

Helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår.

Berit Tefre



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,
Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

30.10.2009.



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

| | |
|---|--|
| Navn: Berit Tefre | Dato: 30.10.2009. |
| Tittel og undertittel: Helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. | |
| Sammendrag: Formål: Studiens hensikt var å avdekke og beskrive helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. Teoretisk referanseramme: Tidligere forskning og litteratur samt, statlige føringer for helsesøstertjenesten og faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn blir belyst. Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell belyser barnets utvikling og det sosiale samspill mellom miljøene som skal ivareta barnet. Metode: I studien ble det benyttet et kvalitativt beskrivende design. Ti helsesøstere fra 8 helsestasjoner i et fylke ble intervjuet. Det ble gjennomført intervjuer som var halvstrukturert ut fra en dataguide utarbeidet med det formål å besvare hensikten med studien. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Resultater: Studien viste at helsesøster beskrev et oppriktig ønske om å gjøre det beste for barnet og familien. Helsesøster tilbød stor tilgjengelighet med fokus på familien som helhet og individuell tilpasset oppfølging. Tillit og dialog var viktige elementer i samhandling. Helsesøster hadde liten erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn. Helsesøster så på sin rolle som generalist og ikke spesialist. Krav til helsesøsterrollen sto ikke i forhold til mulighet for faglig oppdatering eller ønske om å gå dybden på ulike tema. Helsesøster jobbet mye alene på små helsestasjoner. Studien avdekket ønske om og behov for økt kompetanse. Standardiserte kartleggingsverktøy ble ikke benyttet i oppfølgingsarbeidet. I helsesøsterfellesskap syntes det å være kultur for erfaringslæring, men veiledningsgrupper var ikke organisert. Lite tverrfaglig samarbeid innad på helsestasjonen, og mangel på samarbeid mellom helsestasjonen og spesialisthelsetjenesten, påvirket helsesøsters oppfølgingsarbeid. Tid ble fremhevet som hindringsfaktor for samarbeid, foreldrenes behov for støtte og kompetanseheving. Konklusjon: Studien avdekker behov for forskning på helsesøsters yrkeshverdag. Helsestasjonene i fylket hvor denne studien ble gjennomført er små og med lav forekomst av for tidlig fødte barn, og gir helsesøstrene liten mulighet til å opparbeide erfaring på dette feltet. En ressurspoliklinikk ved sykehuset ville gi helsesøstrene tilgjengelighet til spesialistkompetanse og faglig drøfting. Veiledning av pediater og sykepleier fra nyfødtpost i helsestasjonene kan være av betydning for praktisk kunnskapsoppdatering. Nøkkelord: Helsesøster, prematur, foreldre til premature barn, forebyggende helsearbeid, helsestasjon, kunnskap, tverrfaglig samarbeid, for tidlig født. | |



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

| | |
|---|--|
| Name: Berit Tefre | Date: 30.10.2009. |
| Title and subtitle: The clinical practice and experience of public health nurses in working with preterm infants and parents during the first year. | |
| Abstract: Purpose: The purpose of the study was to look at and describe the role and experience of the public health nurse (PHN) in working with preterm infants and their parents during the first year of living. Literature Review: This study is set in a frame of research and literature pertaining to subject, official guidelines for the PHN profession and guidelines for working with preterm children. Bronfenbrenner's ecological model of development is used to explain the development of the child and the interactions between the different levels of the social systems the child is depending on. Method: A qualitative design is used. Ten PHNs from 8 different Child health services (CHS) in one county was interviewed. The interviews were semi-structured based on an interview guideline. The answers were analysed using analysis of content. Results: The PHNs reported an earnest desire to serve the children and families in the best of ways. PHNs had a low threshold for contact, both for the family as a unit and more individually based services. Trust and dialog were important for interaction. PHNs reported lack of experience in working with premature infants. PHNs considered themselves working on a broad level, not as specialists. Demands for work tasks were out of proportion considering the limited opportunities for being updated on job matters. Several worked as single PHNs in small CHS. A want for more knowledge were reported. No standardized assessment tools were used. Amongst the PHNs there were a culture for shearing experiences, but no organized guidance groups were reported. Limited multidisciplinary cooperation within the CHS and between the CHSs and the specialized services at the hospitals were reported, and had an effect on the work of the PHNs. Time was reported to be a limiting factor, effecting cooperation, and in covering the parents need for support and training. Conclusions: This study shows the need for more research into the everyday work life of PHNs. The CHSs of this study are very small and located in a scantily populated county with few preterm infants, were the PHNs rarely have the opportunity to get experience in this field of work. To establish a low threshold specialist day clinic at the hospital would give the PHNs access to specialised knowledge and the opportunity to discuss matters in services to preterm infants. Guidance from the maternal ward to paediatrician and PHN could be of value for practical knowledge. Key words: Public health nursing, premature, parents of preterm infants, health promotion, child health services, knowledge, multidisciplinary teamwork, preterm. | |

Forord

Masteroppgaven har gitt meg anledning til fordypning i et tema som har opptatt meg gjennom flere år som sykepleier. Prosessen har vært innholdsrik og spennende. Det er flere som har vært svært viktige støttespillere og som jeg ønsker å takke.

Først og fremst en stor takk til helsesøstrene som velvillig har stilt opp og latt seg intervjuet. Deres bidrag har vært en absolutt nødvendighet for å kunne gjennomføre studien. Takk for tilliten som dere har vist meg.

Videre ønsker jeg å rette takk til mitt arbeidssted, til Hilde Godvik og Camilla Voss som har lagt forholdene til rette, slik at jeg kunne gjennomføre studien. Takk til Kirsten Flaten for verdifull støtte i prosessen. Og du, Hildegunn, takk for din gjestfrihet. Takk for hjelpen til dere som har bidratt skrive teknisk og med korrektur. En stor takk til min veileder Nina Aarhus Smeby.

Fremfor alt en spesiell takk til min mann for den støtten du har bidratt med, og til mine barn for all inspirasjon og glede dere gir meg. Nå er mamma ferdig med leksene!

Førde, 2009.

Berit Tefre.

INNHold

| | |
|--|----------|
| 1. INNLEDNING..... | 1 |
| 1.1 FOR TIDLIG FØDTE BARNES FOREKOMST, EGENSKAPER OG UTVIKLING | 1 |
| 1.1.1 Foreldre til for tidlig fødte barn..... | 2 |
| 1.1.2 Oppfølging ved helsestasjonen | 3 |
| 1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 4 |
| 1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING | 6 |
| 1.4 AVKLARING AV BEGREPER | 7 |
| 1.4.1 Erfaringer..... | 7 |
| 1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING | 7 |
| 2. TEORETISK REFERANSERAMME..... | 9 |
| 2.1 STATLIGE FØRINGER FOR HELSESTASJONSTJENESTEN | 9 |
| 2.2 HELSESØSTER OG HELSESTASJONSARBEIDET | 12 |
| 2.2.1 Veilederrollen | 13 |
| 2.2.2 Brukermedvirkning..... | 15 |
| 2.3 HELSESØSTER OG OPPFØLGING AV FOR TIDLIG FØDTE BARN | 16 |
| 2.3.1 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn | 16 |
| 2.3.2 Kunnskap og kompetanse | 16 |
| 2.3.3 Tverrfaglig samarbeid..... | 21 |
| 2.3.4 Kartleggingsinstrumenter..... | 24 |
| 2.3.5 Hjemmebesøk..... | 25 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 2.3.6 | <i>Samspill</i> | 26 |
| 2.4 | BRONFENBRENNERS ØKOLOGISKE UTVIKLINGSMODELL | 28 |
| 2.4.1 | <i>Mikrosystemet</i> | 29 |
| 2.4.2 | <i>Mesosystemet</i> | 30 |
| 2.4.3 | <i>Eksosystemet</i> | 30 |
| 2.4.4 | <i>Makrosystemet</i> | 31 |
| 2.4.5 | <i>Økologiske overganger</i> | 31 |
| 3. | DESIGN OG METODE | 33 |
| 3.1 | DESIGN..... | 33 |
| 3.2 | METODISK TILNÆRMING..... | 33 |
| 3.2.1 | <i>Det kvalitative forskningsintervju</i> | 35 |
| 3.3 | PLANLEGGING AV UNDERSØKELSEN..... | 35 |
| 3.3.1 | <i>Forforståelse og egen forskerrolle</i> | 36 |
| 3.3.2 | <i>Kriterier for valg av respondenter og rammevilkår</i> | 36 |
| 3.3.3 | <i>Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering av respondenter</i> | 38 |
| 3.3.4 | <i>Størrelse og presentasjon av utvalg</i> | 38 |
| 3.3.5 | <i>Dataguide</i> | 39 |
| 3.3.6 | <i>Prøveintervju</i> | 40 |
| 3.4 | ETISKE OVERVEIELSER..... | 40 |
| 3.4.1 | <i>Informert samtykke</i> | 40 |
| 3.4.2 | <i>Hensynet til konfidensialitet</i> | 41 |
| 3.4.3 | <i>Konsekvenser</i> | 41 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.5 | GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE | 42 |
| 3.6 | ANALYSE OG BEARBEIDING AV DATA..... | 43 |
| 3.6.1 | <i>Transkribering</i> | 43 |
| 3.6.2 | <i>Analyseprosessen</i> | 44 |
| 3.7 | KVALITETSKRITERIER OG METODEKRITIKK..... | 48 |
| 3.7.1 | <i>Relevans</i> | 48 |
| 3.7.2 | <i>Validitet</i> | 49 |
| 3.7.3 | <i>Refleksivitet</i> | 50 |
| 4. | RESULTATER | 53 |
| 4.1 | HELSESØSTER OG FOR TIDLIG FØDTE BARN, UTFORDRINGER | 53 |
| 4.1.1 | <i>Lite erfaring med for tidlig fødte barn</i> | 53 |
| 4.1.2 | <i>Å være alene om ansvar og vurderinger</i> | 55 |
| 4.1.3 | <i>Generalister, ikke spesialister</i> | 56 |
| 4.1.4 | <i>Ønske om mer tid</i> | 57 |
| 4.1.5 | <i>Ønske om faglig oppdatering</i> | 58 |
| 4.2 | SAMARBEIDSFORHOLD SOM PÅVIRKER OPPFØLGINGEN | 60 |
| 4.2.1 | <i>Foreldre</i> | 60 |
| 4.2.2 | <i>Helsestasjonslegen</i> | 61 |
| 4.2.3 | <i>Fysioterapeut</i> | 62 |
| 4.2.4 | <i>Spesialisthelsetjenesten</i> | 63 |
| 4.3 | I MØTE MED FOR TIDLIG FØDTE BARN OG DERES FORELDRE | 65 |
| 4.3.1 | <i>Trygghet</i> | 65 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 4.3.2 | <i>Foreldrenes mestring er helsesøsters mål</i> | 67 |
| 4.3.3 | <i>Hjemmebesøk som møte</i> | 70 |
| 4.3.4 | <i>Fokus på samspill</i> | 71 |
| 5. | DISKUSJON | 73 |
| 5.1 | HELSEØSTERS MØTE | 73 |
| 5.1.1 | <i>Støtte, tillit og dialog</i> | 74 |
| 5.1.2 | <i>Forholde seg til foreldrenes bekymringer</i> | 75 |
| 5.1.3 | <i>Kartlegging</i> | 77 |
| 5.1.4 | <i>Hjemmebesøk</i> | 79 |
| 5.1.5 | <i>Samspill</i> | 80 |
| 5.1.6 | <i>Tilegnelse av kunnskap</i> | 84 |
| 5.1.7 | <i>Økt kunnskap - trygge helsesøstre</i> | 88 |
| 5.2 | SAMARBEID | 90 |
| 5.2.1 | <i>Samarbeidsrutiner</i> | 91 |
| 5.2.2 | <i>Funn i et økologisk perspektiv</i> | 93 |
| 6. | KONKLUSJON | 97 |
| 6.1 | ANBEFALINGER VIDERE | 98 |
| | REFERANSELISTE | 101 |

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)
- Vedlegg 2: Søknad om tillatelse til å gjennomføre studie ved helsestasjonen
- Vedlegg 3: Forespørsel til helsesøster om deltakelse i studie
- Vedlegg 4: Samtykke til deltakelse i studie
- Vedlegg 5: Dataguide og skjema for bakgrunnsdata

OVERSIKT OVER TABELLER:

| | |
|----------------|----|
| Tabell 1 | 1 |
| Tabell 2 | 46 |
| Tabell 3 | 47 |

FIGURER:

| | |
|---------------|----|
| Figur 1 | 29 |
| Figur 2 | 94 |

1. INNLEDNING

1.1 For tidlig fødte barns forekomst, egenskaper og utvikling

I Norge fødes ca 7,5 % av barna for tidlig, noe som utgjør rundt 4400 barn pr. år. For tidlig (prematuro) fødsel defineres som fødsel før 37. fullgatte svangerskapsuker. De fleste for tidlig fødte barn blir født mellom svangerskapsuke 34 og 37. Økt kompetanse innen medisin, sykepleie og i behandling gjør at flere yngre og lettere barn nå overlever nyfødtp perioden (Reigstad & Markestad, 2001; Saugstad, 2009; Ulvund, Smith, Lindemann & Ulvund, 1992). Tross redusert dødelighet karakteriseres for tidlig fødte barn som risikobarn. Selv om de fleste for tidlig fødte barn vokser opp uten å oppleve spesielle vansker, har de totalt sett en vesentlig høyere risiko for å utvikle vansker enn fullbårne barn. Likevel kan ikke risikobarns utvikling nødvendigvis forutsis ved fødsel (ibid). For tidlig fødte barn har økt sykkelighet i nyfødtp perioden, og for tidlig fødsel kan påvirke barnets utvikling på lengre sikt (ibid; Indredavik, 2005). Det skilles mellom ulike kategorier av for tidlig fødsel (tabell 1). For tidlig fødte er en heterogen barnegruppe, og de store forskjellene innad i gruppen gjør forskningsfeltet stort. I rundt 30 % av tilfellene kan ikke sikker årsak til for tidlig fødsel fastslås (Lundring, 2008).

| Inndeling ut fra graviditetstlengde | Inndeling ut fra fødselsvekt |
|--|--|
| Fullbårent barn. Svangerskapsalder 37-41 uker | |
| For tidlig født barn. Svangerskapsalder < 37 uker | Lav fødselsvekt. Fødselsvekt < 2500 g |
| Meget for tidlig født barn. Svangerskapsalder < 32 uker | Meget lav fødselsvekt. Fødselsvekt < 1500 g |
| Ekstremt for tidlig født barn. Svangerskapsalder < 28 uker | Ekstremt lav fødselsvekt. Fødselsvekt < 1000g. |

Tabell.1. Begreper som brukes i beskrivelsen av for tidlig født og lav fødselsvekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Risiko for og omfang av sykdommer og skader av betydning for helse og utvikling øker med avtagende svangerskapsalder og med risikofaktorer som hjerneblødning og lungesykdom i nyfødtp perioden. Selv moderat for tidlig fødte opplever økt risiko sett opp mot fullbårne barn (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Moster, Lie & Markestad, 2008). Komplikasjoner rundt for tidlig fødsel, ved selve fødselen, i nyfødtp perioden og hos barn med foreldre som av ulike årsaker er i en vanskelig situasjon, er hver i seg selv en risikofaktor (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002).

For tidlig fødte barn kan streve med et umodent fordøyelsessystem, som kan gi ernæringsvansker og en vekt som er lav i percentilene de første månedene. Dette kan innhentes, men kan ta måneder til år (Walther, den Ouden & Verloove-Vanhorick, 2000). Amming kan være krevende å få til (Kaaresen, Rønning, Ulvund & Dahl, 2006). Spesielle motoriske trekk i kroppens muskulatur er vanligst ved 6-8 mnd. korrigert alder og kan være vanskelig å skille fra lett cerebral parese (Pedersen, Sommerfelt & Markestad, 2000). Faren for hjerneskader stiger med avtagende svangerskapsalder. Nevrologiske umodenheter gjør det strevsomt for barna å regulere stimuli. Deres signaler er gjerne svakere, og kan være vanskelig å tolke for foreldre og helsepersonell, og kan gi en utfordring i samspill med det for tidlig fødte barnet (Moss & Hval, 2006 ;Ulvund et al, 1992). Ullevålsundersøkelsen (Ulvund, Smith & Lindemann, 2001) hadde et utvalg som besto av 104 barn som ble observert da de var 3, 5, 8 og 9 år. De fant hyperaktivitet, lærevansker og svake kognitive evner som følgetilstander hos for tidlig fødte barn. Forskerne sier slike vansker mulig kan starte sin utvikling i de første leveårene i forbindelse med samspill og kommunikasjon.

1.1.1 Foreldre til for tidlig fødte barn

Å få et for tidlig født barn betyr et brudd med forventningene om en normal fødsel og barseltid. Stress, engstelse og ubearbeidet sorg kan bli et hinder for et naturlig foreldre- barn samspill (Brudal, 2000; Erlandsson & Stjernqvist, 1993; Kaaresen et al, 2006). Barnets helsetilstand gir også sensitivitet og uro for mulige skader barnet kan

få eller være påført (Flacking, Ewald, Nyqvist & Starrin, 2006). Hjemkomst kan bety en krevende omsorgssituasjon for foreldre. For noen føles det utrygt og utfordrende, med hensyn til om de greier å ivareta barnet godt nok (Brazy, Anderson, Becker & Becker, 2001). Foreldres uro for barnets utvikling kan bli et hinder for glede og hengivenhet over barnet (Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), 2007; Stjernqvist, 1999). En svensk intervjustudie av foreldrepar til for tidlig fødte barn beskrev internalisering av foreldrerollen som en gradvis prosess frem til atten mnd alder. Følelsen av fremmedgjøring og ansvar ble gradvis endret til trygghet og familiefølelse (Jackson, Ternstedt & Schollin, 2003). Markestad (2006) sier foreldretrygghet er den viktigste forutsetningen for å lykkes i foreldrerollen og for at barnet skal få best mulig utvikling.

1.1.2 Oppfølging ved helsestasjonen

Overfor nevnte betingelser gir for tidlig fødte barn ulike behov i oppfølging ved helsestasjonen. Helsesøsters primære funksjoner er å samarbeide med foreldre og faginstanser for å bidra til gode vilkår for helse ut fra gjeldende lover og retningslinjer for helsestasjonsvirksomheten (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; SHdir, 2004, 2007). Helsesøstertjenesten er den sykepleietjenesten som særlig skal ivareta befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsesøster skal stå for kontrollfunksjoner sammen med å anerkjenne og styrke foreldrenes kompetanse, da foreldre betraktes som eksperter på sine barn (ibid).

Helsestasjonstilbudet er et frivillig tilbud til befolkningen. Tjenesten skal tilrettelegges slik at bruker er interessert i å ta i mot (SHdir, 2004). Helsesøstre er den gruppen helsearbeidere i Norge som møter nesten alle barn, grunnet rundt 100 % oppslutning ved helsestasjonen (Heian, 2006). Dette gir helsesøster en stor mulighet til å stifte bekjentskap med for tidlig fødte barn og deres foreldre. Helsesøster kan være den første etter barnets hjemkomst, som møter foreldrenes spørsmål. En styrke i

helsesøsterarbeidet er helsesøsters kontinuitet ved sin kontakt med familier over tid (Glavin & Kvarme, 2003).

Helsestasjonens arbeidsmetoder, posisjon og organisering gir et godt utgangspunkt for oppfølging (Heian, 2006). I øvrige nordiske land er helsesøster som i Norge en nøkkelperson i tjenesten, ulikt resten av den vestlige verden (Jansson, Sivberg, Wilde Larsson & Udèn, 2003). Helsestasjonens struktur og form i Norge er ulikt flere andre land det er naturlig å sammenligne seg med, selv om health visitor, public health nurse og community health nurse brukes synonymt med helsesøster.

Sammenlikningsgrunnlaget med andre lands oppfølging kan derfor være vanskelig. Skilnader med tanke på geografiske forhold og befolkningsgrunnlag i Norge gir store ulikheter i størrelse på helsestasjonene, og med det en variasjon i fagmiljøene (Glavin & Kvarme, 2003).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

På bakgrunn av utfordringer for tidlig fødte barns helse, utvikling og foreldrebehov kan det by på omfattende oppfølging av barna og foreldrene (SHdir, 2007). Hjemreise betyr overgang i omsorgsnivå fra sykehus til foreldreansvar. Det innebærer også en overgang i oppfølging av barnet og foreldrene, da helsestasjonen med helsesøster formelt overtar ansvar for oppfølging av barn og foreldre ved sykehusutskrivning (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; SHdir, 2004, 2007).

Foreldreerfaringer i møte med helsestasjonen viser foreldres opplevelse av at helsestasjonen har begrenset kunnskap om for tidlig fødte barn (Jepsen, 2004; Kloppen, 2008; Mai & Wagner, 2005; Markestad, 2006; Solhaug, 2003). Kritikken går på utilstrekkelig oppfølging av for tidlig fødte barn og foreldre utenfor sykehus, grunnet helsepersonells kunnskapsnivå og usikkerhet i møte med disse barna og deres foreldre. Foreldres uttalelse går også på at helsesøster og helsestasjonslege signaliserer at de ikke har kunnskap om for tidlig fødte barn, og slik bidrar til å skape

utrygghet (Markestad, 2006). Karterud (2000) viser til at kun halvparten av for tidlig fødte barn hadde hatt hjemmebesøk av helsesøster. Det kan tolkes dit hen at mødre hadde ubesvarte spørsmål og veiledningsbehov, da 36 % av dem ringte sykepleier ved nyfødtafdelingen etter utskriving.

Konsensuskonferansen (1998) konkluderer med behov for oppfølgingsstudier, måling av effekt av intervensjoner og klinisk forskning. Kunnskapsmangel om langvarige virkninger av for tidlig fødsel, hos foreldre og i lokalt hjelpeapparat, kan føre til vanskeligere tilpasning og utvikling for disse barna. Kunnskapssenteret (2006) konkluderer i sin rapport med at det finnes for lite god forskning til å svare klart på hvordan de for tidlig fødte barna bør følges opp. Det påpekes at forskningsgrunnlaget er spesielt tynt for oppfølging av barna når de er reist hjem fra sykehuset.

Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (SHdir, 2007), har vært et bakteppe for studien, med sine anbefalinger om en mer omfattende og spesiell oppfølging ved helsestasjonen, enn for terminfødte barn. De faglige retningslinjene sier foreldrenes trygghet i sin omsorgsutøvelse må styrkes i tiden etter utskrivelse fra sykehus, ved at helsesøster møter deres bekymringer og usikkerhet med relevant kartlegging av barnets og familiens behov. Nødvendige tverrfaglige tiltak skal iverksettes. Behov for tverrfaglig, praktisk og spesifikk kompetanse påpekes. Det tilrådes at forsknings- og utviklingsarbeidet ved helsestasjonen styrkes, for å sikre kunnskapsbasert praksis, med mål om å redusere senskader hos disse barna.

Braarud (2006), har gjennomført en kartlegging av helsesøsters kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 0-2 år. Ut fra studiens resultater anbefales helsestasjonene kompetanseheving, som veiledning og kursing på tema for tidlig fødte barn. Helsesøster har et behov for økt kompetanse om risikofaktorer ved sped og småbarns utvikling.

Ravn (2007) fremhever behov for økt fokus på barna etter utskriving fra sykehus, da for tidlig fødsel gjør noe med mor/barn- relasjonen, fordi mor gjennomgår en krise

Foreldreveiledning for å forstå barnets individualitet har vist positiv utviklingsmessig effekt, og kan redusere foreldrestress i forhold til å ha omsorg for sårbare barn, og gjøre dem mer tilfredse i omsorgsrollen (Mai & Wagner, 2005).

I følge Glavin (2007, 2009) er det gjennomført lite forskning av helsesøster innen eget fagområde generelt, noe som også angår barnegruppen for tidlig fødte.

Helsesøsterfaget bygger også på erfaringskunnskap, som i liten grad har vært formidlet for andre. Det finnes få studier på hvordan tidlig oppfølging og målrettede tiltak påvirker for tidlig fødte barn senere i livet (Markestad, 2008).

Som sykepleier og ansatt i psykisk helsevern for barn og unge har jeg gjennom min virksomhet fått større innsikt i temaet. Ut fra dette har min oppmerksomhet og interesse blitt rettet mot helsesøster og oppfølging av for tidlig fødte barn. Jeg ønsket innsikt i temaet ut fra helsesøsters ståsted, da dette er lite beskrevet. Hvilke erfaringer sitter helsesøster med? Det er i dette landskapet studien befinner seg.

1.3 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å avdekke og beskrive helsesøster sin funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. Dette kan være med på å sette fokus på eventuelle behov i oppfølgingsarbeidet. Helsesøster har en sentral og viktig rolle i oppfølgingsarbeidet. Min antagelse er at foreliggende studie kan åpne for kunnskap som kan gi innsikt og kunne danne grunnlag for videre hypoteser for forskning. Det vil være av verdi for målsetningen om god kvalitet på oppfølging av for tidlig fødte barn.

Studiens problemstilling:

”Hvilken funksjon og erfaringer har helsesøster med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår?”

Problemstillingen er utdypet med følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer mener helsesøster kjennetegner samhandlingen med det for tidlig fødte barnet og foreldrene?
- Hvilke erfaringer har helsesøster knyttet til egen kompetanse?
- Hvilke kartleggingsverktøy bruker helsesøster i oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre?
- Hvilke erfaringer har helsesøster med samarbeid?

1.4 Avklaring av begreper

1.4.1 Erfaringer

Betegnelsen erfaringer kan virke som et vidt begrep. Etter overveielser er ikke begrepet definert eller avgrenset. På forhånd kunne en ikke kjenne til hva helsesøstrene betraktet som sine erfaringer, samtidig som det var ønskelig at respondentene selv definerte sine erfaringer gjennom egne fortellinger i intervju.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgavens øvrige kapitler består av følgende: Kapittel 2, ”Teoretisk referanseramme” som belyser tidligere forskning, litteratur, statlige føringer for helsesøstertjenesten og faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell belyser barnets utvikling og det sosiale samspill mellom miljøene som skal ivareta barnet. Kapittel 3, ”Metode”, omhandler kvalitativt intervju, gjennomføring og bearbeiding av data i tillegg til etiske overveielser, kvalitetskriterier og metodekritikk. I kapittel 4 blir resultatene fra analysen av den empiriske delen av studien presentert. Kapittel 5 er en drøfting av resultatene i lys av forskningsspørsmålene. Kapittel 6 ”Konklusjon” peker også på tema som kan være av interesse for videre forskning.

2. TEORETISK REFERANSERAMME

Litteraturgjennomgang danner rammen for oppgaven, da den sier noe om perspektiv, og har betydning for argumentasjonen. Litteratursøk er foretatt i databasene Cinahl, Medline, Norart & Svemed og ved søk i Bibsys. Nøkkelord i søk har vært: health promotion, public health nursing, community health nursing, nurse, child health services, experience, knowledge, premature, preterm, low birth weight, parents of preterm infants, competence, multidisciplinary teamwork. Gjennom søk i litteratur har det ikke lyktes forsker å finne forskning på helsesøsters erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn. Derfor belyses forskning på tilstøtende tema, litteratur, lovverk og veiledere, sammen med faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (retningslinjene) (SHdir, 2007).

2.1 Statlige føringer for helsestasjonstjenesten

Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) med forskrifter utgjør lovgrunnlaget for helsestasjons- og skolehelsetjenesten sin virksomhet. §1-2, fastsetter helsestasjonens formål og understreker betydningen av forebyggende arbeid:

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen”.

Utformingen av kommunehelsetjenesten er et samspill mellom administrasjon, politikere og fagutøvere på ulike tjenestenivå. Kommunene organiserer fritt samarbeid med andre kommunale tjenester, avhengig av sin lokale struktur. Tilbudet skal gjennom samarbeidet være helhetlig og integrert. Kommunene skal planlegge sin helsetjeneste, ha oversikt over helsetilstand og foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak ut fra befolkningens behov (Glavin & Kvarme, 2003; Kommunehelsetjenesteloven, 1982).

I "Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) beskrives formålet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i § 1-1: "*Fysisk og psykisk helse skal fremmes, i tillegg til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og å forebygge skade og sykdom*". Det fremheves at gjennom å styrke foreldrenes egenverd og opplevelse av mestringskompetanse i foreldrerollen, kan helsestasjonen bidra til å skape gode oppvekst, utvikling og læringsmiljø. I Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller (St.meld.nr. 20 2006–2007), understrekes helsestasjonens viktige rolle når det gjelder tidlig innsats for barn og unge.

I veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450, Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (SHdir, 2004), (veilederen), utdypes formåler med forskriften. I veilederens innledning formidles intensjon, om å bidra til å definere det faglige innholdet i tjenesten og følge opp regelverkets krav til forsvarlig virksomhet. Veilederen vektlegger en forskyvning i tjenesten fra problemorientert (sykdomsforebyggende strategi) til ressursorientert (helsefremmende strategi) arbeid. Forskriften sier helsestasjonen skal arbeide etter strategier for helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). I følge Mæland (2005) er helsefremmende arbeid den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og til å bevare sin helse. Den helsefremmende strategien tar sikte på å utvikle tiltak som kan bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre dagliglivets utfordringer og belastninger.

