

# Helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn

*En kartleggingsundersøkelse*

Ellen Solstad Olavesen



Mastergradsoppgave ved Institutt for  
sykepleievitenskap og helsefag  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

21.05.2010



© Ellen Solstad Olavesen

2010

Helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn.

En kartleggingsundersøkelse.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|   |          |
|---|----------|
| Navn:   | Dato:    |
| Ellen Solstad Olavesen  | 21.05.10 |
| Tittel og undertittel: Helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn. En kartleggingsundersøkelse.  |          |
| <u>Sammendrag:</u><br><p>Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge og beskrive helsesøstres kompetanse, opplevde kompetansebehov og oppfølging av premature barn på helsestasjonen. Kartleggingen av oppfølging dreier seg om i hvilken grad <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2007, er implementert i helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år.</p> <p>Bakgrunn: Eksisterende forskning har dokumentert økt forekomst av vansker blant premature barn. Vanskene dreier seg om tilpasningsvansker, atferdsmessige og sosio-emosjonelle utviklingsforstyrrelser. Helsesøstre har en viktig funksjon i oppfølging og tverrfaglig samarbeid rundt disse barna og deres familier.</p> <p>Metode og utvalg: Den empiriske studien har et beskrivende design med postalt survey som metode. Spørreskjemaet er egenutviklet med elementer fra Andersson, Osberg og Norvolls instrument fra 2006. Instrumentet ble pilottestet og deretter sendt til 122 helsesøstre i en region på Østlandet. Svarprosenten var 69 % (N=84). Statistiske analyser ble foretatt med SPSS versjon 16.0.</p> <p>Resultater: Studien avdekker et høyt nivå av videreutdanning blant helsesøstrene, men også at de opplever et udekket behov for mer kunnskap og kompetanse i oppfølging av premature barn. Helsesøstrene opplever i stor grad å ha kompetanse i vurdering av språkutvikling og bruker kartleggingsverktøy i dette arbeidet. Helsesøstrene opplever behov for flere kartleggingsverktøy og metoder i helsestasjonstjenesten. <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> er i noen grad implementert i praksis.</p> <p>Konklusjon: Helsesøstre bør få tilbud om kompetansehevede tiltak svarende til identifiserte behov i denne studien. <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> bør videre implementeres i praksis.</p> |          |
| Nøkkelord:  |          |
| Helsesøster, helsestasjon, kompetanse, kunnskap, tverrfaglig samarbeid, premature/for tidlig fødte barn, oppfølging.  |          |



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|   |          |
|---|----------|
| Name:   | Date:    |
| Ellen Solstad Olavesen  | 21.05.10 |
| Title and subtitle: Public health nurses' competence and follow-up of premature children. A survey.   |          |
| <u>Abstract:</u><br><p>Purpose: The purpose of this study was to identify and describe public health nurses' competence, their perceived need for more competence and follow-up of premature children in public health services. The survey of follow-up focused on to which degree <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> (Directorate for Health and Social Affairs, 2007a) is implemented in public health services for children 0-5 years.</p> <p>Background: Existing research has documented a high prevalence of difficulties for premature children. The difficulties vary from adaptive to behavioral and sosio-emotional developmental problems. Norwegian public health nurses play an important role in the follow-up and the interdisciplinary collaboration regarding these children and their families.</p> <p>Method and selection: The empirical study has a descriptive design using a postal survey. The questionnaire was developed, using parts of Andersson, Osberg og Norvoll's instrument from 2006. The instrument was pilot-tested and then sent to 122 public health nurses in a region of East Norway. The response rate was 69 % (N=84). Statistical analyses were performed using SPSS version 16.0.</p> <p>Results: The study revealed that public health nurses have a high level of postgraduate and further education, but also revealed a perceived need for more knowledge and competence in the follow-up of premature children. Public health nurses experience high competence in language assessment and use assessment tools in this work. Public health nurses experience a need for more assessment tools and methods in public health services. <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> is to some extent implemented in practice.</p> <p>Conclusion: Priority should be given to public health nurses' need for competence development identified in this study. <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> should be further implemented in practice.</p> |          |
| Key words:  |          |
| Public health nurse/nursing, public health services, competence, knowledge, interprofessional/interdisciplinary collaboration, premature/prematurely born children, follow-up.  |          |



# FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik prosess der flere personer har bidratt til resultatet. Studien har latt seg gjennomføre takket være velvillige og interesserte ledende helsesøstre og helsesøstre i kommunene. Det rettes derfor en stor takk til respondentene og deres ledere som har tatt seg tid til å delta tross en travel hverdag. Lykke til videre med arbeidet på helsestasjonen! Takk til pilotgruppen og alle som har lest spørreskjemaet på oppfordring og kommet med nyttige tilbakemeldinger. Takk til Helle Wessel Andersson for tillatelse til å bruke utdrag av SINTEFs spørreskjema fra 2006.

Jeg vil også takke Lisbeth for gode samtaler om fagutvikling i praksis, Frode for teknisk hjelp og engelskspråklig korrektur, Anne Lene for tverrfaglige diskusjoner og Thomas for korrektur og faglige innspill. Takk til en fantastisk ektemann som har vært med på denne oppgaven uten annet enn godt humør og humor. Til slutt vil jeg takke min veileder Kari Glavin, som har løftet perspektivet og reflektert sammen med meg i nesten to år. Det har vært lærerikt! Takk for uvurderlige tilbakemeldinger og innspill i forhold til oppgaven og egen praksis.

Det å være helsesøster er en viktig jobb, der vi har uante muligheter til å utvikle oss som dyktige fagutøvere i et allsidig, utfordrende og stadig endrende yrke. Vi har en helt spesiell funksjon for de familier som behøver vår kompetanse, støtte og tilgjengelighet. Etter å ha foretatt studien er jeg overbevist om at kompetanse og kunnskap er av avgjørende betydning for å gi premature barn med familier et godt tilbud på helsestasjonen. Jeg ser frem til implementering og bruk av flere gode kartleggingsverktøy og metoder i helsestasjonstjenesten. I tillegg til å øke kvaliteten på tilbudet og vår kompetanse, er jeg overbevist at vil det ha betydning for helsesøstres tilfredshet i arbeidet med barn og omsorgspersoner.

Det var vel neppe prematurforeldre U2 og Salman Rushdie tenkte på da de skrev *The Ground Beneath Her Feet*, men for meg kan teksten beskrive bruddet mellom foreldres forventninger og realiteter ved det premature barns fødsel.

The Ground Beneath Her Feet  
All my life, I worshipped her.  
Her golden voice, her beauty's beat.  
How she made us feel, how she made me real.  
And the ground beneath her feet.  
And the ground beneath her feet.

And now I can't be sure of anything.  
Black is white and cold is heat.  
For what I worshipped stole my love away.  
It was the ground beneath her feet.  
It was the ground beneath her feet

Go lightly down your darkened way.  
Go lightly underground. I'll be down there in another day.  
I won't rest until you're found.  
Let me love you, let me rescue you.  
Let me bring you where two roads meet. Oh come back above.  
Where there is only love. Only love...  
Let me love you true, let me rescue you.  
Let me bring you to where two roads meet

Let me love you true, let me rescue you.  
Let me bring you to where two roads meet

(U2 and Salman Rushdie, *The Million Dollar Hotel*, 2000)

Ellen Solstad Olavesen

21.05.10



# Innholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | INNLEDNING .....   | 1  |
| 1.1   | Studiens tema og hensikt .....                                       | 2  |
| 1.2   | Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn ..... | 3  |
| 1.3   | Oppgavens forskningsspørsmål .....                                   | 5  |
| 1.4   | Oppgavens avgrensninger og oppbygning .....                          | 5  |
| 2     | TEORI .....  | 8  |
| 2.1   | Litteratursøk.....   | 8  |
| 2.1.1 | Vurderinger ved valg av litteratur og forskning .....                | 9  |
| 2.2   | Kunnskap og kompetanse .....   | 10 |
| 2.3   | Helsesøsters praksisfelt og kunnskapsgrunnlag .....                  | 14 |
| 2.4   | Premature barn og deres familier.....                                | 17 |
| 2.5   | Oppfølging av premature barn.....                                    | 21 |
| 2.5.1 | Programmer, kartleggingsverktøy og metoder i oppfølging .....        | 23 |
| 2.5.2 | Hjemmebesøk.....   | 28 |
| 2.5.3 | Foreldreopplevelser .....  | 30 |
| 2.6   | Tverrfaglig samarbeid.....   | 31 |
| 2.7   | Oppsummering .....   | 33 |
| 3     | DESIGN OG METODE.....  | 35 |
| 3.1   | Design.....  | 35 |
| 3.2   | Metode .....   | 35 |
| 3.3   | Utvalg og adgang til forskningsfeltet .....                          | 36 |
| 3.4   | Metodologiske utfordringer og gjennomføring av undersøkelsen .....   | 38 |
| 3.5   | Utarbeidelse av spørreskjema.....                                    | 38 |
| 3.6   | Pilotundersøkelse.....   | 41 |
| 3.7   | Reliabilitet og validitet .....                                      | 42 |
| 3.7.1 | Reliabilitet .....   | 42 |
| 3.7.2 | Validitet.....   | 44 |
| 3.8   | Etiske overveielser.....   | 46 |
| 4     | ANALYSER OG FUNN.....  | 48 |
| 4.1   | Analyse av data.....   | 48 |
| 4.1.1 | Manglende data .....   | 49 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 4.2 | Demografiske data.....   | 50  |
| 4.3 | Formell kompetanse .....   | 51  |
| 4.4 | Reell kompetanse.....  | 53  |
| 4.5 | Kompetansehevende tiltak.....  | 53  |
| 4.6 | Nettbaserte informasjonskilder.....  | 55  |
| 4.7 | Tverrfaglig samarbeid.....   | 57  |
| 4.8 | Oppfølging på helsestasjonen.....  | 59  |
| 4.9 | Oppsummering av resultatene .....  | 64  |
| 5   | DISKUSJON.....   | 66  |
| 5.1 | Helsesøsterkompetanse.....   | 66  |
| 5.2 | Kompetansebehov .....  | 70  |
| 5.3 | Bruk av nettbaserte informasjonskilder .....                                     | 73  |
| 5.4 | Samarbeid mellom helsesøster og andre faggrupper.....                            | 76  |
| 5.5 | Helsesøsters oppfølging av premature barn og deres foreldre .....                | 81  |
| 5.6 | Programmer, kartleggingsverktøy og metoder i helsestasjonstjenesten.....         | 86  |
| 5.7 | Faktorer ved studiens design og metode som kan påvirke resultatene.....          | 90  |
| 6   | OPPSUMMERING .....   | 92  |
| 6.1 | Anbefalinger for videre forskning .....  | 94  |
| 6.2 | Anbefalinger for praksis .....   | 95  |
|     | Litteraturliste .....  | 98  |
|     | <br>   |     |
|     | Vedlegg 1: Endringsskjema NSD .....  | 106 |
|     | Vedlegg 2: Informasjonsskriv til ledende helsesøstre.....                        | 108 |
|     | Vedlegg 3: Informasjonsskriv til helsesøstre .....                               | 109 |
|     | Vedlegg 4: Purring på manglende besvarelser.....                                 | 110 |
|     | Vedlegg 5: Godkjenning NSD .....   | 111 |
|     | Vedlegg 6: Spørreskjema .....  | 113 |
|     | <br>   |     |
|     | Tabeller   |     |
|     | Tabell 1: Benners modell for utvikling i praktisk yrkesutøvelse .....            | 13  |
|     | Tabell 2: Verdens Helse Organisasjons (WHOs) definisjon av prematur fødsel.....  | 17  |
|     | Tabell 3: Verdens Helse Organisasjons (WHOs) definisjon av fødselsvekt.....      | 17  |
|     | Tabell 4: Frekvensfordeling av ervervede eller påbegynte videreutdanninger ..... | 52  |
|     | Tabell 5: Frekvensfordeling av ønskede videreutdanninger .....                   | 54  |

|  |    |
|--|----|
| Tabell 6: Krysstabell: ervervet videreutdanning-behov for videreutdanning .....    | 54 |
| Tabell 7: Frekvensfordeling av ønskede etterutdanninger .....                      | 55 |
| Tabell 8: Årsaker dersom samarbeidet ikke fungerer godt .....                      | 58 |
| Tabell 9: Frekvens av samarbeid med andre instanser.....                           | 59 |
| Tabell 10: Frekvensfordelinger av programmer, kartleggingsverktøy og metoder ..... | 60 |
| Tabell 11: Hjemmebesøk til familier med premature barn .....                       | 63 |

## Figurer

|  |    |
|--|----|
| Figur 1: Prosentvis fordeling av respondentene i grupper etter erfaring som helsesøster .....                | 51 |
| Figur 2: Helsesøstre med ervervet eller påbegynt videreutdanning .....                                       | 52 |
| Figur 3: Bruk av nettbaserte informasjonskilder.....   | 56 |
| Figur 4: Gruppevis fordeling av bruk av nettbaserte informasjonskilder .....                                 | 56 |
| Figur 5: Tilfredshet med egen kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid .....                            | 57 |
| Figur 6: Grad av fungerende samarbeid med andre instanser.....   | 58 |
| Figur 7: Gruppevis fordeling av bruk av programmer, metoder og kartleggingsverktøy på<br>helsestasjonen..... | 61 |
| Figur 8: Gruppevis fordeling av behov for programmer, metoder og kartleggingsverktøy.....                    | 61 |
| Figur 9: Kjennskap til ” <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn</i> ” .....       | 62 |
| Figur 10: Formidling av beskjed om prematur fødsel.....  | 63 |
| Figur 11: Bruk av korrigererte percentilskjema .....   | 64 |



# 1 INNLEDNING

For tidlig fødte barn regnes som barn som kan være i risiko for utvikling av vansker, avhenging av grad av prematuritet og komplikasjoner. Tidlig innsats er derfor nødvendig for å fremme god helse hos barn og deres foreldre. I 2007 utga Sosial- og helsedirektoratet *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*, som gir anbefalinger for hvordan god kvalitet på tilbudet til premature barn og deres familier kan sikres. Helsestasjonen er en viktig del av dette tilbudet. Helsestasjonstilbudet har nær 100 % oppslutning i Norge og er den tjenesten i kommunene der foreldrene først henvender seg ved behov for hjelp (Dalgard, 2006). Helsesøstertjenesten er en lovpålagt tjeneste og en del av den samlede sykepleietjenesten i kommunene (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982). Helsesøstre er den største yrkesgruppen i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen og møter alle familier. Helsesøsters kunnskap og kompetanse er derfor avgjørende for den oppfølging premature barn og deres familier får i kommunehelsetjenesten.

Premature barn utgjør en liten gruppe barn, ca 7,5 % av barn som helsesøster møter i arbeidet på helsestasjonen. For tidlig fødte barn kan derfor forekomme sjeldent i enkelte kommuner, særlig i små kommuner. På grunn av omfanget kan erfaring og kunnskap om denne gruppen barn være begrenset i primærhelsetjenesten. Foreldre til premature barn kan i større grad oppleve stress og utrygghet enn foreldre til fullbårne, friske barn, og ha større behov for veiledning og oppfølging (Stjernqvist, 1999). Forskning viser at veiledning av omsorgspersoner i forståelse av barnet, har en utviklingsmessig gunstig effekt på barn og foreldre. Denne veiledningen kan redusere stress hos omsorgspersonene, og øker deres trygghet og tilfredshet. Sannsynligvis har kvaliteten på det tidlige samspillet stor betydning for barnas sosiale, kognitive, språklige og emosjonelle utvikling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a, Hansen og Jacobsen, 2008). Målsetningen for arbeid med sped- og småbarn på helsestasjonen er at flere barn i risiko for utvikling av vansker blir identifisert tidlig og hjulpet lokalt i førstelinjetjenesten. Dette handler om å stimulere til et positivt samspill, styrke foreldrekompetansen i sensitivitet og forståelse for barnet, sikre et godt sosialt nettverk, kartlegge vansker og tilby tidlig hjelp på alle nivåer i hjelpeapparatet (Hansen og Jacobsen, 2008).

Helsestasjonen har en sentral rolle i tverrfaglig samarbeid rundt barn og deres familier. Helsesøster initierer ofte samarbeidet på bakgrunn av foreldres henvendelse eller etter identifisering av vansker eller bekymringsfull utvikling. Da barns vansker ofte er sammensatte er det behov for å utnytte den samlede faglige kompetansen i kommune og spesialisthelsetjeneste (Dalgard, 2006). Helsetjenesten skal yte brukerorienterte tjenester med vekt på tverrfaglighet og kunnskapsbasert praksis. Målet for tjenestene er at de involverer brukere, er virkningsfulle, trygge, samordnede og preget av kontinuitet. Implementering av *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* skal bidra til en god og forsvarlig tjeneste. Kvalitetsforbedring kan videre gjøres gjennom å definere god praksis, identifisere gapet mellom dagens praksis og den ønskede praksis, og redusere gapet mellom det tjenesteyterne kan og gjør (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b).

## **1.1 Studiens tema og hensikt**

Valg av tema har bakgrunn i oversiktartikler (Reinar, Kornør, Langengen og Markestad, 2005; Hviding, 2006; Hansen og Jacobsen, 2008) som viser stor variasjon i praksis vedrørende oppfølging på helsestasjonen, og at de faglige retningslinjene legger føringer for oppfølgingen på helsestasjonen. Samtidig viser forskning at tidlig identifisering, støtte og intervensjon har betydning for premature barns og deres familiers helse og trivsel (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Hensikt med studien er å få kunnskap om helsesøsters kompetanse og opplevde kompetansebehov, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av premature barn og deres familier på helsestasjonen. Kartlegging av eksisterende kompetanse er et utgangspunkt for å finne kompetansehevede tiltak. Kunnskapen vil kunne ha en overføringsverdi til helsesøsterutdanningen, der resultatene kan bidra til diskusjon om vektlegging av undervisning om oppfølging av premature barn. Likeledes kan den synliggjøre tema som helsesøstre opplever behov for økt kunnskap om i praksis, da spesialisthelsetjenesten har et ansvar for kompetanseoverføring om prematuritet. Denne studien tar også for seg bruk av nettbaserte informasjonskilder for oppdatert kunnskap om premature barn og deres utvikling. Disse er enkle og lett tilgjengelige kilder til kunnskap i yrkesutøvelsen.

Premature barn har fått økt oppmerksomhet de senere år, og det vurderes som svært viktig med tidlig identifisering og iverksetting av tiltak som kan forebygge skjevutvikling. Studien omhandler bruk av og behov for programmer, kartleggingsverktøy og metoder for identifisering og oppfølging av vansker på helsestasjonen. De faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) framhever behovet for en tverrfaglig tilnærming og kompetanse i oppfølging av premature barn og deres familier for å kunne tilby tjenester preget av kontinuitet, helhet og høy kvalitet. Foreldre og premature barn kan ha behov for sammensatte tjenester på bakgrunn av de ulike vansker de kan oppleve (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Hansen og Jacobsen, 2008). Studien kartlegger forekomst av samarbeid mellom ulike aktører i oppfølging av premature barn og helsesøstres opplevelse av samarbeidet. Spørsmål vedrørende opplevelse av samarbeid kan identifisere opplevde barrierer for et godt samarbeid. Kunnskap om dette kan synliggjøre helsesøsters rolle i arbeidet med premature barn og tverrfaglig samarbeid.

## **1.2 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn**

Hensikten med de faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) er å sikre god kvalitet i oppfølging av premature barn. De anbefales en mer omfattende og målrettet oppfølging innen primær- og spesialisthelsetjenesten enn for fullbårne barn. Oppfølgingen skal tilpasses grad av prematuritet og komplikasjoner knyttet til fødsel og nyfødtpperiode, og den skal strekke seg fra utskrivelse fra sykehuset til skolealder. De faglige retningslinjene er bygget på oppdatert faglig kunnskap om premature barn og tiltak i oppfølgingen.

Retningslinjene vektlegger å støtte opp om foreldrenes omsorg, kartlegging av behov og iverksetting av adekvate tiltak. Sosial- og helsedirektoratet (2007a) understreker at primærhelsetjenesten har hovedansvaret for oppfølging av premature barn og deres familier. Et særlig ansvar tillegges fastlege og helsestasjon, mens andre kommunale instanser skal involveres ved behov. Det skal være lav terskel for henvisning til spesialisthelsetjenesten dersom det oppstår bekymringer. I følge retningslinjene (ibid.) skal spesialisthelsetjenesten rutinemessig følge barn med spesielle risikofaktorer, herunder barn med fødselsvekt under 1000 gram og gestasjonsalder mindre enn 28 uker (ibid.). Alle premature barn som har vært innlagt på nyfødtafdeling bør tilbys oppfølging utover det etablerte helsestasjonsprogrammet

(Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Helsestasjonen og eventuelt andre instanser i hjemkommunene skal være godt informert om barnet og familiens situasjon før utskrivelse fra sykehuset. Dette kan gjøres ved at nyfødtavdelingens personell og foreldre møter helsesøster, fastlege og eventuelt andre instanser før hjemreise. På denne måten kan ansvarsforhold avklares og forholdet mellom helsesøster og foreldre etableres slik at trygghet for foreldrene kan økes før utskrivelse. Ved spesielle utfordringer den første tiden hjemme, kan det være fortsatt behov for kontakt med nyfødtavdelingen for å ivareta foreldrenes trygghet. Målet er at foreldrene blir så trygge som mulig i sin omsorg for barnet, det er godt dokumentert at dette gir gode utviklingsmuligheter for barnet (ibid).

Sosial- og helsedirektoratet (2007a) foreslår at helsepersonell bør få økt trygghet i oppfølgingen av barna og familiene gjennom økt kunnskap. Retningslinjene foreslår å øke relevant personells kunnskap om premature barn med styrking i grunn- og videreutdanningene, samt ved etterutdanningskurs. Sosial- og helsedirektoratet hevder at undervisningen i utdanning av helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk personell er mangelfull i forhold til denne gruppen barn. Mangel på kompetanse kan skape utrygghet hos fagpersonell, som kan overføres til foreldre. Anbefalinger i retningslinjene er vektlegging av prematures mulige vansker og behov i fagplaner ved utdanningsinstitusjoner. Sosial- og helsedirektoratet foreslår også et meritterende 2 dagers etterutdanningskurs for relevant personell. I retningslinjene presiseres det at spesialisthelsetjenesten har et formelt ansvar for kunnskapsoverføring til førstelinjetjenesten, både i forhold til det enkelte barn og gjennom generell opplæring. Barneavdelinger oppfordres i tillegg å arrangere regelmessige seminar for fagpersoner med oppfølgingsansvar (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Helsebiblioteket har evaluert de faglige retningslinjene, og disse anbefales varmt for implementering i praksis på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget (Helsebiblioteket, 2009).



## 1.3 Oppgavens forskningsspørsmål

I studien ønskes følgende forskningsspørsmål besvart:

- Hvilken kompetanse har helsesøstre i form av videreutdanning utover helsesøsterutdanningen?
- Hvordan oppfatter helsesøstre sin kompetanse i identifisering av vansker og oppfølging av premature barn?
- Hvilke kompetansehevende tiltak opplever de behov for?
- Brukes nettbaserte kunnskapskilder i helsestasjonsarbeidet? Hvis ja, hvilke?
- Hvilke samarbeidspartnere har helsesøstre i oppfølging av premature barn? Og i hvilken utstrekning foregår samarbeidet?
- I hvilken grad er *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) kjent og implementert i helsestasjonens virksomhet?
- Hvilke programmer, kartleggingsverktøy og metoder brukes av helsesøstrene på helsestasjonen?
- Har helsesøstrene spesielle ønsker vedrørende programmer, kartleggingsverktøy og metoder til bruk på helsestasjonen?

## 1.4 Oppgavens avgrensninger og oppbygning

Jeg vil her presentere de avgrensninger og den oppbygningen oppgaven har. Rammer for mastergradsoppgaven begrenser omfanget av oppgaven. Temaene i oppgaven er mangfoldige og komplekse, det var derfor nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Avgrensninger er gjort i forhold til kompetansebegrepet. Kompetanse er et mangetydig begrep. Det er vektlagt redegjørelse for begrepet i form av formell og reell kompetanse, og ulike aspekter ved kompetansebegrepet presenteres kort. Kompetansebegrepet er nært knyttet til læring, mestring og motivasjon. Teori vedrørende disse begrepene diskuteres ikke i denne oppgaven.

Forskning og litteratur i oppgaven er både norsk og internasjonal. I oppgaven er det også inkludert forskning fra andre fagområder, som medisin, sosiologi, pedagogikk og psykologi. Forskning som belyser effekt av tiltak og oppfølging av premature barn og deres familie er vektlagt, i tillegg til forskning som omhandler deres behov for oppfølging. Studien tar for seg helsesøsters oppfølging til premature barn og deres familier. Derfor problematiseres ikke årsaker til prematuritet, gestasjonsalder eller grenser for behandling av premature barn, da jeg oppfatter dette som utenfor oppgavens problemstilling og av mindre betydning for helsesøsters oppfølging på helsestasjonen. De faglige retningslinjene danner rammer for oppgaven i form av anbefalinger for helsestasjonstilbudet. Premature barn med behov for oppfølging defineres som i de *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) der alle premature barn under 37 uker som har vært innlagt i nyfødtafdeling skal få tilbud om oppfølging utover det ordinære helsestasjonstilbudet. Oppgaven går ikke i dybden på spesifikke tema som amming, ernæring, bestemte vansker, medisinske tilstander og diagnoser hos premature barn, selv om disse er naturlige tema i oppfølging på helsestasjonen. Vekst utdypes imidlertid noe, da det har betydning for adekvate rammer for tilbudet på helsestasjonen og er av mer generell betydning for de fleste premature barn. Oppfølging og metoder som brukes på nyfødtafdeling er ikke presentert der ikke disse fortsetter utover oppholdet på nyfødtafdelingen. Programmer, kartleggingsverktøy og metoder som presenteres i denne oppgaven og studien er vurdert i forhold til identifisering av vansker og oppfølging av premature barn på bakgrunn av risiko. De er ikke vurdert som screeninginstrumenter. Derfor drøftes heller ikke dilemmaer ved screening, selv om noen av disse brukes rutinemessig ved undersøkelse av alle barn på helsestasjonen. Studien undersøker ikke prematurforeldres opplevelser eller meninger. Det er trukket inn funn fra to studier i Norge som omhandler prematurforeldres opplevelser av oppfølging på helsestasjonen.

I dette første kapitlet presenteres bakgrunn for og hensikt med studien. Studiens hensikt er konkretisert i forskningsspørsmål.

Teori som omhandler temaene presenteres i kapittel 2. De teoretiske begrepene som vektlegges er kunnskap, kompetanse og tverrfaglig samarbeid. Begrepene presentert her danner rammer for begrepene i spørreskjemaet.

I kapittel 3 beskrives design og metode, utvalg, metodologiske vurderinger, instrument, pilottesting, vurdering av reliabilitet og validitet og avsluttes med etiske vurderinger.

I kapittel 4 presenteres funn fra undersøkelsen.

De viktigste resultatene fra undersøkelsen og aktuell teori diskuteres i kapittel 5. Disse presenteres ut fra forskningsspørsmålene.

I kapittel 6 oppsummeres funnene og oppgaven avsluttes med anbefalinger for videre forskning og for praksisfeltet.

## 2 TEORI

I dette kapitlet presenteres forskning og annen litteratur som er aktuell i forhold til studiens hensikt og tema. Først presenteres litteratursøk og vurderinger ved valg av teori og forskning. Litteraturgjennomgangen skal bidra til å legge et fundament og legitimere behovet for studien (Polit og Beck, 2004). Videre presenteres teori og forskning etter temaene kunnskap, kompetanse og helsesøsters praksis og kunnskapsgrunnlag. Det er også vektlagt teori og forskning som belyser tverrfaglig samarbeid, premature barn og oppfølging, programmer, metoder og kartleggingsverktøy for bruk på helsestasjonen. Både systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier er inkludert i oppgaven.

### 2.1 Litteratursøk

Det ble foretatt søk i databaser april, september, november 2008, og april 2009. Forut for databasesøk ble det foretatt søk i Medline's emneordliste MeSH Database (Medical Subject Headings) og Embase's Emtree for å finne emneord og synonymer. Dette ble gjort for at søkene skulle dekke synonymer til søkeord. Følgende begreper ble brukt ved databasesøk: *public health nurse/nursing, health visitor, premature child(ren), follow-up, public health service, competence, knowledge, interprofessional/interdisciplinary relations/cooperation/collaboration, multidisciplinary care team*. Det ble søkt med bruk av enkeltord og ulike kombinasjoner av søkeord. Kombinasjon av søkeord ble foretatt for å oppnå høy grad av fullstendighet, ved at de fanget opp flest mulig relevante referanser på området.

Databaser som ble brukt ved søk er: Cochrane Library, Medline, Cinahl inkludert Cinahl Academic Search Premier, Swemed+, Joanna Briggs Institute, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), EMBASE (Excerpta Medica Database), Maternity and Infant Care, British Nursing Index, AMED (The Allied and Complementary Medicine Database) og PEDro (the Physiotherapy Evidence Database). Søk ble også gjort i UpToDate som er et elektronisk oppslagsverk med peer review ekspertuttalelser. Denne databasen har imidlertid ikke systematiske oversikter.

Det ble først søkt etter systematiske oversikter. Systematiske oversikter oppsummerer og sammenstiller resultater fra alle relevante studier (Laake og Benestad, 2008). På bakgrunn av få relevante oversiktsartikler, ble søkene utvidet både til primærkilder og andre kilder.

Litteratursøk ble gjort i BIBSYS med de samme søkeord som nevnt ovenfor. I tillegg ble norske søkeord brukt enkeltvis og i kombinasjon: *helsesøster, helsestasjon, oppfølging, tverrfaglig samarbeid, premature barn og kompetanse*. Det ble også foretatt manuelle søk i referanselister i sentral faglitteratur og aktuelle forskningsartikler. Ekspertter på feltet innen forskning (R-Bup) vedrørende premature barn ble kontaktet, da det pågår mye forskning innen feltet. Dette gjelder også utprøving og implementering av en del metoder på helsestasjonen. Noen av de inkluderte studiene er pågående studier. Søk etter aktuelle lover, forskrifter og rundskriv ble foretatt i LOVDATA og Helsedirektoratet.

### **2.1.1 Vurderinger ved valg av litteratur og forskning**

Ved funn i databaser ble det vurdert i hvilken tidsperiode studiene var utført. Litteratursøk ble knyttet til perioden 1995-2009. Forskning om premature barns utvikling og behov for oppfølging er unntaksvis eldre enn 10 år, da jeg opplevde det som viktig å ha en oppdatert framstilling. Søk som dreide seg om helsesøsters rolle og arbeid ble ikke regulert av årstall for publisering. Både kvalitative og kvantitative studier ble vurdert som relevant forskning. Det ble imidlertid lagt vekt på at utenlandsk forskning vedrørende kompetanse og tverrfaglig samarbeid, var overførbar til norske forhold som helsesøsters ansvarsområde og funksjon. Norsk og nordisk forskning er vektlagt da disse har en høyere relevans for det norske helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det viste seg å være lite oppsummert forskning som direkte omhandlet temaet helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn og deres familier. Derimot finnes det mye forskning om premature barn og deres utvikling. Mye av denne forskningen handler om risiko for skjevutvikling og vansker barna kan oppleve. Det pågår også mye forskning innen spesialisthelsetjenesten i forhold til oppfølging av premature barn og deres familier. Det finnes en del forskning både i Norge og utlandet som omhandler helsesøsters funksjon i forhold til familier i risiko. Det ble prioritert studier som fokuserte på oppfølging av premature barn og deres familier, og effekt av disse programmene. Andre

oppfølgingsprogrammer for familier i risiko ble også inkludert, da premature barn og deres familier regnes for å være familier i risiko. Siden det stadig pågår mye forskning om premature barn og deres utvikling, har jeg i tillegg hentet data fra enkeltstudier og da særlig norske studier vedrørende utfall av programmer.

## 2.2 Kunnskap og kompetanse

Nortvedt og Grimen (2004) skriver at den vanlige, vestlige måten å forstå kunnskap på, stammer fra den greske tradisjonen. Aristoteles skilte mellom tre kunnskapsformer; *episteme*, *tekhne* og *phronesis*. *Episteme* betegner vitenskapelig kunnskap som omhandler det universelle og lovmessige. Denne kunnskapen er teoretisk, nøytral, objektiv, og kan knyttes til forskningsbasert kunnskap. *Tekhne* er håndverksmessig kunnskap eller kyndighet. *Phronesis* oversettes gjerne med ”klokskap” og omhandler praksiskunnskap. Denne kunnskapen er basert på erfaring, og dreier seg om ferdigheter i å bedømme og handle i ulike situasjoner i praksis. utfordringer i praksis krever ofte mer enn forskningsbasert kunnskap, da praksis ofte består av komplekse situasjoner (Nortvedt og Grimen, 2004).

Kompetansebegrepet defineres som et mer sammensatt begrep enn kunnskap. Begrepet kompetanse er fransk og kommer av det latinske *competentia*, som betyr sammentreff, skikkethet, evne eller kvalifikasjoner, f.eks. til å uttale seg, inneha en stilling eller treffe en beslutning ([www.snl.no](http://www.snl.no)). Kompetanse betyr å ha kvalifikasjoner, dyktighet og evne til fungere og handle adekvat innen et gitt område (Fagermoen, 1998). Begrepet omfatter både formell kompetanse og realkompetanse. Formell kompetanse innebærer dokumentert kompetanse som kan erverves gjennom utdanning. Det skilles mellom etterutdanning og videreutdanning. En vanlig definisjon av begrepet etterutdanning innebærer en oppdatering av eksisterende kompetanse. Dette skjer gjennom kortere kurs som sikter mot fornyelse og ajourføring av en grunnutdanning, uten å gi formell kompetanse i form av studiepoeng. Videreutdanning innebærer tilegnelse av ny formell kompetanse på universitets- og høgskolenivå. Dette dreier seg om enkelttemner eller videreutdanningsprogram på lavere eller høyere grads nivå. Videreutdanning er underlagt eksamens- og vurderingsordninger og gir uttelling i form av studiepoeng (Tobiassen, Døving og Olsen, 2008). Realkompetanse

omhandler kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som ikke er dokumentert gjennom utdanningssystem som fag eller grader, eller sertifisert på annen måte. Denne kompetansen sier noe om hvordan man totalt sett fungerer i yrkesutøvelsen og er i stor grad erfaringsbasert. Kartlegging av formell kompetanse er mindre krevende enn å kartlegge ikke-dokumentert kompetanse, da realkompetanse ikke kan beskrives i form av klart definerte utdanninger, fag og grader (Tobiassen et al., 2008).

