



# Sykepleien

Fag og forskning

2020

**#Seksualitet,  
fødsel og oppvekst**



**Referenser.** 1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (Lest 13.05.2020) 2. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 3. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 4. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 04.05.2020). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (Sist oppdatert 04.05.2020). 6. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020).

## Xultophy®/Novo Nordisk®

### C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.**

ATC-nr.: A10A E56

### T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneh.: Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.**

**Indikasjoner:** Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

**Dosering:** For å bedre sporbarheten skal navn og batchnr. protokollføres. Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra ethvert insulinregime som inkluderer en basalinulinkomponent:** Behandling med andre insulinregimer skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra annen insulinbehandling som inkluderer en basalinulinkomponent, er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides, men kan reduseres for å unngå hypoglykemi i enkelte tilfeller. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukoseenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Glemt dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppnås vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre ≥65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Dosestøtteren viser antall dosertrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderrampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utetalelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve dosering. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hypoglykemiaffekt. **Hypoglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til hyperosmolert koma. Ved seponering skal det sikres at retningsslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandlede hypoglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akutt pankreatitt:** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjenoppnås. **Thyreoida:** Thyreoidabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoidesykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Feilmedisinering:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosertrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinulins <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinkinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Biotablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiiazider, glukokortikoider, thyreoidahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hypoglykemi monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amning pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av 4-6 dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffsiftke/ernæring: Hypoglykemi<sup>1</sup>. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon, diaré, dyspepsi, forstoppelse, gastritt, gastrooesofageal refluksykdom, kvalme, magesmerter, oppkast. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet<sup>2</sup>. Stoffsiftke/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt amylose, økt lipase. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Flatulens, gulping/raping. Hud: Ervervet lipodystrofi<sup>3</sup>, hudutslett, kløe. Immunsystemet: Overfølsomhet, urticaria. Lever/galle: Gallestein, kolecystitt. Stoffsiftke/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjerterytme. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Generelle: Perifer ødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon.

<sup>1</sup>Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampesammenfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.  
<sup>2</sup>Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.  
<sup>3</sup>Inkl. lipohypertrofi, lipatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

**Overdosering/Forgiftning:** Begrenset data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampes til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Gifitinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). **Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukoseenkende effekt av insulin degludec skyldes at oppskott av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptor i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multimersamer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukoseenkende effekt med lav dag-tid-dag-variasjon mht. insulin-effekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukoseenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselementet. Skal ikke fryses. La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

**Pakninger og priser:** 3 × 3 ml<sup>1</sup> (ferdigfylt penn) kr 1341,40.

**Refusjon:** <sup>1</sup>A10A E56. 1 Insulin degludec og liraglutid

**Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinulins ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

**Refusjonskode:**

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Sist endret: 12.05.2020

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 04.05.2020

Pris per mai 2020



Novo Nordisk Norway AS  
Nydalsveien 28  
Postboks 4814 Nydalen  
0484 Oslo  
Telefon: +47 22 18 50 51

[www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no)  
E-post: [kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)

**Xultophy®**  
insulin degludec/liraglutid

# Xultophy<sup>®</sup> – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept<sup>1</sup>

## Insulatard<sup>®</sup> (NPH-insulin)



Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard<sup>®</sup> eller andre basalinsuliner?

Overgang til Xultophy<sup>®</sup> fra 20-50 enheter basalinsulin/døgn er undersøkt i klinisk studie<sup>2</sup>

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

**16 dosetrinn<sup>4\*</sup>**  
Xultophy<sup>®</sup>

i kombinasjon med metformin

**For bedre glykemisk kontroll<sup>3</sup>**

## Xultophy<sup>®</sup> (Insulin degludec + liraglutid)



### Xultophy<sup>®</sup>:

**1 injeksjon daglig<sup>4</sup>**  
Kan tas uavhengig av måltid<sup>2</sup>

**1 blodglukosemåling daglig**  
Juster Xultophy<sup>®</sup>-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost<sup>2</sup>

**Se under for refusjonsbetingelser<sup>1</sup>**

\*Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

Xultophy<sup>®</sup> er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll<sup>2</sup>

### Indikasjon<sup>3</sup>

Xultophy<sup>®</sup> er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

### Kontraindikasjon<sup>3</sup>

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

### Refusjonsberettiget bruk<sup>1</sup>

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

### Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

### Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>2</sup>

- Xultophy<sup>®</sup>** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- Kardiovaskulær sikkerhet** bekreftet for både insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER)
- Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$  brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning ( $\geq 1/10$  brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelattelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- Overføring** til Xultophy<sup>®</sup> fra doser av basalinsulin  $< 20$  og  $> 50$  enheter er ikke undersøkt
- Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy <sup>®</sup> kan benyttes	Xultophy <sup>®</sup> anbefales ikke
<b>Alder</b>	<b>Voksne, inkludert eldre (<math>\geq 65</math> år)</b> Hos eldre ( $\geq 65$ år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	<b>Barn/ungdom under 18 år</b>
<b>Nyrefunksjon</b>	<b>Let, moderat eller alvorlig nedsatt.</b> Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	<b>Terminal nyresykdom</b> (eGFR $< 15$ – og behov for dialyse/transplantasjon)
<b>Hjertesvikt</b>	<b>NYHA klasse I-III</b>	<b>NYHA klasse IV</b>
<b>Leverfunksjon</b>	<b>Mild og moderat nedsatt</b> Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	<b>Alvorlig nedsatt</b>

### Unngå feilmedisinering.

Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy<sup>®</sup> og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatortalen før forskrivning av Xultophy<sup>®</sup>.



# NYE NUTRIDRINK 2 KCAL

## Når behovet er større enn appetitten



Supplering med Nutridrink 2 kcal, en protein- og energirik næringsdrikk, kan hjelpe skrøpelige eldre med å oppnå ernæringsmålene sine raskere<sup>1-2</sup>. De smakfulle næringsdrikkene gjør det lettere å finne smaken på livet igjen, selv når appetitten mangler.

- ✓ 4 gode smaker for å lettere kunne gjennomføre ernæringsbehandlingen
- ✓ Tynn konsistens
- ✓ 2 flasker per dag dekker et normalt dagsbehov for D-vitamin hos eldre<sup>3</sup>
- ✓ Høy næringstetthet for å oppnå ernæringsmålene raskere
- ✓ Høyt proteininnhold som hjelper med å vedlikeholde og gjenoppbygge muskelmasse<sup>4</sup>

**Referanser:** 1. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA 2013;14:392-397. 2. Tieland M, van de Rest Q, Dirks ML, et al. Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:720-726. 3. Nordic Nutrition Recommendations, 2012. 4. Better Care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. MNI Evidence Dossier. 2018.2. \*Nutridrink 2 kcal er registrert som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Tlf: 23 00 21 00 | [www.nutricia.no](http://www.nutricia.no)



**NUTRICIA**  
**Nutridrink®**  
**2 kcal**

5  
NYE UTGAVER



## Fag og forskning 2020

**Fem nye spesialutgaver med fag- og forskningsartikler:**

#Akutt, kritisk og kronisk sykdom

#Etikk, metode og verktøy

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

#Rehabilitering, alderdom og død

#Seksualitet, fødsel og oppvekst

## Se alle utgavene!

Alle NSF's medlemmer mottar ett eksemplar. På sykepleien.no har vi samlet alle bladene på ett sted. Her kan du se PDF av de ulike utgavene og lenker til alle artiklene.

Fikk du feil utgave, kan du bestille en annen utgave enn den du har fått, i NSF's fordelsbutikk på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til Fag og forskning 2020 på sykepleien.no, der du kan lese de ulike utgavene.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



Bestill her!

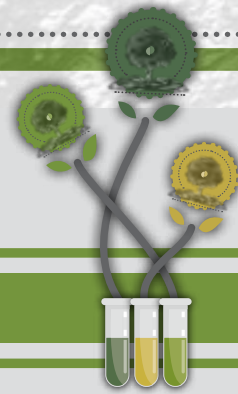
**GRATIS**  
utgaver for medlemmer



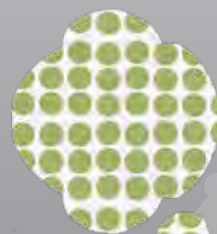
**sykepleien.no**

# INNHOOLD

## #Seksualitet, fødsel og oppvekst



- 8** Leder, redaktør **Barth Tholens**: Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg
- 10** Kommentar, forbundsleder **Lill Sverresdatter Larsen**: Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?
- 14** Spedbarn må lyttes til
- 18** Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse
- 24** Helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre
- 32** Møt forskeren, **Ingeborg Berg-Olstad**: Spedbarns samspill med foreldre har betydning for utviklingen av hjernen
- 36** Slik kan helsesykepleiere avdekke vold og overgrep
- 42** Spesialopplærte sykepleiere hjelper sårbare førstegangsforeldre
- 48** Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype
- 52** Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit
- 60** Møt forskeren, **Kristina Jørandli**: Fikk ned unødvendig CTG av friske fødende
- 64** Følges fastsatt prosedyre for stimulering av rier i fødselen?  
En spørreundersøkelse blant jordmødre
- 72** Kateterrelatert infeksjon i blodbanen hos nyfødtkirurgiske barn
- 80** Slik får barnet tilstrekkelig postoperativ smertelindring
- 84** Mestringstilbud: Barn og unge lærer å håndtere helseutfordringer
- 88** Jordmødres kompetanse kan styrke relasjonen mellom barn og foreldre
- 94** Kommentar, leder av Sentralt fagforum i NSF **Mette I.R. Dønåsen**:  
Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver



# Sykepleien

Fag og forskning 2020

**Ansvarlig redaktør:**

Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no  
Tlf. 408 52179

**Manusredaktør  
og produksjonsansvarlig:**

Signe Marie Flåt  
signe.marie.flat@sykepleien.no  
Tlf. 992 73284

**Design og forside:**

Hilde Rebård Evensen

**Grafisk produksjon:**

Hilde Rebård Evensen,  
Monica Hilsen og Nina Hauge

**Fagredaktører:**

Torhild Apall Dybvik  
og Eli Smedstad

**Forskningsredaktør:**

Edith Roth Gjevjon

**Desk:**

Johan Alvik, Ellen Morland,  
Aud Aasen og Eivind Solfjell

**Journalister:**

Monica Hilsen og  
Kari Anne Dolonen

**Annonser:**

Ingunn Roald  
Tlf. 916 03812 (stilling)  
Silje M. Torper  
Tlf. 970 93354 (kunngjøringer)  
Maud P. Kaino  
Tlf. 977 42120 (produkt)

**Repro og trykk:**

Stibo Complete, Danmark

**Utgivelsesdato:**

10. september 2020

.....

**Sykepleien**

Organ for Norsk Sykepleierforbund  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf.: (+47) 994 02409

E-post:  
redaksjonen@sykepleien.no

.....

Fagpressen **F**  
OFFLAGSKONTROLLERT



24



32



64



36



88



8

# Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg

Sykepleiernes fag- og forskningsartikler bidrar til en bedre utvikling av sykepleiefaget. Men kunne de bidratt mer?

**A**ldri før har sykepleiere skrevet så mange artikler om sitt fag som nå. Bare i 2019 mottok tidsskriftet 150 manuser til enten fag- eller forskningsartikler.

Noen av de innsendte artiklene ble avslått, men 26 forskningsartikler og 86 fagar- tikler ble publisert. I volum, opplag og visningstall på nett er *Sykepleien* det desidert største tidsskriftet for sykepleieforskning og fagutvikling i Norge.

## ARTIKLENE HAR 1,5 MILLION SIDEVISNINGER

Artiklene blir også lest. Vi publiserer alle godkjente artikler på sykepleien.no, og totalt ble de i fjor lastet ned på en nettleser godt over 1,5 millioner ganger.

I fjor var første gangen vi samlet de publiserte artiklene mellom to permer – eller rettere sagt ti permer: «Fag og forskning 2019» ble utgitt som fem forskjellige tidsskrifter. Her samlet vi artiklene etter fagfelt, og de ulike bladene ble sendt ut til medlemmene slik at de på best mulig måte ville treffe deres ulike målgrupper inne sykepleie.

Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess – derfor gjentar vi den i år, under tittelen «Fag og forskning 2020». Her har vi samlet artiklene som er blitt publisert siden forrige gang, det vil si fra august 2019.

Og igjen har vi delt NSF's medlemsmasse i fem ulike målgrupper, som hver får sitt tidsskrift. Til sammen utgjør de 684 sider stappfulle med artikler som bør interessere de aller fleste.

## SKRIVER SYKEPLEIERE GODT NOK?

Volumet er uten tvil imponerende, men skriver sykepleierne godt nok? Tilfører de kunnskap som bringer helse- tjenesten videre? Styrker artiklene sykepleierne i sin



**Barth Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i *Sykepleien*



yrkesutøvelse? Og blir sykepleierne som yrkesgruppe bedre synliggjort ute i samfunnet gjennom publisering?

Det er selvfølgelig store og viktige spørsmål som mange bør være opptatt av. For «Fag og forskning 2020» er jo ikke underholdning eller utpreget sengelektyre. Det er heller ramme alvor, om man kan si det slik: Artiklene er sykepleiernes forsøk på å videreutvikle faget gjennom kunnskapsbaserte bidrag.

Det er «fag i front», som NSF's nye forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen vil le sagt. Ved å dokumentere sykepleiernes bidrag til kvalitetsforbedring i helsetjenesten vil samfunnet og myndighetene forstå betydning av deres innsats.

Helsetjenesten trenger hendene deres, men først og fremst hodene deres. Derfor vil NSF at det skal forskes mer og bedre på hva god sykepleie kan utrette.

## ALLE ARTIKLENE VURDERES FAGLIG

*Sykepleien* har to fagredaktører, en forskningsredaktør, to assisterende forskningsredaktører og et godt apparat for å håndtere den økende strømmen av manuser

## «Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess.» Barth Tholens

som kommer inn. De bruker sin kompetanse, sin kunnskap og sitt faglige skjønn for å skille klinten fra hveten.

En god del innsendte manus til forskningsartikler blir refusert fordi de ikke holder tiltrekkelig vitenskapelig nivå, men artiklene som blir publisert, holder et bra nivå. Refusjonsprosenten er lavere når det gjelder fagar- tikler siden disse ikke blir fagfelleverdert. Redaksjonen jobber mye med å gjøre artiklene språklig og formmessig bedre.





**JA TAKK:** – Artikler som tar sikte på å løfte faget ved å forstå pasientene bedre, er gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv, skriver Barth Tholens. Arkivfoto: Erik M. Sundt



Illustrasjon:  
Mospixotos / Hilde Røhnd Ervosen

Dessverre ser det ut til at ikke alle lesere vet forskjellen på forskningsartikler og fagartikler. Det er litt betenkelig med tanke på at sykepleie er en akademisk utdannelse.

#### VI MOTTAR FÅ ARTIKLER OM PSYKISK HELSE

Ser vi på det siste årets «fangst» av artikler med et kritisk blikk, ser vi styrker, men også svakheter ved de artiklene vi har fått inn.

1. Det er en overvekt av artikler om etikk og metode, og om pleie og behandling av somatiske pasienter. Til gjengjeld er det relativt spinkelt med artikler fra psykisk helse, rus og forebygging.

2. Det er en overvekt av artikler som baserer seg på kvalitative undersøkelser eller undersøkelser som kombinerer metoder, fremfor kvantitative undersøkelser. Sykepleiere undersøker gjerne pasienters helse og velvære i et helhetlig perspektiv. Det er kunnskap som ikke så lett lar seg måle, med objektive funn som kan settes opp i tabeller med tall. Statusen til sykepleie som vitenskap lider likevel under mangelen på kvantitative pang-resultater.

3. Det er en viss tendens til at artikler har konklusjoner som få vil bli overrasket over, eller som bekrefter forhold som kan synes selvsagt. Det betyr ikke at disse artiklene ikke er nyttige. Artikler av typen «Operasjons-sykepleiere dekker opp instrumentbordet ulikt» kan for utenforstående se ut som en selvfølge, men observasjonene til forfatteren kan bane vei for nye rutiner. Det kan igjen føre til færre feil og større effektivitet.

4. Relativt mange artikler handler om informasjon, rettet enten mot pasienten eller helsepersonell seg imellom. Sykepleiere har åpenbart fått opp øynene for hvor viktig informasjon er for god samhandling.

5. Sykepleien har det siste året publisert en rekke gode, systemkritiske artikler fra sykepleiere med en kvass penn, men de er ikke i flertall. Artikler som «Ansvarsforholdet er

uklart når pasienten skrives ut» er ikke overraskende for alle som står midt oppe i dette, men kan være viktige å ha når sykepleiere skal diskutere med andre samfunnsgrupper og politikere. Den beskriver hva som kan gå galt, og også hva som bør bli bedre. Sykepleien skulle gjerne mottatt flere slike artikler av denne typen, for de bidrar til å bevege helsetjenesten i riktig retning.

6. Artikler som tar sikte på å løfte opp faget ved å forstå pasientene bedre, er også gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv. Et eksempel er artikkelen «Hvorfor vegrer pasienter med type 2-diabetes seg mot insulinbehandling?». Den forsøker å finne svar som åpenbart vil være viktig for en relativt stor pasientgruppe.

7. «Slik gjør du»-artikler er en yndet genre blant fagartikler. De kan av og til oppleves som ganske «basic» og lite revolusjonerende. Men man skal aldri undervurdere betydningen de har i sykepleiernes praktiske hverdag. Det enkle er av og til det beste!

Sykepleierforbundet har nylig vedtatt å jobbe for økt satsing på sykepleieforskning. De bidrar selv med attraktive stipender til forskere, men håpet er nok at helsemyndighetene selv ser hvor viktig det er med sykepleieforskning som kan bidra til å øke kvaliteten på helsetjenesten.

#### SYKEPLEIERE ER EN NØKKELFAKTOR I FREMTIDENS HELSETJENESTE

Alt tyder på at ressursene i fremtidens helsetjeneste vil bli knappe. Å undersøke og kartlegge hvordan god og effektiv sykepleie kan bidra til å møte den økende etterspørselen etter helsetjenester kan fort bli et columbi egg.

Mens den medisinske vitenskapen har en tendens til å gjøre venteværelsene stadig fullere, kan sykepleiere vise seg å bli en nøkkelfaktor når det gjelder logistikk, organisering og pasientsikkerhet. Det betinger at sykepleiere fortsetter å drive god forskning og fagutvikling – og at resultatene publiseres slik at alle får dem med seg. 🍌

# Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?

– Sykepleierne må innarbeide arbeidsmåter der de «skanner» fag- og forskningslitteratur for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.



**S**om ny sykepleier leste jeg få – om noen – forskningsartikler. Søkeord og relevante databaser var vanskelig. Språket var komplisert på norsk, men særlig på engelsk. Jeg jobbet mye alene og diskuterte fag mest på sykepleierfester.

Dagens nye sykepleiere beskriver omtrent det samme. Samtidig skal dagens sykepleiere kunne utøve selvstendig sykepleie av høy kvalitet og være i front i utviklingen av sykepleiefaget, sykepleierprofesjonen og helsetjenestene.

Jeg mener en utdanning som er orientert mot praksisfeltet, og forskningsmiljøer som samarbeider tett med praksis- og utdanningsfeltet, er nøkkelen for fag- og forskningsartiklenes verdi.

Deretter trengs faglige ledere som skaper struktur for faglig oppdatering og økt tilgjengelighet av forskningslitteratur. Faktisk ønsker jeg meg en podkast hvor sykepleieforskning debatteres. En idé for *Sykepleien*?

## HVORDAN BRUKES FAG- OG FORSKNINGS-ARTIKLER I SYKEPLEIEPRAKSIS?

I fagartikkelen «Hva er sykepleie?» skrev Hellesø, Obstfelder, Olsvik og jeg følgende:

«Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i sykepleieres arbeid. Endringene i arbeidet skjer raskere enn i sykepleierutdanningen. Det kan føre til at viktige deler av arbeidsområdet til sykepleiere ikke blir tematisert i utdanningsprogrammene, og dermed heller ikke i praksisfeltet.»

Til tross for åpenbare effekter knyttet til kvalitet på tjenestene ved kunnskapsbasert praksis eksisterer



**Lill Sverresdatter Larsen**

Forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund



det ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.

Spørsmålet noen stiller, er om sykepleiere flest egentlig kan forventes å lese forskningsartikler og fremme ny kunnskap. Da jeg stilte spørsmål på egen Facebook-side om hvordan forskning påvirker din sykepleiepraksis, skrev en sykepleier dette:

«Hvem har tid til å lese forskningsartikler i tjenesten? Jeg har knapt rom for å gå på do, og det gjelder også mine kollegaer. På fritiden har vi viktigere ting å ta oss til, vedlikehold av kroppen eksempelvis. Helsevesenet er ikke for pingler, og en trenger både styrke- og kondistrening for å holde ut. Forskning er dessverre frakoplet hverdagen, og jeg tror de fleste

sykepleiere som jobber på sengeposter, har den opplevelsen.»

Det er også min erfaring at på pauserommet er det mest samtaler om strikking, fotball, helgas fest og samlivsutfordringer. Det er ikke nødvendigvis galt. Det

**«Det eksisterer ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.»**

Lill Sverresdatter Larsen

emosjonelle stresset i sykepleiepraksis er skyhøyt, og også jeg har behov for relasjonsbygging og pauser som innbefatter nettopp en pause.

Trolig påvirkes de fleste sykepleierne mest indirekte av forskningsartikler gjennom endrede prosedyrer i praksis fremmet av dyktige fagfolk som får betalt for å oppsummere forskningen og vurdere om prosedyrene er riktige og virksomme.

**FAGLIG PÅFYLL:**  
– Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter, skriver forbundslederen. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk



En annen sykepleier svarte på mitt Facebook-spørsmål slik:

«Man trenger forskningsartikler for å underbygge kunnskapen vår og ikke minst utvikle faget og profesjonen. Vi har et ansvar om å holde oss faglig oppdatert og anvende kunnskapen slik at pasientene våre får den pleien de har krav på.»

Ut fra dagens komplekse sykepleiepraksis mener jeg det er nødvendig for sykepleierne å bygge inn arbeidsmåter hvor fag- og forskningslitteratur «skannes» for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene våre.

Når pasienten plages med kvalme, bør det være interesse, tid og struktur for at sykepleierne sjekker hva andre har skrevet om tematikken, og kan debattere det i et faglig fellesskap. Jeg vet at mange sykepleiere gjør nettopp det, og eksempelvis foreslår tiltak til legen ved neste visitt.

For mange sykepleiere er det å arbeide kunnskapsbasert likevel mer et ideal enn realistisk å oppnå. Strukturer og rammer for faglig oppdatering og refleksjon er definitivt et leder- og virksomhetsansvar.

#### **PASIENTENE TRENGER SYKEPLEIERE SOM ARGUMENTERER FAGLIG**

Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. En sykepleier fikk beskjed av sin leder at de skulle gjenbruke engangshansker. Sykepleieren protesterte, men ble ikke hørt.

Hun dro hjem og fant frem forskningsartikler om hanskebruk og hygiene, skrev dem ut og bokstavelig talt banket argumentene i bordet. Praksis med gjenbruk av engangshansker ble endret til nettopp engangsbruk.

Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter. Vi trenger økt sykepleieforskning som gir systematisk dokumentasjon med tanke på konsekvenser av valg, innsatser,

prioriteringer og intervensjoner. Og vi trenger forskning som gir belegg for myndighetens fastsetting av lovverk og normgivende veiledere, samt praksisfeltets prosedyrer.

Til sist trenger vi mer forskning på hva nøkkelpersonellet i tjenesten behøver for å skape tjenester av

#### **«Sykepleiere må ta faglig lederskap.» Lill Sverresdatter Larsen**

god kvalitet. Vi mangler 6000 sykepleiere nå, og innen få år viser beregninger en sykepleiermangel på rundt 40 000.

Vi må utdanne flere, beholde de vi utdanner, og vi må tenke kritisk om profesjonsrelasjoner, teknologi, oppgaver og ansvar i helsetjenestene. Sykepleiere må ta faglig lederskap, og da må vi også ha tilgang til kunnskap og ha kompetanse til å anvende kunnskapen for å kunne argumentere for og artikulere sykepleie.

Å påvirke og stimulere til økt forskning og bruk av forskning er også Sykepleierforbundets jobb – og der er vi godt i gang. Dette temanummeret vil trolig lære deg og meg noe nytt. Jeg gleder meg!

Lykke til med læring og din sykepleiefaglige argumentasjon der det trengs på vegne av pasienter, pårørende, helsetjenestene og samfunnet. 🌻

#### **Flere innspill/kommentarer?**

På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du meningsytringer av og for sykepleiere og annet helsepersonell.

[sykepleien.no/debatt](http://sykepleien.no/debatt)

## FAGGRUPPER

## NSFs faggruppe for sykepleiere i astma og allergi

Faggruppen samler sykepleiere med interesse for de allergiske sykdommene. Disse sykdommene rammer store deler av befolkningen, og de rammer ofte tidlig i livet, noe som bidrar til enorme konsekvenser for samfunnsøkonomien og betydelige konsekvenser for pasientenes livskvalitet.

Selv om sykdomsgruppen er stor, er det få sykepleiere som arbeider kun med allergi. Faggruppen samler allergiinteresserte både fra kommunehelsetjenesten, fra privat spesialistpraksis og fra mange forskjellige avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Faggruppen er åpen for alle som har

spesiell interesse for allergologi, og som er medlem av NSF – også studentmedlemmer i NSF. Medlemsavgiften er på 250 kr i året, som inkluderer fri deltakelse på vårt årlige fagseminar.

Faggruppens historie startet i 1990 som SIGA, Sykepleiernes interessegruppe for astma og allergi. Vi ble godkjent som egen faggruppe i NSF i 2006 og har over tid tilpasset både navn, vedtekter og arbeid i samsvar med NSFs retningslinjer.

Faggruppen har hatt flere store prosjekter innen pasientundervisning. Vi satser sterkt på internasjonalt samarbeid og har knyttet tette bånd til våre

søsterorganisasjoner i Norden gjennom Nordic Allergy Nurses Association.

Det er et stort trykk fra mediene om allergi, og medlemmer over hele landet uttaler seg og fremmer våre saker i mange kanaler.

Den viktigste medlemsfordelen er å inngå i vårt fagnettverk, med mulighet for gratis deltakelse på våre fagseminarer. Du kan også søke midler til allergikongresser og hospitering samt til fagutvikling og prosjekter.

Medlemsbrev sendes ut jevnlig. Vi er en liten faggruppe på i overkant av 110 medlemmer, men vi har et stort samfunnsoppdrag!

## Jordmorforbundet NSF

Jordmødre som organiserer seg i NSF, har den styrken at de er med i et av Norges største fagforbund. Jordmorforbundet jobber for å ivareta landets jordmødre samt for å gi kvinner, barn og nybakte familier de beste tjenestene.

Jordmorforbundet har kjempet frem masternivå på jordmorutdanningene, dokumentasjonskrav for en-til-en-omsorg til kvinner i aktiv fødsel, øremerking av midler til flere kommunejordmødre og ny utdanning for jordmødre i Stavanger. NSF har sikret utdanningsstillinger til jordmødre i flere helseforetak.

For å være medlem må du være enten jordmor eller jordmorstudent. Medlem-

skap koster kr 600 i året for ordinære medlemmer, halvparten for pensjonister og er gratis for studenter.

Jordmorforbundet har et godt fagtilbud for jordmødre gjennom kurs, konferanser, workshops og lokale fagkafeer som våre lokalgrupper arrangerer. NSF har fått laget den første *Jordmorboka* på norsk, som brukes på jordmorutdanningene i Norge. Den har vi nå revidert og lansert som en app, som også er gratis for dem som har kjøpt boken.

Ut fra lengde på ansiennitet i NSF kan du søke stipend enten via NSF sentralt eller direkte til Jordmorforbundet.

Medlemmer får månedlig nyhetsbrev. Vi oppdaterer hjemmesiden vår jevnlig samt våre profiler i sosiale medier.

Jordmorforbundet er lønnsledende fagorganisasjon for jordmødre. Vi forhandler både sentralt og lokalt.

Jordmorforbundet har tredoblet sin størrelse i løpet av få år og har om lag 1270 medlemmer. Det er nå cirka 1700 jordmødre som velger NSF som sitt forbund. Bli med på laget og styrk landets sterkeste fagorganisasjon for jordmødre! Meld deg inn her: [www.jordmorforbundet.no](http://www.jordmorforbundet.no)

Faggruppens slagord er «Tydelig – modig – stolt».

DEL ARTIKKELEN

# Slik finner du artiklene på nett

Du kan enkelt bruke mobilens kamera til å skanne QR-kodene

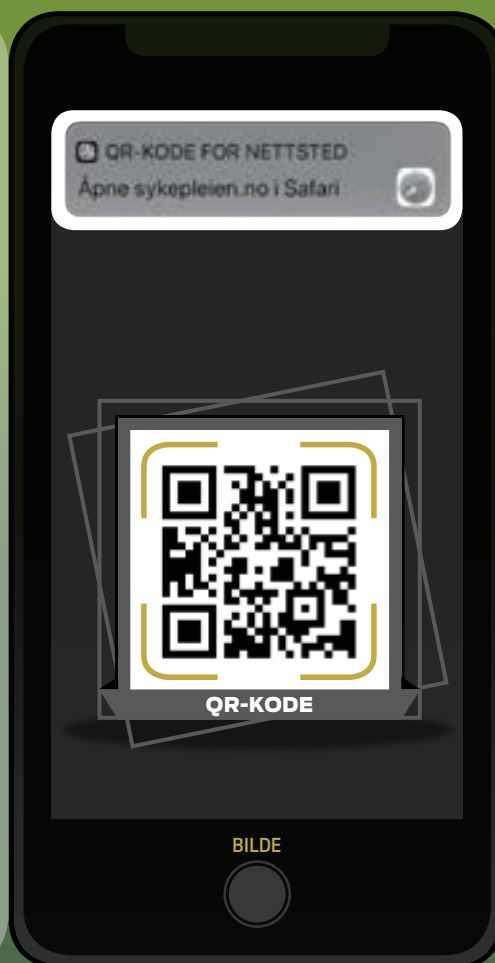
LAST NED PDF

Bruk mobilkameraet og plasser koden innenfor de gule merkene. Det dukker opp en lenke øverst på skjermen.

Trykker du på lenken, kommer du direkte til fag- eller forskningsartikkelen på Sykepleiens hjemmeside.

**sykepleien.no**

Benytter du Android-telefon, må du først aktivere Google Lens eller en annen QR-leser.





# Spedbarn må lyttes til

Også de aller minste barna som ennå ikke kan uttale seg verbalt, har en formell rett til å bli hørt.



**B**arns rett til medvirkning er et sentralt og viktig tema i tiden. Barn og unge i Norge har gjennom både nasjonale lover og internasjonale konvensjoner en betydelig rett og mulighet til medvirkning og medbestemmelse. Denne retten til å uttale seg og medvirke i og om forhold som angår dem, gjelder alle barn.

## INGEN NEDRE ALDERSGRENSE

FNs konvensjon for barns rettigheter (barnekonvensjonen) sier tydelig at det ikke skal være noen nedre aldersgrense for barnets rett til å uttale seg (1). Også de aller minste barna, barn som ennå ikke kan uttale seg verbalt, har en formell rett til å uttale seg og medvirke i personlige forhold.

Spedbarn er en sårbar gruppe som utsettes for store og inngripende tiltak, både på samfunns- og individnivå, samtidig som det åpenbart er en gruppe med en svak egen stemme i debatten. Spedbarn er nettopp derfor en gruppe som bør få ekstra oppmerksomhet og som det bør gjøres ekstra sterke forsøk på å forstå og lytte til. Deres stemme bør i større grad få komme frem.

Men hvordan kan vi legge til rette for små barns medvirkning, og hvordan kan vi bedre lytte til deres stemme? Ulvik (2) beskriver hvordan den voksne må bli en medkonstruktør av mening sammen med barnet. Denne medkonstruksjon av mening er spesielt viktig for de minste barna.

## HVA MENER BARNET?

Moderne utviklingspsykologi (4–6) er opptatt av denne samskapte meningen mellom spedbarnet og den voksne, og beskriver hvordan barnet aktivt kommuniserer og interagerer med sine omsorgsgivere allerede fra første dag.

### FORFATTERE



**Ingjerd Hvatum**  
Høgskolelektor, VID,  
Diakonova, Oslo



**Eystein Victor Våpenstad**  
Førsteamanuensis,  
VID, Diakonova, Oslo

Her finner vi også mange beskrivelser av hvordan vi voksne må lete i oss selv for å finne og (sam-)skape mening i det lille barnets kommunikasjon (7).

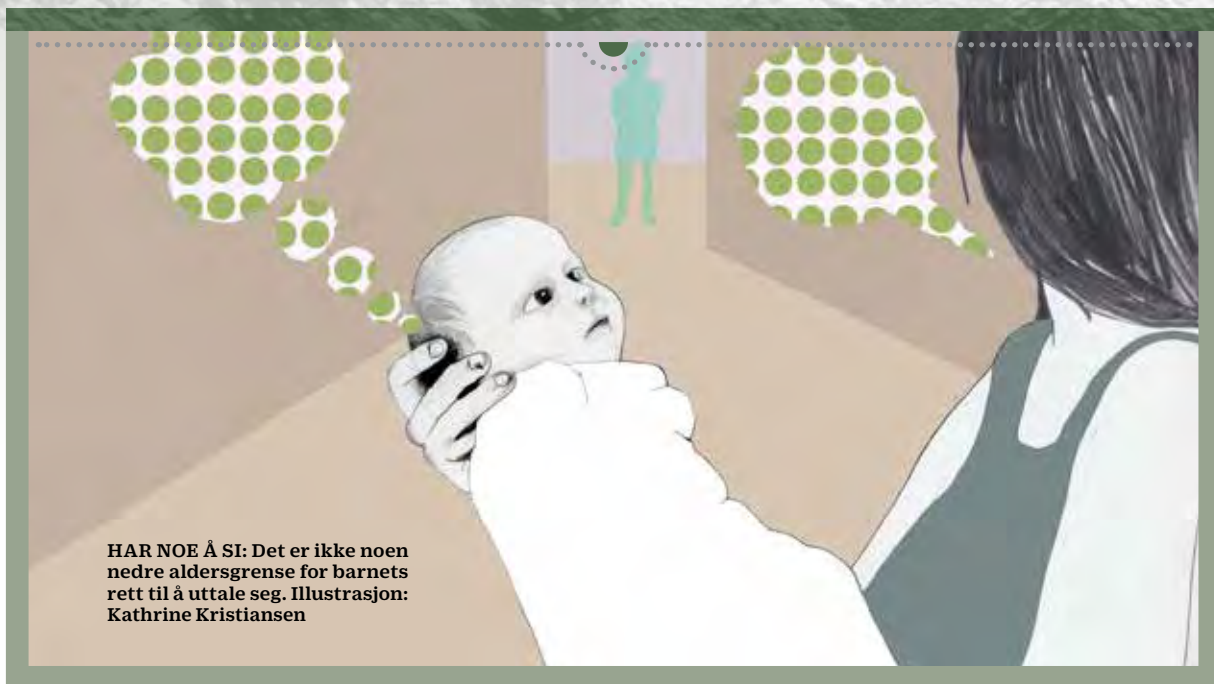
Det finnes mye forskning på samspill og intersubjektivitet, men dette har ennå ikke blitt satt i sammenheng med små barns rett/mulighet til medvirkning. Mer oppmerksomhet rundt de aller minste barnas rett eller mulighet til å medvirke kan øke vår forståelse av hva dette innebærer, hvordan dette kan gjøres konkret og hvordan moderne utviklingspsykologi og intersubjektivitetsteori kan hjelpe oss. Gjennom bruk av narrativ teori og metode kan vi fortolke og forstå fortellinger laget av voksne som er nært det preverbale barnet. Denne fortolkningen vil være inspirert av moderne utviklingspsykologi, intersubjektivitetsteori og etisk refleksjon.

Et eksempel på en slik fortelling kan være denne:

### SIGRIDS STEMME I FORTELLINGEN

*Det var en tøff fødsel, har jeg hørt flere si, men både jordmødre og leger var superflinke, for ikke å snakke om sterke mamma og snille pappa – også jeg, da, som bare ville ut i verden!*

*Nå er jeg tre dager gammel og kjenner en ubehagelig følelse av sult. Skulle ønske jeg hadde krefter til å ta tak i brystet til mamma som hun tilbyr meg stadig vekk, men jeg er så sulten og slapp at jeg bare sovner. Nå har også pappa begynt å prøve å gi meg mat, men jeg skjønner ikke helt hva jeg skal gjøre når jeg får melken helt inn i munnen fra en kopp. Så jeg bare brekker meg og kaster opp. Dette holder jeg på med, men alle sier at dette går over, bare litt vanlig kvalme fordi jeg svelget fostervann, men mamma og pappa*



**HAR NOE Å SI:** Det er ikke noen nedre aldersgrense for barnets rett til å uttale seg. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

er usikre på om dette er riktig. Jeg prøver jo på mitt vis å si fra, og ikke klarer jeg å tisse heller, så da skjønner kanskje mamma og pappa at det ikke skal være sånn!

Mamma og pappa hørte min stemme – og de brukte det de hørte til å spørre jordmor og lege en gang til, og de fant ut hva som var galt. Jeg hørte pappa si: «Jeg kjøper ikke lenger at hun bare er kvalm. Det er noe annet som er feil».

Jeg klarte ikke å svelge. Jeg hadde ikke lært meg det skikkelig etter den tøffe og lange fødselen min. Så hver gang det kom spytt og jeg skulle svelge, eller melk fra mamma'n min på en skje, så brakk jeg meg og klarte ikke å få det ned. Mamma og pappa hadde jo spurt og spurt hva det kunne være, men på sykehuset sa de fortsatt at det bare var kvalme på grunn av fostervannet jeg hadde svelget.

Jeg fikk sukker i vann fra ei sprøyte, og så fikk jeg melk fra mamma'n min på sprøyta inn fra munnviken, og siden jeg ikke tissa noe og ble mindre og mindre, fikk jeg bitte litt morsmelkerstatning. Og etter at jordmoren hjalp meg med å få i meg morsmelkerstatning, så klarte jeg å suge og svelge. Jeg hørte heiarop, og mamma og pappa som lo og gråt – de var visst så glade! Og jammen fikk vi lov å bli en dag til på sykehuset, sånn at alt var trygt før vi kom hjem.

#### DET GIKK JO BRA, GJORDE DET IKKE?

I tillegg til faglige, ressursmessige og organisatoriske faktorer berører hendelsen flere etiske perspektiver. Prinsippet om autonomi versus paternalisme, velgjørenhet og ikke skade har fått stor innflytelse på tenkningen omkring etikk i helsevesenet (8,9). Ved at jordmor og lege tar mor og fars bekymring på alvor, ivaretas disse prinsippene, og barnets behov for mat dekkes, selv om kun morsmelk var idealet.

En annen viktig inspirasjonskilde for helsevesenet er nærhetsetikken som beskrives av filosofen Levinas og handler om møtet med «den andres ansikt» (10). Foreldrene

som er førstegangsforeldre, og sikkert slitne og trøtte, klarer likevel å følge med på hva barnet prøver å si, og de klarer å lage denne fortellingen om spedbarnet på bakgrunn av det intersubjektive samspeillet mellom dem og barnet. Fortellingen bidrar til at barnets «ansikt» blir fremtredende for helsepersonellet, og det fører til profesjonell individuell omsorg og handling.