Helsestasjonens program synliggjør bredde og mengde i de oppgaver som forventes gjennomført av helsesøster (jf.2.2, 2.3) (Misvær, 2006). Helsestasjonsprogrammet har som mål å styrke foreldreveiledningen innenfor virksomheten, med utgangspunkt i foreldrenes ressurser og behov. Brukermedvirkning vektlegges i veilederen (SHdir, 2004). Helsestasjonen skal i større grad bistå foreldrene med å finne egne løsninger, og foreldrenes ansvar for sine barn og helsestasjonens støttende rolle understrekes. Tilbudet skal tilrettelegges slik at bruker tilegner seg ny kunnskap, nye ferdigheter, og

slik får økt innsikt i faktorer som påvirker helsen. Sammen med foreldrenes ønske om tema i konsultasjonen har helsestasjonsjournalen temaer knyttet til alder, som helsesøster skal kartlegge og samtale med foreldrene om. Helsestasjonens observasjon og foreldrenes inntrykk av barnet vektlegges. Veilederen (SHdir, 2004) vektlegger betydningen av og plikt til tverrfaglig samarbeid i helsestasjonsoppfølging (jf. 2.3.3).

Sett i forhold til helsesøsters oppfølging av for tidlig fødte barn er dette interessant, da helsestasjonen kan ha behov for samarbeidspartnere med ulik kompetanse, for å nå helsestasjonens mål (ibid). Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) tydeliggjør ansvar i forhold til samarbeid, undervisning og opplæring til helsepersonell og foreldre på tvers av tjenestenivå.

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) fremhever økt forebygging, for å reparere mindre. Sett i forhold til oppfølgingsarbeidet er dette i tråd med retningslinjene (SHdir, 2007) som anbefaler å styrke helhetlig oppfølging av for tidlig fødte barn. Paulsen (1990) sier helsestasjonen er et sted å henvende seg for råd og veiledning i forhold til problemer småbarnsfamilier har. Derfor er tjenesteinnholdet i like stor grad styrt av brukernes behov for hjelp som planlagte kontroller (Glavin & Kvarme, 2003).

Helsestasjonens grunnbemanning består av jordmor, helsesøster, lege og kontorpersonale, og tjenesten har som oftest tilgjengelig fysioterapitjeneste.

Helsesøster har det administrative ansvaret for helsestasjonsdriften og har faglig ansvar for egen tjeneste (SHdir, 2004). Helsestasjonen har strevet med å knytte til seg fagpersonell, som lege og fysioterapeut. Utskiftninger i legestillinger ved helsestasjonen, og ansettelse av nyutdannede leger bidrar til økt press på helsesøster, og St.meld. nr 37 (1992-1993) har videre en antakelse om at helsesøster i små kommuner kan kjenne seg alene med oppgavene. I tillegg har helsestasjonsarbeidet gjennom årenes løp gjennomgått endringer. Derfor kan utdanning eller organisering være i utakt med oppgaver som skal løses (Glavin & Kvarme, 2003; ibid).

2.2 Helsesøster og helsestasjonsarbeidet

Lov om helsesøstertjenesten kom i 1957. Denne ble opphevet da Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) trådte i kraft i 1984. Dagens helsesøsterutdanning er en ettårig videreutdanning for offentlig godkjente sykepleiere i helsefremmende og forebyggende arbeid for og med barn, unge og deres familier. Studiets fagplan er utarbeidet fra rammeplan for helsesøsterutdanning fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). Rammeplanen gir hensikten med og fastlegger innholdet i helsesøsterutdanningen. Utdanningen omfavner et bredt fagfelt og stiller kunnskapskrav til helsesøster innenfor en variasjon fra svangerskap til ungdom. Gjennom sin utdanning har helsesøster utviklet forståelse for hvordan ulike faktorer av samfunnsmessig, miljømessig og personlig karakter skaper vilkår for helse. Samordning og samarbeid er sentralt for å påvirke dagens helseproblemer. I form av sin stilling har helsesøster et ansvar for å planlegge og å koordinere samarbeid, i arbeid mot et felles mål for tjenestetilbudet. Sammensetningen av sykepleierutdanning og videreutdanning gir helsesøster kunnskapsgrunnlag for å vurdere risiko for sykdom og skade. Videre til å vurdere samspill i familien og familiens forhold til sitt miljø, samt hvordan forhold i samfunnet påvirker barn, unge og deres familie (ibid).

Helsesøsters arbeidsoppgaver har hatt størst tilknytning til helsestasjonsvirksomheten, der kontakten med aldersgruppen 0-2 år utgjør de største oppgavene (Andersson, Ose & Norvoll, 2006; SHdir, 2004). Helsesøster skal ivareta kontroll av barns helsetilstand sammen med å anerkjenne og styrke foreldrekompetansen, da foreldrene blir sett på som eksperter på sine barn. Helsesøster har derfor både en overvåkende og kontrollerende rolle overfor barnets helsetilstand. Ved fokus på ulike sider ved barnet skal helsesøster følge barnets utvikling både fysisk, psykisk og sosialt (SHdir, 2004). I oppfølging av denne utviklingen ligger blant annet somatisk utvikling i form av fysiske forhold, vekst og utvikling forøvrig, i tillegg til barnets psykososiale utvikling, foreldrenes behov og andre miljømessige forhold av betydning. Ved forebyggende

arbeid kan det dreie seg om tiltak på mange samfunnssektorer, der tiltak først vil gi resultater etter en tid.

Helsesøstertjenesten skal være aktiv og oppsøkende. Hjemmebesøk til brukerne som første møte etter hjemkomst er et frivillig tilbud til familien, og tilbys helst i løpet av to uker etter fødselen (Misvær, 2006). Denne arbeidsmetoden har lange tradisjoner, og det er forskriftsfestet at alle nybakte foreldre skal tilbys hjemmebesøk (ibid).

Hjemmebesøkets hensikt er å skape kontakt og tillit med familien og gi råd og veiledning ut fra familiens behov, samt å informere om helsestasjonens tilbud (Helseth, 2002).

Det anbefales at helsesøster skal ha tilstrekkelig tid til observasjon, for å få en helhetsvurdering av barnets situasjon. Der forventet utvikling ikke finner sted eller ved spørsmål om skjevutvikling, skal helsesøster innhente faglig hjelp ved samarbeid i primærhelsetjenesten eller ved å henvise til annen faginstans (SHdir, 2007)

Jansson, Isacson, Kornfält & Lindholms (1998) studie vurderte mødres og helsesøstres syn på helsestasjonstjenestetilbud og første hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn. Funn viste at helsesøsters tilgjengelighet sammen med å bli møtt av samme helsesøster over tid var viktig for mødrene. Helsesøstre mente at hjemmebesøk ga et bedre helhetsbilde av familiens situasjon. Det var verdifullt for den videre kontakten. Mødres og helsesøstres syn på et godt helsestasjonstilbud samstemmer ut fra dette, med offentlige mål for tjenesten. I følge Jansson, Pettersson & Udèn (2001) hadde helsesøstre ingen forskjeller i vektning av hjemmebesøk, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografiske forhold.

2.2.1 Veilederrollen

Veiledning er en pedagogisk virksomhet som legger tilrette for oppdagelse og læring og inkluderer både råd, informasjon og undervisning (Tveiten, 2002). Veiledning av brukere er komplisert og forutsetter kompetanse til å veilede (Tveiten 2006b). For

helsesøsters mål om å fremme helse og forebygge sykdom er veiledning en intervensjonsprosess basert på kunnskap, erfaring og intuisjon. Tilgjengelig tid, brukerens kompetanse og helsesøsters kompetanse påvirker kvaliteten på veiledningen. Hensikten er å øke mestringskompetansen hos den som veiledes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.

Hovedformen i veiledning er dialog (Tveiten, 2001). Dialogen kan forstås som et møte mellom mennesker som gir en gjensidig forståelse av verden slik den ser ut for begge parter og refleksjon og handling møtes. Veiledning av bruker er situasjonsavhengig. Det er av betydning å fokusere på behov her og nå, for innholdet kan ikke alltid planlegges. Veiledning kan derfor aldri bli en teknikk. I samhandling med brukere i arbeidet med å støtte foreldrerollen til det beste for barnet, er det nødvendig for helsesøster å vektlegge en trygg atmosfære og skape tillit i møte for å forstå brukerens situasjon. Dette gjelder ved kontaktetablering og gjennom hele samhandlingsperioden for å kunne nå frem med helsestasjonens tilbud. Synet på brukeren som ekspert kan innebære utfordringer i forhold til veiledning (ibid).

Kommunikasjon er et middel i helsesøsters yrkesutøvelse, og god kommunikasjon er slik en forutsetning for å oppnå en tilfredsstillende kvalitet på helsestasjonstjenesten (Skau, 2005). Det finnes lite forskning relatert til helsesøsters funksjon og veiledning av brukere (Tveiten, 2006b). Kan helsesøsters rolle bli vag overfor foreldre om konsultasjonsformen blir preget av veiledning styrt ut fra hvilke tema foreldrene bringer inn i møte? For tidlig fødte barns foreldre kan ha krisereaksjoner som kan innvirke på hvordan de får med seg informasjon (Ulvund et al, 1992). Vil foreldre i krise greie å formidle sine behov og ønsker i samarbeid med helsesøster? Studier viser at foreldre har behov for å bli møtt ut fra ulike informasjonsbehov (Flacking et al, 2006; Saugstad, 2009; Ulvund et al, 1992). Det karakteristiske er at relasjonen som helsesøster og foreldre er delaktige i, oftest strekker seg over år. Helsesøsters oppgave vil slik være å hjelpe foreldrene over en lengre tidsperiode, og slipper således å forholde seg til avgrensede oppgaver i hvert møte.

Helsets (1999) studie av foreldre med kolikkbarn viste at helsesøsters viktigste oppgave overfor disse foreldrene var støtte og oppmuntring. Faktorer av vesentlig betydning for at foreldrene opplevde støtte, var helsesøsters faglige dyktighet som forutsetning for tillit, og at helsesøster var oppriktig interessert i foreldrene og barnet.

Undersøkelse av helsesøsters veiledningsfunksjon viste at hvordan samarbeidet skulle være sjelden var tematisert. Foreldrenes behov og type problemer var avgjørende for kvaliteten av veiledningen (Tveiten, 2006a).

2.2.2 Brukermedvirkning

Helsestasjonen skal øke fokus på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til å kunne påvirke faktorer som fremmer deres helse, trivsel og mestring. Synet på brukeren som ekspert på sitt liv, og helsesøster som faglig ekspert og veileder, gir konsultasjonene økt fokus på brukerens opplevelse og hvilke faktorer som påvirker brukerens valgmuligheter for egen helse (SHdir, 2004). Mæland (2005) sier at aktiv brukermedvirkning er et sentralt element innen forebyggende helsearbeid. Intensjonen er at møte mellom fagfolk og brukere skal få en ny karakter preget av likeverd (Andrews, 2002). Å vektlegge brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning på individnivå handler også om hvordan den enkelte bruker medvirker i relasjon til fagutøveren og virker inn på metoder og tilnærming til brukerne (NOU, 1998; SHdir, 2004). I praksis vil det være ulike grader av og former for medvirkning. Variasjon i medvirkning over tid, avhengig av den praktiske problemstillingen, brukers behov og ressurser, fagutøverens situasjon og forholdet mellom fagutøver og bruker (Lauvås & Lauvås, 2004). Brukerperspektivet kan bety at brukernes synspunkter kommer til syne, men forutsetter ikke at brukerne blir hørt, selv om brukere har krav på respekt for sin autonomi. Brukermedvirkning på systemnivå omhandler systemet rundt de individuelle hjelperelasjonene, om utforming av tjenester, om rammebetingelser og om utforming av helsepolitikken (Mæland, 2005).

2.3 Helsesøster og oppfølging av for tidlig fødte barn

Retningslinjene (SHdir, 2007) sier undervisning om for tidlig fødte barn generelt er mangelfull i grunn og videreutdanningene for sykepleiere. Det foreslås å styrke fagområdet i aktuelle grunn- og videreutdanninger, og kunnskap bør vektlegges i fagplaner, som i sykepleie og for helsesøsterutdanningen. Dette støttes av Glavin & Helseth (2005). Ringstad (1997) fant i sin undersøkelse at 57 % av helsesøstrene sa de fikk lite kunnskap om risikobarn i sin utdanning.

2.3.1 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn

Primærhelsetjenestens hovedansvar for oppfølging av for tidlig fødte barn og deres familier etter hjemkomst fra sykehuset understrekes i retningslinjene (SHdir, 2007). Retningslinjene (ibid) henvender seg til alle faggrupper som har et oppfølgingsansvar, og det understrekes at for tidlig fødte barn bør tilbys en mer omfattende og målrettet oppfølging enn terminfødte barn. Oppfølgingen av det enkelte barn skal tilpasses grad av for tidlig fødsel og komplikasjoner knyttet til fødsel og nyfødtp periode.

Ved primærhelsetjenestens oppfølging i første leveår er i følge retningslinjene fokus: *”... vekst, ernæring, psykomotorisk og sansemessig utvikling, familiens mestring og behov, tilknytning og samspill. Spisevansker og reguleringsvansker i forhold til søvn, atferdstilstander og kontakt er spesielt viktig (SHdir, 2007: 11).”* Barnets alder skal korrigeres. Hjemmebesøk og månedlig kontakt ved helsestasjonen de første åtte månedene anbefales. Deretter kontakt hver annen måned frem til ett års alder. Tettere oppfølging overveies av helsesøster etter barnets og familiens behov (SHdir, 2007).

2.3.2 Kunnskap og kompetanse

Retningslinjene (ibid) er også ment som bidrag til økt kunnskap i fagmiljøene. De påpeker hvordan kunnskapen om for tidlig fødte barn og familiens behov kan bedres gjennom utdanning av fagfolk og forskning. God kunnskap om sykdomstilstander og

vanlige utviklingsavvik ved for tidlig fødsel er en forutsetning for å kunne identifisere vansker og behov, og av betydning for å ivareta familien. Helsesøster har god kompetanse på normalfungerende barn, men mange er mer usikre på forhold knyttet til risikobarn (Andersson et al, 2006; Ringstad, 1997). Spesialisthelsetjenesten har et formelt ansvar for å overføre kunnskap til primærhelsetjenesten, både rundt det enkelte barn og gjennom mer generell opplæring (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 7-4). Barneavdelingene oppfordres gjennom retningslinjene til å arrangere jevnlig kurs for fagpersoner i kommunene som har oppfølgingsansvar overfor for tidlig fødte.

Sintefs rapport om helsesøstres kompetanse viste at 54 % av helsesøstrene var under eller hadde tatt videreutdanning, etter endt helsesøsterutdanning (Andersson et al, 2006). Av dem som ikke hadde videreutdanning, oppga 61 % et slikt behov. Kunnskapsgrunnlaget er av betydning for hvordan helsesøster oppfatter nye situasjoner og for hvordan læring skjer. Kunnskapssyn er av betydning for hvilken kunnskap helsesøster anser som viktig, og er med på å prege forståelsen av ny teori (Glavin & Kvarme, 2003).

På landskonferansen om oppfølging av for tidlig fødte barn understreket Vannebo fra Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (Vannebo, 2007) behovet for kunnskap og kompetanse i primærhelsetjenesten. I helsesøsters hverdag innebærer dette å være oppdatert på ny forskning i tillegg til å kunne identifisere faresignaler hos barna og utfordringer som foreldre til for tidlig fødte barn kan oppleve. Med mål om å hjelpe foreldre til trygge omsorgspersoner overfor sine barn.

Kirkevold (1996) sier at sammenhengen mellom vitenskaplig kunnskap og anvendelsen av denne i sykepleiefaglig praksis går gjennom personlig kompetanse. Teoretisk, praktisk og etisk kunnskap er komponenter som inngår i personlig kompetanse. De må integreres i utøverens kompetanse for å kunne innvirke på

vedkommendes praktiske handlinger. Å bruke av kunnskaper og ferdigheter på en god måte i konkrete situasjoner blir tilknyttet kompetansebegrepet.

Faktakunnskap er basert på teorier, forskning, lover og modeller (Fagermoen, 1993). Teoretisk kunnskap er grunnleggende for forståelse og innsikt, og danner grunnlag for vurdering av sykepleieutøvelse i ulike situasjoner. Praktisk og teoretisk kunnskap infiltreres i hverandre, og står ikke motsetninger tross sin inndeling. Tvert i mot så antyder Kirkevold (1996) at teoretisk kunnskap bearbeides gjennom erfaringer og blir slik medvirkende i integrering i sykepleiens praksis. Teoretisk kunnskap gir mulighet til å karakterisere og forklare forholdet mellom fenomener, og har som regel form av skriftlig utsagn i tillegg til å være personuavhengig. Den teoretiske kunnskapen må mobiliseres inn i situasjoner. Eksempelvis må helsesøster forstå situasjonen og handle på bakgrunn av teoretisk og praktisk kunnskap. Det innebærer selvstendighet i beslutninger, etisk ansvarlighet og kyndighet i yrkesgrunnleggende ferdigheter (Fagermoen 1993). Helsesøstertjenesten bygger på kunnskap fra ulike felt, eksempelvis sykepleiefaglige, samfunnsvitenskapelige, naturvitenskapelige, humanistiske og sosiale fag (Glavin & Kvarme, 2003). Lindholms studie (2001) fra skolehelsetjenesten i Finland viser at innenfor helsesøsters fagfelt er det lite forskningsbasert kunnskap. Eksisterende kunnskap er i liten grad implementert i praksis. Forskningsbasert kunnskap er ofte utilgjengelig for helsesøster, og hun mangler kunnskaper for å omsette forskningsresultater til praksis (ibid).

De praktiske kunnskapstradisjonene bygger på ferdigheter og dialog, eksempelvis å inneha de nødvendige ferdigheter som kreves for å utøve helsesøsters funksjoner. Kunnskapen opptrer i handlingen og hvordan den gjennomføres på beste måte i forhold til handlingens hensikt. Samarbeid og kommunikasjon er betydningsfulle ferdigheter i relasjon i møte med den andre og i samhandling med andre fagpersoner. Denne konkrete kunnskapen utvikles gjennom helsesøsters erfaring og utøvelse. Kunnskapen bygger på deltakelse og dialog med andre mennesker (Fagermoen, 1993;

Kirkevold, 1996; Molander, 1997). Refleksjonens betydning i forhold til kunnskapsutviklingen vektlegges av Molander (ibid), som er opptatt av den praktiske kunnskapen som en annen type kunnskap enn teoretisk kunnskap.

Taus kunnskap er tilegnet gjennom handling, øving og erfaring og knyttes av Molander (1997) til de praktiske kunnskapstradisjonene. Språket har betydning i formidling og refleksjon over handlingen, men i tillegg må det erfaring til for å inneha den praktiske ferdigheten. Ord alene kan ikke beskrive selve utøvelsen fullstendig, og slik er deler av den praktiske kunnskapen taus. Fagermoen (1993) kaller erfaringskunnskapen en individuell og personlig kunnskap, tilegnet gjennom teori, erfaring i praksisfeltet og i møte og samhandling med brukere. Kunnskapen kommer til uttrykk i bestemte situasjoner i utøverens handlinger.

Etisk kunnskap omfatter både teoretisk og praktisk kunnskap. I helsesøsterpraksis står en også overfor situasjoner der det er vanskelig å bestemme hvordan en skal utforme nødvendige tiltak. I slike situasjoner er det verdimeslige og etiske spørsmål det ofte dreier seg om å besvare (Kirkevold, 1996). Etisk kunnskap dreier seg om å være forpliktet på sykepleiens verdigrunnlag og ha en etisk bevissthet som vises i ens holdninger og gjennom handlinger. Det stilles krav til at helsesøster er bevisst egen rolle og verdigrunnlag, med holdningene preget av tillit, respekt og forståelse i sin utøvelse (Fagermoen, 1993; ibid).

Teoretisk, praktisk og etisk kunnskap integreres gradvis gjennom erfaring og refleksjon. Refleksjon vil si å betrakte eller overveie (Kirkevold, 1996).

Tilbakeblikkrefleksjon har til hensikt å forstå og tolke situasjoner en allerede har erfart (ibid). Sykepleiefaglig veiledningen har til hensikt å belyse situasjoner fra sykepleiepraksis på måter som synliggjør handlingsalternativer. I egen veiledning kan helsesøster vurdere sin kunnskap, egne holdninger i praksis og se kritisk på egne handlinger (Glavin & Kvarme, 2003). Kårikstad & Sellevold (2002) viste til positive erfaringer med sykepleiefaglig veiledning i et undervisningssykehjemsprosjekt i Oslo.

I møte med for tidlig fødte barn har helsesøster med seg personlig kunnskap og erfaring, som kan vurderes og deles med andre, og hentes frem i nye og liknende situasjoner (Fagermoen, 1993).

Kompetanse. Å være kompetent er å inneha kvalifikasjoner eller være skikket til et bestemt gjøremål. Kompetanse blir nyttet i betydningen av personlige kvalifikasjoner (Skau, 2005). Kvalifikasjoner i utøvelse av sykepleie oppnås etter offentlig godkjent sykepleierutdanning (Fagermoen 1993; Kirkevold 1996). I helsesøsters praksis, i møte med foreldre og barn er komponentene teoretisk, praktisk og etisk kunnskap sammenvevd i personlig kompetanse og fremtones ulikt alt etter situasjonens avhengighet. Evne til å inkludere de ulike komponentene kunnskap, verdier og ferdigheter i helsesøsterarbeidet utvikles med erfaring, teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Fagermoen (1993) sier at kompetanse ikke er noe en har, men noe en viser i konkrete situasjoner i møte med pasienten i situasjoner der kunnskap, verdier og ferdigheter omsettes i praksis.

Orvik (2004) sier at begrepet kompetanse innebærer mer enn teori og individuell kunnskap. Han vektlegger organisatorisk kompetanse som betyr klinisk kompetanse som innebærer selvstendighet og likeverdighet i samarbeid med andre fagpersoner. Kompetanse blir relasjonelt og knytter fagpersoner, fagmiljø og organisasjonen sammen. Organisatorisk kompetanse består av begrepene organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse. Sykepleierkompetanse handler både om å forstå sykepleiens plass i en organisasjon (organisasjonskompetanse), og ha handlingskompetanse (organiseringskompetanse) som kjennetegner praktikere som på kyndig vis organiserer arbeidet. Orvik (2004) viser til organisasjonens forventninger til sykepleiere når det eksempelvis gjelder økonomiske rammer, og deres anstrengelse for å få ressursene til å strekke til som en viktig grunn for sykepleiere å inneha organisatorisk kompetanse.

Grimem (1996) fremhever kompetanse som forutsetning for tillit. Pasienter stoler på profesjonelle helsearbeidere som kompetente representanter for en tjeneste, slik som helsesøstertjenesten. Brukere har et behov for hjelp som helsesøster i form av sin kompetanse er satt til å ivareta, og en forventning om at helsesøster bruker sin kompetanse i hjelpearbeidet. Helsesøster sikrer tilstrekkelig kompetanse i sitt daglige arbeid, noe som innebærer et kontinuerlig faglig engasjement. Tilbakemeldinger i arbeidet er ikke bare viktig for trivsel, men også et element i kompetanseutvikling.

2.3.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid betyr samarbeid på tvers av faggrupper og profesjoner som har en felles utfordring eller problem og hvor man arbeider mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2007). Oppfølging av for tidlig fødte barn er en samarbeidsprosess der tverrfaglig tilnærming og samarbeid benyttes (SHdir, 2007). I samarbeidet kombineres kunnskaps- og ferdighetsområder, teori og metoder som ingen enkeltperson alene innehar. Teori og metode fra ulike fag integreres gjennom kommunikasjon med hverandre til en felles tverrfaglig innsikt. (Lauvås & Lauvås, 2004). Likeverd og gjensidig respekt blant teammedlemmene er en forutsetning for et godt fungerende tverrfaglig samarbeid, i tillegg til lik tilgang på informasjon. Rollene bør ikke bare være tydelig for deltakerne i teamet, men også for brukerne (ibid). Tverrfaglig samarbeid krever forankring i organisasjonen med tydelig rolleavklaring samt at profesjonene er kyndige i eget fag og kan kommunisere faget til andre teammedlemmer (Glavin & Erdal, 2007). Et godt tverrfaglig samarbeid forutsetter at en greier å utnytte ulikhetene i kompetanse, erfaring og hverandres roller som samarbeidspartnere i oppfølgingsarbeidet. Helhetstenkning rundt samarbeid er nødvendig for å nå forebyggende målsettinger i helsearbeidet, samtidig som tiltak bør etableres i nært samarbeid med brukerne (Norsk sykepleierforbund, 1997). Utydelige retningslinjer, forskjellig kompetanse, ulike roller og personlige ulikheter har vært beskrevet som problemer knyttet til samarbeid innad i primærhelsetjenesten, på tvers av nivåer og med andre sektorer (SHdir, 2007; Stortingsmelding 63, 1997-98).

Trygghet i eget fag der kompetansen er forankret i teoretisk forståelse og praktiske erfaringer er et vilkår for samarbeid. I tillegg er felles forståelse og målsetninger en forutsetning for helsefaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2007).

Primærhelsetjenesten plikter å involvere andre instanser og faggrupper i oppfølgingssamarbeid, ut fra barnets og foreldrenes behov (SHdir, 2007).

Retningslinjene understreker nødvendigheten av at aktuelle fagpersoner samarbeider om vurderinger og råd, da barnas vansker ofte er komplekse og sammensatte. Det fremheves at institusjoner i spesialisthelsetjenesten som rutinemessig ”skal følge opp for tidlig fødte barn ... må utvikle nødvendig tverrfaglig kompetanse og rutiner gjennom opplæring og yrkesutøvelse (SHdir, 2007:39).”

I samarbeid med foreldrene skal foreldrenes bekymringer møtes med relevante undersøkelser og tiltak. ”Foreldrene bør få nødvendig trygghet i omsorgsutøvelsen før utskrivelse fra sykehus og i tiden etterpå (SHdir, 2007:35).” Anledningene til å påvirke de for tidlig fødte barnas helse avhenger av samarbeid med foreldrene. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2007) sier at sykepleieren fremmer pasientens muligheter til å ta autonome beslutninger ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er oppfattet. Oppfølgingsansvar skal klargjøres i samarbeid før hjemreise. Det bør vurderes om nyfødtafdelingens personell sammen med foreldre og helsesøster skal møtes, for utveksling av informasjon og avklaring av ansvarsforhold (SHdir, 2007).

Tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid er sentrale elementer innen forebyggende helsearbeid, som forutsetter stor grad av tverrfaglighet både når det gjelder utdanningsbakgrunn og praktisk erfaring (Mæland, 2005). Helsesøster skal delta i et forpliktende tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid, og har et ansvar for å videreutvikle sin personlige og faglige kompetanse som helsesøster. Samarbeid mellom helsesøster og de andre faginstansene i kommunen er en forutsetning for å

utøve et helhetlig forebyggende arbeid (Glavin & Erdal, 2007). En helhetstenking i forhold til samarbeidspartnere i tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å nå målene i forebyggende arbeid (Norsk Sykepleierforbund, 1997). Det skal derfor etableres tverrsektorielle og tverrfaglige arbeidsformer og tiltak i nært samarbeid med brukerne. Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) gir kommunene selvstendighet til å velge lokale løsninger. Den lokale handlingsfriheten er nokså begrenset, da Statens helsetilsyn fastslår at løsninger som fraviker vesentlig fra retningslinjene må dokumenteres og begrunnes (SHdir, 2007).

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven (1999), har helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten ansvar for å gi kommunehelsetjenesten råd og veiledning om helsemessige forhold som er påkrevd, slik at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

På landskonferansen om oppfølging av for tidlig fødte barn (2007) understreket Vannebo nødvendigheten av samarbeid. En spesialisthelsetjeneste som er ”tett på” på primærhelsetjenesten, eksempelvis i observasjon av barnet, sammen om tiltak og i evaluering av tiltak, vil gjøre helsetjenesten til bedre hjelpere for barnet og familiene.

Prosjektet ”Tidlig hjelp til barn 0 – 3 år” (Abrahamsen, 2007), har vært et tverrfaglig utviklingsprosjekt ved Barne- og ungdomsklinikken, Sykehuset Telemark, i samarbeid med førstelinjetjenesten i Grenlandskommunene. Målgruppen har vært for tidlig fødte barn med fødselsvekt under 2000 g. Hensikten var å utvikle et bedre helsetilbud til for tidlig fødte barn, ved mål om å forebygge, tidlig identifisere og gi tidlig hjelp til barn med risiko for skjevutvikling. Prosjektetevalueringen oppsummeres som vellykket med tanke på innføringen av intervensjonsprogrammet og rundt oppfølgingsarbeidet. Helsesøstre fremhevet prosjektet som nyttig og ønsket samarbeidet videre. Ervervelse av ny kunnskap, i tillegg til hjemmebesøk sammen med veileder ble fremholdt som viktig av helsesøster. De opplevde også prosjektet som en viktig støttespiller i arbeidet med de for tidlig fødte barna. (ibid).

I Sintefs rapport (Andersson et al, 2006) sa 42 % av helsesøstrene at de hadde et godt samarbeid med andre kommunale instanser om barn med sammensatte vansker. Videre påpekte de manglende rutiner for samarbeid, manglende vedtak og ulike kulturer som noen årsaker til at samarbeid ikke fungerte, eller bare i noen grad fungerte godt nok.

2.3.4 Kartleggingsinstrumenter

I følge retningslinjene kan “... *kvaliteten på oppfølgingen kan bedres ved å bruke standardiserte kartleggingsinstrumenter, og det bør brukes instrumenter som helsesøster og andre fagpersoner har erfaring med å bruke* (SHdir, 2007: 37).”