Helsesøster er en yrkestittel og innebærer en formell kompetanse som man tilegner seg gjennom utdanning ved høyskole. Gjennom en 3-årig grunnutdanning i sykepleie tilegner helsesøster seg en kjernekompetanse i sykepleie. Spesialistkompetansen er ervervet innen helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom videreutdanning til helsesøster. Helsesøstre kan ha spisskompetanse innen bestemte områder utviklet gjennom kurs, etter- og videreutdanning og gjennom erfaring i praksis. Helsesøstre har et bredt kompetanseregister både gjennom utdanning og erfaringsbasert praksis. Læring på arbeidsplassen og i et fagfellesskap, etter- og videreutdanning er nødvendig for stadig kompetanseutvikling (Glavin, 2007).

Skaus (2005) modell for profesjonell kompetanse består av tre ulike ferdigheter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Denne modellen kan sammenlignes med Aristoteles' inndeling av kunnskap. Teoretisk kunnskap omhandler faktakunnskap, allmenn kunnskap og forskningsbasert viten. Denne kunnskapen endres raskt, og er den mest forgjengelige av kunnskapsformene. Kunnskapsformen er upersonlig og allmenn, og kan tilegnes på mange måter. Yrkesspesifikke ferdigheter representerer det sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som tilhører yrket. Personer med høy ferdighetskompetanse betegnes gjerne som dyktige praktikere. Skau (2005) vektlegger betydningen av personlig kompetanse. Den har med vår menneskelige kvalitet å gjøre, hvem vi er, vår personlige væremåte i forhold til oss selv og andre. Personlig kompetanse består av verdier, holdninger, personlig modenhet, menneskesyn, varme, empati, engasjement og forståelse, og handler om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan. Det er denne kompetansen som er vanskeligst å beskrive, og som tar lengst tid å utvikle. Det er også denne, i følge Skau, som vi har kommet kortest med å utdanne, dokumentere og bedømme. Personlig

kompetanse er ikke lett å teste og vises i liten grad på et eksamensvitnemål. I helsesøsteryrket der samspillet med mennesker er sentralt, er denne kompetanseformen av stor betydning. Ofte er det denne kompetansen som bestemmer hva vi oppnår med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter. Denne kunnskapsformen er personlig, uløselig knyttet til og bygger på erfaring. Personlig kompetanse utvikles gjennom erfaringer, og hvordan vi fortolker og bearbeider disse. Således er den en integrert del av den enkelte helsesøster, men den kan deles med andre gjennom refleksjon over egen praksis (Skau, 2005).

Kirkevolds (1996) definisjon knytter kompetanse til oppgaver som skal utføres, situasjoner man befinner seg i, og til utøveren. Hun beskriver hvordan personlig kompetanse utvikles gjennom integrering av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap i en prosess der erfaring, refleksjon og intuisjon er viktige faktorer. Kompetanse er evnen til å bruke kunnskap og ferdigheter på en god måte i konkrete situasjoner. Kompetansen er således kontekstavhengig og stadig i endring på bakgrunn av de praktiske situasjoner man opplever. Praktisering er nødvendig slik at kunnskapen blir integrert gjennom handling hos yrkesutøveren (Kirkevold, 1996). Benner (1995) og Benner, Tanner og Chesla (2000) beskriver hvordan sykepleiere med lang erfaring forholder seg til komplekse situasjoner med klinisk kompetanse på høyt nivå. Benner har gjort betydelige kvalitative studier i USA av hvilke kompetansenivåer sykepleiere gjennomgår i sin yrkeskarriere for å bli det hun kaller ekspert. Forskingen har gjennom fenomenologiske studier med gruppeintervjuer og observasjon utforsket den kliniske kunnskapen og vurderingers natur. Benner et al (1995, 2000) forskning er kvalitativ og fortolkende, der sykepleiernes egne erfaringer er sentrale. Kompetanse er en integrering av teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og moralsk forståelse. Denne modellen gir inngående beskrivelser av de ulike trinnene i kompetanseutviklingen, hvilke faktorer som fremmer eller hemmer utvikling av sykepleiefaglig kunnskap og kompetanse. Sykepleiekompetanse deles inn i 5 nivåer der man utvikler seg fra novise til ekspertnivå. Ekspertnivået preges av en dypere innsikt i pasientproblematikk ervervet gjennom kunnskaper og lang erfaring. Benners forskning har vist at modellen er godt egnet til å utarbeide målrettede og strukturerte opplæringsprogram (kliniske stiger) for sykepleiere i praksis (Benner, 1995; Solli, 2009). Modellen presenteres i tabell 1.



Tabell 1: Benners modell for utvikling i praktisk yrkesutøvelse

| Utvikling fra  | Til   |
|--|---|
| Støtte i abstrakte prinsipper og regler                            | Bruk av tidligere konkret erfaring  |
| Støtte i analytisk, regelbasert tenkning                           | Bruk av intuisjon   |
| Oppfatning av situasjoner som en samling av like relevante enheter | Oppfatning av situasjoner som en kompleks helhet der visse elementer er relevante |
| En ikke-deltagende observatør utenfor situasjonen                  | En deltagende posisjon, fullstendig engasjement i situasjonen                     |

Basert på Dreyfusmodellen (Benner, 1995)

Benner (1995, 2000) hevder at de erfaringer som sykepleiere gjør gjennom det daglige arbeidet fører til trygghet i møte med pasienter. Sykepleiere mestrer praktiske ferdigheter, gjenkjenner sykdomstegn, planlegger og administrerer sin arbeidsdag. Disse erfaringene utgjør en naturlig del av sykepleiekompetansen og en forutsetning for utvikling av ekspertise. Ekspertise utvikles når klinikeren utprøver og avklarer antagelser, hypoteser, teorier og forventninger gjennom sitt arbeid. Kompetanse på ekspertnivå kommer til uttrykk i en umiddelbar situasjonsforståelse og intuitiv utøvelse uten direkte bruk av regler og retningslinjer. Benners modell er knyttet til kompetanse i konkrete, kliniske situasjoner (Benner, 1995). Sitatet fra Aristoteles kan beskrive ekspertutøverens yrkesutøvelse med vekt på erfaring og moralsk forståelse:

*"Excellence is an art won by training and habituation: we do not act rightly because we have virtue or excellence, but we rather have these because we have acted rightly; 'these virtues are formed in man by his doing the actions'; we are what we repeatedly do. Excellence, then, is not an act but a habit: 'the good of man is a working of the soul in the way of excellence in a complete life...' (Aristoteles, Nicomachean Ethics, Book II, 4; Book I, 7. s. 76).*

Benner et al. (1995, 2000) presiserer at det ikke nødvendigvis er antall år med sykepleierfaring som fører til høy kompetanse. Erfaringer kan imidlertid like godt føre til innlæring av uvaner, feil i praktiske oppgaver, rutinemessig, stereotyp og ukritisk praksis. Derfor er det viktig at erfaringen blir bevisstgjort, det er da den kan kalles kompetanse (Benner et al., 1995, 2000).

## 2.3 Helsesøsters praksisfelt og kunnskapsgrunnlag

Praksis defineres som ”handling”, ”virkeliggjørelse av en hensikt” (<http://www.snl.no>). I dagligtale omhandler praksis en persons benyttelse av sine teoretiske kunnskaper i det praktiske liv, spesielt om praktisk ervervsvirksomhet som utøves. Hos Aristoteles beskrives praksis (”*praxis*”) som en handling og gjennomføring av en beslutning, som er et resultat av tankens overveielse angående hvordan man ut fra et gitt motiv kan oppnå et bestemt mål. Mitt utgangspunkt er at kunnskapen helsesøstre bruker for å planlegge og gjennomføre tiltak i en gitt situasjon, ligger innbakt i de handlinger og gjøremål som utføres. Aristoteles framhever betydningen av å danne gode vaner og å utvikle teori i en praktisk sammenheng. Hos Aristoteles skilles det mellom teori og praksis, der øvelse av rett handling er nødvendig for å kunne praktisere det teoretisk rette (Aristoteles, 1999). Praksis som begrep brukes i denne oppgaven da det rommer yrkesutøvelsen til helsesøster, omhandler arbeidsoppgaver og er der kompetansen kommer til uttrykk, dannes og brukes.

Helsesøstertjenesten bygger på kunnskap fra flere ulike områder og reguleres av statlige føringer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Helsesøstertjenesten er en del av kommunens helsetjeneste, og helsesøster skal utøve sykepleietjeneste som spesifikt ivaretar befolkningsrettet helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I dette arbeidet er kartlegging, planlegging, samordning og utstrakt samarbeid med andre faggrupper og etater sentralt. Det helsefremmende arbeidet skal bedre enkeltindividers livskvalitet og befolkningens helse. Forebyggende helsearbeid skal redusere risikofaktorer og forhindre at sykdom oppstår (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982). I *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) heter det at helsestasjonen skal bestå av helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut. Helsesøsters rolle på helsestasjonen er sentral, da hun møter alle brukerne og kan trekke inn andres kompetanse i arbeidet med barn og deres familier. Sosial- og helsedirektoratets *Veileder til forskrift for helsefremmende og forebyggende arbeid* gir føringer for helsesøsters rutinemessige oppfølging av alle barn (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Helsestasjonsarbeidet er omfattende og helsesøster bruker ulike metoder og strategier i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette innebærer helseundersøkelser, screening, vaksinasjon, veiledning, helseopplysning, undervisning, sosialt nettverksarbeid og hjemmebesøk.

Helsesøster skal overvåke helsetilstanden blant barnefamilier og iverksette tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom. Veiledning og rådgivning på helsestasjonen skal bidra til å styrke foreldrerollen. Helsestasjonen er et frivillig og gratis tilbud til alle gravide, sped- og småbarn med foreldre, og har nær 100 % oppslutning blant familier med barn 0-5 år. Dette gir et unikt utgangspunkt for samarbeid med familiene når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, identifisering av sykdom og funksjonshemming, forebygging og iverksetting av tiltak i forhold til omsorgssvikt (Glavin og Kvarme, 2003).

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, forbedre og fremme folkehelse. Dette arbeidets vitenskapelige grunnlag er folkehelsevitenskapen. I folkehelsevitenskap framheves befolkningsperspektivet, ikke kun det individrettede arbeidet. Helsesøsters yrkesutøvelse baseres seg på teoretisk kunnskapsgrunnlag fra sykepleievitenskap og folkehelsevitenskap. Yrkesutøvelsen er sykepleie kjennetegnet av sosial og samfunnsmessig forståelse, men også sykepleie i form av folkehelsearbeid. Sentralt i tjenesten er det sykepleiefaglige grunnlaget, der forebyggende arbeid er en del av sykepleiefunksjonen. Møter med barnefamilier utfordrer helsesøster på mange områder, både kunnskapsmessig og metodemessig. Fagkunnskap og kyndighet handler om helsesøsters evne til å synliggjøre og anvende sine kunnskaper om barn og familier i møte med brukerne. Helsesøsters kompetanse er en forutsetning for at foreldre skal få tillit til henne, og dermed ta i mot tilbud om helsesøsters tjenester (Glavin og Kvarme, 2003). Helsesøsters oppfølging av barn og deres familier er noe ulikt andre sykepleietjenester, i det helsefremmende og forebyggende fokus er gjennomgripende. Hendersons (1998) definisjon av sykepleie kan beskrive helsesøsters fundament i yrkesutøvelsen:

*”Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.” (Henderson, 1998, s. 45).*

Henderson (1998) sier at sykepleiepraksis er en profesjonell utøvelse som innebærer observasjon, pleie, rådgivning, opprettholdelse av helse, avverging av sykdom, oppsyn med og undervisning av annet personell, formidling og håndtering av medisinsk behandling

foreskrevet av lege eller tannlege. Gjeringen krever omfattende, spesialisert dømmekraft og ferdigheter med utgangspunkt i omsorg. Sykepleiere er i følge Henderson enestående til å diagnostisere, takle menneskelige reaksjoner på sykdom, svakhet, funksjonshemming, livsoverganger, reelle eller mulige trusler mot helse, og å gjøre dette i et forhold preget av tillit og omsorg, som fremmer helse og helbredelse. Sykepleieren har ubegrenset behov for kunnskap innen medisinske og sosiale fagområder og de ferdigheter som bygger på dem (Henderson, 1998).

Andre helsefag grenser til sykepleien og har det samme praksisfeltet, helsetjenesten. Overordnede mål for virksomheten er også i stor grad felles, best mulig livskvalitet og helse. Sykepleien befinner seg mellom ulike fag i den forstand at sykepleie befatter seg med hele mennesket, og er derfor et sammensatt fag. Sykepleie henter kunnskap fra ulike kunnskapstradisjoner og vitenskaper (Kristoffersen, 2005). Killén (2008) framhever at fokus for helsesøstre er flyttet fra sosialmedisinske til psykososiale og relasjonelle forhold. I helsefremmende og forebyggende arbeid rettes i økende grad fokus mot relasjonen foreldre-barn, og foreldrenes forhold til barnets helse og sykdom. Det betyr at helsesøster får viktige forebyggende funksjoner av en annen karakter enn tidligere. Helsesøstre har behov for å integrere andre kunnskaper i praksis. Disse handler om foreldre-barn samspill, tilknytning, kriser, traumer, relasjoner og hvordan håndtere disse. Forebygging med fokus på barn og foreldre er avhengig av å etablere en god relasjon til både foreldre og barn (Killén, 2008).

Andersson, Ose og Norvoll utførte i 2006 en nasjonal kartleggingsundersøkelse på vegne av SINTEF og Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av helsesøstre (NSF LaH). Respondentene besto av 1064 helsesøstre som besvarte et spørreskjema, og et fokusgruppeintervju med sju helsesøstre. Undersøkelsens hovedmål var dokumentasjon av helsesøstres kompetansenivå og kompetansebehov, med vekt på psykisk helse. Kartleggingen omfattet også rapportering av forekomst av veiledning, veiledningsbehov og tverrfaglig samarbeid. Undersøkelsen viste at helsesøstre har mye erfaring, og at mange har utdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. Andersson et al (2006) fant en udekket etterspørsel etter mer kompetanse, spesielt innen feltet psykisk helse. Helsesøstrene i undersøkelsen oppgir at de opplever å ha et viktig ansvar og rolle i kommunenes psykiske helsearbeid. Andersson et

al. konkluderte med at helsesøstrene i undersøkelsen i stor grad er opptatt av at psykiske problemer hos barn og unge er samfunnsmessig og sosialt betinget, og at tjenesten må tilpasses barn og unges behov for helsehjelp. Helsesøstrene mener at de hadde en viktig og sentral rolle i problemstillinger knyttet til psykisk helse hos befolkningen (Andersson et al., 2006).

## 2.4 Premature barn og deres familier

Det normale svangerskap varer i omtrent 40 uker. Prematur fødsel defineres som fødsel før 37 fullgatte svangerskapsuker. Vitenskapelige undersøkelser tar utgangspunkt i svangerskapsalder eller fødselsvekt. I Norge fødes ca. 4400 premature barn årlig, det utgjør ca. 7,5 % av alle fødsler (Medisinsk fødselsregister, 2008). For tidlig fødte barn har høyere risiko enn terminfødte barn for å få sykdommer og skader som kan være av betydning for helse og utvikling. Risiko for sykdom og skade øker med avtagende svangerskapsalder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

Tabell 2: Verdens Helse Organisasjons (WHOs) definisjon av prematur fødsel

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| Fullbåret barn          | Svangerskapsalder 37-41 uker |
| Prematurt barn          | Svangerskapsalder < 37 uker  |
| Meget prematurt barn    | Svangerskapsalder < 32 uker  |
| Ekstremt prematurt barn | Svangerskapsalder < 28       |

(Etter Saugstad, 1999)

Risikoen øker også dersom barnet også er lett for alder (SGA- small for gestational alder) (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). En relativt stor andel av premature barn er veksthemmet og fødes som lette i forhold til gjennomsnittsvekten. Omtrent 5 % nyfødte barn har en fødselsvekt under 2500 gram som regnes for lav fødselsvekt (<http://www.fhi.no>, 2005).

Tabell 3: Verdens Helse Organisasjons (WHO) definisjon av fødselsvekt

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Lav fødselsvekt          | Fødselsvekt < 2500 g |
| Meget lav fødselsvekt    | Fødselsvekt < 1500 g |
| Ekstremt lav fødselsvekt | Fødselsvekt < 1000 g |

(Etter Saugstad, 1999)

Årsaker til prematur fødsel kan være mange. Det kan blant annet dreie seg om faktorer hos kvinnen, som svangerskapsforgiftning, cervix- eller placentainsuffisiens, diabetes, infeksjoner, inflammatoriske tarmsykdommer, placenta ablatio, ekstremt psykisk stress, tidlig vannavgang eller flerlingesvangerskap. Årsaker hos fosteret kan være infeksjon, sykdom eller misdannelse. I noen tilfeller finner man ingen årsak til for tidlig fødsel (Stjernqvist, 1999; Saugstad, 1999).

Store forskjeller blant premature barn er med på å gjøre forskningsfeltet stort. Med stadig mer avansert medisinsk teknologi og behandling er det behov for kontinuerlig forskning, da betingelsene rundt for tidlig fødsel og nyfødtp perioden stadig endres. Prognosene for overlevelse har økt betraktelig de siste 20 år, mens forekomst av medisinske komplikasjoner har holdt seg stabil (Hanke, Lohaus, Gawrilow, Hartke, Köhler og Leonhardt, 2003). Det er få barn født senere enn 27 uker som dør (<http://www.fhi.no>, 2005). Prematuritet innebærer spesielt risiko for sykdommer og skader for det premature barnet, som bronkopulminell dysplasi, prematuritetsretinopati, cerebral parese, intraventrikulær blødning, nevrologiske skader og mental retardasjon. Reinnleggelse i sykehus forekommer 30-50 % oftere blant premature barn enn friske, fullbårne barn (Stjernqvist, 1999; Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004). Premature barn er også i større grad enn fullbårne barn utsatt for vansker relatert til ernæring og umodenhet i motorikk og sosiale ferdigheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Årsakssammenhengene til at premature barn har en normal utvikling eller utviklingsforsinkelse er uklar. Stjernqvist (1999) og Smith, Ulvund og Lindemann (2001) hevder at medisinsk status, fødselsvekt eller gestasjonsalder kan i liten grad forutsi om barnet vil oppleve vansker. Imidlertid har studier vist at omsorgsmiljøet har betydning for det for tidlig fødte barnets utvikling (Smith et al., 2001). Sosial- og helsedirektoratet (2007a) viser til forskning som påviser sammenhenger mellom sosioøkonomiske faktorer og utviklingsvansker hos premature barn.

Blant premature barn er det dokumentert økt forekomst av vansker i forhold til konsentrasjon, språk, motorikk, sosial og emosjonell utvikling. Slike følgevirkninger kan komme til syne så sent som i skolealder. Premature barn er sårbare og kan derfor ha behov for ekstra støtte opp i barne- og ungdomsalder (Stjernqvist, 1999). Stjernqvist (1999) har i over 20 år forsket på premature barn og deres familier i Sverige. Hun hevder at de aller fleste premature barn vil ha en helt adekvat utvikling, men det er viktig med tett oppfølging gjennom flere år for å støtte familien og følge barnas utvikling. Foreldre til for tidlig fødte barn kan føle seg usikre i forhold til samspill og barnets utvikling, og å møte barnets behov på en adekvat måte. I tillegg kan det være usikkerhet knyttet til barnets helse, utvikling og framtid. Å få et prematurt barn er et stort traume, man befinner seg plutselig i en verden der alt handler om fødsel, liv og død i en høyteknologisk verden (ibid.). Etter utskrivning fra sykehuset er det også store utfordringer for de aller fleste foreldre. Foreldre til for tidlig fødte barn har økt risiko for stress, angst og depresjon (Stjernqvist, 1999; Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Kaaresen, Rønning, Ulvund og Dahl, 2006).

I motsetning til fødsel av et fullbåret barn, kan en prematur fødsel ytterligere øke omstillingen for et par, især dersom det er det første barnet. For tidlig fødsel kan være traumatisk i den forstand at mor og far skal tilpasse seg nye roller. Foreldrene trenger mye støtte og hjelp i rollen som mor og far til et prematurt barn, kanskje til langt opp i skolealder. Mange foreldre opplever at det er vanskelig å få forståelse for barnets bakgrunn og situasjon i barnehage og skole. Stjernqvist (1999) har foretatt undersøkelser blant foreldre til premature barn, og funnet at 85 % av mødrene og 65 % av fedrene ble rammet av en krisereaksjon. Symptomene dreide seg om uvirkelighetsfølelse, endret tidsoppfatning, angstanfall, søvnforstyrrelser og nedsatt appetitt. Mødres kriser virket i studiene som dypere og mer langvarige enn fedres. Fedre til premature barn i studien påtok seg ofte en støttende rolle, der de uttrykte seg positivt om barnets muligheter for overlevelse og helse den første tiden. Fedres krise kan derfor forlenges og reaksjonene vise seg når barnets tilstand stabiliseres. Undersøkelsene viser også at mødre rapporterer lavere selvfølelse enn mødre som føder til termin. Enslige mødre er en svært sårbar gruppe, de savner nærhet og støtte av en partner. Ofte var forholdet til barnefaren komplisert og kunne virke ekstra stressende i en allerede vanskelig situasjon. En annen risikogruppe for krisereaksjoner, er unge par. De har en relativt nyetablert relasjon og en kort felles historie. Foreldre som hadde barn fra tidligere, hadde

allerede funnet sine nye roller i familien. De sørget imidlertid mer enn andre over den tidlige fødselen, tap av opplevelse av en fullbåren fødsel og en rolig barseltid. De var ofte også mer engstelige enn andre i forhold til skader hos barnet etter en prematur fødsel. En prematur fødsel er et familieanliggende og påvirker også søsken. Foreldre havner gjerne i konflikt mellom å være tilstede i pleien for det minste barnet og å ta seg av eldre barn. Undersøkelser viser at den premature fødselen påvirker familien hele det første leveåret (Stjernqvist, 1999). Utenlandske studier har også vist at foreldres stress fortsetter etter utskrivelse fra sykehuset. Mødre til premature barn har et lavere immunforsvar og et høyere angstnivå ved 4 måneder etter fødsel enn mødre til fullbårne barn. Foreldre rapporterte 6 måneder etter utskrivelse at de fortsatt følte redsel for framtiden og bekymret seg i hverdagen. Denne bekymringen varte til barnet fylte 2 år. Foreldre i undersøkelsene bekymret seg spesielt for barnets vekst og særlig vekttoppgang (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004).

Jepsen (2004) hevder at premature barn sliter med konsekvenser av den tidlige fødselen. Barnas medisinske behov i forbindelse med fødsel og i tiden etterpå ser ut til å påvirke barnas utvikling på sikt. Hun sier at barna ikke vokser ut av vansker, og nye utfordringer oppstår ettersom de vokser. Negative påvirkninger fra tiden på nyfødtafdeling, interaksjonsproblemer og forsinket utvikling kan forårsake fortsatte problemer for premature barn i tillegg til komplikasjoner relatert til for tidlig fødsel. Svært mange premature barn utvikler senproblemer som angst, utrygghet, hyperaktivitet, lærevansker, konsentrasjonsproblemer, forsinket motorisk utvikling, spise- og søvnvansker, stress og uro. Disse forekommer ofte som mer usynlige senfølger. For å hjelpe disse barna er det av stor betydning at denne gruppen barn får tett oppfølging over tid. Dette er nødvendig for at vansker og problemer kan identifiseres tidlig, med påfølgende tiltak for barnet og for å møte foreldrenes behov for støtte i omsorg for barnet. Jepsen framhever at beskyttelse kan oppnås ved å forsøke å forebygge typiske konsekvenser ved tidlig innsats, slik at barna kan ha en tilstrebet normal barndom. Hvis de mindre vanskene identifiseres, er det mulig å forebygge at de øker i omfang (Jepsen, 2004).



## 2.5 Oppfølging av premature barn

Det finnes mye norsk og internasjonal forskning på premature og deres utvikling. Imidlertid er det mye forskning som gjenstår på effekten av tiltak og oppfølging, og hvordan dette påvirker premature barn senere i livet. Forskning viser at foreldrenes kompetanse kan økes gjennom veiledning i foreldrerollen. Tidlig intervensjon i form av foreldrestøtte kan over tid forebygge senvirkninger. Ved å øke foreldrenes sensitivitet, trygghet og samspillsferdigheter kan man gi barna bedre sjanser for en god utvikling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Hviding, 2006). Samspillet med premature barn kan utfordres ved at barna har færre positive ansiktsuttrykk, er mindre oppmerksomme og mer avvisende i kontakten. Likeledes har premature barn redusert evne til å regulere stress, slik at de gråter mer og er vanskeligere å roe. De gir svakere signaler som vanskeliggjør tolkningen av disse for foreldrene. Disse faktorene innebærer en utfordring for foreldrene i samspill med barnet (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Moss, 2006).

Bakewell-Sachs og Gennaro (2004) presenterer i en oversiktartikkel hvilken oppfølging premature barn og deres foreldre kan ha behov for. De har oppsummert forskning om sykepleiefaglig oppfølging etter utskrivelse fra nyfødtavdeling. Oversiktsartikkelen har fokus på foreldrerollen, for å gi støtte til en bred og evidensbasert sykepleie. Forefatterne framhever at støtten fra profesjonelle og andre kan lette eller forstyrre overgangen fra utskrivelse til hjemmet for familien. Forfatterne mener at hele det første leveåret til barnet byr på utfordringer og risiko for familien. Regulering og samspill kan være spesielt utfordrende. Foreldrene må tilbys veiledning i forhold til de endringer de opplever ettersom barnet vokser og utvikler seg. De kan trenge ekstra omsorg og opplæring i forhold til ernæring, vekst, utvikling, håndtering, involvering, samspill og hvordan orientere seg i hjelpeapparatet. Premature barn er mer umodne og kan trenge fortsatt spesialisert behandling og omsorg i lang tid etter utskrivelse. Veiledning til foreldre bør fokusere på at barn og foreldre blir sosiale partnere, og foreldre lærer barnets uttrykk og responderer tilfredsstillende for å fremme samspillet. Oppfølgingen bør bestå av informasjon om hvordan foreldre kan bidra til barnets utvikling og fremme dets helse, og støtte i omsorgsrollen. Forskning viser at det er et gap mellom det foreldrene mener de har behov for, og hva helsepersonell tror foreldrene har behov for. Likeledes er det et gap mellom hva foreldrene får informasjon om og hva de

husker i ettertid. Dette kan påføre foreldrene mer stress da de ikke får den informasjonen de trenger. Forfatterne konkluderer med at en god og evidensbasert oppfølging bør bestå av fagfolk med erfaring og kunnskap om premature barn. Oppfølgingen bør videre være tilgjengelig og ha muligheter for screening, tidlig intervensjon, henvisning ved funn, kontakt med utskrivende avdeling og at foreldrene vet hvem de skal ta kontakt med ved behov etter utskrivelse. Hjemmebesøket framheves som viktig i forhold til at informasjon gis i trygge omgivelser, som åpner for at foreldrene kan uttrykke egne behov (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004).

Mye forskning framhever betydningen av det tidlige samspillet for å fremme barnets utvikling og forebygge vansker senere i livet. Platon har sagt det på denne måten:

*”Og de første skritt er alltid som du vet, de som teller mest, spesielt når vi har å gjøre med unge og ømfintlige mennesker. Det er i denne tiden de tar form, og de påvirkningene vi velger å gi dem, etterlater varige merker”* (Platon, 400 fvt.; Rye, 1993, s. 19).

Tidlig intervensjon defineres som tiltak som starter mellom fødsel og 18 måneders korrigert alder (Hansen og Jacobsen, 2008) eller 5 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Det finnes flere former for tidlig intervensjon på helsestasjoner. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utført to kunnskapsoppsummeringer, *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år* (Reinar et al., 2005) og *Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Hviding, 2006). Hviding hevder at kunnskap om hvordan tidlig oppfølging og tiltak påvirker premature barn senere i livet er mangelfull og dokumentasjonsgrunnlaget for tiltakene er av moderat til lav kvalitet. Hviding (2006) gir likevel noen anbefalinger for tiltak og oppfølging av premature barn. Man fant positiv effekt av programmer som inneholder tiltak som fokuserer på stressreduksjon, sansestimulering, fremming av samspill mellom foreldre og barn og fremming av motorisk utvikling. Disse tiltakene mangler imidlertid dokumentasjon av effekt på lang sikt, og det foreligger lite forskning på tiltak etter utskrivelse fra sykehuset (Hviding, 2006). Reinar et al (2005) har vurdert kartleggingsverktøy og ulike tiltak innen helsestasjonsvirksomheten. De viser til at det eksisterer ulike strategier for identifisering av vansker hos barn på helsestasjonen. Disse er ofte tilfeldig valgt eller etablert som ledd i forskningsprosjekter (Reinar et al., 2005). Hansen og Jacobsen (2008) har laget en kunnskapsoppsumming over

systematiske tiltak på feltet sped- og småbarn i risiko. Oversikten er en forskningsbasert kunnskapsstatus på vegne av R-Bup, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse. Rapporten beskriver barn som er i risiko for utvikling av vansker, kunnskapsgrunnlaget for tidlig innsats og bruk av kartleggingsverktøy og metoder i praksis. Premature barn regnes for barn som kan være i risiko. Forfatterne mener at flere kartleggingsverktøy bør implementeres og vurderes i førstelinjetjenesten, samtidig med at intervensjon følges opp med støttesamtaler mellom den som undersøker og foreldrene (Hansen og Jacobsen, 2008).

### **2.5.1 Programmer, kartleggingsverktøy og metoder i oppfølging**

Programmer, kartleggingsverktøy og metoder som presenteres i dette kapittelet, er valgt på bakgrunn av systematiske oversikter og anbefalinger for praksis (Reinar et al., 2005, Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Hansen og Jacobsen, 2008).

*International Child Development Programme (ICDP)* eller *Program for foreldreveiledning* er et psykososialt program rettet mot omsorgspersoner. Fokus er å fremme og bevisstgjøre positive ressurser for omsorg hos foreldrene ved å støtte omsorgspersonene. Barns optimale utvikling er avhengig av sensitive omsorgsgivere. Omsorgsgiveres oppfatning av barnet regnes for å være avgjørende for kvaliteten på samspillet. *ICDP* tar utgangspunkt i kulturell kontekst for utvikling av omsorgskompetanse, der en empatisk fortolkende holdning til barnet skal fremmes. Programmet er enkelt og praktisk, og det inneholder et basisprogram for grupper og et helsestasjonsprogram (0-4 år) beregnet på veiledning individuelt og i grupper (Hundeide, 2005). Programmet ble innført ved helsestasjoner i 1995, og er revitalisert og tilbudt nasjonalt med opplæring til ansatte på helsestasjoner i 2008 og 2009 (Ungsinn, 2008; Bufetat, 2009).

*More Intelligent Sensitive Child (MISC)* er en pedagogisk og kognitivt orientert metode, og forløperen til *ICDP* og *Dialog*. *MISC* legger stor vekt på omsorgsgivers pedagogiske og berikende rolle i samspill med barnet. Dette hevdes å fremme barnets kognitive, sosiale og

moralske utvikling som er et resultat av læringsprosessen når omsorgsgivere fungerer som formidler mellom barnet og omverdenen. Barnet skal gjennom trygg tilknytning og godt samspill utvikle følelsesmessige gode relasjoner og meningsfull kommunikasjon med andre (Glavin og Kvarme, 2003; Ungsinn, 2008).

*Dialog* er en samspillmetode som søker å styrke samspillet mellom barn og foreldre. Metoden er løsningsfokustert og foregår som veiledning i grupper (Glavin og Kvarme, 2003). Definerte samspillsprinsipper blir diskutert og eksemplifisert i grupper, individuelle samtaler og ved hjelp av video. Målsettingen med samspillmetoden *Dialog* er å bevisstgjøre omsorgsgivere i samspillet med barn for å fremme barns positive utvikling. Metoden søker å bevisstgjøre eller sensitivisere eksisterende positiv samhandling mellom omsorgsgivere og barn ([www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)).

*Tidlig intervensjonsmetoden (TI-metoden)* er norsk og utviklet til bruk på helsestasjonen. Metoden skal bidra til en helhetlig vurdering av barnet, omsorgspersoner og deres relasjon. *TI-metoden* er egnet til vurdering av barn fra 0 til 48 måneder. Metoden systematiserer observasjoner og omsorgspersoners informasjon på følgende områder: våkenhetstilstander, tidlige signaler, temperament, tidlig samspill, kommunikasjon, oppmerksomhet, initiativ, kognitive funksjoner, språk, tilknytning, motorikk, reflekser, medisinske forhold, sansemessig utvikling, omsorgspersonenes evne til å tolke barnet, oppfatning og bekymringer om barnet, bekymringer, sosiale, økonomiske og familiære forhold. *TI-metoden* er spesielt godt egnet til tidlig diagnostisering av funksjonshemninger (Hansen og Jacobsen, 2008) og anbefales brukt i oppfølging av premature barn (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

*Ages & Stages Questionnaire (ASQ)* er et standardisert instrument for screening og oppfølgingsprogram for spesielle grupper. Instrumentet er oversatt til norsk og normert for norske forhold. Spørreskjemaene administreres av omsorgspersoner og gir en vurdering av barns utvikling. Instrumentet omfatter spørsmål innen følgende områder: kommunikasjon, grov- og finmotorikk, problemløsning, personlig og sosial kompetanse. I tillegg inneholder spørreskjemaet spørsmål om omsorgsgivernes eventuelle bekymringer for barnets utvikling.