#### ET ANNET SCENARIO

Det kunne hent at helsepersonell ikke lyttet til foreldrenes fortelling og foreldrene ikke hadde mestret å følge med på barnets behov. De kunne reist hjem før de hadde kontroll

**«Også de aller minste barna, barn som ennå ikke kan uttale seg verbalt, har en formell rett til å uttale seg.»**

på situasjonen, og det hadde tatt tid før noen fra helsestasjonen kom på hjemmebesøk. Dette kunne blitt en helt annen historie å fortelle, med andre etiske perspektiver og konsekvenser.

Det å ta barnets stemme på alvor betyr at vi ser og forstår hvordan våre fortellinger om barnet inneholder barnets stemme. Våre fortellinger om barnet er ikke bare små anekdoter om den lille eller bare projeksjoner av voksnes egne infantile behov. Hos sensitive foreldre vil deres fortellinger om barnet være samskapte av deres eget indre (sensitiviteten) og av barnets intensjoner. Fortellingen er en felles intersubjektiv stemme.

#### SLIK KAN BARNET BLI HØRT

Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge slik at barnets stemme blir hørt?

Vi som møter spedbarn og foreldre, kan begynne med en grunnleggende bevissthet om at det lille barnet er et

subjekt med rettigheter, akkurat som andre barn og voksne. Deretter en bevissthet om at spedbarn er intensjonale, kommunikative, nysgjerrige, sosiale og inter-subjektive. Med det siste menes her at det vi voksne som snakker med spedbarnet føler og opplever, også kommer fra spedbarnet, og vi kan bli mye flinkere til å bruke dette aktivt i vår forståelse av det lille barnet. Dette er nærhetsetikkens kjerne.

For eksempel kan en konkret metode være at helsepersonell som har vært i kontakt med barnet, forteller om

sitt møte gjennom å lage en historie som inneholder barnets stemme. Den som ikke har vært til stede, kan hjelpe med å se og forstå denne.

Foreldre kan også oppfordres til å fortelle, lage narrativ om barnet og relasjonen, og helsepersonell kan bevisst tolke disse historiene med en søken etter barnets stemme, og vise den frem til foreldrene. Slik kan spedbarnets medvirkning fremmes. ●

#### REFERANSER

1. Sandberg K. Barns rett til å bli hørt. I: Høstmølingen N, Kjørholt ES, Sandberg K, red. Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. s. 92–122.
2. Ulvik OS. Talking with children: Professional conversations in a participation perspective. *Qualitative Social Work*. 2015;14:193–208.
3. Bråten S. Altercentric infants and adults: On the origins and manifestations of participant perception of others' acts and utterances. I: Bråten S, red. On being moved. From mirror neurons to empathy. Amsterdam: John Benjamins; 2007. s. 111–35.
4. Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 2000.
5. Trevarthen C. Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22:95–131.
6. Trevarthen C. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*. 2011;20:119–35.
7. Reddy V. How infants know minds. Cambridge: Harvard University Press; 2008.
8. Nortvedt P. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 251–260.
9. Nortvedt P. Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
10. Gjerløw AD. Fra mål til mening. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.

## FAGGRUPPER

### Landsgruppen av helsesykepleiere

Vi er Norsk Sykepleierforbunds største faggruppe med nesten 4000 medlemmer. For å bli medlem må du være helsesykepleier, student eller ansatt i helsesykepleierstilling. Medlemmene våre jobber for det meste på helsestasjoner, i skolehelsetjenesten eller på helsestasjon for ungdom.

Vi har 19 aktive lokalgrupper med egne styrer, en i hvert av de «gamle» fylkene.

Helsesykepleiergruppen er preget av stor aktivitet. Vi er opptatt av faglig utvikling og arrangerer mer enn 30 fagdager i året. Vår stolthet er den årlige

kongressen som samler mer enn 700 helsesykepleiere til faglig påfyll.

Som medlem hos oss kan du søke om stipend til faglig utvikling eller ulike prosjekter. Som medlem får du også god pris på fagdager, konferanser og kongresser.

Landsgruppen av helsesykepleiere har et nært samarbeid med mange viktige, interessante aktører som jobber med de samme målgruppene som oss. Som medlem kan du bli med i ulike arbeidsgrupper og være med på å påvirke fag- og helsepolitisk utvikling og prioritering.

Vi har et tett nordisk samarbeid og

deltar også på store internasjonale kongresser. Blant annet har vi presentert «I trygge hender» i Hellas, Nairobi og Singapore.

Vi er opptatt av å være synlige for å bli hørt og sett. Vår nettside er en av NSF's mest leste, og vi har en aktiv Facebook-gruppe med nye publiseringer nesten daglig.

Vi ønsker oss enda flere medlemmer for å kunne utrette enda mer! Det koster 650 kroner i året å være medlem hos oss. Pensjonister og studenter får halv pris.

Faggruppens slagord er «Trygg, tydelig og tilgjengelig!».



**m<sup>D</sup>**

## Hvorfor er vi så opptatt av hva det koster per kvadratmeter?



Vi burde bli mer opptatt av hva man får når man deler kvadratmeter med andre. Regnestykket ser nemlig annerledes ut. Det er billigere – både for deg og for planeten. I Fyrstikkbakken 14 regner vi i **Delemeter (m<sup>D</sup>)** - kvadratmeter du eier sammen med naboene. Flere gjesterom, hjemmekontor, sauna på taket og sykkelverksted er bare noen av godene.

Les mer på [Fyrstikkbakken14.no](https://fyrstikkbakken14.no)



**Fyrstikk  
bakken 14**

Man får mer sammen.

**HOVEDBUDSKAP:**

Antallet unge som sliter med psykososiale utfordringer, øker. Skolehelsetjenesten er ofte den første primærhelsetjenesten barn og unge kan oppsøke når de opplever at livet buttrer imot, eller når de trenger et råd av en voksen med helsefaglig bakgrunn, og er derfor viktig for det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant unge. Hensikten med studien var å beskrive hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp ungdommer med psykososiale utfordringer i videregående skole.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.77232

**NØKKELOD:**

► Helsesykepleier ► Ungdommer ► Skolehelsetjeneste ► Helsedialog ► Psykososiale utfordringer

# Dialogen med helsesykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse

Gjennom en dialogisk prosess identifiserer helsesykepleierne små tegn som kan indikere psykososiale problemer hos ungdommene.

**S** kulehelsetjenesten er den første helsetjenesten barn og unge kan oppsøke på eget initiativ når livet føles vanskelig eller de trenger et råd av en voksen de kan stole på (1).

Rapporten fra Ungdata 2018 og regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021 viser at mange unge sliter med ulike former for psykiske helseutfordringer i hverdagen, og at andelen er økende. For noen unge vil dette være starten på langvarige helseutfordringer (2, 3).

Skolehelsetjenesten skal styrkes, og det er utarbeidet nasjonale og faglige retningslinjer for tjenesten (4).

**SAMTALER VIRKER**

Også helsesykepleiere i skolehelsetjenesten rapporterer om et økende antall elever med psykososiale utfordringer (5, 6), en utvikling man også ser i Sverige (7). I min studie (8) forstås psykososiale utfordringer som en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering.

Det er vanskelig å peke på enkeltårsaker til økningen av psykososiale utfordringer blant norsk ungdom. Ungdom som for eksempel opplever å bli utsatt for mobbing, rapporterer om at det er vanskelig å si ifra til voksne om situasjonen, men at de som klarer å si ifra, har tillit til og effekt av samtaler med helsesykepleier (9, 10). Studier viser at dialogen med helsesykepleier gir ungdommer mulighet til å påvirke sin egen helse, basert på sin egen situasjon, gjennom en individuell tilnærming (11).

**DE SMÅ TEGN**

Langaard (12) fant i sin studie at de profesjonelle i skolehelsetjenesten påpekte at en viktig dimensjon ved

**FORFATTERE**

**Aud Moen**  
Helsesykepleier, VID vitenskapelige høgskole, Diakonova, Oslo

omsorgsbegrepet var å «se etter de små tegn». En slik innstilling til samtaler med ungdommene var basert på erfaring om at ungdommene kunne oppsøke dem for noe annet enn det de innledningsvis presenterte som sitt ærend.

Hva slike små tegn egentlig er, og hva de betyr i møtene mellom ungdom og helsesykepleier, er ikke tilstrekkelig utforsket eller beskrevet (12). Min studie søker å belyse hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp psykososiale utfordringer hos ungdom i videregående skole.

**DESIGN OG METODE**

Studien har et beskrivende design (13) med fokusgruppeintervjuer som metode (14).

For å rekruttere deltakere som kunne gi mest mulig relevant og variert informasjon som kan belyse min problem-

## «De som klarer å si ifra, har tillit til og effekt av samtaler med helsesykepleier.»

stilling, ble et strategisk utvalg av til sammen 13 helsesykepleiere forespurt om å delta i studien. Deltakerne ble fordelt i tre fokusgrupper (5 + 3 + 5 deltakere), hvorav to av gruppene besto av helsesykepleiere som jobbet i Oslo, og en gruppe utenfor Oslo.

**RESULTATER**

Helsesykepleierne som deltok i undersøkelsen, mente generelt at de har en viktig rolle i arbeidet med å identifisere og følge opp psykososiale utfordringer hos ungdom.



**SKAPE TILLIT, BYGGE RELASJONER:** Det er viktig å følge ungdommens eget tempo i samtalen for å skape en trygg og god prosess, og for dermed å kunne identifisere utfordringene ungdommen står i. Illustrasjonsfoto: Kaarsten/Mostphotos

Helsesykepleierne rapporterte om at de i økende grad møter ungdom som står i krevende livssituasjoner. Mange av ungdommene fortalte om psykiske reaksjoner på livssituasjonen sin.

### Summen av psykososiale utfordringer

Helsesykepleierne mente samtidig å se at samfunnsmessige forhold og endringer skaper nye utfordringer for de unge. Eksempler på livssituasjoner og samfunnsmessige forhold er nye familiemønstre, kulturelle utfordringer, teknologiens rolle, utfordringer knyttet til å bli inkludert i et sosialt fellesskap og et økende forventningspress fra en selv eller andre.

Alle helsesykepleierne sa at de oftere nå enn før møter ungdommer som føler seg ensomme, stresset og slitne. Helsesykepleierne påpekte at det er summen av psykososiale utfordringer som er krevende for ungdommene, for eksempel en vanskelig hjemmesituasjon i kombinasjon med stress på skolen og tilbaketrekning fra venner.

### Dialogisk prosess

Gjennom analyseprosessen fremkom det tre kategorier av tilnæringsmåter som helsesykepleiere bruker i møte med ungdommer med psykososiale utfordringer. Til sammen utgjør kategoriene en dialogisk prosess: 1) identifisering – de små tegn, 2) allianse og relasjon og 3) intervensjon.

Når en ungdom kommer inn døra hos en helsesykepleier, er fokuset rettet mot å oppdage «små tegn». De aller fleste ungdommene oppsøker helsesykepleier frivillig, noe som i seg selv er et tegn på at de trenger helsehjelp.

Ungdommenes utgangspunkt for en samtale kan ofte være somatiske forhold, som tilbakevendende hodepine, magesmerter, smerter i kroppen, et ønske om å få et plaster

på et sår eller en smertestillende tablett, endret spisemønstre, pustebesvær eller besvimelser.

Helsesykepleierne sier at det er viktig å ha tid til en samtale med ungdommene for å kunne kartlegge årsakene til symptomene, fordi det ofte ligger noe bak de fysiske smertene, noe som kan være tegn på at de ikke har det bra mentalt.

Helsesykepleierne sier at deres grunnleggende sykepleiekunnskap er viktig for å kunne kartlegge og vurdere plagene og symptomene ungdommene kommer med.

### Allianse og relasjon

For å kunne avdekke hva ungdommene ønsker eller sliter med, legger helsesykepleierne vekt på å ha tid til å etablere tillit og en allianse med ungdommene for å skape en trygghet i situasjonen.

Helsesykepleierne sier at kartleggingen av «små tegn» kan kreve flere møter før ungdommene åpner seg, avhengig av alvorlighetsgraden av utfordringene. Det er ikke alle

### «Mange av ungdommene fortalte om psykiske reaksjoner på livssituasjonen sin.»

som er motivert for å snakke om utfordringer i livene sine i den første samtalen. Samtalen dreies da ofte tilbake til de konkrete og synlige plagene, for ikke å presse ungdommen til å snakke om det som er kjernen i vanskene, på et tidspunkt de ikke er klare for det.

Det er viktig å følge ungdommens eget tempo i samtalen for å skape en trygg og god prosess, og for dermed å kunne identifisere utfordringene ungdommen står i. En helsesykepleier uttrykker det slik:

Vi helsesykepleiere legger vekt på å se den enkelte ungdommen som kommer, og å ha en individuell tilnærming i samtalen for å skape trygghet og tillit, slik at ungdommene ønsker å komme tilbake og selv kan få gi uttrykk for «de små tegn».

En viktig dimensjon i kontaktetableringen er ifølge helsesykepleierne å sjekke ut om ungdommene kommer på eget initiativ, eller om de er sendt av andre, for eksempel en lærer eller en av foreldrene.

### **Tilgjengeliggjøring og taushetsplikt**

Helsesykepleierne sier også at det er viktig å møte ungdommene med en tydelig kommunisert agenda for samtalen for å få dem til å komme tilbake. Respekten for ungdommenes egen motivasjon for å ta imot hjelp er det viktigste, sier de.

Alle helsesykepleierne legger vekt på relasjonen de har fått til ungdommen, og på hva ungdommen de snakker med, ønsker. Ungdommene er på vei inn i voksenlivet, og da er det viktig at veien videre klareres med dem, mener helsesykepleierne.

I alle fokusgruppene diskuterte helsesykepleierne dilemmaet med å ta seg tid med den enkelte ungdommen opp mot det å være tilgjengelig for «drop-in» og at tilstedeværelse påvirker tilbudet de gir til ungdommene. Tilgjengeliggjøring av tjenesten og helsesykepleierens taushetsplikt beskrives som viktige faktorer for å opparbeide et tillitsforhold til ungdommene.

### **Intervensjon**

Når helsesykepleierne kartlegger tegn på psykososiale utfordringer, er de opptatt av å balansere tilnærmingen for å skreddersy et opplegg til den enkelte ungdommen. Helsesykepleierne sier at en viktig tilnærming i det første møtet er å vise nysgjerrighet på den enkelte ungdommens historie ved å stille spørsmål om hvordan ungdommen har det – men samtidig ikke å være for pågående, slik at ungdommene skremmes vekk.

Helsesykepleierne som deltok i studien, sier at de er lite opptatt av kartleggingsskjemaer i samtalen. Helsesykepleieren skal heller ikke stille diagnoser. Helsesykepleierne sier at de kan bruke flere samtalemetoder, og at metodene velges ut fra hva som er mest hensiktsmessig for å få en dialog med ungdommene. Det er ungdommenes eget uttrykk og deres historie, sammen med det å skape en god allianse og relasjon, som vektlegges i helsesykepleierens intervensjon.

Deltakerne påpeker at det er alvorlighetsgrad, varighet og ungdommenes motivasjon for å ta imot hjelp som i stor grad styrer intervensjonen. De bruker begrepet «å skynde seg sakte». I det legger de at ungdommene kan få en opplevelse av å bli avvist eller «institusjonalisert» ved en for rask henvisning til for eksempel BUP (barne- og ungdomspoliklinikk).

Noen ganger trenger ungdommene en samtale som handler om å sette ord på utfordringene de står i, og å få

hjelp til å sortere tanker og følelser i en kaotisk livssituasjon. Helsesykepleierne sier at det kan være alvorlige hendelser noen ungdommer har vært utsatt for, som de ikke har turt å snakke med noen om.

### **DISKUSJON**

Hovedfunnene i min studie kan beskrives ved hjelp av de tre trinnene i den dialogiske prosessen i helsesykepleierens møte med ungdommen: 1) identifisering av de små tegn, 2) allianse- og relasjonsbygging og 3) intervensjon.

En bevisstgjøring av denne dialogiske prosessen kan bidra til å hjelpe helsesykepleiere i deres møte med ungdommen for å identifisere og følge opp deres utfordringer.

### **Ungdommenes uttrykk**

Identifisering av de små tegn er noe som skjer i startfasen i det første møtet. Deretter må helsesykepleierne bruke tid på å bli kjent og skape en allianse med ungdommen for å finne ut hva som ligger under de små tegn, som ofte gir seg utslag i fysiske plager.

Når de så har funnet ut hva som egentlig plager ungdommen, kan helsesykepleieren, sammen med ungdommen, finne frem til en hensiktsmessig intervensjon. Denne dialogiske prosessen kan sees på som en relasjonell og gjensidig interaksjon med ungdommen, der de unges uttrykk (små tegn) og behov er i fokus.

Som vist i studien kan «de små tegn» vise seg som fysiske plager, som for eksempel ulike smertetilstander med en bakenforliggende årsak. Dette kan beskrives som ungdommens implisitte uttrykk. Noen ungdommer mangler et språk for å beskrive utfordringene de står i, som det kan ta tid å få frem.

Det eksplisitte uttrykket har de ungdommene som klarer å sette ord på at de trenger noen å snakke med når de står i krevende livssituasjoner, men som likevel trenger hjelp til å sortere og forstå sammenhengen mellom fysiske og psykiske helseplager.

### **Tid og tilgjengelighet**

Helsesykepleierne kunne velge å gå inn i en rådgivende rolle og kun legge vekt på ungdommens uttalte problem, som

**«Ofte ligger det noe bak de fysiske smertene, noe som kan være tegn på at de ikke har det bra mentalt.»**

hodepinen eller ønsket om et plaster på et sår. Slik ville det å behandle symptomet kun være i fokus. Det ville også vært mindre tidkrevende. Funnene i min studie viser imidlertid at helsesykepleierne er opptatt av å legge til rette for en samtale med ungdommene om årsaken til helseplagene.

Tid og tilgjengelighet fra helsesykepleierens side beskrives også som viktig for å fange opp ungdommene akkurat når de trenger en samtale. Helsesykepleierne beskriver det som å være tilgjengelig for ungdommene i det «gyldne øyeblikket». Det synes å være et dilemma for

helsesykepleierne både å ivareta «drop-in»-funksjonen og å ta seg tid til denne identifiseringsprosessen.

Studien viser at helsesykepleierne legger vekt på å ha nok fagkunnskaper til å treffe riktige beslutninger om smertetilstanden. Samtidig legger helsesykepleierne vekt på å utforske om symptomene som ungdommene oppsøker helsesykepleier for, kan ha bakenforliggende årsaker.

Betydningen av å utforske eventuelle bakenforliggende årsaker til ungdommers smertetilstand understøttes av flere norske og internasjonale studier, som viser at ungdommer med langvarige smertetilstander kan ha samtidige psykososiale belastninger i livssituasjonen (15, 16, 17). Dette viser at helsesykepleierens dialogiske helhetstilnærming er viktig fordi smerte kan være et forsøk på å regulere følelser som er ubehagelige (18).

### Å sette ord på smerteuttrykk

Funn i min studie viser at mange ungdommer mangler ord for de utfordringene de står i – og at det er viktig ikke å

presse ungdommen til å snakke om det som er kjernen i vanskene, på et tidspunkt de ikke er klare for det.

Den dialogiske prosessen handler på den ene siden om helsesykepleierens evne til å initiere en respektfull dialog som gir ungdommen lyst til og tro på å snakke om hva som kan ligge bak de fysiske plagene. Helsesykepleierne i studien legger vekt på å gi ungdommene tid og rom for å sette ord på smertetilstanden og plagene sine, for på den måten å bygge allianse og tillit.

«Ungdommene kan få en opplevelse av å bli avvist eller institusjonalisert' ved en for rask henvisning til for eksempel BUP.»

På den andre siden er en viktig hensikt med den dialogiske prosessen å gi ungdommene samtalekompetanse, slik at de kjenner trygghet og kan finne frem til ordene som kan beskrive følelsene og utfordringene de står i. Den dialogiske

ANNONSE

## sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

### du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?  
Kontakt oss i dag!

 randstad



randstad.no/care  
care@randstad.no  
+47 400 21 410

prosessen kan derfor også være et viktig bidrag til at ungdom med alvorlige hendelser i livet sitt får tillit til å betros seg til fagpersoner (10).

Funn i min studie viser at helsesykepleierne vektlegger at det å søke hjelp er en tillitsprosess som læres. Derfor balanserer helsesykepleierne tilnærmingen mellom det fysiske og det psykiske for ikke å presse ungdommene til å snakke om noe de ikke er klare for. Samtidig er helsesykepleierne opptatt av å følge veiledere og forskrifter (4), der det vektlegges at man skal stille direkte spørsmål for å avdekke alvorlige forhold i unges liv.

Helsesykepleierne beskriver tilnærmingen som en balansegang: På den ene siden er det viktig å være oppmerksom på lovverket (4); på den andre siden vet helsesykepleierne at det kan ligge såre, alvorlige hendelser i de unges liv bak smerteuttrykkene som krever tid og tillit før ungdommene vil betros seg.

Å hjelpe ungdommene med et begrepsapparat til å sette ord på sine smerter, følelser og utfordringer er ifølge helsesykepleierne i min studie viktig. Helsesykepleierne spør ikke for å få de «rette» svarene, men for å finne ut hvordan ungdommene tenker og føler.

### Forebygger medikamentbruk

Når helsesykepleierne får innsikt i hva ungdommene tenker og føler, kan de veilede dem i hvordan smerter og fysiske plager kan ha sammenheng med bakenforliggende årsaker som stress eller «vonde hemmeligheter». Betydningen av at unge får snakke med fagpersoner om smertetilstander, understøttes av forskning fordi det også er viktig for å forebygge overdreven bruk av smertestillende medikamenter (17).

Funn i min studie viser at i den dialogiske prosessen foregår det endringer over tid. Funnene tyder på at det er viktigere å få i gang en dialogisk prosess med ungdommene enn å fokusere på metoden som brukes.

### Relasjonskompetanse

Studien viser at helsesykepleierens relasjonelle initiativer preges av en spørrende, åpen og lyttende tilnærming til ungdommens smerteuttrykk. De åpner for en samtale om plagene på en måte som gjør at ungdommene skal føle seg ivaretatt. Når ungdommene føler seg sett og ivaretatt, vil de også bli mer mottakelige for veiledning (19).

Helsesykepleierens dialogiske tilnærming viser hvordan ungdom med psykososiale utfordringer får hjelp til å skifte fokus fra å være et «offer» for sine smerter til å bli en observatør av eller forsker på seg selv og sine tanker og følelser – tanker og følelser som ungdommene trenger å bli møtt på for å takle de psykososiale utfordringene de står i.

### Det følelsesmessige reguleringsystemet

Dialogen med helsesykepleierne kan gi ny kunnskap og forståelse av situasjonen, en situasjon de ofte ikke har oversikt over og forståelse av selv, som for eksempel en skilsmisse-situasjon. At ungdommene får hjelp til å finne strategier til

å løse det som er vanskelig, er noe annet enn å forstå smerter som sykdom (20).

Å få hjelp til innsikt i og å lære om sine egne helseplager kan trene opp «det indre øyet», noe som er en viktig del av det følelsesmessige reguleringsystemet og generell psykososial utvikling (21). Å reise videre mot voksenlivet med en styrket følelse av å ha møtt, løst og forstått emosjonelle konflikter er en helt annen følelse enn å reise videre med en diagnose i sekken (20).

Konteksten og mandatet til helsesykepleiere er ikke å diagnostisere. De får heller ikke noen henvisning på forhånd,

## «Noen ungdommer mangler et språk for å beskrive utfordringene de står i.»

og helsevurderinger må gjøres der og da, når ungdommene «står i døra». Studien viser at helsesykepleierne i den dialogiske prosessen bruker seg selv som et «instrument som spiller på mange strenger», både faglig og personlig. Det synes viktig for å møte det mangfoldet som ungdom med psykososiale utfordringer står i.

Flere studier innen behandlingsforskning viser at relasjonen har større betydning for behandlingsresultatet enn metoden (19, 22). Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke spesifikke metoder for endring av helseatferd i ungdomshelsetjenesten, men ønsker velkommen tilnærming som på en positiv måte gjør ungdommer i stand til å påvirke sin egen helse (4).

### KONKLUSJON

Min studie har bidratt til å belyse hvordan helsesykepleiere identifiserer og følger opp ungdommer med psykososiale utfordringer gjennom en dialogisk prosess.

Den dialogiske prosessen kan hjelpe helsesykepleiere med å arbeide systematisk med å identifisere bakenforliggende årsaker til ungdommens helseplager gjennom å observere de små tegn, etablere relasjoner, bygge allianser og igangsette intervensjon.

Studien er et bidrag til kunnskapsbasen for utvikling av profesjonell relasjonskompetanse innen helsesykepleierfaget. Studien kan videre bidra til å vise helsesykepleieres rolle i det tverrfaglige teamet ved skolen, da «de små tegn» kan være noe annet for en helsesykepleier enn for eksempel for pedagogisk personell. ●

### REFERANSER

1. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-26-2014-2015/id2409890/> (nedlastet 18.06.2019).
2. Bakken A. Ungdata 2018. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA; 2018. NOVA Rapport 8/18. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018-Nasjonale-resultater> (nedlastet 18.06.2019).
3. Helse- og omsorgsdepartementet. #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa6133656f269/ungdomshelsestrategi\\_2016.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa6133656f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf) (nedlastet 05.06.2019).
4. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 23.06.2019).

5. Glavin K, Helseth S. Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*. 2005;93(5):56–7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/kunnskap-i-trad-med-samfunnets-behov> (nedlastet 05.06.2019).
6. Hofstad E. Flere unge ønsker psykososial hjelp. *Sykepleien*. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/03/flere-unge-onsker-psykososial-hjelp-i-ostfold> (nedlastet 05.06.2019).
7. Rudenstam C. Forsåmrad psykososial hälsa hos barnen. *Omv rdsnadsmagasinet*. 2008;6(4):8–11.
8. Svartdal F. Psykososial [internett]. Tromsø: Store norske leksikon; 2018 [oppdatert 13.06.2018; sitert 22.06.2019]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/psykososial>
9. Borup I, Holstein BE. Schoolchildren who are victims of bullying report benefit from health dialogues with the school health nurse. *Health Education Journal*. 2007;66(1):58–67. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840519846649?journalCode=jsnb> (nedlastet 18.06.2019).
10. Kvarme GL, Misvær N, Valla L, Myhre MC, Holen S, Sagatun A. Bullying in school: importance of and challenges involved in talking to the school nurse. *J Sch Nurs*. 2019. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840519846649?journalCode=jsnb> (nedlastet 18.06.2019).
11. Golsäter M, Sidenvall B, Lingfors H, Enskar K. Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *J Clin Nurs*. 2011;20. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x> (nedlastet 23.06.2019).
12. Langaard K. Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
13. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
14. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
15. Hartz I, Skurtveit S, Steffenaek AK, Karlstad O, Handal M. Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:12. Tilgjengelig fra: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0716-x> (nedlastet 05.06.2019).
16. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *BJGP*. 2009;59(566): e308–e314.
17. Skarstein S. Frequent use of over-the-counter analgesics among adolescents – a warning sign of troubled lives. (Doktoravhandling.) Oslo: Osiomet; 2018.
18. Diseth TH, Ramberg BK. Barn med langvarig smerte: fanget i vonde sirkler – veier ut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2012. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/03/barn-med-langvarig-smerte-fanget-i-vonde-sirkler-veier-ut?redirected=1> (nedlastet 05.06.2019).
19. Spurkeland J. *Relasjonskompetanse*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
20. Løkke PA. Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2011;48(3):242–50. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2011/03/ungdommens-folelser-og-motet-med-den-instrumentelle-fornuften> (nedlastet 05.06.2019).
21. Siegel DJ. *Mindsight parenting: helping our children develop the resilience of social and emotional intelligence*. The Masculine Heart; 2010.
22. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association; 1999.



## ANNONSE

## Babyer har det best med brystmelk

# Vi trenger alle litt hjelp iblant... Vi er der gjennom hele ammereisen

### 2in1 Electric & Manual Breast Pump

- Veksle mellom elektrisk og manuell brystpumpe med to enkle trinn
- Ekstra myk trakt – passer alle brystst rrelser
- Oppladbart batteri – holder i inntil 5 timer
- Alle deler (ikke slange og display) kan steriliseres
- Pump direkte i MAMs t teflaske eller oppbevaringsboks for brystmelk



MAM

mambaby.com



@mambabyNO



mambaby.com/no/babytalk



@mambaby\_nordic



**OBSERVERER KVALITETEN:** Helse-sykepleierne vurderer blant annet hvordan blikkontakten er mellom foreldrene og barnet, og hvordan de trøster barnet etter vaksinasjon. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB scanpix



**FORFATTERE**

Med forskeren 32

**Ingeborg Berg-Olstad**  
Helse-sykepleier, Helsetjenesten  
for barn og unge, Rygge  
kommune

**Trine Klette**  
Sykepleier og førsteamanuensis,  
Fakultet for helsefag,  
VID vitenskapelige høyskole

**NØKKELORD**

- ▶ Tidlig samspill ▶ Spedbarn
- ▶ Helsesøster ▶ Helse-sykepleier
- ▶ Kvalitativ metode

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.78531

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Et godt tidlig samspill har stor betydning for barns utvikling og tilknytning til sine foreldre. Utvikling av den grunnleggende tilknytningen skjer i løpet av barnets første leveår. Det er derfor viktig med tidlig innsats for å avdekke utfordringer. På helsestasjonen har helse-sykepleieren en unik mulighet til å vurdere det tidlige samspillet.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å beskrive helse-sykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre. For å få svar på dette og få økt forståelse for praksis, stilte vi spørsmål om hvilke observasjoner som blir gjort, hva helse-sykepleieren gjør med vurderingene, og hvordan rammebetingelser påvirker handlingene. Denne kunnskapen vil være til nytte for helse-sykepleiere i praksis og fagutviklingen deres. Den vil også være nyttig for dem som har ansvaret for å organisere tjenesten.

**Metode:** Vi benyttet kvalitative, individuelle intervjuer som vi analyserte i henhold til Tjoras stegvis-deduktive induktive metode.

**Resultater:** Resultatene tyder på at helse-sykepleieres vurdering av tidlig samspill inneholder en kompleksitet av observasjoner, handlinger og rammer for handlingene. Helse-sykepleieren gjør erfaringsbaserte og relevante observasjoner, men de er ikke satt i et klart system med anerkjente metoder. Det ser ut som om helse-sykepleiernes handlinger er avhengig av kommunens tilbud og rammebetingelser. Faglig oppdatering blir ikke prioritert, og tverrfaglig samarbeid oppleves som personavhengig.

**Konklusjon:** For å kunne forbedre vurderingen av det tidlige samspillet mellom barn og foreldre er det behov for mer systematisk og strukturert arbeid på flere plan.



# Helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre

De observerer blikkontakt, trøsting og atferd basert på erfaring uten å bruke anerkjente metoder. Også muligheten for fagutvikling, mange arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid påvirker vurderingene.



**F**orskning viser at barn er avhengige av å knytte seg til sine omsorgsgivere på en trygg måte for å kunne utvikle seg positivt. Barnets samspillserfaringer med omsorgsgiverne legger grunnlaget for hvilken tilknytningsstil barnet utvikler: trygg eller utrygg tilknytning. Hvilken tilknytningsstil barnet utvikler, vil påvirke både barnets utvikling og barnets helse (1-3).

Nyere hjerneforskning har gitt innsikt i hvor viktig barndomserfaringer er for hjernens utvikling, og kunnskap om traumas konsekvenser for hjernen har fått større betydning (1, 4, 5). Det er i løpet av barnets første leveår at dets tilknytning til omsorgsgiveren utvikles. (1-3). Tidlig innsats for å avdekke utfordringer når det gjelder samspill og avvikende tilknytningsutvikling, er derfor viktig. Avdekkes utfordringene tidlig, er det større sjanser for å reversere negative konsekvenser for barnet (5-7).

## Helsestasjonen som arena

Helsestasjonstjenesten skal gi et universelt tilbud til alle barn før skolealder, og helsesykepleiere skal fylle en rekke ulike oppgaver. Helsesykepleieren møter nesten alle småbarnsforeldrene, og de skal ha et bredt søkelys på fysisk og psykisk helse. Temaet i denne artikkelen er helsesykepleieres vurderinger av det tidlige samspillet, som ligger til grunn for den følelsesmessige tilknytningen mellom foreldre og barn.

En av arenaene til helsesykepleierne er helsestasjonen, der hun eller han møter familier den første tiden når samspillet etableres. Helsesykepleieren har derfor en unik mulighet til å vurdere og

fremme utviklingen av en trygg tilknytning. I en ellers spesialisert helsetjeneste med konkrete mandater skal helsesykepleieren jobbe helhetlig og bredt. Helsesykepleierens arbeidsoppgaver har også endret seg mye i årenes løp, noe som krever ressurser både fra helsesykepleierne, fra kommunene og på nasjonalt nivå.

## Tidligere forskning

Det er lite tilgjengelig forskning som beskriver konkret hva det innebærer for en helsesykepleier å skulle vurdere tidlig samspill. Naumann (8) så på hvorfor det var vanskelig å vurdere samspill, og på helsesykepleieres dilemmaer i arbeidet med i å avdekke omsorgssvikt. Ulland (9) undersøkte hvordan helsesykepleierne oppdaget og formidlet foreldre-barnsamspill og fant at helsesykepleierne hadde behov for kompetanseøkning.

Internasjonal forskning sier mye om hvor viktig samspill og tilknytning er, hva som observeres (10), og hvilke forskjellige metoder som brukes (11). Forskning beskriver hvordan tilknytningen kan styrkes, og hvilke metoder som kan ha positiv innvirkning på tilknytning og samspill gjennom støtte og oppfølging av risikogrupper og hjemmebesøksprogrammer (12-14).

Metodene for spedbarnsobservasjon som kan være aktuelle å overføre til en norsk helsesykepleierkonsultasjon, er NBO (Newborn Behavioral Observations) (15, 16) og ADBB (Alarm Distress Baby Scale) (17). NBO skal på en strukturert måte observere atferd og evne til tilpasning hos barn mellom 0 og 3 måneder (15), mens ADBB er utviklet for å vurdere sosial atferd og tegn på

tilbaketrekningsatferd hos barn i alderen 0 til 2 år (17).

## Hensikten med studien

Hensikten med studien var å beskrive praksisen til helsesykepleiere for å bidra til større forståelse av hvordan helsesykepleiere vurderer tidlig samspill mellom barn under 6 år og foreldrene deres. Følgende forskningsspørsmål ble derfor stilt i studien: «Hvilke observasjoner gjør helsesykepleiere av tidlig samspill», «hva gjør helsesykepleiere med sine vurderinger?» og «hvordan påvirker rammebetingelser helsesykepleierens handlinger?»

## METODE

Studien hadde et kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer. Vi valgte kvalitativ metode for å få større dybdeforståelse av hva helsesykepleiere observerer i praksis.

## Utvalg

Informantene som deltok, ble valgt i henhold til et bekvemmelighetsutvalg, og rekrutteringen skjedde gjennom ledere for helsestasjonstjenesten. Alle de sju informantene var sykepleiere med videreutdanning som helsesykepleier. Inklusjonskriteriene var at de jobbet på helsestasjonen, hadde minst ett års yrkeserfaring og minimum 40 prosent stilling. Samtlige informanter var kvinner i alderen 39-60 år. De jobbet alle mellom 70 og 100 prosent i stilling som helsesykepleiere og hadde arbeidserfaring fra fem til 22 år.

To av informantene hadde ingen videreutdanning utover helsesykepleierutdanningen, mens fem hadde andre





videreutdanninger i tillegg. De jobbet i fem ulike kommuner i det samme fylket på Østlandet i Norge. Demografisk sett er kommunene forskjellige, både i størrelse, befolkningssammensetning og geografi. Innbyggertallet i kommunene varierte fra vel 4000 til 80 000 innbyggere.

### Datainnsamling

Vi gjennomførte halvstrukturerte dybdeintervjuer med informantene i tidsrommet april til september 2015. Intervjuene ble gjort på informantenes arbeidssteder og varte mellom 60 og 90 minutter. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant. Intervjuguiden var utarbeidet på forhånd, med hovedspørsmål og underspørsmål i henhold til studiens hensikt og forskningsspørsmål. Informantene fikk anledning til å fortelle fritt med færrest mulig avbrytelser underveis.

### Dataanalyse

Vi analyserte intervjuene i henhold til Tjoras stegvis-deduktive induktive metode. Det transkriberte materialet ble kodet etter Tjoras koding med empirinære merkelapper og videre kategorisert (18). Empirien la grunnlag for

kategoriene. Tabell 1 viser et utvalg av empirien.

### Etiske forhold

Det var frivillig å delta i studien, basert på informert samtykke. Opplysningene



**«Helsesykepleieren har en unik mulighet til å vurdere og fremme utviklingen av en trygg tilknytning.»**

er behandlet konfidensielt, og opplysningene i det transkriberte materialet er anonymisert. Intervjuene inneholdt ingen personopplysninger, og studien var derfor ikke meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Lydopptakene er slettet i etterkant av studien.

### RESULTATER

Resultatene viser at vurderingen av tidlig samspill er kompleks, med observasjoner, handlinger og rammebetingelser (figur 1).

Alle de sju helsesykepleierne i studien fortalte at de observerer samspill i mange situasjoner, og at observasjonene starter

fra første møte med familiene. En av informantene beskrev at «det er mange situasjoner en ser samspillet, hele tiden.» En annen sa at hun «ser på hele seansen, på uttrykket».

Helsesykepleierne fortalte at de observerer hvordan foreldre håndterer barnet sitt, hvordan de snakker med – og om – barnet sitt, og hvordan de trøster barnet. En informant sa at «godt samspill er når foreldre småprater med barnet, forstår barnet og roer barnet».

Informantene fremhevet at foreldrenes evne til å forstå barnet og deres sensitivitet for barnets emosjoner, var viktig. Eksempler er om foreldrene er opptatt av barnet, om de følger barnets utspill, og om de forstår barnets behov. En av informantene beskrev et godt samspill som «en god helhet, en rød tråd».

### Observerer kvaliteten på trøsten

Informantene sa også at de observerer kvaliteten på trøsten foreldrene gir barnet etter vaksinasjon. De ser på foreldrenes handlinger, og hvordan de virker på barnet. Det kan være hvorvidt de gir kroppskontakt, hvordan de snakker til barnet, og hvorvidt barnet roer seg.

En informant sa følgende: «Godt samspill er at de trøster og tar barnet inn til seg.» En annen sa dette: «Hvis det er en

**Tabell 1.** Empiri til hovedtemaene

Empirisk utsagn	Koding	Underkategori	Hovedkategori	Hovedtema
«Hvordan de tar dem inntil seg, hvordan de snakker med dem når de stiller, kler av barnet her, hvordan de trøster, og hvordan de snakker om barnet sitt. Jeg synes på en måte det henger litt sammen. En god helhet, en rød tråd. Ja, hvor trygge de er. En god helhet, en rød tråd sier noe om hvor trygge de er.»	En god helhet, en rød tråd sier noe om hvor trygge de er.	Observerer helheten i foreldrenes atferd mot barnet.	Foreldreatferd.	Observasjon.
«Altså når mor er oppmerksom på barnet, du ser at barnet gir blikk tilbake, og hvis det er så lite at det ikke kan snakke da. Eller det kommer disse kooing-lydene som bare er det herligste i verden.»	Barnet påkaller oppmerksomhet og får det, og lager kooing-lyder.	Observerer kontakt og lyder hos barnet.	Barnets atferd.	
«Det jeg gjør når jeg ser et godt samspill, så benevner jeg jo det. Du prøver å benevne det positivt så mor blir oppmerksom på det gode samspillet.»	Når jeg ser et godt samspill, benevner jeg det til foreldrene.	Beskriver godt samspill til foreldrene.	Helsesykepleieren handler overfor foreldrene.	Handling.
«Du skal veie, måle, gi ny time, føre inn mål det du har veid og målt, du skal vise dem percentilskjema [...]. Det er dyttet inn fryktelig mange tunge oppgaver på kort tid, altså! Sånn at det er ikke enkelt å se det enkelte barn.»	Det er mange oppgaver på helsestasjonen. Da er det ikke enkelt å se det enkelte barnet.	Mange oppgaver og kort tid påvirker observasjonene.	Organisering av helsestasjonen.	Rammebetingelser.
«[...] men klart at hvis man bare ikke gir seg, går det an å formulere noe, kanskje på mail. [...] Kan vi finne et tidspunkt hvor vi kan drøfte ting og sånn.»	At man ikke gir seg ved behov for kontakt, sender e-post og ber om tid.	Alternative kontaktformer ved behov for kontakt og samarbeid.	Tverrfaglig samarbeid.	

utrygg trøsting, blir mor veldig sånn, vet ikke hva hun skal gjøre. Du ser at hun er usikker, og at barnet akselererer i gråten. Men en mamma som er trygg på det [...] du ser at hun tar barnet godt, og at hun vet hvordan hun roer det, og barnet lar seg roe.» En tredje informant beskrev en observasjon på denne måten: «Hun [mor] lo da jeg vaksinerte og barnet gråt. Hvordan er det å bli ledd av når du har vondt?»