Kartleggingsarbeid er omfattende og krevende i tillegg til at det fordrer kunnskap og kompetanse. Gode metoder er betydningsfulle for å unngå å overse viktige forhold, og for å skape trygghet for helsesøster i sitt arbeid (Glavin & Kvarme, 2003).

Kartleggingsinstrumenter er tester, spørreskjemaer og undersøkelsesmetoder for tilnærming, og skal medvirke til kvalitativt og gode observasjoner. Det oppfordres til anvendelse av metoder en har erfaring med å bruke i kartlegging overfor for tidlig fødte barn, da ulike helsestasjoner benytter ulike kartleggingsverktøy. Retningslinjene viser til Ages & Stages Questionnaires (ASQ) og Tidlig intervensjonsmetode (TI) som anbefalte kartleggingsinstrumenter.

ASQ er utviklingscreening ved hjelp av foreldreutfylte skjemaer. I tillegg til 30 spørsmål innenfor de fem utviklingsområdene grovmotorikk, finmotorikk, kommunikasjon, personlighet og problemløsning er det en del med generelle spørsmål angående bekymringer foreldre kan ha om barnets utvikling generelt (Janson, 2003).

TI er utviklet til bruk i helsestasjonen. Målsetting er å bygge på omsorgspersonenes ferdigheter og kompetanse i intervensjonen. En helhetlig vurdering gjøres av barnet, omsorgspersonene og relasjonen dem i mellom. Systematisering av observasjoner av barnet, biologiske-, omsorgs-, familie-, sosiale- og samspillsforhold ligger til grunn for vurdering, samt informasjon og eventuelle bekymringer fra omsorgspersonene.

Økt fokus på tidlig intervensjon spisser fokus på flere tilstander som kan oppdages tidlig der spesifikke tiltak er utviklet (Rostad, Martinsen, Aas & Germstad, 1996).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) anbefaler ikke noen spesifikke kartleggingsinstrumenter fremfor andre for å påvise avvik hos for tidlig fødte barn. Tydeliggjøring av barnets behov må bygge på fagpersonells kunnskap om hvilke utviklingsavvik som er vanlige og hvordan disse arter seg.

Kartlegging av kompetanse, forebygging, tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alder 0-2 år fant liten bruk av kartleggingsverktøy ved helsestasjoner i Bergen og Nordhordland (Braarud, 2006).

2.3.5 Hjemmebesøk

Helsesøstertjenesten skal være en aktiv og oppsøkende tjeneste. Hjemmebesøk til brukerne som første møte etter hjemkomst er en tradisjonell prioritert oppgave, og den mest tidkrevende og omfattende kontaktformen mellom helsesøster og familien (Glavin & Kvarme, 2003; Paulsen, 1990). Retningslinjene (SHdir, 2007: 11) sier at: *”Det anbefales hjemmebesøk i 1. og 2. uke etter hjemkomst.”* Hensikten er å skape kontakt, tillit og å vurdere hva familien trenger av hjelp og støtte i mestring av foreldrerollen. I tillegg til å møte familien i deres eget miljø, observerer og undersøker helsesøster barnet, samtaler om fødselen, barseltiden, stell og amming/ernæring. Dette i hensikt å være lydhør og veilede ut fra familiens behov, og å informere om helsestasjonens tilbud. Det fremheves at hjemmebesøk i familiens eget miljø ofte gir en bedre innfallsvinkel til det videre samarbeidet, for ekspertrollen blir ikke så påtrengende når man er på hjemmebesøk (Glavin & Kvarme, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Foreldre har uttrykt at følelsen av å være likeverdig overfor helsesøster er av betydning, en følelse som kan oppleves ved hjemmebesøk. Helsesøster er gjest, og er i hjemmet på familiens vilkår. Rammen for kontakten er tilrettelagt for trygghet. I tillegg til å bli kjent får helsesøster mye kunnskap om barnet og familien (Jansson et al, 1998).

2.3.6 Samspill

Ifølge retningslinjene (SHdir, 2007) har samspill et spesielt fokus ved oppfølging i primærhelsetjenesten i barnets første leveår. Støtte, informasjon og veiledning av foreldre i oppfølgingsarbeidet kan hjelpe foreldrene til å bli sensitive på barnets signaler, og trygge i foreldrerollen (Ulvund et al, 1992).

I senere år har spedbarnsforskningen utviklet ny kunnskap om spedbarnets evner og muligheter i tidlig samspill. Fra å se på barnet som et lite sosialt individ, betraktes spedbarnet som biologisk innstilt på og motivert for mellommenneskelig kommunikasjon (Bråten, 2007). Smith & Ulvund (1999) sier samspill kjennetegnes som en samregulering av atferd. Det uttrykker spontanitet og oppfinnsomhet. I samspill oppdager barnet ulike handlingsmønstre som fungerer i lag med andre mennesker. Samspill er også en form for overføring av informasjon, og en samhørighet. Denne samhørigheten blir til hos barnet når det deler sine erfaringer med sine omsorgspersoner eller andre. Samspill gir også åpning for instruksjon. Når barnet deltar i samspill, vil det samtidig lære noe om omkringværende omgivelser (ibid). Slik bidrar det til felles kommunikasjon, noe som legger grunnlaget for tilknytningen mellom omsorgspersonen og barnet. Barnets medfødte anlegg, forhold ved foreldrene og forhold ved barnets omverden vil ha innvirkning på samspillet kvalitet (Bowlby, 2000; Moss & Hval, 2006; Rye, 2002; Smith & Ulvund, 1999).

Det antas at dersom stress reguleres i samspill med en sensitiv omsorgsperson i nyfødtp perioden, utvikler barnet selv strategier for stressregulering i løpet av første leveåret (Smith & Ulvund, 1999). Barnets har en ustabil våkenhetstilstand, noe som vanskeliggjør å fastholde en tilstand hvor barnet er oppmerksomt og gir blikkontakt. Barnets forsinkede reaksjoner vanskeliggjør å få til en gjensidig rytme i samspill. Barnets svake responser og kroppsspråk gjør det vanskelig for foreldrene å tolke barnets signaler, noe som en antar er uavhengig av medisinsk tilstand. Foreldre kan føle seg avvist ved et foreldre barn- samspill som ikke fungerer optimalt. For noen

foreldre kan det føre til understimulering, eller overstimulering i iver etter å nå frem til barnet (ibid).

På bakgrunn av studier av for tidlig fødte barn utviklet Als (1986) Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP- modellen). NIDCAP-modellen fremhever at alle for tidlig fødte barn har evner ut fra sin modenhet, som signaliseres gjennom barnets atferd. NIDCAP-modellen er et omsorgsprogram der intervensjoner er tilpasset barnets utviklingstrinn, samt et verktøy til vurdering av barnets modenhet. Programmet inneholder anbefalinger og tiltak i forhold til å tilpasse omsorgsmiljøet og pleien etter barnets utvikling og rytme. Foreldredeltakelse i pleie og opplæring i sykehus vektlegges, med mål om å støtte barnets utvikling, tolke barnets signaler, redusere stress, lette selvreguleringen og øke kontakten mellom foreldre og barn.

Kunnskapen om det tidlige foreldre barn- samspillet betydning for barnets fremtidige intellektuelle, følelsesmessige og sosiale fungering har resultert i tiltak som skal styrke foreldre barn- samspillet. Vermontprogrammet utprøvd i en modifisert versjon ved Universitetet i Tromsø i samarbeid med Universitetssykehuset- Nord- Norge, Tromsø, er et slikt tiltak med sensitivitetstrening av foreldre før utreise fra sykehuset og gjennom fire hjemmebesøk etter utskrivelse, frem til barnets tre måneders alder (Smith & Ulvund 1999). Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål foregår også utprøving og forskning på Vermontprogrammet, men resultatene er enda ikke publisert (Ravn, 2007). Funn viser at et slikt tidlig intervensjons program kan redusere foreldrestress både hos mødre og fedre til for tidlig fødte barn til et nivå som kan sammenlignes med foreldre som får barn til termin (ibid).

For tidlig fødte barn varierer som nevnt både i vekt, hvor tidlig de er født og de har ulik biologisk status med ulike risikofaktorer. Dette gir vansker med å forutsi hvordan for tidlig fødsels påvirker barnets utvikling (Saugstad, 2009). Kombinasjonen av risikofaktorer i barnets miljø vil også virke medbestemmende for utfallet. Derfor bør

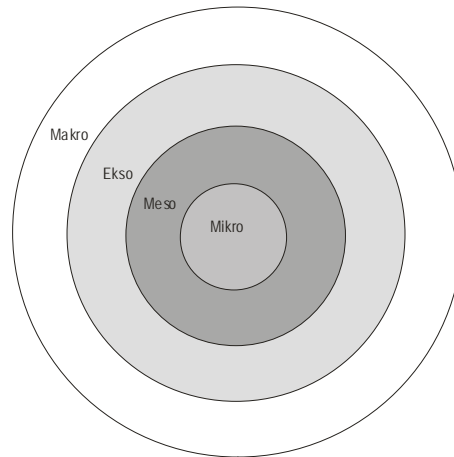
tidlig innsats som en viktig forebyggende faktor rettes mot hele gruppen Hagtvedt & Horn (2008) påpeker videre at innsikt og intervensjon bør bygge på forskning om barn som er født for tidlig og teori i forhold foreldre- barn samspill.

”Tidlig intervensjon overfor premature barn”, er et prosjekt i regi av Sørlandet kompetansesenter i samarbeid med Sørlandet sykehus, Prematurforreningen og Helse- og Rehabilitering (Temte, Ruud & Danielsen, 2009). Intervensjonen har foregått i form av hjemmebesøk hver måned etter hjemkomst fra sykehuset i barnets første leveår og deretter hver annen måned fram til barnet fylte 3 år (korrigert alder). Intervensjonen har vært familiebasert og vektlagt foreldre barn- samspill i daglige rutinesituasjoner. Det er laget en dvd som viser intervensjoner. Resultat viser tryggere foreldre ved prosjektslutt enn ved prosjektstart, og et dreid fokus fra problemer som kan oppstå til barnets utvikling og fremgang.

2.4 Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell

Bronfenbrenner (1979) retter fokus på mennesket i utvikling, miljøets betydning og interaksjonen mellom de ulike aktørene rundt individet og individet selv. Det vektlegges hvordan mennesket utvikler seg i form av en beskrivelse og analyse av barns oppvekst i et samfunn i kontinuerlig forandring. Familien gis en sentral rolle i barnets utvikling, og den avgjørende faktoren er samspillet mellom prosesser innen familien og innen andre viktige arenaer. Samvirkningen mellom familieprosessene og individets genetiske potensial, overgangsfaser i livet og samfunnsforhold generelt er av betydning. Systemenes gjensidige avhengighet påvirker indirekte og direkte barnets utvikling. Teorien uttrykker at endringer på en arena vil føre til endringer på andre. Et slikt syn retter fokus mot kvaliteten på kontakten innad i samhandling mellom de enkelte aktørene, som betydningsfull i oppfølging av for tidlig fødte barn, med mål om å fremme en god utvikling for barnet. Barnas utvikling blir i henhold til dette et resultat av samspillet mellom disse miljøene og systemene. Bronfenbrenner (1979:21) definerer utvikling som:

“The ecology of human development involves the scientific study of the progressive, mutual accommodation between an active, growing human being and the changing properties of the immediate settings in which the developing person lives, as this process is affected by relations between these settings, and by the larger contexts in which the settings are embedded.”



Figur 1: Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell.

Definisjonen innebærer et syn på mennesket som en voksende, dynamisk organisme som beveger seg inn i og restrukturerer miljøet det er en del av. Den økologiske tenkemåte plasserer på denne måten menneskers utvikling i et systemperspektiv, også omtalt som økologisk nettverk. Systemet utgjør organiserte helheter der hvert element som inngår blir sett på som gjensidig avhengig av hverandre. Betegnelsen *“the developing person”* brukes både om barn og voksne under utvikling. Bronfenbrenner betrakter det økologiske miljøet som et sett av konsentriske sirkler der et nivå omslutter det neste. Dette medfører fire nivåer som omtales fra innerst til ytterst som mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer (Bronfenbrenner, 1979).

2.4.1 Mikrosystemet

Mikrosystemet består av alle settingene som individet inngår i og påvirker, og blir påvirket av. Familie, venner og barnehage er eksempler på slike settinger, som normalt øker i antall etter hvert som barnet blir eldre. De viktigste elementene i mikrosystemet er aktiviteter, roller og sosiale relasjoner (Bronfenbrenner, 1979). Barnet gjør sine grunnleggende erfaringer og skaper sin egen virkelighet i dette

systemet, og disse erfaringene er med på å prege barnets videre utvikling i de andre systemene. Mikrosystemet påvirker barnet direkte gjennom samspill og kommunikasjon.

2.4.2 Mesosystemet

Forholdet og samspillet mellom settingene på mikronivå utgjør modellens mesosystem, som består av nærmiljøer og omhandler forbindelsen og utviklingen av samspillet mellom de ulike nærmiljøene. Betydningen av å binde sammen livsarenaer er avgjørende for å muliggjøre utvikling. Mesosystemet er like avgjørende for barnets utvikling som mikrosystemet. Mesosystemet skisserer hvordan det som finner sted i en setting virker inn på det som skjer i en annen setting og hvordan endringer i ett miljø fører til endringer i et annet miljø. Mesosystemet blir tillagt så stor vekt fordi samhandlingen mellom voksne vil reflekteres i deres aktiviteter, roller og relasjoner overfor barnet. Foreldrenes sosiale nettverk kan ha en indirekte påvirkning på barns utvikling ved å påvirke deres samhandling med barnet. God og regelmessig kontakt eller samarbeid mellom ulike arenaer rundt barnet kan gi viktige bidrag til positiv utvikling for barnet, hvis disse arenaene støtter og kompletterer hverandre.

Bronfenbrenner (1979) definert en dyade som en situasjon der to personer retter oppmerksomheten mot, eller deltar i, hverandres aktivitet. Ved å observere begge sider i et slikt samspill (eksempelvis mellom forelder og barn) med tanke på deres aktivitet, deres roller og deres relasjon, vil man kunne se hvordan de to partene sammen sørger for utvikling. Denne samhandlingen fungerer som en av byggesteinene i et mesosystem. Bronfenbrenner (ibid) interesserte seg for den påvirkningen som tredjepersoner har for denne dyaden.

2.4.3 Eksosystemet

Eksosystemet, utgjøres av settinger der individet selv ikke deltar direkte, men prosesser som påvirker personen indirekte. Miljø som påvirker barnets utvikling, hvor

barnet ikke utøver en aktiv rolle, kan være tilgang på gode omsorgsordninger, andre rettigheter for småbarnsforeldre, boforhold og økonomi. Bronfenbrenner (1979) beskriver dette systemet som en gjensidig påvirkende prosess hvor man forbinder hendelser som finner sted i eksterne miljøer til prosesser som finner sted i mikrosystemet. Eksosystemet danner slik et tredje system som virker indirekte ned på mikrosystemet. Systemet viser at en ikke kan se barnet og familien og de ulike hjelpeinstanser som isolerte enheter i oppfølging.

2.4.4 Makrosystemet

Makrosystemet omfatter de omkringliggende omgivelsene for barnet, med stor innvirkning på barnet. Makrosystemet utgjør de ideologiske og institusjonelle mønstrene som preger kulturen vår, altså sett av verdier, holdninger og tradisjoner, som bevist eller ubevist preger hvordan vi ser og oppfatter verden. Det samfunnet et menneske lever i preges av verdisystemer som igjen har innflytelse på samfunnet som helhet, samt dets enkelte bestanddeler. Individet i et samfunn vil preges av samfunnets verdisystem ved å tolke virkeligheten gjennom et utgangspunkt i dette systemet (Bronfenbrenner, 1979). Viktige elementer her utgjør samfunnets lover og forordninger, dets sosial- og familiepolitikk, prioriteringer og satsningsområder, kvaliteten på omsorgs- og utdanningsinstitusjonene og samordning av tiltak for barna.

2.4.5 Økologiske overganger

Etter å ha introdusert den økologiske modellen for utvikling fremlegger Bronfenbrenner uttrykket “*økologisk overgang*” som en betegnelse på rolleendringer eller forandringer: “*An ecological transition occurs whenever a person’s position in the ecological environment is altered as the result of a change in role, setting, or both* (Bronfenbrenner, 1979:26).” En økologisk overgang inntreffer hver gang et individ forflytter seg fra et mikromiljø til et annen. Eksempler på slike overganger er å bli foreldre til et for tidlig født barn. Både foreldrene og barnet vil gjennomgå slike overganger. Dette omhandler ikke bare barnet og det umiddelbare miljø, men også

ytre omgivelser. En kan anta at risiko og muligheter utgjør hver sine ytterpunkt (Bø, 2000). Slik blir den totale settingen personen befinner seg i, eller helhetsperspektivet, viktig i oppfølging av for tidlig fødte barn. Bronfenbrenner (ibid) påpeker kontinuitet mellom de ulike sosialiseringsarenaene i livet til et individ under utvikling.

Bronfenbrenners teori er omfattende. Under dette punktet er det bare presentert et kort utsnitt av kjennetegn ved modellen. Modellen er imidlertid relevant for studien, da modellen viser miljøet som et komplekst sett av samhandlinger mellom dets ulike elementer, slik at endring i ett element kan påvirke de andre delene av det sosiale systemet. Barnets utvikling blir i henhold til dette et resultat av samspillet mellom disse miljøene og systemene.

3. DESIGN OG METODE

Dette kapitlet redegjør for studiens design og metodisk tilnærming. Designet er planen for hvordan studien legges opp, og har betydning for studiens gjennomføring. Den metodiske tilnærmingen redegjøres for gjennom planlegging, gjennomføring, analyse og forskningsetiske overveielser.

3.1 Design

Denne studien har benyttet beskrivende design, som karakteriseres av større grad av struktur enn utforskende design. Metodologien har sine likskaper, men i anvendelsen av beskrivende design har forsker mer forhåndsdefinerte temaer som gir større grad av styring for datasamlingen (Nord, 1998). Et beskrivende design kan gjennomføres innenfor kvalitativ metode med tekstdata eller innenfor kvantitativ metode med talldata. Studiets formål grad av struktur og størrelsen på utvalget blir bestemmende (ibid; Lorensen, 1998). Gjennom søk i litteratur, som vist til i kapittel 2, ble det funnet lite tilgjengelig kunnskap relatert til studiens problemstilling. Med bakgrunn i nyere forskning om for tidlig fødte barn og faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn (SHdir, 2007), var det av interesse og hensikt å etterspørre og beskrive helsesøstrers funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. Halvstrukturert intervju ble benyttet som metode for datasamlingen. Det kvalitative forskningsintervju vil bli redegjort for under 3.2.1.

3.2 Metodisk tilnærming

I forskningsmetodisk valg tas det stilling til hvilken type kunnskap en ønsker å produsere. Metode står for ”veien til målet”. Forskningsspørsmålene gir retning for hvilken type data som skal samles inn, for å oppnå hensiktsmessig besvarelse (Lorensen, 1998; Polit & Beck, 2004). Kvalitative metoder kan gi innsikt og

informasjon om et fenomen, basert på enkeltpersoners tanker og erfaringer direkte fra de som har erfart fenomenet (Kvale, 2007; Malterud, 2003).

Kvalitativ metode som kommer fra humanvitenskapene har som mål å forstå et fenomen (ibid). Det overordnede målet er å utvikle forståelse og sammenheng mellom fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i den sosiale virkeligheten. Forståelse henger sammen med den kontekst eller situasjon det forstås innenfor. Sammenhengen varierer avhengig av mottaker sin bakgrunn og situasjon (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2004). En kvalitativ tilnæringsmåte beskriver nyansert det som finnes, og er mindre opptatt av hvor ofte det finnes. Begrepet ”livsverden” (Aadland, 2004) blir nyttet i klargjøring av denne dimensjonen (Kvale, 2007). Når en ønsker å få innblikk i hvordan et fenomen erfarer av et annet menneske, ønsker en tilgang til deres livsverden. Gjennom samhandling og dialog kan en få tilgang til den andres perspektiv.

Kvalitativ forskning baserer seg på et ”subjekt-subjekt-forhold” mellom forsker og respondent. Forskeren påvirkes av de personene eller situasjonene som studeres, og har innflytelse på hvordan datainnsamlingen foreløper. Bruk av kvalitative metoder forutsetter forpliktende innsamling og bearbeiding av data mot en systematisk sammenfatning som skildrer og analyserer fenomenene en ønsker å studere. Stor grad av åpenhet og fleksibilitet kjennetegner hele prosessen, der egenskaper eller trekk ved et fenomen registreres med tekst eller observasjoner som arbeidsmateriale (Kvale, 2007). En kvalitativ metode velges gjerne når målet er å utvikle ny kunnskap om et tidligere lite beskrevet tema. Polit & Beck (2004; 56) sier: “*qualitative researchers usually focus on an aspect of a topic that is poorly understood and about which little is known*”. Dette gjør kvalitativ tilnærming også egnet til å søke kunnskap innen relativt ukjente felt (Kvale, 2007). Forskningssituasjonens kulturelle kontekst og det teoretiske rammeverket både avgrenser og definerer hvilke sider av sin virkelighet respondenten beskriver i sine svar. Bruk av kvalitativ metode er egnet når målet er å

forstå heller enn å forklare (Malterud, 2003). Da denne studien har dette formålet, er kvalitativt forskningsintervju valgt som metode.

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Intervju er en datainnsamlingsteknikk som involverer verbal kommunikasjon mellom forsker og respondent (Kvale, 2007). Ved forskningsintervjuet er samtalen omformet til et forskningsverktøy. Forskerintervjuet er en samtale mellom to partnere om et tema av felles interesse, men det er ikke en likeverdig samtale, da forsker definerer og kontrollerer situasjonen. Intervjuet har struktur og hensikt. Grad av struktur kan variere ut fra undersøkelsens formål og problemstilling. Betegnelsen strukturert eller ustrukturert intervju blir brukt i omtalen av grad av styring som representerer hver sitt ytterpunkt. Imellom disse finner en det halvstrukturerte kvalitative forskningsintervju. I et halvstrukturert intervju vil forsker styre samtalen mer enn ved ustrukturert intervju, og slik sikre at tema av interesse blir tatt opp (Polit & Beck, 2004).

Fleksibiliteten i intervjusituasjonen er imidlertid viktig for å knytte spørsmålene til den enkelte respondents forutsetninger (ibid). Ved å bruke et halvstrukturert intervju kan forsker følge respondentens fortelling, samtidig som han har en plan over visse tema som skal belyses i løpet av intervjuet. Tilleggsspørsmål nyttes når forsker ønsker at respondenten skal utdype eller klargjøre utsagn (Malterud, 2003). Metoden stiller krav til forskers bevissthet på samhandlingen i situasjonen, spørsmålsstillingen og evne til å lytte og vise ekte interesse for det respondentene forteller. I tillegg er det en forutsetning for et godt datamateriale at intervjuer er øvd i intervjuteknikk og har satt seg godt inn i eksisterende empiri og teori på fagfeltet som forskningen bygger på (ibid; Kvale, 2007).

3.3 Planlegging av undersøkelsen

Planleggingen besto av forberedelser som la grunnlag for den praktiske gjennomføringen av studiens empiriske del.

3.3.1 Forforståelse og egen forskerrolle

Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanser, vi har med oss inn i forskningsprosjektet før arbeidet starter. Det påvirker måten vi samler inn og leser våre data på. Dette er en viktig motivasjonsfaktor for å sette i gang med et prosjekt om et bestemt tema. Bevissthet rundt egen forforståelse og forskerrolle kan gjøre en mer sensitiv og åpen når det gjelder å se forutsetninger for kunnskaper om erfaringer i eget intervju materiale. Da kan en forebygge å bli blendet av egne oppfatninger (Malterud, 2003; Kvale, 2007). Mange år klinisk arbeid som sykepleier i spesialisthelsetjenesten i samhandling med barn, unge, foreldre og fagfolk, har styrket min interesse for et økologisk perspektiv på barns utvikling generelt og helsesøsterrollen spesielt. Før oppstart av studien, tenkte jeg gjennom hvilken interesse og erfaring jeg hadde med emnet. Å gå inn i forskerrollen, krever mer enn bare det å ha kunnskap om de temaene som man ønsker å ta opp i intervjuet, man må også tenke over hvordan man forholder seg til andre mennesker (Malterud, 2003). Forskers viten sammen med ens ubeviste prosesser kan påvirke intervju situasjonen. Å ivareta respondentene med mål om at de ikke utsettes for store belastninger, er en forsker oppgave. Å være forberedt på mulige etiske utfordringer som kan fremtre under intervjuet, bør være gjennomtenkt så langt som mulig (Kvale, 2007). I dette ligger det en utfordring om å være åpen, lyttende og reflekterende, for å få frem ny mening og forståelse, eller få tak i det en ikke vet. I følge Haavind (2000) ligger utfordringen i bearbeiding av et empirisk materiale i det å reflektere ut egen forforståelse, og ha et bevisst forhold til den gjennom hele forskningsprosessen. Jeg ønsket å vite mer om erfaringer med oppfølgingsarbeidet med for tidlig fødte barn.

3.3.2 Kriterier for valg av respondenter og rammevilkår

I kvalitative studier ønskes det en variasjon og bredde i materialet for å belyse fenomenet så grundig som mulig. I studien er det gjort et strategisk utvalg, eller "purposeful sampling" (Polit & Beck, 2004), der utvalget er sammensatt ut i fra en målsetning om at materialet skal inneholde data i dybde og bredde som kan gi

relevante svar på problemstillingen. Variasjonsbredde i datamaterialet gir mulighet for å få frem og beskrive nyanser innen ett tema. Et svært homogent materiale kan vanskeliggjøre tilgang på data som åpner for nye spørsmål (Malterud, 2003).

Inklusjonskriteriene i studien var følgende:

- Fullført helsesøsterutdanning
- Helsesøster med minimum to års erfaring som helsesøster
- Helsesøster har erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn født før uke 37, i barnets første leveår
- Geografisk avgrenset til ett fylke

Ut fra studiets problemstilling var det gitt at sykepleier i videreutdanning til, eller uten helsesøsterutdannelse ikke fullførte kriteriene. Å inneha praksis som helsesøster ligger til grunn for erfaring med for tidlig fødte barn gjennom første leveåret. For tidlig fødte barn er en liten gruppe, som etter sykehusopphold tilhører ulike kommuner i et fylke med 26 kommuner og et samlet innbyggertall på vel 100.000. Kommunenes størrelse varierte fra rundt 900 beboere, til i overkant av 11000 innbyggere. Nesten halvparten av innbyggerne bor i spredtbygde strøk. Geografiske forhold gjør at avstanden til sentralsykehuset kan være lang, opp til 3,5 – 4 timers kjøring, der flere kommuner i tillegg er avhengig av ferjeforbindelser. Det er én helsestasjon i hver kommune; med ½ - 6,5 helsesøsterstillinger. Prematurforeningen har ikke en egen gruppe i Sogn og Fjordane.

Å inkludere alle for tidlig fødte barn ble gjort ut fra mål om å skaffe informasjonsrike data i bredde og dybde. Ved å avgrense til Sogn og Fjordane fylke, ville det gi kunnskap om granskningsfeltet, og forståelse for respondenten sin referanseramme. Denne studien var tilknyttet et kvalitetsutviklingsprosjekt i Helse Førde, med formål å bedre oppfølgingen av for tidlig fødte barn og deres familier.

3.3.3 Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering av respondenter

Studien ble presentert på samling for helsesøstre i fylket (oktober 2007), slik at aktuelle respondenter fikk en orientering. I etterkant ble informasjonsskriv om studiet sendt ut (vedlegg 2) til ledende helsesøster ved alle helsestasjonene i fylket, med forespørsel til ledende helsesøster om å rekruttere respondenter ved sin helsestasjon ut fra inklusjonskriteriene. Dette for å gi informasjon gjennom flere kanaler. Vedlagt informasjonsskrivet lå også et skriv med forespørsel om deltakelse ut i fra studiets inklusjonskriterier, samt samtykkeerklæring for deltakelse (vedlegg 3,4).

3.3.4 Størrelse og presentasjon av utvalg

En retningslinje for kvalitative utvalg er at antall respondenter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser, samtidig som en bør en intervjuer så mange personer som nødvendig for å få vite det en trenger på vite (Kvale, 2007). Begrepet ”metning” blir også brukt som et kriterium for å avgjøre når man har et dekkende antall respondenter (Fagermoen, 2005). Dersom respondentene kommer med nye erfaringer om temaene det spørres om, kan det være hensiktsmessig å utvide antall respondenter. Om det ikke fremkommer nye momenter i de siste intervjuene, har det liten hensikt å rekruttere nye respondenter.

For å få variasjonsbredde (Malterud, 2003) var det ønskelig å intervjuer helsesøstre fra forskjellige områder i fylket. Fjorten helsesøstre meldte seg til intervju ved å returnere samtykkeerklæringene (vedlegg 4). Helsesøster ble kontaktet etter svarrekkefølgen for å avtale tid og sted for intervju. Intervjuene ble utført ved deres arbeidssted i deres arbeidstid. De to første intervjuene ble gjennomført som prøveintervju (jf 3.3.6). To respondenter ble ikke inkludert i studien grunnet manglende erfaring med for tidlig fødte barn i barnets første leveår. Studiets empiriske materiell er data fra kvalitative intervjuer med ti helsesøstre ut i fra inklusjonskriteriene.