Det finnes 19 spørreskjemaer tilpasset barns alder fra 4 til 60 måneder. *ASQ* er lett og billig å administrere, og passer til ulike grupper av foreldre. I tillegg er *ASQ* et godt utgangspunkt for en samtale om barns utvikling (Hansen og Jacobsen, 2008) og anbefales av Sosial- og helsedirektoratet (2007a).

*Marte Meo* kan brukes både forebyggende og som metode for å bedre samspillet mellom omsorgsperson og barn. *Marte Meo* er samspillsbehandling som foregår i hjemmet med bruk av video. Metoden søker å øke omsorgspersonenes sensitivitet og forståelse av barnet, styrke tilknytningen og det emosjonelle samspillet mellom omsorgspersonene og barnet. *Marte Meo* er implementert på ulike nivåer både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten i Norge. Metoden er godt egnet som hjelpemiddel overfor sped- og småbarnsfamilier og har vært i bruk i Norge i over 20 år. R-Bup foretar for tiden en effektstudie vedrørende veiledning med *Marte Meo* (<http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/pages/spedogsma>).

*Care Index* er en metode utviklet for å undersøke barn med høy risiko i alderen 2 til 24 måneder av Patricia Crittenden. Samspill mellom omsorgsperson og barn blir videofilmet og vurdert med henblikk på kvaliteten på interaksjon. Videoopptakene analyseres ut fra fire nonverbale og fire verbale samspillsekvenser. Barnets bidrag vurderes som samarbeidsvillig, passiv eller vanskelig. Metoden vurderes som tilfredsstillende valid og reliabel, men bør ytterligere forenkles og valideres til norske forhold. Metoden brukes blant annet av barnevernstjenesten i Norge (Hansen og Jacobsen, 2008).

*De utrolige årene (DUÅ)* er foreldreveiledning utviklet for barn i alderen 4–8 år med atferdsvansker, utviklet av Carolyn Webster-Stratton. Metoden omfattes av to programmer, Basic og Advance. Basic-programmet handler om å bygge opp positive relasjoner mellom omsorgsperson og barn gjennom lek. Relasjonsbyggingen er utgangspunktet for å hjelpe omsorgspersonene til å forebygge og møte atferdsproblemer gjennom et utvalg av prinsipper. Advance-programmet skal lære omsorgspersonen å mestre dagligdagse utfordringer. Programmene foregår i grupper slik at omsorgspersonene kan lære å løse problemer sammen,

og går over henholdsvis 12–14 uker og 8–10 uker. Programmet benyttes hovedsakelig innenfor barnevernet, og har dokumentert effekt i utlandet (Hansen og Jacobsen, 2008).

*Parent Management Training – Oregon (PMTO)* er et behandlingstilbud for familier med barn i alderen 3–12 år som har alvorlige atferdsforstyrrelser. Målet er å redusere aggressiv atferd og fremme en positiv utvikling hos barnet. Metoden innebærer trening i spesifikke strategier i forhold til atferdsproblemene barnet har, og lære ulike mestingsstrategier som kan endre uønsket atferd hos barnet. Behandlingen skjer ukentlig over 4–9 måneder. Barnevernstjenesten og noen helsestasjoner benytter denne behandlingen. Metoden er evidensbasert og kan vise til positive resultater i utlandet, foreløpig behøves det studier i Norge for å dokumentere effekt (Hansen og Jacobsen, 2008).

Språkkartlegging på helsestasjonen skal foretas av helsesøstre ved 2 og 4 års alder. Dette fremgår av *Faglige nasjonale retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). *SATS* (Screening Av Toåringers Språk) er en observasjonsmetode som fokuserer på barnets språkforståelse. *SATS* består av ti kjente objekter fra barnets hverdag, et skjema foreldrene skal fylle ut, og et kartleggingskjema med veiledning. Resultatet av kartleggingen, sammen med foreldrenes svar på skjemaet, danner grunnlag for en vurdering av barnets språk (ibid.). *SPRÅK 4* er en kartleggingsmetode som avdekker vesentlige trekk ved fireåringers språkferdigheter: språkforståelse, setningsstruktur, artikulasjon, ordforklaring, tallbegrep, korttidshukommelse m.m. *SPRÅK 4* består av en billedfolder og et kartleggingskjema med tilhørende veiledning (ibid.). Begge metodene anbefales brukt på helsestasjonen. Både *SATS* og *SPRÅK 4* vurderer barnas samspill og oppmerksomhet i tillegg til språket hos barna. Foreldrenes vurdering av barnets språk skal også tillegges vekt. Dersom man på grunnlag av foreldrenes opplysninger, *SATS* eller *SPRÅK 4* mistenker forsinket språkutvikling, skal barnet henvises til videre språkutredning. Sosial- og helsedirektoratet påpeker at en forsinkelse i språkutviklingen vil kunne påvirke barnets sosialt, emosjonelt og intellektuelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; 2007a).

*Vermontprogrammet (MITP)* startes på nyfødtafdelingen og består videre av 4 hjemmebesøk som foretas av personalet fra avdelingen. Programmet innebærer en systematisk gjennomgang av sentrale temaer i nyfødtp perioden og de første 3 levemåneder med fokus på barnets individualitet. Omsorgsgivere skal lære å tolke barnets signaler og egenskaper, og hvordan de bør forholde seg til stress. Både norske og utenlandske oppfølgingsstudier dokumenterer positiv effekt. Programmet brukes i Oslo, Drammen og Tromsø, og har vært mest brukt til oppfølging av premature og som ledd i en forskningsbasert oppfølging (Moss, 2006; Olafsen, Kaaresen, Handegård, Ulvund, Dahl og Rønning, 2008; Olafsen, 2008). Olafsen et al. (2008) har utført en randomisert, kontrollert studie av *MITP* ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som omfatter 140 for tidlig fødte barn og 75 fullbårne barn. Undersøkelsen viser at foreldre som deltok i opplæringsprogrammet rapporterer mindre stress enn kontrollgruppen. Ved 1 års alder fant man et bedre samspill mellom foreldre og barn, og ved 2 års alder ble det påvist noe mindre atferdsproblemer enn hos kontrollgruppen. Resultater fra denne studien har så langt vist at dette strukturerte oppfølgingsprogrammet styrker foreldres opplevelse av kompetanse i foreldrerollen. Studien pågår fortsatt og følger nå opp barna ved 7 års alder. Det gjenstår å se hvorvidt denne typen intervensjon på sikt kan påvirke barnets utvikling (Olafsen, 2008, Olafsen et al, 2008). Kaaresen, Rønning, Ulvund og Dahl (2006) viser i sin undersøkelse at *MITP* reduserer stress hos begge foreldre. Foreldrenes stress ble målt med *The Parenting Stress Index* målt ved 6 og 12 måneders korrigeret alder. Studien fant ingen signifikant forskjell i stress mellom foreldre til premature barn som mottok *MITP* og foreldre til fullbårne barn i kontrollgruppen. Studien fortsetter for å kunne vurdere langsiktig effekt av intervensjonen (Kaaresen et al., 2006).

Sørlandets kompetansesenter (SKS) og Sørlandets sykehus (SSHF) har utført et prosjekt ”*Tidlig intervensjon overfor premature barn*”. Prosjektet bruker materialet ”*Fra fødsel til småbarn: 0- 3 år*” og fokuserer på samspill og at foreldrene er den viktigste ressurs for sine barn. Forskning kan tyde på at foreldrestøtte kan forebygge senvirkninger i forhold til stress, samspill, tilknytning og trygghet hos barna. Intervensjonen pågår fram til barna er 3 år. Foreldre i studien uttrykker behov for oppfølging fram til barna er 7 år på bakgrunn av senvirkninger som kommer senere. Prosjektets mål er gode og positive samspill og emosjonell tilknytning gjennom anerkjennelse av foreldrenes kompetanse og støtte til deres sensitivitet, bevissthet og trygghet i foreldrerollen (Ruud, 2007).

## 2.5.2 Hjemmebesøk

Sosial- og helsedirektoratets (2007a) anbefaler et utvidet hjemmebesøkstilbud til foreldre med premature barn etter utskrivelse fra sykehuset i *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. I studiene til Jansson, Peterson og Udén (2001) og Jansson, Sivberg, Larsson og Udén (2002) ble helsesøstre og mødre fra hele Sverige spurt om hjemmebesøkets betydning. Omtrent alle helsesøstre (96 %) mente at det første møtet med familien burde skje i hjemmet, mens 60 % av mødre mente det samme. Jansson et al (2002) kartla førstegangsmødres (N=676) tilfredshet i møte med helsesøster i form av hjemmebesøk eller konsultasjon på helsestasjonen. De som mottok hjemmebesøk var mer fornøyd enn de som kom til helsestasjonen. Disse var spesielt fornøyd med ammeveiledning, mulighet for samtale i rolige omgivelser, og at helsesøster tok seg tid og var personlig i kontakten. Mødrene kommenterte at det var praktisk med hjemmebesøk, da de slapp å gå ut med barnet før man finner en rytme i hverdagen og at de kjente seg tryggere i sitt eget miljø. Mødre som mottok hjemmebesøk var derimot mindre fornøyd med helsesøsters undersøkelse av barnet. Mødre med lav sosioøkonomisk status var gjennomgående mindre fornøyde enn de med høyere sosioøkonomisk status. Spesielt på spørsmål om informasjon, kontakt og respekt fant man mindre tilfredshet hos disse mødre. Forfatterne konkluderer med at hjemmebesøk har større fordeler enn om det første møtet foregår på helsestasjonen. Et viktig funn var at mødre opplevde ammeveiledningen som mer tilfredsstillende på hjemmebesøk. Dette er spesielt viktig da amming har en helsemessig gevinst for mødre og barn (Jansson et al., 2002).

Jansson, Sivberg, Larsson og Udén (2003) hevder at hjemmebesøk kan gi familien tid til å utvikles som familie. Et nyfødt barn, spesielt det første barnet er en stor omstilling i foreldrenes liv, og det er ikke uvanlig å bli deprimert. Samtidig er foreldrene åpne for råd og støtte i denne perioden. Mødres tilfredshet med hjemmebesøk, kan tyde på at hjemmebesøk hos nyblivne foreldre er effektivt. Jansson et al. (2001) fant i sin fokusgruppeundersøkelse at helsesøstre (N=243) vurderte hjemmebesøk som et viktig tilbud for å skape tillit, et støttende samarbeidsklima og for å danne seg et bilde av hele familiens situasjon. De tillegger dette første møte med familien en betydning for det videre samarbeidet med familien i form av etablering av en varig relasjon. Helsesøstre oppga videre muligheten til å gi individuelle råd, tid, ro, likeverdighet som gjest, og muligheter for å skape en god kontakt som viktige faktorer ved hjemmebesøk. Jansson et al. (2002; 2003) anbefaler at helsesøstre kombinerer



universelle tilbud som hjemmebesøk med selektiv innsats i forhold til små barn og deres familier. Helsesøstre bør prioritere oppfølging til familier med lav sosial posisjon, førstegangsforeldre og utenlandske familier ettersom disse kan ha større behov for veiledning og støtte enn andre. På grunn av raskere utskrivelse fra sykehuset enn tidligere, er det av stor betydning at helsesøster tilbyr nyblivne foreldre hjemmebesøk. Støttesamtaler på hjemmebesøk har vist seg å være effektivt for å styrke familiens psykiske helse. Hjemmebesøk gir helsesøstre et helhetsbilde av familien og god kontakt, som ved senere konsultasjoner bidrar til økt kvalitet i form av gjenkjenning, individualitet og bedre veiledning. Generelle hjemmebesøk til nyblivne foreldre er ikke en kvalitetsindikator i seg selv, men kan være en intervensjonsmodell for helsefremmende arbeid (Jansson et al., 2003).

Studier fra USA og England viser også til positive effekter ved hjemmebesøk (Byers, Lowman, Francis, Kaigle, Lutz, Waddell og Diaz, 2006; Olds, 2006). De utenlandske studiene, som er gjort i en annen kultur og annen barnehelsetjeneste, har framfor alt vurdert spesielle hjemmebesøksprogram til risikogrupper. Byers et al. (2006) beskriver familier med premature barn som mottok oppfølging i form av utviklingsstøttende familieintervensjon. De rapporterte om mindre stress og bruk av helsevesenet, enn familier med premature barn som fikk rutinemessig oppfølging (Byers et al., 2006). Olds (2006) oppsummerer et 27-åring forskningsprogram i USA som har som mål å fremme mor og barns helse og framtidsmuligheter ved hjemmebesøk av sykepleiere. Svangerskap og tidlig barndom utgjør en tid der det er gode muligheter for å forebygge en rekke utfall hos barn og foreldre. Hjemmebesøkene har tre hovedmål: å bedre mødrenes helse før fødsel, fremme barnets helse og utvikling ved å øke foreldrenes sensitivitet og kompetanse i barneomsorg, og å forbedre foreldrenes framtid ved å hjelpe dem med å planlegge framtidige svangerskap, fullføre utdanning og finne arbeid. Programmet er utprøvd i tre separate, store randomiserte kontrollerte studier på ulike populasjoner. Resultater fra disse forsøkene indikerer at programmene har effekt på to av hovedmålene: forbedret omsorg av barnet og en bedret emosjonell og språklig utvikling hos barnet. Olds (2006) hevder at mange problemer hos barn er relatert til mors omsorg for barnet, og et stressende og dårlig oppvekstmiljø som påvirker familiers fungering. Høyt utdannede sykepleiere er utvalgt til programmene med bakgrunn i deres kompetanse innen kvinne- og barnehelse, håndtering av komplekse kliniske situasjoner og deres tillit og evne til atferdsendring hos familiene. Inkludert i Olds' studier er måling av

effekt av intervensjonene for sykepleiere og andre som utførte hjemmebesøkene. De paraprofesjonelle (ikke utdannede) viste til omtrent halv effekt av hva sykepleierne bidro til. Dette utfallet var uavhengig av hvilken intervensjon familiene deltok i. Olds mener på bakgrunn av disse funnene at hjemmebaserte programmer kan forsvares ressursmessig og med tanke på effekt. For at hjemmebaserte programmer skal fungere, mener han at de må anerkjennes og støttes av virksomheten og samfunnet det ytes i. Det er også helt nødvendig at programmene består av kompetente yrkesutøvere som får veiledning og er en del av kvalitetsforbedrende tiltak i virksomheten (Olds, 2006).

### **2.5.3 Foreldreopplevelser**

Olsen (2008) viser i sin undersøkelse av foreldre til premature barn som deltok i prosjektet *Tidlig intervensjon 2000*, at foreldrene stort sett mente de hadde fått god oppfølging i primærhelsetjenesten. Noen oppga at det ikke ble tatt hensyn til at barnet var født for tidlig og sammenlignet det med fullbårne barn. Dette medførte at premature barn ikke ble korrigert for alder ved screening og når vekst og utvikling ble vurdert. De opplevde også at helsesøster ikke tok hensyn til eventuelle typiske utfordringer for premature barn i spedbarnsperioden, og at de derfor kan ha andre behov enn andre barn. Foreldrene oppga at sykehusets kompetanse opplevdes som mer betryggende i forhold til det premature barnets behov. De opplevde også at de ikke alltid fikk adekvate svar i forhold til spørsmål og bekymringer på helsestasjonen. De som deltok i intervensjonsgruppen opplevde ikke like stort behov for oppfølging av helsestasjonen som de som ikke deltok i intervensjonen (Olsen, 2008).

Kloppen (2008) viser i en undersøkelse at prematurforeldre opplevde helsesøster som imøtekommende og tilgjengelig, og at hun kom på hjemmebesøk ved de første konsultasjonene etter hjemkomst. Foreldrene fortalte at barnets alder ofte ikke ble korrigert i forhold til utvikling. Dette gjaldt også ved sammensetning av barselgrupper, slik at barna var langt mer umodne og lå utviklingsmessig etter andre barn i barselgrupper. Noen av respondentene framhevet at helsesøsters kunnskap om premature ikke var tilstrekkelig. Dette viste seg ved at mødre ikke opplevde å få den støtten og forståelsen de ventet av helsesøster. Likeledes følte noen av mødre at deres bekymringer etter hjemkomst ble

bagatellisert på helsestasjonen, mens andre opplevde å bli møtt med god støtte som førte til økt trygghet i rollen som mor. Kloppen (2008) viser til at foreldrenes bekymring endret seg fra fokus på overlevelse til utvikling etter hjemkomst. Bekymringene dreide seg da om språklig, motorisk og atferdmessig utvikling hos barnet. Noen av respondentene ønsket seg tverrfaglig oppfølging med fysioterapeut, lege og PPT i tillegg til helsesøster. Kloppen sier at prematurforeldre har behov for grundige undersøkelser av barnet og at foreldrene trenger informasjon om hvordan barnet utvikler seg. Studiens konklusjon er at foreldre som føler at deres bekymringer blir møtt på helsestasjonen, enten ved undersøkelse eller viderehenvisning dersom kompetansen ikke strekker til, opplever et mindre behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten enn de som var misfornøyd med helsestasjonstilbudet (Kloppen, 2008).

## 2.6 Tverrfaglig samarbeid

Begrepet tverrfaglig er brukt framfor flerfaglig i denne oppgaven. Flerfaglig samarbeid betegner arbeid der de ulike aktørene opptrer relativt uavhengig av hverandre, hvert fag bidrar til å belyse et problem, men det etableres ingen direkte kontakt eller utveksling av faglige vurderinger mellom de ulike aktørene. Flerfaglighet er derimot en betingelse for et tverrfaglig samarbeid (Glavin og Erdal, 2007). I denne oppgaven beskriver begrepet tverrfaglig samarbeid samarbeid på tvers av etater, sektorer og faggrupper. Tverrfaglig samarbeid defineres som *”innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en enhetlig strategi, definert ut fra en felles målsetting”* (Glavin og Erdal, 2007). Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) understreker helsesøsters plikt til samarbeide tverrfaglig:

*”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.”* (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Den lovmessige forpliktelsen til et tverrfaglig samarbeid understrekes også i *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig og blir stadig viktigere på grunn av økt spesialisering, for å ivareta helhetssynet og sikre at brukernes behov møtes. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform, en metode når flere faggrupper jobber sammen på tvers av faggrensene og tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå et felles mål. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven alene. Tverrfaglig samarbeid forutsetter avhengighet og nærhet i tid og rom mellom samarbeidspartene. Kvalitet i arbeidet med barn og deres familier kan sikres gjennom tverrfaglig samarbeid ved at den samlede faglige kompetansen utnyttes maksimalt. Ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag gjennom tverrfaglig samarbeid kan man stimulere til faglig utvikling (ibid.).

Tverrfaglig samarbeid må forankres i de ulike etaters administrative og politiske planer slik at samarbeidet forplikter. Vilje til tverrfaglighet er dessuten en forutsetning for at samarbeidet skal lykkes. I tillegg til egen sterk fagidentitet må man ha kunnskap om andre fagområders forståelse og ansvarsområder. Tverrfaglig samarbeid skal synliggjøre for hverandre og utfylle hverandres kunnskap gjennom å bidra til faglig støtte og økt kompetanse ved at de ulike aktørene bidrar med sin kunnskap slik at man kan bygge opp felles kunnskap. Et godt tverrfaglig samarbeid er avhengig av at aktørene har samhandlingskompetanse. Samhandlingskompetanse uttrykkes gjennom relasjonskompetanse, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne. Tverrfaglig samarbeid fordrer felles problemforståelse, felles målsetting og en klar fordeling av ansvar. Økt kompetanse i tverrfaglig samarbeid kan oppnås med opplæring, som inkluderer fellesopplæring for ulike faggrupper. Opplæringen kan dreie seg om hvilke praksisfelt, lovverk, teorier og erfaring de enkelte instansene innehar. Hospitering er en annen måte å få kunnskap om hverandres arbeidsfelt og fagområder (Glavin og Erdal, 2007).

Tverrfaglighet er å søke å samle og benytte spesialisert kunnskap til brukerens beste for å mål i arbeidet med barn. Tverrfaglig samarbeid kan sikre eller øke muligheten for at det dannes og arbeides helhetlig ut fra barnets behov. Sammensatte problemer kan kreve at flere yrkesgruppers kunnskaper samles og bidrar til en felles forståelse av hva man kan gjøre for å møte barnets behov. Familiens behov skal være styrende for alle tiltak som iverksettes. Faggruppens ulike perspektiver og tilnærminger er nødvendig for å kunne yte best mulig

hjelp. En tverrfaglig arbeidsmetode som ansvarsgrupper kan være hensiktsmessig for å samordne og koordinere hjelpen rundt barnet og familien (Glavin og Erdal, 2007). Sosial- og helsedirektoratet (2007a) anbefaler en tverrfaglig tilnærming til oppfølging av premature barn og deres familier, og lav terskel til henvisning til andre instanser ved bekymring.

## 2.7 Oppsummering

Både Henderson (1998), Skau (2005) og Kirkevold (1996) hevder at sykepleiere trenger ulike typer kunnskap. For å ha oversikt over ulike situasjoner og bakgrunn for å treffe gode avgjørelser, må helsesøster inneha praktisk, etisk og teoretisk kunnskap. Alle delene er viktige komponenter i helsesøsters kompetanse og yrkesutøvelse. Benner et al. (1995; 2000) framhever betydningen av kompetanseutvikling gjennom erfaring i utøvelse av yrket. Kirkevold (1996) påpeker at sykepleiere må kunne vurdere og anvende forskning og ny kunnskap for integrering i praksis. Skau (2005) og Killén (2008) framhever den personlige kompetansen som avgjørende for den hjelpen familier får i møte med helsetjenester. Den enkelte helsesøster har et selvstendig ansvar for å sikre forsvarlig faglig praksis (Lov om helsepersonell m.v., 1999). Dette innebærer at den enkelte setter grenser for fagutøvelse med utgangspunkt i sin realkompetanse og søker kompetanseheving. Formalkompetanse gjennom utdanning danner grunnlaget for yrkesutøvelsen. Dagens samfunn, teknologi, oppgaver og befolkningens behov krever kontinuerlig faglig oppdatering og spesialisert kompetanse. Kompetanseheving er viktig for å opprettholde og bedre kvaliteten på helsetjenestene som ytes (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b).

Gjennomgang av litteratur og forskning viser at premature barn kan være i risiko for utvikling av vansker av ulik art og at deres familie kan være i risiko for stress, angst og depresjon som følge av den for tidlige fødselen. Det vises til betydningen av å iverksette tidlige tiltak for å bedre kroniske følgetilstander og for å unngå at vansker utvikler seg. Forskning viser at tett oppfølging av kvalifisert personell er med på å trygge foreldrene og bidra til et godt samspill. Det finnes en rekke metoder for oppfølging som er undersøkt i flere studier. Fokus for oppfølgingen av premature barn og deres familier bør derfor være familiesentrert (Moss,

2006; Olds, 2006; Kloppen, 2008). Olds (2006) framhever sykepleiernes kompetanse som avgjørende for utfallet av intervensjonene og oppfølgingen.

Tverrfaglig samarbeid er ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå et mål bestemt ut fra oppgavens art og grad av kompleksitet. Helsesøstere er sannsynligvis den yrkesgruppen som er involvert i flest oppgaver i kommunehelsetjenesten, og de som har flest samarbeidspartnere. Tverrfaglig samarbeid er essensielt for å utøve en kvalitativt god tjeneste (Glavin og Kvarme, 2003; Glavin og Erdal, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; 2007b). Både nasjonal og internasjonal forskning understreker behovet for tverrfaglighet i arbeidet med barn og familier i risiko. Tverrfaglig samarbeid er viktig for tidlig identifisering og henvisning, og å sikre et helhetlig tilbud til familier med behov for oppfølging.

## 3 DESIGN OG METODE

I dette kapittelet gjøres det rede for det vitenskapsteoretiske perspektivet i oppgaven og de metodiske framgangsmåter for å oppnå hensikten med studien. Det er først redegjort for valg av design og metode. Videre beskrives survey som datainnsamlingsmetode, hvordan respondentene er valgt ut, utforming og pilottesting av spørreskjema samt statistisk analyse av data. Metodiske valg belyses i forhold til forskningsfelt, utvalg og instrument. Det er også redegjort for validitet og reliabilitet i forhold til instrument og utvalg. Avslutningsvis presenteres etiske overveielser ved gjennomføring av studien.

### 3.1 Design

Forskningsdesign kan beskrives som en generell plan eller omfatte en spesifikk framgangsmåte for gjennomføringen av en studie, og kan inndeles i utforskende, beskrivende eller eksperimentelle design. I en beskrivende studie samles det inn mest mulig nøyaktige beskrivelser ved det en undersøker (Polit og Beck, 2004; 2006; Fink, 2006; Aarø, 2007). Denne studien har et beskrivende design for å kartlegge helsesøstres kompetanse, kompetansebehov, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av premature barn.

### 3.2 Metode

Survey anvendes ofte som en strukturert og kostnadseffektiv måte å samle inn data på i den hensikt å beskrive karakteristika, meninger, holdninger eller atferd representert i en populasjon (Polit og Beck, 2004). Alle surveys består av design, spørsmål, instruksjon, utvalg, pilottesting, responsrate, databehandling og analyse, (Fink, 2006). I survey undersøkes et utvalg fra en stor populasjon og dataene som samles inn analyseres. Data fra survey kan brukes deskriptivt ved å fortelle om hva som karakteriserer en befolkning eller deler av den. På denne måten kan utbredelse, karakteristika og fordeling av variabler innen grupper av utvalget beskrives. Analytisk bruk av survey vil si å undersøke sammenhenger mellom variabler innenfor utvalget (Aarø, 2007). I denne studien var det ønskelig å sammenligne utvalgte variabler med bakgrunnsdata om respondentenes erfaring. Dette gjaldt variabler

forbundet med respondentenes oppfatning av egen kompetanse, kompetansebehov, oppfølging av premature barn og tverrfaglig samarbeid.

Jeg valgte postalt spørreskjema for selvrapporing i denne studien. Survey som metode var et egnet valg fordi masteroppgaven skulle gjennomføres innen en tidsramme på 2 år. Datainnsamlingsmetoden produserer raskt data, og jeg kunne derfor oppnå et større utvalg respondenter. Fordelen med strukturert spørreskjema er at anonymitet og frivillighet kan sikres og at muligheten for bias minsker ved at forskeren ikke er tilstede (Polit og Beck, 2004; Fink, 2006). Survey kan imidlertid aldri bli fullstendig objektiv. Både forskeren og respondentene påvirkes psykologisk, emosjonelt og sosialt. Spørreskjemaet betyr dessuten noe helt annet for forskeren enn for respondentene. Respondentene kan ha ønske om å delta på grunn av interesse, et ønske om å hjelpe eller behage, eller de føler seg presset. Disse faktorene kan tilføre datasamlingen potensielle bias (Boynton og Greenhalg, 2004).

### **3.3 Utvalg og adgang til forskningsfeltet**

En populasjon er hele den befolkningen undersøkelsen gjelder for. I kvantifiserende undersøkelser er det nødvendig å foreta et utvalg som kan gjøre det mulig å generalisere resultatene til en gitt populasjon. Et representativt utvalg innebærer at utvalgets resultat vil være omtrent det samme som om man hadde undersøkt hele populasjonen (Polit og Beck, 2004). Utvalget i studien er et bekvemmelighetsutvalg i det utvalget består av en gruppe som er lett tilgjengelig. Bekvemmelighetsutvalg har noen utfordringer i forhold til å være statistisk representative. Populasjonen ville da bestå av alle helsesøstre i Norge som arbeider på helsestasjon med sped- og småbarn. De inviterte helsesøstre tilhørte en region for sykehus på Østlandet. De aktuelle kommuner ble valgt ut ved hjelp av sykehusenes nyfødtavdelinger med opplysninger om hvilke kommuner som tilhørte deres region. Utvalg og rekruttering ble delvis bestemt av tidsrammen. Jeg forsøkte likevel å oppnå flest mulig respondenter til studien, for å høyne representativiteten for helsesøstre. Det ble beregnet 50 utsendte spørreskjema på forhånd, men på grunn av positiv mottagelse blant ledende helsesøstre ble antallet økt til 122. Endringen ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) høsten 2009 (Vedlegg 1).



Helsesøsters ansvarsområde omfatter gjerne flere felt, helsestasjon, skolehelsetjeneste, smittevern og ungdomshelsestasjon. Et inklusjonskriterium var derfor at helsesøster hadde hoveddelen av arbeidet på helsestasjonen, for best å kunne beskrive helsesøstre som arbeider med familier med premature barn i alderen 0-5 år.

Inklusjonskriteriene var følgende:

- Utdannet helsesøster
- Hoveddelen av arbeidet tilknyttet helsestasjonsarbeid
- Erfaring fra helsestasjonsarbeid i minst 1 år
- Erfaring med oppfølging av premature barn og deres familier

Helsesøstre i målgruppen ble nådd ved telefonisk kontakt med ledende helsesøstre før utsending av spørreskjema. Det ble da innhentet tillatelse til utsending av spørreskjema og respondentenes deltagelse i studien. En kommune av slo på grunn av stort arbeidspress. Spørreskjemaet ble via ledende helsesøstre distribuert til helsesøstre som oppfylte inklusjonskriteriene. Ledende helsesøstre og respondenter mottok hvert sitt informasjonsskriv om studien (Vedlegg 2 og 3). Informasjonsskrivet inneholdt instruksjon for utfylling, noe som kan påvirke til en høyere responsrate (Boynton, 2004; Fink, 2006). I tillegg besto informasjonsskrivet av en beskrivelse av studien, hensikten og omtrentlig hvor lang tid det innebar for respondenten å delta. Informasjonsskrivet fortalte også at respondentene var sikret anonymitet. Retur av utfylt spørreskjema ble regnet for samtykke til deltagelse. Via de ledende helsesøstre ble det purret en gang med påminnelsesbrev (Vedlegg 4) og nytt spørreskjema.

NSD (Vedlegg 5) understreket viktigheten av informasjon til respondentene, informasjonsskrivet ble derfor stiftet fast til hvert spørreskjema. Frankert og adressert konvolutt ble vedlagt hvert spørreskjema. Innsamlingsperioden varte fra mars til september 2009.

### **3.4 Metodologiske utfordringer og gjennomføring av undersøkelsen**

Ved survey kan det være en utfordring å få et tilstrekkelig antall respondenter. Det ble derfor informert om påminnelsesbrev i samtaler med ledende helsesøstre for å kunne purre dersom svar uteble. Boynton og Greenhalg (2004) beskriver faktorer som kan øke responsraten: at spørreskjemaet har et tydelig og tiltalende design med enkel layout, grundig testing av spørreskjemaet med pilot, informasjonsskriv som forteller om hensikten med studien, tilgjengelighet for spørsmål, inkludering av frankerte konvolutter, og at respondenten føler at de gjør en innsats. Spørsmålene skal formuleres slik at de holder på oppmerksomheten, og ha et klart fokus og hensikt (Boynton og Greenhalg, 2004). Herunder ble størrelsen og administrering av spørreskjemaet vurdert. Spørreskjemaet (Vedlegg 6) besto av 6 sider med spørsmål med standard skriftstørrelse, enkle temaer på hvert spørsmål, og det hadde et luftig layout. Fink (2006) presiserer at egenutviklede spørreskjema skal ha definerte meninger, verdier, ideer og konkrete spørsmål som er nært opptil respondentenes erfaringer. Man skal unngå å bli for personlig og operere med et enkelt tema på hvert spørsmål. Disse hensynene er forsøkt ivarettatt. Ved å ha et tydelig og enkelt spørreskjema kan man redusere faren for systematiske bias (Fink, 2006). På bakgrunn av at jeg som helsesøster kjenner feltet godt, mener jeg at survey som metode kan aksepteres. Det ble lagt vekt på entydige formuleringer for å tilstrebe at respondentene tolket spørsmålene på samme måte. Likevel kunne det ikke garanteres at spørsmålene ble forstått og oppfattet slik de var ment. En del vanlige faguttrykk ble brukt i spørreskjemaet, da jeg antok at disse var kjent på bakgrunn av respondentenes utdanning som helsesøstre. Informasjonsskrivet inneholdt telefonnummer og e-mailadresse slik at jeg kunne kontaktes dersom det var uklarheter vedrørende spørreskjemaet (Fink, 2006).

### **3.5 Utarbeidelse av spørreskjema**

Det var i utgangspunktet ønskelig å finne et spørreskjema med høy grad av reliabilitet og validitet som var velutprøvd på norske forhold for å sikre konsistente data. Det ble foretatt søk i HaPI (Health and Psychosocial Instruments) og aktuell litteratur for å finne egnet validert og standardisert instrument for studien. *Kunnskapssenteret for helsetjenesten* ble kontaktet for

bistand til søk etter egnet instrument. Det forelå ikke spørreskjema som passet designet eller problemstillingene på norsk.

Polit og Beck (2004) hevder at å utvikle et eget instrument er siste valg, spesielt for personer uten erfaring innen forskning. De anbefaler å ta utgangspunkt i et allerede eksisterende instrument. For deler av spørreskjemaet var dette mulig, og med tillatelse fra H. W. Andersson ble utdrag fra SINTEFs spørreskjema brukt (Andersson et al., 2006). Det ble ikke funnet spørreskjema som dekket de resterende temaene, og det ble derfor nødvendig å utvikle nye spørsmål. Ved utvikling eller videreutvikling av et spørreskjema, må en ta hensyn til begrepsdannelse hvor sentrale begreper blir belyst på bakgrunn av relevant faglitteratur, og å utvikle operasjonelle definisjoner som skal vise hvordan de teoretiske begrepene kan måles (Polit og Beck, 2004).