### Observerer blikkontakt

Helsesykepleierne som ble intervjuet, fortalte at de observerer blikkontakt. De ser etter hvordan foreldre ser på barnet sitt, hvorvidt det er gjensidighet, hvor hyppig kontakten er, og hvor lett barnet gir blikkontakt til andre. En av informantene sa følgende om en mor: «Jeg ser hun sliter litt med øyekontakt med meg sånn i konsultasjon.» Videre beskrev informanten at denne moren også strevet med å møte barnets blikk, hvorpå hun sa til barnet: «Ikke se sånn på meg.»

Helsesykepleierne beskrev også observasjoner av barnets atferd. En informant sa som følger: «Hvordan barnet er, [...] om barnet trygges i mammas arm, roer seg fort, eller om barnet virker utilpass. Ja, du ser det i hele vitaliteten. Du ser at barnet blir lykkelig for at mor svarer og er der.»

To informanter beskrev smil som et eksempel på godt samspill: «Ser godt samspill når mor og barn stråler når de ser hverandre» og «godt samspill er gjensidig glede hos foreldre og barn.» En annen informant beskrev barnets lydprodukt

### «Godt samspill er at de trøster og tar barnet inntil seg.»

Informant

sjon som tegn på det samme: «[...] disse kooing-lydene som bare er det herligste i verden.»

Når det gjelder strukturerte observasjonsmetoder av spedbarn, var det kun en av informantene som fortalte at hun bruker dem ved behov. Andre tilnærminger som ble brukt til familier med barn under seks måneder, er EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), som er en metode for å screene psykiske helse (19). Fem av informantene fortalte at de brukte EPDS jevnlig.

### Positiv forsterkning ved å beskrive godt samspill

Helsesykepleierne fortalte at når de observerer et godt samspill, beskriver

de sine observasjoner til foreldrene for å støtte og forsterke det positive: «Du prøver å benevne det positivt så mor blir oppmerksom på det gode samspillet.» En informant mente at det er viktig å dele observasjonene: «Jeg tror på det å ikke bare ha det i hodet, men å dele det med dem. Gjennom møtene med foreldre tror jeg [det er] veldig viktig å sette ord på alt man både ser og gjør og tenker. Det å være ærlig på det man tenker, tror jeg er viktig. Når man er bekymret også, at man kan fortelle.»

Alle beskrev at de gir generell informasjon om temaet samspill, der målet er å gi den enkelte kunnskap for å ivareta sin egen helse (20). De fortalte at de vurderer samspillet flere ganger ved behov, gir råd og veiledning og er opptatt av å gi konkrete tilbakemeldinger til foreldrene. Alle informantene sa at de var opptatt av mors psykiske helse og foreldrenes egne livserfaringer.

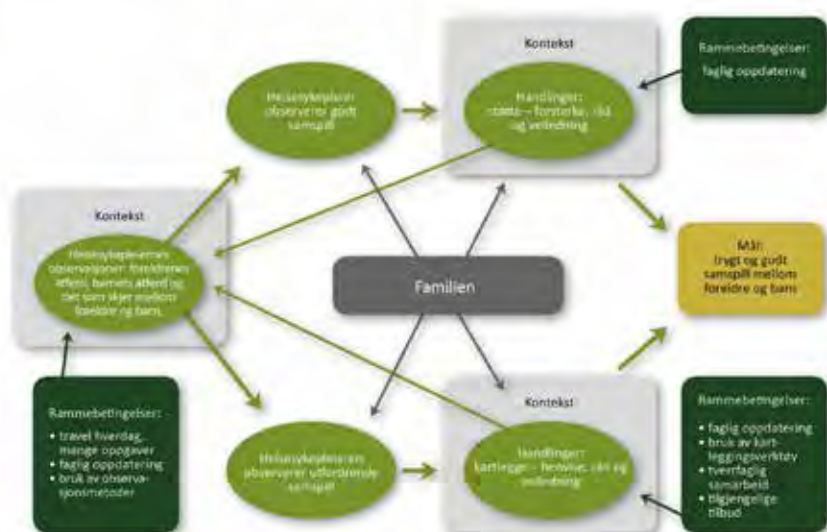
### Observasjoner ved utfordrende samspill

Informantene fortalte at de prøver å forstå hvor utfordringen ligger når de observerer et utfordrende samspill, og at det varierer hvilke handlinger de velger: «Hva du gjør i en konsultasjon, må du ta litt der og da», som en av dem sa. Alle informantene ga praksiseksemplere på tettere oppfølging av familier, men ingen av dem var tydelige på hvem dette gjaldt. De fortalte at de henviser familien videre ved behov, at de kan henviser til tettere oppfølging på helsestasjonen, hos psykolog eller barnevernstjenesten.

Samtlige helsesykepleiere mente at det er viktig å bygge tillit og etablere en god relasjon med familiene, som de mente var en forutsetning for å vurdere samspillet: «For å få ta tak i det så må du bygge opp noen gode relasjoner. For har jeg ikke en god og trygg relasjon med foreldrene, så får jeg ikke gjort noe», som en av dem sa.

Tre av de sju informantene beskrev at det mest utfordrende er når de observerer samspillsutfordringer og foreldrene ikke deler deres oppfatning: «Noen ber om hjelp selv, og da er det jo ikke vanskelig. Men der hvor de føler

Figur 1. Kompleksiteten i vurderingen av tidlig samspill





at de ikke er enig med oss, da er det komplisert.»

### Utfordringer i en travel hverdag

Alle de intervjuede helsesykepleierne beskrev en travel hverdag med mange oppgaver som skulle gjennomføres i konsultasjonene: «Du skal veie/måle, gi ny time, føre inn mål det du har veid og målt, du skal vise dem percentilskjema. Det er dyttet inn fryktelig mange tunge oppgaver på kort tid! Sånn at det er ikke enkelt å se det enkelte barn.»

Alle informantene fortalte at faglig utvikling var mest opp til dem selv. De hadde anledning til å sette av tid til faglig oppdatering, men gjorde det sjelden og brukte som regel tiden til andre oppgaver. De sa at de sjelden deltok på kurs, og søkte informasjon kun når de trengte det.

Tre av helsesykepleierne fortalte at de leste artikler de fikk av ledere, kolleger eller andre. Ingen av dem søkte imidlertid i databaser etter forskningslitteratur, selv om alle sa at de kunne det. En av helsesykepleierne som fikk jevnlig faglig veiledning, beskrev dette som viktig: «Det er helt utrolig, det er så kvalitetstid.»

### Samarbeid med andre

Samtlige sa at de samarbeider tverrfaglig, men de beskrev samarbeidet ulikt. I de to minste kommunene beskrev informantene det som oversiktlig, men at det er snakk om gjennomsiktede miljøer, og at det er få å samarbeide med. Informantene fra de to største kommunene fortalte om større mulighet for samarbeid, men at det var uoversiktlige samarbeidsforhold.

Alle informantene beskrev at det foregår et systematisk samarbeid sammen med PPT og barnehager når det gjelder større barn. Samarbeidet er imidlertid ikke like systematisk når det gjelder barn under seks måneder.

Bortsett fra kolleger på helsestasjonen var barnevernstjenesten den instansen som alle informantene nevnte som samarbeidspartner. Samarbeidet ble imidlertid beskrevet som utfordrende. Kun en av de sju beskrev dette samarbeidet som overveiende positivt. Ord som enveiskommunikasjon, personavhengighet og lite tilgjengelighet ble brukt.

En av informantene beskrev at hun

hadde alternative måter å få kontakt med barnevernet på: «[...] men klart at hvis man bare ikke gir seg [...] går det an å formulere noe, kanskje på mail. Kan vi finne et tidspunkt hvor vi kan drøfte [...]»

To av helsesykepleierne fortalte at de synes det er utfordrende å drøfte saker med barnevernstjenesten, da miljøet er



### «Samarbeidet med barnevernstjenesten ble beskrevet som utfordrende.»

lite og gjennomskiktig. Konsekvensen av dette beskrev den ene av dem slik: «Det som er av bekymring, er jo det at det er tette skott mellom barnevernet. Da jobber vi liksom i hver vår verden. Det blir jo ikke bra for barnet.»

### DISKUSJON

Funnene fra undersøkelsen viser at alle informantene både observerer foreldrenes atferd, barnets atferd og det som skjer mellom foreldrene og barnet. Observasjonene de gjør, er langt på vei sammenfallende med hva forskning beskriver som viktige, grunnleggende faktorer for barnets utvikling (1–3, 21–23). At informantene er opptatt av morens psykiske helse og foreldrenes egne barndoms erfaringer, er også i tråd med forskningen, som viser at psykisk helse har stor betydning for foreldrenes atferd overfor barnet sitt (3, 19, 24, 25).

Alle helsesykepleierne sa også at de er opptatt av å observere hvordan foreldrene trøstet barnet sitt ved vaksinerings. Oppmerksomhet på trøst er viktig og beskrives i studien til Klette (2), som viste sammenhenger mellom trøstens kvalitet og foreldrenes evne til å fremme en trygg tilknytning hos barnene sine.

### Brukte lite systematiske metoder for observasjon

Det finnes tilgjengelig systematiske metoder for observasjon av spedbarn (15, 17, 26, 27), men få av dem ble brukt av undersøkelsens informanter. Årsaken til at metoder ikke brukes, er tilsynelatende sammensatt, men tid synes å spille en rolle. En konsultasjon varer normalt rundt 30

minutter og inneholder mange oppgaver (20). Det er lite tid til hver enkelt, og samtidig krever de aktuelle observasjonsmetodene nettopp tid til rådighet.

Metoder for systematisk spedbarnsobservasjon må følgelig tilpasses helsestasjonskonteksten, og få studier har til nå sett på dette. Det krever også både tid, vilje og økonomi å implementere nye metoder. Lite faglig oppdatering innebærer også at det er vanskelig å få kunnskap om de metodene som finnes. Helsesykepleierne i denne undersøkelsen brukte som nevnt få anerkjente metoder. De uttrykte heller ikke savn etter flere, samtidig som de beskrev at det var utfordrende å sette ord på samspill som de opplevde som vanskelig.

### Observasjonene påvirker handlingen

Informantene sa at de velger sine handlinger ut fra det de observerer. Når de ser positive samspill, støtter de foreldrene for å forsterke det positive. Observerer de derimot utfordringer i samspillet, kartlegger de videre for å finne ut hvor utfordringen ligger. Hvilke handlinger de velger, fremstår imidlertid som noe tilfeldig.

Handlingene synes også å være betinget av tilbud i den aktuelle kommunen, og ikke bare av konkrete observasjoner. Denne «tilfeldigheten» når det gjelder handlinger, beskrives også av Neumann (8), som fant at helsesykepleiere ofte velger uformelle og uoffisielle handlingsstrategier når de er bekymret.

De intervjuede helsesykepleierne fortalte at de syntes det var vanskelig å handle når de var bekymret for et barn, men foreldrene ikke var enige eller ønsket hjelp. De beskrev ikke konkret hva som gjorde det vanskelig, men det kan både handle om kompetanse og om rammebetingelser.

Helsesykepleiere må selv avgjøre om observasjonene gir så stor bekymring at de utløser opplysningsplikt eller ikke (28). I denne undersøkelsen virket det som om avgjørelsen om hvorvidt bekymring utløser opplysningsplikten, blir tatt ut fra helsesykepleierens subjektive vurdering.

### Vurderingene påvirkes av flere faktorer

Studien kan tyde på at det ikke er én faktor alene som påvirker





helsesykepleiernes handlinger når det gjelder det tidlige samspillet. Neumann (8) fant at helsesøstres vurderinger påvirkes av flere faktorer samtidig: private erfaringer og referanserammer, profesjonelt blikk og kunnskap samt strukturelle begrensninger.

Alle informantene sa at lav bemanning, mange arbeidsoppgaver og varierende tverrfaglig samarbeid var utfordrende. De beskrev også at faglig oppdatering var mye opp til dem selv, og ble ofte bortprioritert i en travel arbeidsdag. Helsesykepleiere har krav på seg til å være oppdatert på mange områder, jmfør helsepersonelloven § 4 (28). Å være faglig oppdatert krever både innsats hos den enkelte helse-sykepleieren, men også kunnskap om hvilken kompetanse det er behov for.

I henhold til helsepersonelloven har arbeidsstedet ansvaret for å organisere tjenesten slik at helsepersonellet kan oppfylle forsvarlighetskravet (28). Imotsetning til andre spesialfelt innen sykepleiefaget finnes det heller ikke et nasjonalt kompetansesenter som er spisset kun for helsesykepleiere (29). Et slikt kompetansesenter kunne bidratt til kvalitetssikring av tjenesten i tillegg til tverrfaglige kompetansesentre, som for eksempel Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP).

### Studiens begrensninger

Studien er liten og avgrenset, og det er ikke mulig å generalisere på bakgrunn

av funnene. Vår egen forforståelse som helsesykepleiere kan også ha påvirket studien, både positivt og negativt. Kjennskap og nærhet til praksisfeltet kan være positivt med tanke på

.....  
**«Alle informantene sa at lav emanning, mange arbeidsoppgaver og varierende tverrfaglig samarbeid var utfordrende.»**

innsikt, men kan også føre til forutinntatthet om resultatene.

### KONKLUSJON

Det er av stor betydning at helsesykepleiere kan vurdere tidlig samspill mellom barn og foreldre, og at hun eller han kan bidra ved samspillsutfordringer. Denne undersøkelsen tyder på at helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill er kompleks, idet de består av observasjoner, handlinger og rammebetingelser (figur 1).

Observasjonene som gjøres av helsesykepleierne, fremstår som relevante sett i lys av eksisterende forskning, men de er ikke satt i noe klart system. Selv om det finnes flere aktuelle systematiske metoder for å observere samspill med spedbarn, brukte ingen av de intervjuede helsesøstrene disse metodene i arbeidet sitt.

Det synes også som at helsesykepleiernes handlinger ofte er avhengige av kommunens tilbud. I tillegg tyder undersøkelsen på at rammer for faglige oppdateringer og tverrfaglig samarbeid i sterk grad påvirker hva som blir gjort i forbindelse med bekymringsvekkende samspill.

På bakgrunn av undersøkelsen ser det ut til at det er behov for systematisk arbeid på flere plan. På den ene siden er det behov for at praksisfeltet øker bevisstheten rundt forsvarlighetskravet og faglige oppdateringer. Helsesykepleierutdanningen bør på sin side gi mer kunnskap om praktiske observasjonsmetoder som kan benyttes.

Når det gjelder videre forskning, er det behov for en større kartleggingsundersøkelse for å se på hvordan helsesykepleiere generelt vurderer tidlig samspill, og hva de gjør på grunnlag av sine vurderinger. ●

### REFERANSER

1. Hart S, Schwartz. Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
2. Klette T. Tid for trøst: en undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2007. NOVA-rapport 17/2007.
3. Bowlby J. En sikker base: tilknytningsteoriens kliniske anvendelser. Frederiksberg: Det lille forlag; 1994.
4. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. New York: Routledge; 2015.
5. Steinsvåg PØ, Heltne U. Barn som lever med vold i familien: grunnlag for beskyttelse og hjelp. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
6. Killén K. Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.
7. Kvello Ø. Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
8. Neumann CB. Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2008;5(3):268–77.
9. Ulland E. Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0–3 år? (Masteroppgave.) Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2005.
10. Grossmann KE, Bretherton I, Waters E, Grossmann K. Maternal sensitivity: observational studies honoring Mary Ainsworth's 100th year. Attachment & Human Development. 2013;15 (5–6):443–7.
11. Tryphonopoulos PD, Letourneau N, DiTommaso E. Caregiver–infant interaction quality: a review of observational assessment tools. Comprehensive Child and Adolescent Nursing. 2016;39(2):107–38.
12. Deatrick JA, Kearney MH, York R. Effects of home visits to vulnerable young families. Journal of Nursing Scholarship. 2000;32(4):369–75.
13. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. 2013;42(3):287–300.
14. Wu YC, Leng CH, Hsieh WS, Hsu CH, Chen WJ, Gau SSF, et al. A randomized controlled trial of clinic-based and home-based interventions in comparison with usual care for preterm infants: Effects and mediators. Research in developmental disabilities. 2014;35 (10):2384–93.
15. Brazelton TB, Nugent JK, red. Vurdering av nyfødte barns adferd: neonatal behavioral assessment scale. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013.
16. Myers BJ. Early intervention using Brazelton training with middle-class mothers and fathers of newborns. Child Development. 1982;53(2):462–71.

ANNONSE

Wima-labben:

## Behandling/forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

**Wima**®  
produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



17. Puura K, Mäntymaa M, Luoma I, Kaukonen P, Guedeney A, Salmelin R, et al. Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. *Infant Behavior and Development*. 2010;33(4):579–88.
18. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
19. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldespresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2014;134(3):297–301.
20. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 09.09.2019).
21. Mesman J, Emmen RA. Mary Ainsworth's legacy: a systematic review of observational instruments measuring parental sensitivity. *Attachment & Human Development*. 2013;15(5–6):485–506.
22. Pederson DR, Bailey HN, Tarabulsky GM, Bento S, Moran G. Understanding sensitivity: lessons learned from the legacy of Mary Ainsworth. *Attachment & Human Development*. 2014;16(3):261–70.
23. Bretherton I. Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. *Attachment & Human Development*. 2013;15(5–6):460–84.
24. Santos H, Yang Q, Docherty SL, White-Traut R, Holditch-Davis D. Relationship of maternal psychological distress classes to later mother–infant interaction, home environment, and infant development in preterm infants. *Research in Nursing & Health*. 2016;39(3):175–86.
25. Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. «It's about focusing on the mother's mental health»: screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37(3):239–45.
26. Tryphonopoulos PD, Letourneau N, Ditommaso E. Attachment and caregiver–infant interaction: a review of observational-assessment tools. *Infant Mental Health Journal*. 2014;35(6):642–56.
27. Killén K, Klette T, Arnevik E. Tidlig mor-barn-samspill i norske familier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2006;43(7):694–701.
28. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A7amp;%C2%A7amp> (nedlastet 09.09.2019).
29. Norsk Sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre. Nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En idé- og planskisse. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20(2).pdf) (nedlastet 09.09.2019).



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

**Helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre**

FOR TILGANG  
PÅ  
ARTIKKEL

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

ANNONSE

# STOLTHET OG TRADISJON SIDEN 1888



## MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

### Har du en ansatt som fortjener heder?

Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år ved samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 64 83 20 00 • [norgesvel@norgesvel.no](mailto:norgesvel@norgesvel.no) • [www.medaljen.no](http://www.medaljen.no)

## Spedbarns samspill med foreldre har betydning for utviklingen av hjernen

Måten spedbarn blir møtt på, danner grunnlaget for barnets selvfølelse og trygghet. Utviklingen av denne grunnleggende tilknytningen skjer i løp av barnets første leveår.

● Tekst og foto Monica Hilsen

**H**elsesykepleier Ingeborg Berg-Olstad har intervjuet sju helsesykepleiere for å få forståelse av hvordan de vurderer tidlig samspill mellom barn og foreldre. Intervjuene er grunnlaget for hennes forskningsartikkel «Helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre».

– Jeg synes dette er superviktig, sier Berg-Olstad, som er avdelingsleder for helsetjenesten for barn og unge i Moss kommune.

– Ved å observere samspillet tidlig kan vi fange opp problemer før de utvikler seg til en utfordrende tilknytningstil, sier hun.

– Det er særlig samspillet mellom barnet fra 0–6 måneders alder og foreldre som har betydning for utviklingen av hjernen, sier hun.

### STRUKTURERE OG SYSTEMATISERE

Men hvordan kan helsesykepleierne bidra til å forbedre samspillet mellom barn og foreldre? I Berg-Olstads studie kom det frem at informantene synes det å vurdere samspillet er utfordrende. Flere av dem bruker ikke spesielle metoder, men mener det er behov for å systematisere og strukturere dette arbeidet bedre.

Berg-Olstad synes arbeidsgivere bør sørge for at metoder for å forbedre samspillet blir brukt mer

### Ingeborg Berg-Olstad

- Helsesykepleier og avdelingsleder for helsetjenesten for barn og unge i Moss kommune

Berg-Olstad står bak artikkelen «Helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre», som starter på side 24.

systematisk. Alle ansatte burde ha opplæring, og ikke minst må høyskolene lære studentene opp i verktøyene som finnes.

– Metoder og verktøy må være tilpasset bruk i de ordinære konsultasjonene på helsestasjonene, sier hun.

Hun påpeker at oppgavene som skal utføres i konsultasjonene, er mange og skal favne bredt. Dermed er det ikke hensiktsmessig å innføre ressurskrevende metoder som i utgangspunktet er utviklet for spesialisthelsetjenesten eller andre tjenester som observerer

barn og dets foreldre.

### FÅ FASTE MØTEPUNKT

Det varierer hvor mye kontakt kommunene har med spedbarns foreldre, forteller hun.

«Med en gang barna begynner i barnehagen, har de flere faste strukturerte møtepunkter som jobber med dem.» Ingeborg Berg-Olstad

– For en familie med et lite nettverk eller ulike former for utfordringer kan leger og helsesykepleiere på helsestasjonen være de eneste et foreldrepar til barn fra 0–6 måneder møter utenfor hjemmet. Det er en tankevekker, sier Berg-Olstad.







**MØTEPUNKT:** Ingeborg Berg-Olstad forteller at for noen foreldre til barn fra 0–6 måneder kan leger og helsesykepleiere på helsestasjonen være de eneste de møter utenfor hjemmet.

– Med en gang barna begynner i barnehagen, har de flere faste strukturerte møtepunkter som jobber med dem, sier Berg-Olstad.

Noen barn i aldersgruppen er også i kontakt med Barnevernstjenesten. Dette tverrfaglige samarbeidet burde bedres, kom det frem i studien.

– Begge tjenestene er enige om at vi skal være tidlig ute og hjelpe barnet best mulig, men vi må bli flinkere til å forstå hverandres perspektiv. Slik kan tjenestenes ulike kompetanse og ulike roller være en styrke for barns oppvekstvilkår, sier hun.

#### **FILM PÅ HELSESTASJONEN**

I etterkant av studien til Berg-Olstad har Landsgruppen av helsesykepleiere laget animasjonsfilmen «I trygge hender». Filmen vises på helsestasjonen til foreldre for å forebygge, avdekke og avverge vold.

– Hvis filmen hadde vært tilgjengelig da jeg skrev oppgaven og utførte dybdeintervjuene, hadde det vært naturlig å spørre om bruk av dette verktøyet, sier hun.

#### **SNAKK OM FØLELSER**

– Filmen skal avdekke og avverge vold, men den handler også om så mye mer, forteller Berg-Olstad.

Selv om filmen er rettet mot foreldrene, og at hun gjennomførte studien på helsesykepleiere, handler det om det samme, mener hun.

I studien ønsket hun å se på den teoretiske bakgrunnen helsesykepleiere har for å vurdere samspill, mens filmen er et verktøy som hjelper til å bringe vanskelige

temaer opp, og er laget for å passe inn i en konsultasjon på helsestasjonen.

Filmen åpner opp for å snakke med foreldre om følelser, og kanskje særlig de som er vanskelige. Den gir foreldrene noen verktøy. Mange foreldre kan gjenkjenne problemstillingen filmen tar opp, selv om de ikke utøver vold.

#### **«Det er viktig å avverge uønskede episoder før de skjer.»**

Ingeborg Berg-Olstad

– Det er viktig å avverge uønskede episoder før de skjer, sier Berg-Olstad.

– Filmen vises til alle. Det er nyttig for alle å vite om utviklingen av hjernen, og særlig betydningen av trøst, sier hun.

#### **HVORDAN FORELDRE**

##### **TRØSTER, VISER SAMSPILL**

Berg-Olstad vil gjerne utdype betydningen av trøst.

– Barnet blir ikke bortskjemt av for mye trøst. 0–6 måneder gamle barn skal få lov til å gråte, men ikke alene, sier hun. I vaksinesituasjonen kan helsesykepleiere se hvordan foreldre trøster barnet. Der vises det grunnleggende samspillet, forklarer hun. Er foreldrene rolige og holder barnet inntil seg, eller blir de stresset?

– Vaksinerings er en veldig konkret situasjon som vi kan jobbe videre med, sier Berg-Olstad, og påpeker at

**FAKTA**

**Animasjonsfilmen «I trygge hender»**

«I trygge hender» er en animasjonsfilm fra 2018, som er publisert av Landsgruppen av helsesykepleiere. Filmen er rettet mot foreldre for å forebygge, avdekke og avverge vold.

Det følger med et veiledningshefte for helsesykepleiere.

Filmen bør brukes så tidlig som mulig, på hjemmebesøk, i barselgruppe og/eller på seksuersonkontrollen. Det er en fordel hvis både mor og far ser filmen.

Materiellet bygger på forskning om hjernens utvikling og vold mot barn. Det er laget slik at helsesykepleiere med sin kompetanse kan ta det i bruk uten ytterligere opplæring.



Skann koden og kom rett til videoen på nettsiden til Landsgruppen av helsesykepleiere.



en god relasjon mellom foreldre og helsesykepleierne er avgjørende. Målet er ikke å finne feil hos foreldrene og fortelle at de ikke er bra nok.

Hun sier det er viktig å normalisere gråten. Selv om barnet ikke lar seg trøste, har trøsten stor betydning. Gråten kan bli ubehagelig for foreldrene, så det er avgjørende å styrke dem til å stå i ubehaget og følelsen av ikke å mestre.

– At barnet slutter å gråte, gjør deg ikke til en «flinkere» forelder enn om barnet gråter en stund. Barnet skal gråte til det er ferdig med å gråte. Ikke fordi vi er ferdige med å høre.

– Vi bør ikke «forstyrre» trøsten ved å avlede med lyder eller leker. Det skal være en rolig og sensitiv trøst, slik at barnet opplever at foreldrene tåler barnets følelser, sier Berg-Olstad.

**MYE MATERIALE**

Det var viktig at informantene i studien skulle fortelle fritt om hva de la til grunn for vurderingen av samspill. Hensikten var å forstå praksis. Om det var behov for endringer og kartlegge hva som fungerer bra.

Antallet informanter var ikke bestemt på forhånd. Da hun hadde intervjuet sju, syntes hun det var nok materiale til å få innsikt i problemstillingen.

– Det var en krevende metode å bruke, fordi det ble mye materiale å gå igjennom, sier hun.

Nå arbeider Berg-Olstad med en forskningsartikkel som handler om vold i barneskolen, med et pedagogisk perspektiv. Hun er ansatt som fagrådgiver i Landsgruppen av helsesykepleiere i NSF.



**Likte du artikkelen?**  
På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du dette og flere andre forskerintervjuer.



Skann koden og kom rett til Sykepleien Forskning på Facebook.

**Sykepleien Forskning er på Facebook**

Følg eller lik oss på Facebook, så holder du deg oppdatert på den nyeste sykepleieforskningen



[facebook.com/SykepleienForskning](https://facebook.com/SykepleienForskning)





**HOVEDBUDSKAP:**

Forskning viser at både barn og voksne synes vold og overgrep kan være vanskelig å snakke om. Barn ønsker en anledning til å fortelle og få direkte og tydelige spørsmål. Helseesykepleiere opplever å ha manglende kompetanse på området samt at de er usikre på hvordan temaene kan tas opp. Hensikten med artikkelen er å belyse hva som kan påvirke helseesykepleieres arbeid med å avdekke vold og overgrep i helsesamtalen på 1. trinn.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.79899

**NØKKELOD:**

► Vold ► Overgrep ► Skolehelsetjeneste

# Slik kan helseesykepleiere avdekke vold og overgrep

Mange helseesykepleiere synes det er vanskelig å snakke om vold og overgrep, og flere lar være å ta opp temaet med foreldrene.

**H**vert år utsettes 1,7 milliarder av verdens barn for vold og overgrep. Dette tilsvarer tre av fire barn (1). I Norge har ett av fem barn opplevd fysisk vold, ofte gjentatte ganger. Mindre alvorlige former for vold rammer ett av tre barn. I tillegg utsettes 15 prosent av alle barn for seksuelle overgrep i løpet av barndommen (2).

Ifølge FNs barnekonvensjon artikkel 19, skal alle barn beskyttes mot fysisk og psykisk vold, skade og misbruk (3). At barn blir utsatt for vold og overgrep skaper store kostnader for det norske samfunn, og kan gi betydelige problemer og utfordringer for den som rammes (4).

Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom gir en sterk anbefaling om at vold og overgrep er temaer som helseesykepleiere bør ta opp i helsesamtalen på 1. trinn (2).

**HENSIKTEN MED ARTIKKELEN**

Fagartikkelen er basert på en avsluttende fordypningsoppgave på helseesykepleierutdanningen ved universitetet i Sørøst-Norge. Hensikten med denne artikkelen er å belyse hva som kan påvirke helseesykepleiers arbeid med å avdekke vold og overgrep i helsesamtalen på 1. trinn.

Det er foretatt et systematisk litteratursøk i databasene PubMed, SveMed og Ovid, hvor fire forskningsartikler ble valgt ut som grunnlag for oppgaven. To av artiklene tar for seg vold og overgrep fra barnets perspektiv, og to artikler belyser helseesykepleieres



**FORFATTER**

**Mariann Nicolaisen Gaathaug**  
Helseesykepleier, Forebyggende  
helsetjeneste, Skien kommune

perspektiv i arbeid med vold og overgrep.

**HVA ER VOLD?**

Begrepet vold kan forstås på flere måter, og det finnes ulike definisjoner av begrepet. Ifølge Isdal, referert av Lillevik (5), kan vold sies å være:

«[...] enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil».

Denne definisjonen retter seg mot personens subjektive opplevelse av vold, og ikke objektive beskrivelser. Med en slik forståelse vil man rette søkelyset mot barnets opplevelse av situasjonen. Definisjonsmakten vil dermed overføres til barnet fremfor den som utøver volden. Å benytte denne definisjonen vil bidra til å favne

**«I Norge har ett av fem barn opplevd fysisk vold.»**

om voldens kompleksitet. Ved å rette søkelyset mot barnets subjektive opplevelse kan man få en bedre forståelse for barnets livskvalitet, og derav ulike utfordringer som kan oppstå (5).

**ALLE BØR FÅ TILBUD OM HELSESAMTALE**

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2) bør alle barn få tilbud om en skolestartundersøkelse på 1. trinn. Som en del av denne undersøkelsen bør det tilbys helsesamtale hos helseesykepleier. Hensikten med helsesamtalen er å opprette kontakt med



**VONDT Å SNAKKE OM:** Spørsmål fra en helsesykepleier kan føre til at barnet forteller at det blir utsatt for overgrep. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

barn og foreldre og å skape et utgangspunkt for videre samarbeid for å ivareta barnets behov.

Et viktig poeng i helsesykepleiers arbeid er primært å ivareta barnet, og ikke foreldrene (6). Å stille spørsmål om vold og overgrep som rutine til alle, kan bidra til å identifisere utsatte barn. Det er viktig at helsesykepleier er bevisst på helsesamtalen som kontekst, og hvordan den virker inn på barnet og foreldrene. Det som observeres i situasjonen trenger ikke nødvendigvis å reflektere omsorgen som gis i hjemmet (7).

### HVORDAN BØR VI SNAKKE OM OVERGREP?

Dersom helsesykepleier får mistanke om at et barn er utsatt for vold eller overgrep anbefaler Alsaker (8) at man bør forsøke å nærme seg tematikken ved å være åpen og direkte. Han mener at vold og overgrep kan sees som et symptom på krise, hvor foreldrene ikke mestrer situasjonen de står i. Det er derfor viktig å ikke være dømmende. Å stille spørsmål som viser forståelse og empati kan gi rom for samarbeid med familien.

Det anbefales at helsesykepleier kan stille spørsmål til barnet som: «Jeg har inntrykk av at det er noe som plager deg. Er det noe som det er vanskelig for deg å fortelle om?» (8). Til foreldrene kan helsesykepleier stille spørsmål som: «Dette er symptomer som vi ikke sjelden ser hos barn som er blitt utsatt for overgrep. Er det mulig at noen kan ha skadet barnet ditt?» (8).

Helsesykepleier bør avklare med foreldrene om de deler den samme bekymringen. Be foreldrene om en forklaring, og om de ser noen sammenheng i dette. Å være konkret i samtalen, uten å være opptatt av årsaken, kan være til hjelp i arbeidet (2).

Videre sier Markestad (9) at helsesykepleiere kan konkretisere for barnet og stille spørsmål som:

«[...] barn kan få vondt i magen dersom noen er slemme og slår, eller er ekle og tar på kroppen på steder barn synes er veldig dumt, kanskje på rumpa eller tissen, eller at de tvinger barn til å gjøre ekle ting. Det kan være store gutter eller menn eller andre, og det hender også at det skjer hjemme. Er det noen som har vært slik mot deg?»

Slike spørsmål kan stilles til barnet med foreldrene til stede. Det sender et signal om at foreldre og helsepersonell bør være oppmerksom på problematikken (9). Gjennom åpen dialog med foreldrene kan man dele bekymring for barnets situasjon (8).

### KUNNSKAP GJØR OSS TRYGGERE

Erfaringer fra praksis viser at mange helsesykepleiere synes temaene vold og overgrep er vanskelige å snakke om. Albaek, Kinn og Milde (10) presenterer et tilsvarende bilde av nettopp dette, hvor



usikkerhet om hvordan og når man skal stille spørsmål rettet mot vold og overgrep blir trukket frem. Deres artikkel viser at helsesykepleierne ikke var forberedt på svarene de kunne få, og de var usikre på hvordan de skulle reagere i situasjonen.

Helsesykepleiere kan føle skam, skyld og frustrasjon, og bli fortvilte, når de snakker med foreldre om vold og overgrep (10, 11). Flere velger derfor å unngå tema-

### «Det er viktig å ikke være dømmende.»

ene, eller distansere seg fra dem. Begge studiene viser at mange helsesykepleiere brukte vage og diffuse formuleringer, og de var lite konkrete i samtalen med barn og foreldre.

Brattfjell og Flåm (12) finner at barn ønsker direkte og åpne spørsmål. At helsesykepleiere tar avstand fra temaene kan sees som en motsetning til nettopp dette. Med en slik tankegang kan helsesykepleiers egne følelser komme i konflikt med arbeidet om å avdekke vold og overgrep. Som deltakerne i studien til Albaek, Kinn og Minde (10) selv uttalte, var ferdigheter i å håndtere egne følelser viktig, og erfaring bidro til å minske frykten deres.

Erfaring fra praksis viser også at helsesykepleiere ble tryggere i situasjonen etter hvert som de fikk mer kompetanse på området, men at de var usikre på hva de skulle gjøre med svarene de fikk.

I arbeid med andre mennesker er det viktig å kjenne seg selv godt (13). Det handler om egne erfaringer og betydningen av disse. Hvilken forforståelse man har, ens verdisyn og personlighet påvirker helsesykepleierrollen og hvordan man reagerer i ulike situasjoner. Det er nettopp gjennom et bevisst forhold til forforståelse, verdisyn og personlighet at man kan utnytte sine egne ressurser, og dermed ivareta barn og foreldre på en god måte (13).

Brattfjell og Flåm (12) trekker frem at en god dialog mellom barn, foreldre og helsesykepleiere er viktig for å avdekke vold. Helsesykepleiers kommunikasjon med barn og foreldre kan derfor sees som relevant i denne sammenhengen.

Barn som har vært utsatt for vold og overgrep har uttalt at de trengte en anledning til å fortelle. I helsesamtalen vil det dermed være viktig for helsesykepleier å stille direkte, åpne spørsmål, og ha mot til å stå i situasjonen uavhengig av svarene som gis.

### LYTT TIL BARN

Mangel på kunnskap om vold og overgrep mot barn kan sees som et hinder i avdekkingsprosessen (12). Noen barn vet kanskje ikke at det er vold eller overgrep de er utsatt for. På den andre siden kan barn

oppleve en situasjon annerledes enn den voksne. Med utgangspunkt i Isdal sin definisjon av vold, hvor barnets subjektive opplevelse står i sentrum, bør helsesykepleier lytte til barnets historie. Dette gir barnet definisjonsmakt over situasjonen, uten at det nødvendigvis er den objektive sannheten som blir presentert.

Gjennom praksis har det vist seg at foreldre har blitt overrasket når de har hørt barnets historie, og hvordan barnet har fortolket den (12). Helsesykepleiers rolle handler først og fremst om å ivareta barnet (6). Det kan tolkes som at barnets perspektiv bør være det viktigste, for å skape trygghet og tillit i relasjonen.

Forskningen til Jensen og medarbeidere (14) viser at barn mangler anledninger til å fortelle om sine opplevelser. Barn som har vært utsatt for vold og overgrep ga hint og tegn gjennom barndommen i håp om at noen skulle forstå (12). Når man samtidig vet at symptomer på vold og overgrep kan være diffuse, kan dette skape utfordring i helsesykepleiers arbeid (8). Helsesykepleier kan aldri

vite nøyaktig hva den andre forsøker å formidle (15).

Å kjenne til risikofaktorer hos både barn og foreldre, og å kunne reflektere over disse, kan sees som et godt utgangspunkt for helsesamtalen. Å ha en felles forståelse og referanse til temaene vold og overgrep er sentralt (14).

Når vold og overgrep er temaer det snakkes lite om, er det naturlig å tenke seg at både barn og voksne synes det kan være utfordrende med direkte beskrivelser av hva de

### «De var usikre på hva de skulle gjøre med svarene de fikk.»

har opplevd. Helsesamtalen kan i denne sammenheng sees som en god mulighet for helsesykepleier til å bidra med kunnskap til familien.

### BARN ER REDD FOR Å ODELEGGE RELASJONER

Felles for alle de inkluderte studiene er at de handler om familierelasjoner. Barneperspektivene presenterer et bilde

## Fagartikkel eller forskningsartikkel?

Lurer du på hva som skiller de to artikkeltypene fra hverandre? Her er noen punkter:

Kriterier	Forskningsartikkel	Fagartikkel
Fagfellevurdering	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Introduksjon/bakgrunn	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Metodebeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei (men kan ha metodedel)
Resultatbeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Diskusjon	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Krav til transparens og etterprøvbarehet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til pålitelig metode (reliabilitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei, men pålitelige kilder
Krav til gyldige resultater (validitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til overførbarhet/generaliserbarhet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Relevans for utøvelse av sykepleie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Resultatene kan tas direkte i bruk i praksis	<input type="checkbox"/> Nei	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Faglig vurdert av redaktør	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja



» hvor barna er redd for å ødelegge relasjoner innad i familien dersom de forteller om hva de har opplevd, og de er redd for ikke å bli trodd. I studien til Brattfjell og Flåm (12) var også trusler fra overgriperen en årsak til at volden ikke ble avdekket, og barna var redd for å oppleve skyld, skam og frykt dersom de valgte å si noe.