Alle respondentene var kvinner med mer enn fem års erfaring som helsesøster, og over 19 års erfaring som sykepleiere. Åtte respondenter hadde tatt sin helsesøsterutdanning for mer enn ti år tilbake og de fleste hadde arbeidet som helsesøstrer siden de tok utdanningen. Noen få hadde erfaring fra flere helsestasjoner. Dette viste stor stabilitet i helsesøster stillingene ved disse helsestasjonene, som hadde variasjon i antall helsesøsterstillinger fra en (100 %) til mer enn fem stillinger. Det innebar ulik grad av kollegafelleskap. Flere respondenter hadde tilleggsutdanning utover helsesøsterutdanningen og noen var i etter- og videreutdanning. Noen år var det flere for tidlig fødte og så kunne det gå flere år til neste gang helsesøster skulle følge opp et for tidlig født barn.

3.3.5 Dataguide

Dataguiden ble utarbeidet med det formål å innhente helsesøsters erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. Plan for intervjuet, dataguide (vedlegg 5) skal omfatte sentrale tema og spørsmål som belyser problemstillingen, og slik fungere som et rammeverk for intervjuet. I denne studien ble det valgt en halvstrukturert guide, som gir en viss grad av fleksibilitet i intervjusituasjonen (Kvale, 2007). Dataguiden ble utarbeidet på bakgrunn av teori og tidligere forskning rundt emnet og med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, da dette var tjenlig, for å få dekket de temaene jeg var interessert i. Samtidig som forsker har forestillinger om hva som kan bli fortalt, må en være forberedt på at fortellingene kan ha et annet fokus (Malterud, 2003). Jeg ønsket å sikre fokus for intervjusamtalen ved hjelp av guiden, samtidig som det ble gitt rom for respondentens egen opplevelse. Selv om spørsmålene i dataguiden var satt opp i en bestemt rekkefølge, ga det rom for å bevege seg mellom spørsmålene, med den hensikt at helsesøster skulle oppleve å være i en samtale der egne erfaringer kunne bli formidlet.

3.3.6 Prøveintervju

Grundig forberedelse er av betydning for å oppnå god kvalitet på datainnsamlingen (Kvale, 2007). Etter utarbeidelse av dataguide ble to prøveintervjuer gjennomført. For å få en mest mulig realistisk lik setting som var tiltenkt hovedintervjuene, ble inklusjonskriterier og plan for gjennomføring valgt. Intervjuene ble utført, tatt opp på bånd og transkribert. Dette ga verdifull erfaring i forhold til å se hva som fungerte og hva i guiden som måtte endres. Spørsmålsstillingen ble tydeliggjort i forhold til spørsmål som ”hva tenker du”, ga refleksjon over oppfølgingsspørsmål. Ved transkribering ble det tydelig at mange ord ble brukt i enkelte spørsmål.

Prøveintervjuenes erfaringer gjorde meg forberedt og tryggere på intervjuerrollen, og skapte refleksjoner rundt intervjusituasjonen. Å gi respondenten tid til sin fortelling og til refleksjon under intervjuet ble bevisstgjort. Samtalen er et viktig verktøy i samhandling med barn og foreldre i mitt arbeid. Likeens det å skape en trygg og god ramme rundt samtaler. Forskerrollen ble likevel ny.

3.4 Etiske overveielser

I kvalitative forskningsintervju oppstår en samhandling som påvirker både respondent og intervjuer (Kvale 2007). Å gjøre etiske overveielser gjennom hele forskningsprosessen er av betydning, da hensynet til forsøkspersonene står sentralt, og de må ikke utsettes for skade eller utnyttelse. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2006) gir retningslinjer for forsker sitt etiske ansvar. Kvale (2007) presiserer forskers etiske ansvar ved tre etiske prinsipper: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

3.4.1 Informert samtykke

I all forskning er det krav om informert samtykke til deltakelse hos involverte personer. Punkt 3.3.3 og 3.3.4 redegjør for tilgang til feltet, rekruttering og utvalg av respondenter er foretatt. Informert samtykke skal sikre respondentene forståelig og

tilstrekkelig informasjon om studiet så de vet hva de deltar på. Deltakernes frivillighet skal sikres ettersom intervju opptar deres tid og kan omhandle privat informasjon (Malterud, 2003). Informasjonsskriv om studiens hensikt, frivillig deltakelse og retten til å trekke seg fra studien når som helst underveis ble utsendt (vedlegg 3) og tilgjengelig, før skriftlig samtykke til intervju (vedlegg 4) ble returnert.

Respondentene hadde mulighet til å kontakte meg eller veileder både på forhånd og i etterkant av intervjuene. Ved intervjuoppstart ble denne informasjonen også gitt muntlig. Avslutningsvis i intervjuet ble respondentene spurt om det var noe de ønsket å ta opp.

3.4.2 Hensynet til konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer å offentliggjøre data på en slik måte at det ikke avslører intervjupersonens identitet. Å behandle persondata konfidensielt, og forsvarlig oppbevare personopplysninger er et krav innenfor forskningsetikken (NESH, 2006). Denne studien ble innmeldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD) for godkjenning (vedlegg 1). Fiktive navn har vært nyttet på respondentene i bearbeiding av datamaterialet. I det ferdige materialet er respondentene og kommunene anonymisert. Dialekt og særegne uttrykk er fjernet. Å sikre konfidensialitet gir en ekstra utfordring i et lite fylke med små kommuner. Derfor er respondentene lite presentert for å sikre konfidensialitet (Kvale, 2007). Liste over navn og referanse ble nedlåst sammen med samtykkeerklæringer, og atskilt fra det innlåste lydopptaket. Det har blitt presisert for respondentene at lydbåndene vil bli slettet etter studiens sensur.

3.4.3 Konsekvenser

Forskeren må tenke gjennom hvilke konsekvenser studien kan ha for deltakerne. Det innebærer også å være oppmerksom på at respondenten kan si ting i intervjuet som de senere angres på (ibid). Et etisk dilemma kan være følelsen av stress i forhold til ting helsesøster burde gjøre mer av i følge forventninger fra lover og retningslinjer. En

annen ting er at respondentene avsetter mye tid og åpner seg for en fremmed. De får ingen kompensasjon for dette, og vil ikke sitte igjen med råd og veiledning slik som i andre settinger. Noen respondenter påpekte at det var verdifullt i seg selv at noen var interessert i deres situasjon, erfaringer og opplevelse. En fordel er opplevelsen av å kunne bidra til at andre kan nyttiggjøre seg den kunnskapen og innsikten deres fortellinger kan føre med seg. For noen kan opplevelsen av å se tema klarere bli til, når de selv setter ord på opplevelse og følelser de tidligere ikke har beskrevet på en slik måte. Respondentene ble bedt om å kontakte meg om det var noe de ville formidle eller undret seg på etter intervjuet. Jeg ble kontaktet på e-post og telefon for tilleggsdata. Ansvar for å ivareta respondentenes fortellinger ble også forsøkt ivaretatt gjennom tydelighet i informasjonsskriv og ved oppstart av intervju. Respondentene viste meg stor tillit, ved å være så åpne, ærlige og direkte som de har vært i å dele sine erfaringer med meg. Jeg har vært opptatt av å gjøre etiske overveielser gjennom hele forskningsprosessen (NESH, 2006), og har følt et stort ansvar for å formidle deres erfaringer videre på en redelig måte.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i en periode på fem måneder. Respondentene fikk velge når og hvor intervjuene skulle finne sted. Ved innhenting av kvalitative data gjennom samtale vil konteksten rundt samtalen være av betydning for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2003). En kort briefing er med på å definere situasjonen for respondenten (Kvale, 2007). Før intervjuoppstart ble det gitt en innledning med presentasjon av meg selv, gjentakelse av studiets hensikt, informasjon om praktisk gjennomføring og introduksjon til tema. Det ble tydeliggjort at respondenten selv bestemte hva en ville svare på, og når en eventuelt trengte pauser. Retten til å trekke seg fra studiet ble klarlagt (Kvale, 2007; Malterud, 2003). Tillatelse til å bruke båndopptaker ble gitt. Noen respondenter bemerket at båndopptakeren var en belastning i starten av intervjuet, men når samtalen var i gang viste det seg at de overså båndopptakeren. Intervjuenes varighet var fra 45 til 65 minutter. For helsesøstre innebar det å stille

seg til rådighet for intervju ekstra tidsbruk i en travel hverdag. Likeledes kunne det berøre egne følelser knyttet til tema, både av glede og sårbarhet. En hensikt er at intervju skal utgjøre en positiv opplevelse for respondenten, og en følelse av å ha bidratt med kunnskap (ibid). Avslutningsvis i spørsmålsstillingen fikk respondentene åpen invitasjon til å komme med tilleggsinformasjon med utgangspunkt i spørsmålene før vi avsluttet. Min opplevelse var at helsesøstrene var åpne og ga rike beskrivelser. Etter samtalen ble notater fra intervjusituasjonen skrevet ned, med fokus på oppfølgingsspørsmål, nonverbale uttrykk, og hvordan intervjuer opplevde stemningen i møtet. Dette ble og til hjelp i refleksjoner knyttet til gyldighet i forskningsprosessen.

3.6 Analyse og bearbeiding av data

3.6.1 Transkribering

Målet er å gjengi samtalen slik at den utgjør det respondenten hadde som mål å formidle (Kvale, 2007). Hvert intervju ble transkribert fortløpende, før nye intervju ble gjennomført. Slik fikk jeg en grundig gjennomgang og repetisjon av intervjuet kort tid etter gjennomføring. Transkriberingen var en møysommelig prosess, tok mye tid, men gav god mulighet til å bli kjent med innholdet i hvert intervju. Det var utsagn og detaljer jeg ikke hadde oppfattet i løpet av intervjuet. Samlet utgjorde intervjuene ca 10 timer på lydbånd. Den muntlige teksten ble nedskrevet så eksakt som mulig, for å ivareta meningsinnholdet. Likevel er det transkriberte materialet en fortolket utgave av det originale opptaket (Malterud, 2003). Enhver transkripsjon fra én kontekst til en annen medfører en rekke vurderinger og beslutninger (ibid). Dette kan skyldes at en hører feil, eller at en tegnsetter feil ”Hvor slutter en setning? Når er det pause?” (Kvale, 2007). I tilfeller var det vanskelig å tegnsatte, slik at teksten uttrykte det samme som båndet. Tonefall og emosjonelle stemninger (sukk, latter, nervøs latter osv) ble tatt med i transkriberingen, på bakgrunn av at nonverbal kommunikasjon former mening i samtalen (Malterud, 2003). Ikke alle intervju var like

informasjonsrike, men de ga likevel mye informasjon. Lydopptakkkvaliteten var god, og til hjelp for nøyaktigheten i overføringen til tekst. I ettertid ble deler av teksten, eksempelvis presentasjonen i oppgaven, språkvasket og anonymisert.

3.6.2 Analyseprosessen

Målet med analysen er å bygge bro mellom rådata og resultat ved at det organiserte datamaterialet blir tolket og sammenfattet (Malterud, 2003). Prosessen med å velge, fokusere, forenkle, abstrahere og omforme datamaterialet kalles ”datareduksjon”, noe det ble fokusert på gjennom hele analyseprosessen. Det skjer også en datareduksjon i forkant når forsker bestemmer seg for hva det skal forskes på, sammen med undersøkelsens problemstilling, hvilke forskningsspørsmål som skal stilles, og slik hvilke datainnsamlingsmetoder og rammeverk som skal brukes (ibid). Svarene blir bestemt både av materialet en har, de spørsmålene en stiller datamaterialet, og den teoretiske referanserammen. Analysearbeidet starter kognitivt allerede i intervjusituasjonen (Polit & Beck, 2004; Malterud, 2003).

Malteruds (ibid) fremstilling av systematisk tekstkondensering er utgangspunkt for videre dataanalyse. Formålet med analysen er å utvikle kunnskap om respondentenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Analyseprosessen skisseres i fire trinn:

- Å få et helhetlig inntrykk - fra villnis til temaer
- Meningsbærende enheter - fra temaer til koder
- Kondensering – fra koder til mening
- Sammenfatning – fra kondensering til skildring og begreper

Datamaterialet ble flere ganger gjennomlest for å få et helhetsinntrykk (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2004). Den store datamengden gjorde det utfordrende å danne seg et klart bilde av innholdet i datamaterialet. Lydfilene med intervjuene hadde jeg lyttet til gjentatte ganger. Ved å ha transkribert lydfilene selv var det lett å erindre

følelser og stemninger fra intervjusituasjonen. Det ble stilt spørsmål til teksten i form av ”hva handler dette om? Hvilken mening gis eller formidles her?” Gjennom lytting, lesing og refleksjon kom det frem mønstre og temaer som gikk på tvers av intervjuene. Noen tema gikk igjen eller overlappet hverandre. Til slutt ble de samlet til tre hovedkategorier. Noen valg er bevisste og andre ubevisste. Kvale (2007) forklarer det med en indre og ytre forståelse med samspill mellom bevisste og ubevisste valg når empiriske data skal beskrives, tolkes og forstås. I følge Malterud (2003) er dette intuitive steg i organisering av datamaterialet. Videre ble teksten gjennomgått med tanke på å finne meningsbærende enheter, som var tekstutdrag som belyste de foreløpige temaene (ibid). Et kategoriseringskjema med undertema eller koder ble laget med utgangspunkt i tre hovedkategorier (tabell 2). Ved merking av teksten som utgjorde de meningsbærende enhetene startet kodingen. Til hjelp opprettet jeg flere dokumenter i ”word”, ett for hver hovedkategori. Data ble systematisert og kategorisert ved å klippe over data i de kategoriene de hørte hjemme i. Utsagn ble kodet og respondent fikk egen fargekode og tall, noe som hjalp på struktur og oversikt over et stort datamateriale. På denne måten kunne jeg hele tiden finne tilbake til hvor det enkelte utsagn stammet fra. Ved å dele inn teksten i kategorier kan store mengder av data sammenfattes til oversiktelige enheter (ibid). Utsagn som ikke fikk pass i de tre kategoriene ble i første runde plassert i en restkategori. Det var også utsagn som passet inn i flere av hovedkategoriene, og de ble i første runde kodet inn under flere kategorier. Materialet og analyseringen ble bevisst holdt opp mot problemstilling og forskningsspørsmål, noe som ga endringer under prosessen. Prosessens struktur og oversikt ga rom for justeringer av tekst mellom kodene.

Tabell 2 Kategoriseringskjema med koder.

| A. HELSESØSTER OG FOR TIDLIG FØDTE BARN, UTFORDRINGER | B. SAMARBEIDSFORHOLD SOM PÅVIRKER OPPFØLGINGEN |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Lite erfaring med for tidlig fødte barn 2. Å være alene om ansvar og vurderinger 3. Generalister, ikke spesialister 4. Ønske om mer tid 5. Ønske om faglig oppdatering | <ol style="list-style-type: none"> 1. Foreldre 2. Helsestasjonslegen 3. Fysioterapeut 4. Spesialisthelsetjenesten |
| C. I MØTE MED FOR TIDLIG FØDTE BARN OG DERES FORELDRE | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trygghet 2. Foreldrenes mestring er helsesøsters mål 3. Hjemmebesøk som møte 4. Fokus på samspill | |

Kondensering – fra koder til mening beskrives som trinn tre i analyseprosessen (Malterud, 2003). Meningsbærende enheter ble abstrahert og kondensert. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for i etterkant å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og den teoretiske referanserammen (ibid). Når materialet var gjennomgått som vist i tabell 2, representerte det reduserte materialet et dekontekstualisert utvalg av sorterte, meningsbærende enheter. Gjennom hele analysen ble det fokusert på hvordan å velge ut og redusere data gjennom organisering, forenkling og abstrahering. Kodene bidro til å fremheve meningsinnholdet i teksten. På denne måten ble min forståelse av tekstmaterialet formulert. Tabell 3 eksemplifiserer kategori og kodegruppe som de kondenserte utsagnene og de meningsbærende enhetene var sammenhørende med.

Tabell 3 Analyteskjema.

| Meningsbærende enheter | Kondensert enhet | Kode | Kategori |
|--|--|--|--|
| Det er ikke hvert år vi har for tidlig fødte barn i vår kommune. Det gjør noe med hvilken erfaring vi får med dette. Hvor mange for tidlig fødte barn det er i løpet av ett år varierer veldig. Noen år er det ingen. Andre år kan det være en til to til tre. | Det er ikke hvert år vi har for tidlig fødte barn i vår kommune. Antall for tidlig fødte barn varierer fra 0-3 barn pr år. Dette påvirker vår erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn. | Lite erfaring med for tidlig fødte barn. | Helsesøster og for tidlig fødte barn, utfordringer |
| Det er klart at vi har en kulturforskjell som gjør fryktelig mye når vi samarbeider med leger fra andre kulturer som ikke kan så mye om norske forhold. Jeg har ikke noe dårlig forhold til dem, men det er det at vi ser ting fra veldig ulike synsvinkler. Det er jo en utfordring det ja, men det er det med språket også. Og jeg opplever ofte at det blir misforståelser som vi må rette opp i. | Vi har en kultur forskjell av betydning i samarbeider med leger fra andre kulturer som ikke kan så mye om norske forhold. Deres språkproblemer fører ofte til misforståelser vi må rette opp i. Ulikt syn på ting er en utfordring, selv om jeg ikke har noe dårlig forhold til dem. | Helsestasjonslegen | Samarbeidsforhold som påvirker oppfølgingen |

Til slutt i analyseprosessen settes bitene sammen på ny: ”rekontekstualiseres” (Malterud, 2003). Dette ble fremstilt ved at det kodenserte innholdet gjenfortalt under sitater ble formidlet i resultatpresentasjonen. Det var viktig å formidle sammenfatningen på en slik måte at den var lojal mot helsesøsters stemme og ga innsikt og tillit til leser slik validitetskriteri forutsetter (ibid; Kvale, 2007). Derfor ble resultatene vurdert om de fortsatt ga en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig kom fra. Overskriftene er basert på empiriske data, teoretisk bakgrunn og forskerens forforståelse.

3.7 Kvalitetskriterier og metodekritikk

Vurdering av kvaliteten i kvalitative studier fremmer spørsmål om den presenterte forskningens sannhetsverdi. Polit & Beck (2004) sier at det underliggende spørsmål bak begrepene validitet og reliabilitet, er å vurdere om data reflekterer sannheten. Hvilke kriterier som skal anvendes for mål av den kvalitative forskningens sannhetsverdi har vært omstridt (Kvale, 2007). Malterud (2003) foretar kvalitetsvurderingen ut fra kriteriene relevans, validitet og refleksivitet. De videre vurderingene i studien vil følge disse kriteriene.

3.7.1 Relevans

Ved relevans ble det aktuelt å spørre om design og metode hadde vært egnet i forhold til hva studien spurte etter. Relevans er slik en dimensjon av validitet. Ved studiens start ble det foretatt litteratursøk i ulike databaser med flere forskjellige søkeord. Søk har videre vært gjennomgående under hele forskningsprosessen. Samtale med veileder og fagpersoner som er eksperter på tema har gitt gode innspill. Å sette seg grundig inn i forskningsfeltet fremheves som viktig (Malterud, 2003). Det er gjort rede for utforming av intervjuguide og prøveintervjuer. Beskrivelse av respondentene, intervjusituasjonene, intervjuer samt min tilknytning til forskningsfeltet er gitt. Hvordan intervjuene gjennomførtes, transkribertes og analysertes er (Kvale, 2007) av betydning for resultatene. Transkripsjonen er utført av en person. Det kan svekke påliteligheten, men er en styrke ved at alle intervju ble transkribert på samme måte. Gjennomføring av transkripsjon kort tid etter intervjuene styrker påliteligheten i datamaterialet (ibid). Fremgangsmåte for analyse av datamaterialet er blitt belyst trinnvis. Grad av nøyaktighet kan allikevel være noe upresis ettersom beskrivelsen av fremgangsmåter kun baseres på mine egne observasjoner og oppfatninger, i ny rolle som forsker.

3.7.2 Validitet

Malterud (2003) presiserer at validitet må kunne etterspores gjennom hele forskningsprosessen. Validitet omhandler sannhet og gyldighet. Hvor vidt resultatene og tolkningene er til å stole på. Lincoln & Guba (1985) bruker begrepet "credibility" relatert til indre validitet. I studien fremstilles forberedelse, fremgangsmåte, beskrivelse og rapportering av forskningsprosessen for leser.

Hvilken metode som var egnet for å få frem helsesøstererfaringer på et tema som er svært lite beskrevet i litteraturen ble vurdert. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt og når målet er å beskrive erfaringer (Malterud, 2003). Forskning på for tidlig fødte barn er dokumentert, men ikke forskning på helsesøsters erfaringer med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår, slik denne studiens hensikt er. Det er forsøkt vist og pekt på relevant litteratur og nyere forskning relatert til tema. Problemstillingen ble utledet fra egne erfaringer og forskning. Det ble gjort grundig planlegging i forkant av intervjuene. Samtlige intervju startet med en kort introduksjon om studiens formål, og min rolle i dette arbeidet. Dette ble gjort for å avklare forskers rolle, og for å styrke den indre validiteten (ibid). Å vurdere troverdigheten kan i følge Lincoln & Guba (1985) gjøres ved å sjekke ut med informantene: "member checking". I følge Polit & Beck (2004) er det omdiskutert hvorvidt en skal gå tilbake til respondenter for å etterspørre deres mening. I denne studien gikk en ikke tilbake til informantene underveis i analysen, men benyttet "peer debriefing" (ibid). Underveis i intervjuene ble det bedt om utdypende beskrivelser når noe ikke ble forstått, og god lyd kvalitet på opptakene bidro til å styrke den deskriptive validiteten knyttet til nøyaktighet i gjengivelsen av respondentenes ytringer. Overførbarhet eller "transferability" (Lincoln & Guba, 1985) omhandler ekstern validitet. Hvordan andre overveier overførbarheten av det som fremkommer i studien, til andre felt. Gyldigheten av kunnskapen som er fremskaffet gjennom denne studien avhenger også av om den kan brukes til noe, eller hvilke sammenhenger studiens

resultater kan være gjeldende for (Malterud, 2003). Studien har benyttet semistrukturerte intervjuer med ti helsesøstre begrenset til et avgrenset geografisk område. Å intervjuer helsesøstre innenfor et fylke kan være en svakhet, da alle data er hentet fra ens geografiske kontekst. Samtidig som det gir en beskrivelse av helsesøster erfaringer avgrenset til et fylke. Større variasjonsbredde i utvalget ville gitt beskrivelsen av flere nyanser av fenomenene som ble undersøkt (Malterud, 2003). Siden studien ikke inkluderer observasjonsdata, vil funnene baserer seg på hva respondentene sier deres erfaring er. Selvseleksjon kan gi deltagere som er spesielt positive i forhold til temaet.

På den annen side har studien åpnet opp for muligheter til å sette ord på erfaringer og kunnskap som tidligere har vært svært lite berørt. Resultatene i studien vil bli relatert til teori og andre studier. Studiens utvalg er for lite til å generalisere til helsesøstre generelt. Resultatenes gyldighet er påvirket av min evne til å formidle resultatene mine. Den kommunikative validiteten gjelder både forskningsprosjektets resultater og konklusjoner, og ikke minst prosessen (Malterud, 2003). Gjennom valg av kvalitativ tilnærming har studien fått frem respondentenes erfaringer og beskrivelser. Med innblikk i deres arbeidssituasjon, kunne jeg lære om deres oppfatninger og meninger, og slik på en bedre måte forstå deres erfaringer i oppfølgingsarbeidet.

3.7.3 Refleksivitet

Refleksivitet omhandler forskers åpenhet til feltet som skal studeres, og om metoden som er valgt er den beste for å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). I studien er forskningsprosessen forsøkt tydeliggjort mest mulig, gjennom å klargjøre forventninger innledningsvis, og gjennom beskrivelse av design og metode i studien slik at leseren kan bedømme kvaliteten på arbeidet. Forskeren vil påvirke materialet i alle stadier av forskningsprosessen, fra tematisering til rapportering (Kvale, 2007). Gjennom prosessen har jeg prøvd å være oppmerksom på "blinde flekker" (Malterud, 2003), ved å reflektere underveis og drøfte sammen med veileder, for å bevisstgjøre

egen innflytelse på materialet. Kjennskap til feltet gir mulighet til å forstå det som skjer og slik unngå misforståelser. Bevissthet om egen forforståelse gjør forsker sensitiv i forhold til å se muligheter i datamateriale (Malterud, 2003). Utvikling av forståelse var en prosess fra å forstå hva respondentene konkret sa, videre til en fortolkning av hva de egentlig mente med en uttalelse og så til slutt en teoretisk forståelse av fenomenet som ble studert.

4. RESULTATER

Problemstilling og forskningsspørsmålene (1.3) danner rammen for presentasjonen av resultatene. Resultatene representerer innblikk i respondentenes funksjon og erfaringer med oppfølgingen av for tidlig fødte barn og foreldrene i barnets første leveår. Respondentenes beskrivelser kan være en indikasjon på hvilken måte de fokuserer på tema, i tillegg til hvordan møtene med disse barna og foreldrene er. Noen av respondentenes erfaringer vil bli gjengitt i sitatform for å underbygge funnene. Sitatene står i kursiv uten anførselstegn. Både særtrekk og fellestrekk i datamaterialet trådte frem i analysen. Der hvor resultatene samsvarte er det valgt ut representative sitater, mens andre sitater er valgt ut for å vise variasjoner i respondentenes betraktninger. I teksten omtales studiens deltakere som ”respondenter” og ”helsesøstrer”. Følgende kategorier fra analysen vil bli presentert:

- Helsesøster og for tidlig fødte barn, utfordringer
- Samarbeidsforhold som påvirker oppfølgingsarbeidet
- I møte med for tidlig fødte barn og foreldrene

4.1 Helsesøster og for tidlig fødte barn, utfordringer

Denne kategorien omhandler respondentenes kjennskap til for tidlig fødte barn, og forhold de beskrev som utfordringer av betydning for helsesøsters funksjon i oppfølgingsarbeidet.

4.1.1 Lite erfaring med for tidlig fødte barn

Alle respondentene fortalte at antall for tidlig fødte barn de hadde oppfølging av kunne variere fra ingen til tre barn i løpet av et år. Disse barna var således en lavfrekvent gruppe ved helsestasjonene. I tillegg hadde foreldrene ulike behov knyttet

til foreldrerollen. De fleste respondentene hevdet de hadde liten erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn generelt. Dette til tross for respondentenes erfaringer som helsesøstre og stabilitet i helsesøsterstillingene (jf 3.3.4).

Respondenter ved helsestasjoner med flere helsesøsterstillinger sa at det kunne gå lang tid mellom hvert for tidlig fødte barn den enkelte fulgte opp, da det ikke var noe organisert innbyrdes fordeling i oppfølgingsarbeidet overfor disse barna.

”... selv om det er mange barn som er født for tidlig, kan en være helsesøster i mange år uten å være borti disse.”

Helsesøstre i større kommuner påpekte at små kommuner får mer kontinuitet og kjennskap til familiene i oppfølging, da det er én helsesøster som følger opp alle barna i alle aldre. Noen kommuner hadde organisert oppfølging rundt familien, så én helsesøster fulgte alle barna i hver familie i sped- og småbarnsalder.

”Det er fordeler og ulemper med stort og smått. De er jo alene hele tiden. Vi helsesøstre i større kommuner kan bruke hverandre, det er veldig godt.”

Under intervjuene fortalte respondentene hvordan de definerte for tidlig fødte barn. Epikrisens ordlyd ble bestemmende for når et barn var for tidlig født ifølge noen:

”... det står i papirene fra sykehuset om et barn er for tidlig født.”

Flere respondenter sa at de definerte for tidlig fødte barn etter vekt. Ingen av helsesøstre tenkte kun uker i vurderingen av når et barn er for tidlig født.

”Jeg har tenkt vekt på disse barna.”

Fødselshistorien, nyfødtp perioden og eventuelle komplikasjoner ble avgjørende med tanke på for tidlig født- kategorisering og styrende for oppfølgingsarbeidet ved helsestasjonen, sammen med foreldrenes behov. Hvordan vektøkningen gikk var styrende for foreldres ønske om konsultasjonenes hyppighet. Noen sa det slik:

”En tenker ikke bare fødselsuker. Noen barn kan være fortidlig født men likevel ha høy fødselsvekt og ting kan ha gått komplikasjonsfritt under og etter

fødsel, mens andre født mot termin kan ha hatt dårligere vekt og det kan ha vært komplikasjoner.”

Det var stor forskjell på behov knyttet til oppfølging hos barnet om det var født i uke 36 eller 26. Samtidig beskrev respondenter at barn født i uke 37 kunne være ”small for gestational age” og i tillegg ha hatt en tøff start. Refleksjon rundt oppfølging ved helsestasjonen ble også beskrevet slik:

”Vekten, ukene og utviklingen blir styrende for oppfølgingen, men vekten og ukene styrer starten og så kommer utviklingen etterpå... en er mer obs etter hvor tidlig barnet er født og hvordan fødselshistorien har vært.”

4.1.2 Å være alene om ansvar og vurderinger

Helsestasjoner med kun én helsesøster hadde ikke vikar ved sykdom, ferier, eller kompetanseheving i form av etter- og videreutdanning. Alle helsesøstrene følte seg sårbare i forhold til ansvar og faglig oppfølging i sitt arbeid.

”... en sitter med et ganske enormt ansvar synes jeg, fordi en er alene med alt.”

Mangel på helsesøsterkollega for faglig drøfting og kollegafelleskap var et savn. Å jobbe mye alene kunne føre til at en glemte å lete eller se etter andre løsninger.

”Det er denne her helsesøstersamtalen. Å ha noen å samrå seg med, et helsesøsterfelleskap.”