Da spørreskjemaet ble utarbeidet ble spørsmålene vurdert opp mot tema for studien av flere helsesøstre i klinisk arbeid. Spørreskjemaet ble deretter sendt til eksperter innen feltet, som bidro til ytterligere justeringer, retting av utilstrekkelige svaralternativer og reduksjon av antall spørsmål. Fagpersoner i R-Bup og veileder for masteroppgaven ble forevist instrumentet for sakkyndig vurdering og om hvor godt instrumentet belyste aktuelle problemstillinger. Likeledes ble instrumentet vurdert av medstudenter og forelesere ved UiO. Spørsmålene ble utviklet på grunnlag av litteraturgjennomgang, gjennomlesning av *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) og egne erfaringer. Spørsmålsutviklingen kan derfor betegnes som teoristyrte utvikling av instrumentet. Prinsipper som ble lagt til grunn for spørreskjema er hentet fra Aarø (2007) og Fink (2006). Disse omfattet følgende:

- Spørsmålene kunne i de fleste tilfeller besvares med kryss (i noen tilfeller tall). Noen steder var det mulig å fylle i tekst for supplerende opplysninger.
- Hvert spørsmål var formulert enkelt og besto ikke av grammatisk kompliserte setninger eller flere dimensjoner.

- Det ble tilstrebet ikke å ha ledende spørsmål, eller ord og uttrykk som var uklare eller ukjente for respondentene.

Ved utviklingen av spørsmålene ble det tatt hensyn til at betydningen av ord og uttrykk i spørsmålene skulle forstås av respondenter i praksis. Usikkerhet i utfylling av spørreskjema kan gjøre respondentene mer utsatte for påvirkning utenfra. Kunnskap og interesse for temaet kan derimot gjøre respondentene mindre mottakelig for ytre påvirkninger, noe jeg forventet da alle respondentene var helsesøstre i arbeid på helsestasjon. Det ble også forsøkt å unngå sensitive eller påtrengende spørsmål slik at respondentene skulle kunne føle seg anonyme og ikke provoserte (Fink, 2006). Spørsmål relatert til oppfølging av premature barn og deres familier ble derfor formulert i form av hvilke tilbud de får på helsestasjonen. På den måten svarte respondentene på vegne av helsestasjonen og ikke seg selv.

Spørreskjemaet innledes med spørsmål om demografiske data, Demografiske data omhandler statistiske opplysninger om alder, antall år som sykepleier og helsesøster, stillingsstørrelse og antall fødsler pr år pr distrikt. Videre inneholder spørreskjemaet tema som helsesøstres nåværende kompetanse, behov og ønsker for kompetanseheving, bruk av programmer, kartleggingsverktøy og metoder, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av premature barn og deres familier. Utvalget av videreutdanning og etterutdanning er valgt på bakgrunn av hva som tilbys ved høyskoler i regionen, og på bakgrunn av hva som fremkom i Andersson et als undersøkelse fra 2006. De ulike instrumentene som vedgår bruk av kartleggingsverktøy og metoder er valgt på bakgrunn av anbefalinger i faglige retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; 2007a), Kunnskapssenterets oppsummeringer (Reinar et al., 2005; Hviding, 2006) og R-Bups systematiske oversikt (Hansen og Jacobsen, 2008) og er relatert til vurdering av språk, sosial, kognitiv og motorisk utvikling og samspill.

Det kan benyttes både åpne og lukkede svarkategorier i et spørreskjema. Det anses som utfordrende å lage gode spørreskjemaer med lukkede svaralternativer. Dette krever god kunnskap om temaet og analysemetodene. Spørsmål bør i følge Polit og Beck (2004) utvikles slik at den som svarer opplever at det er mest mulig uttømmende. Lukkede svarkategorier skal

gi samme referanseramme til alle respondentene, og dette gjør at man relativt presist kan vise forskjeller mellom respondentene. Dessuten gjør lukkede spørsmål gjør datamaterialet enklere å kode og skåre, og letter dermed dataanalysen (Polit og Beck, 2004). I følge Polit og Beck (2004) er det en fordel med lukkede svarkategorier på grunn av dette. Dette spørreskjemaet har i hovedsak lukkede svaralternativer, bortsett fra enkelte spørsmål der man kunne fylle i svaralternativet for å sikre en rikere besvarelse eller der svaralternativet kunne oppleves som ikke uttømmende.

### **3.6 Pilotundersøkelse**

Elementære metodologiske feil er vanlig i surveyundersøkelser, som at instrumentet ikke passer designet (Boynton, 2004). En pilotundersøkelse er en forhåndstesting av spørreskjema for å undersøke om datainnsamlingsplanene er gode nok (Fink, 2006). Hensikten var å lage en surveyform som var brukbar og ga svar på forskningsspørsmålene. Alle spørreskjema må pilottestes. Spørreskjema som er ment for selvutfylling avhenger av et tydelig språk. Pilottesting kan raskt avklare hvorvidt mennesker forstår instruksjonen og kan besvare spørsmålene. Responsraten kan høynes gjennom pilottesting da vanskelige spørsmål kan elimineres og språkføring kan endres, i tillegg til hvordan instrumentet er egnet til utfylling (ibid.).

For pilottesting ble det valgt ut seks helsesøstre fra to helsestasjoner som hadde variasjon i erfaring, videreutdanning og erfaring fra helsestasjonsarbeid. Helsesøstrene varierte med henholdsvis 7-30 års erfaring fra feltet, og de hadde 60-100 % stilling på helsestasjonen. Tre av helsesøstrene hadde videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanning. Helsesøstrene ble på bakgrunn av dette antatt å kunne være typiske representanter for målgruppen. De som deltok i pilottesten ble bedt om å fylle ut gjeldende spørreskjema og notere spørsmål, kommentarer, reaksjoner og forslag til endringer. I etterkant av dette ble kommentarene og skjemaet i sin helhet gjennomgått i samtale med de 6 helsesøstrene. Det var svært viktig å få svar på om innholdet og begrepene var i overensstemmelse med deres oppfatninger, hvor lang tid det tok å svare på skjemaet og dessuten om det var uklarheter, misforståelser, kjedelig eller for vanskelig å svare på. Pilottesten og gjennomgangen bidro til justeringer av skjemaet.

Erfaringer fra pilottesten viste at tidsbruk på besvarelse varierte fra 5-15 minutter. Det ble utregnet en gjennomsnittlig tidsbruk på 10 minutter for å fylle ut skjemaet på bakgrunn av dette.

## **3.7 Reliabilitet og validitet**

Krav til reliabilitet og validitet står sentralt ved vurdering av kvalitet på undersøkelsens resultater. Når det skal vurderes i hvilken grad man kan ha tillit til resultatene fra en studie, snakker man om høy eller lav reliabilitet og validitet. Reliable og valide surveys sikres ved at definisjoner og modeller som brukes for å velge spørsmål er basert på teori eller erfaring. En reliabel survey resulterer i konsistent og pålitelig informasjon. Resultatene er nyttige dersom de er valide og spørreskjemaet aksepteres av respondentene. Reliabilitet viser til om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir tilsvarende resultat hver gang. En forutsetning for høy validitet, er høy reliabilitet (Polit og Beck, 2004).

### **3.7.1 Reliabilitet**

Reliabilitet i en studie omhandler nøyaktigheten i prosessens ulike operasjoner fram til tallene kommer inn i en datamatrix og gjennomføring av analyser. Begrepet kan oversettes med pålitelighet og uttrykker i hvilken grad vi kan stole på resultatene, hvor pålitelige og nøyaktige målingene og datamaterialet er. Innhenting og behandling av data i en survey kan gi tilfeldige og systematiske målefeil. Ved besvarelse av spørreskjemaet kan respondentene ha svart feil eller husket feil. Dette betegnes som tilfeldige målefeil, og disse angår reliabiliteten. Slike målefeilene jevner seg imidlertid ut i et større utvalg. Oppslutningen om en undersøkelse kan gi feil av begge typer. Dette kan skje fordi utvalget blir mindre og tilfeldige feil øker og gir mer usikre data. Disse kan direkte gå ut over dataenes validitet. Et større utvalg gir derfor data som har større sikkerhet (Polit og Beck, 2004).

Registrering og databehandling kan også være beheftet med unøyaktighet og gi lav reliabilitet ved at tilfeldige målefeil oppstår. Feilregistrering av data kan også betegnes som eller gi

informasjonsskjevhet. Dataene som ble lagt inn i SPSS ble derfor dobbeltkontrollert for å unngå feilkilder som kan påvirke reliabiliteten negativt. Reliabiliteten i en studie styrkes ved at det er avstand mellom forsker og respondent (Polit og Beck, 2004). Av denne grunn foregikk all informasjon og utdeling av spørreskjema gjennom ledende helsesøstre. Instrumenters reliabilitet vedrørende kvantitative data omhandler en vurdering av instrumentets kvalitet og tilstrekkelighet. Reliabiliteten kan styrkes ved bruk av anerkjente instrumenter. Imidlertid kan instrumenters reliabilitet svekkes dersom de ikke er utprøvd på målgruppen (Polit og Beck, 2004). En av betingelsene til et reliabelt instrument er at det brukes til den tiltenkte gruppen. Utfra dette kan man si at spørsmål som er hentet fra Andersson et als undersøkelse (2006) kan styrke reliabiliteten fordi de tidligere er brukt til helsesøstre på nasjonal basis. Et kritisk spørsmål er imidlertid om endringene fra å omhandle kompetanse i forhold til psykisk helse til oppfølging av premature har betydning.

I litteraturen argumenteres det for at svarene er holdbare ved spørsmål om holdninger og meninger i enkeltsaker og detaljer i faktaspørsmål. Det er nærliggende å spørre om helsesøstrene er ærlige i sine besvarelser, og ønsker å synliggjøre sine opplevelser, meninger, praksis og behov for kompetanseheving. Respondentene kan oppgi en idealisert virkelighet som kanskje ikke stemmer overens med eksisterende praksis (Fink, 2006). Jeg regner det imidlertid som mest sannsynlig at helsesøstrene har svart ærlig og i beste hensikt. På grunn av dette er det viktig at inklusjonskriteriene til studien er kjent (Polit og Beck, 2004). Inklusjonskriteriene ble beskrevet før studien ble satt i gang. Ledende helsesøstre sørget for utdeling til helsesøstre som oppfylte inklusjonskriteriene.

For å redusere faren for utvalgsskjevheter må også utvalget være stort nok og svarprosenten så høy som mulig (Polit og Beck, 2004). En svarprosent over 60 %, regnes i litteraturen som tilstrekkelig (Johannessen, 2004). Det er i surveyundersøkelser vanlig med svarprosent på 50-60 % (Aarø, 2007). I denne undersøkelsen var bruttoutvalget 122 respondenter og nettoutvalget ble 85 respondenter. Det gir en svarprosent på 70 %. Utvalgets representativitet og svarprosent gir et relativt godt grunnlag for statistiske analyser. Kun de respondentene som besvarte spørreskjemaet representerer datamaterialet. Dette kan medføre utvalgsbias, fordi deler av populasjonen kan over- eller underrepresenteres. Svarprosenten i denne studien kan

derfor gi skjevheter i datagrunnlaget som begrenser muligheten til å generalisere resultatene fra utvalget til populasjonen.

### **3.7.2 Validitet**

Validiteten i en kvantitativ studie avhenger av hva som måles og om det er egenskaper som har relevans for problemstillingen, altså hvor godt instrumentet måler det det har til hensikt å måle (Polit og Beck, 2004). Begrepet validitet er synonymt med gyldighet og handler om hvorvidt man kan trekke gyldige slutninger om det man undersøker. Statistisk validitet handler om i hvilken grad funnene kan generaliseres til hele populasjonen. Det vil si at de sammenhenger eller tendenser som kommer frem i resultatene, er statistisk signifikante. Statistisk signifikante resultater gir uttrykk for at resultatene er riktige og ikke tilfeldige, og at det er en representativ størrelse på tendensen. Når resultatene er signifikante vil et stort utvalg gi bedre mulighet til å generalisere til en større del av populasjonen (ibid.). Det er vanskelig å vurdere hvilken prediksjonsverdi resultatene får, siden dette instrumentet ikke er brukt tidligere og bør gjennomgå videre undersøkelser.

Overflatevaliditet (face validity) handler om det umiddelbare inntrykk et instrument gir den som skal anvende det og om det ser ut til å måle det som er tenkt. Dette dreier seg om at teksten gir mening og kan forstås av respondentene, at det er et overbevisende samsvar mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner (Polit og Beck, 2004). Overflatevaliditet ble forsøkt ivaretatt ved pilottesting og var nyttig for å vurdere spørreskjemaet med hensyn til forståelse og tydelighet.

Systematiske målefeil kan oppstå på grunn av misoppfatning av begrep, ved at spørsmål er stilt på en ledende måte, eller at respondentene har svart det som er sosialt akseptabelt. Systematiske feil refererer til datainnsamlingsmetode, analyse og fortolkning. Polit og Beck (2004) hevder at validitet handler om at spørsmålene representerer det som er mulig å spørre om innenfor valgte emner. For å imøtekomme dette, er en grundig gjennomgang av litteratur grunnlaget for konstruksjon av spørsmålene. I tillegg er spørreskjemaet basert på egen klinisk



erfaring fra feltet. Det er av avgjørende betydning for spørreskjemaundersøkelser at begrepene er definert. Dette relateres til begrepsvaliditet som angir hvor godt spørsmålene gir svar på det som ønskes målt på bakgrunn av de teoretiske begrepene. Det er vanskelig å sikre høy begrepsvaliditet. På bakgrunn av dette er det viktig å være klar over hva som truer begrepsvaliditet når forskningsresultatene skal tolkes (ibid.). Etter pilottesten og ved gjennomgang sammen med eksperter ble begrep ytterligere klargjort. Indre eller intern validitet uttrykker noe om i hvilken grad man kan trekke slutninger på bakgrunn av studien. Høy indre validitet forutsetter at man har god kontroll over mulige systematiske bias, slik at studien måler det den er tenkt å måle. Interne valide resultater er en forutsetning for eksterne valide resultater (Benestad og Laake, 2008).

Ytre eller ekstern validitet henspeiler på resultatenes generaliserbarhet, altså at resultatene fra en studie av et begrenset omfang (som her et utvalg helsesøstre) kan gjøres allment gjeldende for hele populasjonen (alle helsesøstre i Norge). Generelt betyr det at jo større utvalget er, desto mer representativt for populasjonen er det. Dette er viktig for å sikre ekstern validitet slik at funnene kan generaliseres (Polit og Beck, 2004). Feilkilder i en survey vil kunne handle om utvalgsfeil; både om type og størrelse på utvalget. Typen utvalg sier noe om representativiteten, mens størrelsen på utvalget sier noe om feilmarginen. Hvis respondentene som er trukket ut kan representere målgruppen, vil størrelsen på utvalget påvirke hvor sikre konklusjoner vi kan trekke av resultatene. Små utvalg tenderer å produsere mindre nøyaktige estimater enn større, det vil si at større utvalg gir mindre utvalgsfeil. Utvalget i denne studien betegnes som et bekvemmelighetsutvalg og består av en relativt homogen gruppe av helsesøstre. Når utvalget er en homogen gruppe, blir resultatene av det som undersøkes nærmere populasjonens (Polit og Beck, 2004; Fink, 2006).

Lav svarrespons i undersøkelser kan gi utvalgsskjevheter eller bias. Problemet kan derfor være at enhetene i undersøkelsen kan være atypiske for populasjonene med hensyn til de variablene som skal måles (Polit og Beck, 2004). Utvalget ble selektert via inklusjonskriteriene for at funnene skulle kunne generaliseres i større grad. Tilfeldige feil kan variere med hensyn til utvalg, og ved små utvalg er faren større for at de ikke gjenspeiler populasjonen (Fink, 2006). utfordringen med statistikk blir da om innsamlede data om

utvalget kan generaliseres til hele populasjonen. Et representativt utvalg er nødvendig for å kunne trekke gyldige konklusjoner (Polit og Beck, 2004). I denne studien er utvalget representativt for helsesøstre på Østlandet, både små, mellomstore og store kommuner er inkludert i studien. Geografisk nærhet til universiteter, høyskoler og sykehus med nyfødtavdelinger for utvalget, gjør det vanskelig å generalisere til hele Norge der avstand til disse og tilbudet ved ulike utdanningsinstitusjoner kan variere. På bakgrunn av utvalget vil ekstern validitet være høy for Østlandet og funn kan generaliseres til denne gruppen helsesøstre.

### **3.8 Etiske overveielser**

Prosjektet medførte innhenting av personopplysninger. NSD godkjente undersøkelsen høsten 2008 (Vedlegg 4). Kommentarer til godkjennelsen av studien ble tatt til følge. En spørreundersøkelse blant helsesøstre betraktes ikke som forsøk på mennesker, derfor var søknad til regional etisk komité ikke nødvendig. Bruk av personopplysninger i forskning krever samtykke fra respondentene. Samtykket er respondentenes juridiske og demokratiske rettighet, og skal være informert. Det betyr at personen skal vite hva man samtykker til og hva det innebærer for ens eget personvern (Grimnes, 2009). For å imøtekomme kravet om medbestemmelse og frihet til selv å velge deltagelse, inneholdt informasjonsbrevet til helsesøstrene en orientering om hensikten med studien og hvem den skulle omfatte. Det ble også presisert at retur av spørreskjemaet ble betraktet som samtykke til deltagelse. Informasjonsbrev og purrebrev ble forsøkt formulert nøytralt slik at det ikke ble øvet press på respondentene.

Personopplysninger er opplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Studien innebar innhenting av aidentifiserte opplysninger, som indirekte kan identifisere respondentene. Jeg anså det som hensiktsmessig å ikke innhente anonyme datasett fordi det innebar reduserte muligheter for å sende påminnelsesbrev. For å aidentifisere opplysningene ble hvert spørreskjema utstyrt med et registreringsnummer. Nummeret og hvilken kommune respondenten tilhørte, fantes på en separat kodeliste som ble oppbevart utilgjengelig for andre. Opplysninger som regnes som aidentifiserte personopplysninger er regulert av

personvernlovgivningen. Noen ganger kan kombinasjoner av opplysninger identifisere en person. I dette tilfellet kunne for eksempel tittel som helsesøster i kombinasjon med alder og videreutdanning muliggjøre kobling til identitet (Grimnes, 2009). Data som ble lagret på hjemmepc var kun merket med nummer. Respondentene kunne derfor ikke identifiseres. Søknaden til NSD inneholdt en tidsfrist for når personopplysningene skulle makuleres. Perioden var tilstrekkelig til å gjennomføre studien, og spørreskjemaene og registeret ble makulert etter gjennomføring av dataanalyser.

## 4 ANALYSER OG FUNN

I dette kapitlet beskrives dataanalyser og resultater fra spørreundersøkelsen. Under redegjørelsen for analyser belyses ulike datatyper, målenivå og analysemetoder. Studiens empiriske funn presenteres ut fra forskningsspørsmålene. Innledningsvis beskrives demografiske data. Deretter presenteres resultater vedrørende respondentenes formelle og reelle kompetanse, og kompetansebehov. Videre beskrives funn vedrørende bruk av nettbaserte informasjonskilder og kjennskap til de faglige retningslinjene. Til slutt presenteres funn i forhold til tverrfaglig samarbeid, oppfølging av premature barn og deres familier inklusiv bruk av metoder og kartleggingsverktøy på helsestasjon. Funnene danner bakgrunn for tolkninger og drøfting i oppgavens kapittel 5.

### 4.1 Analyse av data

Deskriptiv statistikk er kvantitativ statistikk som benyttes til å forenkle og sammenfatte tallmasser i datamatriksen. Kvantitative data viser til at data umiddelbart kan behandles ved hjelp av tall og opptellinger (Fagermoen, 1996). Statistikkprogrammet Statistical Packages for Social Sciences (SPSS 16.0) ble brukt til registrering, bearbeiding, koding og analysing av innhentede data. Registrering av respondenters svar innebærer mulighet for at det kan oppstå feil i datamatriksen. Ulike metoder ble brukt for å sikre nøyaktighet. Datamatriksen ble derfor sjekket av to personer til sammen to ganger mot nummerert spørreskjema, for å kontrollere for feil. I tillegg ble datamatriksen sjekket i SPSS's egne kommandoer for å oppdage ulovlige kodede verdier og inkonsistente svar, slik at datamaterialet besto av valide verdier før analyser. Data ble eksportert til Microsoft Office Excel for framstilling av figurer og tabeller.

Spørsmål i spørreskjemaet vedrørende vurderinger og forekomst ble besvart i Likert-skala med svaralternativer som ble kodet med verdiene ”i stor grad”/”ofte” (3), ”i noen grad”/”enkelte ganger” (2), ”i liten grad”/”sjelden” (1) og ”ikke”/”aldri” (0). En Likert-skala er utviklet for å kunne summere og måle gjennomsnittet av variabler ved et teoretisk begrep og kan brukes til å måle holdninger og vurderinger. Det er ulike meninger i litteraturen om det skal være mange eller få verdier på slike skalaer, 3 oppfattes som for lite, mens 4 begrenser

muligheten til å svare på en nøytral kategori (Johannessen, 2004; Fink, 2006). Det ble bevisst valgt 4 svarkategorier fordi det ble forventet at respondentene hadde en oppfatning/mening om det som ble etterspurt, og for å unngå at de plasserte seg ved middelverdien.

Valg av statistiske mål og analyser avhenger av målenivået på variablene. Målenivåene inndeles i nominal, ordinal, intervall og forholdstallnivå. Variablene i undersøkelsen var enten dikotomier og befant seg derfor på nominalnivå, eller befant seg på intervall eller forholdstallnivå. Forholdstallnivå har et absolutt nullpunkt og det er like stor avstand mellom punktene på skalaen. Verdiene på Likert-skalaene regnes for å være på ordinalnivå, da en kan rangere variablene i rekkefølge, men ikke fastsette avstanden mellom dem (Polit og Beck, 2004). Spørreskjemaet innholdt noen få spørsmål med mulighet for åpne svarkategorier for tekst. Disse tekstvariablene ble betraktet som data på nominalt målenivå og ble i analysen behandlet deretter.

Det er først og fremst forskningsspørsmål som avgjør hvilke tester som bør utføres (Polit og Beck, 2004). Det er i stor grad benyttet beskrivende statistikk med vekt på frekvensfordelinger da data hovedsakelig er på nominalt og ordinalt målenivå. Aktuelle prosedyrer var frekvensfordelinger (antall og prosent), prosentuering til relative fordelinger, mean og median som mål for sentraltendens og variasjon (standardavvik). Krysstabeller ble brukt i enkelte analyser for å se på sammenhenger mellom demografiske data og andre variabler. Kjikvadrattest ble brukt til å teste signifikansnivået der det ble utført analyser med krysstabell.

#### **4.1.1 Manglende data**

Manglende data er hull i datamatriksen forårsaket av respondenter som ikke svarer på alle spørsmålene i spørreskjemaet. Så lenge manglende data er tilfeldige og ikke systematiske, medfører ikke dette store vansker med analysen. Store mengder manglende data kan imidlertid skape problemer (Polit og Beck, 2004). Manglende data ble derfor først kartlagt med hensyn til fordeling og mønster. Dette ble gjort ved å se på frekvensfordelingen av

variablene og ved å kjøre marginals for hele datamaterialet. Spørsmål som ikke ble besvart, ble kodet 99. Verdien 99 kunne ikke forveksles med kodene som ble tillagt verdiene på variablene, og er en vanlig kode for manglende verdier. SPSS er konstruert slik at bare valide verdier tas med i databehandlingen. I en krysstabellanalyse vil derfor personer som mangler informasjon på minst en av variablene bli utelatt fra analysen. Manglende verdier ble her erstattet med gjennomsnittet der de var få og spredte. Dette er en akseptert håndtering av manglende data (Polit og Beck, 2004). I hele datamaterialet var det få manglende data. De data som manglet, dreide seg om bruk av kartleggingsverktøy og metoder. På spørsmål om bruk av kartleggingsverktøy og metoder varierte manglende data mellom 1,2 % og 42,4 %. På bakgrunn av dette oppgis det i disse tabellene og figurene hvor stor andel som mangler på hvert spørsmål.

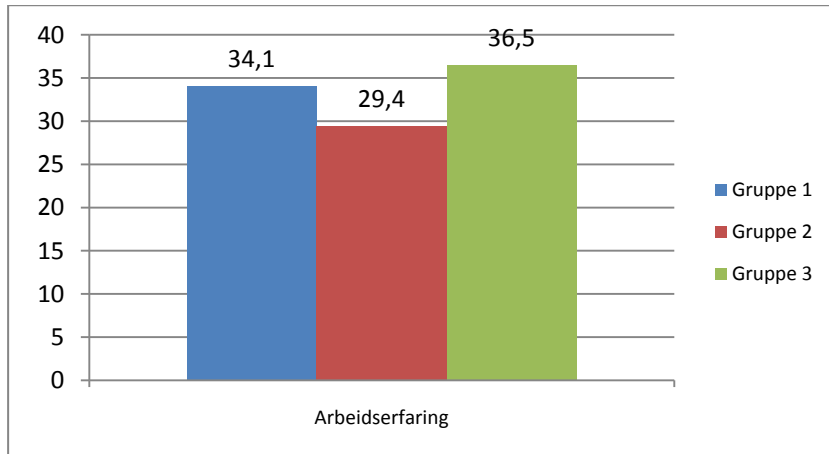
## 4.2 Demografiske data

Demografiske data omhandler en beskrivelse av respondentene i form av alder, formell kompetanse og antall år med erfaring som sykepleier og helsesøster. Utvalget besto av 85 helsesøstre ansatt på helsestasjonen, det vil si sykepleiere med videreutdanning som helsesøster. Laveste alder blant respondentene er 32 år og høyeste alder er 66 år. Dette viser et utvalg med stor spredning i alder og erfaringslengde. Gjennomsnittlig alder for respondentene er 48 år (SD 8,7). 2 respondenter oppgir ikke alder.

Utvalgets gjennomsnittlige praksistid som sykepleier er 15 år (SD 8,8). Årstall for avsluttet sykepleierutdanning varierer fra 1968 til 2001. Medianen, altså det typiske for utvalget er avsluttet utdanning rundt 1985. Gjennomsnittlig praksis som helsesøster er 10 år (SD 8), med median 1999. Årstall for avsluttet helsesøsterutdanning varierer fra 1972 til 2008. Medianen for avsluttet helsesøsterutdanning er 1999. Informantene ble inndelt i tre grupper basert på Benners modell (1995) for kompetanseutvikling. Blant respondentene har 34 % (N= 29) arbeidet som helsesøster i 0-5 år, 29 % (N= 25) i 5-10 år, og 37 % (N= 31) i mer enn 10 år. Gruppe 1 omfatter nybegynneren og den viderekommende nybegynneren. Gruppe 2 består av den kompetente og kyndige utøveren. Den siste gruppen, gruppe 3, består av det Benner

kaller eksperter og har på bakgrunn av mitt materiale mer enn 10 års erfaring. Figur 1 viser respondentene i prosent fordelt på aldersgruppene.

Figur 1: Prosentvis fordeling av respondentene i grupper etter erfaring som helsesøster



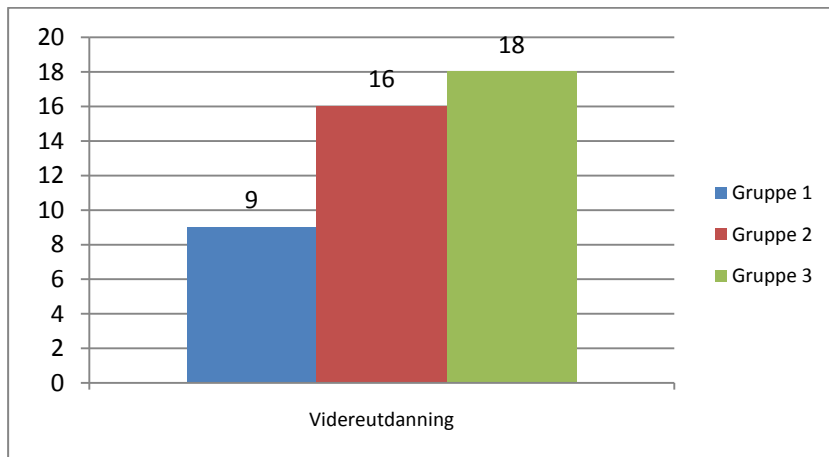
Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Respondentene har en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 64 % (SD 20). Standardavviket viser at det er stor spredning i stillingsstørrelsen til helsesøstrene, som varierte fra 20 til 100 % stilling på helsestasjonen. Helsesøstrene har en frekvens av fødsler i sitt arbeidsdistrikt som varierer i antall fra 16 til 150, gjennomsnittet ligger på 60 fødsler pr år.

### 4.3 Formell kompetanse

I denne delen skulle respondentene oppgi ervervet eller påbegynt videreutdanning og anvendelse av denne i praksis. Blant helsesøstrene (N= 85) har eller er 48 % (N= 41) i gang med videreutdanning. Figur 2 viser helsesøstre med videreutdanning plassert i grupper etter erfaring basert på Benners (1995) modell for kompetanseutvikling.

Figur 2: Helsesøstre med ervervet eller påbegynt videreutdanning (N=41)



Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
 Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
 Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

*Ammeveiledning* og *Ledelse* er de hyppigst forekommende videreutdanningene med 14 % fordelt på hver. Blant helsesøstrene har 11 % *Små barn og psykisk helse*, mens 9 % av helsesøstrene har *Psykisk helse*. Blant de øvrige videreutdanningene har *Marte Meo*, *Masterutdanning (sykepleievitenskap og folkehelsevitenskap)*, *Familieterapi* og *PMTO* en frekvens på 5 % hver. Andre videreutdanninger oppgis å ha en frekvens på 2 %, dette gjelder blant annet *Pedagogikk*, *Barn av psykisk syke*, *Miljørettet helsevern* og *Pediatri*. Fordelingene vises i tabell 4.

Tabell 4: Frekvensfordeling av ervervede eller påbegynte videreutdanninger

| Videreutdanning           | Prosent    |
|---------------------------|------------|
| Ammeveiledning            | 13,64      |
| Ledelse                   | 13,64      |
| Små barn og psykisk helse | 11,36      |
| Psykisk helse             | 9,09       |
| Marte Meo                 | 4,55       |
| Familieterapi             | 4,55       |
| PMTO                      | 4,55       |
| Mastergradsutdanning      | 4,55       |
| Andre                     | 25         |
| Ubesvart                  | 9,07       |
| <b>Total</b>              | <b>100</b> |

N=41, frekvens angitt i prosent



Blant de 41 helsesøstrene som har eller er i gang med videreutdanning, svarer alle på spørsmål om i hvilken grad de anvender videreutdanningen i praksis. Blant disse oppgir 56 % at de i stor grad bruker videreutdanningen, mens 29 % i noen grad og 10 % i liten grad anvender denne i praksis. Kun 5 % svarte at de ikke anvender videreutdanningen i praksis, dette dreier seg om *Anestesi* og *Palliativ omsorg*. Blant respondentene har 13 % (N=11) to videreutdanninger eller fler. Ingen har mer enn tre videreutdanninger i tillegg til helsesøsterutdanningen.

## 4.4 Reell kompetanse

Respondentene ble spurt om hvordan de opplever egen kompetanse i gjennomføring av ulike tiltak og observasjoner ved oppfølging av premature barn på helsestasjonen. Respondentene kunne angi følgende variabler: "ikke"/"i liten grad"/"i noen grad"/"i stor grad". De ble på samme måte bedt om å angi tilfredshet med egen kompetanse totalt sett, i oppfølging av premature barn og familier. Henholdsvis er 1 % i stor grad og 74 % i noen grad tilfreds med egen kompetanse samlet sett. Ingen av respondentene oppgir at de ikke er tilfredse med egen kompetanse. Av respondentene angir 74 % i stor grad at de har kompetanse i henvisning til andre instanser. Videre fordelte vurderingene seg med stor grad av opplevd kompetanse i støttesamtaler (41 %), kartlegging av språkutvikling (39 %), styrking av tilknytning mellom barn og foreldre (38 %), identifisering av motoriske vansker (27 %), tilknytningsforstyrrelse (25 %), reguleringsvansker (18 %) og utviklingsforstyrrelser (18 %). Ved å krysstabulere videreutdanning mot kompetansetilfredshet fant jeg at de med videreutdanning i større grad enn de uten, er i stor grad tilfredse med egen kompetanse, 58 % mot 42 %.

## 4.5 Kompetansehevende tiltak

Helsesøstrene ble bedt om å svare på spørsmål om hva som kunne øke deres kompetanse i oppfølging av premature barn og deres familier. Første del av spørsmålene dreide seg om hvorvidt respondentene opplevde behov for videreutdanning. Spørsmålet ble fulgt av ulike svaralternativer i tillegg til mulighet for utfylling med tekst, dersom svaralternativene ikke var dekkende eller aktuelle. Respondentene kunne angi flere svaralternativer. Hele 87 % (N=74)

av respondentene opplever behov for videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. Prosentvis fordeling er vist i tabell 5.

Tabell 5: Frekvensfordeling av ønskede videreutdanninger

| Videreutdanning                 | Prosent |
|---------------------------------|---------|
| Psykisk helsearbeid             | 61,2    |
| Familieveiledning               | 60      |
| Ammeveiledning                  | 43,5    |
| Familieterapi                   | 28,2    |
| Veiledning/konsultasjonsteknikk | 25,9    |
| Pediatri                        | 9,4     |

N= 74, frekvens angitt i prosent

Analyser med krysstabell viste ingen signifikant forskjell mellom de som ikke har videreutdanning fra før og de som har, vedrørende behov for videreutdanning. Resultatene vises i tabell 6.