Fra helsesykepleiernes perspektiv kommer også redsel for å ødelegge relasjoner i familien frem. Helsesykepleierne hadde liten tro på at de kunne hjelpe barna til

### «Foreldre har blitt overrasket når de har hørt barnets historie.»

en bedre situasjon dersom vold og overgrep ble avdekket, og de opplevde at barna var lojale mot foreldrene sine. Dette viser et komplekst bilde av helsesykepleieres utfordringer.

Tilnærmingen til temaene vold og overgrep i helsesamtalen blir dermed vesentlig. Hvordan samtalen skal foregå, må avgjøres i hvert enkelt tilfelle, viser Nasjonal faglig retningslinje (2). Som tidligere nevnt er det å stille åpne og direkte spørsmål viktig. Markestad (9) mener at spørsmålene kan rettes til barnet med foreldrene til stede. Når barn og foreldre møter sammen til konsultasjonen, får helsesykepleier mulighet til å dele sin bekymring for barnets situasjon.

Helsedirektoratet (2) legger vekt på at helsesykepleierne skal være direkte i samtalen, uten nødvendigvis å rette søkelyset mot årsaksforklaringer.

Når en person som skal beskytte og gi omsorg til et barn utsetter barnet for skade, kan dette bidra til en negativ utvikling av barnets helse (16).

I studien til Brattfjell og Flåm (12) var det å stole på personen man valgte å fortelle til viktig. Hvis et barn sitter ved siden av voldsutøveren, samtidig som helsesykepleier og en eventuell lege stiller direkte spørsmål, kan det tenkes at dette oppleves som utfordrende for både barn og foreldre. Det blir derfor viktig at helsesykepleier informerer om hvilken hjelp familien kan få, både fra skolehelsetjenesten og andre instanser.

Helsesykepleier bør også støtte barnet ved å informere om muligheten til å oppsøke helsesykepleier senere (2).

#### HELSESYKEPLEIEREN KAN HJELPE BARNET

Gjennom helsesykepleierrollen følger en forventning om kompetanse, myndighet og makt. Selv om helsesykepleieren ikke opplever å være i en maktposisjon, kan det likevel oppleves slik for barn og foreldre (17). Makt er et begrep som lett kan sees som noe negativt, og knyttes til undertrykkelse og dominans.

På motsatt side kan det sees som en mulighet, ved at man har makt til å utrette noe.

Ifølge den franske filosofen Foucault (1926–1984) finnes makt overalt, og sees i all menneskelig handling. Han ser kunnskap og makt som to nære begreper som gjør seg gjeldende for eksempel i møte mellom helsesykepleier,

barn og foreldre (17). Det viser at det utspiller seg en maktsituasjon i helsesamtalen, hvor partene har ulike roller. Helsesykepleiere har makt gjennom sin profesjon og kunnskap om vold og overgrep. Barn og foreldre har kunnskap om sin situasjon, og velger selv hva de vil dele i samtalen.

Forskning viser at noen barn som har vært utsatt for vold og overgrep er redd for trusler fra overgriperen (12). Barn er ofte lojale mot foreldrene sine til tross for hva de er utsatt for (11). Foreldre og barn har et asymmetrisk maktforhold, hvor den voksne har makt over barnet gjennom sin rolle som omsorgsperson. De har mulighet til å påvirke barnet, og barnet er avhengig av at dette ikke gjøres på en måte som krenker eller skader det (5). Det asymmetriske maktforholdet kan derfor innvirke på maktbalansen i dialogen.

Kan helsesamtalens organisering og hvem som er til stede påvirke helsesykepleiers arbeid med å avdekke vold og overgrep?

Ifølge nasjonalfaglig retningslinje (2) kan helsesykepleier og lege selv velge om de skal gjennomføre konsultasjonen sammen eller hver for seg. Sees dette i lys av Foucault sin teori om kunnskap og makt, er det viktig at skolehelsetje-

### «Helsesykepleierne hadde liten tro på at de kunne hjelpe barna dersom vold og overgrep ble avdekket.»

nesten er bevisst på hvordan maktforhold kan utspille seg i helsesamtalen. Det kan derfor tenkes at det å møte helsesykepleier og lege sammen til skolestartundersøkelsen kan virke overveldende for familien, og derav skape større ubalanse i maktforholdet enn om familien møtte helsesykepleier og lege hver for seg.

Samtidig er helsedirektoratet opptatt av at helsesamtalen og legeundersøkelsen bør sees i sammenheng, og et samarbeid blir derfor sentralt, uavhengig av konsultasjonens organisering (2).

Som omtalt kan makt forstås som et omfattende begrep med ulike dimensjoner. Dette viser maktens dualitet som på den ene siden kan påvirke barn negativt, mens det på den andre siden kan gi muligheter til å hjelpe dem. Ved å rette oppmerksomheten mot barnets opplevelse av situasjonen overfører man dermed definisjonsmakten til barnet (5). I dette arbeidet er det derfor viktig å se den enkelte.

Helsesykepleier må våge å tro at barn faktisk utsettes for vold og overgrep. Det er den voksnes ansvar å bringe temaet på bane, ved å bry seg og tørre å spørre, og dermed skape mulighet til å hjelpe barn og foreldre (18).

#### KONKLUSJON

Artikkelen viser et komplekst bilde av helsesykepleiers arbeid. Å tørre å stille de direkte spørsmålene, og ta imot svarene som kommer kan skape mulighet til å avdekke vold og overgrep.



Barn ønsker en anledning til å fortelle om sine opplevelser. Å legge vekt på barnets subjektive opplevelse kan bidra til en mer åpen og sammensatt forståelse for situasjonen, og hvordan dette påvirker barnets livskvalitet. Helsepsykepleiere er derfor avhengig av kompetanse om vold og overgrep, og hvordan de kan snakke med barn og voksne om temaene. Å legge vekt på opplæring, implementering av nye anbefalinger og rom for faglige diskusjoner kan sammen bidra til økt trygghet.

### «Helsepsykepleiere har makt gjennom sin profesjon og kunnskap om vold og overgrep.»

Helsepsykepleiere må tørre å sette temaene på dagsordenen, og vise barn og foreldre at vold og overgrep kan snakkes om. 🍀

#### REFERANSER

1. Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood: Global Report 2017. New Delhi: Know Violence In Childhood; 2017. Tilgjengelig fra: <http://globalreport.knowviolenceinchildhood.org/> (nedlastet 15.08.2019).
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 15.08.2019).
3. FNs generalforsamling. Konvensjon om barns rettigheter. Forente Nasjoner; 20 november 1989. Lovsamlingen vol. 1577. Tilgjengelig fra: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> (nedlastet 15.08.2019).
4. Meld. St. 12 S (2016–2017). Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/> (nedlastet 15.08.2019).
5. Lillevik OG. Perspektiver på vold mot barn. I: Mevik K, Lillevik OG, Edvardsen O, red. Vold mot barn - teoretiske, juridiske og praktiske tilnæringer. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 17–37.
6. Viljugrein T, Lindboe A. Helsestasjonen - de yngste barnas rett til helsetjeneste. I: Holme H, Olavesen ES, Valla L, Hansen MB, red. Helsestasjonstjenesten - Barns psykiske helse og utvikling. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 19–26.
7. Braarud HC, Nordanger DØ. Når vold og overgrep infiltrerer omsorgen for små barn. I: Holme H,

- Olavesen ES, Valla L, Hansen MB, red. Helsestasjonstjenesten - Barns psykiske helse og utvikling. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 139–50.
8. Alsaker T. Miljøbetingede skader og sykdommer. I: Markestad T, red. Klinisk pediatri. 3. utg. Bergen: Vigmostad og Bjørke; 2016. s. 411–24.
9. Markestad T. Anamnese og klinisk undersøkelse. I: Markestad T, red. Klinisk pediatri. 3. utg. Bergen: Vigmostad og Bjørke; 2016. s. 7–15.
10. Albaek AU, Kinn LG, Milde AM. Walking children through a minefield: How professionals experience exploring adverse childhood experiences. *Qualitative Health Research*. 2018;28(2):231–44. DOI: 10.1177/1049732317734828
11. Kraft LE, Rahm GB, Eriksson U-B. School nurses avoid addressing child sexual abuse. *The Journal of School Nursing*. 2017;33(2):133–42. DOI: 10.1177/1059840516633729
12. Brattfjell ML, Flåm AM. «They were the ones that saw me and listened.» From child sexual abuse to disclosure: Adults' recalls of the process towards final disclosure. *Child Abuse Negl*. 2019;89:225–36. DOI: 10.1016/j.chiabu.2018.11.022
13. Røkenes OH, Hanssen P-H. Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
14. Jensen TK, Gulbrandsen W, Mossige S, Reichelt S, Tjersland OA. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse Negl*. 2005;29(12):1395–413. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.07.004
15. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2017.
16. Skjorten K, Hauge M-I, Langballe Å, Schultz J-H, Øverlien C. Å se det utsatte barnet. I: Hauge M-I, Schultz J-H, Øverlien C, red. Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016. s. 93–107.
17. Tveiten S. Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring. 1. utg. Bergen: Vigmostad og Bjørke; 2016.
18. Thorkildsen IM. Voksnes holdninger - Vi tror ikke, vi ser ikke, vi spør ikke. I: Mevik K, Lillevik OG, Edvardsen O, red. Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnæringer. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 225–34.



#### ANNONSE

**Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse**  
- Fagutvikling og forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

**FORSKNINGSSTIPEND**  
Raagholtstiftelsen vil i år foreta utdeling av stipendier til stiftelsens formål. I år prioriteres fagutvikling og forskning innen blinde- og kreftsaken.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, [post@finn-senioradvokat.no](mailto:post@finn-senioradvokat.no) - innen 01.10.2020.

Se [www.raagholtstiftelsen.no](http://www.raagholtstiftelsen.no) for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.



**HOVEDBUDSKAP:**

«Familie for første gang» er et evidensbasert program utviklet i USA for å hjelpe og støtte sårbare førstegangsforeldre. Målet er å sikre gode svangerskap, fremme barnets helse og utvikling og bedre familiens livssituasjon. Hensikten med artikkelen er å dele erfaringer med å innføre programmet i Norge.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.79674

**NØKKELOD:**

► Forebygging ► Hjemmebesøk ► Graviditet ► Spebarn ► Nurse-Family Partnership

# Spesialopplærte sykepleiere hjelper sårbare førstegangsforeldre

Førstegangsforeldre som har utfordringer, kan få hjelp av familiesykepleiere. De besøker familiene hjemme, fra kvinnen er gravid til barnet er to år. Det kan bidra til at barnevernet ikke behøver å gripe inn.

**S**ped- og småbarn som blir utsatt for omsorgssvikt, tenderer til å få vansker og en skjevutvikling som videreføres i generasjoner. Mange av disse barna oppdages ikke eller blir ikke fanget opp før det er for sent å hjelpe dem. Foreldrene til en del av barna har utfordringer som fattigdom, egenerfaring fra barnevern og rusproblematikk.

Tidlig hjelp vil gjøre det mulig å forebygge slike problemer og unngå omsorgsovertakelse på grunn av manglende omsorgsevne hos foreldrene. Dette var bakgrunnen for en gryende interesse for «Familie for første gang» (Nurse-Family Partnership, NFP) som oppsto i forskermiljøet i Norge allerede på 90-tallet.

**FLERE HADDE BEHOV FOR HJELP**

I 2012 kom en studie om sped- og småbarn i barnevernsregisteret (1). Den viste at antallet sped- og småbarn i barnevernet økte med 22 prosent fra 1995 til 2008, og at manglende omsorgsevne var den vanligste grunnen for tiltak. Vel en tredjedel av sped- og småbarna hadde vært utsatt for omsorgssvikt. Det var vanligst i familier som mottok sosialhjelp, når mor var ugift og hadde lite utdanning og i familier med bare ett barn.

For gruppen med barn mellom 13 og 18 år med tiltak i barnevernet i 2008, fikk nesten 70 prosent omsorg utenfor

**FORFATTERE**



**Filip Drozd**  
Forsker, Seksjon for sped- og småbarn, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør



**Hans Bugge Bergsund**  
Seniorrådgiver, Seksjon for sped- og småbarn, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør



**Kristin Lund**  
Seniorrådgiver, Seksjon for Nurse-Family Partnership, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør



**Marit Bergum Hansen**  
Seniorkonsulent, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør



**Marte Dalane-Hval**  
Forskningskoordinator, Seksjon for sped- og småbarn, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør



**Tine Gammelgaard Aaserud**  
Seksjonsleder og fagsjef, Seksjon for Nurse-Family Partnership, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør

hjemmet. Svært mange av de yngste barna i barnevernet risikerte dermed å bli plassert i fosterhjem eller barnevernsinstitusjoner med tiden, dersom de ikke fikk tilstrekkelig hjelp.

Samtidig var tiltakene som ble satt inn når barna var små, dominert av velferdstiltak. Systematisk oppfølging over tid, med hjelp til foreldre og felles oppmerksomhet på barnas behov for utviklingsstøtte, fantes ikke i barnevernsstatistikken den gang.

**SLIK VAR OPPSTARTEN I NORGE**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) etablerte i 2013 en prosjektgruppe som fikk i mandat å utrede muligheten for å finne strukturerte, evidensstøttede hjemmebaserte programmer som kunne supplere det

ordinære tjenestetilbudet gjennom oppfølging av sped- og småbarn i utsatte familier over tid (2). Det ble også opprettet kontakt med Barne- og familiedepartementet (BFD) for å undersøke interessen for å støtte et forsknings- og implementeringsprosjekt.

Som ledd i arbeidet ble det gjennomført en studietur til England og Skottland. Der hadde de allerede tatt i bruk NFP. I tillegg til prosjektgruppen deltok daværende



**HJEMMEBESØK:** Familiesykepleierne går på besøk til familiene for å hjelpe foreldrene med å ta seg av barnet på best mulig måte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

statsråd og avdelingsdirektører fra BFD og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

I 2014 ble det bevilget midler over statsbudsjettet til NFP og arbeidet med å få NFP på plass ble satt i gang. Høsten 2015 ble det sendt ut invitasjoner til kommuner, og det ble oppstart i samarbeid med de to utprøvingsområdene i Rogaland (Stavanger, Sandnes og Time kommuner) og i Oslo (Bydel Gamle Oslo og Bydel Søndre Nordstrand).

#### **DE FØRSTE FAMILIENE FIKK HJELP I 2016**

Det ble ansatt et team i hvert utprøvingsområde bestående av en teamleder og veileder, fire familiesykepleiere

(jordmødre og helsesykepleiere) og en sekretær. Alle ansatte fikk opplæring i NFP-programmet og i relevante verktøy. I august 2016 begynte vi å rekruttere familier til programmet.

#### **«Manglende omsorgsevne var den vanligste grunnen for tiltak.»**

I dag er NFP forankret i regjeringens handlingsplaner mot vold og overgrep mot barn, barnefattigdom og rusproblematikk (3–5). NFP retter seg mot familier som befinner seg i en vanskelig livssituasjon med økt risiko for omsorgssvikt. Bufdir har den norske lisensen for NFP,

mens RBUP er programansvarlig på vegne av Bufdir.

### HVA ER NFP?

NFP er et hjemmebasert program for førstegangsforeldre som har en utfordrende livssituasjon. Programmet er utviklet i USA av professor David Olds ved University of Colorado, gjennom snart 40 år. NFP brukes i 44 stater i USA, samt i Canada, Australia, Bulgaria, Skottland, Nord-Irland og England. Programmet testes også ut i Bulgaria.

I Norge er NFP under utprøving med mer enn 150 familier. Deltakelse innebærer at familien 1) frivillig mottar 2) hjemmebesøk av en 3) familiesykepleier, fra

graviditet og frem til barnet fyller to år (opptil 64 hjemmebesøk). Dette utgjør tre av de viktigste av i alt 14 kjerneelementer i NFP. Elementene beskriver de strukturene som skal anvendes i praksis for å sikre gode resultater i arbeidet med familier (6).

Hensikten med programmet er å fremme sunne svangerskap, forbedre oppvekstvilkårene for barn og styrke foreldrenes videre livsforløp. Det ligger klare føringer for hva som skal gjennomgås under hjemmebesøkene. Vi er samtidig opptatt av å ta utgangspunkt i hva familien ønsker å jobbe med.

NFP bygger på et hovedprinsipp om å styrke foreldres ønske om å beskytte barna og gjøre det beste for sine barn. Teoriene som utgjør grunnlaget for NFP er økologisk teori om de sosiale systemer og kontekster rundt mor og barn (7), tilknytningsteori (8) og sosial læringsteori (9). Den terapeutiske relasjonen som utvikles mellom foreldrene og familiesykepleieren, fremstår som en av grunnpilarene i NFP.

### FORSKNING VISER AT NFP VIRKER

Det er gjennomført sju randomiserte kontrollerte studier i tre ulike land (fem i USA, én i Nederland og én i England), samt at programmet også evalueres og kvalitetssikres i utprøvningsfasen i de ulike landene for nasjonal tilpasning og gjennomførbarhet, deriblant Norge.

Samlet sett har NFP vist å ha en effekt på minst 21 ulike utfallsmål. Det har blant annet ført til redusert barnedødelighet, rusmiddelbruk og barnemishandling (10, 11). Studiene som er gjennomført av programutviklerne i USA kan også vise til virkninger opptil 20 år etter programgjennomføring, blant annet på barnas utdanning og bruk av velferdstjenester (12).

Basert på samfunnsøkonomiske beregninger konkluderte Miller (10) at NFP er et kostnadseffektivt program som beriker livene til familier, og er samfunnsnyttig i form av å redusere kriminalitet og velferdsutgifter.

### NFP BLIR IMPLEMENTERT I FIRE FASER

Internasjonal implementering av NFP består av fire faser:

1. Tilpasninger av NFP i en nasjonal kontekst.

### Hva er en familiesykepleier?

Familiesykepleier er ikke en formelt anerkjent tittel, men brukes som betegnelse for dem som følger opp familiene i programmet. I «Familie for første gang» er det ansatt helsesykepleiere og jordmødre som har fått omfattende opplæring. Fellesbetegnelsen familiesykepleiere er kun benyttet for enkelthets skyld og fordi helsesykepleiere og jordmødre utfører de samme oppgavene. Samme betegnelse brukes i de fleste land som har Nurse-Family Partnership.

2. Programimplementering med følgeevaluering av gjennomførbarhet.
3. En effektstudie.
4. Storskala implementering.

Implementering forstås her som aktiviteter som har til hensikt å innføre og ta i bruk en bestemt metode eller et program i praksis, slik som for eksempel opplæring, veiledning, datainnsamling og analyse, og koordinering og samarbeid med andre tjenester.

### PROGRAMMET BLE TILPASSET NORSKE FORHOLD

Da BFD bevilget midler til NFP handlet den første oppgaven i stor grad om tilpasning av målgruppen og valg av ut-

prøvningsområde. Siden Norge har et lavt innbyggertall, få tenårigsgraviditeter og er et langstrakt land, i kombinasjon med at forekomsten av alkoholbruk, tobakksrøyking og vold i nære relasjoner i graviditeten er lav, men like fullt utgjør en alvorlig risiko for mor og barn, var det nødvendig å utrede om det var behov for tilpasninger av målgruppe for NFP i Norge.

I utredningen ble det foreslått å bruke en totrinnsmodell tilsvarende modellen som ble benyttet i Nederland,

«Hensikten med programmet er å fremme sunne svangerskap, forbedre oppvekstvilkårene for barn og styrke foreldrenes livsforløp.»

for identifisering og inklusjon av deltakerfamilier (13). Dette ble også innført i Norge.

### GRAVIDE BLE INVITERT TIL Å DELTA

Med bakgrunn i rapporten besluttet vi følgende modell for rekruttering av gravide kvinner: Trinn 1 hvor jordmødre, fastleger og andre tjenester som treffer gravide kan invitere dem til å ta kontakt med «Familie for første gang». Kriteriene her er at det er frivillig, det må være første planlagte gjennomføring av svangerskap, innen svangerskapsuke 28 og kvinnen må bo i rekrutteringsområdet.

Det er typisk jordmødre ved helsestasjonstjenesten som har en profesjonell bekymring for svangerskapet og/eller det forestående foreldreskapet, som henviser og inviterer kvinnen. Fastleger, barnevernstjenesten, DPS, Nav og andre tjenester kan henviser kvinnen til NFP-teamene, og kvinnen selv kan også ta kontakt.

Våre erfaringer med bruk av totrinnsmodellen for rekruttering er udelt positive. Ved å gå flere runder før inklusjon, får både vi og familier mulighet til å bli kjent, tenkt oss om og vurdert om dette er et egnet tilbud til familien. Et omfattende program som NFP er ikke hensiktsmessig for alle. Gjennom totrinnsmodellen søker vi

## FAKTA

å finne de som vil ha nytte av en slik intervensjon.

### HVEM FÅR HJELP?

I inntakssamtalen, trinn 2, må minst en av følgende risikofaktorer være til stede for at den gravide skal bli inkludert i programmet:

1. De må ha erfaringer med vold/overgrep i hjemmet.
2. Den gravide må ha utfordrende erfaringer fra egen oppvekst (omsorgs-svikt, barnevern).
3. Det må være lite sosial støtte og/eller alvorlige konflikter mellom de vordende foreldre.
4. Det må forekomme psykiske helseproblemer hos de vordende foreldre.
5. De kommende foreldrene er ikke i arbeid, opplæring eller utdanning, og de har lavt utdanningsnivå.

Vi vurderer i tillegg om familien har vedvarende lav inntekt og vanskelig økonomi, om familien består av en eneforsørger som er avhengig av sosial stønad, og vi etterspør familiens bruk av tobakk og rusmidler.

### OPPLÆRING AV FAMILIESYKEPLEIERE

Opplæringen i NFP består av tre moduler; graviditet, spedbarnsfasen (0–1 år) og småbarnsfasen (1–2 år). Helsepsykeleierne og jordmødrene får fem dagers opplæring i hver modul, som ledes av nasjonal fagsjef og seniorrådgiver, og som er tilpasset til norsk kontekst.

For sårbare familier vil læring som kun er basert på samtale og refleksjon sjelden være tilstrekkelig. De trenger å være sammen med og lære gjennom direkte observasjon, for å forstå hva spedbarnet trenger for god utvikling. Et viktig grunnlag for å få til dette samarbeidet, er derfor relasjonen som utvikles mellom familien og familiesykepleier, noe som så langt, fremheves av så å si alle mødrene i NFP.

Familiesykepleier er ikke en formelt anerkjent tittel, men brukes i NFP-programmet som betegnelse på de sykepleierne som utøver oppfølging av sårbare familier.

### VEILEDNING AV FAMILIENE

I NFP internasjonalt benyttes måleinstrumentet Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver Child Experiences (DANCE) for observasjon av samspillet mellom mor og barn, fra første levemåned og til barnet fyller to år. Familiesykepleier observerer og identifiserer styrker og svakheter i samspillet og benytter dette i veiledningen.

Ved innføringen av NFP i Norge ble vi oppfordret til å vurdere andre metoder for samspillsvurdering, fordi DANCE ikke er et måleinstrument som benyttes utenfor NFP, noe som vanskeliggjør sammenlikning med oppfølgingsprogram av

### Forklaring på forkortelsene

**BFD:** Barne- og familiedepartementet

**Bufdir:** Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

**BUP:** Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

**DANCE:** Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver Child Experiences. Måleinstrument for observasjon.

**EAS:** Emotional Availability Scales. Observasjonsmål som ser på kvaliteten av foreldre-barn-samspill.

**Marte Meo/VIPI:** Videofeedback of Infant–Parent Interaction. Systematisk samspillsveiledning for foreldre.

**NBO:** Newborn Behavioral Observation. Nyfødt observasjon. Metode for å observere spedbarn mellom 0–3 måneder.

**NFP:** Familie for første gang (Nurse-Family Partnership)

**NUBU:** Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge

**RBUP:** Regionsenter for barn og unges psykiske helse

liknende art, og fordi opplæringen er omfattende og krever godkjente instruktører som vi ikke har i Norge. Vårt mål med utvikling og tilpasning til norsk kontekst har vært å benytte metoder som allerede er i bruk i Norge, og hvor vi har gode muligheter for opplæring og veiledning. Derfor hentet vi inn metoder som Nyfødt observasjon, videoveiledning og Emotional Availability Scales.

### LÆRER Å OBSERVERE FORELDRENE

Metoden Nyfødt observasjon (Newborn Behavioral Observation, NBO) (14) gir en teoretisk og praktisk kunnskap om tidlig utviklingspsykologi, foreldresamarbeid og veiledning. Familiesykepleierne gjennomgår en seks måneders opplæring med sertifisering (15).

I NFP gjennomføres NBO ved de fire første hjemmebesøkene. Hensikten med å benytte NBO er at foreldrene skal få nødvendig støtte i å bli kjent med den nyfødte og hjelp til å tolke babyens signaler og behov. NBO likner DANCE i den forstand at de begge er metoder for observasjon.

I Norge er det utdannet NBO-observatører ved flere institusjoner (sykehus, hel-

sestasjoner, psykisk helsetjeneste, BUP). Så metoden er godt kjent og det er skapt grunnlag for en unik felles plattform for forståelse av nyfødte, og et felles begrepsapparat. Mødre har beskrevet den nye kunnskapen om barnet sitt som nyttig, og at alle burde ha muligheten til å få så god hjelp når de får barn for første gang.

Fordi NBO ikke strekker seg over to år som DANCE gjør, har vi valgt å tilby videoveiledning med utgangspunkt i prinsippene i Marte Meo fra tre til seks måneders alder. Det har ikke vært vanlig å benytte video i samspillsveiledningen i NFP, så her fremstår Norge som et foregangsland.

### FORELDRENE LÆRER OM SAMSPILL

Videofeedback of Infant–Parent Interaction (VIPI) er en systematisk samspillsoppfølging med bruk av video som familiesykepleierne tilbyr familiene i løpet av barnets første leveår, og til dem som ønsker mer når barnet er 12 og 18 måneder (16).

I oppfølgingen tilrettelegges for systematisk bruk av stillbilder og filmklipp med utgangspunkt i barnets behov. Dette gjøres gjennom opptak av foreldre-barn-samspill med utgangspunkt i for eksempel barnets initiativ til kontakt og behov for pause, og som analyseres for veiledning med familien.

Tilbakemeldingene i veiledning retter seg mot å styrke foreldrenes opplevelse av barnets behov for støtte i sin utvikling. Familiesykepleierne gjennomgår 3+2-dagers opplæring fra et nasjonalt NFP-kontor. Familiesykepleierne har jevnlig oppfølgingsdager i tillegg til veiledning i gruppe og individuell veiledning ved behov.

Det unike med VIPI er at familiesykepleierne tar utgangspunkt i det de ser på filmen i den aktuelle familien, og forstørrer de utviklingsfremmende handlingene mellom foreldrene og barnet, og oppmuntrer foreldrene til å gjøre mer av det som fungerer bra. Mor, og ofte også far, får anledning til å se seg selv i samspill med barnet og reflektere sammen med familiesykepleier rundt hva som skjer på filmen og hva barnet trenger av utviklingsstøtte fra sine omsorgspersoner.

### HVORDAN BLIR SAMSPILLET VURDERT?

I Norge har vi valgt å benytte Emotional Availability Scales (EAS) for å vurdere samspillet mellom foreldre og barn (17) hvor familiesykepleier gjør et 20 minutters ustrukturert filmopptak av mor og barn ved tre tidspunkt. Filmene kodes av eksterne kodere. Det ses som en styrke at vurderingen blir utført av kodere som ikke kjenner familien med tanke på objektivitet.

Kodingssystemet dekker seks dimensjoner i samspillet hvorav fire av dimensjonene handler om foreldrenes bidrag, for eksempel deres evne til å strukturere samspillet og i hvilken grad de er avventende eller påtrengende i samspillet. To av dimensjonene er opptatt av barnets bidrag, det vil si barnets respons på omsorgsgiver og initiativ til samspill med omsorgsgiver. Formålet er at familiesykepleieren skal kunne vurdere emosjonell tilgjengelighet i samspillet mellom mor og barn over tid og planlegge videre arbeid i samspillsveiledningen.

### EVALUERING AV «FAMILIE FOR FØRSTE GANG»

I tillegg til at forskningskoordinator gjør kontinuerlige dataanalyser i den daglige driften i NFP, er det gjennomført en utredning av fremtidig organisering og samfunnsøkonomiske beregninger av NFP, og det er en pågående og uavhengig følgeevaluering som utføres av Oslomet.

På nåværende tidspunkt er familiesykepleiere, sekretærer og det nasjonale NFP-kontoret ansatt ved RBUP, men i utredningen av fremtidig organisering kommer det frem at det vil være mest hensiktsmessig med kommunal ansettelse av teamene med tilknytning til helsestasjonene for å sikre lokal forankring, erfaring og læring.

Siden NFP er et målrettet program mot et mindre antall sårbare familier, vil det være behov for interkommunalt samarbeid for å dekke mindre tettbygde strøk (18). For kommunene vil det innebære et ansvar for å etterleve lisenskravene med støtte av det nasjonale NFP-kontoret.

Av flere årsaker foreslås det av Lippestad og medarbeidere (18) å beholde et nasjonalt kontor som vil ha et overordnet ansvar for kvalitetssikring av faglig innhold, utvikling og implementering. En tilsvarende sentrommodell har vist seg nyttig i Norge tidligere (19), og bør

### Hva er Marte Meo?

Marte Meo er en veiledningsmetode utviklet av Maria Aarts i Nederland for 25 år siden. Metoden har spredd seg internasjonalt. Det er til i dag utviklet programmer innenfor 19 fagområder fra premature babyer til aldersdemente. Metoden har vært brukt i Norge siden 1990 og har i hovedsak vært brukt til å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn.

Kilde: Marte Meo foreningen

gi gode forutsetninger for vellykket implementering.

### LØNNSOMT FOR SAMFUNNET

Forenklete samfunnsøkonomiske beregninger viser en gjennomsnittlig brutto besparelse av unngåtte eller utsatte omsorgsovertakelser på 151 000 kroner per familie, for hele programperioden fra svangerskapet til barnet fyller to år, med kostnadsnivået for 2018 (20). For utsatte eller unngåtte omsorgsovertakelser er de totale kostnadsbesparelsene beregnet til 150 500 kroner per familie for kommunene. Og iføl-

ge foreløpige resultater fra følgeevalueringen trekker familiesykepleierne frem at oppfølgingen av deltakere gjennom NFP sannsynligvis har forebygget omsorgsovertakelser (21).

Tilbakemeldinger fra barnevernet i utprøvsområdene Rogaland skisserer at de henlegger flere barnevernsaker der NFP er inne. De beskriver i tillegg et godt og hensiktsmessig samarbeid i saker hvor begge parter er involvert.

Følgeevalueringen tyder så langt på at det er et behov for NFP, sett opp mot andre tiltak og tilbud (22). Programmet har god politisk og faglig støtte, og deltakere trekker frem verdien av den oppfølgingen de mottar, og at denne oppfølgingen er annerledes enn annen støtte de får.

### STOR ARBEIDSBELASTNING FOR SYKEPLEIERNE

Familiesykepleierne er begeistret for arbeidet, men med innføringen av et fagutviklingsprosjekt som NFP følger en stor arbeidsbelastning og et ansvar knyttet til å få på plass rammer og strukturene for programmet. Dette gjelder blant annet all opplæring og veiledning i NFP og utfordringer med gjennomføringen av videoveiledning og videoobservasjoner knyttet til samspillsvurdering (22).

I følgeevalueringen kommer det også frem at tilpasningen av inklusjonskriteriene til norske forhold synes å virke godt, til tross for innledende utfordringer med rekruttering og blant annet noe feilrekruttering (21). Feilrekruttering i en oppstartsfasen er ikke uvanlig når familiesykepleiere og samarbeidspartnere må gjøre seg kjent med inklusjonskriteriene, og har for eksempel medført at noen deltakere er blitt inkludert i programmet etter svangerskapsuke 28 eller vist seg i ettertid å ha så store ressurser at familien klarer å benytte seg av andre velferdstjenester.

Deltakerne er eldre med en gjennomsnittsalder på 26 år og har færre risikofaktorer enn familier i andre NFP-land. Samtidig oppgir flere deltakere moderate til alvorlige psykiske helseplager. En effektevaluering av NFP i Norge vil derfor være svært viktig da det ikke er gitt at programmet vil ha de samme positive effektene som i tidligere studier, da de norske deltakerne skiller seg fra deltakerne i andre land.

### OPPSUMMERING

NFP er et omfattende program som krever en investering i de minste, sårbare barna for å bedre deres utvikling, helse

og fremtidige livssituasjon. Investeringer gjennom tidlig innsats gir som regel størst avkastning (23).

I et livsløpsperspektiv viser amerikanske samfunnsøkonomiske beregninger at NFP gir avkastning allerede når barna blir unge voksne, det vil si før fylte 25 år (11). Dette er i tråd med de foreløpige norske samfunnsøkonomiske beregningene (20), og viser at det kreves en tydelig, langsiktig og forpliktende offentlig innsats og investering fra departement, direktorat, kommuner og programansvarlig for NFP i Norge. ●

**REFERANSER**

1. Clausen S-E, Valslet K. Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995–2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. Tidsskr Nor Psykologforening. 2012;49(7):642–8.
2. Apeland A, Kjøbli J, Mauseth T, Vannebo UT, Slinning K. Rapport fra prosjektgruppe vedrørende Family Nurse Partnership. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør og Atferdscenteret; 2013.
3. Prop. 15 S (2015–2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
4. Prop. 12 S (2016–2017). Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2016.
5. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Barn som lever i fattigdom. Regjeringens strategi (2015–2017). Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2015.
6. Holme H, Lund K, Aaserud TG, Hansen MB. Gode resultater med hjemmebesøksprogram. Tidsskr helseøstre. 2016;(2):20–5.
7. Bronfenbrenner UJ. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
8. Bowlby J. Attachment, Vol. 1 of Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969.
9. Bandura A. Social learning theory. New York: General Learning Press; 1977.
10. Miller TR. Projected outcomes of nurse-family partnership home visitation during 1996–2013, USA. Prev Sci. 2015;16(6):765–77.
11. Lee S, Aos S, Drake E, Pennucci A, Miller M, Anderson L. Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes. Washington: Washington State Institute for Public Policy; 2012.
12. Eckenrode J, Campa MI, Luckey DW, Henderson Jr CR, Cole RE, Kitzman HJ, et al. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(1):9–15.
13. Ogdén T, Kjøbli J, Nærde A, Olseth A, Frønes I. Utredning om målgrupper, inkludering og forskningsdesign for utprøving av Nurse-Family Partnership i Norge. Oslo: Atferdscenteret; 2015.
14. Nugent JK, Keefer C, Minear S, Johnson L, Blanchard Y. Understanding newborn behavior and early relationships: The newborn behavioral observations (NBO) system handbook. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2007.
15. Slinning K, Vannebo UT. The training of infant mental health practitioners: The Norway experience. Zero Three. 2015;36(1):40–5.
16. Onsjøen R, Drugli MB, Hansen MB. Videofeedback of infant-parent interaction: Manualisert intervensjon basert på Marte Meo elementene for barn 0–2 år. Oslo og Trondheim: Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU-Midt); 2015.
17. Biringen Z, Derscheid D, Vliegen N, Closson L, Easterbrooks MA. Emotional availability: Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. Dev Rev. 2014;34(2):114–67.
18. Lippestad JW, Pedersen E, Melby L, Kaasbøll J. Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge. Oslo: Sintef Teknologi og samfunn; 2018.
19. Tommeraaas T, Ogdén T. Is there a scale-up penalty? Testing behavioral change in the scaling up of parent management training in Norway. Adm Policy Ment Heal Serv Res. 2015;44.
20. Oslo Economics. Forventet samfunnsnytte og konsekvenser for kommunene av Familie for første gang. Oslo: Oslo Economics; 2018.
21. Pedersen E, Nilsen W. Følgeevaluering av Familie for første gang. Delrapport 2. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslomet; 2018. Prosjektfase 2017–2018.
22. Nilsen W, Pedersen E. Familie for første gang. Delrapport 1. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslomet; 2018. Oppstartsprosessen 2016–2017.
23. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. Rev Agric Econ. 2007;29(3):446–93.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Philip Drozd**

Forsker, Seksjon for sped- og småbarn, Helseregion øst og sør

**V**i skrev denne artikkelen fordi vi ønsker å rette søkelyset mot verdiene av tidlig innsats for å styrke familier som har sammensatte utfordringer i foreldrerollen. «Familie for første gang» er et strukturert program som tilbyr tjenester i tillegg til det universelle helsetilbudet i kommunen.

De familien som kan nyttiggjøre seg av programmet, er de som det har vist seg å være vanskelig å nå. Ikke alle nybakte første-gangsforeldre har behov for å få hjemmebesøk av en helsesykepleier eller jordmor hver annen uke gjennom to og et halvt år.

Programmet innebærer at de ansatte som gjennomfører grundig opplæring, får en omfattende og spesiell kompetanse. Muligheten til å ha en og samme person som kommer på hjemmebesøk over to og et halvt år, er en av suksessfaktorene ved oppfølgingen.

Vi opplever at samarbeidet med helsestasjonen og andre tjenester er hensiktsmessig, nyttig og fruktbart. I tillegg har vi erfart at styrkebasert og endringsfokustert tilnærming er avgjørende for å nå målet om økt mestring og selvstendighet for familiene. ●

Skann koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)

**FAGARTIKKEL:**  
**Spesialopplærte sykepleiere hjelper sårbare førstegangsforeldre**

QR-KODE



**HOVEDBUDSKAP:**

Å bli født prematur medfører som regel innleggelse på en nyfødtintensivavdeling. Det kan være snakk om dager, uker eller måneder på sykehus. Forløpene kan være lange og kompliserte og kan påvirke hele familien. Innleggelse på sykehus medfører stress og kan være et hinder for tilknytningsprosessen. Nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø er den første avdelingen i Norge som har startet med tidlig hjemreise og oppfølging via Skype. Denne fagartikkelen belyser hvordan sykepleiere kan bidra til et trygt og godt tilbud til familier som ønsker å dra tidlig hjem.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80540

**NØKKELOD:**

► Nyfødt ► Prematur ► Tidlig hjemreise

## Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype

Prosjektet «Tidlig hjem» gir foreldre til premature barn mulighet til å få oppfølging hjemme. Via Skype kan sykepleiere observere barna både når de sover og er våkne.

Når et barn er innlagt på nyfødt intensiv og er medisinsk stabilt og klart, ønsker vi at familiene skal reise hjem så tidlig som mulig. Barna har det best hjemme med familien samlet (1). Med bakgrunn i familiesentrert omsorg legger nyfødt intensiv i Tromsø til rette for tidlig hjemreise med oppfølging via Skype.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er ansvarlig for den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Hvert år blir rundt 250 nyfødte barn fra regionen innlagt på nyfødt intensiv ved sykehuset.

For de fleste er det å få barn noe av det største man kan oppleve. Mange har store forventninger både til fødselen og tiden etterpå. Å få et prematurt eller sykt barn kan dermed komme som et sjokk for foreldrene. Opplevelsen er ikke som forventet, og den første tiden er ofte preget av store opp- og nedturer.