Å innhente informasjon fra foreldrene og koordinere informasjon i oppfølging, var et ansvar respondentene følte på. Hva bør rapporteres videre og når, var utfordringer en som helsesøster kunne føle en satt alene med. På spørsmål ga respondenter uttrykk for at lite erfaring med disse barna utfordrende. En måtte stole på egne vurderinger.

”Med flere års erfaring som helsesøster er en godt kjent med den psykomotoriske utviklingen til barn generelt, og vet en del om når noen som trenger mer enn andre. Men barn er jo veldig ulike, så hva som skiller på å være sen i utviklingen i forhold til avvik kan være vanskelig å vurdere.”

4.1.3 Generalister, ikke spesialister

Respondentene formidlet både ansvar for og ønske om å strekke seg i tilbud til alle barn og foreldre ut fra deres ulike behov. Flere helsesøstre understreket at de hadde mange barn med ulike oppfølgingsbehov. Respondenter viste til at helsesøsterrollen favner om et bredt fagfelt, der for tidlig fødte barn var en gruppe. Helsesøster skal ha kunnskaper om svært mye, kunne muliggjøre fagutvikling og tilegne seg erfaringskompetanse innen et fagfelt med ulike arbeidsområder. Oppgaver forordnet fra sentralt hold var mange, og erfaring med flere lovpålagte oppgaver uten tilsvarende økte ressurser ble beskrevet. Hadde helsestasjonene fått spesialistoppgaver uten at opplæring og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten fulgte med? Dette var spørsmålsstillinger respondentene stilte seg.

”Vi skal vite så mye om så mange ting. Vi er jo som sagt ikke spesialister, men generalister. Helsesøstrer bør fortsette å være generalister, der styrken er kunnskap om mangfoldet.”

Noen respondenter reflekterte rundt det å organisere helsestasjonsarbeidet med hver sine fagområder som helsesøster arbeider spesielt med, og på en slik måte bli mer spesialisert innenfor områder i helsestasjonsfeltet. Helsesøstre i små kommuner hadde ikke denne muligheten. Andre respondenter mente helsesøster i sin hverdag hadde behov for spesialistkunnskap, men systemet var ikke organisert for å imøtekomme det behovet.

”En gjør så godt en kan, ut fra det en har kompetanse og mulighet til. Vi generalistene sitter med problemer som hører til i 2. linjetjenesten.”

Respondentenes uttalelser viste at det var en utfordring å holde seg oppdatert og videreutvikle faget sitt når arbeidsoppgavene var sammensatte og hadde et vidt fagområde. To respondenter sa det slik:

”Tema blir kanskje ikke så prioritert fordi vi ikke er så ofte bort i disse barna.”

4.1.4 Ønske om mer tid

Respondentene ønsket mer tid til rådighet.

”Disse barna trenger at konsultasjonene er lengre og hyppigere. Vi skulle hatt mer tid til rådighet sammen med de små.”

Å ha mer tid til rådighet var nødvendig for å øke kompetansen innen eget felt. Tid knyttet til samarbeid er også beskrevet under kategori 4.2. Respondentene hevdet at tid og ressurser var viktig for kvaliteten på oppfølgingen, og sa at med økt faglig kompetanse stiller en høyere krav til kvaliteten på arbeidet. Pålagte oppgaver hadde økt, uten tilsvarende økte ressurser. De nevnte rammebetingelser som begrensende i forhold til kursdeltagelse, etterutdanning og å starte prosjekter.

”Vi har interesse for å gå i dybden på ulike fagområder, men det stopper opp da vi har så stor bredde og så mange rutinemessige oppgaver vi skal gjøre. Det er frustrerende at de ressursene helsestasjonen innehar ikke gir rom for å nytte vår kunnskap og erfaring fullt ut. Det er prosjektmidler vi kan søke på, men en skal ha tid til å gjennomføre det også.”

Lite tid til foreldrenes behov for veiledning og støtte. På spørsmål om det var noe helsestasjonen burde ha gjort annerledes overfor foreldrene til de for tidlig fødte barna, ble mer tid til rådighet overfor foreldrene og barna vektlagt av alle respondentene. Helsesøstrenes idealer kom frem som fortellinger om helhetlig omsorg. Lite tid til foreldrenes behov for veiledning og støtte gikk på tvers av respondentenes ideal om tilgjengelighet, også å ha tid til å anerkjenne og møte foreldrene ut fra deres behov. Når respondentene omtalte veiledning og støtte i konsultasjoner, var det med fokus på å trygge foreldrene, og å gi dem en positiv opplevelse av seg selv i rollen som foreldre. Forhold, som barnets situasjon, hvordan fødsel og nyfødtpperioden hadde vært, gjorde foreldrenes behov ulike. I tillegg var det en forskjell på om foreldrene hadde barn fra før eller ikke, om de for tidlig fødte var tvillinger eller ett barn samt foreldrenes egen trygghet i situasjonen. Hvordan nettverket deres kunne gi støtte med tanke på behov for praktisk hjelp og støtte til å mestre foreldrerollen var også del av dette.

Foreldrenes vilje til å se barnet var stort, men uten bekreftelse og tett oppfølging ble foreldrene lett usikre, i følge respondentene. Tid og tilgjengelighet i samhandling med foreldrene gjorde foreldrene tryggere i samhandling med barnet.

”Foreldrene har også ulike ressurser. Det har noe med utdanning og sosial status, hvordan det henger sammen. ... hvordan det går med disse barna er veldig avhengig av hvordan foreldrene og familien har det.”

4.1.5 Ønske om faglig oppdatering

I samtalene uttrykte respondentene ønske om og behov for faglig oppdatering for å føle seg trygge og kompetente i oppfølging. Grunnutdanning i sykepleie- og helsesøsterutdanningen ga et godt generelt grunnlag for helsesøsters arbeid. Helsesøstrene sine erfaringer med og kunnskaper om oppfølging av for tidlig fødte barn og foreldrene i barnets første leveår var ikke enhetlig, så det var derfor ikke ensartet hva de trengte. Respondentene hadde liten anledning til faglig oppdatering ved egen arbeidsplass. Få respondenter hadde tilgang til internundervisning, og ved små enheter var fagmiljøet og kompetansen på fagområdet lite. Lav kursvirksomhet, og kommuneøkonomiens knappe ressurser ga lite mulighet for kurs, selv om det eksisterte kurs som respondenter mente var relevante.

Respondentene ønsket mer kunnskap om normalutvikling i tillegg til risikofaktorer hos for tidlig fødte barn, for å inneha tilstrekkelig kunnskap i vurdering av de for tidlig fødte barna. Respirasjon, ernæring og å korrigere alder var tema som respondentene gjentok at de ønsket mer kunnskaper om. Slik kunne en bli mer kompetent til å vurdere når en skulle arbeide videre med problemstillingen selv, og når en burde henvise videre. En helsesøster sa:

”Jeg trenger mer kunnskap om å kunne vurdere disse barna utviklingsmessig, for å ha mer svar når foreldrene spør. Jeg kunne ha tenkt meg å hospitert på en neonatalavdeling for å se hvordan de observerer og kontrollerer disse barna, for å lære hva skal vi se etter utover det som helsesøster gjør med barn født til termin.”

Respondenter opplevde å inneha god kunnskap om barns generelle utvikling. De var trygge på egne vurderinger i så måte. I oppfølging av de for tidlig fødte barna var helsesøster mer på vakt for avvikende utvikling, og uttrykte usikkerhet i forhold til vurdering av psykomotorisk utvikling.

Målet med faglig oppdatering var i følge helsesøster å inneha tilstrekkelig kunnskap i oppfølgingsarbeidet som de hadde ansvar for. Da kunne de kjenne seg trygge på at de ivaretok oppfølgingen godt nok. Det ble uttalt som å kunne trygge foreldrene i rollen, skape en god relasjon mellom foreldrene og barnet, og å beskytte og følge barnets utvikling. Det ble også beskrevet slik:

”Å være faglig oppdatert og trygg på at en gjør en god jobb overfor dem. Å bli flinkere til å individualisere tilbud til dem. Da blir vi tryggere i rollen vår også.”

Hvordan fagutvikling kunne organiseres hadde respondentene meninger om. Kurs for å føle seg tryggere på det teoretiske og å hospitere ved nyfødtpost for å integrere mer det praktiske var ønsker respondentene hadde.

”En kan ikke lese seg til alt. En må også se og kjenne det i handlaget.”

Helsesøsterveiledningsgrupper var etterlyst for å sikre tilhørighet og utvikle faglighet og identitet som gruppe. Noen helsestasjoner hadde erfaring fra veiledningsgrupper på tvers av helsestasjoner, men nå hadde ingen av respondentene slik organisert veiledning.

Ønske om strukturerte kartleggingsverktøy. Respondentene viste til at helsestasjonsprogrammet ble benyttet i kartlegging og oppfølging av alle barn ved helsestasjonen. Særegne kartleggingsverktøy ble ikke nyttet i kartleggingen av de for tidlig fødte barna.

”Vi har et datajournalprogram infodoc. Med mange spørsmål vi skal hake av på ved hver konsultasjon. Det gir en påminnelse om vi har tatt opp temaene. Der er det ikke noe spesielt program overfor for tidlig fødte barn.”

Respondentene viste til tettere oppfølging av for tidlig fødte barn, med målsetting om å tilstrebe et individuelt og helhetlig oppfølgingstilbud. Helsesøsters faglige vurdering i tillegg til epikrise og eventuell sykepleierrapport fra sykehuset lå til grunn for kartlegging. En respondent uttrykte grunnlaget for sin kartlegging:

”Når jeg kartlegger er helsestasjonsprogrammet og min faglige kjennskap til for tidlig fødte barn grunnlaget. I tillegg til det spesielle i tiden rundt og etter fødsel samt risikofaktorer og familiesituasjonen. I praksis blir det slik at foreldrene blir informanter sammen med epikrise og sykepleierrapport.”

Respondentene formidlet et ønske om metodestandarder som ville gi mer systematikk og med det økt trygghet for helsesøster i oppfølgingen.

Noen respondenter viste til Sosial- og helsedirektoratet (2007) sine faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Respondenter ønsket å benytte disse retningslinjene i det videre oppfølgingsarbeidet. Flere hadde savnet en slik skriftlig rådgivning, ønsket den velkommen og ønsket kurs på tvers av fagmiljøene i implementering av de faglige retningslinjene. Noen respondenter etterlyste en oppjustering i helsestasjonens dokumentasjonsprogram så vekstkurvene blir tilpasset bruk for de for tidlig fødte barn, noe de ikke var i dag.

4.2 Samarbeidsforhold som påvirker oppfølgingen

Denne kategorien omhandler respondentenes erfaringer med ulike samarbeidsforhold, som påvirket og ble styrende for oppfølgingsarbeidet.

4.2.1 Foreldre

Informasjon fra foreldre. Flere respondenter beskrev at de ba om informasjon fra foreldrene når en ikke hadde fått skriftlig informasjon fra sykehuset til det første møtet med barnet og foreldrene. Det ble da nødvendig å innhente informasjon fra foreldrene som en midlertidig løsning. Under intervjuene antydte respondenter at

mangel på faglige opplysninger fra sykehuset kunne ha innvirkning på helsesøsters trygghet disse konsultasjonene.

”Til tider er det sparsomt med de opplysningene vi får fra sykehuset, og epikrisene får vi veldig sent. Vi har ringt sykehuset flere ganger for å få tilbakemelding. Det varierer, men foreldrene bidrar mye med opplysninger for eksempel om fødsel og nyfødtpperioden, behov og hvordan det har vært.”

4.2.2 Helsestasjonslegen

Samarbeid. Tverrfaglig samarbeid ble av alle respondentene omtalt som betydningsfullt, nødvendig og noe en ønsket mer av. Helsestasjonslegen var en viktig diskusjonspartner og respondentene regnet helsestasjonslegen som en av sine nærmeste arbeidspartnere. Respondentene sine erfaringer med samarbeid med helsestasjonslegen var positivt, men det var et stykke igjen før samarbeidet fungerte godt. Det var ikke satt av tid og arena til å møtes og snakke sammen ifølge respondentene. Misforståelser i kommunikasjon grunnet språk og kulturforskjeller med legen var erfart, og det var situasjoner som måtte klares opp. Ikke alle mestret språkets ”livsverden” selv om de språkbehersket den norske uttalen. Enkelte kommuner hadde større utskifting i legestillinger enn andre kommuner, noe som påvirket samarbeid og kontinuitet i oppfølgingsarbeidet.

Tid. Legens avsatte tid til rådighet på helsestasjonen var knapp ifølge respondenter.

”Jeg kunne ha tenkt meg tid til å drøfte med helsestasjonslegen vår, for det er det lite tid til. De dagene det er helsestasjonslege her kunne jeg ha tenkt meg et formøte der vi diskuterte problemstillinger, og vi skulle hatt fastlagt tid til oppsummering på slutten av dagen. Å kunne drøftet tanker og problemstillinger hadde gjort oss mer samkjørte overfor foreldrene. I tillegg hadde det gitt oss helsesøstrene økt kunnskap.”

Flere mente at lite tilbakemelding fra helsestasjonslegen var en utfordring, og sa det slik:

”På grunn av lite tid til drøfting og lite tilbakemelding fra legen føler jeg at jeg må gå og avbryte legen når han er opptatt med andre ting. Det blir slik at en gruer seg for å gjøre det, og jeg føler jeg ikke kan avbryte uten at det er helt spesielle ting som ikke kan vente.”

4.2.3 Fysioterapeut

Samarbeid. Respondentene beskrev samarbeid med fysioterapeut ulikt. Noen viste til fast kontroll hos fysioterapeut av motorisk utvikling ved fire måneders kontroll for alle barn ved helsestasjonen. Andre benyttet henvisning til fysioterapeut hvis helsesøster eller helsestasjonslegen fant behov for dette ved sine konsultasjoner. Flere respondenter viste til lav terskel for å koble inn fysioterapeut til for tidlig fødte barn. De kunne gjerne henvise til flere kontroller om det var spørsmål fra foreldre eller helsestasjonen rundt den motoriske utviklingen. To respondenter reflekterte rundt fysioterapeuters erfaring i vurdering av for tidlig fødte barn og uttrykte at:

”En fysioterapeut i en liten kommune vil sjelden ha god kompetanse på å vurdere disse barna. Altså å få tak i de små avvikene hos et barn, for generelt så tror jeg de har for lite kompetanse på å vurdere barn. Hvor vidt de henviser videre til spesialisthelsetjenesten er det jo de som avgjør.”

Flere respondenter uttrykte et ønske om å ha rutiner knyttet til samarbeid med, og faste rutinekontroller hos fysioterapeut for de for tidlig fødte barna:

”... at alle de for tidlig fødte barna bør vurderes av fysioterapeut etter fastlagt program, og ekstra oppfølging ut fra individuelle behov.”

Noen respondenter etterlyste rutiner på tilbakemelding fra fysioterapeut. En sa det slik:

”... vi skriver henvisning til fysioterapeut, men må be om tilbakemelding etter konsultasjonen. Vi må ringe og snakke med fysioterapeuten, eller be om et møte for tilbakemelding. Vi får ikke noen skriftlig rapport før vi ber om det.”

4.2.4 Spesialisthelsetjenesten

Samarbeid. Noe som gikk igjen hos respondentene var erfaring med og tanker rundt for tidlig fødte barn og samarbeidsrutiner ved utskrivning fra sykehuset. Ifølge respondentene var det ikke fast samarbeid mellom sykehusene og helsestasjonen rundt disse barna, verken ved utskrivning eller senere i løpet av barnets første leveår. Noen ganger fikk de en telefon om planlagt utskrivning. Noen ganger kontaktet foreldrene helsestasjonen og fortalte at de var kommet hjem. Tre respondenter var tydelige på at:

”Den nye veilederen sier sykehuset kan reise ut og helsestasjonen kan komme på sykehuset for en utskrivingsamtale. Det har vi aldri fått tilbud om. Vi har ikke spurt heller. Barna og foreldrene kommer hjem. Papirene kommer oftest mye senere. Er vi heldige, ringer sykehuset og sier når barnet reiser hjem, eller så ringer foreldrene og sier de er kommet hjem.”

Alle respondentene sa de kontaktet sykehuset om de hadde spørsmål. To respondenter mente det var lettere å ta kontakt med sykehuset på telefon nå enn for noen år tilbake, men kommunikasjonen på tvers og samarbeidet var like uorganisert som før. Dette varierte lite fra hvilket sykehus barnet kom ifølge helsesøstre. Organisert samarbeid med sykehuset ble etterlyst av alle respondentene.

”Det skulle ha vært nærere og fastlagt kontakt mellom sykehuset og helsestasjonen. Vi trenger mer samarbeid på tvers og informasjonsutveksling med sykehuset. Sykepleierne på barneavdelingen har vi ikke samarbeid med. Det savner jeg.”

Behov for informasjon fra sykehuset. Sykepleierrapport var ikke standard, og innholdet i sykepleierrapportene ble beskrevet som veldig varierende ifølge alle respondenter:

”... enkelte ganger står det veldig lite i sykepleierrapporten, da kan en lure på hvorfor den er sendt. Dette er veldig varierende.”

Flere respondenter ønsket en fast organisering, der en ble invitert til en samtale med foreldre og sykehuset før utskrivning, for å etablere samarbeid og sikre best mulig informasjonsflyt mellom sykehuset og helsestasjonen. Det ville ha gitt sammenheng i

oppfølging av familien, faglige avklaringer og en god start på kontakten mellom foreldre og helsesøster. Dette ble av en helsesøster formidlet slik:

”... en slik organisering ved utskriving ville trygge foreldrene fordi de visste at vi hadde fått spesifikk informasjon fra sykehuset om dem og sammen med dem. En kunne få mer orientering om vurderinger som ble gjort under sykehusoppholdet, og hvordan sykehuset tenkte oppfølging videre. Kopi av barnets vekturve fra sykehuset hadde gitt sammenheng ved overgangen og ved videre oppfølging ved helsestasjonen. I overføringssamtalen kunne en ha avtalt første møte med helsestasjonen etter hjemkomst. Dette ville også gitt oss økt trygghet i videre helsestasjonsoppfølging.”

Videre oppfølging fra sykehuset. Respondentene savnet informasjon om hvilke kriterier som lå til grunn for oppfølgingskontroller fra sykehuset etter utskriving. Respondentene reflekterte rundt oppfølgingskontroller ved sykehuset:

”Det er uvisst om eller hvordan sykehuset tenker oppfølgingskontroller. Hvor ofte, hvilke kriterier som ligger til grunn for kontroller og om de er knyttet til utvikling, antall uker ved fødsel eller kombinasjoner av flere ting.”

Et ønske fra de fleste respondentene var:

”... at spesialisthelsetjenesten tar ansvar for å organisere gruppesamlinger eller møter overfor for tidlig fødte barn og deres foreldre. Da kunne de ha fått undervisning, informasjon, utvekslet erfaringer og gitt hverandre støtte og opplevelse av sammenheng i en felles situasjon.”

Savner pediater. Noen få respondenter viste til erfaring med barnelege som kom til helsestasjonen et fast antall dager i året. Dette samarbeidet ønsket de tilbake.

”... vi satte opp de barna vi var i stuss på, eller som trengte jevnlig kontroll. Vi jobbet sammen med pediater på kontrollene hele dagen. Det ble gitt undervisning og veiledning, som ble en dobbel gevinst både for foreldrene og oss helsesøstrer.”

4.3 I møte med for tidlig fødte barn og deres foreldre

Her omhandles respondentenes erfaringer i konsultasjoner med for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår.

4.3.1 Trygghet

Alle respondentene hadde erfart utrygghet i vurdering av for tidlig fødte barn i helsestasjonsarbeidet. Bakgrunn og erfaring var vesentlig for respondentenes oppfatning av egen kompetanse i konsultasjonene med for tidlig fødte barn og deres foreldre. Antall års erfaring som helsesøster generelt ved helsestasjonen ble vektlagt som en styrke. Oppfølging av et lite antall for tidlig fødte barn i helsesøsterpraksis hadde gitt begrenset kunnskap om tema. Kunnskapen var personlig, og ble omtalt slik:

”... som nyutdannet helsesøster var en selvfølgelig mer uerfaren. Jeg hadde god nytte av bakgrunnen min som sykepleier på en barneavdeling. Jeg merket også på helsesøsterskolen at praksis fra barn var en kjempegod erfaring å bygge teori på. ”

En annen respondent fortalte:

”På helsesøsterskolen lærer en for lite om for tidlig fødte barn. De som hadde jobbet med barn på sykehus, eller med kuvøsebarn var mye tryggere enn oss andre i starten som helsesøstre. Nå har jeg så lang erfaring at det går bra. Jeg grudde meg for å møte foreldrene og det for tidlig fødte barnet som nyutdannet helsesøster. Jeg manglet erfaring med disse barna, og følte foreldrene hadde mer kunnskaper om for tidlig fødte barn enn meg.”

På spørsmål om hvordan respondentene skilte på hvem som trengte mer enn andre i oppfølgingsarbeidet svarte alle at det gikk på en helhetsvurdering fra helsesøster, men også i forhold til hva foreldrene ønsket. Å ivareta barnet individuelt, samt å støtte og trygge familien ble utgangspunktet for vurderingene. Hvordan respondenter skilte på hvem som trengte noe mer enn andre ble uttrykt slik:

”Dette har vi diskutert mange ganger. De som trenger noe ekstra hvordan ser vi ser det? Vi bare ser det, vi har en fornemmelse. Det er veldig individuelt hvem som trenger noe ekstra, men du bare ser det og vet det av erfaring.”

Respondentene hadde gjort seg erfaring det var vanskelig å sette ord på, men som var basert på faglig skjønn og kom til uttrykk i den praktiske utøvelsen.

Å kjenne seg trygg på at en hadde nok kunnskap til å ivareta barnets beste til en hver tid var krevende i følge flere respondenter. Tett oppfølging ga trygghet i forhold til vurdering av vekt, vekst og generell utvikling. Noen få hadde erfaring fra fastlagt tverrfaglig samarbeidstid ved helsestasjonen, og beskrev det positivt. En fikk drøftet emner og utvekslet kunnskap, og det ga helhet i oppfølgingsarbeidet. Når en hadde få kollegaer å drøfte problemstillinger med, kunne helsesøster føle seg usikker på om oppfølgingen til en hver tid ble tilstrekkelig. Å ha helsesøster med lang fartstid som kollega, fremmet faglige refleksjoner i følge respondenter.

”Den fysiske oppfølgingen med vekt, mål, injeksjoner den er i boks. Det som ofte er krevende er å gi den tryggheten til foreldrene som de trenger i forhold til de utfordringene det er å ha fått et for tidlig født barn. Mange foreldre strever en god del med disse små.”

Videreutdanning innen barnesykepleie, intensivsykepleie og yrkeserfaring fra barneavdelinger og nyfødtposter i tillegg til helsesøsterutdanning ble av flere respondenter vektlagt som faglig styrke i helsestasjonsarbeidet. Det ga et større kunnskapsgrunnlag, og slik faglig trygghet. Det påvirket igjen tryggheten i møte med for tidlig fødte barn og deres foreldre.

”Vi jobber mye alene, eller selvstendig og det er ikke alltid noen kollega tilgjengelig for drøfting av tema. Kommunen er liten og da er vi jo få å spille på her på helsestasjonen.”

Noen sa at helsesøsterutdanningen og egen klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten var tilbake i tid, og sa det gjorde deler av kunnskapen utdatert.

Relasjon til foreldre. Å balansere mellom å uttrykke sine bekymringer som helsesøster og å gi foreldrene en fornemmelse av at akkurat de var gode foreldre var en krevende ballansegang. Noen respondenter hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. De

mente det hadde gitt dem økt kunnskap i kommunikasjon generelt, og i forhold til å ta opp vanskelige eller bekymringsfulle tema med foreldrene spesielt. Kommunikasjon i samhandling ble definerte som et arbeidsredskap og det ble derfor en viktig kompetanse.

4.3.2 Foreldrenes mestring er helsesøsters mål

Respondentene ønsket å møte foreldrene og barna i deres behov for støtte og ivaretagelse. Helsesøstre ønsket å hjelpe barnet og familien ut fra deres situasjon, med ønske om å være lydhøre overfor foreldrene. Å lytte til og få frem foreldrenes fortellinger ble sentralt i konsultasjonen. Ord som ”lyttende” og ”lydhør” overfor foreldrene ble brukt i beskrivelsene. Å fokusere på foreldrenes ressurser og tro på egne muligheter ble fremhevet.

”... foreldrene kommer til helsestasjonen for å få støtte og bekreftelse på det de tror er riktig og svar på sine spørsmål.”

I følge respondentenes erfaringer trengte foreldrene både kunnskaper om for tidlig fødte barns behov og om hvordan de kunne ta hånd om barnet, da omsorg forutsetter forståelse for barnets behov og utøvelse av omsorgsaktiviteter. Perioden fra fødsel til hjemkomst var for mange foreldre preget av usikkerhet og emosjonelt stress. Selv om barnet var utenfor akutt fare så preget dette foreldrene fremdeles. Nå skulle foreldrene finne seg til rette hjemme med den usikkerhet det kunne innebære i starten. På spørsmål om helsesøsters oppgaver overfor de for tidlig fødte, var det en som sa det slik:

”I starten er det viktig å være der for foreldrene og støtte, informere og veilede de så langt som mulig på de områdene foreldrene føler de trenger hjelp på. Samtidig er det viktig å følge med barnets vekst, utvikling, og følge med om det er ting som er annerledes eller avvikende i forhold til det vi har tenkt.”

Tilbud om ukentlig oppfølging de første ukene etter hjemkomst ble gitt foreldrene.

”... bruker å prioritere disse foreldrene, så de får komme raskt til om det er ting. Å gi dem telefonnummeret og be de ringe om de føler de trenger det. Og de ringer, ja det gjør de. De er jo så forskjellige og det er ulikt hva de trenger.”

Avtaler ble gjort ut fra helsesøsters vurderinger, og hva foreldrene ønsket. Alle foreldrene var veldig opptatt av vektøkning. Dette ble styrende for kontaktens hyppighet de første månedene i følge respondentene.

”Når de er kommet hjem fra sykehuset følger vi tett opp med vektkontroll. Å ha kontakt hver uke i starten for så å strekke det til hver fjortende dag, så ser vi hvordan det går etter hvert og forskyver det. ... ikke det at foreldrene tror de mister barnet om det har dårlig vektøkning, men det er et bevis på at alt går bra når de legger godt på seg. Ja, foreldrene er veldig opptatt av vekt.”

Foreldrene var på vakt for tegn som kunne være et uttrykk for vansker eller avvik hos barnet. Dårlig vektøkning kunne gi stor bekymring hos foreldre. En sa det slik:

”... ikke det at foreldrene tror at de mister barnet om det har dårlig vektøkning, men det er et bevis på at alt går bra når de legger godt på seg.”

Tre helsestasjoner hadde midler knyttet til ”husmorvikar”, et tilbud som kunne avlaste foreldrene noe med praktiske gjøremål. Andre respondenter hadde mistet denne ressursen og ønsket den tilbake. Tilbudet ga foreldrene mulighet for hvile og mer tid til å bli kjent med barnet. Respondenter uttrykte at en i større grad burde ha mulighet for å tilby dette.

”Hvis foreldre trenger praktisk hjelp må vi stille opp og prøve å hjelpe dem, løse dem i systemet. De har kanskje større barn, og ting skal henge sammen praktisk hjemme også. Jeg tenker situasjonen de er i er veldig belastende for familien.”

Engstelige og bekymrede foreldre. Foreldrene hadde et sterkt ønske om å være til stede for barnet i dets vekst og utvikling ifølge respondentene. De beskrev foreldrenes situasjon ut fra individuelle behov, men som foreldregruppe var de engstelige og på vakt i forhold til tegn som kunne tolkes i retning av at noe kunne være galt med barnet. De uttrykte også bekymringer for hva fremtiden kunne bringe. Engstelse ble også i følge respondenter beskrevet som en nonverbal fremtoning i form av

anspenthet som i ulik grad var til stede. En balanse mellom å møte foreldrene i denne engstelsen og påpeke gleden over barnet og sammen med barnet ble antydning slik:

”... få den tilnærmede lik ”normale” foreldre barn- situasjonen der hengivenhet, kos og glede over barnet også blir fokus. Å få en god følelse selv om spenningen ligger der. Det er en utfordring som krever tid i samhandling.”

Foreldrene var forsiktige og beskyttende, til tider overbeskyttende:

”Denne beskyttelsen og til tider overbeskyttelsen kan henge ved foreldrene lenge. Jeg har erfart at foreldrene kunne holde barnets hode lenge etter barnet selv greide å støtte hodet.”

Eksempelvis kunne anbefaling av legekonsultasjon utenom de fastlagte i helsestasjonsprogrammet gi foreldrene bekymringer.

”Foreldre blir lett engstelige når vi legger til en ekstra kontroll hos lege. Det burde ha vært faste legekonsultasjoner ved 6 uker, 3 mnd, 6 mnd og 12 mnd for disse barna. Da hadde det vært likt for alle, og en kunne ha informert om at slik var rutinen.”

Tre respondenter hadde erfart foreldrene sin engstelse komme til uttrykk som benekting knyttet til spørsmålsstilling rundt barnets vekst og utvikling i konsultasjon.

En formidlet:

”Jeg tok opp at barnet var veldig stram i muskulaturen. Foreldrene ville ikke snakke om det. De ønsket nok at alt skulle være bra med barnet, og fornektet at det kunne være noe mer når barnet hadde overlevd. De var ikke klare for å ta imot mer. Kanskje hadde de vært redde for dette selv også, men de klarte ikke sette ord på det, klarte ikke la det bli så virkelig som det ble når vi satte ord på det.”