Tabell 6: Krysstabell: ervervet videreutdanning-behov for videreutdanning

| Videreutdanning | Behov for videreutdanning |              | Total     |
|-----------------|---------------------------|--------------|-----------|
|                 | Nei                       | Ja           |           |
| Nei             | 5                         | 37           | 42        |
| Prosent         | 62,5                      | 50           |           |
| Ja              | 3                         | 37           | 40        |
| Prosent         | 37,5                      | 50           |           |
| <b>Total</b>    | <b>8</b>                  | <b>74</b>    | <b>82</b> |
|                 | <b>100 %</b>              | <b>100 %</b> |           |

N= 82, frekvens angitt i antall og prosent

Respondentene ble deretter spurt om hvilke etterutdanninger de opplever behov for i arbeid med premature barn og deres familier. Her var det også mulig å angi flere svaralternativer. Hele 93 % opplever behov for relevante etterutdanninger for å øke kompetansen i arbeid med premature barn og deres familier. Fordeling av ønskede etterutdanninger er vist i tabell 7.

Tabell 7: Frekvensfordeling av ønskede etterutdanninger

| Etterutdanning                           | Prosent |
|--|---------|
| Tidlig identifisering av skjevutvikling  | 61,2    |
| Prematuritet                             | 51,8    |
| Ernæring                                 | 47,1    |
| Tidlig identifisering av psykiske plager | 37,6    |
| Atferdsvansker                           | 35,3    |
| Konsentrasjonsvansker                    | 31,8    |
| Amming                                   | 31,8    |
| Foreldrearbeid/-veiledning               | 30,6    |
| Tidlig samspill                          | 29,4    |
| Psykisk helse                            | 24,7    |
| Individuell plan                         | 21,2    |
| Resiliens-/risikofaktorer                | 18,8    |
| Empowerment/mestring                     | 8,2     |
| Konsultasjonsteknikk                     | 5,9     |

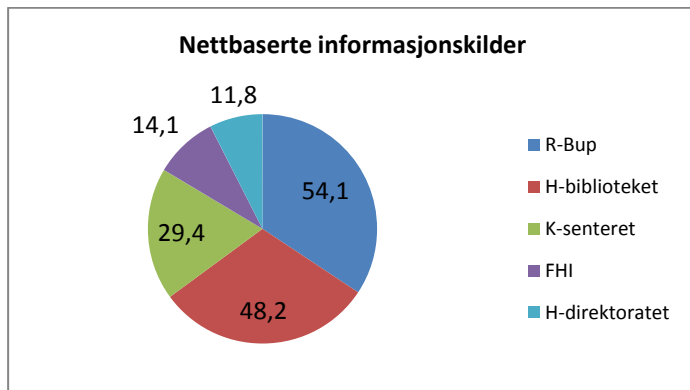
N= 79, frekvens angitt i prosent

Videre ble respondentene spurt om hvilke tiltak de anså for å være de viktigste for å øke deres kompetanse i oppfølging av premature barn. Her var det mulig å fylle i egne svar dersom svaralternativene ikke var uttømmende. Helsesøstrene oppgir følgende tiltak: Kurs i tema relatert til prematuritet (73 %), fordypning i faglitteratur (57 %), samarbeid med Nyfødtafdeling (51 %), veiledning (51 %), hospitering Nyfødtafdeling (37 %) og videreutdanning i psykisk helse og pediatri (begge 12 %).

## 4.6 Nettbaserte informasjonskilder

Internetttilgangen for respondentene er høy, hele 100 %. Hele 93 % (N= 79) av helsesøstrene oppgir å bruke nettbaserte informasjonskilder. Bruk av nettbaserte informasjonskilder varierer. *R-Bup* brukes av 54 %, *Helsebiblioteket* av 48 %, mens *Kunnskapssenteret* brukes av 29 %. Flest respondenter (67 %) oppgir å bruke andre nettsider enn de som var oppgitt i spørreskjemaet, men kun 40 % av disse oppgir hvilke internettkilder de bruker. Blant disse blir *Nasjonalt folkehelseinstitutt* (14 %), *Helsedirektoratet* (12 %), *Matportalen*, og ulike hjemmesider for foreninger som f. eks. *Prematurforeningen* oftest angitt. Enkelte respondenter (5 %) oppgir at de ikke har tid til å bruke nettbaserte informasjonskilder i arbeidet. Fordeling av de ulike nettkildene vises i sektordiagram i figur 3.

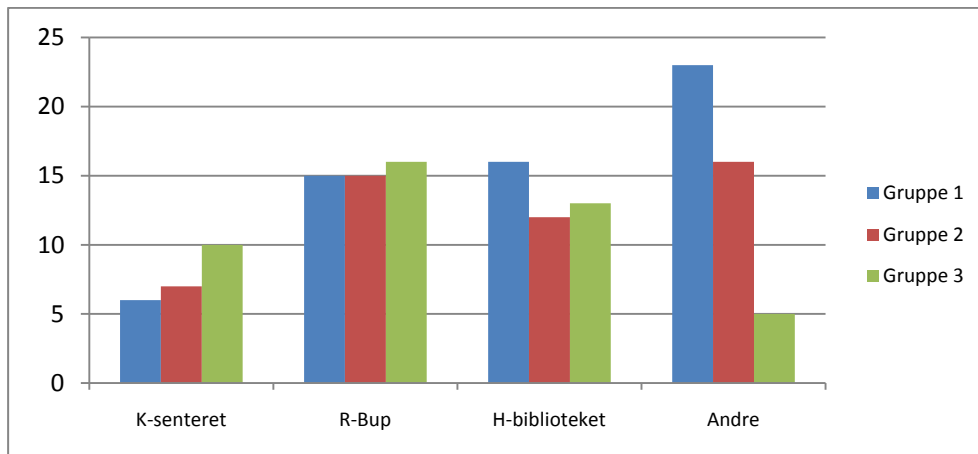
Figur 3: Bruk av nettbaserte informasjonskilder



N=79, frekvens angitt i prosent

Gruppevis fordeling viser at de med lengst erfaring bruker *Kunnskapssenteret* i størst grad, de med kortest erfaring bruker *Helsebiblioteket* og andre kunnskapskilder i større grad. Gruppevis fordeling av bruk av de ulike informasjonskildene vises i stolpediagram i figur 4.

Figur 4: Gruppevis fordeling av bruk av nettbaserte informasjonskilder



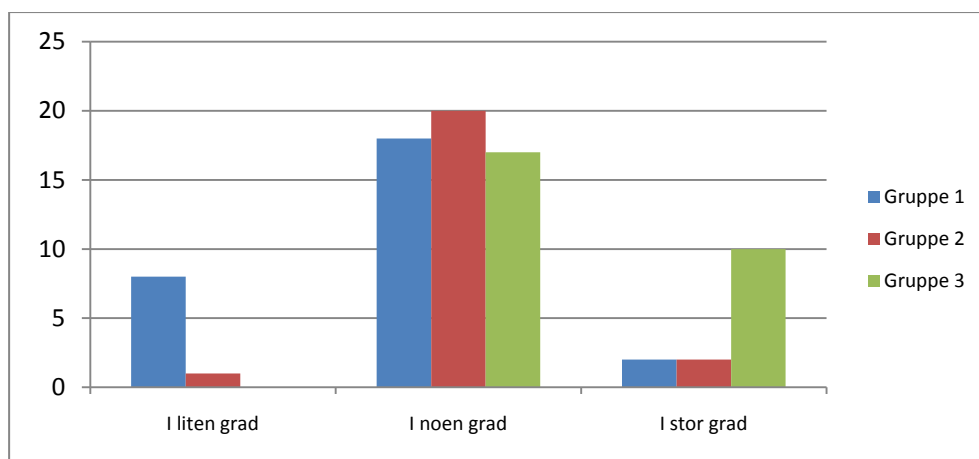
Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

## 4.7 Tverrfaglig samarbeid

Respondentene ble spurt om opplevelse av egen kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid og om de har et fungerende tverrfaglig samarbeid i praksis. De ble også bedt om å angi årsak dersom de ikke har et fungerende tverrfaglig samarbeid. Deretter ble de bedt om å rangere frekvens av samarbeid med ulike instanser.

Blant respondentene mener 19 % at de i stor grad har kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid, 68 % mener de i noen grad og 11 % oppgir at de i liten grad hadde kompetanse i dette. I forhold til egen kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid var det ingen som oppgir at de ikke har kompetanse i forhold til dette. Det er forskjeller mellom gruppens svar på dette spørsmålet. Ingen av de med lengst erfaring oppgir at de har liten kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid. Gruppevis frekvensfordeling av tilfredshet med egen kompetanse i tverrfaglig samarbeid vises i figur 5.

Figur 5: Tilfredshet med egen kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid (N=70)



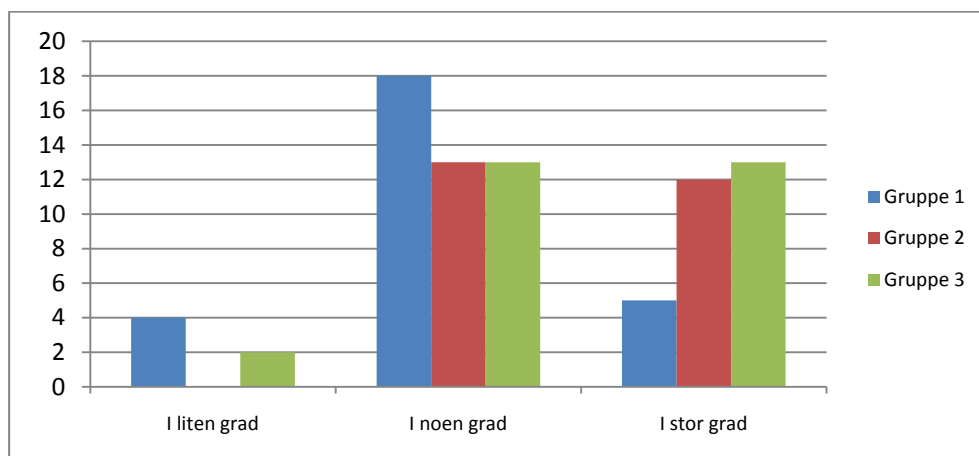
Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Videre ble respondentene spurt om i hvilken grad de har et fungerende tverrfaglig samarbeid. Blant helsesøstrene oppgir 7 % at de i liten grad har et fungerende samarbeid, mens 54 % har i noen grad og 37 % opplever i stor grad å ha et godt fungerende samarbeid. Ingen av respondentene oppgir at de ikke har et fungerende tverrfaglig samarbeid i praksis. Fordeling

etter erfaring viser at de med kortest erfaring oftere oppgir at de i noen grad har et fungerende samarbeid. Tilsvarende har de med lengst erfaring i stor grad et godt fungerende samarbeid.

Figur 6 viser grad av fungerende samarbeid med andre instanser.

Figur 6: Grad av fungerende samarbeid med andre instanser (N= 80)



Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)

Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)

Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Respondentene ble videre bedt om å angi hvilke faktorer de opplever som årsaker dersom det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer godt. Her kunne respondentene fylle i eget svaralternativ dersom de ikke fant dekkende kategorier. Det var mulig å angi flere alternativer på dette spørsmålet. Prosentvis fordeling av årsakene presenteres i tabell 8.

Tabell 8: Årsaker dersom samarbeidet ikke fungerer godt

| Årsaker                                   | Prosent     |
|---|-------------|
| Mangler vedtak og rutiner                 | 28,2        |
| Ulik kultur og faglig bakgrunn            | 17,6        |
| Lite tid/stor arbeidsbelastning/turn-over | 5,9         |
| Ulik lokalisering                         | 4,7         |
| Økonomiske forhold                        | 3,5         |
| Andre mangler kompetanse                  | 3,5         |
| Jeg mangler kompetanse                    | 2,4         |
| <b>Total</b>                              | <b>65,8</b> |

N= 51, frekvens angitt i prosent

Vedrørende spørsmål om samarbeid med ulike instanser var svaralternativene angitt i Likert-skala med følgende frekvensbeskrivelser: ”ofte” (1-4 g pr mnd)/”enkelte ganger” (1-4 g pr kvartal)/”sjelden” (2-4 g pr år)/”aldri”. Fysioterapeut er den hyppigst forekommende samarbeidspartneren for helsesøstrene, mens fastlegen er den flest oppgir at de aldri samarbeider med. Tabell 9 viser frekvens av samarbeid med ulike instanser.

Tabell 9: Frekvens av samarbeid med andre instanser

| Aktører               | Ofte | Enkelte ganger | Sjelden | Aldri |
|-----------------------|------|----------------|---------|-------|
| Fødeavdeling          | 2,4  | 28,2           | 32,9    | 17,6  |
| Nyfødtavdeling        | 10,6 | 43,5           | 29,4    | 5,9   |
| Fastlege              | 3,5  | 10,6           | 38,8    | 28,2  |
| PPT                   | 14,1 | 38,8           | 32,9    | 4,7   |
| Habiliteringstjeneste | 7,1  | 31,8           | 31,8    | 14,1  |
| Barnehage             | 15,3 | 35,3           | 32,9    | 8,2   |
| Barneavdeling         | 5,9  | 14,1           | 43,5    | 20    |
| Fysioterapeut         | 61,2 | 21,2           | 11,8    | 1,2   |
| Psykolog              | 11,8 | 25,9           | 31,8    | 22,4  |

N= 85, frekvens angitt i prosent

## 4.8 Oppfølging på helsestasjonen

Helsesøstrene i undersøkelsen ble bedt om å oppgi bruk av, kjennskap til, behov for og henvisning til ulike kartleggingsverktøy og metoder til bruk i arbeid med barn. Det ser ut til at *Språk 4* er mest brukt av respondentene. Hele 93 % oppgir at de bruker dette på helsestasjonen, mens 6 % henviser til andre for å få utført denne språkkartleggingen. *SATS* blir brukt av 65 %, 12 % henviser til andre for å få utført *SATS*. *Dialog* er i bruk blant 29 % av respondentene, mens denne metoden er ukjent for 28 % av dem. *Tidlig Intervensjon* blir brukt av 26 %, mens 14 % opplever behov for denne metoden. *TRAS* er et observasjonsmaterieell som brukes mest i barnehager, 6 % av helsesøstrene oppgir å bruke dette, mens 45 % rapporterer behov for dette verktøyet. *ASQ* blir anvendt av 14 % av helsesøstrene, og 19 % opplever behov for denne metoden i oppfølging av barn. *Marte Meo*, *De Utrolig Årene* og *PMTO* er metoder som brukes ved identifiserte samspills- og atferdsvansker. Helsesøstrene i undersøkelsen bruker disse i varierende grad, der *PMTO* blir brukt av 14 %, *DUÅ* av 12 % og *Marte Meo* av 8 %. *Marte Meo* og *PMTO* blir oppgitt som metoder helsesøstrene i stor grad har behov for i praksis, *DUÅ* er derimot ukjent for 18 %. Det er relativt høy frekvens av ubesvarte spørsmål i denne delen av spørreskjemaundersøkelsen. Frekvensen varierer fra 1 %

(Språk 4) til 42 % (MISC og Care Index). Dette kan tyde på at svaralternativene ikke var dekkende nok. Muligens kjenner respondentene til metodene eller kartleggingsverktøyene, og at de ikke opplever behov for dem eller henviser til dem. Frekvensfordeling av bruk av, behov for og henvisning til ulike metoder og kartleggingsverktøy vises i tabell 10.

Tabell 10: Frekvensfordelinger av programmer, kartleggingsverktøy og metoder

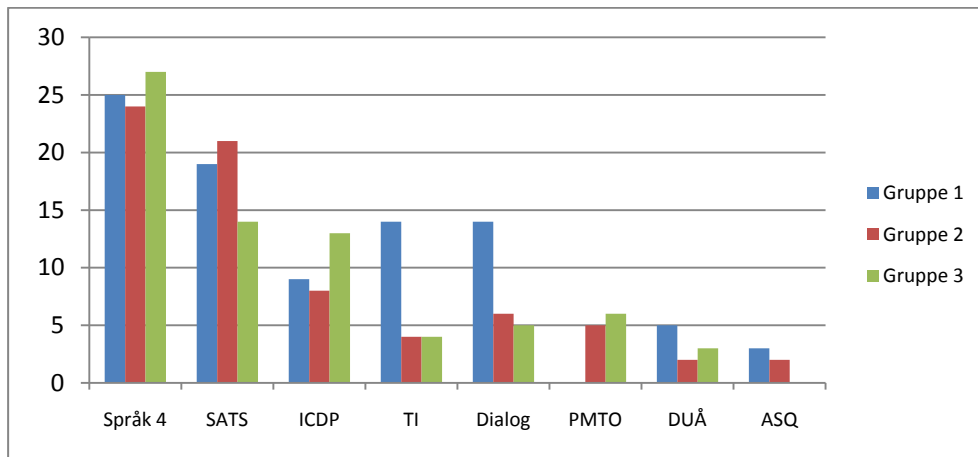
| Metoder             | Bruker | Behov for | Henviser til | Ukjent | Ubesvart |
|---------------------|--------|-----------|--------------|--------|----------|
| Marte Meo           | 8,2    | 43,5      | 14,1         | 1,2    | 32,9     |
| PMTO                | 14,1   | 32,9      | 11,8         | 9,4    | 31,8     |
| Care Index          | 1,2    | 1,2       | 2,4          | 52,9   | 42,4     |
| Tidlig Intervensjon | 25,9   | 14,1      | 17,6         | 8,2    | 34,1     |
| MISC                | 2,4    | 2,4       | 0            | 52,9   | 42,4     |
| ICDP                | 36,5   | 14,1      | 11,8         | 8,2    | 29,4     |
| Dialog              | 29,4   | 2,4       | 1,2          | 28,2   | 38,8     |
| SATS                | 64,7   | 3,5       | 11,8         | 2,4    | 17,6     |
| Språk 4             | 92,9   | 0         | 5,9          | 0      | 1,2      |
| TRAS                | 5,9    | 44,7      | 8,2          | 2,4    | 38,8     |
| DUÅ                 | 11,8   | 15,3      | 18,8         | 17,6   | 36,5     |
| ASQ                 | 14,1   | 18,8      | 17,6         | 20     | 29,4     |

N= 85, frekvens angitt i prosent

Figur 7 viser de ulike gruppene av helsesøstre fordelt etter erfaring vedrørende bruk av ulike programmer, metoder og kartleggingsverktøy på helsestasjonen.



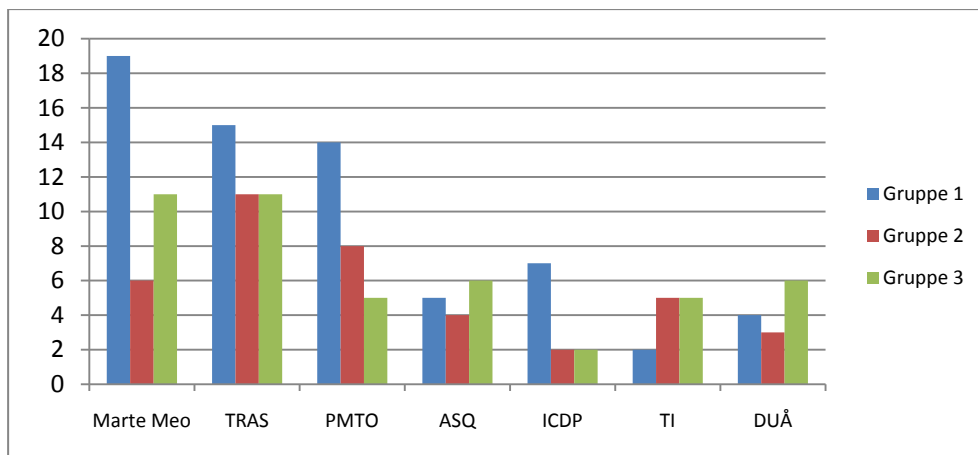
Figur 7: Gruppevis fordeling av bruk av programmer, metoder og kartleggingsverktøy på helsestasjonen



Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
 Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
 Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Figur 8 viser videre helsesøstrenes opplevde behov for de ulike programmene, metodene og kartleggingsverktøyene i praksis.

Figur 8: Gruppevis fordeling av behov for programmer, metoder og kartleggingsverktøy

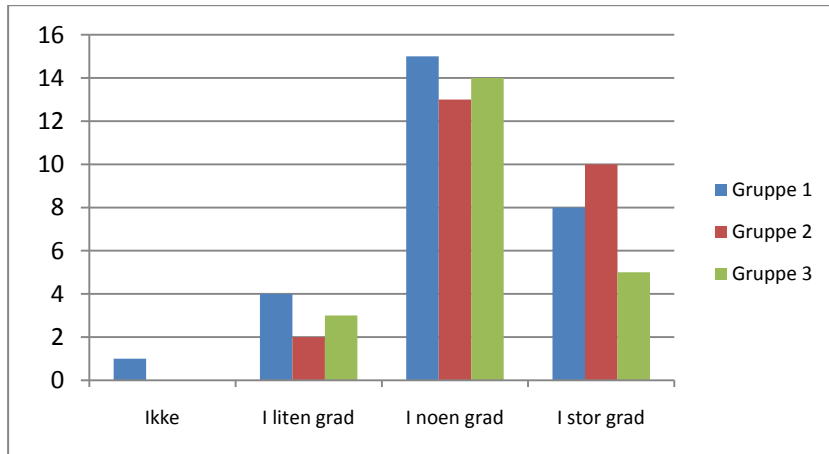


Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
 Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
 Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Helsesøstrene oppgir ulik grad av kjennskap til *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Kun 1 % oppgir at de ikke hadde noe kjennskap til disse, 11 % har i liten grad kjennskap til retningslinjene, mens 52 % i noen grad,

og 37 % oppgir at de i stor grad kjenner til disse. Gruppevis fordeling av kjennskap til retningslinjene presenteres i figur 9.

Figur 9: Kjennskap til ”Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn”

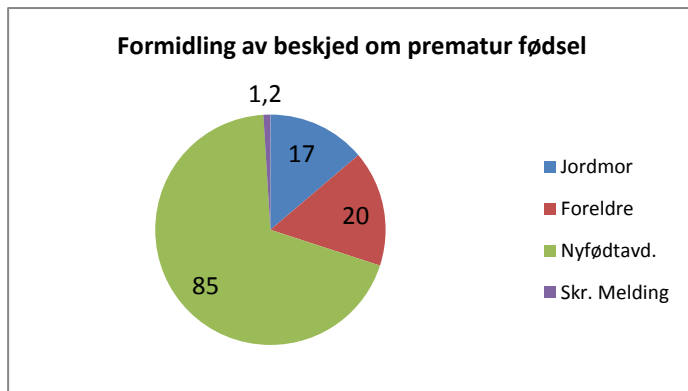


Gruppe 1: 0-5 års erfaring (N= 29)  
Gruppe 2: 6-10 års erfaring (N= 25)  
Gruppe 3: Mer enn 10 års erfaring (N=31)

Sosial- og helsedirektoratet (2007a) anbefaler at det etableres kontakt mellom helsestasjonen og familien før hjemreise fra sykehuset. Kontakt før utskrivelse fra Nyfødtafdeling blir erfart av 52 %, 42 % opplever dette av og til, og 5 % oppgir at dette ikke forekommer.

Respondentene fikk videre spørsmål om hvem som formidler beskjed om fødsel av premature barn. Disse fordeler seg som vist i figur 10. Flest helsesøstre (85 %) får beskjed direkte fra nyfødtafdeling.

Figur 10: Formidling av beskjed om prematur fødsel



N=85, frekvens angitt i prosent

Oppfølging i henhold til anbefalinger i *Faglige retningslinjer for for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) varierer også. Retningslinjene anbefaler to hjemmebesøk etter utskrivelse fra Nyfødtavdeling, hvorav et med personale fra Nyfødtavdeling og et med jordmor fra helsestasjonen. Respondentenes oppgitte frekvens av hjemmebesøk presenteres i tabell 11.

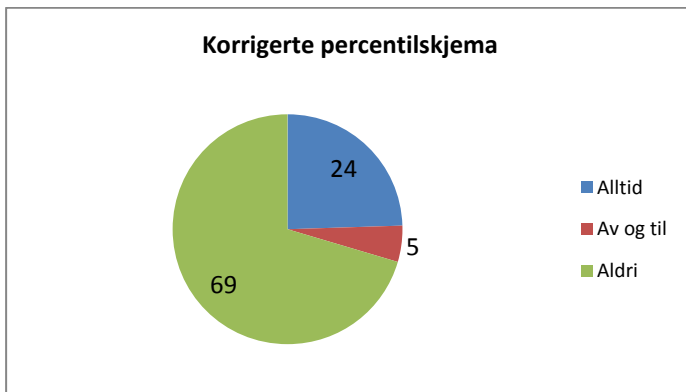
Tabell 11: Hjemmebesøk til familier med premature barn

| Hjemmebesøk  | Helsesøster | Jordmor     | Nyfødtavdeling |
|--------------|-------------|-------------|----------------|
| Ja           | 92,9        | 5,9         | 35,3           |
| Av og til    | 4,7         | 10,6        | 17,6           |
| Nei          | 1,2         | 80          | 43,5           |
| <b>Total</b> | <b>96,8</b> | <b>96,5</b> | <b>96,4</b>    |

N=85, frekvens angitt i prosent

Sosial- og helsedirektoratet (2007a) anbefaler også bruk av korrigerede percentilskjemaer for vurdering av det premature barnets vekst. Blant respondentene oppgir 24 % at de alltid bruker korrigerede percentilskjemaer, 5 % gjør det av og til, mens 69 % aldri korrigerer for termindato. Blant de som oppgir at de aldri bruker korrigerede percentilskjemaer, er det 6 % som oppgir at årsaken er at det ikke lar seg gjøre i elektronisk journal. Prosentvis fordeling av bruk av korrigerede percentilskjema vises i figur 11.

Figur 11: Bruk av korrigerte percentilskjema



N=83, frekvens angitt i prosent

Til slutt ble helsesøstrene bedt om å besvare spørsmål om premature barn får oppfølging i henhold til retningslinjene. Svarene varierer mellom 58 % av helsesøstrene som oppgir å følge retningslinjene, 37 % gjør det av og til, mens 5 % mener de ikke gir oppfølging som beskrevet i retningslinjene.

## 4.9 Oppsummering av resultatene

Nær halvparten av respondentene har videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen. Blant disse angir 56 % at de i stor grad anvender denne i praksis. De fleste har videreutdanning i *Ledelse, Ammeveiledning, Små barn og psykisk helse og Psykisk helsearbeid*. I tillegg opplever helsesøstrene i undersøkelsen et behov for kompetanseheving i form av videreutdanning, etterutdanning, kurs, hospitering, samarbeid med Nyfødtavdeling, veiledning og mulighet til fordypning i faglitteratur.

Helsesøstrenes vurdering av egen kompetanse omfattet flere områder. De oppgir i stor grad å ha kompetanse i henvisning til andre instanser, støttesamtaler, vurdering av språkutvikling og styrking av tilknytningen mellom foreldre og barn. På spørsmål om tilfredshet med egen kompetanse i arbeid med premature barn, angir 15 % i stor grad å være det, mens 74 % mener de i noen grad er fornøyd med egen kompetanse i arbeid med premature barn.

Tverrfaglig samarbeid blir av 37 % av respondentene angitt å fungere godt, og 19 % opplever i stor grad å ha kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid. De viktigste årsakene der samarbeidet ikke fungerer godt var at man mangler vedtak og rutiner for tverrfaglig samarbeid og at aktørene har ulik faglig bakgrunn og kultur. De hyppigst forekommende tverrfaglige aktørene i samarbeid med prematurfamilier angis å være fysioterapeut, barnehage, PPT og psykolog.

Analysene viste liten sammenheng mellom kjennskap til *Faglige retningslinjer for tidlig fødte* ( Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) og oppgitt oppfølging på helsestasjonen. Beskjed om prematur fødsel meldt fra Nyfødtavdelingen blir oppgitt av 85 % av helsesøstrene. På spørsmål om kontakt blir etablert med familien og Nyfødtavdelingen før utskrivelse, oppgir 52 % at dette alltid forekommer og 42 % som av og til. Hjemmebesøksfrekvens varierer, 93 % angir at dette alltid blir foretatt av helsesøstre, 35 % oppgir at de foretar hjemmebesøk sammen med Nyfødtavdelingen og 6 % angir at jordmor foretar hjemmebesøk ved prematur fødsel. Korrigerte percentilskjemaer blir brukt av 24 % av respondentene. Metoder og kartleggingsverktøy som brukes på helsestasjonen varierer. De mest brukte er *Språk 4*, *SATS*, *ICDP*, *Tidlig Intervensjon* og *Dialog*. Helsesøstrene opplever et spesielt behov for metoder som *TRAS*, *PMTO* og *Marte Meo*.

## 5 DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes hovedfunnene fra studiens empiriske del i lys av teori og forskning, med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. De metodologiske utfordringene og betydningen for studien drøftes på slutten av kapitlet. Eksisterende forskning ga ikke svar på forskningsspørsmålene og helsesøstres kompetanse eller behov for kompetanseheving var ikke etterspurt i forbindelse med utgivelse av *Faglige retningslinjer for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Hensikten med retningslinjene er å endre praksis og sikre en oppfølging preget av høy kvalitet. Det var derfor ønskelig å undersøke om retningslinjene var implementert i praksis 2 år etter utgivelse. I tillegg var det ønskelig å undersøke hvordan helsesøstre oppfattet egen kompetanse og kompetansebehov i forhold til premature barn og deres familier.

### 5.1 Helsesøsterkompetanse

Denne studien har vist at helsesøstrene har høy formell kompetanse i form av videreutdanninger. Ikke overraskende viste denne studien at helsesøstre med lengst erfaring fra helsestasjonsarbeid, i størst grad har videreutdanninger. Funnene viser at de ervervede videreutdanningene i stor grad er relevante for helsestasjonsarbeidet. Blant disse er ammeveiledning, psykisk helse og ulike metoder i samspill oftest forekommende. Helsesøster tar daglig beslutninger som er vesentlig for barns helse. Derfor er evnen til å fatte riktige beslutninger avgjørende for å sikre en tjeneste av god kvalitet. Kliniske beslutninger er en kompleks prosess som innebærer en rekke avgjørelser basert på observasjoner, informasjon, konsekvenser og tiltak som iverksettes for å oppnå resultater (Henderson, 1998). Dette dreier seg om den oppfølging av premature barn får i helsesøstertjenesten i form av undersøkelser, kartlegging og veiledning og støtte til familien. Som støtte for disse beslutningene må helsesøstre benytte seg av relevant kunnskap og arbeidsmetoder. Denne kunnskapen kan være både erfaringsbasert og forskningsbasert. Kvaliteten på helsesøsters oppfølging vil avhenge av kvaliteten på den kunnskapen som benyttes (ibid.). Klinisk sykepleiekompetanse er en sammensatt kompetanse og den samlede kompetansen en sykepleier innehar, bestående av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. I tillegg kan den betegnes som handlingskompetanse og personlig kompetanse. Handlingskompetanse innebærer evnen til observasjon, evnen til å

reagere og handle hensiktsmessig (Kirkevold, 1996). Helsesøstrene i undersøkelsen rapporterer at ervervet videreutdanning i stor grad benyttes i praksis, og de med videreutdanning oppgir å være mer tilfredse med egen kompetanse i oppfølging av premature barn. Spesielt helsesøstrene med 6-10 års arbeidserfaring oppgir å ha nytte av ervervet videreutdanning i arbeidet. Oppfølgingen premature barn og deres familier må derfor sees i sammenheng med den kunnskap og kompetanse helsesøster har.

Helsesøstrene i studien oppgir å ha middels til god kompetanse i identifisering og iverksetting av tiltak overfor premature barn og deres familier. I størst grad oppgir de at de har kompetanse i henvisning til andre instanser, støttesamtaler og vurdering av språkutvikling. Kompetanse i språkutvikling ansees å ha sammenheng med bruk av kartleggingsverktøy og diskuteres i kapittel 5.6. Henvisning representerer en form for samhandling med andre instanser, der innholdet er av vesentlig betydning for helhetlig oppfølging. Kvalitet og gode rutiner for henvisninger kan bidra til en mer åpen og sammenhengende tiltakskjede (Andersson og Norvoll, 2006). Andersson og Norvolls undersøkelse av rutiner ved henvisninger og epikriser mellom BUP og kommunene, støtter funnet om at helsesøstre har god kompetanse i henvisning til andre instanser. Deres undersøkelse viser at henvisninger skrevet av helsesøstre er av bedre kvalitet enn henvisninger skrevet av leger (Andersson og Norvoll, 2006). Det er nærliggende å tro at helsesøsters langvarige relasjon til familier og kjennskap til barn fra fødsel til skolealder, gir et bredere grunnlag for å skrive en utfyllende henvisning. I tillegg kan helsesøsters deltagelse i kommunalt tverrfaglig samarbeid rundt barn og familier medvirke til et godt vurderingsgrunnlag for henvisningen. På samme måte vil respondentenes høye kompetanse i vurdering av språkutvikling kunne bidra til et godt henvisningsgrunnlag.