Selv om foreldre opplever situasjonen forskjellig og dermed reagerer ulikt, er en opplevelse av angst, tap av kontroll, skyldfølelse og maktesløshet et fellestrekk (2).

### FORELDRENE LÆRER Å LESE BARNETS SIGNALER

De fleste nyfødtavdelinger i Norge jobber ut fra et familiesentrert perspektiv. En familiesentrert omsorg inkluderer og anerkjenner barnets omsorgspersoner som likeverdige samarbeidspartnere i sykepleien til det nyfødte barnet (3).

**FORFATTERE**



**Marianne Lund**  
Fagsykepleier, Nyfødt intensiv,  
Universitetssykehuset Nord-Norge,  
Tromsø



**Mariann Hansen**  
Barnesykepleier, Nyfødt intensiv,  
Universitetssykehuset Nord-Norge,  
Tromsø



**Mai Linn Lunnay**  
Barnesykepleier, Nyfødt intensiv,  
Universitetssykehuset Nord-Norge,  
Tromsø

Det betyr at foreldrene får veiledning i stell og observasjon av barnet allerede fra første levedøgn. Sammen med sykepleieren ser de på babyens signaler på velvære og stress. Foreldrene lærer å tolke signalene, og vi reflekterer rundt barnets behov og atferd.

Barnet trenger nærhet og omsorg, og foreldrene er de viktigste omsorgspersonene. Vi anbefaler derfor at de er mest mulig sammen med barnet sitt (3). Tilstedeværelse og deltakelse er viktig for tilknytningen og for at foreldrene

tidligere og sterkere skal føle eierskap til barnet sitt.

I tillegg viser forskning at hudkontakt stabiliserer barnets puls, pustemønster, søvnmønster og temperatur (4). Generelt ser vi bedre trivsel hos barn som har foreldre, søsken og sine nærmeste rundt seg.

### DET ER BEHOV FOR FLERE FAMILIEROM

Familiesentrert omsorg er det beste for barnet og familien, men vi begrenses av de fysiske rammene på avdelingen i Tromsø. Det er utfordringer knyttet til at lokaler som ble planlagt for over 30 år siden, ikke er tilrettelagt for at familier skal være samlet slik man ønsker det i dag (5).

Få familierom gjør at foreldrene må bo på pasienthotell mens barnet er innlagt på avdelingen. Dette skjer til tross for at barn på helseinstitusjon har rett til å ha minst en forelder sammen med seg hele tiden under institusjonsoppholdet (6).





**TRYGT OG NYTTIG:** Mathilda og hennes foreldre Diana Grace Bando Tawag og Stig Olavsen får god oppfølging av sykepleierne Mai Linn Lunnay (f.v.), Marianne Lund og Mariann Hansen. Foto: Per-Christian Johansen, Universitetssykehuset Nord-Norge

Mange av barna som er innlagt hos oss, har søsken, og foreldrene må ofte dele tiden mellom det nyfødte barnet på sykehuset og resten av familien hjemme. Å være atskilt i mange måneder kan oppleves som traumatisk både for foreldrene og søsknene (5).

Når barnet er medisinsk stabilt, vil de siste ukene av innleggelsen primært handle om spisetrening. I denne perioden skal barnet lære seg å spise og regulere seg selv. Frem til barnet klarer dette, ernæres det helt eller delvis ved hjelp av en ventrikkelsonde.

#### **TIDLIG HJEMREISE ER KOSTNADSBESPARENDE**

Tidligere har stabile, premature spedbarn vært innlagt på nyfødtintensivavdelingen frem til de er fullammende eller eventuelt selvernært på flaske. I denne fasen av forløpet har foreldrene overtatt mye av omsorgen for barnet, og spisetreningen kan i prinsippet utføres i familiens hjem.

Foreldrene har blitt godt kjent med barnet sitt og er i stand til å administrere og vurdere ernæringen med støtte og veiledning fra helsepersonell. Nyfødtambuleringe hjemmetjeneste er utviklet og etablert ved flere sykehus i hele verden, også i Norge. Flere studier viser at tidlig utskriving av spedbarn som helt eller delvis sondemates, er trygt (7, 8).

UNN har ansvar for nærmere 250 000 innbyggere i en stor og langstrakt region på 75 000 km<sup>2</sup>, som utgjør 20 prosent av Norges areal. Geografiske forhold som lange avstander fra sykehuset til familier vil dermed begrense tilbudet om nyfødtambuleringe hjemmetjeneste.

Det har dermed blitt nødvendig å finne alternative løsninger, og vi lot oss inspirere av nyfødtssykepleier Kristina Garne Holm ved universitetet i Odense i Danmark.

Hun har både forsket på og vært med på å starte opp et tidlig hjemreiseprogram med bruk av videokonferanse (9).

Vinteren 2019 startet vi «Tidlig hjem»-prosjektet i Tromsø. Det er et frivillig tilbud til premature og syke nyfødte barn. Familiene kan reise hjem når de oppfyller kriteriene for tidlig hjemreise, og de følges opp tre ganger i uken av spesialsykepleiere via Skype.

Denne typen telemedisin er tidseffektiv og kostnads- og miljøbesparende sammenliknet med hjemmetjeneste hvor helsepersonellet reiser hjem til brukeren (10).

«Tidlig hjem» gir familier muligheten til å være hjemme, samlet og under ett tak. Familien følges opp av spe-

#### **«Å være atskilt i mange måneder kan oppleves som traumatisk både for foreldrene og søsknene.»**

sialsykepleiere fra nyfødt intensiv frem til barnet er selvregulert, har tilfredsstillende vektoppgang og kan utskrives.

En tidlig hjemreise ser ut til å øke ammeraten (11), øker foreldrenes selvtillit, støtter tidlig tilknytning og legger til rette for familiesentrert omsorg (12). Tidlig utskrivinge gjenforener familier raskere, som er anbefalt i FN's barnekonvensjon (13).

#### **VI VIL HA MED SÅ MANGE BARN SOM MULIG**

Forskning viser at det å unngå unødvendig sykehusinnleggelse er gunstig for utviklingen av premature spedbarn og for familien som helhet (7). Det er også i tråd med lovverket, som sier at barn kun skal legges inn på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig (6).

Vi har som mål at så mange barn som mulig skal få tilbud om å være med i «Tidlig hjem». Avdelingen har utarbeidet et sett med kriterier som må være oppfylt:

- stabile barn uten overvåking
- barn med GA (gestasjonsalder, svangerskapslengde) > 34 uker + 0 dager
- barn som har nådd fødselsvekt og går opp i vekt
- barn som har spist minimum 15 ml én gang
- barn som holder stabil temperatur i sengen
- barn som har to omsorgspersoner hjemme
- omsorgspersoner som snakker godt norsk eller engelsk

Tilbudet vil primært gjelde for premature barn som er i spisetreningfasen, men det er også aktuelt for barn med andre medisinske utfordringer som ellers er klinisk stabile.

Før hjemreise får foreldrene opplæring i hvordan de skal legge ned og administrere sonden som barnet mates gjennom. Vi gir også opplæring i basal hjerte- og lungeredning til alle som reiser tidlig hjem.

Avdelingen har laget instruksjonsvideoer som finnes på sykehusets nettside. Foreldrene gjøres kjent med dis-

### «En tidlig hjemreise ser ut til å øke ammeraten.»

se videoene før hjemreise. Nødvendig utstyr som brystpumpe, sondematingsutstyr, temperaturmåler, vekt og en informasjonsperm følger med i «Tidlig hjem»-sekken, som alle får med seg hjem.

#### FAMILIENE HAR TRE KONSULTASJONER I UKEN

Verdens helseorganisasjon definerer telemedisin slik: «The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries [...]» (14).

Foreldrene eller omsorgspersonene får tre konsultasjoner i uken via Skype for Business. Vi gir støtte og veiledning i spisetrening, vekst, medisiner og andre utfordringer. Skype-konsultasjonene varer fra 30–60 minutter ut fra familiens behov.

Familiene kan når som helst ta kontakt med avdelingen ved spørsmål og usikkerhet. De har ofte spørsmål knyttet til ernæringen av barnet, men henvendelsen kan også gjelde usikkerhet om sykdom i familien, for eksempel forkjølelse, og hvordan de skal skjerme barnet.

Familiene har mulighet til å avslutte «Tidlig hjem» og returnere til sykehuset hvis de ønsker det. Tilbudet

#### Forbedringspris

Nyfødt intensiv ved UNN i Tromsø fikk i mars 2020 forbedringsprisen på 200 000 kroner for sitt arbeid med «Tidlig hjem». Prisen gis av helseforetakene i Helse Nord. Målsettingen med forbedringsprisen er å få økt oppmerksomhet på gode forbedringsprosjekter, som fører til at helsepersonell løser oppgaver på en effektiv, sikker og kvalitativt god måte, samt å stimulere til overføring av gode forbedringsideer til hele foretaksgruppen.

gjelder frem til barnet spiser selv, har stabil vekttoppgang og sonden er fjernet eller annen medisinsk oppfølging ikke lenger er nødvendig.

Legen avgjør når barnet kan utskrives. Selve utskrivelsen foregår på Skype av en sykepleier i «Tidlig hjem». Videre oppfølging skjer av primærhelsetjenesten ved helsesykepleieren og fastlegen.

#### FORELDRENE BLIR MER SELVSTENDIGE

I løpet av 2019 har vi hatt 19 pasienter i «Tidlig hjem»-prosjektet. Hver familie har i gjennomsnitt hatt sju konsultasjoner, som tilsvarer innleggelse i to og en halv uke.

Studier viser at utskrivelse med oppfølging gjennom videokonsultasjoner er kostnadsbesparende sammenliknet med innleggelse på nyfødt intensiv (10). Vår største motivasjon er imidlertid å nærme oss en mer familie-sentrert omsorg og gjenforening av familier tidligst mulig.

Våre innsamlede data er fra et lite utvalg pasienter og vil dermed gi store utslag på resultatet. Tallene viste imidlertid at 82 prosent fullammer og 18 prosent delammer (kombinasjon av bryst og flaske). Ingen ernæres kun gjennom flaske. Tallene er basert på barn hvor målet var selvregulering, og støtter tidligere forskning om at tidlig hjemreise fremmer amming (11).

Ved utskrivelse fra «Tidlig hjem» får foreldrene tilsendt et spørreskjema på e-post der de kan gi anonyme tilbakemeldinger på ulike deler av tilbudet. Tilbakemeldingene har bidratt til evaluering av prosjektet.

Foreldrene ga uttrykk for at det var betydningsfullt for dem og deres familie å være med i «Tidlig hjem». De oppfattet tilbudet som trygt og opplevde uavhengighet og økt selvtilit. Selv om de fikk mer ansvar hjemme, følte de seg mer avslappede, selvsikre og selvstendige som foreldre.

#### KONKLUSJON

Vi erfarer at familiene har det godt hjemme, og er glad for å komme hjem. Vi opplever at de er fornøyd med veiledningen de får, og at det fungerer godt gjennom lyd og bilde på Skype.

Den fysiske avstanden begrenser dermed ikke sykepleierens mulighet til å observere barnet. Derimot erfa-

### «Familiene har mulighet til å avslutte 'Tidlig hjem' og returnere til sykehuset hvis de ønsker det.»

rer vi en tilstedeværelse og kontakt som gir grunnlag for en felles vurdering av barnet.

Som sykepleiere i «Tidlig hjem» erfarer vi at kvaliteten på møtene er gode. Vi får gode samtaler og tid til å gjøre vurderinger og evalueringer sammen med foreldrene.

Som regel er begge foreldrene til stede under konsultasjonen. Samtidig fokuserer vi på observasjon av barnet.

Gode, lange samtaler gir mulighet til å se barnet både under søvn og i våken tilstand. Det er svært nyttig å observere oppvåkningsfasen, hvor barnet etter hvert gir tegn til sult og skal spise. Vi opplever at disse avtalte konsultasjonene skaper rom og tid til samtale og veiledning.

Når barnet er innlagt på avdelingen, hender det at sykepleieren ser det kun et par ganger i løpet av vaktene. Det kan være i forbindelse med at foreldrene skal hente utstyr. Når barnet sover, kan vi i mindre grad observere det. Vi må dermed veilede foreldrene ut fra deres observasjoner.

«Tidlig hjem» inspirerer oss til å bedre kvaliteten på veiledningen vi gir også i avdelingen, og det faglige søkelyset for nyfødttintensiv ved UNN våren 2020 er familieveiledning. ●

#### REFERANSER

1. Ravn I. Klar for hjemreise? I: Steinnes S, Tandberg S, red. Nyfødtsykepleie. Bind 2. Oslo: Cappelen Damm; 2009. s. 105–16.
2. Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. J Clin Nurs. 2008;17(21):2856–66. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>
3. Jackson K, Wigert H. Familiecentrert neonatalvård. Lund: Studentlitteratur; 2013.
4. Bera A, Ghosh J, Singh A, Hazra A, Som T, Munian D. Effect of kangaroo mother care on vital physiological parameters of the low birth weight newborn. Indian J Community Med. 2014;39(4):245–9. DOI: <https://doi.org/10.4103/0970-0218.143030>
5. Sandtrø H. Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I: Steinnes S, Tandberg S, red. Nyfødtsykepleie. Bind 2. Oslo: Cappelen Damm; 2009. s. 57–79.
6. Forskrift 1. desember 2000 om barns opphold i helseinstitusjon. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_2) (nedlastet 15.02.2020).
7. Brodsgaard A, Zimmermann R, Petersen M. A preterm lifeline: early discharge programme based on family-centred care. J Spec Pediatr Nurs. 2015;20(4):232–43. DOI: <https://doi.org/10.1111/jspn.12120>
8. Meerlo-Habing ZE, Kusters-Boes EA, Klip H, Brand PLP. Early discharge with tube feeding at home for preterm infants is associated with longer duration of breast feeding. Arch Dis Child. Fetal Neonatal utgave. 2009;94(4):F294–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2008.146100>
9. Garne Holm K, Brødsgaard A, Zachariassen G, Smith AC, Clemensen J. Participatory design methods for the development of a clinical telehealth service for neonatal homecare. SAGE Open Med. 2017;5. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050531217731252>
10. Rasmussen MK, Clemensen J, Zachariassen G, Kidholm K, Brødsgaard A, Smith AC, et al. Cost analysis of neonatal tele-homecare for preterm infants compared to hospital-based care. J Telemed Telecare. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633X19843753>
11. Ahnfeldt AM, Stanchev H, Jørgensen HL, Greisen G. Age and weight at final discharge from an early discharge programme for stable but tube-fed preterm infants. Acta Paediatr. 2015;104(4):377–83. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.12917>
12. Dellenmark-Blom M, Wigert H. Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. J Adv Nurs. 2014;70(3):575–86. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12218>
13. Barne- og familiedepartementet. FNs konvensjon om barns rettigheter. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2003.
14. Verdens helseorganisasjon. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. 2009. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf) (nedlastet 15.02.2020).



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype**

QR-KODE

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Marianne Lund**

Fagsykepleier, Nyfødt intensiv, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

**H**østen 2019 startet vi opp «Tidlig hjem» ved Nyfødt intensiv i Tromsø. Vi tilbyr tidlig hjemreise med oppfølging via Skype. Jeg ser stor betydning av dette arbeidet. Barn som ikke må være på sykehus, skal heller ikke være på sykehus. Når barnet er medisinsk stabilt og klar for det, tror jeg familien har det best hjemme. Vi håper vi kan inspirere andre sykehus til å bruke videokonsultasjon i behandlingen av nyfødte, slik at tilbudet kan komme flere familier til gode.

Familiesentrert omsorg er grunnleggende i sykepleie til barn. Når man jobber med barn, jobber man ikke bare med én pasient, men med en hel familie. Det er svært givende å få følge en familie gjennom et forløp på Nyfødt intensiv. Vi er der i glede, sorg og alt imellom.

Generelt er jeg opptatt av at barn på sykehus trenger barnesykepleiere. Akkurat nå er jeg opptatt av hvordan barn på sykehus rammes av covid-19-krisen. Studier viser at barn ikke blir veldig syke, men det betyr ikke at barn ikke rammes av krisen. Jeg er bekymret for hvordan barnesykepleierne omdisponeres til voksenintensiv. Barn på sykehus trenger barnesykepleieren, som er spesialisert i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke nyfødte, barn og ungdom. Det innebærer å ha kunnskap om kompliserte medisinske tilstander og kunnskap om barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling. ●

**FRYKT FOR KOMPLIKASJONER:** Jordmødre overvurderer risikoen for uønskede hendelser under fødselen og benytter kardiokografi (CTG) oftere enn nødvendig, spesielt på lavrisikofødende. Illustrasjonsfoto: Arne Trautmann / Most-photos



**FORFATTERE**

Med forskeren  
60

**Kristina Jørandli**

Jordmor, Akershus universitetssykehus

**Ada Kristine Nese**

Jordmor, Stavanger universitetssykehus

**Eline Skirnisdottir Vik**

Jordmor og ph.d.-kandidat, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Bergen

**Katrine Aasekjær**

Jordmor og førstelektor, Høgskulen på Vestlandet

**NØKKELORD**

- Kvalitetsforbedring
- Klinisk audit
- Innkomst-CTG
- Lavrisikofødende
- Jordmor

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.78661

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Elektronisk overvåking av fosteret, såkalt innkomst-CTG (kardiokografi), blir mye brukt ved normale fødsler, til tross for at slik bruk ikke er forbundet med bedre fødselsutfall. Fødselsomsorgen i dag er preget av unødvendig bruk av teknologi, selv om et ledende prinsipp er at tiltak kun skal iverksettes i nødvendige situasjoner, og der intervensjonene kan gjøre mer nytte enn skade.

**Hensikt:** Hensikten med denne kvalitetsforbedringsstudien var å kartlegge bruken av innkomst-CTG hos lavrisikofødende etter iverksatt implementeringstiltak for å redusere forekomsten av innkomst-CTG.

**Metode:** Med klinisk audit som metode kartla vi lavrisikofødende kvinner retrospektivt i fire uker (n = 164). Etter kartleggingen av praksis satte vi inn flere endringstiltak sammen med nøkkelpersoner i miljøet. I etterkant av endringstiltakene besluttet vi å gjennomføre en statistisk prosesskontroll over 18 uker for å observere bruken av innkomst-CTG etter at tiltak var iverksatt (n = 168).

**Resultat:** Auditen viste at det ble tatt innkomst-CTG hos 77 prosent av lavrisikofødende. I samarbeid med nøkkelpersoner i miljøet og ledelsen ga vi tilbakemelding til praksisfeltet samt at vi iverksatte implementeringstiltak skreddersydd for den aktuelle klinikken. Disse tiltakene førte til en forbedring av praksis der bruken av innkomst-CTG var redusert til 30 prosent. Statistisk prosesskontroll viste at endringen av praksis over tid var stabil.

**Konklusjon:** Auditen avdekket at var det en diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte retningslinjer. Ønsket standard for praksis ble ikke møtt, men etter at vi iverksatte implementeringstiltak, var bruken av innkomst-CTG signifikant redusert.

# Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit

Iverksette tiltak førte til at jordmødre reduserte bruken av kardiokografi (CTG) ved innkomst med 47 prosent. Likevel fortsatte de å benytte CTG oftere enn nødvendig.



**E**t ledende prinsipp innen fødselsomsorgen er at tiltak under fødselen bare skal iverksettes i helt nødvendige situasjoner, og der intervensjonene kan gjøre mer nytte enn skade (1). En konsekvens av uhensiktsmessige intervensjoner ved normale fødsler er muligheten for uønsket variasjon i praksis, som igjen kan medføre at kvaliteten på fødselsomsorgen svekkes (2, 3).

Studier viser at fødselsomsorgen i dag er preget av unødvendig bruk av teknologi, der det er gjennomgående at det interverneres for ofte og for mye ved normale fødsler (2, 4). Elektronisk fosterovervåking (CTG, kardiokografi) er en avansert fosterovervåkningsmetode som er et nyttig hjelpemiddel dersom fødselen avviker fra det normale. En slik fosterovervåking anbefales ikke av friske gravide fordi avansert overvåking kan føre til uheldige utfall og unødvendige intervensjoner i fødselsforløpet (2, 5).

Studier har dessuten vist at rutinemessig bruk av innkomst-CTG i stedet for intermitterende auskultasjon (håndholdt Doppler, jordmorstetoskop) øker risikoen for keisersnitt med 20 prosent (6, 7). Videre er det dokumentert at innkomst-CTG blant lavrisikokvinner verken reduserer forekomsten av neonatale dødsfall, påvirker Apgar-skåren eller reduserer innleggelse til nyfødtintensiv (6, 8, 9).

En systematisk oversiktsartikkel av lavrisikofødende konkluderer med at innkomst-CTG ikke bedrer kvaliteten eller pasientsikkerheten i fødselsomsorgen sammenliknet med

intermitterende auskultasjon (7). På tross av dette blir CTG mye brukt ved normale fødsler (2).

## Hensikten med studien

Fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal målestokk (5). Like fullt har Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av jordmortjenesten, som konkluderer med behovet for en kvalitetsmessig heving av kunnskapsbaserte tjenester i fødselsomsorgen (10). En slik kvalitetsheving krever at jordmortjenesten baserer seg på den beste tilgjengelige kunnskapen.

Å arbeide kunnskapsbasert handler om å ta beslutninger i praksis basert på pålitelige forskningsresultater og bruke disse forskningsresultatene i kombinasjon med klinisk erfaring og pasientens ønsker og behov (11). Helsetjenestene har som mål å redusere bruken av intervensjoner i normale fødsler (12).

Ved en større kvinneklinikk erfarte de i praksis at innkomst-CTG ofte ble brukt i normale fødsler. Gjennom klinisk audit ønsket vi derfor å (1) kartlegge bruken av innkomst-CTG i normale fødsler ved kvinneklinikken, (2) vurdere om praksis var i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, og (3) iverksette forbedringstiltak dersom det var nødvendig.

## METODE

Klinisk audit har til hensikt å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen gjennom å evaluere i hvilken grad praksisen samsvarer med

kunnskapsbaserte retningslinjer samt forbedre kvaliteten på helsetjenesten (13, 14). Metoden er en trinnvis, systematisk prosess som består av forberedelse, kartlegge praksis (audit), vurdere kvaliteten av praksis opp mot kriterier og standard, iverksette endringstiltak og gjøre ny vurdering av praksis (re-audit) (13).

## Setting

Denne kliniske auditen er gjennomført ved en stor kvinneklinikk i Norge som har i underkant av 5000 fødsler i året. Klinikken består av en høyrisikoavdeling og en jordmorstyrt lavrisikoavdeling. Begge avdelingene ble inkludert i kartleggingen. Kvalitetsforbedringsstudien ble gjennomført i tidsperioden høsten 2016 til våren 2018. Inklusjonskriterier for audit er lavrisikofødende kvinner.

Kriteriene for lavrisikofødende er satt i henhold til nasjonale krav for fødselsomsorgen og inkluderer følgende: frisk kvinne med et normalt svangerskap til termin med et foster i hodeleie, der fødselen starter spontant, og der kvinnen er uten kjent sykdom som kan medføre komplikasjoner, og der hun ikke tidligere har gjennomgått kompliserte svangerskap og fødsler (5).

## Kvalitetsmål

Kvalitetsmål deles inn i kriterium og standard. Kriteriet fremstiller det ideelle målet for kvaliteten, mens standarden beskriver det realistiske målet i praksis (13). Kvaliteten på praksis ble vurdert gjennom ett



kriterium og én standard, som var målbare og basert på vitenskapelig kunnskap (tabell 1).

Kriteriet ble satt til «innkomst-CTG skal kun tas på medisinsk indikasjon». For å fastsette kriterium og standard utførte vi et systematisk søk i ulike nasjonale og internasjonale retningslinjer samt i databaser (Guidelines International Network (G-I-N), Helsebiblioteket, WHO, Cochrane Library, Pubmed, Embase, Cinahl og Maternity and Infant Care).

Kvaliteten til de ulike kildene ble kritisk vurdert før de ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget (15, 16). Kriteriet er satt på bakgrunn av tre retningslinjer og en systematisk oversiktsartikkel (1, 17–19). Den forventede standarden på praksis ble satt til at innkomst-CTG ikke skal tas dersom fødselen er vurdert som lavrisiko (100 prosent). Vi vurderte at det ikke var noen grunn til at standarden skulle fravike kriteriet, da kunnskapsgrunnlaget eksplisitt sier at innkomst-CTG ikke skal tas på lavrisikofødende (1, 17–19).

### Kartlegging av praksis

Kvaliteten på praksis ble kartlagt i to omganger: 1) før (audit) og 2) etter implementering av forbedringstiltak (re-audit). Ved begge kartleggingene samlet vi inn data ved å bruke journalsystemet IMATIS Natus. Vi samlet inn data ved å gjennomgå hver journal systematisk med et kartleggingsverktøy (audit-skjema). Vi brukte et validert kartleggingsverktøy (20). Verktøyet ble justert for å tilpasse det til de lokale forholdene på klinikken ved å prøve det ut på fem journaler uavhengig av hverandre (21).

Det ferdigutviklede verktøyet gjennomgikk så en inter-rater reliabilitets-test ved at første- og andreforfatteren vurderte fem nye journaler uavhengig av hverandre for å se om journalene ble kartlagt likt. Sammenlikningen av denne testen viste at kartleggingsverktøyet ble brukt likt. Journalene ble deretter fordelt mellom første- og andreforfatteren og vurdert manuelt opp mot kartleggingsverktøyet.

I den første kartleggingen av

### Forklaringer

**Audit:** Klinisk audit er en forbedringsmetode som har til hensikt å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen ved å evaluere hvordan praksisen samsvarer med kunnskapsbaserte retningslinjer (13).

**Re-audit:** For å se om eventuelle tiltak har forbedret praksisen, utføres en re-audit (35).

**CTG (kardiotokografi):** Registrering av fosterets hjertefrekvens og uterin tonus ved hjelp av prober plassert på morens abdomen (18).

**Fiskebeinsdiagram:** Verktøy som brukes for å kartlegge mulige sammenhenger mellom årsak og virkninger i team eller grupper for å få frem ulike forståelser av årsaker til et problem (23).

**Opinionsleder:** En person som gjennom sine egenskaper som troverdig, pålitelig og god sosial kompetanse påvirker andres beslutninger og holdninger (26).

**Prosentdiagram:** En grafisk tidsserie som er basert på proporsjoner (i prosent) og består av ulike målepunkter, en senterlinje (gjennomsnitt) og kontrollgrenser (standardavvik). P-diagram er en av flere diagramtyper innenfor statistisk prosesskontroll (SPC) (29).

praksis (audit) innhentet vi data fra hele februar måned i 2016. Ved kartlegging nummer to (re-audit) hentet

.....

**«Det var en  
signifikant reduksjon  
i bruken av innkomst-  
CTG på 47 prosent  
fra første kartlegging  
til re-auditen.»**

vi data i perioden februar til juni 2018 i en tidsserieanalyse for å kunne undersøke endring gjennom statistisk prosesskontroll (22).

### Endringstiltak

Vi gjennomførte en barriereanalyse for å avdekke hvilke barrierer som lå til grunn for at anbefalingene for

praksis ikke ble fulgt. Barrierene ble kartlagt gjennom intervjuer med jordmødre, diskusjoner i en tverrfaglig arbeidsgruppe samt ved uformelle samtaler og diskusjoner i arbeidsmiljøet.

Denne kartleggingen resulterte i en fiskebeinsanalyse (figur 1) for å synliggjøre mulige sammenhenger mellom manglende etterlevelse av retningslinjer i praksis, og for å avdekke hvilke barrierer som var viktigst for å kunne endre praksisen (23). Fiskebeinsanalysen viste at de største barrierene for å redusere bruken av innkomst-CTG var miljøet og personalet.

Det eksisterte en faglig usikkerhet hos jordmødrene om bruken av innkomst-CTG. Jordmødrene var usikre og utrygge på sin egen kunnskap. Denne usikkerheten og frykten resulterte i at de iverksatte tiltak som innkomst-CTG fordi de mente at de dermed ikke ville overse fosterstress og på den måten sikre at fødselen ikke ville ende med negativt utfall.

Fagmiljøet ved klinikken var preget av et risikoperspektiv, der det var en sterk kultur for å ta innkomst-CTG. Denne kulturen var preget av at ulike faggrupper, som jordmødre og obstetrikere, hadde ulike forventninger og oppfatninger om når innkomst-CTG skulle brukes. Jordmødrene opplevde at obstetrikere forventet at innkomst-CTG skulle tas av alle kvinner, og derfor ble dette gjort. I tillegg til uklare oppfatninger om når innkomst-CTG skulle tas, var den lokale fagprosedyren for innkomst-CTG utydelig og vanskelig å tolke.

Resultatene fra fiskebeinsanalysen ble brukt til å skreddersy implementeringstiltak tilpasset den aktuelle klinikken (24). Det ble satt inn flere tiltak, noe som viste seg å være mer effektivt for å endre atferd enn ett tiltak alene (25). Kunnskapsgrunnlaget for de iverksatte tiltakene er innhentet fra systematiske oversiktsartikler om hvilke tiltak som har vist seg å være effektive ved endring av praksis (14, 26, 27).

### Deltakere i studien

Vi rekrutterte seks jordmødre fra begge fødeavdelingene som

opinionsledere for prosjektet i forkant av re-auditen. Gjennom prosessen ble disse ervervede nøkkelpersonene oppdatert og oppmuntret til å følge med på problemområdet i miljøet (26). Det andre tiltaket i prosjektet var tilbakemelding til avdelingene (14, 28). Tilbakemeldingen ble gitt muntlig og skriftlig flere ganger gjennom prosessen på ulike plattformer av både ledelsen, nøkkelpersonene og forfatterne av artikkelen. De inkluderte foreløpige resultater.

Tilbakemeldingene ble formidlet kort tid etter første kartlegging, i forkant av implementeringstiltakene og to måneder etter at tiltakene var iverksatt. Både ledelsen og første- og andreforfatteren formidlet tilbakemeldingen på lokale undervisningsdager, på fagmøter til fødselsleger, i månedlige informasjonsbrev fra ledelsen samt på e-post.

Det siste implementeringstiltaket som ble iverksatt, var skriftlig undervisningsmaterieell i form av plakater, som ble hengt opp på alle mottaksrom der jordmødre tar innkomst-CTG (27). Plakatene ble hengt opp ved oppstarten av re-auditen.

### Kartlegging av ny praksis (re-audit)

I re-auditen hentet vi inn data hver fjerde uke i løpet av en periode på 18 uker, slik at datainnsamlingen til

sammen besto av fem måletidspunkter mellom februar 2018 og juni 2018. Hvert målepunkt i tidsserien varte i én uke. Vi brukte statistisk prosesskontroll for å følge og analysere hvor-

.....

**«Det kan tenkes at innkomst-CTG i stor grad blir brukt uhensiktsmessig på lavrisikofødende ved andre fødeavdelinger i landet.»**

dan endringen utviklet seg underveis i auditen (29).

### Dataanalyse

Datamaterialet ble plottet og analysert i Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) versjon 24.0 (IBM Corp., 2016). Alle data ble plottet av to personer uavhengig av hverandre for å sikre korrekt innføring av dataene (30). Diskrepans mellom reell praksis og ideell praksis (kriterium) ble presentert med antall og prosent. Vi beregnet konfidensintervall rundt prosentestimatene til 95 prosent (31, 32).

For å sammenlikne målingene i auditen og re-auditen benyttet vi Pearsons kjikvadrattest (32). Konfidensintervall av to andeler ble benyttet for å

beregne konfidensintervall for endringen mellom auditen og re-auditen (31). Signifikansnivået er satt til 0,05 på alle testene (32).

For å kartlegge utviklingen av endring over tid før og etter implementering utarbeidet vi et prosentdiagram (29). Prosentdiagrammet (p-diagram) viser endringer i perioden re-auditen ble gjennomført. P-diagrammet viser de repeterende målingene av praksisen som ble gjennomført i februar til juni 2018, totalt fem målinger. For å kunne sammenlikne tidsserien i re-auditen med auditen beregnet vi gjennomsnittet fra alle de fem målingene. På denne måten kunne vi vurdere om praksisen var forbedret.

Kvalitetsforbedringsstudien ble meldt til og godkjent av det lokale personvernombudet. Alle dataene er behandlet konfidensielt og lagret på sykehusets kvalitetsserver.

## RESULTATER

### Kvaliteten på praksis målt opp mot kriterier for praksis (audit)

I auditen var det totalt 395 fødsler i februar 2016, hvorav 164 kvinner ble inkludert på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Innkomst-CTG ble utført i 77 prosent (n = 126) av journalene (95 %, KI 70–83) (tabell 2). I auditen var 90 prosent (n = 147) av kvinnene innlagt på lavrisikoavdeling, og 10 prosent (n = 17) av kvinnene var innlagt på høyrisikoavdeling.

Fordelingen av innkomst-CTG ved de forskjellige avdelingene viste at ved høyrisikoavdelingen var forekomsten av innkomst-CTG 88 prosent (n = 14) (95 %, KI 73–104), og ved lavrisikoavdelingen var forekomsten 76 prosent (n = 111) (95 %, KI 69–82).

### Ny kartlegging av praksis (re-audit)

Ved ny kartlegging av praksis utførte vi en statistisk overvåkning (statistisk prosesskontroll) av praksisendringen med fem repeterende målinger. Tidsserien viste en stabil endring over tid med liten variasjon, der den lavest observerte bruken av innkomst-CTG var 24 prosent (uke 6), og den høyest

Tabell 1. Kriterium og standard

Kriterium:	Standard:	Kunnskapsgrunnlag:
Innkost-CTG skal kun tas på medisinsk indikasjon.	Jordmødre skal ikke ta innkomst-CTG på livsalltid uføderlige, med spontan fødselstart til termis (100 %).	Verdens helseorganisasjon: WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (1) NICE: Intrapartum care for healthy women and babies (17) Norsk gynekologisk forening: Veiledning i fødselshjelp (13) Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Cibian D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide (19)

Tabell 2. Innkomst-CTG i audit og re-audit

Audit n (%)	Re-audit n (%)	Forbedring før/etter endrings tiltak % (KI 95 %)	P-verdi
126 (77)	50 (10)	47 (32–57)	<0,001

observerte bruken var 41 prosent (uke 10).

Det var ingen tegn til stigning i bruken av inntøms-CTG ut over månedene som ble målt, og ved siste stikkmåling fra praksis var bruken av inntøms-CTG ned i 26 prosent (uke 22) (figur 1).

Totalt ble 168 kvinner inkludert i re-auditen. Av utvalget var 13 prosent (n = 23) kvinner innlagt på høyrisikoavdelingen og 86 prosent (n = 145) innlagt på lavrisikoavdelingen. Gjennomsnittet av stikkmålingene fra re-auditen viste at inntøms-CTG ble utført hos 30 prosent (95 %, KI 23–37) av kvinnene. Det var en signifikant reduksjon i bruken av inntøms-CTG på 47 prosent (95 %, KI 37–57) fra første kartlegging til re-auditen (tabell 2).

Det var henholdsvis utført inntøms-CTG på 25 prosent (n = 36) (95 %, KI 18–32) på lavrisikoavdelingen og 61 prosent (n = 14) (95 %, KI 41–81) på høyrisikoavdelingen. Det var en reduksjon i forekomsten av inntøms-CTG på begge avdelingene, men den var størst på lavrisikoavdelingen, med en forbedring på 51 prosent mot 27 prosent på høyrisikoavdelingen.

## DISKUSJON

Inntøms-CTG ble utført i 77 prosent av tilfellene, noe som ikke samsvarte

med standarden som var satt for praksisen. Ved å iverksette skreddersydde tiltak skjedde det en forbedring av praksisen over tid, der bruken av inntøms-CTG ble redusert til gjennomsnittlig 30 prosent.

## Styrker og svakheter ved studien

Kvalitetsforbedringsprosjektet er et lokalt prosjekt, og populasjonen er fra den aktuelle kvinneklinikken. Resulta-

«Jordmødre overestimerer risikoen for uønskede hendelser i fødsler hos lavrisikokvinner.»

tene fra studien kan kun tolkes i en lokal kontekst og er ikke generaliserbar til andre steder. Det kan likevel tenkes at inntøms-CTG i stor grad blir brukt uhensiktsmessig på lavrisikofødende ved andre fødeavdelinger i landet, da det lenge har vært en sterk tradisjon for dette i fødselsomsorgen (33). Derfor kan denne kliniske auditen være retningsgivende for praksis.

Resultatene viser at kvaliteten på praksis er forbedret, og at jordmødrene arbeider mer i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger (1, 17–19). På bakgrunn av resultatene kan man imidlertid ikke trekke slutningen at forbedringen er et resultat av implementeringstiltakene alene, da det kan være andre faktorer som har bidratt til endringen i praksis. Mer oppmerksomhet på inntøms-CTG fra ledelsen kan være en faktor som har bidratt til å påvirke endring.

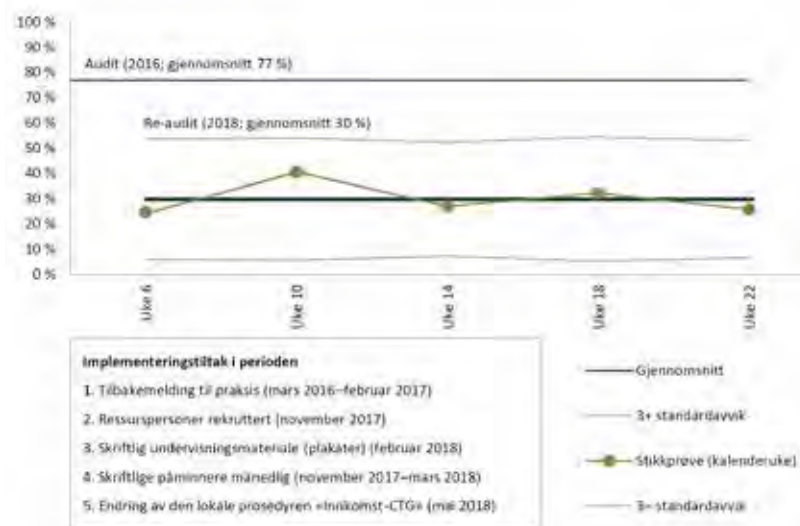
Ledelsen på avdelingene har hatt et ønske om endring og har vært aktive gjennom audit-prosessen. Fagmiljøet på klinikken har også vært involvert i deler av prosessen. I tillegg har nøkkelpersoner på kvinneklinikken, som avdelingslederen ved lavrisikoavdelingen, fagutviklingsjordmørene, en overlege og jordmødrene i miljøet deltatt med å utarbeide implementeringstiltak. Endring i miljøet og forankring hos ledelsen gjør det mer sannsynlig at endringen opprettholdes over tid (14, 34, 35).

I re-auditen foregikk datainnsamlingen parallelt med at implementeringstiltakene ble igangsatt. Målingene ble dermed utført i en periode hvor det var større oppmerksomhet på reduksjon av inntøms-CTG, og kan i så måte ha påvirket resultatene i en positiv retning (35).

I re-auditen var også personalet oppmerksom på at de ble vurdert, noe som kan ha ført til at de presterte bedre enn det de normalt ville gjort. Vi gjennomførte imidlertid repeterende målinger som hele tiden viste en stabil forbedring av praksis. Det var ingen tegn til at bruken av inntøms-CTG økte med tiden, noe som kan indikere at praksisen er forbedret.

Målingene ble dermed utført i en periode der det var økt oppmerksomhet på å redusere inntøms-CTG, og kan i så måte ha påvirket resultatene i positiv retning (35). Praksisfeltet vil alltid være i konstant endring, og det er derfor ikke utenkelig at tiden som gikk mellom første og andre tiltak (to år), kan ha hatt ukjent innvirkning på resultatene. Man kan videre diskutere om den positive effekten vi

Figur 1. Forekomst av inntøms-CTG før og etter endring (p-diagram)









dokumenterer, vil avta dersom de ulike avdelingene ikke fortsetter å sette søkelyset på bruken av innkomst-CTG etter prosjektets slutt (30).