Respondentene var spesielt oppmerksomme på utvikling hos disse barna, som hadde større risiko for utviklingsavvik enn terminfødte barn. Å korrigere alder ble fremhevet som viktig.

”... de fleste går det jo bra med. Det er utrolig å se hvor fint de fleste utvikler seg, men det er noen som blir skadet med en sånn tøff start.”

Respondentene mente vekst og utviklingsforløp vanligvis gikk bra, spesielt i tilfeller der neonatalperioden hadde vært komplikasjonsfri. En positiv tone i informasjon og omgang med foreldrene ble vektlagt som viktig og riktig, for ikke å øke bekymringen hos foreldrene. Kontinuitet ble uttrykt som styrke i oppfølgingsarbeidet, da helsesøster har kontakt over tid.

4.3.3 Hjemmebesøk som møte

Hjemmebesøk ble positivt omtalt av respondentene, som hadde ulik erfaring og praksis med hjemmebesøk til de for tidlig fødte barna. Noen helsestasjoner hadde hjemmebesøk som rutine for alle nyfødte barn. Enkelte respondenter ønsket det skulle være opp til foreldrene å bestemme hva de foretrakk, så foreldrene fikk tilbud om å velge første møte hjemme eller ved helsestasjonen. Disse respondentene vektla at måten en stilte spørsmålet om hjemmebesøk på ble styrende for hva foreldrene svarte.

”Hvis en sier at jeg vil gjerne komme på hjemmebesøk, så er det de færreste som sier nei det får du ikke. Hvis en sier har du lyst til at jeg skal komme hjem til deg eller vil du komme på helsestasjonen så erfarer jeg mer og mer at de fleste vil møte på helsestasjonen.”

I fortellingene ble betraktninger om samfunnets endringer med en mer privat hjemmearena begrunnelsen for at flere valgte bort hjemmebesøk. Det ble vist til legevakta som hadde overtatt for legebekker i hjemmet. Hjemmebesøk var ikke lenger så naturlig i samfunnet generelt. Intervjudata viste ulike erfaringer og meninger knyttet til synet på hjemmebesøk. En helsesøster sa det slik:

”Å etablere kontakt ved hjemmebesøk er kjempeviktig. Det er akseptert at vi helsesøstrer kommer hjem til familien og det må vi aldri slutte med.”

Hjemmebesøket ga mulighet for god innsikt i brukerens behov og situasjon.

”Det er lettere å gi konkrete og praktiske råd tilpasset det barnet og familien har behov for når en er hjemme hos dem.”

Noen respondenter vektla tilgjengelighet i forhold til tilbud om hjemmebesøk. Grunnet geografiske forhold ble tilgjengeligheten til helsestasjonen større om helsesøster tilbød å komme hjem til foreldrene og barnet. Dette ble også bemerket i forhold til tvillingforeldre. To helsesøstre uttrykte at:

”Både ett og to hjemmebesøk kan jeg ta om det er av betydning for å trygge og veilede foreldrene, og skape et tillitsfullt forhold.”

4.3.4 Fokus på samspill

Foreldre barn- samspill var fokus for foreldreveiledningen på helsestasjonen ved alle konsultasjoner, ifølge respondentene. I møte med det for tidlig fødte barnet og foreldrene i første leveår var det mor som hyppigst kom sammen med barnet til helsestasjonen. Fars få permisjonsuker ga lite mulighet til deltakelse på helsestasjonen.

”Samspill er noe vi hele tiden ser etter og vurderer. En bare ser det. Det er òg noe med hvordan foreldrene kler av og på barnet, samhandlingen og praten med barnet da. Jeg kaller det mer kontakten som foreldrene har med barnet, hvilken kontakt de har, og hvordan de føler kontakten. Veiing og måling er også viktig, men foreldrene og barnet må ha det godt sammen. Vi roser foreldrene når vi ser de har et fint fokus på barnet. Det er viktig å styrke foreldrene i troen på egne muligheter.”

Å fremme et godt samspill mellom foreldre og barn var viktige for foreldrenes mestring av omsorgen for barnet, ifølge respondentene.

”En kan være usikker på hva som er for dårlig når det gjelder oppfølging av disse barna. En kan tenke at det er utfordringer knyttet til samspill, å få etablert det, for de opplevelsene og engstelsen foreldrene har hatt knyttet til fødsel og nyfødtperioden vil være med dem bestandig. De vil ha med seg spørsmålet om hvordan vil dette gå i fremtiden, som gjør at spenningen ligger der.”

Respondentene formidlet kunnskap til foreldrene gjennom veiledning ut i fra foreldrenes behov. Mangel på tid ble av flere respondenter fremhevet som en begrensning i fokus på foreldre barn- samspill.

”Vi skulle hatt tid til å ha drevet oppfølging av samspillsprogram, gjerne i grupper. For å ha kapasitet til gjennomføring av det trenger vi flere stillinger, eller mer kapasitet innen egen stilling. I tillegg til behov for kursing på metode.”

Forholdet mellom mor og far og familien som helhet spilte også en viktig rolle for foreldre barn- samspillet. Respondentene med erfaringsbakgrunn fra nyfødtavdeling utdypet tanker og erfaringer knyttet til foreldre barn- samspill mer enn andre respondenter.

”Samspill er viktig. Det er spennende å veilede på foreldre barn samspill med disse barna, som på en måte har et annerledes atferdsmønster i starten enn de fullbårne. Jeg tenker på lyder, de er mindre og sover mer. Kontakten er mer umoden i starten og det tar en tid før foreldrene opplever den gode kontakten med barnet sitt.”

Respondentene hadde ikke spesifikk opplæring i foreldre barn- samspill. Noen hadde mer kunnskap om samspillsveiledning generelt enn andre, grunnet interesse for og erfaring med for tidlig fødte barn ved sykehus. Likevel ble disse respondentene lite tydelige i fortellingen om hvordan de veiledet foreldrene til for tidlig fødte i samspill med sine barn. Nesten alle respondenter uttrykte behov for og ønsket kompetanseheving innen foreldre barn- samspill.

5. DISKUSJON

Studiens hensikt var å beskrive helsesøsters funksjon og erfaringer med oppfølging av for tidlig fødte barn og foreldrene i barnets første leveår. Sentrale tema blir diskutert for å vise deres betydning, og vurdert opp mot stilte forskningsspørsmål, en analyse på teoretisk nivå (Kvale, 2007).

- Helsesøsters møte
- Helsesøsters vurdering av sin kunnskap om fortidlig fødte barn
- Samarbeid med andre fagpersoner/instanser

Resultatene viste at samarbeid, kunnskap og tid var tema som gikk igjen på tvers av kategoriene og forsterket et hovedinntrykk av nødvendighet for å kunne gi god individuell tilpasset oppfølging. Dette var sentrale elementer relatert til; å gjøre helsesøster trygg på forhold knyttet til disse risikobarna, å kunne veilede og trygge foreldre samt gi individuell tilpasset oppfølging av for tidlig fødte barn og foreldre. Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell, med vekt på aspekter som betydningen av samspillet mellom barn og miljø, samspill mellom miljø og økologiske overganger ansees for å være sentral i det og setter funnene fra denne studien inn i en større sammenheng. Funn viste generelt liten erfaring med for tidlig fødte barn, som var en liten og heterogen gruppe ved helsestasjonen. Dette kunne gi usikkerhet hos helsesøster i forhold til hva som var godt nok i oppfølgingsarbeidet.

5.1 Helsesøsters møte

I møte med det for tidlig fødte barnet hadde helsesøster fokus på familien som helhet, og en helhetsvurdering av barnets og foreldre behov lå til grunn for helsesøsters vurderinger. Respondentene formidlet også sitt ansvar for de objektive vurderingene. Respondentenes beskrivelser viste et syn på helse som en todelt oppgave, ved å favne om foreldrenes subjektive opplevelse av situasjonen og helsesøsters objektive eller

faglige vurderinger i konsultasjon. Å respektere og styrke dem i foreldrerollen, står ikke i motsetning til helsesøsters objektive vurdering, men det kreves refleksjon rundt hvordan en kommuniserer Hauge (1982).

5.1.1 Støtte, tillit og dialog

Funn viste helsesøsters kontaktetableringsfase ved tilgjengelighet fra første møte med foreldrene, både ved telefonkontakt og ved tilbud om hyppige konsultasjoner.

Helsesøster var opptatt av at foreldrene skulle ha tiltro til helsestasjonen, og bli styrket i møte med helsesøster. Foreldrearbeid var ikke noe helsesøstrene arbeidet isolert med, men som en del av en helhet i arbeidet med barnet. Dette er forenlig med helsesøstertilnærming basert på mestringsteori ut fra helsefremmende arbeid (Helseth, 2007; Mæland, 2005). Foreldrene er ansvarlige for spedbarnets daglige omsorg, og derfor vil foreldrene stå i fokus for helsesøsters arbeid (Helseth, 2007). Å bli kjent med familien på en slik måte at helsesøster vet hva som er barnets og foreldrenes behov krever tid (ibid). Lite tid til foreldrenes behov for veiledning og støtte var et gjennomgående funn.

Respondentene mente at tett oppfølging bidro til egen trygghet i forhold til usikkerhet på hva som var de små nyansene de skulle se etter til forskjell fra terminfødte barn. Opplevelsen av kollegastøtte innvirket på følelsen av trygghet. Markestad (2008) sier det kan være vanskelig å tolke for tidlig fødte barn i barnets første leveår, både for foreldre og helsepersonell. Noe som igjen vil kunne være med på å påvirke relasjonen sett ut fra et økologisk perspektiv (Bronfenbrenner 1979).

Funn viste foreldrenes ønske om tett oppfølging og at helsesøster imøtekom dette. I følge Saugstad (2009) kan hyppige kontroller ved helsestasjonen i de første ukene etter hjemkomst følge tett opp barnets vektøkning. Hyppige konsultasjoner ga også mulighet for å starte prosesser hos foreldre knyttet til behov helsesøster overveide, i følge funn. Helsestasjonsprogrammets hyppige foreldre barn- kontakt i første leveår

generelt, og tett oppfølging over tid, gir helsesøster anledning til å bli godt kjent med barnet og dets familie (Misvær, 2006; SHdir, 2004, 2007).

I samhandling med barnet og foreldrene kunne helsesøster lytte, se og oppdage behov for omsorg og oppfølging, ifølge funn. Helsesøsters intuisjon er en bedømmelse uten at vurderinger er begrunnet ut fra en formålstjenlig hensikt. En spesiell form for avgjørelse som bygger på en forståelse som helsesøster har med lignende erfaringer. Det muliggjør en oppfatning av den kliniske situasjonen der og da, såkalt ekspertkunnskap (Benner, Tanner & Chesla, 1992; Martinsen, 2003). Funn viste at å lytte i samtalen kunne være det som skulle til, eller det kunne være starten på en fremgangsmåte som ble fulgt opp av helsesøster. I tilfeller ble eksterne tiltak utløst, som henvisninger, eller behov for praktisk hjelp i hverdagen.

Respondentene viste til tillitsforhold som en forutsetning for god dialog med foreldrene i konsultasjonene. Tilliten er fundamentet i kommunikasjon mellom mennesker (Løgstrup, 2000). Respondentene beskrev de gode møtene som fant sted når de klarte å møte og være i dialog med foreldrene. Å utvikle et personlig forhold som ivaretar tillit er grunnleggende for at trygghet skal kunne oppstå. Trygghet åpner for samarbeid mellom helsesøster og foreldre om felles målsettinger (Henriksen & Aarflot, 2002; Tveiten, 2001). Ved hjelp av dialogen ønsket respondentene å finne frem til felles forståelse, og hvordan samhandle frem mot et best mulig resultat.

5.1.2 Forholde seg til foreldrenes bekymringer

Respondentenes erfaringer viste at foreldre til for tidlig fødte barn var usikre i en ny og uforutsett rolle. Mødre som har født for tidlig har lavere selvfølelse og mindre trygghet som mor enn fullterminmødre (Gloppestad, 1998; Stjernqvist, 1999). Dette dreide seg kun om for tidlig fødte mødre som hadde barn fra tidligere i følge (Olafsen, Rønning, Dahl, Ulvund, Handegård & Kaarsen, 2007). Denne studiens funn viste at førstegangsførelse og tvillingførelse hadde ekstra strev, med henholdsvis ny rolle og ekstra utfordring med to for tidlig fødte barn samtidig. På den andre siden hadde

foreldre med barn fra tidligere en utfordring når det gjaldt å strekke til overfor søskens behov. Respondentenes familiefokus innebar en erkjennelse av at en for tidlig fødsel påvirker hele familien og at oppfølgingsbehovet måtte individualiseres. Noe som understrekes i Helseths (2007) modell med mål om å gi støtte til foreldrenes mestring.

Respondentene beskrev foreldregruppen som slitne og engstelige, noe som sammenfaller med Erlandsson & Stjernqvist (1993) sine beskrivelser. Engstelse for at barnet kan bli sykt kan gi usikkerhet og stress hos foreldrene. Dette er i samsvar med undersøkelser av Kenner & Lott (1990). Samtidig var respondentenes erfaring at foreldrenes vilje til og ønske om å være der for barnet sitt var stor. Foreldrenes situasjon og behov var ulike, men som foreldregruppe hadde de behov for tett oppfølging og å bli styrket i foreldrerollen, ifølge respondentene. Martinez, Monti Fonseca & Silvan Scochi (2007) sier at å vekke følelsen som mammaen allerede har av å være mamma, er en helsesøsteroppgave. Studier påpeker sammenheng mellom støtte, påkjenning og opplevelse av kompetanse i foreldrerollen (Belsky, 1984; Olafsen et al, 2007; Singer, Davillier, Bruening, Hawkins & Yamashita, 1996). Respondentene beskrev å identifisere foreldrenes behov i rollen som foreldre til for tidlig fødte barn. Foreldrenes engstelse ble skildret som en spenning som foreldrene bar med seg og som kom til uttrykk i møte, i ulik grad. Å bekrefte handlet også om å dempe foreldrenes engstelse. I følge Løgstrup (2000) fordrer dette tillit og talens åpenhet i situasjonen, for i mistillitens og tausheten skapes det ikke rom for gjensidighet. Studier viser at foreldrenes grad av engstelse ikke nødvendigvis er knyttet til grad av for tidlig fødsel (Kowalski, Leef, Mackley, Spear & Paul, 2006), noe som også fremkom i dette studiet. I tillegg var foreldre ekstra observante på verbale og nonverbale signal fra helsesøster, på vakt for at noe kunne være galt med barnet. For mange foreldre er hele det første året etter en for tidlig fødsel en påkjenning både emosjonelt og fysisk (Hwang & Wickberg, 2001).

Å balansere mellom å møte foreldrene i deres engstelse, og å styrke glede og foreldrefølelsen overfor barnet, var utfordrende, ifølge respondentene. I tillegg til ansvar for å avdekke eventuell skjevutvikling hos barnet. Å kunne gi god oppfølging er å mestre håndverket og vitenskapen på samme tid, og på en skjønnsmessig måte gjøre begge deler på en gang (Martinsen, 2003). Å sette ord på bekymringsfulle tema var krevende, og fordret og en sensitivitet med henblikk på” blir det til hjelp eller vil det frembringe mer bekymring hos foreldrene”. Stress kan redusere foreldrenes mottaklighet for informasjon (Solhaug, 2003). Tillit og tid var av betydning for å kunne tematisere bekymringsfulle tema på en hensynsfull måte, noe som også understrekes av Helseth (2002). I følge Eide & Eide (2007) påvirker disse grunnelementene hverandre i helsefaglig kommunikasjon. Helsesøsters rasjonelle mål sammenfalt ikke nødvendigvis med mors ønske, noe helsesøster måtte ta hensyn til i sin kommunikasjon. Helsesøster tok hensyn til foreldres forhistorie, situasjonen her og nå og med tanke på fremtiden, noe som i følge Martinsen (2003) ligger til sykepleiens natur.

Bronfenbrenner (1979) fremhever betydningen av å innta ulike roller. Hvilke roller vi har er med på å bestemme hvordan andre oppfatter og ser på oss. Helsesøster vil ha en rolle som påvirker forholdet mellom foreldre og barn, og på den måten kan de danne positive andregradseffekter.

5.1.3 Kartlegging

Helsestasjonen bruker ulike strategier for å kartlegge utvikling, samspill, relasjoner, problemer eller sykdom (Glavin & Kvarme, 2003; Killén, 2006; SHdir, 2004).

Kartlegging er innhenting av informasjon, observasjon og testing av det for tidlig fødte barnets atferd (Smith & Ulvund, 1999). Et hovedfunn var at det ikke ble nyttet spesifikke kartleggingsinstrumenter i oppfølgingsarbeidet. Helsestasjonen benyttet barnets helsekort med et standardutviklingsskjema som for alle spedbarn. Helsekortet skal sikre at relevante tema i utviklingssammenheng rutinemessig blir diskutert og fulgt opp (Misvær, 2006). Tilbud om hjemmebesøk og hyppige kontroller ble gitt, og

tilgjengelighet ble vektlagt. Dette var verktøy for å møte foreldrenes behov, spørsmål og eventuelle bekymringer, i tillegg til å vurdere barnet og foreldre barn- samspill. Alle respondentene viste til tett samarbeid med foreldrene der de i første møte gikk gjennom epikrise og sykepleierrapport, om dette forelå. Supplerende opplysninger fra foreldrene ble en del av helsesøsters nødvendighet i kartlegging, da opplysninger fra sykehuset kunne være mangelfull. I mangel på opplæring av og bruk av kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av utviklingsvansker og problemer, ble foreldrene en viktig samarbeidspartner for helsesøster. En kan stille spørsmål ved om dette er godt nok som metode? Statens helsetilsyn (2002) understreker at strukturert kartlegging kan være et hjelpemiddel i det daglig arbeidet for helsesøster. Funn viste at respondenter ønsket bruk av metodestandarder i praksis. Noe som sammenfaller med Andersson et al (2006) sin vurdering av helsesøsters kompetanse. Retningslinjene (SHdir, 2007) understreker også betydningen av standardiserte kartleggingsverktøy som ledd i videre forskning og kompetansebygging.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) gjennomgikk metoder og instrument til bruk på helsestasjoner for kartlegging av sped- og småbarn. De viser til bruk av flere ulike metoder, og situasjonen på dette området er uoversiktlig med store regionale forskjeller. Ikke noe kartleggingsverktøy er å foretrekke fremfor andre i oppfølging av for tidlig fødte barn, er deres vurdering. I Norsk Sykepleierforbunds høringsuttalelser vedrørende retningslinjene (SHdir, 2007) påpekes det at klare føringer bør gis på hvilke metoder som skal nyttes i kartlegging ved helsestasjonen. I tillegg bør nødvendig opplæring til helsesøster gis. Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) fremhever betydningen av tidlig identifisering av utviklingsavvik. Funn viste at retningslinjene (SHdir, 2007) ble omtalt som en rettesnor i helsesøsters videre arbeid, i tilbud om målrettet oppfølging. Glavin & Kvarme (2003) beskriver hvor nyttig det kan være for helsesøster med verktøy som er relevant for arbeidsoppgavene. For å sikre tidlig og god nok hjelp må det utvikles instrumenter som identifiserer barn med spesielle behov (Hansen & Jacobsen, 2008; Rostad, 1996). Funn viser kartlegging

med bakgrunn i erfaringer og formell kunnskap, og viste variasjoner og tidvis faglig usikkerhet.

Kartleggingsarbeid forutsetter ikke bare kunnskap og kompetanse. Det er også omfattende og tidkrevende, noe denne studiens funn gjenspeiler. Respondenter så på sin rolle som generalister, ikke spesialister og stilte spørsmål om grensegangene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestens ansvar i kartlegging og oppfølging etter hjemreise. Ringstad (1997) viste at 49 % av helsesøstre mente at for mange arbeidsoppgaver er et hinder for arbeid med tidlig kartlegging. Satsing på tidlig kartlegging kan være et spørsmål om rammebetingelser sammen med spørsmål om kompetanse. Sykepleiere, som gruppe, kjennetegnes ved en sterk moralsk begrunnet "selvjustis" slik Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken & Vike (2002) uttrykker det. En kan stille spørsmål om hva som skjer når yrkesutøvere med sterk etisk og faglig pliktfølelse i et fag som utøver helhetlig omsorg møter økt krav om standardisering, effektivitet og måling uten økte ressurser?

5.1.4 Hjemmebesøk

Funn viste ulik erfaring med hjemmebesøk, som ble nyttet i ulik grad. Alle så positivt på hjemmebesøk med tanke på å vurdere barnets og familiens behov, og for å bli kjent med familien i deres miljø (Jansson et al, 1998; Jansson et al, 2001). Hjemmebesøk kan være godt for barnets beskyttelse (Saugstad, 2009) og praktisk for familien, som der og da slipper å ta ut til helsestasjonen. Således kan hjemmebesøket forebygge infeksjoner, og dempe stress som er av betydning for omsorg (Bronfenbrenner, 1979; Erlandsson & Stjernquist, 1993; Zeanah, Larrieu, Boris & Nagle, 2006). Et moment av stress kan det likevel innebære å ta imot hjemmebesøk (Glavin & Kvarme, 2003). I følge studiens funn var hjemmebesøk noe helsesøster også vurderte spesielt i forbindelse med foreldres reiseavstander. Ifølge Elvbakken (1996) har hjemmebesøk stor legitimitet hos helsestasjonsbrukerne, noe som samsvarer med funn. Måten en spør foreldrene om hjemmebesøk på, er avgjørende for hvilket svar en mottar, ifølge

funn. Jansson et al (1998) fant at 60 % av mødrene til for tidlig fødte mente det første møtet burde være hjemmebesøk, mens hver tredje mor mente det ikke spilte noen rolle.

5.1.5 Samspill

Studiens funn viste samspillet viktighet i beskrivelsen av hvordan foreldrene så på og kommuniserte med barnet, i av- og påkledning og ved stell. Slike observasjoner ble omtalt i intervjuene, og ga helsesøster et bilde av foreldre barn- samspillet. I tillegg ble samtalen om hvordan foreldrene hadde det, hvordan de omtalte barnet og eventuelle bekymringer foreldrene satt inne med lagt til grunn for helsesøsters vurderinger. Samspill var tema fra første møte, men funn viste variasjon i hvordan helsesøster tematiserte samspill. Fra spørsmål om hvordan foreldre følte samspillet fungerte, til mer inngående informasjon om samspillet betydning og observasjon av foreldre barn- samspill. Positivt samspill ble bekreftet, med forsett om at foreldrene skulle mestre å oppleve seg som gode omsorgspersoner. Erfaringer hadde vist at gode foreldre barn- samspill ga dem en god start som familie, og barnets forutsetninger for å oppnå god helse og tilknytning ble styrket, noe som understøttes av forskning (Abrahamsen, 2007; Frödin & Lahrech, 2008; Glavin & Kvarme, 2003; SHdir, 2004, 2007; Rye, 2002).

Respondentene nyttet ikke samspillsmodeller i oppfølging av for tidlig fødte barn. Flere ønsket opplæring i slik bruk, og ønsket å kunne implementere det i helsestasjonsarbeidet. Tid og økonomi var erfart som begrensninger i følge funn. Braarud (2006) sin kartlegging av kompetanse, forebygging, tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alderen 0 – 2 år, viste liten bruk av kartleggingsverktøy ved de aktuelle helsestasjonene. I tillegg ble samspillsmodeller nyttet i begrenset grad. Respondentene viste til erfaring som helsesøster og sykepleier som grunnlag for egen samspillskompetanse. Respondenter med erfaring fra nyfødtafdeling ved sykehus uttrykte å inneha en trygghet i møte med disse barna. De beskrev særtrekk hos for

tidlig fødte barn, og erfaringer knyttet til foreldrenes behov oppfølging på helsestasjonen. De gjenkjente for tidlig fødte barn og foreldre som pasientgruppe fra sykehus, og kunne lettere identifisere seg med barnets risikoer, bekymringer og spørsmål fra foreldrene. En beskrivelse av behov for spesifikk kunnskap, som igjen gir helsesøster trygghet som fagperson i møte med det for tidlig fødte barnet og foreldrene.

For å kunne iverksette tiltak for flere av de barna som vil kunne utvikle vansker på et senere tidspunkt, blir det viktig med tidlige tiltak (Rostad, 1996; Rye, 2002).

Samspillsintervensjoner blir av Hansen & Jacobsen (2008) fremhevet for å sikre best utvikling for barn på lang sikt. Tilegnelse av kunnskap (5.2.1) og samarbeid (5.3) vil bidra til å fremme tidlig intervensjon og forebygging (Abrahamsen, 2007; Rostad, 1996; SHdir, 2007). Enkeltstudier har imidlertid ikke vist at intervensjonsprogrammer har varig forebyggende effekt på atferd og psykisk helse hos for tidlig fødte barn (Gray, Indurkha & McCormick, 2004; Renschmidt & Mattejat (2001). Ifølge retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) trengs mer forskning. Sett i forhold til Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell eksemplifiserer dette tiltak på makronivå av betydning overfor tidlig fødte barns oppfølging.

Studien viste at helsesøster arbeidet mye alene, med foreldre og barn til stede. Skal helsesøster lykkes i å overføre samspillskompetanse til foreldre, trenger helsesøster mer erfaring med og kunnskap om samspill og bruk av samspillsmetoder i møte med for tidlig fødte barn. Dette vil også kunne styrke deres redskap i observasjon og relasjonsarbeid generelt (Hansen & Jacobsen, 2008). SHdir (2007) viser til mangel på dokumentert kunnskap om tiltak som foreldre barn- samspill der barn er for tidlig født. Dette støttes av Hunskaar & Røttingen (2004) og Stortingsmelding nr 16 (2003), som understreker behov for mer forskning i regi av helsestasjonen.

Respondentenes hensikt var å styrke og støtte de voksne i foreldrerollen og familien som helhet, i tillegg til vurdering av barnets utvikling. Nyere kunnskap sier at tidlig innsats for små barn i risiko kan fremme barnets utvikling og foreldrenes sensitivitet,

ved å fremme utviklingsstøttende atferd overfor barnet (Hansen & Jacobsen, 2008). I følge Kristjanson & Chalmers (1991) har helsesøsterrollen stor anerkjennelse og oppslutning hos foreldre og derfor mulighet for intervensjon.

Formidling av støtteordninger ble betraktet som viktig. "Husmorvikar" var en ressurs respondenter ønsket tilbake. De få helsesøstrene som hadde denne ressursen, viste til lett tilgjengelighet for brukere. En måtte ikke søke å få vedtak for tilgjengelighet på tjenesten. Helsestasjonen kunne sette inn tjenesten etter vurdering, og i samråd med foreldrene. Ressursen ble utøvd av få personer som var skolert for oppgaven, og ble veiledet av helsesøster. I følge funn av Nordstad (2005), ble formidling av støtteordninger vurdert som viktig av helsesøster.

Studien viste at respondentene har lite erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn, og dette var en lavfrekvent gruppe ved helsestasjonen. Respondentene hadde ingen standardoppfølging av for tidlig fødte barn. Felles for respondentene som gruppe var hyppig oppfølging og stor tilgjengelighet med mål og ønske om å gi best mulig individuell tilpasset hjelp og støtte til barnet og familien. Jansson et al (1998) sin undersøkelse blant mødre og helsesøstre konkluderer med at viktige mål på kvalitet i tjenesten er støtte, tid, fokus på familien, individuell oppfølging og kompetanse.

Spesifikke kartleggingsinstrument og samspillmodeller ble ikke nyttet. Funn viste oppmerksomhet på og generell kompetanse på foreldre barn- samspill sammen med behov for mer kunnskap om samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. De forsøkte å bidra til å skape gode samspill. Det var krevende å omsette teori til praksis, for de manglet oppskrifter på hvordan de skal gå frem. Skal helsesøster ha mulighet til tilstrekkelig oppfølging, kreves det rammer i tillegg til kunnskap og metoder (Andersson et al, 2006). Funn i denne studien samsvarer med dette. Tillit og dialog var uunnværlig for et godt samarbeid med familien, noe som samsvarer med Bronfenbrenners (1979) teori om en tredjeperson som betydningsfull for barnets utvikling. Kunnskap om for tidlig fødte barn

Respondentene ønsket og uttrykte behov for mer kunnskap om for tidlig fødte barn. Retningslinjene (SHdir, 2007) var så ny ankommet at disse ikke var erfart i bruk. Kompetanseheving er både et faglig og etisk ansvar for den enkelte utøver og profesjon, samtidig som det kan være en utfordring (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; SHdir, 2004, 2007). Funn viste at helsesøster hadde liten mulighet til kompetansehevingstiltak i arbeidstiden.

Helsesøsters kliniske blikk er avgjørende for hvordan hun møter det for tidlig fødte barnet, hva helsesøster ser etter, kartlegger, hvordan ulike situasjoner vurderes og for hvilke tiltak som eventuelt iverksettes (ibid). Funn viste at flere respondenter hadde videreutdanning i tillegg til helsesøsterutdanning. Erfaringsbasert kunnskap fra spesialisthelsetjenesten, ga styrke i helsesøsteroppfølgingen, i følge noen.