Personlig kompetanse i sykepleie dannes av en personlig læringsprosess der ulike former for kunnskap integreres i sykepleieren (Kirkevold, 1996). Denne kompetansen er preget av sosiale relasjoner, erfaring og samarbeid. Dette innebærer i stor grad at helsesøster bruker seg selv som person i yrkesutøvelsen (Skau, 2005). Reell kompetanse varierer ut fra de erfaringer den enkelte gjør seg som yrkesutøver, det dreier seg om ulike møter med familier, tiltak og metoder i helsestasjonsarbeidet, kartleggings- og screeningundersøkelser, vurderinger av

utvikling og samspill og andre erfaringer i praksis. I tillegg vil de personlige egenskapene til hver helsesøster ha betydning for realkompetansen, da man bruker seg selv i arbeidet med andre mennesker. Kompetanse handler om at alle de ulike dimensjonene som personlig kompetanse, relasjonskompetanse, praktiske og analytiske ferdigheter integreres i utøveren. Relasjonskompetanse er evne til å etablere kontakt med andre mennesker der de føler seg respektert og ivaretatt og er sentralt i metodiske sosialt arbeid (Killén, 2008). At helsesøstrene opplever i stor grad å ha kompetanse i støttesamtaler kan være et uttrykk for deres personlige kompetanse, da denne erfares i relasjon med familiene. Braarud (2007) sier dessuten at helsesøstre opplever det som lett å tematisere bekymringer dersom foreldre ønsker det eller er bekymret. Hun sier videre at dersom helsesøstre selv observerer vansker eller dårlig samspill, er det vanskelig å snakke med foreldre om dette (Braarud, 2007). Det å kommunisere i utfordrende situasjoner kan øke utviklingen av kompetansen, da helsesøstrenes personlige erfaringer i ulike møter utfordrer oss som fagpersoner. Å engasjere seg i situasjoner utvikler ens forståelse for tilegnede kunnskaper og erfaringer. Kunnskap gir mening og forståelse når den knyttes til erfaringer. Graden av kompleksitet i helsesøstres ulike praksissituasjoner krever større grad av delaktighet for at kunnskap skal få mening (Benner et al., 2000). På denne måten kan man tenke at helsesøstres oppgitte høye kompetanse i støttesamtaler i stor grad handler om deres personlige kompetanse, erfaringer, engasjement og bruk av kunnskap i møte med familier.

Helsesøstrene i denne undersøkelsen, som hadde jobbet mindre enn 6 år, var mindre tilfredse med egen kompetanse enn de mer erfarne helsesøstrene. Respondenter som oppgir i stor grad å ha kompetanse i oppfølging av premature barn, tilhører stort sett gruppen med mer enn 10 års erfaring. Dette bekreftes av teori om at kompetanseutvikling handler om erfaring. Benners (1995, 2000) inndeling i trinn i klinisk kompetanse innebærer et anslag av hvor lang praksis man behøver for å nå trinnet. Det er en kvalitativ forskjell mellom de tre første trinn og de to siste i Benners modell. Sykepleieren beveger seg fra regelbasert og kontekststøttet til erfaringsbasert og kontekststøttet atferd. For å entre ekspertnivået må en basere sin atferd på intuitiv, kontekstuell og erfaringsbasert kunnskap, i tillegg til relasjonell analytisk viten som utvikles på de første trinn i prosessen. Ikke alle fagutøvere kan nå ekspertnivået innenfor sitt område. Kontekst er nødvendig for utvikling av kompetanse og viten, og omfatter både aktuell situasjon og alle tidligere erfarte situasjoner (Benner, 2000). Det kan imidlertid være



vanskelig å utvikle kompetanse på ekspertnivå for helsesøstre i forhold til premature barn og familier. Premature fødsler kan være sjeldent forekommende i hver enkelt helsesøsters distrikt, slik at de praktiske erfaringer og opplevde møter med familier med premature barn kan være sparsomme. Likeledes kan det stilles spørsmål om det er mulig å oppnå ekspertkompetanse i forhold til premature barn når praksisfeltet er preget av stadige endringer. Kliniske områder som er ukjente og der en mangler erfaring kan begrense ens kompetanse til novisestadiet. Ekspertutøvelse er basert på dyp forståelse av den totale situasjonen, bygget på tidligere erfaringer, kunnskap og ferdigheter som har blitt en integrert del av utøveren og fungerer som en forlengelse av denne (Benner, 1995). Kompetanse omfatter integrasjonen av disse hos den enkelte helsesøster, slik at hun kan forholde seg til det kjente og allmenne i møte med brukere, og det særegne i hvert enkelt møte. Det allmenne i møtet med prematurforeldre bærer preg av kunnskap om og erfaring med premature barn og deres familier, og påvirker helsesøsters måte å møte dem på. Kunnskap og forskning gir oss en bakgrunn om hva slags vansker familiene vil kunne oppleve. Dette kan bidra til at vi kan gi hver enkelt familie og barn en individuell oppfølging og identifisere vansker tidlig, henvise ved behov og støtte familien for å fremme helse og en god utvikling. Det særegne i møtet med disse familiene innebærer foreldrenes opplevelse av den premature fødselen, barnets personlighet og behov, hvilken kontekst familien lever i og hvilke erfaringer de har. Alle disse faktorene påvirker helsesøsters oppfølging av premature barn og deres familier, og gjør oppfølgingen individuell og basert på hver enkelt families behov.

Helsesøstre i denne studien rapporterer å ha minst kompetanse i å identifisere utviklingsvansker, reguleringsvansker og tilknytningsforstyrrelser. Dette er sammenfallende med Braaruds funn fra 2007. Det kan dreie seg om at respondentene er bevisst sin middels kompetanse, samtidig som at tematikken oppleves som viktig å vedvarende faglig oppdateres i forhold til. Flere barn kan få rett hjelp til rett tid dersom helsesøstre har god kompetanse i å identifisere tegn til avvik tidlig (Hansen og Jacobsen, 2008). Tidlig identifisering kan ha sammenheng med bruk av kartleggingsverktøy som gir en objektiv vurdering av vansker i tillegg til klinisk skjønn. Det er en sammenheng mellom tidlig identifisering, henvisning og tidlig hjelp i forhold til vansker (Andersson og Norvoll, 2006).

## 5.2 Kompetansebehov

Funnene i denne studien viser at helsesøstrene ønsker mer kompetanse i forhold til premature barn. Dette støttes av undersøkelser av foreldres erfaringer med helsestasjonen, som viser at helsesøstre ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap i oppfølging av premature barn og deres familier (Jepsen, 2004; Braarud, 2006; Olsen, 2008; Kloppen, 2008). Nær alle helsesøstrene i denne undersøkelsen oppgir behov for etterutdanning som er relatert til oppfølging av premature barn. Når det gjaldt etterutdanning ønsker helsesøstrene kompetanseheving innen tidlig identifisering av skjevutvikling, psykiske vansker, atferds- og konsentrasjonsvansker, prematuritet, ernæring og amming. Dette korresponderer med funn vedrørende deres opplevelse av egen kompetanse og oppgitt kompetansetilfredshet (Kap. 5.1). Det kan tyde på at helsesøstre er seg bevisst og opptatt av ansvaret de har i tidlig identifisering og iverksetting av tiltak og ønsker mer kompetanse innen områder de føler seg usikre.

At nær halvparten er i gang med eller har ervervet videreutdanning svarer til Andersson et als funn fra 2006 der 45 % av helsesøstrene hadde eller var i gang med videreutdanning. Samtidig rapporterer nær 90 % av respondentene i denne studien, at de har behov for dette i sin praksis, mot halvparten i Andersson et als studie (2006). Dette kan tyde på at helsesøstre har en stadig mer kompleks arbeidshverdag i form av krevende og mangfoldige oppgaver. En annen forklarende faktor kan være at respondentene ønsker mer kompetanse i forhold til premature barn siden dette er tema for denne undersøkelsen. Undersøkelsen kan også ha bevisstgjort respondentene i forhold til tema slik at de oppgir kompetansebehov på bakgrunn av erkjennelse av manglende kunnskap. I denne studien opplever de med videreutdanning i like stor grad som de uten, å ha behov for relevant videreutdanning. Det er små forskjeller blant gruppene inndelt etter erfaring i opplevd behov for videreutdanning. Imidlertid oppgir langt færre av de eldste helsesøstrene (>60 år) å ha behov for videreutdanning, noe som kan forklares med antall år igjen i arbeidslivet. Forskjell på gruppene viser seg ved at flere i gruppe 1 og 2 oppgir å ha behov for flere typer videreutdanning i praksis. At behovet for etterutdanning rapporteres som større enn behovet for videreutdanning, kan ha med ulikt omfang og ulike krav å gjøre. Etterutdanning er av kortere varighet og har mindre omfattende studiekrav i form av eksamener og lignende (Tobiassen et al., 2008).

Helsesøstre skal holde seg faglig oppdatert i et samfunn der kunnskapstilfanget stadig øker. De kan merke økte forventninger fra familier om oppdatert kunnskap i forhold til metoder og tilbud basert på forskningsresultater som har betydning for egen yrkesutøvelse.

Respondentenes uttrykte ønsker om kompetanseheving kan tyde på dette. Grunnlaget for kompetanseutvikling ligger i helsesøstres erfaringer og møter i praksisfeltet. Endringer og spesialisering av tjenester stiller store krav til helsesøstres kompetanse. Lovverket pålegger helseinstitusjonene et ansvar for at helsepersonell gis opplæring, inkludert etter- og videreutdanning for å utføre arbeid som oppfyller kravet om faglig forsvarlighet (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det at sykepleiere skal holde kunnskapene sine ved like, stadig sørge for å fornye dem og omsette ny kunnskap i praksis. Sykepleiere skal også bidra til fagutvikling både individuelt og i et faglig fellesskap (NSF, 2001). Helsesøstre med ansvar for oppfølging av premature barn må derfor øke egen kunnskap og kompetanse for at yrkesutøvelsen skal være i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Det forventes av helsesøstre at de utøver en tjeneste av høy faglig kvalitet. Studiens funn, der helsesøstre oppgir i stor grad å ha behov for mer formell kompetanse, kan tyde på at de er bevisst sitt ansvar for faglig utvikling samtidig som de opplever reelle behov for økt kompetanse i arbeidet.

I følge Benner (1995) handler erfaring om hendelser som forbedrer ens forforståelse, oppfatninger og meninger. Erfaring erverves når teoretisk kunnskap forfines, utfordres, bekreftes eller avkreftet i kliniske situasjoner. Dette innebærer at erfaring er en aktiv prosess der læring og utvikling er viktige elementer som kan endre helsesøstres forståelse og handlemåter. Erfaring må være bevisst eller bevisstgjøres for at den skal gi helsesøstre økt kompetanse (Kirkevold, 1996). Kompetanse uttrykker at kunnskap blir brukt på en god måte i en bestemt situasjon (ibid.). Helsesøstres oppfølging av premature barn og deres familier krever derfor personlig og profesjonell kompetanse for å kunne bedømme ulike situasjoner og forstå hvilke handlinger, observasjoner og tiltak som er riktig å iverksette på og hvordan de skal utføres. Benner et al (2000) henviser til *phronesis* nå hun beskriver hvordan klinisk vurdering er et etisk resonnement knyttet til hva som er gode handlinger i gitte kontekster. Evnen til å bedømme vil ha sammenheng med kompleksiteten i de situasjoner helsesøstre tar del i. Slike erfaringer vil danne grunnlag for deres forståelse i tilsvarende situasjoner i fremtiden (Benner et al., 2000). For å kunne gjøre gode vurderinger i helsesøsterpraksis

kreves det at helsesøster har evne til innlevelse, faglig og følelsesmessig refleksjon (Grimen og Nortvedt, 2004). Klinisk vurdering er basert på en spesiell type vurdering rotfestet i klinisk ekspertise på høyt nivå som kommer til uttrykk fra omfattende erfaring og bruk av kunnskap (Benner, 1995). Hovedhensikten med god klinisk vurdering forklart på denne måten må være å oppnå den beste praksis til fordel for brukerne. Denne måten å definere begrepet på samsvarer i stor grad med det Grimen og Nortvedt (2004) formidler. Klinisk stige kan være en måte å understøtte helsesøsters kompetanseutvikling. En viktig del av klinisk stige er veiledning. Hensikten med klinisk stige er å støtte de personlige og pedagogiske prosesser som ligger til grunn for å kunne utvikle seg som klinisk sykepleier. Klinisk stige tar utgangspunkt i Benners modell (1995) for kompetanseutvikling (Solli, 2009). Kompetanseprogrammet kan ivareta den enkelte helsesøster gjennom å fokusere på konkrete fagutviklingsbehov som bidrar til trygghet og forbedring i den oppfølging som tilbys familier til premature barn. Klinisk stige er mest benyttet i sykehus for faglig utvikling (Solli, 2009), men kan tilpasses helsesøsters arbeid ved helsestasjonen, og kan benyttes som opplæring av nyansatte og som kompetansehevende tiltak for alle helsesøstre.

Utvikling av faget og forskningsfunn skaper nye og bedre muligheter til oppfølging. Det stilles krav til helsesøster at hun har kunnskap om helse og forhold som påvirker helse og utvikling, støttet i å foreta positive helsevalg og kunne jobbe selvstendig. Kompetanseheving kan gi økt arbeidstilfredshet og profesjonell utvikling (Killén, 2008). Det primære målet med kompetanseutvikling i helsevesenet er forbedring av praksis ved at de ansatte aktivt og bevisst bruker ny kompetanse i arbeid med brukere og øvrig personell og samarbeidspartnere (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b). Helsesøstre trenger derfor både personlig kapasitet og praksiserfaringer for å kunne benytte oppdatert kunnskap i arbeidet med premature barn.

Killén (2008) viser til en økende erkjennelse av nødvendigheten av investering i faglig utvikling etter endt utdanning. Dette støttes av funnene i denne undersøkelsen der helsesøstre viser at de i stor grad er opptatt av videreutdanning, etterutdanning og andre kompetansehevende tiltak. Killén (2008) og Kirkevold (1996) framhever veiledning som sentralt for å gjøre teori anvendbar, å hanskens med arbeidets følelsesmessige belastning og for å utvikle faglige etiske holdninger. Veiledning er en betingelse for integrering av kunnskap og

for å utvikle faglig etiske holdninger. Det er en læringsprosess som har som mål å styrke den fagpersonlige identiteten, starte og vedlikeholde fagligpersonlige utviklingsprosesser med sikte på å forbedre yrkesutøvelsens kvalitet og faglig utvikling. Veiledning bidrar til å sikre klientene faglig forsvarlig hjelp ved at helhetsperspektiv og relasjonskompetanse utvikles hos yrkesutøverne. Mål for veiledning blir derfor å utvikle kompetanse, yrkesidentitet og relasjonskompetanse (Killén, 2008). I denne undersøkelsen rapporterte over halvparten at veiledning er et av de viktigste tiltak for å øke deres kompetanse i arbeid med premature barn og deres familier. I Andersson et al. (2006) undersøkelse mottok omtrent 35 % av helsesøstrene regelmessig veiledning, mens 60 % meldte at behovet for veiledning ikke var tilstrekkelig dekket. Omtrent halvparten mente at ledelsens mangel på prioritering av veiledning var årsaken (Andersson et al., 2006). Dette kan tyde på at helsesøstre er bevisst faglig utvikling som utbytte av veiledning. Veiledning kan i tillegg være et tiltak der nybegynnere kan få ta del i ekspertutøvernes beskrivelse av yrkesutøvelse.

Halvparten av respondentene i denne studien mener at samarbeid med nyfødtafdelingen vil øke deres kompetanse i oppfølging av premature barn. Hospitering i nyfødtafdeling oppgis av nær halvparten som et viktig kompetansehevende tiltak. Målet med hospitering er å komme i kontakt med et miljø hvor det er etablert god kompetanse på området, slik at man kan faglig oppdateres og videreutvikle egen kunnskap. I tillegg kan kunnskap om andre fagpersoners ansvars- og arbeidsområde og fagfelt tilegnes (Glavin og Erdal, 2007). En kan anta at det er helsesøstres omsorg for det premature barn og deres familie som er utgangspunktet for helsesøstrenes oppgitte kompetansebehov om hospitering i denne undersøkelsen. Det å hospitere kan bidra til kjennskap til prematurforeldres opplevelser under sykehusoppholdet, i tillegg til å bli kjent med den spesialiserte nyfødtoomsorgen og behandlingen som foregår på Nyfødtafdelingen

### **5.3 Nettbaserte informasjonskilder**

I denne delen av undersøkelsen rapporterer alle helsesøstrene å ha tilgang til internett. De oppgir videre å bruke ulike nettbaserte informasjonskilder. Omlag halvparten av respondentene i studien bruker R-Bup og Helsebiblioteket. Krysstabulering av

erfaringsgruppene viser at de med kortest erfaring brukte Helsebiblioteket og andre nettbaserte informasjonskilder mest, mens de med lengst erfaring bruker Kunnskapssenteret i størst grad. Det var ingen forskjell mellom gruppene i bruk av R-Bups nettsider. Det er vanskelig å si noe om disse forskjellene, muligens har utdanning og erfaring noe å si. Helsesøstre med kortest tid siden avsluttet utdanning kan ha erfaring med bruk av Helsebiblioteket fra studietiden, og dermed fortsetter å bruke nettstedet i arbeidet. Kunnskapssenterets nettsider kan være mer kjent for de med lengst erfaring da mye av forskningen der er nært knyttet til praksis.

Kunnskapen må tilpasses brukernes behov og informasjonen må tolkes. Helsesøster skal være kunnskapsmegler for sine brukere. Hun skal hjelpe dem å få tilgang til den informasjonen de trenger, og å vurdere hvordan den skal brukes. Henderson (1998) hevder at forskjellen mellom ekspertene og novisen ikke ligger i den kunnskapen de har, men i å vite hvor de skal søke informasjon og hvordan bruke den. I denne studien viser funnene at helsesøstre med 0-5 års praksis oppgir gjennomgående å bruke nettbaserte informasjonskilder i større grad enn de med lenger erfaring. Dette kan tolkes som at helsesøstre under utdanningen blir kjent med nettsøk etter aktuell kunnskap, eller at de på bakgrunn av kortere erfaring har større behov for å søke forskningsbasert kunnskap. Dette kan ha sammenheng med Benners (1995, 2000) beskrivelse av noviser som mer regelbundne og avhengige av abstrakte prinsipper og retningslinjer for yrkesutøvelsen. Henderson sier at den utøvende sykepleier må lære hvordan hun skal hente ut informasjon fra databanker. Da har sykepleieren tatt det avgjørende skrittet for å bli en del av en profesjon som er forskningsbasert (ibid.). Grimen og Nortvedt (2004) presiserer at sykepleiefaglige vurderinger er avhengig av et informasjonsgrunnlag som er relevant og tilstrekkelig. Informasjonsgrunnlaget må bygge på moralsk sensitivitet, erfaringskunnskap og teoretisk eller forskningsbasert kunnskap av ulik type. Nye utviklingstrekk i samfunnet, deriblant medisinskteknisk utvikling og behandling av premature barn, gir helseutfordringer som krever nye strategier og ny kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b). Dette støtter behovet for å kunne finne og bruke oppdatert kunnskap på bakgrunn av kliniske problemstillinger.

Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) stiller krav til faglig forsvarlighet i helsesøsters yrkesutøvelse, hun skal kunne tilegne seg forskningsbasert kunnskap og kunne bruke den i yrkesutøvelsen. Omsetting av forskning i praksis kan bidra til forbedring av sykepleieutøvelsen. Henderson (1998) sier at forskning ikke er noen erstatning for de instinktive, intuitive reaksjoner vi får overfor situasjoner, men den kan påvirke disse reaksjonene ved kjennskap til vitenskapelig kunnskap. All praksis krever utøvere som holder seg faglig oppdaterte, og forstår at tjenesten må endre seg på bakgrunn av forskning. Henderson betrakter derfor forskning som vesentlig for å kunne underbygge og forbedre praksis (Henderson, 1998). Det kan være utfordrende for helsesøstre å få tid til å finne og vurdere forskningsresultater av god kvalitet, samt å ha tid til å lese disse (Kirkevold, 1996). En del av respondentene i denne undersøkelsen kommenterte at tidsmangel var årsak til liten bruk av internett for å finne informasjon. Samtidig oppgir over halvparten at å lese faglitteratur vil være et av de viktigste tiltak for å øke deres kunnskap om premature barn. Kunnskapsbasert praksis handler om å ta beslutninger på bakgrunn av kunnskap, pasientens preferanser, kliniske erfaringer og tilgjengelige ressurser. Det kreves ressurser for å holde seg faglig oppdatert. Dette gjelder både tid til fordypning i faglitteratur, muligheter og tilgang til internett (Glavin, 2007). Sosial- og helsedirektoratet (2004) anbefaler at alt helsepersonell på helsestasjonen har internett tilgjengelig slik at de kan holde seg faglig á jour. Flere retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; 2007b) anbefaler at det gjøres tiltak i tjenesten for å lette de ansattes tilgang til ulike medier, som for eksempel Helsebiblioteket. Det presiseres at den beste tilgjengelige kunnskap skal være utgangspunkt for praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Spørreskjemaet inneholdt ikke spørsmål relatert til barrierer mot bruk av nettbaserte informasjonskilder. Respondentenes svar viser imidlertid at tilgang ikke er en barriere, men noen respondentene oppgir å ikke ha tid til å bruke disse. At ikke den totale nettbruken er større for helsesøstre, kan vanskelig forklares med bare tidsmangel, slik at det kan være flere barrierer mot bruk av disse. Her har både den enkelte helsesøster og leder av tjenesten ansvar for å legge til rette for bruk av ulike nettbaserte medier som kilder til kunnskap basert på behov i praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; 2007b).

I denne studien ble ikke respondentene spurt om sin kompetanse i å finne og anvende relevant forskning. Dette kunne være aktuelle oppfølgingsspørsmål, for å belyse helsesøstrenes kompetanse i dette. Kirkevold (1996) mener at sammenhengen mellom vitenskapelig

kunnskap og anvendelse av den i praksis går gjennom personlig kompetanse. Vitenskapelig kunnskap kan gi ny innsikt og forståelse for et tema eller en problemstilling, eller den kan direkte påvirke en handling. Dette handler om å kunne vurdere en klinisk situasjon og kunne innhente relevant teoretisk kunnskap og å nyttiggjøre seg denne. Anvendelseskompetanse dreier seg om å kunne omsette teoretisk kunnskap i praksis. Ved å reflektere over handlingsalternativer og løsningsmetoder, utvikles handlingsberedskapen og forståelsen av praksis. På denne måten utviklers den personlige kompetansen i tilknytning til teoretisk kunnskap og praksis. Forskningsanvendelse er viktig fordi den øker kvaliteten på helsesøsters yrkesutøvelse, bidrar til faglig utvikling hos den enkelte helsesøster gjennom å styrke identiteten som helsesøster så vel som utvide handlingsrepertoaret (Kirkevold, 1996). Det er av avgjørende betydning at helsesøster har kompetanse i å vurdere og anvende forskningen. Det er likeledes nødvendig å legge til rette for bruk av forskningsresultater i praksis. Dette krever en kultur sin gir tid og muligheter til å lese forskning. Dessuten er helsesøsters holdning til bruk av forskning avgjørende for anvendelse av den (Kirkevold, 1996). Siden det pågår mye forskning om premature barn, vil det være av betydning for helsesøstre å kunne benytte nettbaserte kilder til oppdatering. Spesielt hvis helsesøster i liten grad har erfaring med premature barn og deres familier, kan forskningsbasert viten være en støtte i arbeidet.

## **5.4 Samarbeid mellom helsesøster og andre faggrupper**

Denne delen av kartleggingen omhandler tverrfaglig samarbeid i oppfølging av premature barn. Nær halvparten av helsesøstrene i denne studien oppga at de i stor grad har et godt fungerende samarbeid med andre instanser i oppfølging av premature barn. Det var ingen i dennes studien som oppgir at de ikke har kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid eller at de ikke har et fungerende samarbeid. Noen få oppgir at deres egen manglende kompetanse er årsak dersom samarbeidet ikke fungerer godt. Helsesøstrene med kortest erfaring (0-5 år) oppgir oftest i liten grad å ha kompetanse i å etablere et tverrfaglig samarbeid. På spørsmål om de har et godt fungerende samarbeid i praksis, oppgir flere av disse å ha det i liten grad mot helsesøstre med mer erfaring. Tilsvarende oppgir flere av helsesøstrene med mer enn 10 års erfaring i stor grad å ha et godt fungerende samarbeid. Dette kan forklares med at helsesøsters erfaring har betydning for kjennskap til andres fagfelt, organisering og personer



som deltar i samarbeid. Samtidig kan man anta at erfaring påvirker utvikler samarbeidskompetansen. Spørsmålet om fungerende samarbeid hadde en større svarprosent enn spørsmålet om egen kompetanse i å etablere et tverrfaglig samarbeid. Dette kan tolkes som at spørsmålet om kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid var vanskeligere å besvare eller opplevdes som nærgående. Et viktig funn fra denne studien er at de respondentene som oppgir et hyppigere samarbeid med ulike instanser, også oppgir at de i større grad hadde et fungerende samarbeid. Gevinster av et godt tverrfaglig samarbeid kan være forståelse for hverandres tjenesteområder, arbeid, arbeidssituasjon, fag, menneskesyn og holdninger. Deltagerne kan lære av hverandres tilnærminger og bidra til en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling (Killén, 2008). Andersson et al (2006) konkluderer i sin undersøkelse at faggruppemøter kan være et tiltak for å fremme samarbeid, gjennom å øke kjennskapen til hverandres fagfelt.

I tråd med Andersson et als (2006) funn, erkjenner helsesøstrene at det kan være samarbeidsproblemer. Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet kan være faglig institusjonalisering på bakgrunn av fagenes ideologier, metoder og begrepsapparat (Killén, 2008). Helsesøstrene i denne studien vurderer ulik kultur og faglig bakgrunn til å være en av de viktigste årsakene der de opplever et samarbeid som ikke fungerer optimalt. Lite kjennskap til hverandres fagfelt som årsak til et samarbeid som ikke fungerte bra, var et av Andersson et als (2006) funn. Aktiv kulturbygging gjennom felles møteplasser, kurs og veiledning kan være med på å skape en felles tenkning og verdiplattform i kommunen (Norvoll et al., 2006). I tverrfaglig samarbeid er det den enkelte families behov som skal være førende for tilbudet og ikke den enkelte instans' praksis. Killén (2008) hevder at felleselementene i profesjonell utvikling er flere enn de som skiller oss. Funksjonene kan være forskjellige, men vi har i stor grad behov for den samme helhetsforståelsen og faglige etiske holdninger (Killén, 2008). Norvoll et al (2006) beskriver tverrfaglig samarbeid som utviklende og spennende for deltagerne dersom samarbeidet fungerer godt (Norvoll et al., 2006).

Etablering av tverrfaglige etter- og videreutdanninger kan være et uttrykk for erkjennelsen av at ulike profesjoner trenger integrering av mye av den samme kunnskap og bevisstgjøring av egne holdninger (Killén, 2008). Kunnskap er ofte svært spesialisert og ulike yrkesgrupper

ivaretar ulike funksjoner og arbeidsoppgaver. Overordnede mål kan vanskelig nås dersom man ikke samarbeider med brukerne og andre involverte instanser. Det er en forutsetning at representantene har en klar og tydelig fagidentitet, det handler om å være seg bevisst hva man står for og hva man kan bidra med i samarbeidet (Killén, 2008; O'Neill og Cowman, 2008). Helsesøstrene i O'Neill og Cowmans studie (2008) mente de trengte å utvikle en sikkerhet og faglig trygghet for å kunne bidra i tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid skal sikre brukernes tilgjengelighet til en rekke tjenester. Helsesøstre som fungerte godt i tverrfaglig samarbeid viste en større grad av selvstendighet og engasjement i beslutningstaking enn andre. Studien viser at ledere av team i stor grad kan motivere til en kollektiv innsats ved å stimulere til faglig utvikling og vekst. Likeså kunne ledere bidra til å lette kommunikasjonen og beslutningsprosessen (O'Neill og Cowman, 2008). Det kan også være samarbeidsutfordringer på bakgrunn av manglende interesse og engasjement i hverandres fag og arbeid. Utskiftninger av medarbeidere kan også hindre et godt samarbeid. Stor turn-over oppgis som årsak til et dårlig samarbeid av noen få i denne undersøkelsen. Turn-over kan begrense kjennskapen til hverandre som fagpersoner ved andre instanser, og være av betydning for det tverrfaglige samarbeidet.

Norvoll, Andersson, Ådanes og Ose (2006) hevder at et forpliktende og organisatorisk samarbeid er en suksessfaktor for et vellykket samarbeid. Respondentene i denne undersøkelsen ble ikke spurt om det var etablert formalisert samarbeid med andre aktører. Samtidig kan man anta at det er av betydning da nær en tredjedel oppgir at årsak til et dårlig fungerende samarbeid er mangel på vedtak og rutiner om dette. Et formalisert samarbeid er forbundet med mer systematisk arbeid. Imidlertid viser tidligere undersøkelser at mange kommuner har formaliserte samarbeidsmodeller (Norvoll, Andersson, Ådanes og Ose, 2006), slik at dette kan være en forklaring på at mange i denne studien har et godt fungerende tverrfaglig samarbeid.

Fysisk avstand i form av ulik lokalisering medfører mindre uformell kontakt. Uformell kontakt kan skape et nærere samarbeid (Norvoll et al., 2006). Det var kun en liten andel (5 %) helsesøstre i denne undersøkelsen som oppga ulik lokalisering som årsak til et ikke fungerende samarbeid. Man finner tilsvarende funn i andre undersøkelser (Andersson et al.,

2006; O'Neill og Cowman, 2008). Deres studier viser at samlokalisering av tjenester i samme bygg, ikke viser seg å naturlig skape tverrfaglige team. De hevder at uformell kontakt regnes som en fordel, men ikke en nødvendighet for et godt fungerende samarbeid. Helsesøstrene i Andersson et als (2006) studie rapporterer at fysisk og organisatorisk nærhet kan være av betydning for tilgjengeligheten av de ulike tjenestene.

Det finnes ikke noe eget samlet lovverk om samarbeid. Derimot finnes det bestemmelser i de ulike lover og forskrifter. Helsetjenesten har plikt til å samarbeide med andre, innhente bistand eller henvise videre dersom dette er nødvendig og mulig. Helsesøster har en individuell plikt til å søke samarbeid slik at brukere får nødvendig helsehjelp (Molven og Stavrum, 2009). Tverrfaglighet representerer en arbeidsform, der man trekker veksler på fagenes ulike tilnærminger og kompetanse for å møte den enkelte brukers spesielle behov. Arbeidsmåten krever samarbeidskompetanse og forutsetter ledelse som kan sørge for at arbeidet organiseres (Glavin og Erdal, 2007).

Der største utbyttet av tverrfaglig samarbeid skal være en helhetlig tjeneste for brukerne (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; 2007b; Glavin og Erdal, 2007). I tillegg viser Andersson et als (2006) studie at helsesøstre oppgir å ha stort faglig utbytte av å jobbe tverrfaglig. Behovet for tverrfaglig samarbeid er understreket i flere sentrale styringsdokumenter de senere år. Sosial- og helsedirektoratets (2007b) *Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring* har fokus på at tjenestene skal ha god faglig kvalitet og fremme helhet. Tiltak som tilbys brukerne skal være samordnet og preget kontinuitet. Herunder forstår jeg samordnede tiltak som uttrykk for tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglighet skal bringe ulik forståelse og kunnskap til en situasjon. Helsefremmende og forebyggende arbeid forutsetter stor grad av tverrfaglighet i utdanningsbakgrunn og praktisk erfaring. Forskrifter pålegger tjenesten å ha rutiner for samarbeid med fastleger, andre tjenester i kommunen, tannhelsetjeneste, fylkeskommunen og spesialisthelsetjeneste. Dette kan imøtekommes ved avtalte samarbeidsrutiner eller jevnlig samarbeidsmøter, dette kan lette arbeidet med innhenting av bistand og henvisning til andre tjenester ved behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b).

Tverrfaglig samarbeid er assosiert med en rekke positive utfall, både for brukere og for tjenesteyteren. Komplementær kompetanse gir muligheter for god oppfølging og løsning av barn og familiers problemer og vansker, særlig når problemene og vanskene er komplekse. Sosial- og helsedirektoratet (2007a) fremhever at oppfølgingen av premature barn bør være tverrfaglig da vanskene ofte er sammensatte og komplekse. Det skal være lav terskel for henvisning til andre instanser ved behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Det er ikke gitt klare føringer i retningslinjene om hvilke faggrupper som er nødvendige i oppfølging av premature barn. Det blir da opp til den enkelte kommune å gi et tilbud ut fra lokal organisering og kompetanse. Retningslinjene burde i større grad presisert hvilken funksjon de enkelte yrkesgrupper, som fastlege, helsesøster og andre skal ha i oppfølgingen av premature barn og deres familier. På samme måte burde det tverrfaglige arbeidet vært skissert i større grad, da det er av betydning at familien opplever trygghet i sitt lokalmiljø. Ved å ha klare ansvarsforhold og modeller for samarbeid kan man imøtekomme behovet for trygghet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

De neste spørsmålene i ksrteggingen omhandlet hvilke aktører i både kommunetjenesten og spesialisthelsetjenesten helsesøster samarbeider med. Hyppighet av helsesøsters samarbeid med andre instanser viser i denne undersøkelsen stor variasjon. De instansene helsesøstrene i denne studien oftest samarbeidet med var fysioterapeut, barnehage, PPT, Nyfødtafdeling og psykolog. En mulig forklaring på at helsesøstrene i stor grad har et hyppig samarbeid med fysioterapeut, kan være at denne er plassert i helsestasjonstjenesten i de fleste kommuner (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Norvoll et al (2006) viser i sin kartleggingsundersøkelse at tjenester som tradisjonelt ligger nær hverandre i arbeid med barn, har i større grad et formelt og uformelt samarbeid. Sammenfallende med funn i denne undersøkelsen, viser hun til at helsestasjon og PPT ofte har et nært samarbeid (Norvoll et al., 2006).