### **Jordmødre overestimerer risikoen for fosterstress**

Det er dokumentert at innkomst-CTG på normalfødende ikke fører til bedre fødselsutfall for fosteret (7). Den første kartleggingen av praksisfeltet viste at forekomsten av innkomst-CTG var høy, selv om kunnskapsbaserte retningslinjer ikke anbefaler dette (1, 7, 17, 18). Det er et velkjent problem at det er kvalitetsmessige utfordringer med at behandlinger som pasienter får, ikke alltid samsvarer med best tilgjengelige kunnskap på flere områder i helsevesenet (10, 11, 14, 36).

Resultatet fra den første kartleggingen samsvarer godt med en tidligere studie som viste at jordmødre foretrakk å bruke innkomst-CTG foran intermitterende auskultasjon. Den samme studien viste at jordmødrene overestimerer risikoen for føtalt stress ved innkomst i fødsel og derav tar innkomst-CTG (37). Det at jordmødre overestimerer risikoen for fosterstress, samsvarer med funnene i barriereanalysen vi utførte, som viste at jordmødrene var særlig oppmerksomme på føtalt stress og hvordan dette kunne oppdages tidlig med innkomst-CTG.

### **Intensjonene samsvarer ikke med praksis**

Flere studier viser at jordmødre har en fundamental tro på en normal fødsel fri for intervensjoner, som imidlertid ikke gjenspeiler jordmødrenes handlinger i praksis (37–39). Det viser seg at jordmødre overestimerer risikoen for uønskede hendelser i fødsler hos lavrisikokvinner. Jordmødre som har en risikotilnærming til fødselen med frykt for hva som kan skje med moren og fosteret, kan det føre til unødvendig overvåkning og bruk av teknologi, som igjen fører til redusert kvalitet på pasientbehandlingen (39–41).

Konsekvensen for praksis dersom vi lar risikoperspektivet styre oss, blir

en fødselsomsorg basert på verste-fallstenkning. I et helsefremmende perspektiv er det viktig at pasienter mottar tjenester av god kvalitet uten å bli påført risiko eller skade som følge av behandlingen (3, 42, 43). En indi-



**«Den satte standarden for praksis ble ikke møtt, til tross for at bruken av innkomst-CTG var forbedret.»**

kator for god kvalitet i fødselsomsorgen er fødsler uten større inngrep og komplikasjoner (12). Ved å ha redusert bruk av innkomst-CTG på lavrisikofødende kan man også redusere intervensjoner i fødsel, som kontinuerlig CTG og blodprøve av fosteret (7).

### **Ble bedre etter tilbakemelding**

En ny kartlegging av praksis viste en signifikant forbedring av standarden. Kartleggingen viste at endringen var stabil over tid, og de laveste stikkmålingene ble foretatt når implementeringstiltakene ble satt til verks. Disse funnene samsvarer også med en annen studie, der det viser seg at praksisfeltet presterer best rett etter at tilbakemelding er gitt (44).

En konsekvens av at jordmødre i større grad jobber etter kunnskapsbaserte retningslinjer, er at det reduserer en uønsket variasjon i praksis, der pasientene får ulik behandling avhengig av hvem de møter (10). Et likeverdig helsetilbud til alle pasienter er med på å heve kvaliteten på helse-tjenesten. Det styrker dessuten kvalitetskravene til fødselsomsorgen, som presiserer at kvinner og barn skal ha et likt tilbud uavhengig av hvor de føder (5).

Bruken av innkomst-CTG ble forbedret på både lav- og høyrisikoavdelingene. Den største endringen av praksisen skjedde ved lavrisikoavdelingen, der innkomst-CTG ble utført på 25 prosent av lavrisikofødende, mot 61 prosent på høyrisikoavdelingen. En

mulig forklaring kan være at jordmødre som arbeider på høyrisikoavdelinger med høyrisikofødsler, har en større risikooppfatning generelt under fødsler enn dem som jobber på lavrisikoenheter med flere normale fødsler uten komplikasjoner.

En studie viser at jordmødre som jobber i høyrisikoavdeling, i større grad blir eksponert for intervensjoner, noe som resulterer i en høyere oppfatning av risiko i fødsler (39). Samme studie viser videre at lavrisikokvinner har større sannsynlighet for at det blir intervensert i fødselen dersom de føder på en høyrisikoavdeling (39). Det bør settes inn ytterligere tiltak ved høyrisikoavdelingen for å redusere innkomst-CTG hos normalfødende.

### **Standarden for kvalitet ble ikke møtt**

I denne auditen ble ikke den satte standarden for praksis møtt, til tross for at bruken av innkomst-CTG var forbedret. Tidsperioden for når man måler praksis, er avgjørende for resultatet. Ved å måle praksis like etter at tiltakene er iverksatt, kan det føre til at tiltakene har fått for kort tid til å kunne gi en endring. Dersom man venter for lenge med å måle praksis, kan det medføre at tiltakene har mistet effekt, og at personalet faller tilbake til gamle vaner (35, 45).

Det bør videre gjøres nye målinger for å sørge for at kvaliteten opprettholdes (35). Da det viser seg at standarden for kvalitet ikke ble møtt, bør det settes inn ytterligere tiltak for å forbedre praksis. Årsaken til at standard for praksis ikke ble møtt, kan muligens forklares med at det har vært endringer i strukturen i organisasjonen. Det er kjent at endringer i organisasjonen kan være med på å påvirke resultatene i en klinisk audit (35).

I perioden vår kliniske audit pågikk, endret seleksjonskriteriene på sykehuset seg, slik at avdelingen som omtales som lavrisikoenhet, nå også inkluderer kvinner som fikk sin fødsel igangsatt. Denne omstruktureringen medførte at personalet i større grad

forholdt seg til risikosvangerskap enn tidligere. Denne endringen i struktur, i tillegg til at avdelingens ledelse ble endret, kan også ha påvirket driften og dermed bruken av intervensjoner i fødsel (39).

## KONKLUSJON

Klinisk audit avdekket i første kartlegging at det var diskrepans mellom ønsket praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger ved bruk av innkomst-CTG. Etter å ha iverksatt implementeringstiltak, var det en signifikant reduksjon i bruken av innkomst-CTG, men likevel ble ikke standarden som var satt for praksis, møtt. Kvaliteten knyttet til bruken av innkomst-CTG ble forbedret i den aktuelle kvinneklinikken, og jordmødrene der arbeider nå mer i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger for innkomst-CTG av normalfødende.

I lys av resultatet fra den jordmorfaglige auditen bør søkelyset fortsatt rettes mot problemområdet gjennom tett oppfølging og videre målinger av praksis.

*Kristina Jørnandli og Ada Kristine Nese er begge førsteforfattere av denne artikkelen.*

## REFERANSER

1. Verdens helseorganisasjon. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genève: Verdens helseorganisasjon; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> (nedlastet 02.02.2018).
2. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
3. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. Maternal health an executive summary for The Lancet's Series. *The Lancet*; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summ.pdf> (nedlastet 16.03.2018).
4. Hoop-Bender Pt, Bernis Ld, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*. 2014;384(9949):1226–35.
5. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo; 2010. IS-1877. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselomsorgen-IS-1877.pdf> (nedlastet 01.10.2016).
6. Bhartiya V, Sharma R, Kumar A, Srivastava H. Admission cardiotocography: a predictor of neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66(1):321–9.
7. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. (Review.) *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):1–46.
8. Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2003;361(9356):465–70.

9. Mires G, Williams F, Howie P. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *BMJ*. 2001;322(7300):1457–562.
10. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Oslo; 2010. IS-1815. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/265/Utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet-IS-1815.pdf> (nedlastet 22.09.2015).
11. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! Oslo; 2005. IS-1162. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> (nedlastet 04.06.2016).
12. Helsedirektoratet, Medisinsk fødselsregister. Kvalitetsindikatorer for graviditet og fødsel. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsel> (nedlastet 19.01.2018).
13. NICE. Principles for best practice in clinical audit. Oxford; 2002. Tilgjengelig fra: [http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best\\_practice\\_clinical\\_audit.pdf](http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best_practice_clinical_audit.pdf) (nedlastet 03.06.2016).
14. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. (Review.) *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(6):1–229.
15. The AGREE Collaboration. Evaluering av faglige retningslinjer. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 2003. Tilgjengelig fra: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_Instrument\\_Norwegian.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Norwegian.pdf) (nedlastet 15.02.2018).
16. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel. Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekklister-oversikt-sr-2014.pdf> (nedlastet 15.02.2018).
17. NICE. Intrapartum care for healthy woman and babies. Oxford; 2017. CG190. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734765> (nedlastet 01.06.2016).
18. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. Tromsø/Bergen; 2014. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/> (nedlastet 02.02.2018).
19. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.
20. Fadnes H. Jordmorfagleg audit av innkomst CTG. Korleis praktiseres innkomst CTG på ei fødeavdeling for selekterte friske gravide? (Fordypningsoppgave.) Bergen: Høgskolen i Bergen, Institutt for sykepleiefag, Avdeling for helse- og sosialfag; 2015.
21. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004;328:1312–5.
22. Carey RG, Lloyd RC. Measuring quality improvement in healthcare: a guide to statistical process control applications. Milwaukee, Wisconsin: ASQ; 2001.
23. Helsebiblioteket. Fiskebeinsdiagram. Folkehelseinstituttet. Oslo; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/fiskebeinsdiagram> (nedlastet 18.01.2018).
24. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):1–118.
25. Ashmore S, Ruthven T, Hazelwood L. Stage 3: Implementing change. I: Burgess R, red. NEW principles of best practice in clinical audit. 2 utg. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. s. 81–92.
26. Floodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. (Review.) *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):1–69.
27. Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):1–197.
28. Flottorp S, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals. København: Verdens helseorganisasjon; 2010. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124419/e94296.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf) (nedlastet 25.10.2016).
29. Nyen B. Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC). Porsgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/seksjonsvis-inndeling/seksjon-for-kvalitetsutvikling/kompensasjon-spc-v2-0.pdf> (nedlastet 20.10.2017).
30. Ashmore S, Ruthven T, Hazelwood L. Stage 2: Measuring per-

- formance. I: Burgess R, red. NEW principles of best practice in clinical audit. 2 utg. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. s. 59–79.
31. Ubøe J. Statistikk for økonomifag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
32. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8 utg. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
33. Blix E. Innkomst-CTG. En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeid. (Doktoravhandling.) Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2006.
34. Aasekjær K, Waehle HV, Ciliska D, Nordtvedt MW. Management involvement—a decisive condition when implementing evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(1):32–41.
35. Ashmore S, Ruthven T, Hazelwood L. Stage 4: Sustaining improvement. I: Burgess R, red. NEW principles of best practice in clinical audit. 2 utg. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. s. 93–106.
36. Aasekjær K. Klinisk audit av avvsningspraksis: Arbeider jordmor kunnskapsbasert? *Sykepleien Forskning*. 2012;7(3):214–22. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0127
37. Mead M, Bogaerts A, Reynolds M. Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparæ in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. *Midwifery*. 2007;23(4):361–71.
38. Scamell M, Alaszewski A. Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth. *Health Risk Soc*. 2012;14(2):207–21.
39. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women Birth*. 2016;29(2):107–16.
40. Blåka G. Grunnlagstenkning i et kvinnefag – teori, empiri og metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
41. Blåka G, Eri TS. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*. 2008;24(3):344–52.
42. Verdens helseorganisasjon. Patient safety: making health care safer. Genève; 2017. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017-11-eng.pdf?sequence=1> (nedlastet 10.10.2017).
43. Verdens helseorganisasjon. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genève; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43470> (nedlastet 19.10.2016).
44. Sjøbø B, Graverholt B, Jamtvedt G. Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(4):358–68. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0155
45. Grol R, Wensing M. Implementation of change in healthcare: a complex problem. I: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, red. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2 utg. Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books; 2013. s. 3–17.



## Fikk ned unødvendig CTG av friske fødende

Det finnes ikke faglig belegg for at elektronisk overvåkning (CTG) er nødvendig hos friske fødende. Tvert imot, det kan være skadelig. Dette har Kristina Jørandli forsket på.

Tekst Kari Anne Dolonen • Foto Erik M. Sundt

**E**lektronisk fosterovervåkning (CTG, kardiokografi) er en avansert fosterovervåkningsmetode som er et nyttig hjelpemiddel dersom fødselen avviker fra det normale. En slik fosterovervåkning anbefales ikke av friske gravide, fordi avansert overvåkning kan føre til uheldige utfall og unødvendige intervensjoner i fødselsforløpet.

Dette kommer frem i forskningsartikkelen «Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit», som Kristina Jørandli har vært med på å forfatte.

I 2017 var Jørandli ferdig utdannet jordmor. Et år etter fullførte hun sin mastergrad. Sammen med Ada Kristine Nese er hun førsteforfatter på forskningsartikkelen, som ble publisert på *Sykepleien Forskning* i september i fjor.

### IKKE FAGLIG BEGRUNNET

Ifølge kunnskapsbaserte retningslinjer er det ikke nødvendig å gjennomføre innkomst-CTG av friske gravide kvinner.

– Tvert imot. Det kan ha negative konsekvenser, sier Jørandli.

Hun viser til forskning som dokumenterer at innkomst-CTG øker risikoen for keisersnitt med 20 prosent. Innkomst-CTG reduserer heller ikke antallet dødsfall blant nyfødte, det påvirker ikke Apgar-skåren

### Kristina Jørandli

- Jørandli er jordmor med mastergrad.

Hun står, sammen med Ada Kristine Nese, som førsteforfatter av artikkelen «Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit» på side 52.

(se faktaboks), og det reduserer ikke innleggelse til nyfødtintensiv.

– I tillegg blir den fødende mer bundet til sengen, fordi hun er koplet til CTG, sier hun.

At Jørandli begynte å forske på dette, var litt tilfeldig.

– Da jeg begynte på jordmorutdanningen, fikk jeg og Nese forespørsel fra sykehuset der vi hadde praksis, om dette var noe vi kunne skrive fordypningsoppgave om, sier hun.

Og de var de interessert i.

– På sykehuset vi hadde praksis ved, hadde de to fødeavdelinger, en lavrisikoavdeling og en høyrisiko-

### «I tillegg blir den fødende mer bundet til sengen, fordi hun er koplet til CTG.»

Kristina Jørandli

avdeling. Vi startet med å kartlegge hvor mange av de fødende som ble koplet til elektronisk overvåkning når de kom til sykehuset, sier hun.

### TILTAK REDUSERTE INNKOMST-CTG DRASTISK

Resultatene viste at dette ble gjort hos 77 prosent av de gravide kvinnene som var definert som lavrisikofødende.

– Det er et høyt tall når dette er en prosedyre





**USIKRE JORDMØDRE:** Kristina Jørاندli tror mange jordmødre er usikre og dermed tar CTG av fødende som kommer inn, for å være på den sikre siden.

» som egentlig ikke skal gjøres på friske gravide, sier hun.

– Vi satte så inn skreddersydde tiltak for å få ned bruken. Vi gjennomførte så nye målinger for å se om tiltakene hadde effekt, sier hun.

Og effekt hadde de.

– Resultatene viste at bruken av innkomst-CTG hos friske fødende var redusert til 30 prosent. Det var veldig gøy og inspirerende å se at tiltakene hadde så stor effekt, sier Jørاندli.

Metoden de brukte, var en trinnvis kvalitetsforbedringsmetode.

– Metoden består i å kartlegge praksis, for så å se om den er i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger.

Jørاندli skulle gjerne sett at målingene fortsatte.

– Jeg jobber ikke selv ved dette sykehuset, så jeg vet ikke om praksis har endret seg tilbake til gammelt mønster, sier hun.

#### **IKKE OVERFØRBART**

Men selv om resultatene fra forskningsprosjektet til Jørاندli er svært positive, betyr ikke det at tiltakene kan overføres til andre fødeavdelinger.

– Resultatene kan kun tolkes i en lokal kontekst og er ikke generaliserbare til andre steder.

– Tror du CTG-bruken generelt er for høy ved alle fødeavdelinger?

– Det kan jeg ikke si noe sikkert om, men det er sannsynlig, siden innkomst-CTG har en sterk tradisjon

i fødselsomsorgen. Studien vår kan derfor gi en pekepinn om bruken av innkomst-CTG ute i praksis, sier hun.

#### **UNØDVENDIG BRUK AV TEKNOLOGI**

Forskningen til Jørاندli og hennes medforfattere underbygger andre studier om at fødselsomsorgen er preget av unødvendig bruk av teknologi.

«Vi bruker unødvendig teknologi, selv om det er et ledende prinsipp at tiltak kun skal brukes når de er nødvendige.»

Kristina Jørاندli

– Vi bruker unødvendig teknologi, selv om det er et ledende prinsipp at tiltak kun skal brukes når de er nødvendige. Det er ikke bra at vi gjennomfører intervensjoner som kan gjøre mer skade enn nytte, sier hun.

#### **– USIKRE JORDMØDRE**

– Hvis det ikke er faglige argumenter for å gjennomføre innkomst-CTG hos friske fødende, hvorfor blir det gjort?

– Inntrykket er at jordmødre gjør det «for sikkerhets skyld». Dersom de kopler den fødende opp til CTG, har de data som kan etterprøves. Bruker jordmor kun håndholdt doppler eller jordmorstetoskop, er fakta kun basert på egne observasjoner. Det er vanskelig å etterprøve. Innkomst-CTG blir en sikkerhet for usikre jordmødre, sier hun.

**FAKTA**

**Apgar-skår**

Apgar-skår er et system for rask vurdering av allmenntilstanden hos nyfødte. 0, 1 eller 2 poeng gis for hjertefunksjon, respirasjon, muskeltonus, reflekser og hudfarge, og summeres til en skår som maksimalt kan være 10 poeng. Vurderingen gjøres normalt to ganger: én ett minutt og én fem minutter etter fødselen.

*Kilde: Store medisinske leksikon*

Jørاندli sier at mange gynekologer og obstetrikere i tillegg har en forventning om at det skal gjennomføres inntakst-CTG. En annen faktor ved den altfor høye bruken av CTG er risikovurderinger.

– Det er fort å glemme seg og vurdere alt ut fra en verste fall-tenkning. Det finnes en del forskning som viser at jordmødre har en tendens til å overestimere blant annet føtalt stress.

Disse funnene understøtter også barriereanalysen som Jørاندli utførte.

– Vi fant at jordmødrene var særlig oppmerksomme på føtalt stress og hvordan dette kunne oppdages tidlig med inntakst-CTG, sier hun og legger til:

– Det er viktig at vi stopper opp av og til og spør oss selv om vi jobber kunnskapsbasert. Refleksjon rundt hvorfor vi gjør det vi gjør, er nødvendig, sier hun.

Jørاندli synes det er trist at jordmødre føler seg så usikre at de velger å gjennomføre inntakst-CTG fremfor å stole på egne observasjoner.

**VIL HA NASJONALE PROSEDYRER**

Hun synes hun har møtt noen utfordringer i arbeidet med forskningen.

– Som jeg nevnte, forventer mange leger at det gjøres inntakst-CTG når fødende kommer til sykehuset. Å få legene til å forstå at det ikke er nødvendig hos friske gravide, var litt vanskelig i begynnelsen, sier hun.

Men det løste seg.

– Leger er vant til å forholde seg til forskning, og når de fikk forklart hvorfor inntakst-CTG ikke alltid er nødvendig, forsto de greia.

I dag jobber Jørاندli på fødeavdelingen på Ahus. Selv om hun ikke har konkrete nye forskningsprosjekter på gang, har hun luftet tanken om å gjennomføre et liknende prosjekt på fødeavdelingen hun jobber ved.

– Er det forskningsprosjekter du selv gjerne skulle sett at andre

tok tak i innenfor ditt fagfelt?

– Å, det er så mye det går an å ta tak i.

Jørاندli tenker litt.

– Jeg har merket meg at vi har mange forskjellige prosedyrer på de forskjellige sykehusene. Det gjør at det blir forskjeller i tilbudet. Jeg skulle ønske at noen tok for seg de prosedyrene som finnes, og utarbeidet felles prosedyrer for hele Norge.

– Da kunne vi sagt: Slik gjør vi det i Norge, i stedet for at hvert sykehus snakker om «slik gjør vi det her».



**Likte du artikkelen?**

På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du dette og flere andre forskerintervjuer.



## Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk



[sykepleien.no/forskning/arkiv/en](http://sykepleien.no/forskning/arkiv/en)



**FLERE TILTAK MULIG:** Det kan være farlig for mor og barn når fødselen trekker ut i tid. Derfor finnes det prosedyre som beskriver tidsgrenser for når det foreligger et forlenget forløp. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos



**FORFATTERE**

**Mari Elisenberg.** Jordmor, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Marthe Regine Staubo.** Jordmor, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Kristin Bøhn.** Fagutviklingsjordmor, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Marit Øgaard.** Fagutviklingsjordmor, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Lise Christine Gaudernack.** Ph.d.-student, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

**Ellen Blix.** Professor I, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

**Aase Devold Pay.** Assisterende avdelingsleder og førsteamanuensis, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

**NØKKELOD**

- ▶ Fødsel ▶ Prosedyre ▶ Jordmødre
- ▶ Ristimulering ▶ Spørreundersøkelse

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.78828

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Langvarig fødsel er forbundet med økt risiko for uheldig utfall hos mor og barn. I veilederen for fødselshjelp anbefaler Norsk gynekologisk forening ristimulerende tiltak for å forebygge og behandle langsom fremgang. Anbefalingene er fulgt opp i egne prosedyrer ved helseforetakene.

**Hensikt:** Å kartlegge i hvilken grad jordmødre ved Oslo universitetssykehus etterlever prosedyre for ristimulering. En oversikt over dagens praksis kunne gi grunnlag for å identifisere utfordringer eller forbedringspunkter.

**Metode:** Et selvadministrerende spørreskjema ble distribuert til jordmødre ved fødeavdelingen i perioden mai–juni 2018 (n = 160).

**Resultat:** 99 jordmødre besvarte spørreskjemaet (99/160; 62 prosent). 85 prosent oppga at de i stor grad utfører hinnerivning ved manglende fødselsfremgang. Samtlige rapporterte at de anvender ikke-medikamentelle metoder for å forebygge langsom fremgang og avventer aktiv trykking ved fullåpen mormunn dersom hodet ikke er sluttrotert og på bekkenbunnen. Fosterovervåking ved oksytocinstimulering var i henhold til prosedyren, men ikke alle jordmødrene klassifiserte kardiokografi (CTG)-registreringen ved endring i oksytocindose. Få jordmødre (14 prosent) startet oksytocinstimulering en time etter hinnerivning. Oksytocinsjekkliste ved ristimulering ble lite benyttet.

**Konklusjon:** Jordmødrene rapporterte at prosedyren for ristimulering etterleves på flere områder, men det er utfordringer knyttet til tidspunktet for oppstart av oksytocinstimulering, klassifiseringen av CTG-registrering ved endring av oksytocindose og bruken av sjekkliste.



# Følges fastsatt prosedyre for stimulering av rier i fødselen? En spørreundersøkelse blant jordmødre

Praksisen er ulik for når jordmødrene benytter medikamentell ristimulering fremfor bryststimulering. Ikke alle klassifiserte CTG eller brukte sjekklister ved oksytocinstimulering.



**L**angsom fremgang foreligger når mormunnen ikke åpner seg tilstrekkelig raskt, vanligvis mindre enn 1 cm per time. Årsaker til langsom fremgang i fødsel kan være fosterets leie, anatomiske forhold i fødselskanalen eller svake og/eller korte rier (1, 2). Engstelse hos den fødende og epiduralanestesi er også forbundet med langsom fremgang (3).

Omkring halvparten av alle førstegangs fødende og en tidel av alle flergangsfødende i Norge blir stimulert med oksytocin for at fødselen skal gå raskere (4). Langsom fremgang kan medføre fare for mor og barn, særlig der det foreligger mekaniske misforhold, eller der livmoren har en svakhet (5). De fleste norske kvinneklinikker og fødeavdelinger har derfor prosedyre som beskriver tidsgrenser for når det foreligger protraisert forløp.

## Ristimulering som tiltak

Stimulering av rier med oksytocin er ett mulig tiltak som skal gjøres på bakgrunn av risvekkelse der annen årsak til manglende progresjon kan utelukkes (6). Oksytocin som ristimulerende medikament blir blandet i saltvannsopløsning og gitt som kontinuerlig intravenøs infusjon.

Ristimulering med oksytocin er forbundet med risiko. Det foreligger risiko for ruptur av livmoren spesielt hos flergangsfødende som tidligere er operert i livmorveggen (7). Stimulering med oksytocin over lengre tid

øker denne risikoen betydelig. Oksytocin brukt på fødende er forbundet med særlig økt risiko for asfyksi hos fosteret (8).

## Norske fødeavdelinger

Oslo universitetssykehus (OUS) har Skandinavias største fødeavdeling, med om lag 10 000 fødsler per år. Fødeavdelingen har virksomhet ved Rikshospitalet (RH) og Ullevål. I 2017 ble 60 prosent av de førstegangs fødende ved RH ristimulert med oksytocin under fødselen. Ved Ullevål var andelen 48 prosent.

Tilsvarende tall for flergangsfødende var 20 prosent ved RH og 8 prosent ved Ullevål (9). Variasjonen mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha flere forklaringer. Det kan handle om tilfeldigheter, risikosentralisering av fødende, variasjoner i registreringspraksis og/eller forskjeller i kvaliteten på fødeinstitusjonene. Det er ofte en kombinasjon av flere av disse faktorene.

## Hensikten med studien

Ved OUS har man prosedyre for når ristimulering skal benyttes, som er anbefalt av Norsk gynekologisk forening i «Veileder for fødselshjelp (2014)» (6). Studier viser imidlertid at oksytocin ofte ikke gis etter de prosedyrene fødeavdelingene har – det gis ofte for tidlig eller for sent i forløpet (10, 11).

Klinisk praksis er kompleks og sammensatt, og på bakgrunn av etiske,

økonomiske og praktiske hensyn må det kontinuerlig evalueres hvilke områder som skal prioriteres for kvalitetsforbedring.

Hensikten med denne studien var å skaffe et grunnlag for å vurdere om tiltak bør prioriteres for å bedre etterlevelsen av prosedyren for ristimulering ved fødeavdelingen ved OUS.

## METODE

### Design

Vi benyttet selvadministrerende spørreskjema (se QR-kode) med bruk av faste svarkategorier og seksdelt Likert-skala (vurderingsskala).

### Utvalg

Populasjonen besto av jordmødre ved Fødeavdelingen OUS (n = 160). Fødeavdelingen består av tre fødeenheter fordelt på to ulike lokalisasjoner. Den ene lokalisasjonen har i tillegg en jordmorstyrt enhet. Pasienter med behov for medikamentell stimulering av rier blir ikke behandlet ved den jordmorstyrte enheten, og derfor inkluderte vi ikke enheten i studien.

### Utvalgsprosedyre og datainnsamlingsprosess

Avdelingslederen, fagutviklings- eller undervisningsjordmoren distribuerte invitasjonen til å delta i studien, inkludert informasjon om undersøkelsen og spørreskjemaet, i perioden juni–juli 2018. Det var satt svarfrist på to uker. De som besvarte skjemaet,

## FAKTA



Skann koden og kom rett til spørreskjemaet for ristimulering på nett.



la dette i en oppsamlingskasse på fødeavdelingen.

### Spørreskjemaet

Vi utviklet skjemaet (se QR-kode) på bakgrunn av avdelingens prosedyre for stimulering av rier (12) og innspill fra fagpersoner. Spørsmålene ble inndelt i fem: del 1: Generell karakteristika, del 2: Åpningsfasen, del 3: Utdrivningsfasen, del 4: Fosterovervåking ved oksytocinstimulering, og del 5: Samarbeid og rapportering. Totalt inngikk det 20 spørsmål i spørreundersøkelsen.

### Avdelingens prosedyre for stimulering av rier

#### I åpningsfasen

Hvis det er manglende fødselsfremgang etter to timer, eller aksjonslinjen krysses, bør tiltak igangsettes (hinnerivning). I partogrammet i det elektroniske fødejournalssystemet er det en varsellinje og en aksjonslinje. Varsellinjen markerer 1 cm per time, og aksjonslinjen er fire timer forskjøvet til høyre for denne.

Etter hinnerivning skal det avventes minst én time før oksytocinstimulering. Hvis det er fremgang i fødselen, avventes stimulering. For å forebygge langsom fremgang anbefales det i avdelingens

prosedyre fødselsfremmende tiltak som en-til-en-omsorg fra en jordmor, stillingsendringer, vannlating og ernæringsinntak (12).

#### I utdrivningsfasen

Aktiv trykking kan avvente i opptil to timer etter fullåpen mormunn dersom hodet ikke er sluttrotert og på bekkenbunn. I denne tiden bør det settes i gang tiltak som hinnerivning, stillingsendring, vannlating og ernæringsinntak. Bryststimulering kan også forsøkes ved risvekkelse. Etter en til to timer med full mormunnsåpning uten at hodet er på bekkenbunnen og uten trykkektrang,

bør oksytocinstimulering vurderes (12).

Stimulering med oksytocin skal dokumenteres ved oppstart av medikamentet og ved endring i medikamentdose. Videre skal jordmørene dokumentere indikasjon for stimulering, hyppighet av rier og klassifisering av kontinuerlig fødselsovervåking (kardiotokografi (CTG) eller ST-analyse (STAN)).

Oksytocinsjekkliste skal følges, og teamlederen (jordmor med teamlederfunksjon) skal konfereres før oksytocindrypp startes. Fosteret skal overvåkes kontinuerlig med CTG/STAN når den fødende blir stimulert med oksytocin (12).

### Etiske betraktninger

Studien er gjennomført etter gjeldende forskningsetiske retningslinjer. Den er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Personvernombudet ved OUS samt ledelsen ved Fødeavdelingen OUS. Alle som deltok i studien, fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt og kontaktinformasjon ved eventuelle spørsmål. Vi understreket at det var frivillig å delta, og svar på skjemaene ble likestilt med samtykke. Alle dataene ble behandlet konfidensielt.

### Dataanalyse

Deskriptive analyser er presentert med frekvens og prosentandel. Fordeling av skår er visualisert med histogram.

## RESULTATER

Det var totalt 99 jordmødre som besvarte skjemaet (99/160; 62 prosent). Studiepopulasjonen er presentert i tabell 1.

### Hinnerivning og oksytocinstimulering ved langsom fremgang

82 av 97 jordmødre (85 prosent; to ikke svart) oppga at de i stor grad, meget stor grad eller svært stor grad / alltid (skår 4, 5 eller 6 på Likert-skalaen) utfører hinnerivning ved manglende fødselsfremgang.

På spørsmål om hvor lenge jordmødrene venter med å starte oksytocinstimulering etter hinnerivning og manglende fødselsfremgang, svarte 14 av 98 jordmødre (14 prosent; én ikke svart) at de starter oksytocinstimulering en time etter hinnerivning ved fortsatt

Tabell 1. Beskrivelse av studiepopulasjonen

	Antall, n = 99 n (%)	Føde 1, n = 38 n (%)	Føde 2, n = 43 n (%)	Føde 3, n = 18 n (%)
<b>Bakgrunnsvariabler</b>				
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	97 (98)	38 (100)	43 (100)	15 (89)
Menn	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (11)
<b>Alder</b>				
23–30 år	14 (14)	5 (13)	8 (19)	1 (6)
31–40 år	38 (38)	14 (37)	19 (44)	5 (28)
41–50 år	22 (22)	8 (21)	11 (26)	3 (17)
51–60 år	20 (20)	10 (26)	4 (9)	6 (33)
60+ år	4 (4)	0 (0)	1 (2)	3 (17)
Missing	1 (1)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
<b>Arbeids erfaring</b>				
0–5 år	40 (40)	13 (34)	23 (54)	4 (22)
5–10 år	15 (15)	4 (11)	7 (16)	4 (22)
10–15 år	18 (18)	10 (26)	7 (16)	1 (6)
15–20 år	12 (12)	6 (16)	4 (9)	2 (11)
20+ år	14 (14)	5 (13)	2 (5)	7 (39)
<b>Stillingsforhold</b>				
Fast stilling	84 (85)	30 (79)	39 (91)	15 (83)
Vikariat	15 (15)	8 (21)	4 (9)	3 (17)
Ekstravakt	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

manglende fødselsfremgang. 79 jordmødre (81 prosent) rapporterte at de avventer i en til tre timer, mens 5 (5 prosent) rapporterte å avvente under en time.

### Ikke-medikamentelle tiltak og bryststimulering

Alle jordmødrene i studien besvarte spørsmål om i hvilken grad jordmønnen iverksetter fødselsfremmende tiltak som stillingsendringer, vannlating og energiinntak for å forebygge langsom fremgang. Samtlige svarte at de i stor grad, meget stor grad eller svært stor grad / alltid (skår 4, 5 eller 6 på Likert-skalaen) anvender ikke-medikamentelle metoder for å forebygge langsom fremgang.

Seksti prosent av jordmødrene oppga at de i svært liten grad / sjelden, meget

liten grad eller liten grad (skår 1, 2 eller 3 på Likert-skalaen) benytter bryststimulering i utdrivningsfasen.

### Aktiv trykking i utdrivningsfasen

Alle jordmødrene besvarte spørsmå-

.....

«Hvis det er manglende fødselsfremgang etter to timer, eller aksjonslinjen krysses, bør tiltak igangsettes (hinnerivning).»

let om hvor lenge de avventer aktiv trykking dersom mormunnen er åpen for 10 cm, men hodet ikke er sluttrotert og på bekkenbunnen. Åttisju

jordmødre (88 prosent) svarte at de avventer aktiv trykking i to timer. Fire jordmødre (4 prosent) oppga at de venter i én time, og sju jordmødre (7 prosent) avventet i tre timer. Én jordmor (1 prosent) rapporterte å avvente i fire timer.

### Fosterovervåking og klassifisering av CTG

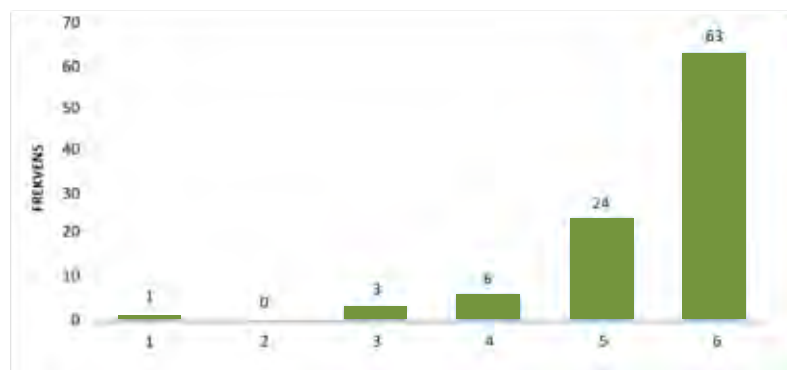
Nittisju jordmødre (2 ikke svart) rapporterte at de i meget stor grad eller svært stor grad / alltid (skår 5 eller 6 på Likert-skalaen) benytter kontinuerlig fosterovervåking når kvinnen stimuleres med oksytocin. Majoriteten (69 prosent) oppga at de i svært stor grad / alltid (skår 6 på Likert-skalaen) klassifiserte CTG før endring av oksytocindose (figur 1).

### Oksytocinsjekkliste og samhandling med kolleger

Om lag en tredel av jordmødrene (34 prosent; 9 ikke svart) rapporterte at de i svært liten grad / sjelden, meget liten grad eller liten grad (skår 1, 2 eller 3 på Likert-skalaen) benytter sjekkliste ved oksytocinstimulering (figur 2). Spørsmålet om i hvilken grad jordmønnen konfererer med en jordmor eller med teamlederfunksjon eller lege før oppstart av oksytocindrypp, ble besvart av 92 jordmødre (7 ikke svart).

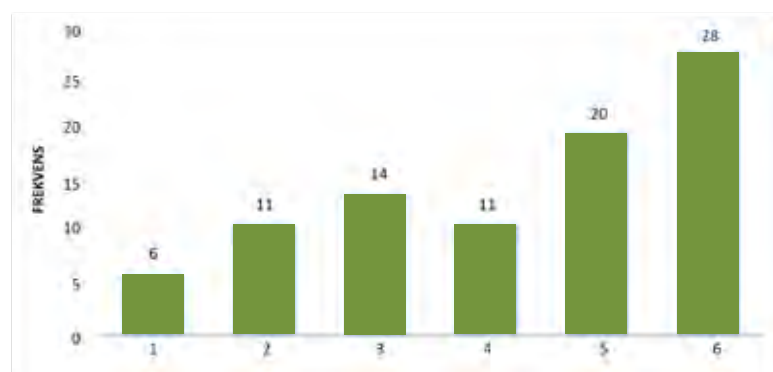
De fleste jordmødrene (90 prosent) oppga at de i stor grad, meget stor grad eller svært stor grad / alltid (skår 4, 5 eller 6 på Likert-skalaen) konfererer med en jordmor med teamlederfunksjon eller lege før oppstart av oksytocinstimulering.

Figur 1. Klassifisering av CTG



I hvilken grad jordmor klassifiserer kardiokografi (CTG) før endring av oksytocindose (1 = svært liten grad / sjelden, 2 = meget liten grad, 3 = liten grad, 4 = stor grad, 5 = meget stor grad, 6 = svært stor grad / alltid)

Figur 2. Bruk av oksytocinsjekkliste ved stimulering av rier



(1 = svært liten grad / sjelden, 2 = meget liten grad, 3 = liten grad, 4 = stor grad, 5 = meget stor grad, 6 = svært stor grad / alltid)

### DISKUSJON

Studien viser at jordmødre rapporterer å etterleve avdelingens prosedyre for ristimulering på flere områder, men at det er utfordringer knyttet til tidspunktet for oppstart av oksytocinstimulering, klassifiseringen av CTG ved endring av oksytocindose og bruken av sjekkliste ved oksytocinstimulering.

### Bruk av ikke-medikamentelle tiltak og hinnerivning

Studien viste at samtlige jordmødre i stor grad oppga at de benytter



ikke-medikamentelle tiltak som stillingsendringer, vannlating og energinntak for å forebygge langsom fremgang i åpningsfasen, mens kun 40 prosent benytter i samme grad bryststimulering som ristimulerende tiltak i utdrivningsfasen. Resultatene kan antyde at jordmødrene velger å benytte medikamentell ristimulering i utdrivningsfasen fremfor bryststimulering.

Å benytte medikamentell ristimulering fremfor ikke-medikamentelle intervensjoner i fødsel kan skyldes ulikheter i kultur, holdninger og vanner blant helsepersonellet (13). Det bør utvises forsiktighet med å overføre overvåking og intervensjoner til fødsler som i utgangspunktet ikke anses som kompliserte (14).

Majoriteten av jordmødrene (85 prosent) rapporterte at de utfører hinnerivning ved manglende fødselsfremgang etter to timer, eller dersom aksjonslinjen krysses. En mindre andel (15 prosent) oppga at de ikke utfører hinnerivning i henhold til avdelingens prosedyre for ristimulering. Det kan bety at jordmødrene er uenig i anbefalingen eller har manglende kjennskap til prosedyren.

Manglende etterlevelse av prosedyrer gir økt risiko for uønskede hendelser. I perioden fra 1. juli 2012 til utgangen av 2013 mottok Meldeordningen i Helsedirektoratet 692 meldinger om hendelser som hadde oppstått i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid i spesialisthelsetjenesten. Majoriteten av hendelsene (226 hendelser) var knyttet til manglende etterlevelse av retningslinjer, prosedyrer eller veiledere. (15).