”Vi må ha kunnskap for å se. Dernest må vi ha mot og kompetanse til å gjøre noe (Killén 2000: 226).” Graden av erfaringsbasert kunnskap med for tidlig fødte barn ble av samtlige respondenter omtalt som liten. Noen helsesøstre beskrev erfaring med utveksling av kunnskap i helsestasjonssamarbeid med pediater. Spisskompetanse skapes gjennom erfaringsbasert praksis, kurs og etterutdanning utover spesialkompetansen som helsesøster har i form av sin videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid (Glavin, 2007). Med få helsesøsterkollegaer ble muligheten til å dele hverandres kunnskap begrenset, og ”alene ansvar” for vurderinger var erfart. Økt kompetanse kan gi muligheter der en tidligere så problemer, og kan kanskje bidra til tydeligere å se sine egne behov og begrensninger i mulighet til utførelse av arbeidsoppgaver som er tildelt helsesøster. Hadde helsestasjonen fått mange spesialistoppgaver uten at opplæring og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten fulgte med? Dette spørsmålet ble stilt av flere respondenter.

Hvilken kunnskapsutvikling hadde helsesøster behov for i oppfølgingsarbeidet? Funn viste ønske om veiledning fra samarbeidsinstanser, hospitering, veiledningsgrupper for helsesøstre, kurs, etter- og videreutdanning.

Spesifikk kunnskap om for tidlig fødsel, sykehusoppholdet og korrigerende av alder hos for tidlig fødte, i tillegg til hvilke vansker en kan forvente hos disse barna, var mangelfull i helsesøsterutdanningen ifølge funn. Praksis ved nyfødtafdeling i helsesøsterstudiet kan gi innblikk i og mer kunnskap om sykehusperioden og det uforutsette sammenlignet med fulltermin fødsel. Dette kan gi en ballast i videre arbeid som helsesøster, ved at teoretisk kunnskap bearbeides gjennom erfaringer og styrker helsesøsters kompetanse (Kirkevold 1996).

Det kan gå lang tid mellom hvert for tidlig født barn helsesøster i en kommune følger opp, når barna fordeles på i underkant av tretti kommuner etter utskrivning fra sykehuset. Helsesøsters mulighet til å bygge opp erfaringskunnskap på dette området blir veldig begrenset, noe funn gjenspeilte. Flere respondenter påpekte også at kunnskap endret seg i tråd med forskning på fagfeltet, så egen formell kunnskap ble utdatert. Solhaug, (2003) hevder manglende kunnskap om og erfaring med for tidlig fødte barns særegne behov innvirker på kvaliteten på oppfølgingen i primærhelsetjenesten, noe som støttes av SHdir (2007). Dette viste helsesøsters utfordring i oppfølgingsarbeidet (4.1). Sintefs kartlegging av kompetanse viser at behov for økt kompetanse er gjennomgående høyere i gruppen av helsesøstre som har minst jobberfaring (Andersson et al, 2006). I denne studien hadde alle respondentene mer enn fem års helsesøsterpraksis.

5.1.6 Tilegnelse av kunnskap

Rammebetingelser som mangel på kapasitet i inneværende stillinger og økonomi var et hinder for kunnskapsutvikling ifølge funn. Dette avgrenset også mulighet for oppstart av prosjekter. Helsepersonelloven (1999) understreker helsepersonells ansvar for faglig yrkesutøvelse og faglig oppdatering. Kommunene plikter kompetanseheving gjennom opplæringsløp (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; NOU, 1997:25). Vanligvis er det et samarbeid mellom arbeidsgiver og ansatt der virksomheten tilrettelegger for kompetanse hos ansatt på områder der det er behov for dette, og den

ansatte søker kunnskap for å lære mer (Glavin & Erdal, 2007). Noen helsesøstre var i videreutdanning i følge funn.

Organisert tverrfaglig samarbeid som kunnskapstilegnelse var ønsket. Funn viste at helsestasjonslegens mangel på tid og fokus på somatiske forhold, ga respondentene lite mulighet til tverrfaglig refleksjon og samarbeid om sosiale og familiære forhold. Skal helsestasjonen styrke sin kompetanse behøver samarbeid mellom helsesøster og lege å ha klare avtaler om oppgavefordeling og samarbeid (Ofstedal, 2007; SHdir, 2007).

Et uttrykk for en kompetanseutviklende kultur er at personalet er innforstått med felles mål, at arbeidsfellesskapet preges av å ”trekker i samme retning” til tross for ulik faglig bakgrunn. Hos helsesøster har erfaringskunnskap tilegnet gjennom samhandling med andre yrkesutøvere blitt tillagt viktighet (Glavin, 2007; Glavin & Erdal, 2007). Kunnskapen har i liten grad vært formalisert og dokumentert, og omtales av (Molander, 1997) som taus kunnskap. Veiledning av pediater i form av et visst antall årlige samarbeidsdager, var både savnet og ønsket. Pediater fra sykehuset ankom helsestasjonen, og veiledningens form var ved gjennomgang av pasientkasuistikk, eller ved pasientkonsultasjoner sammen med helsesøster. Her kunne den teoretiske og praktiske kunnskapen artikuleres. Ulike forståelsesmåter og handlingsalternativer kunne tydeliggjøres. I tverrfaglig samarbeid kan tema en arbeider med drøftes, og i samarbeid utveksles erfaring og kunnskap, som blir et felles eie hos de ulike profesjonene, som den enkelte ikke kunne utviklet eller innehatt alene (Abrahamsen, 2007; Glavin & Erdal, 2007). Haga (2006) og Howlid (2002) sier at det er et behov for barneleger utenfor sykehus, for å veilede primærhelsetjenesten i forhold til barnemedisinske problemstillinger. Funn viste et slikt ønske og behov hos respondentene.

Hospitering var et ønske for å se og erfare den praktiske kunnskapen, og slik øke kompetansen. Olsen (2000) sier aktiv deltakelse gir en mer virksom læresituasjon, som kan være vel så gunstig som teoretiske læresituasjoner. Spesialisthelsetjeneste

loven (1999) viser til spesialisthelsetjenestens ansvar for undervisning og opplæring overfor kommunene. Hospitering kan i tillegg til økt kompetanse gi økt faglig nettverk, som kan generere kunnskapsutveksling og samarbeid. Helsesøster savnet samarbeid med sykepleier på nyfødtpost. Hospiteringsordninger for helsesøstre ansatt i kommunene bør tilrettelegges, men fordrer en ressursdiskusjon, særlig med tanke på helsestasjoner med kun én stilling for helsesøster. Ansvar for organisering og gjennomføring trengs tydeliggjort for å få effektuert tiltakene.

Teoribilde styrker funnene, som viser at få respondenter hadde tilgang på veiledning, og at tid var en begrensingsfaktor. Helsesøster trenger å styrke sitt nettverk og oppleve mestring. Det er økende krav til helsestasjonen i forhold til oppfølging av utsatte grupper. Likeså er det vanskelig å se resultater av forebyggende helsearbeid på kort sikt. Lite faglig nettverk og kunnskapshull kan gi helsesøster en utrygghet på om de gjør en god nok jobb. Å føle at en kan noe er av betydning for faglig identitet (Glavin & Kvarne, 2003). Faglig veiledning har også mål om å styrke yrkesidentiteten, stimulere til refleksjon i handling og kritisk tenkning. I følge Andersson et al (2006) var det kun 35 % som oppga at de selv mottok regelmessig veiledning, og 60 % uttalte at deres behov for veiledning ikke er tilstrekkelig dekket, noe som understøttes i Glavin & Hellseth (2005). Faglig veiledning kan bidra til å bedre opplevelsen av egen arbeidssituasjon. I refleksjonen over egen og andres praksis øker læringen og medfører en bedre måte å håndtere praksissituasjoner på (Dysthe, 2001; Hermansen, Carlsen & Vråle, 1999). Veiledning anbefales i helsesøsters etterutdanningsplan, og samtidig bør veiledning bli sett på som en del av helsesøsters kvalitetssikringssystem. Veiledningsgrupper sin form dekker et behov i fagutvikling som kurs ikke gir (Brevik, 1995). I følge funn var veiledningsgrupper for helsesøstre ikke organisert. Å sammenlikne seg med andre, få tilbakemelding fra andre og å reflektere over hva en har gjort, gir læring (Molander, 1997).

Helsestasjonen som system er velutviklet med gode rutiner. Helsesøster er i stand til å støtte og hjelpe for tidlig fødte barn (Glavin & Kvarne, 2003; Misvær, 2006; SHdir,

2004, 2007). Funn fremhevet tid og økonomi som begrensede faktorer. Dette understrekes av flere (Glavin & Helseth, 2005; Hofstad, 2008; Hunskår & Røttingen, 2004; Myklebust, Berge & Marøy, 2008; Ringstad, 1997). Et spørsmål i denne forbindelse er om primærhelsetjenesten får benyttet helsesøsters eksisterende kompetanse, når respondenter beskrev at stram økonomi og stor arbeidsbelastning innenfor eksisterende stillinger ga begrenset tid i oppfølgingsarbeidet.

Overfornevnte faktorer påvirket oppdatering og videreutvikling av kunnskap. I tillegg påpekte respondenter lokale behov, eksempelvis antall stillinger ved helsestasjonen, som styrende for muligheten til hospitering, kurs etter- og videreutdanning.

Respondentene uttrykte som sagt flere måter de ønsket kunnskapstilegnelse på. Det som blir viktig er at kunnskap tilføres helsesøstertjenesten og at de får ressurser slik at de får tid til å tilegne seg den. Andersson et al (2006), viser til et ønske om mer kompetanse hos helsesøstre generelt. Kommunehelsetjenesteloven (1982) tydeliggjør kommunenes plikt vedrørende faglig oppdatering for ansatte. Helsesøstrer må også tydeliggjøre sitt behov for fagutvikling for å kunne videreutvikle dybde og breddekunnskap, og kunnskap om sammenhenger. Respondenter var opptatt av å videreutvikle faglighet i oppfølgingsarbeidet. En kan stille spørsmål om helsesøsters stemme blir hørt? Norsk Sykepleierforbund arbeider med en søknad om spesialistgodkjenning for helsesøster (Glavin, 2009). En spesialistgodkjenning vil tydeliggjøre og bety rettigheter og plikter til faglig oppdatering, men også i forhold til å beholde sin spesialist autorisasjon (Bjørnstad, 2006). Funn viste at rutineoppgaver på helsestasjonen ble konkurrerende med å kunne nytte kompetanse og tid til prosjekter og fordypning i spesifikke tema. Helsesøster har oppgaver innenfor et fagfelt som favner vidt og med mange målgrupper (SHdir, 2004, 2007). Dette var fremtredende i studiens funn. En beskrivelse av hvordan motvirkende forhold gjennom kunnskap og kompetanse fra et stort og vidt fagområde, kan gå på bekostning av mulighet til å fordype seg i kunnskapen og kompetansen på et mer begrenset fagområde. Myklebust et al (2008) hevder at oppfølging av de nye retningslinjene bidrar til økt press i helsestasjonstjenesten sett i sammenheng med

ressurssituasjonen. Helsestasjonen har ikke blitt tilført 800 årsverk innen 2006, slik Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 tilsa (St.prp. nr. 63 1997-98). Norsk Sykepleierforbund, (2008- 2009) sier helsestasjonen trenger en virkelig ressurstilførsel, for å kunne håndtere de krav myndigheter og fagmiljøene og brukerne setter til tjenesten.

I Nasjonal helseplan (2007-2010, Helse- og omsorgsdepartementet, 2006), hvor regjeringen presenterer status for helsetjenesten i dag og utfordringer i kommende år, heter det at tjenesten skal ha vekt på faglighet og kvalitet. Funn viser at det også kreves kompetanse i organisering og samhandling av oppfølgingsarbeidet. Hunskaar & Røttingen (2004) og Orvik (2004) sier at organisatorisk kompetanse er en nødvendighet. I tillegg til klinisk kompetanse må helsesøster forstå helseorganisasjonen som system og kunne organisere arbeidet overfor brukerne. Funn viste at organisatorisk var vilkårene ulike i forskjellige kommuner. I de minste kommunene var helsesøster alene om ansvaret for samtlige oppgaver. Reisebelastning var ulik på respondentene, ut fra kommunenes bosetning og geografiske forhold. Noen kommuner hadde ”utekontordager” som reduserte foreldrenes reiseavstand. Helsesøster måtte dele tiden mellom eksempelvis reisevirksomhet, brukeroppfølging, administrasjon, samarbeid og kunnskaps oppdatering. Det kunne ifølge respondentene være utfordrende å holde seg faglig oppdatert når arbeidsoppgavene hadde et vidt fagområde, og når en var i et lite fagmiljø, gjerne var eneste helsesøster i kommunen (jf 4.1.3).

5.1.7 Økt kunnskap - trygge helsesøstre

Flere av respondentene i studien beskrev erfaring med rolleutrygghet i møte med det for tidlig fødte barnet og foreldrene. De hadde behov for oppdatert og ny kunnskap og økt tverrfaglig samarbeid. Kvamme (2004) beskriver hvilken betydning tilrettelagt fagutvikling og økt kunnskap har for sykepleiere. Kompetansemangel skaper

utrygghet hos fagpersoner, som gjerne smitter over på foreldrene (Hansen & Jacobsen, 2008; Rye, 2002; SHdir, 2007).

Den vanligste tilbakemeldingen fra foreldre er at helsesøster og helsestasjonslege signaliserer at de ikke har nok kunnskap om for tidlig fødte barn (Markestad, 2006). Opplevelsen av at foreldre har mer kunnskap om tema enn helsesøster, var erfart ifølge funn. Faglig dyktighet er en forutsetning for at helsesøster skal nå frem med sitt budskap og at foreldre skal ha tillit til helsestasjonen. Ved å synliggjøre kunnskap i møte med foreldrene, kan en oppnå tillit, og styrke foreldre til å bli trygge og kompetente i foreldrerollen (Hellseth, 2002).

Respondentene viste til sitt ansvar for oppfølging av for tidlig fødte og ønsket verktøy som kunne gi dem bedre støtte i oppfølgingsarbeidet. Spriket mellom dem som hadde erfaring og dem som ikke hadde erfaring fra oppfølging av for tidlig fødte barn i sykehus, understreker betydningen av helsesøsters ønske om praksis og hospitering på nyfødtpost. Å endre utdanningsinnhold nytter for de som skal ta til i utdanning, for ferdigutdannede helsesøstre vil det være aktuelt med etterutdanningskurs (Andersson, et al, 2006; Braarud, 2006; Norsk sykepleier forbund, 2008-2009).

Retningslinjene (SHdir, 2007) foreslår et todagers etterutdanningskurs for relevant personell i implementering av retningslinjene, med fokus på samspillmodeller, normalutvikling og hvordan forholde seg til forventede vansker og forebygging av disse. I tillegg til samarbeid med andre instanser som tema. Respondentene ønsket kurs i implementering av retningslinjene på tvers av nivå og fagutdanning. Tydelige fagmiljøer i helsestasjonen bidrar til å heve kvaliteten på tjenesten, til å rekruttere og beholde personell (Glavin, 2007).

Respondentene formidlet et spenningsforhold mellom det en ønsket å få til for god praksis og det som var mulig gjennomførbart, grunnet rammebetingelser. Norge har en helsestasjon med et høyt utdanningsnivå på de ansatte. Derfor er det behov for forskning, og kvalitetsbedring for å holde oppe kompetansenivået (Hunskår &

Røttingen, 2004). Virkningen av tiltakene bør evalueres (Glavin & Helseth, 2005; *ibid*). Styrking av helsesøsters behov for kunnskap i sin oppfølgingsrolle av for tidlig fødte kan styrke helsesøsters trygghet i møte med foreldre til for tidlig fødte barn, noe som igjen gir økt trygghet hos foreldrene. Samtidig vil tidlig forebygging være positivt nettopp i den forstand at det i barnets første leveår kan gjøres mye for å redusere uheldig utvikling uten betydelig og ressurskrevende tiltak (SHdir, 2007). Med tilstrekkelig kunnskap på helsestasjonen kan man fange opp problemer før de blir store.

5.2 Samarbeid

Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er omtalt som mangelfull (Samhandlingsreformen, 2009; St.prp. nr. 63, 1997-98). Uklare retningslinjer, ulik kompetanse og roller og personlige ulikheter blir omtalt som et problem når det gjelder samarbeid. Når samarbeidet ikke fungerer vil det være det for tidlig fødte barnet og familien som lider. Samarbeid med andre fagpersoner både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er av vesentlig betydning for helsesøstrene, noe som samsvarer med funn. Helsestasjonen skal iverksette og koordinere tiltak for vanskeligstilte familier i nødvendig samarbeid med andre instanser (SHdir, 2007). Alle respondentene beskrev foreldrene som samarbeidspartnere, og foreldrene ble omtalt som eksperter på sine barn. SHdir (2004) sier at helsestasjonen skal utvikle god samhandling med foreldre. Ved å få til et godt samarbeid med foreldre mente respondentene at foreldre ville stille spørsmål og dele bekymringer med helsesøster ved konsultasjonene. Dette samsvarer med intensjonen til SHdir (*ibid*, 2007).

Mangel på epikriser og rapporter fra sykehuset kunne påvirke helsesøsters trygghet i møte og samarbeid med foreldrene, i følge funn. I mangel på sykehusopplysninger ble det nødvendig for helsesøster å innhente informasjon fra foreldre, som en midlertidig

løsning. I følge Saugstad (2009) representerer retningslinjene (SHdir, 2007) et stort fremskritt i oppfølgingsarbeidet.

Bærum kommune har en modell for samarbeid med Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet for å kompetanseheve helsestasjonene og bedre oppfølgingsarbeidet. Hospitering, undervisning samt etablering av tre ressurshelsestasjoner med mål om bedre tilgjengelighet, økt kompetanse og slik et best mulig helsestasjonstilbud overfor for tidlig fødte barn (Donovan, 2004; Ravn, 2007). Glavin & Kvarne (2003) sier at å tilrettelegge for et begrenset fagområde kan være vanskelig for helsesøstre i små kommuner, noe som sammenfalle med funn.

5.2.1 Samarbeidsrutiner

Kontinuitet mellom de ulike miljøene individet under utvikling lever i, samt kontinuitet mellom de ulike støttespillerene individet møter i de ulike settingene, fremheves som særlig viktig i følge Bronfenbrenner (1979). Respondentene påpekte behov for struktur og kontinuitet i samarbeid. Kommer helsevesenet videre i en posisjon som støttespiller for det for tidlig fødte barnet, vil det i følge Bronfenbrenner (ibid) ytterligere styrke mesosystemet gjennom et gjensidig tillitsforhold, fellesverdier og felles mål.

Det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet var utydelig og lite formalisert ifølge alle respondentenes erfaringer. Helsesøstrer vurderer egen samarbeidskompetanse som god. Samarbeid lå nær opp til helsesøsters tradisjonelle måte å jobbe på, og en utviklet samarbeidskompetanse gjennom erfaring (Andersson et al, 2006).

Respondentene savnet tydelige rutiner knyttet eksternt- og tverrfaglig samarbeid. Helsesøsters ønske om organisert tid til tverrfaglig drøfting eksempelvis ved oppstart og ved avslutning ved helsestasjonslegens konsultasjonsdager ble tydelig i funn. Ifølge Lauvås & Lauvås (2004) må en våge å bruke hverandres kompetanse, og et nært samarbeid med regelmessig kommunikasjon avklarer hvilke oppgaver som ivaretas av hvem. I tillegg utgjør samarbeidsrelasjoner i seg selv gode læringsarenaer.

Kunnskapsformidling til primærhelsetjenesten utdypes i spesialisthelsetjenesteloven (1999). Rutiner for tilbakemelding fra sykehus, uten at helsesøster måtte spørre etter var ønsket. I følge Karteruds (2000) studie hadde samarbeidet mellom sykepleier på nyfødtpost og helsesøster forbedringspotensiale. En fast dag pr uke med tilgang til drøfting av problemstillinger pr telefon, telefonrådgivning/ kunnskapsstyrking med barneklubben ble ønsket i samarbeidet. Å bli invitert til utskrivingsamtale på sykehuset for å sikre informasjon og behov i overgang sykehus hjem var sentralt i funn. Dette vektlegges av andre, med mål om å redusere foreldre- stress og styrke oppfølgingen av barnet (Abrahamsen, 2007; Solhaug, 2003; SHdir, 2007).

Respondentene ønsket tydeligere samarbeid med fysioterapeut. I tverrfaglig samarbeid har en mulighet å se hverandre i arbeidssituasjon med bruker (Ofte dal, 2007; SHdir, 2007). Eksempelvis var programfestede konsultasjoner sammen med fysioterapeut ønsket, der fysioterapeut gjorde vurdering i forhold til barnets utvikling. På denne måten kan helsesøster få innsikt i andres handlingskompetanse jf (Abrahamsen, 2007). Å utvikle tverrfaglig innsikt ligger blant annet her (Øberg, 2008). Haugen, (2007) sier det er utfordringer med retningslinjene (SHdir, 2007) i hvordan de skal tolkes, blant annet når det sies at oppfølgingen skal være tverrfaglig og sikre bred vurdering. Det påpekes at fysioterapioppfølgingen må gi rom for å se hele barnet, ikke bare om det har forsinket motorikk. Videre sier Haugen (2007) at flere faggrupper sammen med helsesøstrer ser hele barnet bare med litt ulik synsvinkel. Derfor må det samarbeides om tiltakene.

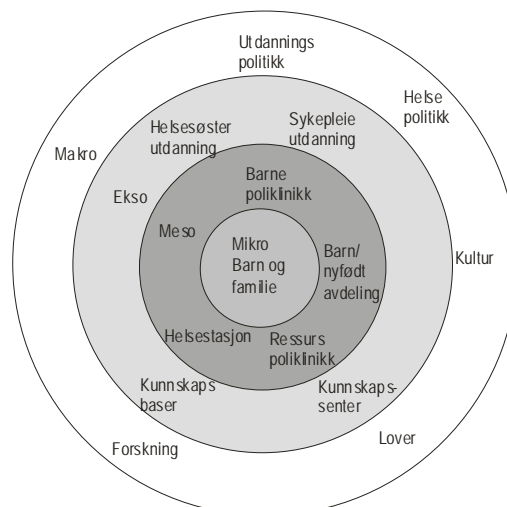
Tid eller mangel på tid hadde innvirkning på flere områder i studien, som foreldrenes behov for støtte og kunnskapstilegnelse, og har vært omtalt tidligere i studien. Alle respondentene uttrykte behov for mer samarbeidstid. Tid ble også nemt som en hindringsfaktor for helsestasjonslege, grunnet stort arbeidspress. Tiltak for å løse dette må sees i en større sammenheng. Helse- og omsorgsdepartementet påpekte alt i Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) at de så utfordringer knyttet til å avpasse ressurser og ivareta samarbeid innen primærhelsetjenesten og primær- og

spesialisthelsetjenesten. Som tema er dette er i dag også knyttet til samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samarbeidsrutinene med andre instanser varierte etter hvem de samarbeidet med, ifølge funn. Helsesøstrene hadde behov for å kommunisere omkring de vanskelige faglige problemstillingene, og etterspurte bedre samarbeid med andre instanser, mer kunnskap og økte rammebetingelser, som vil virke utviklende for reflektert praksis. Ved å styrke det faglige nettverket rundt barnet er hensikten å redusere fare for risiko og fremme utviklingsmuligheter (Bronfenbrenner, 1979; SHdir, 2007).

5.2.2 Funn i et økologisk perspektiv

Selv om fokuset i denne oppgaven er rettet mot helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn, vil det være av betydning å se på ulike faktorene i Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell. Modellen viser at samspillet preges av gjensidige samhandlings- og støttemønstre (Bø 2000).

Studiens resultater viser flere utfordringer knyttet til oppfølgingsarbeidet. Ut fra respondentenes beskrivelser kan det se ut som om helsesøster i praksis blir pålagt og bærer av et stort ansvar for koordinering og samhandling i oppfølgingsarbeidet. Ved hjelp av Bronfenbrenners (1979) økologiske modell for utvikling, kan en illustrere mulighet for et godt samhandlingsforhold, ansvar og kvalitetssikring i oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre. Modellen viser hvordan individ-miljøsamspillet og gjensidigheten i relasjonen virker inn på barnets utvikling. Ved å styrke nettverket rundt barnet er formålet å fremme utviklingsstøtte og redusere risikofaktorer. En umoden sosial ramme gir ikke barnet optimal utviklingsstøtte. Samarbeid og samhandling rundt det for tidlig fødte barnet og foreldre krever ansvar og handling på alle samfunnsnivå for å oppnå helse. Figur 2 viser Bronfenbrenners (ibid) økologiske utviklingsmodell tilpasset til helsesøsters arbeid med for tidlig fødte barn og foreldre.



Figur 2: Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell tilpasset til helsesøsters arbeid med for tidlig fødte barn og foreldre.

Makronivået viser behov for oppmerksomhet og samfunnsengasjement for å bruke ressurser på de for tidlig fødte barna. Politikere og helseansvarlige må ta ansvar for forebyggende helsearbeid og helhetlig oppfølging. I dette ligger å oppmuntre for kunnskapsutvikling og tilrettelegge ressursmessig for forskning, også i primærhelsetjenesten. Det er behov for tilrettelegging av oppfølgingsprogrammer normert for norske forhold. I tillegg må det sikres evaluering og videreutvikling av disse. Oppfølgingsarbeidets betydning etter sykehusoppholdet behøver å bli mer synlig på den politiske arena. Rammebetingelser må bli klare og tilpasses i alle ledd i oppfølgingsarbeidet.

Politiske lover og forskrifter har flyttet grenser i forhold til hvem som skal ha ansvar for hva i spesialist- og primærhelsetjenesten (Glavin & Kvarme, 2003; Samhandlingsreformen, 2009). Dokumentene må være tydelige på forandringenes innhold, grenseganger/gråsoner og ansvar. Retningslinjene (SHdir, 2007) tydeliggjør roller tilknyttet oppfølgingsarbeidet. En ressurstilføring til primærhelsetjenesten er nødvendig for å sikre opplæring og videreutvikling av kompetanse for å ivareta for tidlig fødte barns individuelle behov for oppfølging. Ressurser gir helsesøstre anledning til å tilegne seg kunnskap, og gir dem tid til å bearbeide ny kunnskap, så de kan få et eierskap til kunnskapen.

Faglig styrket utdanning og rammer og kunnskapsnivå i utdanningsinstitusjoner i takt med faglig utvikling må til for å bidra til endringer innenfor *eksonivået*, med mål om å oppnå økt kunnskap og kompetanse. God og oppdatert kunnskap om barnets generelle utvikling, utviklingsforstyrrelser og regulering trengs for å forstå disse risikobarna. Det kreves samhandling på tvers av yrkesgrupper og nivå for å se for tidlig fødte barn og familien familiens helhets behov. Samarbeid innbefatter først tid for å møtes og tydeliggjøring av hverandres kompetanse. En tydelig struktur for samarbeid, samhandling og ansvar mellom nivåene muliggjør kompetanseskyving og utveksling av kunnskap og erfaring mellom nivå. Det gir mulighet for å lette overgangen fra sykehuset til hjemmet, både for helsesøster og familie.

På *mesonivå* trenger helsesøster mer kunnskap i forhold til observasjon, vurdering og spesifikk intervensjon overfor for tidlig fødte barn. Spisskompetanse vil gi helsesøster en faglig status og en trygghet i rolle som helsesøster overfor for tidlig fødte barn. Det vil styrke deres stilling i foreldrestøtte. God samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten og innad i primærhelsetjenesten fremmer samarbeid og legger forholdene til rette for individuell oppfølging. Oppfølgingssystemet må være rettet mot og tilpasset behov og lokale forhold for å oppnå ønsket effekt. Mer kunnskap hos helsesøster vil gi effekt på foreldrenes kunnskapsnivå i foreldre barn -samspill på *mikronivå*.

Dette gjør Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell om interaksjon mellom mennesker og miljø relevant, med sin vektlegging av et støttende nettverk for barnets utvikling. De økologiske overgangene kan bli vanskeligere dersom barnets oppfølging er preget av et lite støttende nettverk, og et nettverk med lav grad av samarbeid. Tilstrekkelig og kontinuerlig tilgang på oppdatert kunnskap hos helsesøster vil også øke foreldrenes kunnskap og gi trygghet, som igjen vil bidra til positiv utviklingsstøtte hos barnet på mikro nivå.

6. KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å beskrive helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår. Ønsket har vært å få frem helsesøstrenes ”stemmer” og løfte frem deres erfaring fra helsesøsterarbeidet.

Litteraturgjennomgang fant lite forskning på helsesøsters funksjon og erfaring. Hoveddelen av forskning på for tidlig fødte barn er ut fra foreldreperspektiv og medisinsk perspektiv. Faglige retningslinjer viser til behov for individuelt tilpasset og målrettet oppfølging av for tidlig fødte barn. En styrke i helsesøsters arbeid er kontinuitet i kontakt over tid. I tillegg har helsestasjonen omtrent 100 % oppslutning. Utfordringer for tjenesten er en økning i sammensatte oppgaver innefor eksisterende rammer. Det beskrives et gap mellom dagens stillingshjemler i helsesøstertjenesten og de reelle ressursene tjenesten har behov for.

Hovedinntrykket fra denne studien var at helsesøster tilbød stor tilgjengelighet overfor for tidlig fødte barn, med fokus på familien som helhet og individuelt tilpasset oppfølging. Ved helsesøsters arbeidsforhold var det gjennomgående lite tilrettelagt for tverrfaglig samarbeid og kunnskapsoppdatering. Mangel på tid ble fremhevet.