Funnene i denne studien viser videre at samarbeid mellom helsesøstre og fastleger sjelden eller aldri forekommer, nær en tredjedel av respondentene samarbeider aldri med fastlegen. Funnet støttes av en norsk undersøkelse fra 2003 der 14 fastleger deltok (Seierstad og Straand, 2005) og Norvoll et als undersøkelse fra 2006. Nær alle fastlegene i undersøkelsen mente det var behov for et nærmere samarbeid mellom helsestasjonen og fastlegen. Ofte har

mor og barn samme fastlege slik at kontakten med fastlegen er etablert før familien møter helsesøster (ibid.). Imidlertid kan en forklaring på lav forekomst av samarbeid med fastleger skyldes at helsesøster gjerne samarbeider med lege på helsestasjonen i oppfølging og henvisning til andre instanser. Helsestasjonslegen er sannsynligvis lettere tilgjengelig enn fastlegen. Nær en fjerdedel av respondentene i denne undersøkelsen oppgir at de aldri samarbeider med psykolog. Stor variasjon i hyppighet i samarbeid med psykolog, kan muligens også forklares med ulik kommunal organisering av helsetjenesten. Psykolog kan være plassert i samme etat som helsesøstertjenesten i kommunene. Kartleggingen gir ikke svar på hva som er årsaker til det varierende samarbeidet. I oppfølging av premature barn og deres familier er det nødvendig at helsesøster vet hvilke andre tjenester som finnes, i tillegg må hun ha god henvisnings- og samarbeidskompetanse for å kunne yte en tjeneste preget av helhet. Helsesøster er ofte den med koordinerende og faglig ansvar rundt barn i kommunene (Norvoll og Andersson, 2006).

## **5.5 Helsesøsters oppfølging av premature barn og deres foreldre**

De fleste helsesøstrene i denne studien oppga at de i noen eller stor grad kjenner til *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Imidlertid viser funnene at anbefalinger i retningslinjene i liten grad blir oppfylt i praksis. Dette gjaldt spesielt etablering av samarbeid med nyfødtafdelingen, anbefalte hjemmebesøk og korrigering av det premature barnets alder. Godt over halvparten av helsesøstrene svarte likevel at de opplevde at de tilbyr oppfølging i henhold til retningslinjene. I kontrast til Benners (1995) beskrivelse av noviser med liten erfaring baserer yrkesutøvelsen på retningslinjer, fant jeg ingen sammenheng mellom de ulike gruppene i forhold til oppfølgingen på helsestasjonen. Derimot oppgir helsesøstrene med mer enn 10 års erfaring i større grad å kjenne til retningslinjene, enn de med kortere tids erfaring. Årsaker til dette fremgår ikke av denne studien, men kan være at de med mest erfaring med premature barn ser behovet for å sette seg inn i retningslinjene.

Helsesøster har et selvstendig ansvar for ivaretagelse av arbeidsoppgaver på helsestasjonen. Helsesøstertjenestens hovedhensikt er å understøtte og fremme ressurser, og helsesøster har et spesielt ansvar for dette i forhold til barn og barnefamilier. Å ivareta brukernes behov er kjernen i god yrkesutøvelse. Dette innebærer både tilgjengelighet og kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Henderson (1998) presiserer at sykepleiere har et særlig ansvar for overganger i menneskers liv som kan true helsen. Sykepleiere skal ivareta mennesker i overgangsfaser med det mål at helsen fremmes i et forhold preget av tillit og omsorg (Henderson, 1998). Svangerskapet er av stor betydning for tilknytning mellom mor og barn. En for tidlig fødsel kan avbryte eller forstyrre denne prosessen, ved at foreldrene ikke får den nødvendige tiden på å forberede seg på foreldreskapet. Til tross for dette kan tid og gode opplevelser utvikle tilknytningen. En prematur fødsel er en stressende hendelse for foreldre som øker deres behov for støtte (Stjernqvist, 1999). Forskning har vist at foreldre til premature barn kan oppleve stress, bekymring, utrygghet, angst og depresjon i lang tid etter fødselen (Stjernqvist, 1999; Jepsen, 2004; Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004). Foreldre med udekkede informasjonsbehov har et høyere angstnivå og er mindre trygge i sin omsorgsutøvelse. Essensielt i oppfølgingen bør være å styrke foreldrekompetansen gjennom å bidra til forståelse av barnets atferdsmønster og uttrykk. Sosial støtte kan redusere mødrenes stress etter fødsel, spesielt kan det være nyttig å etablere kontakt med andre foreldre i samme situasjon. Foreldres tiltro til egne evner som omsorgspersoner viser seg i minsket stress, angst, depresjon og fremmer et positivt samspill med barnet (Olds, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). På bakgrunn av dette er det essensielt at helsesøster tidlig etablerer kontakt med familien slik at relasjonen og samarbeidet kan begynne tidligst mulig. I denne undersøkelsen kommer det fram at helsestasjonen oftest får beskjed om for tidlig fødsel direkte fra nyfødtafdeling. Dette er i tråd med de faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) og betyr at kontakt mellom helsesøster og familien kan etableres tidlig, allerede før utskrivelse fra sykehuset.

Foreldrenes innsats er den viktigste ressursen i barnas oppfølging. Etter hjemkomst fra sykehuset kan foreldrene oppleve å være alene om ansvaret og omsorgen for barnet. De kan oppleve at de ikke er trygge i rollen som omsorgsutøvere og har behov for kompetent helsepersonell å forholde seg til (Kloppen, 2008). Det er da viktig at foreldrene møter en helsestasjon og i særdeleshet en helsesøster de opplever tillit til og som har kompetanse i

forhold til premature barn. Nær alle helsesøstre i studien tilbyr hjemmebesøk til prematurforeldre. Overraskende viste funn i denne studien at familier til premature barn sjelden får hjemmebesøk av jordmor og at helsesøster kun i noen grad deltar på hjemmebesøk sammen med personale fra nyfødtavdeling, slik det anbefales i de faglige retningslinjene. Hjemmebesøk fremheves som et viktig tiltak i forhold til risikofamilier og er en anbefaling i de faglige retningslinjene (Olds, 2006; Stern, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Et utvidet hjemmebesøksstilbud krever ressurser, noe som kan forklare hvorfor praksis avviker fra anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet (2007a). På bakgrunn av forskning om hjemmebesøk og hvilke muligheter det gir til tid og ro for familien, kan man som helsesøster legge bedre til rette for en følelsesmessig bearbeiding og bekreftelse av foreldrene (Jansson et al., 2001; 2002; 2003; Olds, 2007). Kloppen (2008) hevder at det er lettere å motta støtte i form av et tilbud som er bredt tilgjengelig. På denne måten minimerer man potensialet for ydmykelse og stigmatisering. Hjemmebesøket og helsesøsters støttesamtaler kan her være av stor betydning da hjemmebesøk bør være et universelt tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Ved hjemmebesøk ligger også forholdene til rette for at foreldrene blir møtt som eksperter på barnet, noe som har betydning for deres videre tillit til og kontakt med helsesøster (Kloppen, 2008).

I følge Jansson et al (2001; 2002; 2003) opplever ikke foreldrene en like god undersøkelse av barnet hjemme som på helsestasjonen. Ved å legge til rette for en grundig undersøkelse på hjemmebesøket kan helsesøster møte foreldrenes behov for dette. Ut fra forskningsfunn anbefales det å fokusere på foreldre-barn relasjonen framfor bare barnets utvikling alene (Hansen og Jacobsen, 2008). I denne studien ble helsesøstre spurt om bruk av og behov for samspillsprogrammer og -metoder, som *Marte Meo*, *ICDP*, *MISC* og *Dialog*. Resultatene i denne studien viser at det er få som bruker spesielle samspillsmetoder i arbeid med familier. Derimot er det mange som opplever behov for disse i praksis.

Henderson (1998) er måldominert når hun sier at målet for sykepleie er god helse, og at sykepleieren skal bidra til en mestringsprosess rettet mot bestemte helsemål. Svikt i forutsetninger for helsefremmende atferd definerer de behov for sykepleie som helsesøster skal befatte seg med (Henderson, 1998). Helsesøsters oppgave er å bidra til at foreldrene skal

kunne ta i bruk sine ressurser slik at opplevelsen av kontroll, vekst og bruk av ressurser hos foreldrene fremmes (Glavin og Kvarme, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Et overordnet mål for prematuromsorgen er at det premature barnet sikres optimal utvikling. Siden det premature barnet er spesielt sårbart for miljøpåvirkninger er foreldrenes omsorg av stor betydning. Tiltak som kan støtte familien, styrke samspillet og forståelsen for barnets individualitet bør derfor i stor grad tilstrebes gjennom helsesøsters oppfølging på helsestasjonen. Samtidig som at foreldre sikres den informasjon og kunnskap de har behov for (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Kloppen (2008) hevder at en oppfølging preget av lite støtte kan virke som en ekstrabelastning på omsorgspersonene. Kloppens funn viser at mødres behov dreide seg om å få følelsesmessig bearbeidet den premature fødselen og bekreftelse som ekspert på barnet også etter utskrivelse fra sykehuset. Kloppen hevder at hvordan moren møtes av helsesøster vil prege morens tillit og den videre kontakten med helsestasjonen. Resultatene fra Kloppens studie bekrefter at informasjon er viktig for foreldrene og psykologisk støtte i forhold til den for tidlige fødselen bør inngå som rutine i oppfølging av familien (Kloppen, 2008). Dette søkes ivaretatt av den oppfølgingen retningslinjene skisserer for primærhelsetjenesten.

Retningslinjene vektlegger å støtte opp om foreldrenes omsorg, kartlegging og iverksetting av adekvate tiltak vurderes ut fra konkrete behov hos barnet og familien. Det anbefales en mer omfattende og målrettet oppfølging innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen skal tilpasses grad av prematuritet og komplikasjoner knyttet til fødsel og nyfødtp periode. Avvikende vekst og utvikling avgjør om tiltak i første- og andrelinjetjenesten skal iverksettes. Primærhelsetjenesten skal spesielt være oppmerksomme på barn i alderen 1 til 3 år, og etter fylte 5 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Dersom det er tegn til emosjonelle og utviklingsmessige forstyrrelser skal det kartlegges og iverksettes tiltak så tidlig som mulig, med best egnede metoder og henvisning til og samarbeid med aktuelle instanser i hjelpeapparatet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Hansen og Jacobsen, 2008). Blant svært stressede familier kan utviklingsproblemer øke over tid. Tidlig intervensjon ser ut til å endre familiedynamikken, slik at en negativ utvikling bremses. Det synes som om effekten er størst hos familier som får hjelp over tid. Intervensjon over et år viste seg å ha størst effekt. Det ser også ut til at generelle omsorgsferdigheter og atferd hos barn fremmes ved tidlig innsats. Den positive utviklingen hadde begrensninger i varighet, men det så ut til at god effekt av tidlig



innsats påvirket problemene slik at de hadde kortere varighet og av mindre alvorlighetsgrad. Forskningen bekrefter at tidlig innsats i form av hjemmebesøk og en langvarig relasjon til hjelperen kan fungere som et støttetiltak for omsorgspersoner (Olds, 2006; Stern, 2006).

Helsesøsters langvarige relasjon til familien fra fødsel til skolestart er en unik mulighet til å tilby familien langvarig støtte og veiledning. I denne studien oppgir helsesøstrene at de i liten grad korrigerer vurdering av barnets vekst med termindato, bare en fjerdedel gjør dette. Noen respondenter oppgir at de av og til korrigerer barnets alder. Undersøkelsen gir ikke svar på i hvilke tilfeller dette gjøres. Mulige tolkninger kan være at de gjør det der barnet er ekstremt prematurt, etter ønske fra foreldre, ut fra en generell vurdering av barnets trivsel og ernæringsstatus eller der barnet ikke følges av spesialisthelsetjenesten. Det anbefales å korrigere for termindato ved vurdering av vekst og utvikling av det premature barnet de første 2 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Ved all vurdering av for tidlig fødte barn skal korrigert alder brukes, ellers får man ikke et riktig bilde av dets utvikling. Begrepet korrigert alder er basert på tanken om at barnet trenger tid for å hente inn vekst og utvikling. Hvor lenge man benytter korrigert alder kommer an på barnets umodenhet ved fødsel. Barn født etter svangerskapsuke 32 vurderes med korrigert alder fram til 2 års alder. For barn født før uke 32 benyttes korrigert alder fram til 4-5 års alder. Deretter bør kronologisk alder brukes for fange opp eventuelle vansker (Stjernqvist, 1999). Korrigerede percentilskjema anbefales i de faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) og av forskning på oppfølging av premature barn (Stjernqvist, 1999; Kloppen, 2008). De norske undersøkelsene til Kloppen og Olsen viser også at prematurforeldre ofte opplever at barna ikke korrigeres i forhold til vekst på helsestasjonen (Olsen, 2006; Kloppen, 2008).

Basert på den forskning som foreligger, er det grunn til å anta at foreldrerettede tiltak, med vekt på å forbedre foreldrenes samspill med barnet, vil være mest virkningsfulle. Dersom RCT-studier viser at ulike tiltak har effekt, vil dette kunne danne grunnlaget for implementering i praksis og en mer systematisk oppfølging av for tidlig fødte barn her i landet. Kloppens (2008) funn støtter retningslinjenes anbefalinger om et utvidet tilbud til familier med premature barn. Helsesøster må møte familiers behov for informasjon om amming, vekst, søvn, ernæring, vaksinasjon og annet. Kloppen hevder imidlertid at hyppige

konsultasjoner på helsestasjonen er til liten nytte for foreldre, dersom de ikke får svar på spørsmål eller blir møtt godt nok i forhold til bekymringer og vansker. Funnene til Kloppen bekrefter helsepolitiske og forskningsbaserte anbefalinger om at omsorgspersoner til premature barn har behov for en tilpasset oppfølging etter hjemkomst fra sykehuset. Det er derfor av stor betydning at helsesøstre besitter god kunnskap om premature barn og hvilke behov de kan ha (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Kloppen, 2008).

## 5.6 Programmer, kartleggingsverktøy og metoder i helsestasjonstjenesten

Hvis helsesøster skal kunne iverksette tiltak eller oppfølging i forhold til vansker, er det en forutsetning at man oppdager at barnet har vansker. Funn i denne studien viser at programmer, kartleggingsverktøy og metoder er i varierende grad i bruk av helsesøstrene. Det er i tillegg forskjeller mellom gruppene av helsesøstre inndelt etter erfaring. De med mest erfaring bruker i større grad *PMTO* og *Program for foreldreveiledning (ICDP)*, mens helsesøstre med 0-5 års erfaring i størst grad bruker *TI*, *Dialog* og *ASQ*. Til tross for nasjonal satsning og opplæring i *Program for foreldreveiledning* i 1995 og 2008-2009 viser denne studien at bare en tredjedel bruker dette programmet i oppfølging på helsestasjonen. Hvis man ser på helsesøstrene utfra erfaring, ser man at de med lengst erfaring bruker *ICDP* i størst grad. Dette kan ha sammenheng med den forrige opplæringen i programmet i 1995. Funnet er også overraskende da dette programmet er ment å brukes overfor alle familier. Programmet er tilpasset barns alder og utvikling og er i tillegg kultursensitivt (Hundeide, 2005). Forskjellen på bruk av *PMTO* er mer åpenbar, da helsesøstre ved to helsestasjoner i samme kommune oppgir å bruke denne metoden. Dette kan ha sammenheng med forskningsprosjekt eller kommunal satsning.

Så mye som en femtedel av helsesøstrene kjenner ikke til *ASQ* til tross for at dette er et kartleggingsverktøy som anbefales av Sosial- og helsedirektoratet (2007a) i oppfølging av premature barn. Kartleggingsverktøyet har flere fordeler, det er billig, enkelt å administrere og åpner for samtale om barnet i tillegg til å vurdere dets utvikling på flere områder. *ASQ* er validert for norske forhold (Hansen og Jacobsen, 2008). Det er ikke foretatt noen omfattende

opplæring av helsesøstre spesielt i dette kartleggingsverktøyet i Norge (ibid.). En fjerdedel av respondentene opplever imidlertid behov for dette kartleggingsverktøyet. Smith et al (2001) viser i sin studie av premature barns utvikling at perinatal status har lite å si for mental utvikling. På bakgrunn av dette bør testing av mental utvikling inngå som en rutine ved helsestasjoner (Smith et al, 2001). Helsesøstrene i Andersson et als studie (2006) etterlyser flere verktøy i tjenesten for å kunne bli sikrere i egne vurderinger av diffuse tilstander og vansker, og kunne handle på bakgrunn av et mer solid vurderingsgrunnlag som disse gir (Andersson et al., 2006).

Retningslinjene (2007a) og R-Bup (Hansen og Jacobsen, 2008) anbefaler bruk av *Ages & Stages Questionnaire*, *Tidlig Intervensjon*, *SATS* og *Språk 4* som kartleggingsverktøy og metoder i arbeidet med barn på helsestasjonen. Denne studien viser at helsesøstrene i stor grad er fornøyd med egen kompetanse i vurdering av språkutvikling, og nær alle bruker *SATS* og *Språk 4* i kartlegging av språk på helsestasjonen. Dette kan ha sammenheng med den landsomfattende kompetansehevingen av helsestasjoner i 2005-2006, der *SATS* og *Språk 4* inngikk som del av prosjektet *Språkutvikling og språkvansker hos barn og unge* (Statped, 2006). Forskning viser at forsinket språkutvikling har en klar sammenheng med motoriske vansker, overaktivitet og uoppmerksomhet, i tillegg er det funnet at barna kan være mer aggressive, engstelige og ha sosiale vansker enn andre barn (Schjøberg, Lekhal, Wang, Zambrana, Mathiesen, Magnus og Roth, 2008). Dette forsterker behovet for å kunne identifisere språkvansker og iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt.

Andre undersøkelser viser også at det er stor variasjon i bruk av programmer, metoder og kartleggingsverktøy i helsestasjonstjenesten. Hansen og Jacobsen (2008) viser til en kartlegging i 2006 der godt over halvparten av helsestasjonslederne oppga de ikke hadde tiltak eller prosjekter rettet mot utsatte sped- og småbarn og gravide. Informantene i undersøkelsen vektla bruk av kartleggings- og utredningsverktøy som viktigste tiltak for at flere sped- og småbarn skal få hjelp. De ønsket også lettere tilgang på utredning og bruk av screening- og kartleggingsverktøy (Hansen og Jacobsen, 2008). Braarud (2006) rapporterer at helsesøstre i større grad kjenner til ulike verktøy og metoder framfor at de bruker dem. Systematiske oversikter (Reinar et al., 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2007a; Hansen og

Jacobsen, 2008) viser at det ikke kan stilles krav til at helseovervåking av barn 0-5 år skal være evidensbasert, fordi dokumentasjonen av mange tiltak er mangelfull.

Kunnskapsoppsummeringen viser at det er store regionale forskjeller og at metodene i oppfølging av barn ofte er tilfeldig valgt. Kjennskap til andre metoder enn de som er tatt i bruk i egen region eller helsestasjon er liten. Valgene er ofte basert på deltagelse i forskningsprosjekt, uformelle kontaktnettverk eller egeninteresse (Reinar et al., 2005). Denne studiens resultater som viser at det er variasjon i bruk av metoder og til dels liten bruk av metoder som kartlegger barns utvikling og fremmer samspill, støttes av denne oppsummeringen. Reinar et al. (2005) hevder at metoder ikke bør implementeres før de er skikkelig utprøvd og evaluert i forhold til effekt på målgruppen, og at personell som skal bruke metodene er skolert og ramme faktorene for tjenesten endret. Metoder og kartleggingsverktøy bør brukes der foreldre uttrykker bekymring og barnet har risikofaktorer. Sosial- og helsedirektoratet (2007a) hevder at dette er spesielt viktig for premature barn og deres familier, fordi foreldre er svært bevisste risiko ved prematuritet og på bakgrunn av dette ofte er bekymret for barnas utvikling. Vurdering av barns utvikling skal gjøres for å kunne tilby hjelp eller forebyggende tiltak for de barna som har behov så tidlig som mulig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

Med utgangspunkt i foreldrenes bekymring har man et annet grunnlag for å bruke metoder og kartleggingsverktøy. Kartleggingsinstrumenter skal aldri være den eneste måten å avgjøre om et barn trenger intervensjon. Valg av kartleggingsverktøy og metoder må stå i forhold til de problemene som skal løse og den hjelp som skal ytes. Tidlig intervensjon forutsetter imidlertid at det anvendes dokumenterte metoder (Hansen og Jacobsen, 2008). Saugstad (1999) framhever prematurforeldres behov for tydelig, ærlig og åpen kommunikasjon. Dette understreker nødvendigheten av helsesøsters relasjon til familiene og at hun tar i bruk metoder og kartleggingsverktøy tilpasset foreldrenes bekymring. Helsesøster skal også formidle vurderinger på en objektiv måte, samtidig som det kan være nødvendig med støttesamtaler til foreldre. R-Bup (Hansen og Jacobsen, 2008) anbefaler bruk av anerkjente kartleggingsverktøy og metoder som gir muligheter til å gi flere barn adekvat utviklingsstøtte på et tidligere tidspunkt enn tilfellet er i dag. Konkrete anbefalinger går ut på å etablere systematisk hjemmebasert oppfølging etter fødsel, anvende utvidede barseltilbud og utvikle systematiske og varierte hjelpe- og støttetiltak. Hansen og Jacobsen (2008) presiserer at

programmer, kartleggingsverktøy og metoder bør inneha kvaliteter som at verktøyet styrker omsorgspersoners opplevelse av å være betydningsfulle, hjelper den ansatte til å samtale naturlig om vanskelige temaer, muliggjør at identifisering og støttesamtale kan gjennomføres i samme konsultasjon, og åpner opp for en naturlig samtale som også har fokus på utviklingsstøttende kommunikasjon. Det er et stort behov for å vite hva som gir god utviklingsstøtte, og hvilke verktøy og metoder som best er egnet til å identifisere og følge opp de som er utsatt for de mer usynlige vanskene (Hansen og Jacobsen, 2008).

Kunnskap, forståelse og ferdighet er grunnleggende for all bruk av ulike verktøy og metoder. Verktøy og metoder skal brukes med en logisk begrunnelse og andre tilgjengelige informasjonskilder. Forut for undersøkelse skal informasjon om formål og innhold gis, og eventuelle funn skal alltid følges av støttesamtaler og relevant henvisning til andre instanser (Hansen og Jacobsen, 2008). Prematurforeldres behov for grundige undersøkelser av barnet i tiden etter fødsel kan forsvare implementering og bruk av flere programmer, metoder og kartleggingsverktøy i helsestasjonstjenesten (Kloppen, 2008). Ved gode og grundige undersøkelser og oppfølging på helsestasjonen mener Kloppen at prematurforeldre kan ha mindre behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten (Kloppen, 2008). Kunnskap om hvilke tiltak som er nyttige, er derfor nødvendig for utøvelse av en helsetjeneste av god kvalitet som i møtet kommer prematurforeldres behov. Denne kunnskapen er derfor avgjørende for å bedre helse og livskvalitet hos denne gruppen foreldre og barn. Oppfølging av premature barn og deres familier krever mye tid. Det er en relevant problemstilling om helsesøstertjenesten har gode nok rammebetingelser for å tilby oppfølging i henhold til retningslinjene. Det ble ikke spurt om rammebetingelser i forhold til helsesøstrenes oppfølging, slik at det er usikkert om dette kan være årsak til spriket mellom anbefalinger i de faglige retningslinjene og den oppfølgingen helsesøstrene oppgir. Imidlertid rapporterer helsesøstrene at de i stor grad tilbyr oppfølging i henhold til anbefalinger i retningslinjene. Dette er vanskelig å forklare og burde vært undersøkt med utdypende spørsmål, muligens også intervju. Stort omfang av andre oppgaver kan også begrense helsesøstrenes muligheter for å følge Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger.

## 5.7 Faktorer ved studiens design og metode som kan påvirke resultatene

Valg av metode tas ofte ut fra hensiktsmessighet og kompetanse (Polit og Beck, 2006). Da det ikke var mulig å finne et egnet spørreskjema valgte jeg å utvikle et eget, med elementer fra Andersson et als (2006). Aarø (2007) hevder at det ved kun å bruke etablerte instrument ikke bare er positivt. Ved å stadig utvikle instrumenter vil man tilføre originalitet og tilpasning til spesifikke problemstillinger og organisering (Aarø, 2007).

Metodologiske utfordringer ved funn kan være at instrumentet har målt noe annet enn det som var ønsket å måle. Det vil si at undersøkelsen har lav validitet. Dette er vanskelig å påvise utfra denne studiens materiale, men kan undersøkes ved en oppfølgende studie. Kvaliteten til instrumenter kan sjekkes ved en test-retest. Det vil si å administrere instrumentet til samme gruppe personer på to tidspunkt. Man kan da få en indikasjon på kvaliteten, test-retest bør ikke foregå for nært eller fjernt i tidsrom (Aarø, 2007). Dette var ikke mulig å gjøre i denne studien på grunn av masteroppgavens rammer. Repeterbarheten til instrumentet kan vanskelig sjekkes med det samme utvalget, da erfaringer og studien i seg selv vil kunne påvirke opplevelsene og meningene fra første gjennomføring til andre.

Studios utvalg er et bekvemmelighetsutvalg. Utvalgsfeil kan derfor ha betydning for resultatet. Problemet med bekvemmelighetsutvalg er at det kan skape bias og det er ingen mulighet til å vurdere bias. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet (Polit og Beck, 2006). Et tilfeldig eller randomisert utvalg ville være ideelt fordi det hadde sørget for at alle i populasjonen hadde lik sannsynlighet for å bli trukket ut til deltagelse. Det ble ikke prioritert å kartlegge hele populasjonen for å trekke et utvalg på grunn av masteroppgavens tidsrammer. Mangel på randomisering kan medføre lav generaliserbarhet til resten av landet. Sannsynligvis representerer studiens funn deler av realiteten for norske helsesøstre. Utvalget er representativt for populasjonen i den aktuelle landsdel, det kan imidlertid være noe overrepresentasjon sett i forhold til geografisk nærhet til sykehus og utdanningsinstitusjoner.

Størrelsen på utvalget kan også ha betydning for representativiteten. Det er ikke foretatt en beregning av hvor stort hele utvalget i det aktuelle området er. Respondentene kan være atypiske for hele populasjonen, og de kan ha gitt andre svar enn det hele populasjonen ville ha gjort (Polit og Beck, 2006). Undersøkelsens design gjør det ikke mulig å finne ut hvorfor eller hvem som unnlot å delta. Seleksjonsskjevhet kan påvirke materialet ved at man ikke vet hvem som valgte ikke å delta, man må derfor være varsom med generalisering av funnene. En årsak til resultatene kan være at respondentene har endret meninger eller holdninger som et resultat av at de deltar i en studie (Polit og Beck, 2006). I dette henseendet er svarprosenten en styrke. Svarprosenten på 70 % er høyere enn det som anbefales som tilfredsstillende i litteraturen (Johannessen, 2004; Polit og Beck, 2006). Ved gjennomgang av data fra spørreskjema ble det vurdert om det fantes respons-sett. Respons-sett er tendensen til å svare på en bestemt måte uavhengig av spørsmålsinnholdet (Aarø, 2007). Det kom ikke fram at det var tilfelle ved gjennomgang av returnerte spørreskjema. Det ble muligens unngått ved å ha ulike svaralternativer gjennom spørreskjemaet. Dette er en liten studie der hensikten var å kartlegge populasjonen i denne regionen. Kartleggingen av helsesøstres oppfatninger om egen kompetanse og tilbudet til premature barn kan bidra til en refleksjon over og en bevisstgjøring av kvaliteten på oppfølgingen til denne gruppen barn.

Analysemetodene som er valgt kan påvirke resultatene og gi feil inntrykk. Dette er forhold som det er vanskelig å sikre seg mot før studien og som kan være vanskelig å vurdere i etterkant. En styrke er at jeg jobber i feltet slik at jeg kjenner til praksis. Dette kan på den annen side farge mine tolkninger av funnene, ved at jeg tolker disse på bakgrunn av erfaringer fra egen yrkesutøvelse.

## 6 OPPSUMMERING

I dette kapittelet vil jeg oppsummere på bakgrunn av funn i undersøkelsen og vurdere overførbarheten av funnene til praksis. Kapittelet avsluttes med anbefalinger for praksisfeltet og videre forskning. Hovedtendensen i dette materialet viser at helsesøstrene opplever et udekket behov for mer kompetanse og kunnskap om premature barn. Oppfølging av premature barn på helsestasjonen er i liten grad i tråd med de anbefalinger som Sosial- og helsedirektoratet (2007a) gir.

- Nær halvparten av helsesøstrene i denne studien har eller er i gang med videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanningen.
- De fleste har eller er i gang med videreutdanning innen *Ledelse, Ammeveiledning, Små barn og psykisk helse* og *Psykisk helsearbeid*. Blant disse mener over halvparten at denne videreutdanningen i stor grad brukes i praksis.
- Helsesøstrene er i noen til stor grad tilfredse med egen kompetanse. De oppgir i størst grad å ha kompetanse i språkvurdering, henvisning til andre instanser og gjennomføring av støttesamtaler.
- Respondentene har et ønske og behov for mer kompetanse i form av etter- og videreutdanning.
- De mest etterspurte videreutdanningene er *Psykisk helsearbeid, Familieveiledning/foreldrearbeid* og *Ammeveiledning*.
- De mest ønskede etterutdanningene er *Tidlig identifisering av vansker, Prematuritet* og *Ernæring*.
- Viktige tiltak i kompetanseheving i arbeid med premature barn oppgis å være kurs i tema vedrørende prematuritet, fordypning i faglitteratur, veiledning i helsesøstergruppe, samarbeid og hospitering på nyfødtafdeling.
- Alle helsesøstrene har internett tilgang, og de bruker nettbaserte informasjonskilder i varierende grad. Noen opplever imidlertid å ikke ha tid til å bruke disse i arbeidet.



- Helsesøstre samarbeider oftest med fysioterapeut, PPT og barnehager i oppfølging av premature barn.
- 37 % av respondentene har i stor grad og 57 % har i noen grad et godt fungerende tverrfaglig samarbeid.
- Som årsaker til at samarbeidet som ikke fungerer godt, oppgis i hovedsak å være at man mangler vedtak og rutiner for samarbeidet, og at aktørene har ulik kultur og fagbakgrunn.
- Helsesøstre er i noen til stor grad kjent med innholdet i *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).
- Det er et sprik mellom anbefalinger i *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) og hvilken oppfølging prematurfamilier får på helsestasjonen.
- *Språk 4* og *SATS* er metoder som i stor grad er i bruk på helsestasjonene. Dette er i tråd med flere retningslinjer for helsesøstertjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; 2007a).
- Helsesøstre opplever behov for metoder som *Marte Meo*, *PMTO* og *TRAS*.

Forbedringer i helsetjenesten skjer gjennom økt samarbeid, riktig kompetanse, heving av kompetanse og kompetanse i kunnskapshåndtering og refleksjon over praksis. God kvalitet på tjenesten forutsetter satsning på fagutvikling. Tjenestens kvalitet avhenger også av relasjonen mellom tjenesteyter og -mottaker. Gode tjenester er avhengig av forskning. Forskning frambringer ny kunnskap og styrker tjenestens kunnskapsgrunnlag. Det er imidlertid utfordring å omsette slik kunnskap i praksis. Alle brukere av helsestasjoners tjenester skal få en faglig forsvarlig og menneskelig god tjeneste som er koordinert. Tjenesten skal utformes i samarbeid med brukere og tilpasses deres behov og ønsker (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b). Dette fordrer at helsesøsters tilbud til premature barn og deres familier er basert på kompetanse og oppdatert forskning, anerkjente kartleggingsverktøy og metoder, tilbys i

henhold til anbefalinger i de faglige retningslinjene og at tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform i denne oppfølgingen.

## 6.1 Anbefalinger for videre forskning

Oppfølging av premature barn og deres familier på helsestasjonen bør undersøkes videre både kvantitativt og kvalitativt. Det kan være interessant å se på hvilken måte foreldre til premature barn ønsker og har behov for at tilbudet er. Implementering av *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) kan undersøkes ved brukerundersøkelser. Det er behov for mer forskning om hvilke oppfølgingsprogrammer som på best mulig måte understøtter barnas utvikling, og som reduserer stress og øker følelsen av mestring hos foreldrene. I tillegg er det behov for standardisering og validering av ulike metoder og kartleggingsinstrumenter for norske forhold. Det er av avgjørende betydning at helsesøstre har gode verktøy i vurderinger og tiltak i forhold til denne gruppen barn med familier, både for å kunne møte foreldres bekymring og tidlig identifisere og iversette tiltak ved vansker. Effektstudier av metoder og kartleggingsverktøy kan bidra til at disse ikke velges tilfeldig, men på bakgrunn av effekt og kvalitet i oppfølgingen (Reinar et al., 2005; Hansen og Jacobsen, 2008). Implementering av ulike kartleggingsverktøy og metoder kan undersøkes med hensyn til helsesøstres opplevde kompetanse, foreldres opplevelser og positive utfall ved disse.

Et viktig ledd i kunnskapsbaserte praksis, er å beskrive hva praksis faktisk består i. Undersøkelser kan vise hvilken kunnskap helsesøstre har, og hvordan denne omsettes til praksis. Dette kan undersøkes med gjennom intervju og observasjon, der helsesøstres yrkesutøvelse i form av vurderinger og handlinger utforskes. Det er behov for videre forskning på helsesøstres kompetanse, oppfølging av premature barn og hvordan tverrfaglig samarbeid fungerer i oppfølgingen av disse barna. For å ivareta prematurbarn og deres familie på en forsvarlig og omsorgsfull måte, vil dette være ønskelig og viktig.

## 6.2 Anbefalinger for praksis

*”Tjenestens kompleksitet og kvalitet begrenses kun av fantasien og dyktigheten til den sykepleieren som tolker den” (Henderson, 1998, s. 17).*

Studien har betydning for praksis på flere måter. Resultatene bekrefter tidligere funn om at helsesøsterkompetansen må heves i forhold til premature barn og familier (Jepsen, 2004; Braarud, 2007; Kloppen, 2008). Undersøkelsen løfter fram ulike kompetansebehov for helsesøstre i arbeid med premature barn og deres familier. Funnene i denne studien kan være et vurderingsgrunnlag for å prioritere tema for undervisning og seminar for helsesøstre og tverrfaglige samarbeidspartnere. Denne studien viste at helsesøstrene hadde et udekket behov for mer kompetanse innen flere områder i oppfølging av premature barn, spesielt gjaldt dette amming, ernæring, prematuritet og ulike utviklingsvansker, og tidlig identifisering av disse. Denne studien kan bidra til en mer målrettet undervisning og et tilpasset kurstilbud på bakgrunn av hvilke tema helsesøstrene oppgir som behov for kompetanseheving. Funnene bør ha betydning for kurs og etterutdanningstibud i spesialisthelsetjenesten som har et spesielt ansvar for formell kompetanseoverføring (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Retningslinjene anbefaler i tillegg en vektlegging av prematures mulige vansker og behov i fagplaner ved utdanningsinstitusjoner.