### **Oksytocinstimulering og fosterovervåking**

Fosterovervåking ved oksytocinstimulering ble rapportert å være i henhold til prosedyren for stimulering av rier. Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud» angir kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Norge (14).

Ifølge kravene skal alle fødeenheter som tar imot kvinner med risiko, ha avansert utstyr for fosterovervåking som inkluderer fosterovervåking i form av

CTG med skalpblodprøve eller med ST-analyse. Det er viktig at jordmoren sørger for at både den fødende og barnet overvåkes på en forsvarlig måte under fødselen (16).

De fleste jordmødrene rapporterte at de klassifiserer CTG ved endring av



**«Resultatene kan antyde at jordmødrene velger å benytte medikamentell ristimulering i utdrivningsfasen fremfor bryststimulering.»**

oksytocindose. Likevel er det noen få som ikke gjør det. Å klassifisere CTG er viktig dokumentasjon og en del av pasientjournalen. Pasientjournalen skal fungere som et arbeidsverktøy for helsepersonellet og skal i tillegg gi pasienter og tilsynsmyndigheten anledning til å få innsyn i den helsehjelpen som er gitt.

Journalen er også sentral når andre behandlere trenger kunnskap om hvilken helsehjelp pasienten har fått. Journalføringen bør derfor gi et dekkende bilde av den helsehjelpen som er gitt, og vise hvilke vurderinger som ligger til grunn for behandlingen.

### **Oksytocinsjekkliste og samhandling**

En av tre jordmødre rapporterte at de benyttet sjekkliste ved oksytocinstimulering i sjelden til liten grad. Sjekklistene brukes til å strukturere helsepersonellens tilnærming til pasienten gjennom et sett standardspørsmål, og skal sikre at prosedyren etterleves. Avdelingens sjekkliste for oksytocinstimulering fremkommer i dag som et vedlegg til prosedyren i e-håndbok på helseforetakets intranettside (12).

I meldingen til Stortinget «En innbygger – én journal» (17) fremkommer det at beslutningsstøtte til helsepersonellet, som for eksempel sjekklistene, bør inngå i pasientjournalssystemet for å hjelpe helsepersonellet til å ta riktige beslutninger.

Forskning i USA viser at bruk av slike systemer bedrer pasientsikkerheten (18). Å utvikle brukerstøttefunksjoner





» i fødejournalssystemet vil kunne bidra til at prosedyren etterleves bedre, og danne tallgrunnlaget for å styre ytterligere tiltak.

Majoriteten av jordmødrene rapporterte at de konfererer med en jordmor med teamlederfunksjon eller lege før oppstart av oksytocinstimulering. Helsepersonell skal innrette seg etter sine kvalifikasjoner og samarbeide med annet helsepersonell når det er nødvendig (16). Ifølge nasjonale retningslinjer anbefales det at omsorg til kvinner med normale fødsler bør gis av jordmøren (19).

Jordmøren kan selvstendig overvåke og lede fødselen hvis den forløper uten komplikasjoner. Dersom dette ikke er tilfellet, skal jordmøren samhandle med legen, enten ved å informere eller be vakthavende lege komme til fødestuen for å vurdere pasienten. Det er god praksis at jordmøren samarbeider med fødselslegen i de fødslene som blir stimulert, eller der det foreligger andre risikofaktorer.

### Studiens svakheter

Vi benyttet selvadministrerende spørreskjemaer til å hente inn dataene. Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål om atferd som kan virke truende ved at respondenter føler seg kontrollert for om de følger prosedyren eller ikke. Svarene kan derfor påvirkes i den retningen prosedyren tilsier, noe som eventuelt kan medføre en overrapportering (20).

I tillegg ser vi at respondenterne har manglet noen svaralternativer og muligheter for å utdype svarene. Det er videre mulig at enkelte av begrepene som er benyttet i spørreskjemaene, ikke er klart nok definert til å kunne fungere som presise svaralternativer. Dette er metodiske svakheter som sannsynligvis har påvirket resultatene.

I spørreundersøkelsen var det et frafall på 38 prosent. Det var store forskjeller på jordmødrenes interesse for undersøkelsen og temaet. Noen viste betydelig interesse, mens andre viste liten eller ingen interesse.

Det er ikke urimelig å anta at denne variasjonen i interesse også er gjenspeilet i utvalget, og dermed også i

resultatene. Vi mener likevel at undersøkelsen gir et grunnlag for å vurdere tiltak for å bedre etterlevelsen av prosedyren om ristimulering ved fødeavdelingen ved OUS.

### KONKLUSJON

Kartleggingen har vist at jordmødrene rapporterer at de følger avdelingens prosedyre for ristimulering på



## «Fosterovervåking ved oksytocinstimulering ble rapportert å være i henhold til prosedyren for stimulering av rier.»

flere områder, men at de har utfordringer med tidspunktet for oppstart av oksytocinstimulering etter hinnerivning, klassifiseringen av CTG ved endring av medikamentdose og bruken av sjekklister ved oksytocinstimulering.

Resultatene er imidlertid selvrapporterte, og den rapporterte etterlevelsen av fødeavdelingens prosedyre for ristimulering kan være overestimert. Vi mener likevel at resultatene er viktige som grunnlag for å prioritere områder for videre arbeid knyttet til etterlevelse av prosedyren. ●

*Mari Elisenberg og Marthe Regine Staubo har delt førsteforfatterskap.*

### REFERANSER

- Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):933–8.
- Rossen J, Okland I, Nilsen OB, Eggebo TM. Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric interventions? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(10):1248–55.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;5:Cd000331.
- Folkehelseinstituttet. Statistikkbanken for Medisinsk fødselsregister (MFR). Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (nedlastet 12.11.2018).
- Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(6):Cd0007123.
- Eggebo TM, Rossen J, Ellingsen L, Heide HC, Muneer S, Westad S. Stimulering av rier. I: *Norsk gynekologisk forening, red. Veileder i fødselshjelp.* Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselsjelp-2014/Stimulering-av-rier/> (nedlastet 30.09.2019).
- Vilchez G, Nazeer S, Kumar K, Warren M, Dai J, Sokol RJ. Contemporary epidemiology and novel predictors of uterine rupture: a nationwide population-based study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(5):869–75.
- Berglund S, Pettersson H, Cnattingius S, Grunewald C. How often is a low Appgar score the result of substandard care during labour? *BJOG.* 2010;117(8):968–78.
- Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer. Ristimulering under fødsel. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsels-ristimulering-under-fodsels-ved-omsorg-til-nyfodte-barn> (nedlastet 11.11.2018).
- Bernitz S, Olan P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery.* 2014;30(3):364–70.
- Gaudernack LC, Frosile KF, Michelsen TM, Voldner N, Lukasse M. De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers – a prospective intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):76.
- Oslo universitetssykehus. Stimulering av rier. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/59148/fields/23> (nedlastet 11.11.2018).
- Hollowell J, Li Y, Malouf R, Buchanan J. Women's birth place preferences in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):213.
- Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo; 2010. IS-1877. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/produkter?letter=DEF&tema=nasjonal\\_veileder](https://www.helsedirektoratet.no/produkter?letter=DEF&tema=nasjonal_veileder) (nedlastet 11.11.2018).
- Saastad E, Kirschner R, Flesland, Ø. Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid Oslo: Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. Læringsnotat fra Meldeordningen. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/uonskede-hendelser-under-svangerskap-fodsels-og-barseltid/U%20C%20B%20B%20hendelser%20Under%20Os%20svangerskap%201%20C%20B%20B%20og%20barseltid.pdf> (nedlastet 30.09.2019).
- Lov 2. juli 1990 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 11.11.2018).
- Meld. St. 9 (2012–2013). En innbygger – en journal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
- Wolfstadt JI, Gurwitz JH, Field TS, Lee M, Kalkar S, Wu W, et al. The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2008;23(4):451–8.
- Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Oslo; 2010. IS-1815. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/om-nettstedet/inholdet-er-arkivert> (nedlastet 11.11.2018).
- Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.



SYKEPLEIEN FORSKNING

# SEND INN DIN FORSKNINGSARTIKKEL!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfelleverdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

## VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Skann koden!

Les mer i forfatterveiledningen

QR-KODE

Forfatterveiledning for forskningsartikkel



sykepleien.no/forskning



**PÅKJENNING: Kateterrelaterte infeksjoner i blodbanen (KRIBB) er en fryktet komplikasjon hos nyfødtkirurgiske barn med sentralt venekateter. Illustrasjonsfoto: Lotta Thunholm / Mostphotos**



**FORFATTERE**

**Espen Helvig**  
Barne- og fagutviklingssykepleier,  
Kirurgisk barnepost 2, Oslo universitetssykehus

**Ragnhild Emblem**  
Professor emerita, Universitetet i Oslo

**Henrik Røkkum**  
Lege i spesialisering, Avdeling for gastro- og  
barnekirurgi, Oslo universitetssykehus

**Ingrid Helen Ravn**  
Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helse-  
fremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

**NØKKELORD**

- Kateterrelatert infeksjon
- Nyfødte
- Dokumentasjon
- Casekontroll

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2020.79952

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Kateterrelaterte infeksjoner i blodbanen (KRIBB) er en fryktet komplikasjon hos nyfødtkirurgiske barn med sentralt venekateter. Infeksjoner kan medføre en påkjenning for barnet og de pårørende i form av smerter, ubehag, komplikasjoner, forsinket tilknytning og utvikling og i verste fall død. Å registrere behandlingsrelaterte infeksjoner er en viktig del av kvalitetsarbeidet, og det er gjort få studier som omhandler sykepleiedokumentasjon av symptomer og tegn på KRIBB.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å kartlegge dokumentasjonspraksisen og se på hvilke symptomer og tegn sykepleiere dokumenterer hos en gruppe nyfødtkirurgiske pasienter med og uten KRIBB. Målet med studien er å kartlegge og evaluere sykepleiedokumentasjonen, noe som kan bidra til økt kunnskap om, forebygging og bedre behandling av KRIBB. Studien har følgende forsknings spørsmål: Hvordan dokumenterer sykepleiere kliniske observasjoner som gir mistanke om kateterrelatert infeksjon i blodbanen hos et nyfødtkirurgisk barn?

**Metode:** Vi utførte en pilotstudie med retrospektiv case-kontrolldesign gjennomført med deskriptive analyser. Vi benyttet et selvutviklet kartleggingsskjema til å samle inn data fra skriftlige og elektroniske observasjonsskjemaer, kurveark og sykepleiejournaler i pasientdokumentasjonssystemet DIPS og Metavision. Utvalget hadde fem barn i KRIBB-gruppen og ti barn i kontrollgruppen.

**Resultater:** Puls og temperatur var hyppigst dokumentert i begge gruppene. Tre av fem barn i KRIBB-gruppen hadde dokumentert feber. Det var ikke dokumentert feber i kontrollgruppen. Kliniske infeksjonstegn var hyppigst dokumentert i KRIBB-gruppen. Observasjoner av innstikkssted for sentralt venekateter ved bandasjeskift og barnets atferd var hyppigst dokumentert i kontrollgruppen.

**Konklusjon:** Dokumentasjon av feber er symptom som tydeligst skiller KRIBB-gruppen fra kontrollgruppen. Det totale antallet dokumenterte registreringer på kliniske infeksjonstegn er høyere i KRIBB-gruppen enn kontrollgruppen. Det kan indikere at feber er utslagsgivende for hvilke kliniske infeksjonstegn som blir observert og dokumentert i det videre pasientforløpet. En rekke observasjoner var ikke dokumentert i noen av gruppene, og det som ble dokumentert, kan virke tilfeldig og usystematisk.



# Kateterrelatert infeksjon i blodbanen hos nyfødtkirurgiske barn

Sykepleiere registrerte flere kliniske infeksjonstegn hos barn med kateterrelatert infeksjon i blodbanen (KRIBB) enn hos barn uten. Likevel ble ikke alle observasjonene dokumentert.



**N**eonatale infeksjoner forårsaker høy morbiditet og mortalitet hos nyfødte (1), og 3,8 prosent av alle nyfødte i Norge får hvert år antibiotikabehandling av kortere eller lengre varighet (2).

## Hva er KRIBB?

Kateterrelatert infeksjon i blodbanen (KRIBB) hos nyfødte er en påkjenning for barnet og pårørende i form av smerter og ubehag, økt risiko for komplikasjoner, forlenget liggetid på sykehus, forsinket tilknytning og utvikling, og i verste fall død (3). KRIBB gir økt belastning på helsetjenesten. Arbeidet med å redusere KRIBB er en del av kvalitetsarbeidet på sykehus, og forekomsten av infeksjoner er en kvalitetsindikator (3).

En viktig del av kvalitetsarbeidet er at sykepleiere har kompetanse til å kunne observere, vurdere og dokumentere symptomer på kateterrelaterte infeksjoner i blodbanen (4). Det er vanskelig å gjenkjenne symptomer på klinisk forverring hos nyfødte, men avgjørende for å unngå et pasientforløp med alvorlige eller dødelige utfall (5).

Infeksjon hos nyfødte gir ikke alltid utslag på blodprøver (6). Det har ikke lyktes oss å finne studier som ser på sykepleiedokumentasjonen ved mistanke om KRIBB-infeksjoner, men enkelte studier viser til mangelfull dokumentasjon av observasjoner hos kritisk syke pasienter (4).

## Problemstilling og forskningsspørsmål

Det eksisterer få skåringsverktøy som kan gjenkjenne tidlig alvorlig sykdom eller tilstand hos nyfødte (7). Å systematisere sykepleiedokumentasjonen av

symptomer og tegn kan forenkle diagnostiseringen av KRIBB, skille KRIBB fra andre infeksjoner og gi bedre behandling, men kan ikke nødvendigvis redusere antallet infeksjoner (8).

Grunnet få tilgjengelige studier som omhandler kvaliteten på sykepleiedokumentasjon av symptomer og tegn på KRIBB, stilte vi følgende forskningsspørsmål: Hvordan dokumenterer sykepleiere kliniske observasjoner som kan gi mistanke om kateterrelatert infeksjon i blodbanen hos et nyfødtkirurgisk barn?

## HENSIKTEN MED STUDIEN

Studiens hensikt var å kartlegge dokumentasjonspraksis med mål om å bidra til økt kunnskap om, forebygging av og bedre behandling av KRIBB. Sykepleiere har både et faglig og juridisk ansvar for å dokumentere sykepleie og behandling i pasientjournalen. Dokumentasjonen skal, etter lov, inneholde systematiske nedtegnelser av observasjoner, tiltak, vurderinger og resultat (9, kap. 8).

Monitorering av vitale tegn som temperatur, puls, blodtrykk, respirasjon og barnets atferd er parametere som gir viktig informasjon om barnets medisinske status. Disse vurderingene må, sammen med observasjoner av innstikkssted til sentralt venekateter (SVK), dokumenteres nøyaktig og konsist (10). Små forandringer kan være tegn på alvorlig infeksjon hos nyfødtkirurgiske barn (11).

## Når skal KRIBB mistenkes?

KRIBB skal mistenkes når barnet har SVK og det påvises sepsis uten annen påvist infeksjonsstatus. Centers for Disease and Prevention (CDC) i USA har følgende

kriterier for overvåkning og diagnostisering av mulig KRIBB (12, 13):

- Pasienten har en patogen bakterie i en eller flere blodkulturer der bakterien ikke er relatert til infeksjon et annet sted på eller i organismen.
- Pasienten har minst ett av følgende kliniske funn: feber (>38,0 °C), frysninger (hypotermi) og unormalt lavt blodtrykk (hypotensjon).
- Pasienter <1 år har, i tillegg til kriteriene over, ett eller flere av følgende tegn eller symptomer: feber, frostrier, apné eller bradykardi.

## METODE

### Design

Studien hadde et retrospektivt beskrivende case-kontrolldesign, der vi har kartlagt dokumentasjonen av symptomer og tegn hos nyfødtkirurgiske barn med og uten kateterrelaterte infeksjoner i blodbanen.

### Utvalg

Studien ble gjennomført på en sengepost og to intensivheter ved et sykehus med flerregionsfunksjon i nyfødtkirurgi. Studien er en del av en større kvalitetsstudie som undersøkte prevalensen av KRIBB hos nyfødtkirurgiske pasienter med diagnosene gastroskisis, omfalocelle, medfødt diafragmahernie og duodenalatresi (se faktaboks senere i artikkelen) i perioden 1. januar 2014–1. juli 2016.

Tidsrammen og populasjonen var den samme i begge studiene. Det var individuelle forskjeller i sykdommens alvorlighetsgrad, og sykepleier-pasient-ratioen og antallet spesialsykepleiere på de aktuelle avdelingene varierte. Felles for de nyfødte barna i studien var at de ofte

## FAKTA



**Vedlegg 1: Skann koden og kom rett til kartleggings-skjemaet på nett.**



**Vedlegg 2: Skann koden og kom rett til godkjenningen fra personvernombudet på nett.**



trengte langvarig parenteral ernæring og medisiner via et SVK (14, 15).

I prevalensstudien fikk fem barn påvist kateterrelatert infeksjon i blodbanen etter CDCs kriterier (13). Disse fem barna utgjorde KRIBB-gruppen i studien. Kontrollgruppen besto av ti pasienter matchet og plukket ut etter følgende identiske kriterier:

- samme diagnose, kjønn og sentralt venekateter

Følgende kriterier skulle være så identiske som mulig:

- gestasjonsalder, fødselsvekt og antall døgn med sentralt venekateter

### Datasamling

Datasamlingen ble gjennomført våren 2017. Fordi egnede, validerte skjemaer ikke var tilgjengelig, benyttet vi et selvutviklet skjema for å kartlegge relevante data. Skjemaet tok utgangspunkt i kliniske infeksjonstegn nevnt under punkt 2 og 3 på CDCs kriterieliste. Punkt 1 er ikke relevant for denne studien.

Følgende data ble hentet ut fra skriftlige og elektroniske observasjonsskjemaer, kurveark og sykepleiejournaler i pasientdokumentasjonssystemet DIPS og Metavision:

- bakgrunnsdata: diagnose, kjønn, fødselsvekt, gestasjonsalder
- kliniske infeksjonstegn, der mest avvikende verdi ble registrert: temperatur, puls, blodtrykk, apné, respirasjonsfrekvens, frostrier
- kliniske sykepleieobservasjoner av barnets atferd: urolig, utilpass, irritable, tilfreds, annet
- totalt antall dokumenterte stell av SVK over to uker
- beskrivelse av innstikkssted for SVK, fra siste dokumenterte bandasjeskift i løpet av to uker: blødning/blodsiving, fuktighet, rødhet, reaksjonsløst (ingen tegn til infeksjon), seponert, annet

I kartleggings-skjemaet (vedlegg 1, se QR-kode) er følgende referanseverdier benyttet:

Feber er definert som dokumentert temperatur over 38,0 °C (16). Bradykardi er definert som dokumentert puls under 80 s/min, og takykardi som dokumentert puls over 160 s/min (17, 18). Blodtrykk har normalområde systolisk 80 (60–100) og diastolisk 45 (35–55), og hypotensjon er

respirasjonsfrekvens høyere enn normalområdet i hvile (18). Apné er respirasjonsstans lenger enn 20 sekunder (19).

Pasientdata, med unntak av bakgrunnsdata, er hentet fra en tidsperiode på 14 dager i pasientforløpet (figur 1). For KRIBB-gruppen er dette 14 dager før påvist infeksjon i blodkulturen. I kontrollgruppen er dette de siste 14 dagene før kateteret ble seponert. Tidsperioden er valgt for å kunne observere tidlige symptomer på infeksjon og identifisere dokumentasjon på minst ett bandasjeskift og observere SVK-innstikksstedet.

De mest avvikende kliniske infeksjonstegnene ble registrert de siste 24 timene før

- påvist infeksjon i blodkulturen hos KRIBB-gruppen
- seponering av sentralt venekateter hos kontrollgruppen

### Analyse

Vi gjennomførte deskriptive analyser med gjennomsnitt, prosent og standardavvik ved hjelp av IBM SPSS 23. Resultatene ble ikke signifikantstestet fordi utvalgene var små.

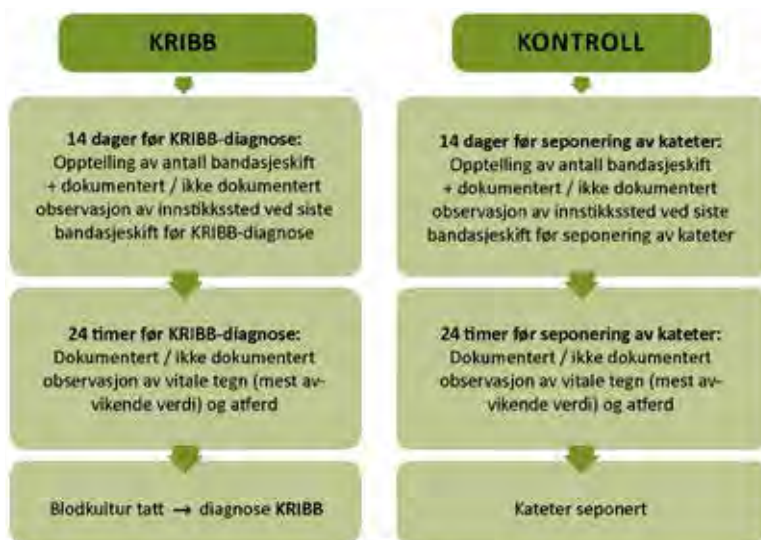
### Godkjenninger

Studien er en kvalitetsstudie, godkjent av

definert som lavere enn laveste normalområde (17).

Respirasjonsfrekvens har normalområde 25–66/min, takypné er definert som

**Figur 1.** Flytskjema for datainnsamling i KRIBB- og kontrollgruppen



sykehusets personvernombud (vedlegg 2, se QR-kode).

## RESULTATER

### Bakgrunnsdata

Bakgrunnsdataene er fremstilt i tabell 1. Det er overvekt av gutter i begge gruppene. Gjennomsnittsvekten var henholdsvis 2840 gram i KRIBB-gruppen og 2280 gram i kontrollgruppen. Barna i KRIBB-gruppen hadde i gjennomsnitt SVK i 26 døgn, kontrollgruppen hadde et gjennomsnitt på 16 døgn.

### Kliniske infeksjonstegn

#### Temperatur

Temperaturen ble dokumentert på samtlige barn i KRIBB-gruppen (tabell 2). Over halvparten i gruppen hadde en temperatur som ble målt til over 38 °C. I kontrollgruppen manglet det dokumentasjon av temperaturen på to av barna, mens de resterende barna var dokumentert afebrile.

#### Puls

I KRIBB-gruppen var puls dokumentert hos fire av fem barn, hvorav ett tilfelle ble dokumentert som bradykardi og ett som takykardi. I kontrollgruppen var puls dokumentert hos tre av ti barn, hvor samtlige tre var innenfor normalområdet. Hos sju av barna i kontrollgruppen var puls ikke dokumentert.

#### Blodtrykk

Blodtrykket var dokumentert hos to av fem barn i KRIBB-gruppen, hvorav ett var registrert med hypertensjon. Ingen barn i gruppen hadde dokumentert hypotensjon. Ingen barn i kontrollgruppen hadde dokumentert blodtrykk.

#### Respirasjonsfrekvens

Respirasjonsfrekvens var dokumentert hos fire av fem i KRIBB-gruppen, hvorav ett barn hadde takypné. I kontrollgruppen var det dokumentert respirasjonsfrekvens hos tre av ti pasienter. Også her hadde et barn takypné. Det var ikke dokumentert apneer, frysninger eller frostrier i noen av gruppene.

#### Bandasjeskift og funn ved innstikkssted

Det var dokumentert minst ett bandasjeskift hos samtlige barn i

Tabell 1. Bakgrunnsdata

	KRIBB-gruppe (n = 5) (%)	Kontrollgruppe (n = 10) (%)
<b>Kjønn</b>		
Gutt	4 (80)	9 (90)
<b>Fødsel</b>		
Vaginal	4 (80)	6 (60)
Keisersnitt	1 (20)	4 (40)
<b>Fødselsvekt – gram</b>		
gj. snitt (SD)	2840 (522,1)	2280 (499,2)
<b>Gestasjonsalder – uker + dager</b>		
gj. snitt (SD)	37 + 3 (2,1)	37 + 1 (1,75)
<b>Grunnsykdom</b>		
Dudenalatresi	1 (20)	2 (20)
Gastroskisis	2 (40)	4 (40)
Omfaloccele	2 (40)	4 (40)
<b>Katetertype</b>		
Perkutan	3 (60)	6 (60)
Nutricath	1 (20)	2 (20)
Longline	1 (20)	2 (20)
<b>Lokalisasjon</b>		
vena jug. int. dxt <sup>1</sup>	3 (60)	7 (70)
vena subclavia dxt <sup>2</sup>	1 (20)	0
vena subclavia sin <sup>3</sup>	0	1 (15)
vena femoralis dxt <sup>4</sup>	1 (20)	0
Perifer vene	0	1 (15)
<b>Avdeling der infeksjonen oppsto</b>		
Nyfødt	1 (20)	
Barneintensiv	2 (40)	
Kirurgisk barnepost	2 (40)	
<b>SVK<sup>5</sup>-komplikasjoner</b>		
Lekkasje	1 (20)	1 (10)
Trombose	1 (20)	0
Blokade / tett løp	0	2 (20)
Ingen komplikasjoner	3 (60)	7 (70)
<b>Døgn med SVK</b>		
gj. snitt (SD)	26 (28,5)	16,1 (13,5)

<sup>1</sup>Vena jugularis interna dexter

<sup>2</sup>Vena subclavia dexter

<sup>3</sup>Vena subclavia sinister

<sup>4</sup>Vena femoralis dexter

<sup>5</sup>Sentralt venekateter

Tabell 2. Kliniske infeksjonstegn

	KRIBB-gruppe (n = 5) (%)	Kontrollgruppe (n = 10) (%)
<b>Rektal temperatur</b>		
>38,0 °C	2 (40)	0
<38,0 °C	2 (40)	6 (60)
<b>Aksillær temperatur</b>		
>38,0 °C	1 (20)	0
<38,0 °C	0	2 (20)
Ikke dokumentert	0	2 (20)
<b>Puls</b>		
Bradykardi <80	1 (20)	0
Normalområde	2 (40)	3 (30)
Takykardi >160	1 (20)	0
Ikke dokumentert	1 (20)	7 (70)
<b>Blodtrykk</b>		
Høyt	1 (20)	0
Normalt	1 (20)	0
Ikke dokumentert	3 (60)	10 (100)
<b>Respirasjonsfrekvens</b>		
Takypné >66 per min.	1	1
Normal	3	2
Ikke dokumentert	1	7
<b>Apné</b>		
Nei	2 (40)	1 (10)
Ikke dokumentert	3 (60)	9 (90)
<b>Frostrier</b>		
Ikke dokumentert	5	10

KRIBB-gruppen, men kun dokumentert observasjoner av innstikkssted hos to av fem barn. Et av barna fikk dokumentert rødhet ved innstikksstedet for SVK, og kateteret ble seponert. Det andre barnet fikk beskrevet innstikksstedet som reaksjonsløst.

I kontrollgruppen var det dokumentert minst ett bandasjeskift hos samtlige barn. Åtte av ti barn fikk innstikksstedet beskrevet, hvorav sju ble dokumentert som reaksjonsløst og ett med blødning/blodsiving. Et barn fikk kateteret seponert uten beskrivelse.

Hypigheten av bandasjeskift var i gjennomsnitt 1,8 (= 2) på to uker i begge gruppene.

### Kliniske observasjoner av atferd

I KRIBB-gruppen var observasjoner av atferd dokumentert hos kun én pasient som fikk beskrivelsen tilfreds/fornøyd. I kontrollgruppen var atferd dokumentert hos samtlige barn, hvorav fem var beskrevet som tilfredse/fornøyde, fire som urolige og en som utilpass.

### DISKUSJON

Denne pilotstudien undersøkte hvordan sykepleiere dokumenterer kliniske infeksjonstegn som gir mistanke om KRIBB hos nyfødtkirurgiske barn med og uten infeksjon. Puls og temperatur var hyppigst dokumentert i begge gruppene. Kliniske infeksjonstegn var hyppigst dokumentert i KRIBB-gruppen, men observasjoner av innstikkssted for sentralt venekateter ved bandasjeskift og barnets atferd ble hyppigst dokumentert i kontrollgruppen.

### Kliniske infeksjonstegn

#### Temperatur

Temperaturen var dokumentert på samtlige barn i KRIBB-gruppen. Feber er ofte det første, og noen ganger det eneste, kliniske tegnet som gir mistanke om infeksjon hos barn under tre måneder (1, 3, 11, 16, 17). Åtte av pasientene i kontrollgruppen hadde dokumentert temperatur, men ingen hadde feber.

Det høye antallet dokumenterte temperaturmålinger i begge gruppene

## Begrepsforklaringer

**Gastrokisis:** Ved mangelfull lukning av bukveggen i fosterlivet kan deler av tarmen og andre bukorganer bli liggende utenfor bukhulen. Barnet blir født med et hull i bukveggen, som regel til høyre for selve navlesnoren. Gjennom dette hullet kommer bukorganene ut og blir liggende ubeskyttet.

**Omfaloccele:** Ved mangelfull lukning av bukveggen i fosterlivet kan deler av tarmen og andre bukorganer ligge herniert (som ved et brokk) ut gjennom bukveggen. Tarmene og eventuelt andre bukorganer ligger i en celesekk bestående av navlestrengens normale hinner.

**Duodenal obstruksjon / duodenal-atresi:** Ved duodenal obstruksjon eller duodenal-atresi er det enten en forsnævring eller et totalt avløpshinder i tolvfingertarmen.

**Medfødt diafragmahermia (Congenital Diaphragmatic Hernia (CDH)):** Herniering av bukorganene opp i thoraks gjennom en medfødt defekt i diafragma som medfører betydelig påvirket lungefunksjon.

**Takykardi:** Rask hjerteaktivitet.

**Bradykardi:** Langsom hjerteaksjon.

**Takypné:** Det samme som unormalt raskt åndedrett. Dette registreres ved at man teller antallet åndedrag per minutt – respirasjonsfrekvensen. Respirasjonsfrekvensen inngår som et viktig ledd i vurderingen av hvor alvorlig syk en pasient er.

**Apné:** En pause i, eller en total stans av, aktiviteten til respirasjonsmuskulene, noe som fører til at det også blir en pause i, eller total stans av, lungenes ventilasjon.

**Peristaltikk:** Rytmiske sammentrekninger i muskellagene i fordøyelseskanalen og andre hulorganer. De vanligste peristaltiske sammentrekningene vandrer som bølger langs hulorganet og driver innholdet (for eksempel tarminnholdet) fremover.

*Kilder: Christoffersen R, Lackgren G, Stenberg A (14) og Store medisinske leksikon*

kan indikere at en slik måling er en god rutine på alle de tre avdelingene i denne studien. Forskning viser at barn i nyfødt alder kan ha alvorlige infeksjoner også uten feber. At bare tre av fem barn i KRIBB-gruppen hadde

dokumentert feber før diagnostetidspunktet, kan således være et funn i tråd med litteraturen (1, 3, 16, 17).

### Puls

Pulsen var dokumentert hos fire av barna i KRIBB-gruppen, hvor et av tilfellene var bradykardi og ett var takykardi. Funnene støttes av litteraturen, der både bradykardi og takykardi nevnes som symptomer på sepsis (1, 11, 20). I den medisinske litteraturen finner man at takykardi er et tidlig tegn på sepsis hos spedbarn, ettersom disse barna har evnen til å øke pulsrytmen for å kompensere for blodtrykkssallet (11, 16, 20).

I kontrollgruppen var pulsen dokumentert hos kun tre barn, hvorav ett barn hadde takykardi uten noen åpenbar årsak. Totalt er andelen dokumenterte pulsregistreringer høyere i KRIBB-gruppen enn kontrollgruppen, noe som kan indikere at barna i KRIBB-gruppen har blitt vurdert som sykere.

### Blodtrykk

Bare to av fem barn i KRIBB-gruppen hadde et dokumentert blodtrykk, og ingen av barna hadde dokumentert hypotensjon. Ifølge litteraturen (1, 11, 17, 20) er blodtrykkssfall et sent tegn på sepsis hos små barn. Tidspunktet for å registrere blodtrykk varierer med opptil 24 timer før påvist KRIBB.

Måletidspunktene kan ha vært for tidlig til å oppdage hypotensjon. Samtidig, når under halvparten av barna fikk blodtrykket dokumentert, er det vanskelig å si noe om blodtrykket i KRIBB-gruppen.

I kontrollgruppen var det ingen dokumenterte blodtrykk. En forklaring kan være at barna i kontrollgruppen ikke ble oppfattet som syke. Det forklarer likevel ikke hvorfor to barn manglet dokumentert blodtrykk i KRIBB-gruppen. Dårlige rutiner og/eller manglende kunnskaper om betydningen av å dokumentere blodtrykket kan være medvirkende årsak (6).

Hypotensjon er et sent, men viktig funn ved sepsis (1, 20), og blodtrykksmåling er en viktig parameter å følge opp hos intensivbehandlede nyfødte. Studien gir mistanke om at måling og dokumentasjon av blodtrykk hos

intensivbehandlede nyfødte ikke er tilfredsstillende på avdelingene.

### Respirasjonsfrekvens

Respirasjonsfrekvensen var dokumentert hos fire av fem barn i KRIBB-gruppen. Ingen hadde dokumentert apné, men ett barn hadde takypné. Takypné kan være et tilfeldig funn, men det kan også, i kombinasjon med økt temperatur, være et tidlig symptom på infeksjon (1, 11, 20).

Tre av ti pasienter i kontrollgruppen hadde fått dokumentert respirasjonsfrekvensen. Dokumenterte respirasjonsmålinger hos kun sju av 15 pasienter kan være en indikasjon på at dagens rutiner for å dokumentere respirasjonen er usystematisk og mangelfull, og at symptomer på sepsis er uspesifikke (1).

Ingen barn i noen av gruppene hadde dokumenterte frostrier eller ble oppfattet som kjølige eller kalde. Hypotermi er et uspesifikt og lite prediktivt tegn hos nyfødte (21), og frostrier er meget uvanlig hos spedbarn (22).

### Bandasjeskift

At hele utvalget har fått dokumentert minst ett bandasjeskift, kan indikere at bandasjeskift, og dokumentasjon av dette, er rutine i alle tre avdelingene. Hyppigheten av bandasjeskiftene er identisk i begge gruppene og tilsvarer cirka ett bandasjeskift i uken.

Forskerne i en systematisk oversiktsstudie (23) så på studier om hyppigheten av bandasjeskift. De kunne ikke konkludere med verken økt eller redusert risiko for KRIBB om man skifter bandasje over innstikksstedet hver andre til femte dag eller hver femte til femtende dag. De finner heller ingen klare forskjeller når det gjelder skade og irritasjon i huden (23).

En internasjonal retningslinje anbefaler bandasjeskift ikke sjeldnere enn hver sjuende dag hvis bandasjen er tørr og huden er uten reaksjoner (24). Oslo universitetssykehus' kunnskapsbaserte retningslinje for voksne anbefaler det samme (15).

### Observasjoner ved bandasjeskift

I KRIBB-gruppen var det få dokumenterte observasjoner av innstikksstedet. Ett innstikkssted fikk beskrivelsen rødhet, og kateteret ble seponert i samme sesanse, trolig fordi rødheten ble oppfattet

som et tegn på infeksjon. Inflammasjon, rødhet og puss fra og rundt innstikksstedet kan være tegn på infeksjon, men det er ikke nødvendigvis ensbetydende med at det er en infeksjon (12).

I en studie (16) hevder Smitherman og medarbeidere at synlige tegn fra innstikksstedet sjelden er forbundet med kateterrelatert infeksjon i blodbanen,



## «Temperaturen var dokumentert på samtlige barn i KRIBB-gruppen.»

og kan være en av årsakene til at disse symptomene ikke er en del av kriteriene til CDC. Det er likevel vanskelig å trekke slutninger om hvorfor det er få dokumenterte observasjoner av innstikksstedet i KRIBB-gruppen.

I kontrollgruppen var observasjonen «reaksjonsløst» ved bandasjeskift hyppig dokumentert. Man kan anta at bandasjeskift, stell av innstikksstedet og dokumentasjon av observasjoner er rutine på samtlige poster. På den andre siden dokumenterte de ikke konsekvent i begge gruppene.

Når observasjoner av innstikksstedet er hyppigere dokumentert i kontrollgruppen enn i KRIBB-gruppen, kan det forklares med at sykepleieren hadde dårligere tid til å dokumentere i KRIBB-gruppen, der pasientene var sykere, hadde mangelfulle kunnskaper og/eller for lav bemanning (5, 25). Erfaring tilsier at man ikke prioriterer bandasjeskift når en pasients allmenntilstand forverres.

### Kliniske observasjoner knyttet til barnets atferd

Kun ett barn i KRIBB-gruppen hadde en dokumentert beskrivelse av atferden som samsvarte med kriteriene i kartleggingsskjemaet. Noe overraskende var beskrivelsen «tilfreds/fornøyd». Dette funnet antyder at symptomene kan være uspesifikke hos spedbarn (1) og ikke sammenfallende med kriteriene som ble brukt i kartleggingsskjemaet. Men ett enkelt funn alene er for lite til å konkludere.

Ett barn ble i fritekst beskrevet som «sensitiv for berøring», et uttrykk som kan tolkes som irritabel, men også som tegn på smerte (17, 20). Konteksten vil spille en rolle for forståelsen av uttrykket. En forklaring kan være at barnet våkner lett fra søvn ved berøring, men det gir ikke denne studien et klart svar på.

Fordi tegn og symptomer på sepsis hos nyfødte kan være subtile og uspesifikke, er det viktig å identifisere risikofaktorer for sepsis og alltid mistenke sepsis når et barn avviker fra sitt vanlige aktivitets- og atferdsmønster, som ved mating. Irritabilitet, urolighet og apati nevnes flere steder i litteraturen som kliniske tegn på sepsis og/eller svekket allmenntilstand (1, 20, 24).

Halvparten av barna i kontrollgruppen ble beskrevet som urolige eller utilpasse, og det kan forklares med at atferden er et uttrykk for og en konsekvens av mageknip, luftmerter, sult og gulping. Disse observasjonene er vanlige postoperative symptomer for diagnose- ne barna i denne studien har, grunnet en periode med noe nedsatt peristaltikk i tarmen etter abdominalkirurgi (14).

På den andre siden er oppkast eller gulping, nedsatt matlyst og spent eller utspilt abdomen også symptomer som indikerer sepsis (21). De bør derfor være en viktig del av den systematiske sykepleiedokumentasjonen.

### Styrker og svakheter

Det er en svakhet ved studien at vi ikke brukte et validert kartleggingsskjema (26). I forkant av studien gjennomførte vi en begrenset studie for å teste utforming, tekstformulering, anvendelighet, måletidspunkt og kvalitet på variablene for å få et skjemaoppsett som er enkelt og logisk å bruke til å samle inn data (26). Kartleggingsskjemaet ble justert, og vi samlet inn alle dataene til studien og gjennomgikk dem i to omganger med en måneds mellomrom. Kartleggingen ga samme resultater.

Utvalget er lite, og derfor er det ikke gjort signifikantesting mellom gruppene, og resultatene kan ikke generaliseres til sykepleiedokumentasjonen for nyfødtkirurgiske barn på andre sykehus.

Likevel må det presiseres at pasientene med KRIBB (n = 5) er det totale antallet pasienter med denne diagnosen som var innlagt på det aktuelle sykehuset i den aktuelle tidsrammen studien ble gjennomført.