Studien viste at helsesøster hadde liten erfaring med oppfølging av for tidlig fødte, en liten og heterogen barnegruppe. Helsesøster beskrev et viktig ansvar i oppfølgingen, der foreldresamarbeid og å anerkjenne foreldres kompetanse var sentralt. Tillit og dialog var viktige elementer i samhandling. Helsesøster beskrev sin kontrollfunksjon i oppfølgingsarbeidet ved at de skulle avdekke eventuelle problemer og iverksette tiltak. Helsesøsters kunnskap, erfaringer, intuisjon og foreldrenes behov, lå til grunn for helsesøsters vurderinger. Ernæring og søvn knyttet til oppfølgingsarbeidet var lite tematisert. Det antas at dette er en stor del av hva helsesøster naturlig fokuserer på i sin arbeidsdag. Helsesøster så på sin rolle som generalist og ikke spesialist. Krav som

samfunnet stiller til helsesøsterrollen sto ikke i forhold til mulighet for faglig oppdatering eller ønske om å gå dybden på ulike tema. Helsesøsters beskrivelse viste at hun jobbet mye alene som fagperson, og flere av helsestasjonene var små.

Studien avdekket behov for og ønske om økt kunnskap, og en grad av usikkerhet grunnet mangel på dette. Helsesøster hadde konkrete ønsker relatert til kunnskapsoppdatering, i tillegg til kunnskap om kartleggingsverktøy, noe som ikke ble nyttet i oppfølgingsarbeidet. I kollegafelleskap syntes det å være kultur for erfaringslæring der dialog og samhandling mellom helsesøstre ga læring og trygghet, men veiledningsgrupper for helsesøstre var ikke organisert.

Studien viste også en manglende kultur for samarbeid. Lite tverrfaglig samarbeid innad på helsestasjonen, og mangel på samarbeid mellom helsestasjonen og spesialisthelsetjenesten, påvirket helsesøsters oppfølgingsarbeid. Mangel på tid ble flere ganger fremhevet i helsesøsters arbeidssammenheng.

6.1 Anbefalinger videre

Helsestasjonene i fylket hvor denne studien ble gjennomført er små og med lav forekomst av for tidlig fødte barn. Det er ikke sannsynlig at alle helsesøstre kan opparbeide seg god kunnskap og erfaring innen dette feltet. Helsesøsterbemanningen gjør det ugjennomførlig å organisere helsestasjonen i fagområder. Sentralisering der oppfølging av for tidlig fødte barn samles til noen kommuner slik Solhaug (2003) viser til, har sine geografiske begrensninger med tanke på reiseavstander. Å knytte en ressurs til sykehusets poliklinikk ville gi helsesøstre i gjeldende fylke tilgjengelighet til spesialistkompetanse og faglig drøfting. Formalisert samarbeid med veiledning av pediater og sykepleier fra nyfødtpost ut i helsestasjonene vil være av betydning for den praktiske kunnskapsoppdateringen. Et nærmere samarbeid mellom sykehuset og helsestasjonen kan stimulere til utveksling av samarbeid og erfaring, og gi innsikt i hverandres kompetanse. Å få frem mer kunnskap om samarbeidsformer og tverrfaglig

samarbeid, er av betydning, og kan bidra til å sikre at ulike sider ved oppfølgings-tilbudet gjennomgår forbedringer.

Kompetansebehov hos helsesøster må sees i sammenheng med organisatoriske forhold, i tillegg til forhold ved helsesøsterutdanningen. Helsesøster behøver også opplæring og ressurser til å muliggjøre forskning innen eget fag. Politikere og helsemyndigheter må også se på for tidlig fødte barn som risikobarn etter endt sykehusopphold. Justering av kompetanse gjennom helsesøsterutdanningen, hospitering, etter- og videreutdanning og mulighet for fagutvikling ved helsestasjonen trengs. En slik gjennomføring fordrer ressurstilførsel i form av økte midler og stillinger i helsestasjonen sammen med kartlegging av behov. Dette arbeidet krever tydelige frontfigurer i offentligheten. Det ville være av interesse å belyse hvordan helsesøsters "stemme" kan tydeliggjøres mer enn i dag. Det er klare føringer på at helsestasjonens oppfølging av for tidlig fødte barn bør styrkes, men lite forskning viser hvordan hensikten kan effektueres i praksis.

Kunnskapssenteret (2006) påpeker at forskningsgrunnlaget er spesielt tynt for oppfølging av barna når de er reist hjem fra sykehuset. Et kunnskapssenter for helsestasjonstjenesten kunne tilrettelegge for forskning og bidra til å systematisere og videreutvikle kunnskap. Evalueringsstudier knyttet til retningslinjenes anbefalinger og bruken av disse vil kunne avdekke og systematisere videre behov.

En utfordring til organisasjonen blir å ta vare på helsesøsters eksisterende kunnskap og genuine interesse for faget. Systematisk veiledning kan bidra i så måte. Studiens resultater samsvarer med litteraturgjennomgang og forskning, og avdekker behov for forskning på helsesøsters hverdag i oppfølgingsarbeidet, på samarbeid, ressursbehov og kompetanse. Slik kunnskap kan være nyttig i lederes og politikeres arbeid med å sikre adekvate arbeids- og læringsforhold, både for å oppnå effekt av nødvendige tiltak og for trivsel og rekruttering til yrket.

REFERANSELISTE

- Abrahamsen, M. (2007). *Tidlig hjelp til barn 0 – 3 år. Tverrfaglig oppfølging av for tidlig fødte barn under 2000 g i Grenlandskommunene*. Prosjektrapport (tidlig intervensjon). Barne- og ungdomsklinikken 2004-2007, Sykehuset Telemark HF.
- Als, H. (1986). A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment. Physical and Occupational Therapy. *Pediatrics*, 6, 3-53.
- Andersson, W.H., Ose, O.S., Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. Sintef.
- Andrews, T. (2002). *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Doktoravhandling. Bergen: HEMIL senteret, Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen.
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting. A process Model. *Child Development*, 55 (1), 83-96.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14 (3) 13-28.
- Bhutta, A.T., Cleves, M.A., Casey, P.H., Cradock, M.M., Anand, K.J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, August 14; 288(6), 728-37.
- Bjørnstad, R.M. (2006). *Fakta ark om spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund (NSF).
- Bowlby, J. (2000). *At knyte og bryde nære bånd*. Fredriksberg: Det lille forlaget.
- Brazy, J.E., Anderson, B., Becker, P.T., Becker, M. (2001). How parents and premature infants gather information and obtain support. *Neonatal Network - Journal of Neonatal Nursing*, (20), 41-48.
- Brevik, S. (1995). Veiledningsgruppe for helsesøstre. *Sykepleien*, 1, 15-17.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard, University press.

-
- Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In: R. M. Lerner (Ed.). *Handbook of Child Psychology* (6, ed., Vol. 1: Theoretical Models of Human Development, pp. 793-828). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brudal, L. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og spedbarnstid*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Braarud, H. (2006). *Prosjekt kartlegging av kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 0-2 år i 1. Linjen*. Bergen: Helse Bergen.
- Bråten, S. (2007). *Dialogens spel i barnets og språkets utvikling*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Bø, I. (2000). *Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Donovan, L.M. (2004). Ressurshelsestasjon premature. Nyhetsbrev fra utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo kommune. *HUS-posten*, nr. 10.
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Elvbakken, K.T. (1996). Helsestasjonen under lupen? Om undersøkelser av og utredninger om helsestasjonsvirksomheten. I: *undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IK 2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
- Erlandsson, B., Stjernqvist, K. (1993). Mit lille pus, hvordan skal det dog gå? I: P. Hwang (red.). *Spædbarnets psykologi* (pp.147-165). København: Hans Reitzels Forlag.
- Fagermoen, M.S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K.H., Starrin, B. (2006). Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62, 70-80.
- Frödin, M., Lahrech, O. (2008). *Barnsjuksköterskans upplevelse av anknytningsprocessen i neonatal hemsjukvård*. Göteborg: Universitet i Göteborg. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

-
- Gjengedal, Å. G. (2007). Foreldre kraft- en kvalitativ intervjuundersøkelse av foreldre til barn med Downs syndrom, multifunksjonshemming og autisme om deres møte med helse- og sosialkontorene og helsestasjonene. *Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap*.
- Glavin, K. (2007). Kunnskapsbasert helsetjeneste. I: K. Glavin, S. Hellseth og L. Kvarme (red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 48-67). Oslo: Akribe AS.
- Glavin, K. (2009). *Personlig kommunikasjon med Kari Glavin*. Doktorgradsstipendiat. – Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Universitetet i Oslo, og førstelektor, Oslo: Høgskolen Diakonova.
- Glavin, K., Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn i kommune – Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Glavin, K., Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Det er billigere å forebygge enn å behandle sykdom. *Sykepleien*, 93(05), 56-57.
- Glavin, K., Kvarme, L.G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe forlag.
- Gloppestad, K. (1998). Experiences of Maternal Love and Paternal Love when Preterm Infants were Held Skin to Skin and Wrapped in Blankets: Differences between Two Types of Holding. *Vård i Norden*, 18 (1), 23-30.
- Gray, R.F., Indurkha, A., McCormick, M.C. (2004). Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatric*, 114(3):736-43.
- Grimen, H. (1996). *Tillit og rutinar*. Los- senter notat, 9618. Bergen: LOS-senteret.
- Haga, O.S. (2006). Portrettet. *Paidos, Tidsskrift for Norsk Barnelegeforening*, 3, 79-81.
- Hagtvet, B.E., Horn, E. (2008). Forebyggende satsing med vekt på styrking av barnets språk. I: E. Befring og R. Tangen (red.). *Spesialpedagogikk* (s. 433-457). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hansen, M.B., Jacobsen, H.(2008). *Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Hauge, I.M. (1982). *Helsestasjonen og familien med det nyfødte barn. Psykisk forebyggende arbeid med helsestasjonen som utgangspunkt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugen, E.B. (2007). Færre premature barn skal følges opp. *Fysioterapeuten*, 11,34-37.

-
- Heian, F. (1996). *Tidlig samspill. Veileder for helsepersonell*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Heian, F. (2006). Samfunnsmedisinsk virksomhet. I: N. Misvær og G. Oftedal (red.). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år (27-39)*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR 2003-04-03 nr. 450).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonalt helseplan (2007-2010)*. Nr; 58.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*.
- Helseth, S. (1999). "Hjelp i skrikende stund." *Utvikling av en modell for helsesøstertilnærming til foreldre og barn når spedbarnet har kolikk*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for Sykepleievitenskap.
- Helseth, S. (2002). Hjemmebesøket. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 23-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helseth, S. (2007). En mestringsmodell. I: K. Glavin, S. Hellseth og L. Kvarme (red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s.206-218). Oslo: Akribe AS.
- Henriksen, J-O., Aarflot, H.M. (2002). Å møte en annen. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 23-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hermansen, V.M., Carlsen, L.B., Vråle, B.G. (1999). *Sykepleiefaglig veiledning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hofstad, E. (2008). Helsesøstrenes ressursmangel: Ikke bare et storbyfenomen. *Sykepleien*, 17, 41.
- Howlid, H. (2002). Barn og ungdom treng fleire pediatrar i arbeid utanfor sjukehusa. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23 (10): 122.
- Hundeide, K.(2001). *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder*. International Child Development Programs (ICDP). Nesbru: Vett & Viten AS.
- Hunskår, S., Røttingen, J.A. (2004). *Forsømt forskningsfelt. Primærhelsetjenesten - et viktig forskningsfelt*. Kronikk/innlegg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten - Kunnsakssenteret.no.

-
- Hwang, P., Wickberg, B. (2001). *Förelärdstöd och spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Indredavik, M. S. (2005). *Mental health and cerebral magnetic resonance imaging in adolescents with low birth weight*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience.
- Jackson, K., Ternestedt, B.M., Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), s.120-129.
- Janson, H. (2003). Ages & Stages Questionnaires: a parent- completed, child monitoring system. Copyright by Paul H. Brookes publishing co., Inc. *Norsk utgave, RBUP*, Regionsenter for barne- og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør, Oslo.
- Jansson, A., Isacson, Å., Kornfält, R., Lindholm, L.H. (1998). Quality in Child Healthcare. The view of Mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12 (4) 195-204.
- Jansson, A., Pettersson, K., Udèn, G. (2001). Nurses` first encounters with parents of new-born children- public health nurses` view of the good meeting. *Journal of Clinical Nursing* , 10 (1), 140-151.
- Jansson, A., Sivberg, B., Wilde Larsson, B., Udèn, G. (2003). Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 15,100, 1348-51.
- Jepsen, J. (2004). *For tidligt fødte børn: Usynlige senfølger*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Karterud, V.L. (2000). *Foreldre til premature barns behov for sykepleie ved overgangen fra nyfødtafdelingen til hjemmesituasjonen*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kenner, C., Lott, W.J. (1990). Parent Transition after Discharge from the NICU. *NeonatalNetwork*2, 31-37.
- Killèn, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killèn, K. (2006). Samspill og tilknytning I: N. Misvær og G. Oftedal (red.). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år (225-240)*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

-
- 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?* Masteroppgave. Bergen: HEMIL- senteret. Det Psykologiske Fakult: Universitetet i Bergen.
- Konsensuskonferansen. (1998). *Grenser for behandling av for tidlig fødte barn*. Rapport nr. 13. Oslo: Norges forskningsråd.
- Kowalski, W. J., Leef, K.H., Mackley, A., Spear, M.L., Paul, D.A. (2006). Communication with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*, 26, 44-48.
- Kristjanson, L.J., Chalmers, K.I. (1991). Preventive work with families. Issues facing public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 147-153.
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvamme, E. (2004). Gir økt kompetanse anerkjennelse? *Sykepleien*, 92 (05), 42-45.
- 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*, 118(1), E9-E19.
- Kårikstad, V., Sellevold, G.S. (2002). *Kompetanseutvikling i eldreomsorgen. Program for Klinisk kompetansemodell over tre nivå for personell med eksamen fra videregående skole*. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.
- Lauvås, K., Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lincoln, Y., Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindholm, L. (2001). Från hälsokontroll till hälsoinseende – integrering av vårdvetenskapliga forskningsresultat inom skolhälsovården. *Vård i Norden*, 21 (4), 26-31.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lov om helsepersonell. *Helsepersonelloven*. vedtatt 2. juli 1999, nr 64.
- Lov om helsetjenesten i kommunene. *Kommunehelsetjenesteloven*. vedtatt 19. november 1982, nr 66.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. *Spesialisthelsetjenesteloven*. vedtatt 7. februar 1999, nr 61.
- Lundring, M. (2008). Årsaker for preterm fødsel. *Prematurposten*, (1), 6-8.
- Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordringen*. Oslo: Cappelens forlag AS.

-
- Mai, D., Wagner, L. (2005). "Home early program"- Experiences of parents to premature Infant's one year after discharge. *Vård I Norden*, 75 vol.25 no (1):60-63.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markestad, T. (2003). *Klinisk pediatri*. Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS.
- Markestad, T. (2006). For tidlig fødte og intrauterint veksthemmete barn. I: N. Misvær og G. Oftedal (red.). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (s, 148-159). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Markestad, T. (2008). *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinez, J.G., Monti Fonseca, L.M., Silvan Scochi, C.G. (2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Pub Med indexed for Medline*, 15 - (2), 239-46.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Misvær, N. (2006). Helsesøsters kommunikasjon. I: N. Misvær og G. Oftedal (red.). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (s, 55-94). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Molander, B. (1997). Kunnskapsmangfold och olika kunskapstraditioner. I H. Alsvåg, N. Anderssen, E.Gjengedal og M. Råheim.(red). *Kunnskap, Kropp og kultur* (s.124 –146). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Moss, N., Hval, M. (2006). *Støttende samspill med det nyfødte barnet. En modell for veiledning av foreldre til premature barn*. Drammen: Sykehuset Buskerud.
- Moster, D., Lie, R.T., Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 359, 262-273.
- Myklebust, S., Berge, K., Marøy, V.M. (2008). Forebygging er lønnsomt – men ikke gratis. *Sykepleien*, 17, 36-40.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid, i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2005). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Rapport nr. 10-2005. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

-
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). *Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Rapport nr 7–2006. Kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordstad, I.O. (2005). *Helsesøster og risikobarn*. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund. (1997). *Helsestasjonstjenesten. Helsesøsters ansvarsområde og arbeidsoppgaver*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk sykepleierforbund. (2008- 2009). *Høringsinnspill til statsbudsjettet for 2009, til helse og omsorgskomiteen, Str. Prp. Nr 1*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1997:25. (1997). *Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videre utdanningspolitikk*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Oftedal, G. (2007). Somatiske undersøkelser. I: K. Glavin, S. Hellseth og L. Kvarme (red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s.128-142). Oslo: Akribe AS.
- Olafsen, K.S., Rønning, J.A., Dahl, L.B., Ulvund, S.E., Handegård, B.H., Kaaresen, P.I. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 499-509.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Paulsen, B. (1990). *Snakk med de på helsestasjonen*. Rapport nr 5, Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Pedersen, S.J., Sommerfelt, K., Markestad, T. (2000). Early motor development of premature infants with birthweight less than 2000 grams. *Acta Paediatr*, December; 89(12), 1456-61.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research – Principles and Methods*, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Prematurforeningen i Norge:

http://www.prematurforeningen.no/public_html/staticpages/index.php?page=20030529103706327

Ravn, I.H. (2007). *Personlig kommunikasjon med Ingrid Helen Ravn*.

Doktorgradsstipendiat. – Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Universitetet i Oslo, og Oslo Universitetssykehus Ullevål.

Reigstad, H., Markestad, T. (2001). Treatment of extremely premature infants—which limits and what problems? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121, 711-714.

Remschmidt, H., Mattejat, F. (2001). *The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical concept and empirical results*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10 Suppl 1:126-145.

Ringstad, V.M. (1997). *Helsesøstertjenesten og risikobarn i alderen 0-2 år. Belyst med en spørreundersøkelse til helsesøstre i Oppland og Hedemark*. Hovedfagsoppgave i sosialpedagogikk. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.

Rostad, A.M., Martinsen, H., Aas, S., Germstad, E. (1996). *Tidlig intervensjon i Nord Trøndelag. Målsetting, bakgrunn og metoder, deltagelse og foreløpelige resultater* Utredningsrapport nr. U1-1996. Verdal: Avdeling for Samfunnsmedisinsk forskningssenter.

Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Saugstad, O.D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus Forlag.

Singer, L.T., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S., Yamashita, T.S. (1996). Social Support, Psychological Distress, and Parenting Strains in Mothers of Very Low Birth weight Infants. *Family relations*, 45(3), 343-350.

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

Smith, L., Ulvund, S.E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Solhaug, M. (2003). *Foreldre til premature barn og deres behov for informasjon i overgangen fra sykehus til hjemmesituasjon*: Oslo: Det Medisinske Fakultet. Institutt for Sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.

Sommerfelt, K., Troland, K., Ellertsen, B., Markestad, T. (1996). Behavioral problems in low-birthweight preschoolers. *Developmental Medicine and Child Neurology* October; 38 (10):927-40.

-
- Sosial- og helsedirektoratet.(2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (SHdir).
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (SHdir).
- Statens Helsetilsyn. (2002). *Nasjonal plan for nyfødttmedisin. Rapport og anbefalinger*.
- Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidligt. Hur går det sedan?* Stockholm: Natur och kultur.
- Stortingsmelding. Nr. 16. (2002-2003). *Respekt for et sunnere Norge*.
- Stortingsmelding. Nr. 20. (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Stortingsmelding. Nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- Stortingsmelding. Nr.37. (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*.
- Stortingsmelding. Nr 50. (1993-94). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- Stortingsmelding. Nr 63. (1997-1998). *Opptappingsplan for et bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser*. 1999-2006.
- St.prp. Nr. 63. (1997-98). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*.
- Temte, A., Ruud, K., Danielsen, K. (2009). *Tidlig intervensjon overfor premature barn*. Sørlandet kompetansesenter (Statped), Sørlandet sykehus, Prematurforeningen og Helse- og Rehabilitering. Kristiansand: Sørlandet Kompetansesenter.
- Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning mer - enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2006a). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2006b). *The public health nurses client supervision*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Ulvund, S.E., Smith, L., Lindemann, R. (2001). Psykologisk status ved 8 -9 års alder hos barn med fødselsvekt under 1501 gram. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 121: 298 – 302.

Ulvund, S.E., Smith, L., Lindemann, R., Ulvund, A. (1992). *Lettvektene: Om for tidlig fødte barn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift for Helsesøsterutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Vannebo, U.T. (2007). *Landskonferanse om oppfølging av for tidlig fødte barn, Drammen, 23. november*. Arrangert av Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helse Øst og Sør i samarbeid med Sykehuset Buskerud HF- Drammen.

Walther, F.J. den Ouden, A.L., Verloove-Vanhorick, S.P. (2000). Looking back in time: outcome of a national cohort of very preterm infants born in The Netherlands in 1983. *Early Hum Dev*, September; 59 (3),175-91.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2007).

http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/SE%20-%20Yrkesetiske%20retningslinjer%20-%20revidert%2009_04_2008_36559.PD

Zeanah, P.D., Larrieu, J.A., Boris, N.W., Nagle, G.A. (2006). Nurse home visiting. Perspectives from nurses. *Infant Mental Health Journal*, 27, 41-54.

Øberg, G.K. (2008). *Fysioterapi til for tidlig fødte barn. Om sensitivitet, samhandling og bevegelse*. Doktoravhandling. Tromsø: Det medisinske fakultet. Institutt for klinisk medisin. Avdeling for sykepleie og helsefag. Universitetet i Tromsø.

Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.



Hovudkontor: gate 29
N-5007 Bergen
Norge
Tel: +47-55 55 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@statlab.no
www.statlab.no
Orgnr: 985 301 884

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

Vår dato: 04.12.2007

Vår ref: 17822 / 1 / SF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.11.2007. Meldingen gjelder prosjektet

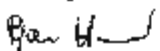
17822 *En studie av helsepersoners oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre, i barnets første levede*
Behandlingsansvarlig *Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Nina Aarhus Smøby*
Student *Berit Teitje*

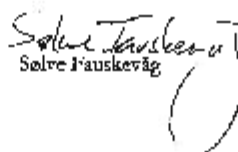
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeklinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uio.no/personvern/melding/pro_endringsskjema.cfm.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Håvard Hennrichsen


Solve Fauskevåg

Kontaktperson: Solve Fauskevåg tlf 55 56 25 63
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopu: Berit Teitje, Stranda 6, 6800 FØRDE

Vedlegg 1

5.1



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1159 Blindern
N-0818 OSLO

Leiande helsesøster
Helsestasjonen i NN

Førde, 11.11.2007

Søknad om tillating til å gjennomføre ein studie blant helsesøster ved helsestasjonen.

Eg ber med dette om løyve til å foreta datainnsamling, i forbindelse med mi masteroppgåve som student ved Universitetet i Oslo, Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap.

I Noreg blir ca 7.5% av barna fødte for tidlig, noko som utgjer rundt 4400 barn i året. Auka kompetanseutvikling innan medisin og sjukepleie, og i behandling av for tidleg fødte barn, gjer at fleire, yngre og lettare barn overlever nyfødd perioden. Helsesøstertenesta har ein vesentleg plass i helsetenesta også overfor dei for tidlig fødte barna, noko truver og faglege retningslinjer stadfestar. Tydeleggjering av helsesøster sin erfaring, kan bidra til styrking av kunnskap, som er viktig for helsetenesta og samfunnet. Hensikt med studie er å avdekke og beskrive helsesøster sin funksjon og erfaring med for tidlig fødte barn og deira foreldre, i barnets første leveår

Tittel på oppgåva er: *"Hvilken funksjon og erfaringer har helsesøster med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår?"*

Respondentar i studie vil vere helsesøster ved helsestasjonar i ulike kommunar. Data vil bli samla inn ved hjelp av intervju/samtale med helsesøster. Eg søker difor om å kome i kontakt med helsesøster med minimum 2 års helsesøster erfaring, og som har erfaring med for tidlig fødte barn. Intervju/samtale vil bli gjennomført i løpet av januar 2008, ved helsesøster sin arbeidsstad.

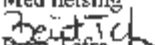
På helsesøster samling 24.oktober 2007 vart det informert om studie.

Viss det vert gitt løyve til datainnsamling er det ønskeleg at kontakt med helsesøster bli formidla gjennom leiande helsesøster ved helsestasjonen
Respondentane mottok eit informasjonsskriv om studie, og deltaking vert regulert gjennom skriftleg informert samtykke (vedlegg).

Forskningsprosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Rettleiar for studie er førsteamanuensis Nina Aarhus Smøby, Universitetet i Oslo, Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap, e-post nism@uus.no

Kontaktperson og ansvarlig for gjennomføring av studien er Berit Tefre, sjukepleiar, tilsett ved Førde Bup, Helse Førde. Eg kan kontaktast på telefon 57839207, M:91558457, eller e-post berit.tefre@enivest.net

Med helsing

Berit Tefre

Vedlegg nr. 2.



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern

Førde, 11.11.2007

Førespurnad til helsesøstrer om deltaking i studie

Underteikna er sjukepleiar og tilsett ved Førde BUP, Helse Førde. I arbeid med masteroppgåve ved Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo, ønskjer eg å gjennomføre ein studie med problemformuleringa:

"Hvilken funksjon og erfaringer har helsesøster med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår?"

Hensikt med studie er å avdekkje og beskrive helsesøster sin funksjon og erfaring med for tidlig fødte barn og deira foreldre, i barnets første leveår.

Viser og til helsesøstersamling 24. oktober 2007, der det vart informert om studie.

På bakgrunn av dette ønskjer eg å samtale med helsesøstrer som har vore i yrket i 2 år eller meir, og har erfaring med for tidlig fødte barn, i barnets første leveår.

Det er fint om vi kan gjennomføre samtalen (ca ein time), på din arbeidsstad. Eg vil bruke lydband under heile samtalen. Om det skulle vere nødvendig, ønskjer eg å kunne ringe deg tilbake for oppklarande spørsmål. All informasjon vert handsama konfidensielt. Etter handsaming av data, vert alle lydband sletta. Det skriftlege materialet i oppgåva vil bli behandla på ein slik måte at ingen enkeltpersonar kan kjennast ut.

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst trekkje deg frå studie utan grunngevingnad, utan at det vil få negative konsekvensar for deg eller din arbeidsstad.

Ansvarleg vettleiar for studie er førsteamanuensis Nina Aarhus Smeby ved Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Om du har spørsmål kan du kontakte:
Berit Tefre, på telefon 57839207, m: 91558457, eller e-post berit.tefre@cnivest.net
Nina Aarhus Smeby, e-post nism@uus.no

Med helsing,

Berit Tefre

Vedlegg nr 3.



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Ponchois 1158 Blindern
N-0810 OSLO

Samtykke til deltaking i studie

Tema: "Hvilken funksjon og erfaringer har helsesøster med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår?"

Eg har mottatt skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet i forbindelse med Berit Tefre sitt masterstudie ved Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Informasjonen omhandler oppgåva sin hensikt, og korleis den skal gjennomførast.

Eg er informert om at deltakinga er frivillig, at samtykke til deltaking kan trekkjast tilbake når som helst utan grunngevnmåd. Eg er gjort kjend med at opplysningane som vert gitt under intervju vil bli handsama konfidensielt, og at lydband opptak og avskrift vert sletta etter at oppgåva er avslutta.

Dato:

Underskrift helsesøster

Underskrift masterstudent

Dette dokumentet er utarbeida i to eksemplar, og det eine vert gitt til respondenten.

Vedlegg nr 4.

Data/intervjuguide til mastergradsoppgave for Berit Tefre

Data/intervjuguide for undersøkelse av helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnas første leveår.

Studiens hensikt er å avdekke og beskrive helsesøsters funksjon og erfaring med oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår.

Helsesøster funksjon – erfaring

- Hva er dine oppgaver overfor de for tidlig fødte barna og deres foreldre i barnets første leveår?
- Hvilke oppgaver synes du at du mestrer tilfredsstillende og hvilke oppgaver synes du er utfordrende?

Kunnskap, kompetanse

- Hvilke kunnskaper og kompetanse har helsesøster bruk for i dette arbeidet?
- Hvordan opplever du ditt eget kunnskapsnivå i forhold til forventninger og løst i arbeidet med disse barna?

Helsestilstand - samhandling/samspill - samarbeid

- Hvordan går du frem for å etablere kontakt med det for tidlig fødte barnet?
- Hvor lett eller vanskelig er det å snakke om bekymringsfulle tema med far, med mor?
- Hvilke forhold er du opptatt av i foreldre/barn samspeillet?
- Kunne du tenke deg at helsestasjonen burde gjøre noe annerledes i samhandling – samarbeid med barnet, mor, far, evt hva, hvordan?

Datainnhenting – rutiner – retningslinjer

- Hvordan innhentes data/opplysninger?

Arbeidsforhold

- Hvordan opplever du at forhold ved arbeidsplassen din påvirker deg i oppfølgingsarbeidet?
- Hvilke fagpersoner - samarbeidsinstanser samarbeider du med?

Er det forhold vi ikke har snakket om, som du mener er viktig i oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre i barnets første leveår?

Berit Tefre
berit.tefre@nivest.net

Data/intervjuguide til mastergradsoppgave for Berit Tefre

Bakgrunnsinformasjon om helsesøster

Hvilket årstall ble du utdannet sykepleier: _____

Antall års erfaring som helsesøster: _____

Antall år på nåværende arbeidssted: _____

Hvor mange helsestasjoner har du jobbet ved: _____

Antall innbyggere i kommunen der du jobber: _____

Hvor mange for tidlig fødte barn – født før uke 37 har du oppfølging av i barnets første leveår, per år: _____

Berit Tefre
berit.tefre@eninvest.net