru" foreldre etter tur, er faktorer av stor betydning for å gjennomføre KMC. Gruppen fant at nettverket hjemme ga viktig støtte til praktiske oppgaver i

"Kangaroo Care will enhance and reinforce parents' active participation in the care and survival of their premature baby, at a time when separation and high-technology environments are considered normal procedure." Tallandini MA (2)



Illustrasjon av Kangaroo Mother Care (KMC). Tillatelse er gitt av foreldre. Foto Siw Treider

hjemmet og omsorg for søsken. Foreldrene ga uttrykk for at informasjon og veiledning fra helsepersonell var nyttig. Foreldrenes forståelse av at KMC var til barnets beste og at de følte de hadde tid til å være på sykehuset, ga støtte og motivasjon til å "holde ut" et ofte langvarig opphold.

For å kunne gjennomføre KMC, trengte foreldrene en privat og rolig atmosfære for å kunne slappe av sammen med babyen. De ønsket å være skjermet for støy og andre forstyrrelser. Faktorer som virket negativt inn på KMC, var smerte og begrenset fysisk helse. Dersom de hadde andre barn hjemme som trengte foreldrene var det vanskelig å gjennomføre KMC.

Det foreligger flere andre studier på effekt av KMC på amming, tilknytning,

smertelindring og temperaturstabilitet. Studiene er i hovedsak utført på modne premature, og terminfødte barn. Det ville vært interessant å undersøke ulike effekter av KMC også hos ekstremt premature barn. KMC bør være gullstandard for premature og syke nyfødte, og avdelinger bør endre både fysiske rammer og drift for å legge til rette for dette. Kultur,- og holdningsendring er nødvendig, og helsepersonell må vise vilje til å anerkjenne foreldrene som de viktigste omsorgspersonene ved å muliggjøre KMC.

Referanser

1. Whitelaw A. & Sleath K. 1985. Myth of the marsupial mother; home care of very low birth weight babies in Bogota, Columbia. *The Lancet* 325, 8439: 1206-1208. doi:10.1016/S0140-6736(85)92877-6
2. Tallandini MA., 2006. Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction *Infant Mental Health Journal* 27(3):251-275.
3. Charpak N., Ruiz-Peláez J.G., Charpak Y. 1994.

Rey-Martinez Kangaroo mother program: An alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study *Pediatrics* 94 (6):804-810

4. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. 2011. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
5. World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practical guide. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
6. Charpak N 2005. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica* 94(5):514-522.
7. Nyqvist, KH and an Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care 2010. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica* 99: 812-819
8. Blomqvist et al. 2012. Provision og Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scand J Caring Sci* 27: 345-353