En av de viktigste oppgavene til helsestasjonen er å lytte til foreldrenes bekymringer og ta dem på alvor. Kompetanse trygger helsesøstre i yrkesutøvelsen og denne tryggheten smitter over på foreldrene og gjør dem mer trygge i sin omsorgsutøvelse. Kompetanseheving vil kunne bidra til å bedre kvaliteten på helsestasjoners tilbud, slik at familier med premature barn opplever et adekvat tilbud, preget av kunnskap, trygghet, respekt, omsorg og forsvarlige tjenester. Det anbefales at praksisfeltet følger nasjonale faglige retningslinjer for å fremme en god og trygg praksis for brukerne (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Selv om de faglige retningslinjene ikke er juridisk bindende, skal de være styrende for den oppfølging som tilbys på helsestasjonen. For familiene vil retningslinjene kunne bidra til en mer målrettet og bedre oppfølging. I praksis betyr dette noen flere undersøkelser på helsestasjonen og et økt fokus på viktige områder som vekst, samspill, utvikling og familiesentrert omsorg. I tillegg bør forskningsfunn om prematurforeldres behov for støtte og informasjon vektlegges i større grad. Det første året etter en prematur fødsel er ofte en stor påkjenning for familien, av den grunn er

det av stor betydning at helsesøstre følger anbefalinger som beskrives i de faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Små kommuner med lav forekomst av premature barn kan vanskelig forvente at alle helsesøstre skal kunne opparbeide seg kunnskap og kompetanse med denne gruppen barn og familier. En mulig løsning er å heve kompetansen ved enkelte helsestasjoner eller at enkelte helsesøstre opparbeider spisskompetanse overfor denne gruppen barn.

For tidlig fødte barn er dessuten en heterogen gruppe slik at oppfølgingen alltid vil være individuell, basert på barnets og familiens behov for helsetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Helsestasjonen er den viktigste instansen i oppfølging av alle barn. Her kan barselgrupper og i større kommuner grupper for prematurforeldre være et viktig møtested. God kommunikasjon mellom utskrivende avdeling og helsestasjonen kan forbedre oppfølgingen ved at samarbeidet starter tidligere, og derfor lette utskrivelsen og tiden etter hjemkomst for omsorgspersonene. Tidlig kontakt mellom familien og helsesøster bidrar til å bli kjent tidlig, bedre ammeveiledning, tidligere støtte til prematurforeldre (Jansson et al., 2002; Kloppen, 2008). Tilbudet ved helsestasjonen er vesentlig fordi familiene har en langvarig relasjon med helsesøster som kjenner familien fra fødsel til skolestart. På denne måten kan man gjennom god kunnskap og et tillitsfullt forhold avdekke og identifisere vansker tidlig, og iverksette relevante tiltak. Helsesøster må ha kunnskap om hva som kan være spesielle utfordringer for premature barn og deres familier og dette må tematiseres i konsultasjonene. I tillegg må foreldrene tilbys grundige undersøkelser av barnet. Helsesøstre har en etisk og moralsk plikt til å yte den beste kvalitet i tilbudet (NSF, 2001), slik at oppfølging bærer preg av både profesjonell og personlig kompetanse.

Helsesøstre har et klart ansvar for å følge opp premature barn og deres familier, arbeide tverrfaglig og bruke verktøy og metoder som er utviklet for å identifisere vansker og støtte en god utvikling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). For å kunne gjøre dette må helsesøster vite hva som er til det beste for brukerne. Dette krever kunnskap om hvilke metoder og kartleggingsverktøy, oppfølging som har effekt og er nyttig overfor den enkelte familie og på bakgrunn av risikofaktorer. På bakgrunn av dette bør tjenesten i større grad implementere anerkjente og anbefalte metoder i praksis. Resultater fra studien viser at det er stor spredning i

bruk av kartleggingsverktøy og metoder ved helsestasjonene, og til dels liten bruk av anbefalte metoder. Denne studien avdekker at det er behov for å ta i bruk flere kartleggingsverktøy og metoder for å styrke helsesøsters kompetanse og oppfølgingen av premature barn og deres familier. ASQ framheves av Reinart et al (2005), Sosial- og helsedirektoratet (2007a) og Hansen og Jacobsen (2008) som et velegnet kartleggingsverktøy, utgangspunkt for samtale med foreldre og som i tillegg er billig. Bruk av kartleggingsverktøy og metoder kan gi en bredere faglig vurdering av samspill og utvikling enn dersom helsesøster baserer seg på faglig erfaring alene. En nasjonal satsning på opplæring i bruk av ASQ lik "Språkpakken" (Staped, 2006) kan øke kompetansen hos helsesøstre og sørge for mer trygghet i identifisering av vansker. På samme måte anbefaler Sosial- og helsedirektoratet (2007a) at *TI-metoden* brukes ved oppfølging av premature barn. Ved en nasjonal satsning kan man unngå at det blir tilfeldig hvilke helsestasjoner og kommuner som innehar kompetansen og bruker kartleggingsverktøyene. Dessuten vil man i større grad enn i dag kunne tilby en oppfølging i tråd med de faglige retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

På bakgrunn av denne studien og eksisterende forskning er det grunnlag for å understreke at premature barn i større grad bør følges opp i henhold til *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Det dreier seg om i større grad å etablere et tidligere samarbeid med familien, helst før utskrivelse fra nyfødtafdelingen, prioritere hjemmebesøk i større utstrekning, sikre tidlig støtte og etablering av relasjon mellom helsesøster og familien, i større grad arbeide tverrfaglig og tilby en oppfølging tilpasset individuelle behov og korrigert alder, med bruk av anerkjente kartleggingsverktøy og metoder. Både ledere av tjenesten og den enkelte helsesøster har et ansvar for å følge de anbefalinger som gis. Ved å følge de faglige retningslinjene kan helsesøstre bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket.

# Litteraturliste

Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden*. 2. utg. Universitetet i Bergen: HEMIL-senteret og Grieg-akademiet.

Andersson, H. W., Norvoll, R. (2006). *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP-kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*. SINTEF Helse, Rapport A595.

Andersson, H. W., Ose, S. O., Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. SINTEF rapport A558.

Aristoteles (350 fvt). *Nicomachean Ethics*, Book II, 4; Book I, 7. (Oversatt av W. D. Ross). <http://classics.mit.edu/Aristotle/nicomachaen.2.ii.html>

Aristoteles (1999). *Den nikomakiske etikk*. (Oversatt av Ø. Rabbås og A. Stigen). Oslo: Bokklubbens Dagens Bøker, Bokklubbens kulturbibliotek.

Bakewell-Sachs, S., Gennaro, S. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *The American Journal of Maternal/Child Nursing (MCN)*, Vol. 29, nr. 9, Nov. /Dec. 2004, 398-403.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. København: Munksgaard.

Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A. (2000). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Boynton, P. M. (2004). Administering, analyzing, and reporting your questionnaire. *British Medical Journal*. (328) 2004, 1372-1375.

Boynton, P. M., Greenhalg, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*. (328) 2004, 1312-1315.

Bufetat: <http://www.bufetat.no/foreldrerettleiing/fagfolk/> Lastet ned 24.05.09.

Byers, J. F., Lowman, L. B., Francis, J., Kaigle, L., Lutz, N. H., Waddell, T., Diaz, A. L. (2006). A quazi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35:1, 105-15.

Dalgard, O. S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2006: 2.

Fagermoen, M. S. (1996). Kvalitativ forskning- en opprydning i begrepsbruk. *Tidsskrift for norsk sykepleieforskning*, nr. 1; 1996, 15-23. ISSN 0801-1923.

Fink, A. (2006). *How to conduct surveys. A step-by-step guide*. California: Sage Publications Inc.

Folkehelseinstituttet (19.07.05) *Fødselsvekt-faktaark*. <http://www.fhi.no> Lastet ned 24.05.09.

Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters statistikkbank, <http://www.fhi.no>. Lastet ned 24.05.09.

[http://www.forebygging.no/fhp/d\\_emneside/cf/hApp\\_101/hPKey\\_880/hParent\\_18/hDKey\\_1](http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_880/hParent_18/hDKey_1)

Glavin, K., Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Glavin, K. (2007) Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: K. Glavin, S. Helseth, L. G. Kvarme (Red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 48-67). Oslo: Akribe.

Glavin, K., Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.

Grimen, H., Nortvedt, P. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grimnes, H. (2009). Personvern i helsefaglig forskning. *Sykepleien Forskning*, 2009 (2): 162-165.

Hanke, C., Lohaus, A., Gawrilow, C., Hartke, I., Köhler, B., Leonhardt, A. (2003). Preschool development of very low weight children born 1994-1995. *Eur J Pediatr* (162). 2003 Mar; 162 (3): 159-64.

Hansen, M. B., Jacobsen, H. (2008). *Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus*. Oslo: R-BUP.

Helsebiblioteket (2009): *Kvalitetsvurdering av "Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn"*.

<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Kvalitetsvurderinger/30258.cms> Lastet ned 24.05.09.

Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001). Rett person på rett plass*. 3. utg. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet: *Lov om helsetjenesten i kommunene*. [LOV-1982-11-19-66](#) ISBN 82-504-1395-4 Lastet ned 24.05.09.

Helse- og omsorgsdepartementet: *Lov om helsepersonell m.v.* <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html> (LOV-1999-07-02-64) Lastet ned 21.04.09.

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur – en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hundeide, K. (2005). ICDP programmet – et relasjonsorientert og empatibasert program rettet mot barns omsorgsgivere. *Skolepsykologi*, nr. 7-2005, 9-25.



Hviding, K. (2006). *Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Rapport fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Nr. 7-2006. Kunnskapsoppsummering.

Jansson, A., Petersson, K., Udén, G. (2001). Nurses' first encounters with parents of newborn children- public health nurses' views of a good meeting. *Journal of Clinical Nursing*; 2001 Jan; 10 (1): 140-51.

Jansson, A., Sivberg, B., Larsson, B. W., Udén, G. (2002). First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatrica*; 91: 571-7.

Jansson, A., Sivberg, B., Larsson, B. W., Udén, G. (2003). Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*; 100: 15, 1348-1351.

Jepsen, J. (2004). *For tidligt fødte børn. Usynlige senfølger*. København: Hans Reitzels Forlag.

Johannessen, A. (2004). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kaaresen, P. I., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., Dahl, L. B. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*. Vol. 118 No. 1 July 2006, pp. 9-19.

Killén, K. (2008). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning – Et fellesfaglig perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam, Gyldendal.

Kloppen, K. (2008). "... det skal heller ikke mykje til for å løfte deg..." *Hvordan kan helsevesenet støtte mødre til premature barn det første året etter fødselen?* Universitetet i Bergen: Masteroppgave i helsefag. Studieretning helsefremmende arbeid og helsepsykologi, HEMIL-senteret, Det psykologiske fakultet.

Kristoffersen, N. J. (2005). *Sykepleie- kunnskap og kompetanse*. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug, (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. (s. 215-257). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsforlaget. Store norske leksikon, <http://www.snl.no> Lastet ned 24.05.09.

Laake, P., Olsen, B. R., Benestad, H. B., (red.) (2008). *Forskning i medisin og biofag*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

Molven, O., Stavrum, A. (2009). *Veilederen: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn-ungdom-familier*. Oslo: KS.

Moss, N. (2006). Støttende samspill med det nyfødte barnet. En modell for veiledning av foreldre til premature barn. I: I. Halvorsen, I. Ropstad, B. R. R. Rund, W. J. Seltzer (Red.): *Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge*. (s. 83-105). Stavanger: Hertervig forlag.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (19.11.05). *Flere ekstremt premature babyer overlever*. <http://www.fhi.no/artikler>. Lastet ned 05.05.2009.

Norsk Sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [http://www.bblboligsenter.no/archive/229/17829/EtiskeRetningslinjer\\_NSF.pdf](http://www.bblboligsenter.no/archive/229/17829/EtiskeRetningslinjer_NSF.pdf) Lastet ned 23.04.09.

Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M., Ose, S. O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. SINTEF Helse, Rapport A246.

Olafsen, K.S., Kaaresen, P., Handegård, B., Ulvund, S., Dahl, L. & Rønning, J. (2008). Maternal ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: Influence of perceived stress, birth-weight, and intervention. *Infant Behavior and Development*, 31, 408-421.

Olafsen, K. S. (2008). *Precursors of regulatory competence in term and preterm infants: The influence of a sensitizing intervention on temperament and social communication during the*

*first year of life*. University of Tromsø: Center for Child and Adolescent Mental Health, The Medical Faculty.

Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27 (1), 5-25.

Olsen, K. B. (2006). *Foreldreopplevelser i forhold til å få for tidlig fødte barn. Rapport fra en intervjuundersøkelse blant foreldre som er med i prosjektet "Tidlig intervensjon 2000"*. Høgskolen i Tromsø: Avdeling for helsefag.

O'Neill, M., Cowman, S. (2008). Community nursing. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3004-3011.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods Appraisal and Utilization*. 6<sup>th</sup> edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

R-Bup: <http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/pages/spedogsma> (Lastet ned 23.04.09).

<http://www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/pages/spedogsma?open&qm=hovedmeny,2,0,0,0,0>

Reinar, L. M., Kornør, H., Langengen, I. W., Markestad, T. (2005). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nr. 10-2005. Kunnskapsoppsummering.

Ruud, K. (2007). *Tidlig født-tidlig innsats. Foreldre som den viktigste ressursen*. Universitetet i Oslo: Masteroppgave ved institutt for Spesialpedagogikk.

Rye, H. (1993). *Tidlig hjelp til bedre samspill. Nye metoder og nye muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Saugstad, O. D. (1999). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Luther forlag.

Schjølberg, S., Lekhal, R., Wang, M. V., Zambrana, I. M., Mathiesen, K. S., Magnus, P., Roth, C. (2008). *Forsinket språkutvikling. En foreløpig oversikt basert på data fra Den norske mor og barnundersøkelsen*. Rapport 2008: 10. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Seierstad, T. G., Straand, J. (2005). Fastlegens rolle på helsestasjonen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2659-61.

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen.

Smith, L., Ulvund, S. E., Lindemann, R. (2001). Prediksjon av IQ hos barn med fødselsvekt under 1501 gram. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 16, 2001; 121: 1886-91.

Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning* 2009 4(1): 52-60.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. April 2003 nr. 450*. Oslo. IS-1154.

Sosial- og helsedirektoratet (2007a). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo. IS-1419.

Sosial- og helsedirektoratet (2007b). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ... og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo. IS-1502.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. Oslo. IS-1235.

Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27 (1), 1-4.

Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidig- Hur går det sedan?* Borås: Bokförlaget Natur och Kultur.

Tobiassen, A. E., Døvig, E., Olsen, K. M. (2008). *Realkompetansevurdering i kommuner*. SNF-prosjekt nr.: 6235. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS. Institute for Research in Economics and Business Administration.

Ungsinn (2008):

<http://ungsinn.uit.no/ikbViewer/Content/92965/Tiltaksvurdering%20ICDP%20-%20etter%20ungsinnpanelm%C3%B8te%202209%20-%20pdf%20oppdatert%2015.12.pdf>.

Lastet ned 23.09.09.

[http://www.statped.no/moduler/templates/Module\\_Article.aspx?id=16833&epslanguage=NO](http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=16833&epslanguage=NO)

Lastet ned 20.06.09.

## Vedlegg 1

Vedlegg 1

1

# Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,  
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagres gate 29  
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

|   |           |                                       |   |
|---|-----------|---------------------------------------|---|
| <b>1. BEHANDLINGSANSVARLIG<sup>i</sup></b>  |           |                                       |   |
| Institusjon:<br>Universitetet i Oslo, institutt for sykepleievitenskap                          |           | Dato for innsending:<br>04.11.08      |   |
| Adresse:<br>P.O. 1153 Blindern  |           | Postnr.:<br>0318                      | Poststed:<br>Oslo                             |
| <b>2. DAGLIG ANSVAR<sup>ii</sup></b>  |           |                                       |   |
| Navn (formavn - etternavn):<br>Nina Aarhus Smeby  |           |                                       |   |
| Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt):<br>Institutt for sykepleievitenskap                   |           | Stilling/grad:<br>Førsteamanuensis II |   |
| Adresse – arbeidssted:<br>Postboks 1153 Blindern  |           | Postnr.:<br>0318                      | Poststed:<br>OSLO                             |
| Telefon:<br>22 85 05 80   | Telefaks: | Mobil:                                | E-postadresse:                                |
| <b>3. VED STUDENTPROSJEKT<sup>iii</sup></b>   |           |                                       |   |
| Navn (formavn - etternavn) på studenten:<br>Ellen Solstad Olavesen                              |           |                                       |   |
| Universitetet i oslo, institutt for sykepleievitenskap  |           | Grad:<br>Mastergrad                   |   |
| Osloveien 286   |           | Postnr.:<br>1440                      | Poststed:<br>Drøbak                           |
| Telefon:<br>922 50 763  | Telefaks: | Mobil:<br>922 50 763                  | E-postadresse:<br>e.s.olavesen@studmed.uio.no |
| <b>4. PROSJEKTNUMMER OG PROSJEKTITTEL</b>   |           |                                       |   |
| Nummer:<br>20396  |           |                                       |   |
| Tittel:<br>Helsesøsterkompetanse og tverrfaglig samarbeid i oppfølging av for tidlig fødte barn |           |                                       |   |
| <b>5. ENDRING</b>   |           |                                       |   |
| Økning i antall utsendte spørreskjema fra 50 til 122.   |           |                                       |   |

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 21 17

| 6. SPESIELLE TILLATELSER <sup>IV</sup>  |  |   |
|---|--|---|
| Er endringen meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input checked="" type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding |
| Gjør endringen at prosjektet nå blir fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (inkludert melding om forskningsbiobank)? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input checked="" type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding |
| Gjør endringen det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input checked="" type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, legg ved eller ettersend dispensasjon      |
| 7. TILLEGGSOPPLYSNINGER   |  |   |
|   |  |   |
| 8. ANTALL VEDLEGG   |  |   |
| Legg ved eventuelle nye vedlegg (forespørsel, intervjuguide, registreringskjema, spørreskjema, tillatelser og lignende).                              |  |   |

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 21 17

## Vedlegg 2

### Vedlegg 2



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Ellen Solstad Olavesen  
Osloveien 286  
1440 Drøbak  
Tlf 922 50 763

Til ledende helsesøster

#### SØKNAD OM Å GJENNOMFØRE EN STUDIE BLANT HELSESØSTRE I HELSESTASJONSTJENESTEN MED TEMA: "HELSESØSTERKOMPETANSE, OPPFØLGING AV PREMATURE BARN OG TVERRFAGLIG SAMARBEID"

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaundersøkelsen er avslutning på mitt mastergradsstudium i sykepleievitenskap. Temaet er helsesøsters oppfølging av premature barn, helsesøsterkompetanse og tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. For belyse temaet, ønsker jeg at helsesøstre ansatt i helsestasjonstjenesten besvarer et spørreskjema. Spørsmålene vil dreie seg om kompetanse; videre- og etterutdanning, former for tverrfaglig samarbeid og "*Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*" (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Undersøkelsen skiller seg således fra undersøkelsen om helsesøsterkompetanse og psykisk helse som SINTEF Helse og Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av helsesøstre (NSF LaH) utførte i 2006. Min antagelse er at helsesøstre har høy kompetanse i oppfølging av premature barn, og er sentrale aktører i det tverrfaglige samarbeidet rundt disse barna. Videre ønsker jeg å avdekke eventuelle behov for kompetanseheving. Det er ønskelig at helsesøstre som arbeider ved helsestasjonen skal besvare spørreskjemaet.

Spørreskjemaene vil nummereres i forhold til kommune. Det innhentes ikke direkte personidentifiserende opplysninger. Det er frivillig å delta. Retur av utfylt spørreskjema ansees for å være samtykke til å delta i studien. Utsending av spørreskjema er planlagt våren 2009. Opplysningene vil behandles konfidensielt, og slettes etter avslutning av studien innen 2010. Det vil ta ca 10 minutter å besvare spørreskjemaet.

Hvis det er spørsmål til studien, kan jeg nås på telefon 922 50 763, eller send en e-post til [e.s.olavesen@studmed.uio.no](mailto:e.s.olavesen@studmed.uio.no).

Prosjektet er meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet. Min veileder ved UiO, er førstelektor/doktorgradsstipendiat Kari Glavin.

Med vennlig hilsen

Ellen Solstad Olavesen



## Vedlegg 3

Vedlegg 3



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 1

Til helsesøster ansatt ved helsestasjonen

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**

*Seksjon for sykepleievitenskap*  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

**Dato: 15.01.09**

Telefon: +47 22 85 05 60

**Deres ref.:**

Telefaks: +47 22 85 05 70

**Saksbehandler:**

[www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)

**Vår ref.:**

**INVITASJON TIL DELTAGELSE I EN STUDIE BLANT HELSESØSTRE I  
HELSESTASJONSTJENESTEN MED TEMA: "HELSESØSTERKOMPETANSE I  
OPPFØLGING AV PREMATURE BARN OG TVERRFAGLIG SAMARBEID"**

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaundersøkelsen er avslutning på mitt mastergradsstudium i sykepleievitenskap. Temaet er oppfølging av premature barn, og jeg skal undersøke hvilken oppfølging disse barna får på helsestasjonen, helsesøstres kompetanse og tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. For å finne ut av dette, ønsker jeg at helsesøstre ansatt i helsestasjonstjenesten besvarer spørreskjema. Spørsmålene vil dreie seg om kompetanse; videre- og etterutdanning, former for og hyppighet i tverrfaglig samarbeid og implementering av "*Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*" (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Min antagelse er at helsesøstre har høy kompetanse i oppfølging av premature barn, og er sentrale aktører i tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. Videre ønsker jeg å avdekke eventuelle behov for kompetanseheving.

Spørreskjemaene vil nummereres etter kommune, og det innhentes ikke direkte personidentifiserende opplysninger. Det er frivillig å delta. Retur av utfylt spørreskjema ansees for å være samtykke til å delta i studien. Utsending av spørreskjema er planlagt våren 2009 etter avtale med ledende helsesøster. Opplysningene vil behandles konfidensielt og slettes etter avslutning av studien innen 2010. Det vil ta ca 10 minutter å besvare spørreskjemaet. Hvis det er spørsmål til studien, kan jeg nås på telefon 922 50 763, eller send en e-post til [e.s.olavesen@studmed.uio.no](mailto:e.s.olavesen@studmed.uio.no).

Prosjektet er meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet. Min veileder ved UiO, er førstelektor/doktorgradsstipendiat Kari Glavin.

Med vennlig hilsen

Ellen Solstad Olavesen  
Osloveien 286  
1440 Drøbak  
Tlf 922 50 763



## Vedlegg 4

Vedlegg 4

**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 1

Til helsesøster ansatt ved helsestasjonen

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**

*Seksjon for sykepleievitenskap*

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

**Dato: 15.01.09**

Telefon: +47 22 85 05 60

**Deres ref.:**

Telefaks: +47 22 85 05 70

**Saksbehandler:**

[www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)

**Vår ref.:**

PURRING:

Med dette tillater jeg meg å purre på tidligere utsendte spørreskjema, da svarprosenten fra deres kommune er lav.

INVITASJON TIL DELTAGELSE I EN STUDIE BLANT HELSESØSTRE I  
HELSESTASJONSTJENESTEN MED TEMA: "HELSESØSTERKOMPETANSE I  
OPPFØLGING AV PREMATURE BARN OG TVERRFAGLIG SAMARBEID"

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaundersøkelsen er avslutning på mitt mastergradsstudium i sykepleievitenskap. Temaet er oppfølging av premature barn, og jeg skal undersøke hvilken oppfølging disse barna får på helsestasjonen, helsesøstres kompetanse og tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. For å finne ut av dette, ønsker jeg at helsesøstre ansatt i helsestasjonstjenesten besvarer spørreskjema. Spørsmålene vil dreie seg om kompetanse; videre- og etterutdanning, former for og hyppighet i tverrfaglig samarbeid og implementering av "*Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*" (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Min antagelse er at helsesøstre har høy kompetanse i oppfølging av premature barn, og er sentrale aktører i tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. Videre ønsker jeg å avdekke eventuelle behov for kompetanseheving.

Spørreskjemaene vil nummereres etter kommune, og det innhentes ikke direkte personidentifiserende opplysninger. Det er frivillig å delta. Retur av utfylt spørreskjema ansees for å være samtykke til å delta i studien. Utsending av spørreskjema er planlagt våren 2009 etter avtale med ledende helsesøster. Opplysningene vil behandles konfidensielt og slettes etter avslutning av studien innen 2010. Det vil ta ca 10 minutter å besvare spørreskjemaet. Hvis det er spørsmål til studien, kan jeg nås på telefon 922 50 763, eller send en e-post til [e.s.olavesen@studmed.uio.no](mailto:e.s.olavesen@studmed.uio.no).

Prosjektet er meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet.

Min veileder ved UiO, er førstelektor/doktorgradsstipendiat Kari Glavin.

Med vennlig hilsen

Ellen Solstad Olavesen  
Osloveien 286  
1440 Drøbak  
Tlf 922 50 763

## Vedlegg 5

### Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Nina Aarhus Smeby  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 26.11.2008

Vår ref.: 20396 / 2 / KH. Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |   |
|----------------------|---|
| 20396                | <i>Helsesøsterkompetanse og tverrfaglig samarbeid i oppfølging av for tidlig fødte barn</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>                               |
| Daglig ansvarlig     | <i>Nina Aarhus Smeby</i>  |
| Student              | <i>Ellen Solstad Olavesen</i>   |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

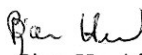
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

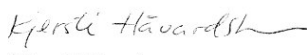
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.11.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Ellen Solstad Olavesen, Osloveien 286, 1440 DRØBAK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

20396

Ombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende. Det forutsettes at den enkelte som besvarer spørreskjema er forevist skrivet.

Det registreres ikke direkte personidentifiserbare opplysninger i prosjektet. Postale spørreskjema merkes med nummer som viser til navn på helsestasjon.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 20.11.2009 ved at indirekte personidentifiserbare opplysninger ikke fremgår. Koblingsnøkkelen og papirskjema slettes/makuleres, indirekte personidentifiserbare opplysninger som navn på helsestasjon fjernes, omskrives eller kategoriseres tilstrekkelig.

## Vedlegg 6

### Vedlegg 6

Spørreskjema om helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn □□□

|  |
|--|
| <b>Bakgrunn</b>  |
| Din alder  |
| Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier   |
| Hvilket år var du ferdig utdannet sykepleier   |
| Hvor mange år har du arbeidet som helsesøster på helsestasjon                          |
| Hvilket år var du ferdig utdannet helsesøster  |
| Hvor mange fødsler har du pr. år i ditt distrikt                                       |
| Hvor stor stilling har du på helsestasjonen (prosent)                                  |
| <b>Videreutdanning</b>   |
| Har du eller er du i gang med videreutdanning ?  |
| <input type="checkbox"/> Nei   |
| <input type="checkbox"/> Ja  |
| Hvilken type utdanning? Vennligst angi   |
| I hvilken grad anvender du denne utdanningen i praksis?                                |
| <input type="checkbox"/> Ikke  |
| <input type="checkbox"/> I liten grad  |
| <input type="checkbox"/> I noen grad   |
| <input type="checkbox"/> I stor grad   |
| Opplever du behov for videreutdanning i din praksis? Sett kryss ( gjerne flere):       |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid   |
| <input type="checkbox"/> Familieterapi   |
| <input type="checkbox"/> Pediatrisk sykepleier   |
| <input type="checkbox"/> Annet (angi hva)  |
| <input type="checkbox"/> Veiledning/konsultasjonsteknikk                               |
| <input type="checkbox"/> Familieveiledning/foreldrearbeid                              |
| <input type="checkbox"/> Ammeveiledning (ved Høyskolen i Hedmark/Nasjonalt Ammesenter) |

Opplever du å ha behov for etterutdanning eller kurs i din praksis? Relatert til oppfølging av premature barn og deres foreldre (Sett gjerne flere kryss):

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prematuritet                            | <input type="checkbox"/> Bruk av individuell plan som samarbeidsverktøy |
| <input type="checkbox"/> Ernæring                                | <input type="checkbox"/> Tidlig identifisering av psykiske plager       |
| <input type="checkbox"/> Amming                                  | <input type="checkbox"/> Foreldreveiledning/foreldrearbeid              |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse                           | <input type="checkbox"/> Atferdsproblematikk                            |
| <input type="checkbox"/> Tidlig samspill                         | <input type="checkbox"/> Konsentrasjonsproblemer                        |
| <input type="checkbox"/> Empowerment/mestring                    | <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser):                            |
| <input type="checkbox"/> Resiliensfaktorer/risikofaktorer        |   |
| <input type="checkbox"/> Konsultasjonsteknikk                    |   |
| <input type="checkbox"/> Tidlig identifisering av skjevutvikling |   |

I hvilken grad anser du å ha kompetanse på følgende tiltak hos det premature barnet og familien?

|   | Ikke                     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Identifisere problemområder   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Styrke foreldre-barn tilknytningen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Støttesamtaler med foreldre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Henvising til samarbeidende instanser   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reguleringsvansker  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motoriske vansker   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utviklingsforstyrrelse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tilknytningsforstyrrelse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forsinkelse eller forstyrrelse av språkutviklingen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I hvor stor grad er du tilfreds med din egen kompetanse i forhold til å håndtere helsefremmende/forebyggende tiltak for premature barn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hva mener du ville være det viktigste tilbudet for å øke din kompetanse på arbeid med premature barn og deres familier? (Sett gjerne flere kryss)

Videreutdanning i psykisk helse
  Kurs i tema  
 Samarbeid med nyfødtavdeling
  Videreutdanning i pediatrik sykepleie  
 Hospitering i nyfødtavdeling
  Tid til fordypning i faglitteratur  
 Veiledning i helsesøstergruppe
  Annet:

**Bruk av programmer, kartleggingsverktøy og metoder?**

|  | Ukjent                   | Henviser til             | Behov for                | Bruker                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Care Index   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PMTO (Parent Management Training Oregon)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tidlig intervensjon  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Webster Stratton (De utrolige årene)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dialog   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SATS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SPRÅK 4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TRAS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ages & Stages Questionnaires   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MISC (More Intelligent and Sensitive Child)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ICDP (Program for foreldreveiledning)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I hvor stor grad er du kjent med innholdet i                           | Ikke                     | I liten grad             | I noen grad              | I stor grad              |
| <i>Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |
|---|
| <b>Nettbaserte informasjonskilder</b>   |
| Har du tilgang til internett på jobben?   |
| <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |
| Bruker du Kunnskapsenteret for helsetjenestens nettsider i ditt arbeid?   |
| <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |
| Bruker du R-bup's hjemmesider til å finne forskning som har betydning for ditt arbeid?  |
| <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |
| Bruker du helsebiblioteket?   |
| <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |
| Bruker du andre nettbaserte hjelpemidler til å finne kunnskap?  |
| <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Ja   |
| Hvis ja, hvilke:  |
|   |
| <b>Samarbeid</b>  |
| I hvor stor grad er du tilfreds med din kompetanse i å etablere tverrfaglig samarbeid rundt premature barn med behov for sammensatte tjenester? |
| <input type="checkbox"/> Ikke   |
| <input type="checkbox"/> I liten grad   |
| <input type="checkbox"/> Middels  |
| <input type="checkbox"/> I stor grad  |



I hvilken grad har du et godt fungerende samarbeid med andre instanser når det gjelder barn med behov for sammensatte tjenester?

Ikke

I liten grad

Middels

I stor grad

---

Dersom samarbeidet ikke fungerer godt, hva er årsaken til dette?

Mangler vedtak og rutiner for samarbeid

Andre mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid

Jeg mangler kompetanse i tverrfaglig samarbeid

Økonomiske forhold

Ulik kultur

Annet:

---

| Hvor ofte samarbeider du med ulike instanser vedrørende premature barn og deres familier? | Aldri                    | Sjelden<br>(2-4 /år)     | Enkelte ganger<br>(1-4 g/kvartal) | Ofte<br>(1-4g/mnd)       |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Fødeavdeling  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Nyfødtavdelingen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Fastlege  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| PP-tjenesten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Habiliteringstjeneste   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Barnehage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Barneklubben/barnepoliklinikken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Psykolog  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Andre (vennlighet angi)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |

| Tilbud til premature barn og deres familier   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Opprettes kontakt med familien før utskrivelse fra sykehuset?   |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Av og til                       |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |
| Foretas det hjemmebesøk ved helsesøster?  |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |
| Foretas det hjemmebesøk sammen med personale fra nyfødtavdelingen?  |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |
| Foretas det hjemmebesøk sammen med jordmor fra helsestasjonen?  |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |
| Hvordan formidles beskjed om fødsel av prematurt barn?  |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Fra jordmor på helsestasjonen   |
| <input type="checkbox"/>  | Fra fødeavdeling/nyfødtavdeling |
| <input type="checkbox"/>  | Fra foreldre                    |
| <input type="checkbox"/>  | Skriftlig fødselsmelding        |
| Bruker du korrigererte percentilskjemaer for vurdering av det premature barnets vekst?                            |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |
| Tilbys barnet og familiene oppfølging etter <i>Faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn?</i> |                                 |
| <input type="checkbox"/>  | Nei                             |
| <input type="checkbox"/>  | Kun ved behov                   |
| <input type="checkbox"/>  | Ja                              |

Takk for innsatsen!