I hele utvalget ble det dokumentert få symptomer og tegn som indikerte at barnet var på vei til å utvikle eller hadde utviklet KRIBB, som kan gi mistanke om underrapportering. En forklaring kan være at symptomene hos spedbarn kan være diffuse, vage og uspesifikke (1, 11, 21).

En annen forklaring kan være at dokumentasjonen er glemt eller ikke utført fordi sykepleierne ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper om sepsissymptomer og ikke fattet mistanke om infeksjon (4). Sykepleiedokumentasjonen reflekterer kun det som er dokumentert, og ikke nødvendigvis det som faktisk er observert og utført. Dokumentasjonen avhenger av person, kunnskaper, omgivelser og organisering (27).

Det kan oppstå feil og forsinkelser i tidsrommet fra vitale tegn måles til de faktisk dokumenteres. En årsak kan være at det dokumenteres på papir før det dokumenteres elektronisk på slutten av vekten. Andre årsaker kan være mangel på ledige pc-er og avbrytelser av pasienter, pårørende eller kolleger og samarbeidspartnere (28). Et annet viktig spørsmål vil være hvorvidt sykepleiere skal dokumentere observasjoner som er innenfor normalområdet.

En tredje grunn kan være at måletidspunktet påvirker resultatene fordi vi har sett etter symptomer som kanskje kan opptre senere i pasientforløpet. På tross

av flere svakheter antyder studien at det er et forbedringspotensial både for observasjoner av nyfødtkirurgiske barn og sykepleiedokumentasjonen.

### KONKLUSJON

Feber er funnet som tydeligst skiller KRIBB-gruppen fra kontrollgruppen, og forhøyet temperatur er det kliniske infeksjonstegnet som er dokumentert hos flest barn i begge gruppene. Det totale antallet dokumenterte registreringer på kliniske infeksjonstegn er høyere i KRIBB-gruppen enn i kontrollgruppen. De viktigste avvikene synes å være at observasjoner av respirasjon og blodtrykksmålinger var mangelfullt dokumentert.

Funn i studien antyder at mangelfull dokumentasjon kan forklares med dårlig dokumentasjonspraksis. Stort arbeidspress og for lite kunnskaper om sepsis kan også være en forklaring, men er ikke kartlagt i denne studien. Konklusjonen er at en rekke observasjoner ikke er dokumentert i begge gruppene, og at det som ble dokumentert, kan virke tilfeldig og usystematisk.

### Forslag til videre forskning og arbeid

En svensk studie (29) har vist en økning i dokumentasjon av tegn og symptomer med standardiserte elektroniske sykepleieplaner og veiledende behandlingsplaner. Et standardisert skåringsverktøy for syke nyfødte, som Newborn Early Warning Trigger and Track (7, 30), og veiledende sykepleieplan for observasjoner og stell av SVK kan være gode hjelpemidler for å observere, vurdere, overvåke og dokumentere tidlige symptomer og tegn som gir mistanke om KRIBB.

Det bør gjennomføres en ny prospektiv studie over en lengre tidsperiode for å sikre ny kunnskap og optimalisere behandlingen og dokumentasjonspraksisen.

### REFERANSER

1. Shane A, Sánchez P, Stoll B. Neonatal Sepsis. *Lancet*. 2017;390(10104):1770–80.
2. Moen A, Rønnestad A, Stensvold HJ, Uleberg B, Olsen F, Byhring HS. Norsk nyfødtdiagnoseatlas. En analyse av innleggelses og behandling av barn i nyfødtafdelinger i Norge for årene 2009–2014. Bodø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Norsk Nyfødtdiagnoseatlas Kvalitetsregister; 2016. Rapport 5/2016. Tilgjengelig fra: [https://helseatlas.no/sites/default/files/norsk\\_nyfodtdiagnoseatlas\\_rapport\\_0.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/norsk_nyfodtdiagnoseatlas_rapport_0.pdf) (nedlastet 06.12.2019).
3. Chessyre E, Goff Z, Bowen A, Carapetis J. The prevention, diagnosis and management of central venous line infections in children. *Journal of Infection*. 2015;71:559–75.
4. Cardona-Morell M, Prgommet M, Lake R, Harrison R, Long J, Westbrook J, et al. Vital signs monitoring and nurse–patient interaction: A qualitative observational study of hospital practice. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;56:9–16.
5. Tume LN, Sefton G, Arrowsmith P. Teaching paediatric ward teams to recognise and manage the deteriorating child. *Nursing in critical care*. 2014;19(4):196–203. DOI: 10.1111/nicc.12050
6. Brown, J, Meader, N, Cleminson J, McGuire, W. C-reactive protein for diagnosing late-onset in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;:CD012126.
7. Mortensen N, Augustsson, JH, Ulriksen J, Hinna UT, Schmolzer GM, Solevåg AL. Early warning- and track and trigger systems for newborn infants: a review. *Journal of Child Health Care*. 2017;21(1):12–20.
8. Littles C, Nguyen K, Rowe T, Johnston P, Brassel K. Symptom word documentation: a novel approach to identifying and managing hospital-acquired infections. *American Journal of Infection Control*. 2016;44(11):1424–25.
9. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 01.15.2019).
10. Mok WQ, Wang W, Liaw SY. Vital signs monitoring to detect patient deterioration: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*. 2015;21(suppl. 2):91–8.
11. Roberts K, Coffin S. Immunology and infectious disorders I: Hazinski MF, red. *Nursing care of the critically ill child*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2013. s. 851–65.
12. Calderwood MS. Intravascular non-hemodialysis catheter-related infection: clinical manifestations and diagnosis. Uptodate. Oktober 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-intravascular-catheter-related-infections> (nedlastet 06.12.2019).
13. Wolf J, Curtis N, Worth L, Flynn PM. Central line-associated bloodstream infection in children: an update on treatment. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2013;32(8):905–10.
14. Christofferson R, Lackgren G, Stenberg A. *Grottes barnkirurgi og barnurologi*. Lund: Studentlitteratur; 2015.
15. Dorph E, Salomonsen A, Olin W, Moe SH, Eide BT. Sentralt venekateter (SVK) – stell, bruk og håndtering, komplikasjoner med tiltak, voksne. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.>

## Mer forskning?

På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du fagfelleverderte, sykepleierelevante forskningsartikler.

[sykepleien.no/forskning](http://sykepleien.no/forskning)

- helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sentralt-venekateter-svk-stell-og-bruk-av-tunnelert-og-ikke-tunnelert-kateter-hos-voksne (nedlastet 13.05.2019).
16. Smitherman HF, Macias CG. Febrile infant (younger than 90 days of age): definition of fever. Uptodate. April 2019. Tilgjengelig fra: [https://www.uptodate.com/contents/febrile-infant-younger-than-90-days-of-age-definition-of-fever?search=febrile-infant-younger-than-90-days-%20of-age-definition-of-fever&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/febrile-infant-younger-than-90-days-of-age-definition-of-fever?search=febrile-infant-younger-than-90-days-%20of-age-definition-of-fever&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1) (nedlastet 15.01.2019).
  17. Markestad T. Klinisk pediatri. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
  18. Silva JN. Bradycardia in children. Uptodate. August 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.uptodate.com/contents/bradycardia-in-children?source=search\\_result&search=bradycardia%20in%20newborn&selectedTitle=1-150](https://www.uptodate.com/contents/bradycardia-in-children?source=search_result&search=bradycardia%20in%20newborn&selectedTitle=1-150) (nedlastet 08.01.2019).
  19. Martin R. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of apnea of prematurity. Uptodate. Mai 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-apnea-of-prematurity?search=apnea&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-apnea-of-prematurity?search=apnea&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1) (nedlastet 12.05.2019).
  20. Edwards MS. Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm infants. Uptodate. April 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants> (nedlastet 10.05.2019).
  21. Holme H, Bhatt R, Koumetto K, Griffin MA, Winckworth LC. Retrospective evaluation of a new neonatal trigger score. Pediatrics. 2013;131(3):e837–42.
  22. Store medisinske leksikon. Feber hos barn. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/feber> (nedlastet 13.05.2019).
  23. Gavin NC, Webster J, Chan RJ, Rickard CM. Frequency of dressing changes for central venous access devices on catheter-related infections. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;2:CD009213.
  24. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clinical Infectious Disease. 2011;52(9):e162–93.
  25. Kung E, Waldhör T, Rittenschöber-Böhm J, Berger A, Wisgrill L. Increased workload is associated with bloodstream infections in very low birthweight infants. Scientific Reports. 2019;9:artikkelnr. 6331.
  26. Polit DF, Beck CT. Nursing research. 10. utg. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2017.
  27. Törnvall E, Jansson I. Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: a literature review. International Journal of Nursing Knowledge. 2017;28(2):109–19.
  28. Stokowski LA. Electronic nursing documentation: charting new territory. Medscape. September 2013. Tilgjengelig fra: [https://www.medscape.com/viewarticle/810573\\_8](https://www.medscape.com/viewarticle/810573_8) (nedlastet 20.05.2019).
  29. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. Computers Informatics Nursing. 2011;29(10):599–607.
  30. Hjertaas TH, Solevåg A. Verktøy kan gjenkjenne alvorlig sykdom hos barn tidlig. Sykepleien. 2017;105(61904):e-61904. DOI: 10.4220/Sykepleien.2017.61904



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

**Kateterrelatert infeksjon i blodbanen  
hos nyfødtkirurgiske barn**

Skann koden og kom rett til  
artikkelen på **sykepleien.no**



**HOVEDBUDSKAP:**

Kirurgiske inngrep fører til vevsskade som utløser en lokal stressrespons i operasjonssåret. Ikke-optimal smertelindring kan føre til at flere organer påvirkes. Smerter fører også til angst og uro, som kan forsterke smerteopplevelsen. Verden over opplever 20–35 prosent av alle barn en grad av kronisk smerte etter et kirurgisk inngrep, på grunn av underbehandling av smerten. Artikkelen belyser faktorer som kan medføre utilstrekkelig postoperativ smertelindring hos barn.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80799

**NØKKELOD:**

► Barn ► Postoperativ smertebehandling

## Slik får barnet tilstrekkelig postoperativ smertelindring

Sykepleiere som har kunnskap om en helhetlig tilnærming til smertelindring samt innsikt i farmakologi og ikke-medikamentelle tiltak mot smerte, kan bidra til at barn får god smertelindring.

**S**merter kan føre til at pasienten ikke makter et adekvat respirasjonsarbeid, hvor for eksempel små tidalvolum kan føre til hypoksi. Videre kan manglende evne til å hoste medføre opphopning av sekret, noe som igjen kan føre til atelektaser. Sirkulasjonen kan bli påvirket på grunn av økt utskillelse av noradrenalin og adrenalin. Dette øker den totale perifere motstanden, og kan gi tachycardi og økt belastning på hjertemuskulaturen. Oksygenbehovet øker og stiller et større krav til at respirasjonsarbeidet fungerer optimalt.

Smerter kan videre føre til immobilitet med nedsatt tarmmotilitet og obstipasjon som følger. Dette kan igjen resultere i kvalme og oppkast. Smerter fører også til angst og uro, som igjen kan forsterke smerteopplevelsen (1).

### UNDERBEHANDLING KAN GI KRONISK SMERTE

Ved å behandle smerte aktivt etter et kirurgisk inngrep er målet å unngå hypersensibilisering av ryggmargens bakre horn. Ubehandlet smerte kan føre til en kontinuerlig strøm av smerteimpulser, som kan endre oppbyggingen av nevronene i ryggmargen. Dette kan medføre at smertesignaler produseres uavhengig av graden av stimuli.

Verden over opplever 20–35 prosent av alle barn en grad av kronisk smerte etter et kirurgisk inngrep, på grunn av underbehandling av smerten. Denne artikkelen belyser faktorer som kan forårsake utilstrekkelig

**FORFATTERE**



**Hanne-Sophie Johansen**  
Intensivsykepleier, Overvåkingen,  
Sykehuset Østfold



**Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen**  
Anestesisykepleier, forsker og første-  
amanuensis, Sykehuset Østfold  
og Høgskolen i Østfold

postoperativ smertelindring hos barn.

### RETNINGSLINJER FOR POST-OPERATIV SMERTELINDRING

Vi kjenner til to internasjonale og en norsk retningslinje for postoperativ smertelindring til barn. Det er stort sett enighet om hvilke faktorer som er viktig. Til tross for dette, viser studier at helsepersonell ikke kjenner til retningslinjene (3, 4).

Retningslinjene fremhever en helhetlig tilnærming basert på tre hovedprinsipp: selvrapportering, observasjon av barnets atferd og fysiologiske indikatorer på stress forårsaket av smerte. Foreldrenes oppfatning, da de kjenner barnet sitt best, samt helsepersonells erfaringer og evne til å tolke andre tegn vektlegges også.

Retningslinjene fremhever følgende faktorer som viktig ved smertevurdering og behandling:

- Bruk av et validert, alderstilpasset smerteskåringsverktøy for å kartlegge den subjektive oppfatningen av smertens intensitet. Smerten skal også re-evalueres og dokumenteres etter at tiltak er iverksatt.
- Kun fysiologiske parametere som indikator for smertevurdering er ikke å anbefale. Disse skal brukes i sammenheng med andre evalueringstiltak for å stadfeste smertens intensitet.
- Multimodal analgesi fremheves da flere reseptorer blir påvirket og smertelindring på flere nivåer induseres.
- Paracetamol og ikke-steroid anti-inflammatoriske medikamenter (NSAIDS) foretrekkes, helst i kombinasjon. Disse har opioidsparende effekt og inngår som første trinn i be-





**GOD LINDRING:** Det er viktig at barn får best mulig behandling mot smerter, og det kan sykepleiere bidra til at de gjør. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

handling av lette til moderate smerter (smerteskår mellom 3–5). Medikamenter som skal brukes i trinn to er paracetamol, NSAIDS og sentraltvirkende analgetika i form av opioider (smerteskår mellom 5–7). Medikamenter som skal brukes i trinn tre er paracetamol, NSAIDS, morfin, klonidin, og/eller blokader, og/eller ketamin og gabapentin (5).

- Det første døgnet, til tarmmotiliteten er gjenopprettet, anbefales det å gi medikamentene intravenøst. Ketorolac (NSAIDS) intravenøst kan gis til barn ned til to år.
- Fast doseringsintervall gjennom døgnet framfor «ved behov»-dosering.
- Ikke-medikamentelle tiltak blir også anbefalt, i kombinasjon med farmakologiske tiltak. Dette inkluderer avledning, massasje, berøring, foreldre til stede, musikk, varmeflaske, nettbrett, telefoner, hjelp til riktig stilling, deltakelse der det er mulig for å øke følelsen av mestring, og humor. (5–7)

### HELHETLIG TILNÆRMING

Ved en helhetlig tilnærming blir helsepersonell anbefalt å evaluere smerteintensiteten i følgende rekkefølge: selvrapporing, observasjon av atferd, fysiologiske indikatorer, klinisk vurdering og foreldrenes oppfattelse. En slik tilnærming bidrar til samsvar mellom pasientens egen opplevelse og helsepersonells vurdering av smerten (8).

Der barnet er kognitivt modent nok til å verbalt skåre sin egen smerte via numeric rating scale (NRS, skala 0–10), blir egenrapporten i stor grad basert på hva barnet gir uttrykk for. Yngre barn som er mindre verbale, kan også egenrapportere smerte, men da gjennom et validert alderstilpasset skåringsverktøy.

### Selvrapporeringsverktøy kan inneholde feilkilder

Internasjonale studier vektlegger det å anvende et alderstilpasset smerteskåringsverktøy for å få et nøyaktig bilde av

selvrapporing fra barnet, selv om helsepersonell i svært liten grad faktisk bruker dem (4, 9). Selvrapporeringsverktøy kan også inneholde feilkilder. For eksempel kan yngre barn ha vanskelig for å skille sensoriske uttrykk fra hverandre, slik som kvalme og sult (8). Engstelse og redsel spiller også inn på hvordan smerte oppleves, og må tas med i evalueringen.

I studien til Shrestha-Ranjit og Manias var det ordinert diazepam til en stor del av barna postoperativt (3). En studie fant at eldre barn, jenter og hvite barn rapporterer en høyere smerteskår enn andre barn. En konklusjon var at kulturelle forskjeller kan være en forklaring på hvorfor hvite barn opplever mer smerte enn mørke barn (10).

### Barn med smerte kan oppføre seg forskjellig

Studier viser også at barns smerte evalueres forskjellig, til tross for at barn angir lik smerteskår (9, 11). Et eksempel på dette er en studie hvor et barn smilte og lekte, mens det andre lå urørlig og grimaserte – selv om de hadde samme egenrapporterte smerteskår. Det smilende barnet ble ikke trodd

### «Smerter fører til angst og uro, som kan forsterke smerteopplevelsen.»

i sin egenrapport, og det ble stilt spørsmål om barnet hadde forstått skåringsverktøyet i tilstrekkelig grad. Mangelen på samsvar mellom egenrapport og atferd ble brukt mot barnet, og flere deltakere i studien ville ikke administrert morfin intravenøst til dette barnet, på tross av smerteskår på 8. Det ble ikke stilt spørsmål ved om det grimaserende barnet hadde forstått verktøyet, selv om grimasering og ned-satt mobilitet kan ha andre årsaker enn smerte, selv med en NRS på 8 (9).

Barnet kan være sint, redd, sulten, kvalm eller ha smerter

etter lapraskopisk gass i abdomen. I disse tilfellene hjelper morfin iv i liten grad, andre tiltak må iverksettes som lindring.

### Selvrappport er viktig

Van Hulle Vincent og medarbeidere (9) konkluderer med at en smertevurdering via skåringsverktøy alene ikke er tilstrekkelig for å smertelindre barn optimalt, men at skåringen skal telle tyngst. Zisc-Rony og medarbeidere (8) konkluderer med at selvrappport må være en del av en helhetlig tilnærming i størst mulig grad, hvor alle aspekter av den helhetlige tilnærmingen bør evalueres likeverdig.

Uerfarne sykepleiere ser etter rollemodeller i mer erfarne kollegaer (12, 13). Kunnskap henger ikke alltid sammen med god klinisk praksis. Det er derfor viktig at erfarne sykepleiere er bevisst på at de anses som rollemodeller, og har et reflektert forhold til postoperativ smertelindring av barn.

### FARMAKOLOGISK TILNÆRMING

Sykepleiere kan ha mangelfull kunnskap om hva som er tilstrekkelige doser av smertestillende medikamenter i forhold til barnets vekt, samt hvordan de skal administrere riktig dose og medikament.

Dette forklares av mange med at det er legens oppgave å ordinere (4, 10). Erfaringsmessig er det en del leger som har begrenset erfaring når det gjelder ordinerer av medikamenter til barn, og som ikke innehar den nødvendige kunnskapen.

Studier viser at barn får paracetamol postoperativt som et ledd i den perifertvirkende analgetiske tilnærmingen, mens administrering av NSAIDS er mer varierende (4, 12). Erfaring tilsier at flere leger er skeptiske til å benytte NSAIDS hos barn. NSAIDS i form av Ketorolac kan administreres intravenøst til barn, man behøver ikke kun administrere dette via rectum eller per os (5).

Ved abdominale inngrep, hvor peristaltikken kan være afisert, anbefales det at analgetika administreres intravenøst de første 12–24 timene (14). Ved å anvende perifertvirkende analgetika som første trinn på smertetrappen, utnytter man den opioidsparende effekten disse medikamentene har (3, 10).

En studie indikerte at perifertvirkende analgetika ikke ble ordinert fast, i redsel for å maskere eventuell feber postoperativt (10). Studier indikerer også at sykepleiere er skeptiske til å administrere morfin til barn, og at leger ofte ordinerer for lav dose morfin (4, 12). Erfaring viser at sykepleiere administrerer svært små doser opiat av redsel for at barnet skal slutte å puste.

### Smerten må evalueres hyppig nok

En annen barriere til god lindring er at de fleste analgetika blir forordnet ved behov (3, 10, 12). Evaluerer man da ikke smerten hyppig nok, kan barnet få gjennombruddssmerter. Dette er mye vanskeligere å behandle enn å være proaktive i form av fast ordinerer. Barn som får analgetika dosert ved behov fremfor fast, får en mindre dose analgetika enn ved fast ordinerer (3).

Barn som følges opp av et smerteteam, blir både evaluert

og får en større dose forordnet analgetika enn barn som ikke følges opp av en slik instans. Dette er gjerne barn som gjennomgår inngrep man forventer mye smerter i forbindelse med. PCA, perifere blokader og epidural analgesi er en multimodal tilnærming disse barna kan ende opp med (3, 10). Erfaringsmessig er det de elektive pasientene som blir omfattet av dette tilbudet.

### IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK

Ikke-medikamentelle tiltak øker endorfinutslippet og bør brukes som primært tilnærming til lette smerter, og som et tilskudd til medikamentell behandling ved moderate til sterke smerter (4, 12). Ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak kan

### «Uerfarne sykepleiere ser etter rollemodeller i mer erfarne kollegaer.»

opioidbruken reduseres, og dermed også bivirkninger denne medikamentgruppen kan representere (15). En svikt i kunnskapen om den kliniske viktighet dette tiltaket har på smertelindring, fører til at barn kan oppleve utilfredsstillende smertelindring postoperativt.

Twycross avslørte i 2007 at ikke-medikamentelle tiltak sjelden ble anvendt, og ikke ble ansett som viktig (12). Studien viste at sykepleiere anså ikke-medikamentelle tiltak som en vesentlig faktor til lindring, men at de likevel ikke ble gjennomført i praksis. Smeland og medarbeidere (4) fant i 2018 at dette har forbedret seg. Her anvendte en større del av sykepleierne dette tiltaket som smertelindring i praksis, og hadde en forbedret kunnskap om hva slike tiltak innebærer.

### Hvorfor har det ikke høyere prioritet?

Det kan være mange årsaker til at ikke-medikamentell smertelindring ikke har en høyere prioritet. Et stort arbeidspress i helsetjenesten kan være en av disse, fordi kommunikasjon med barn krever at man oppretter enn tillit til barnet og at man har innsikt i hvilke kognitive begrensninger barn i forskjellige aldre har. Dette tar tid i en travel hverdag. For å øke bevisstheten rundt ikke-medikamentell lindring har også organisering av avdelingen en betydning.

Ytre faktorer som kan ha innvirkning på bruk av slike tiltak, kan være avdelingens fysiske miljø og bemannings situasjon (15). I tillegg er det mange avdelinger som ikke har for eksempel bilder, tv, blader og leker tilgjengelig. Nettbrett og smarttelefon er nyttige ikke-medikamentelle hjelpemidler, da de leder barnets oppmerksomhet bort fra smerten.

### Foreldrenes støtte er viktig for barnet

Barn som er innlagt på sykehus i Norge, har rett til å ha en omsorgsperson hos seg hele tiden (16). Dette blir etterfulgt i stor grad. Foreldrene bidrar med ikke-medikamentell lindring, og er viktige bidragsyttere som «advokater» for sitt barn i den helhetlige tilnærmingen til smertelindring.

Erfaringer tilsier at foreldrene ofte blir takknemlige for å få veiledning i hvordan de kan bidra med lindring til barnet sitt. Enten i form av å trygge det, leieendring, massere det eller klø

barnet på ryggen. Forklaring på hvorfor dette kan lindre smerte, er en del av sykepleierens undervisende funksjon, og dette samarbeidet og involveringen av foreldre kan lette sykepleierens oppgaver i en travel arbeidssituasjon.

Dokumentering av ikke-medikamentelle tiltak, har også en viktig plass i optimal smertelindring. Dokumentering fører til en bevisstgjøring av bruken og verdien av slike tiltak.

## KONKLUSJON

Mangelfull kunnskap om en helhetlig tilnærming til smertelindring, samt for lite innsikt i farmakologi og ikke-medikamentelle tiltak, kan føre til utilstrekkelig postoperativ smertelindring til barn. Sykepleiere må ha kjennskap til disse faktorene for å gi optimal postoperativ smertelindring. ●

## REFERANSER

1. International Association for the Study of Pain. Pain in children: management. 2019. Tilgjengelig fra: [http://s3.amazonaws.com/rcrms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact\\_Sheets/Pain\\_children\\_management.pdf](http://s3.amazonaws.com/rcrms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/Pain_children_management.pdf) (nedlastet 17.01.2020).
2. Shrestha-Ranjit JM, Manias E. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *J Clin Nurs*. 2010;19(1-2):118-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03068.x>
3. Smeland AH, Twycross A, Lundeberg S, Rustoen T. Nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in pediatric postoperative pain management. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(6):585-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>
4. Grønlie I, Brudvik C, Høivik TG, Haugen I, Kaspersen KH, Einen M. Smerteerettlinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn (utkast til høring). Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Sider/horing-smerteerettlinjer.aspx> (nedlastet 27.03.2020).
5. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *J Pain*. 2016;17(2):131-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
6. Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Good practice in postoperative and procedural pain management. 2nd edition. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(1):1-79. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03838.x>
7. Zisk-Rony RY, Lev J, Haviv H. Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: examining challenges and perspectives. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(2):112-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.003>
8. Van Hulle Vincent C, Gaddy EJ. Pediatric nurses' thinking in response to vignettes on administering analgesics. *Res Nurs Health*. 2009;32(5):530-39. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20337>
9. Kozłowski LJ, Kost-Byerly S, Colantuoni E, Thompson CB, Vasquez KJ, Rothman S K, et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):22-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.04.003>
10. Dongara AR, Shah SN, Nimbalkar SM, Phatak AG, Nimbalkar AS. Knowledge of and attitudes regarding postoperative pain among the pediatric cardiac nursing staff: an Indian experience. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):314-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.009>
11. Twycross A. Children's nurses' post-operative pain management practices: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(6):869-81. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20337>
12. Twycross A. Does the perceived importance of a pain management task affect the quality of children's nurses' post-operative pain management practices? *J Clin Nurs*. 2008;17(23):3205-16. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02631.x?sid=EBSCO%3Ac8h>
13. Brasher C, Gafsoos B, Dugue S, Thiollier A, Kinderf J, Nivoche Y, et al. Postoperative pain management in children and infants: an update. *Pediatric Drugs*. 2014;16(2):129-40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40272-013-0062-0>
14. He HG, Jahja R, Lee TL, Ang ENK, Sinnappan R, Vehviläinen-Julkunen K, et al. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2398-2409. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05402.x>
15. Forskrift 1. september 2008 om barns opphold i helseinstitusjon. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-01-1217> (nedlastet 26.03.2020).



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
Slik får barnet tilstrekkelig postoperativ smertelindring

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Hanne-Sophie Johansen**

Intensivsykepleier. Overvåkingen, Sykehuset Østfold

**T**emaet til fagartikkelen ble valgt på bakgrunn av at jeg i mange år har erfart at smertelindringen til barn postoperativt er særdeles mangelfull.

Gjennom flere års arbeid med barn har nok også jeg gått i flere av fellene som hindrer en best mulig behandling av barns smerte etter endt kirurgisk inngrep.

Ved å velge dette temaet til litteraturstudien min ønsket jeg å styrke min egen kompetanse på feltet.

Mitt ønske og håp er at det i fremtiden kan bli mer oppmerksomhet på området for å optimalisere et fagfelt det er mangelfull kunnskap om.

At barn i fremtiden skal oppleve mindre smerte postoperativt, er derfor hovedmålet mitt med artikkelens tema.

Denne fagartikkelen har lagt grunnlaget for at jeg i arbeidshverdagen aktivt jobber for å dele kunnskapen min på området. På den måten ønsker jeg å bidra til et bedre postoperativt forløp for barna. ●



**HOVEDBUDSKAP:**

Flere barn og unge har helseutfordringer som følge av høyere overlevelse ved for tidlig fødsel, økt forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer og bedre medisinsk behandling. Helsetjenesten har i liten grad tilpasset formidlingsstrategier til disse barnas behov. Barna trenger tilbud som øker kunnskapen om hvordan de kan mestre hverdagen best mulig. I denne artikkelen oppsummerer vi resultatene av forskning på deltakelse i ulike typer lærings- og mestringstilbud for barn og unge opp til 25 år.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.79962

**NØKKELOD:**

► Barn ► Unge ► Mestring ► Forskning ► Læring

## Mestringstilbud: Barn og unge lærer å håndtere helseutfordringer

Når barn og unge får kunnskap om hvordan de kan håndtere sine egne helseutfordringer, bidrar det både til bedre helse for den enkelte og kostnadseffektivitet for helsetjenesten.

**S**tadig flere barn og unge vokser opp med helseutfordringer. Når et barn eller en ungdom opplever sykdom, innebærer det at hele familien tilpasser seg en ny hverdag (1). På ulike måter vil helseutfordringer prege hverdagen og påvirke hvilke muligheter barna har til å være sosiale med venner og kunne delta i skoleaktiviteter og andre aktiviteter.

Daglig håndtering av symptomer, medisiner, tekniske hjelpemidler, kontakt med helsepersonell og – for enkelte – hyppige innleggelse på sykehus kan skape store utfordringer. Mange kjenner på frykt for fremtiden, angst og skam knyttet til sin egen kropp og helse (2).

Ved langvarige helseutfordringer kan helsefremming handle om mer enn å bli frisk. Et viktig mål kan dreie seg om å lindre symptomer, oppleve livskvalitet og fungere godt sammen med familie og venner både hjemme, på skolen og i ulike fritidsaktiviteter.

**UNGE ØNSKER MER KUNNSKAP**

Barn og unge etterlyser mer kunnskap om helsen sin og mestringsstrategier for å kunne ha en aktiv rolle i håndteringen av sine egne helseutfordringer (3). De har særlig et stort behov for kunnskap og oppfølging i perioder preget av mange endringer, både i livet generelt og knyttet til å

**FORFATTERE**



**Una Stenberg**  
Seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo universitetssykehus



**Mette Haaland-Øverby**  
Medforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo universitetssykehus



**Liv-Grethe Rajka Kristoffersen**  
Seniorrådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo universitetssykehus



**Anne Trollvik**  
Førstemanuensis, Høgskolen i Innlandet



**Stine Dybvig**  
Brukerrepresentant, Cerebral parese-foreningen



**Absera Teshome Koricho**  
Rådgiver, Lærings- og mestringssenteret for barn og unge, Oslo universitetssykehus



**André Vågan**  
Seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo universitetssykehus

leve med helseutfordringer spesielt.

Det kan være endringer som medfører økt ansvar for egen helse, ved for eksempel overgang i skoleløpet samt transisjon mellom barne- og voksenorientert helsetjeneste.

Uten informasjon og kunnskap formes gjerne feilaktige og uheldige oppfatninger og holdninger, som kan lede til frykt og dårlig etterlevelse av behandling. Barn og unge som vet mer om sin egen sykdom, opplever å ha mer kontroll over helsen, som igjen reduserer stress og øker nytten av behandling (4).

**BAKGRUNN FOR STUDIEN**

Sykepleiere har lang erfaring med at det kan være nyttig å legge til rette for læring, og at det er viktig å støtte barn og unge i deres mestring av helseutfordringer. Dessverre finnes det lite forskning på resultater fra dette arbeidet i Norge.

En del barn og unge som lever med hjertesykdom, overvekt, mage- og tarmsykdom og kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME), får mulighet til å delta i ulike typer lærings- og mestringstilbud, både individuelt og gruppebasert.

Likevel er det langt igjen før de som har behov for det, vil få tilbud om deltakelse. Hvem som får tilbud i dag, avhenger i stor grad av diagnose og bosted. Det bidrar til uønsket



**NYTTIG KUNNSKAP:** Barn og unge som får informasjon om sin egen sykdom, har mer kontroll over helsen. Det reduserer stress og øker nytten av behandling. Illustrasjonsfoto: Andrey Popov / Mostphotos

variasjon og kan medføre marginalisering for barn og unge som lever med helseutfordringer.

Ved Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse har vi gjennomført en omfattende oppsummering av forskning på studier internasjonalt som omhandler

### «Hvem som får tilbud i dag, avhenger i stor grad av diagnose og bosted.»

hvilke effekter og hvilket utbytte barn og unge har av deltakelse i lærings- og mestringstilbud.

Felles for tilbudene i studiene vi inkluderte, er at de hadde som formål å styrke mestringen og øke livskvaliteten hos barn og unge som lever med helseutfordringer. Tilbudene vi vurderte, har i stor grad samme form, innhold, omfang og struktur som lærings- og mestringstilbud vi kjenner til i Norge.

#### SYSTEMATISKE SØK ETTER RELEVANTE ARTIKLER

For å finne ut hva forskningslitteraturen sier om effekten av lærings- og mestringstilbud for barn og unge, har vi gjennomført systematiske søk etter forskningslitteratur i relevante databaser i perioden 2008–2018.

Vi har fulgt metoden for *scoping review* (5, 6). Denne metoden skiller seg fra *systematic review* ved at man skreddersyr søkestrategien ut fra tema og relevans for praksis. For denne studien innebærer det blant annet at vi har inkludert både kvalitative og kvantitative studier, så lenge de har undersøkt barn og unges utbytte av deltakelse i ulike typer lærings- og mestringstilbud.

Totalt har vi gått igjennom over 7000 sammendrag i aktuelle forskningsartikler. Av disse oppfylte 69 artikler alle kriteriene våre, og vi inkluderte dem derfor i denne litteraturgjennomgangen.

For å få en så bred og nyansert oversikt som mulig valgte vi å inkludere et omfattende antall studier. Vi har sammenliknet mange og ulike typer tilbud for barn og ungdom.

I praksis innebærer det at vi har fått god oversikt, men det betyr også at vi ikke har kunnet studere alle detaljene i studiene knyttet til tilbud som gis, og vi har sammenliknet resultater selv om metoden for å undersøke tilbudene har vært ulik.

Resultatene understøtter viktigheten av å legge til rette for læring og mestring hos barn og unge som lever med helseutfordringer. Det er viktig å ta i betraktning at det kan være enkelte studier som muligens ikke har blitt publisert på grunn av negative resultater, eller at studiene har blitt avsluttet før de er ferdigstilt.

#### HVA FANT VI?

Studiene vi valgte ut, var gjennomført i USA, Australia og Europa, og med unntak av åtte studier har alle undersøkt endringer det første året etter deltakelse i et tilbud. Til sammen deltok 15 124 barn og unge i forskningen, og gjennomsnittsalderen på deltakerne var cirka tolv år.

De fleste tilbudene vi undersøkte i denne gjennomgangen, var diagnosespesifikke og gjaldt barn og unge med dia-

### «Resultatene understøtter viktigheten av å legge til rette for læring og mestring hos barn og unge som lever med helseutfordringer.»

betes, astma, overvekt eller kreft. Alle tilbudene var ansikt-til-ansikt-tilbud (både individuelle og gruppebaserte).

Målet var å bidra til at barn og unge fikk skreddersydd informasjon og kunnskap, slik at de på en mer hensiktsmessig måte kunne håndtere sin egen helse og utfordringer i

hverdagen. Tilbudene ble ledet av erfarent helsepersonell eller tverrfaglig team, og de fleste ble gitt på sykehus.

Halvparten var individuelle tilbud, mens den andre halvdel var gruppebasert. Alle tilbudene hadde noe undervisning, gjerne i kombinasjon med temaer knyttet til håndtering av symptomer, helseplager og medisiner i hverdagen. Noen tilbud inkluderte også familieoppfølging.

De fleste tilbudene hadde mellom to og åtte sesjoner fordelt på like mange dager. I den vitenskapelige artikkelen er alle tilbudene nøye gjennomgått og omtalt i tabeller.

### BARN OG UNGE HÅNDETERTE HELSEN SIN BEDRE

Forskningsresultatene fra studiene vi gjennomgikk, viser at barn og unge rapporterer om svært godt utbytte av å delta i lærings- og mestringstilbud. De kvantitative studiene handlet i hovedsak om symptomhåndtering, helseplager, forbruk av medisiner, etterlevelse av medisiner og kunnskap (8).

Håndtering eller forekomst av ulike symptomer før og etter deltakelse i tilbud ble undersøkt av forskerne i 44 studier. I hele 40 studier rapporterte deltakerne om færre symptomer eller bedre symptomhåndtering.

Alle studiene (ti av ti) som undersøkte forbruk av medisiner eller i hvilken grad barn og unge følger legens råd om legemiddelbruk, fant effekter av deltakelse i tilbud i form av lavere forbruk av medisiner eller bedre etterlevelse av medisiner.

Resultatene fra studiene som målte endringer i helse relatert livskvalitet, var noe mer varierte. I elleve av totalt 23 studier fant forskerne ingen endringer, mens de fant forbedret livskvalitet etter deltakelse i tilbud i tolv studier. Endringer i barnas kunnskap om blant annet egen sykdom ble undersøkt i ti studier, og alle disse rapporterte om mer kunnskap (8).

Fysisk aktivitet og enkelte fysiologiske mål ble undersøkt i totalt 23 studier. I 19 av disse studiene rapporterte forskerne om positive endringer hos deltakerne. Alle studiene som undersøkte endringer i fysisk aktivitet, fant positive utfall. Det samme gjaldt åtte av ni studier som undersøkte endringer i kroppsmasseindeks (BMI).

Av totalt 69 studier undersøkte 17 helseøkonomisk utbytte eller effekt. I 14 av disse studiene kom det frem at

### Hva er et lærings- og mestringstilbud?

Innholdet i og formen på lærings- og mestringstilbud varierer for personer med helseutfordringer. Felles for tilbudene, både individuelt og i grupper, er målet om å styrke egenmestringen og bedre livskvaliteten for brukere, pasienter og pårørende. Tilbudene kan være forankret både på sykehus og i kommuner, og de gjennomføres gjerne i samarbeid mellom ulike etater. Brukermedvirkning er en sentral del av arbeidsmåten i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudene.

*Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse*

### Helsekompetanse

Helsekompetanse defineres som persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om sin egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (9).

Vi mener at det er viktig å synliggjøre at forskningen på dette feltet viser at barn og unge som deltar i lærings- og mestringstilbud, rapporterer om godt utbytte. I tillegg er det betydningsfullt at forskningen viser at tilbudene har god helseøkonomisk effekt.

Resultater fra denne studien kan bidra til å styrke mulighetene for at brukere, fagpersoner og ledere i samarbeid kan utvikle og forbedre tilbudene til barn og unge. Flere tilbud og en tettere oppfølging vil bidra til økt helsekompetanse og bedre livskvalitet for barn og unge.

barn og unge hadde mindre behov for helsetjenester (både i primær- og spesialisthelsetjenesten) og mindre fravær fra skolen etter at de hadde deltatt i lærings- og mestringstilbud.

### BARN OG UNGES ERFARINGER MED Å DELTA

De fleste studiene benyttet ulike spørreskjemaer for å undersøke hvilket utbytte barna og de unge hadde av å delta i de ulike tilbudene. Kun fem studier undersøkte deltakernes opplevelser ved bruk av kvalitativ metode.

Disse studiene gir oss mer dybdekunnskap om hva barn og unge selv har opplevd som mest nyttig, og kan komplementere den kunnskapen vi får fra de kvantitative studiene. Blant annet fortalte de at de hadde lært mye om hvordan de kan håndtere symptomer, ta medisiner og håndtere bivirkninger. De fortalte at de har blitt mer oppmerksomme på hva som trigger symptomer og stress.

Resultatene fra gjennomgangen viser at barn og unge opplevde at det å treffe andre i gruppebaserte tilbud og dele erfaringer var spesielt nyttig. Det bidro til å øke deres innsikt i egne helseutfordringer og hvordan de kan mestre dem.

Mange syntes det var enklere å dele erfaringer med jevnaldrende enn med foreldre. Det at alle strevde med mange av de samme utfordringene, bidro til en følelse av å «ikke være alene» og ga håp for fremtiden.

En deltaker i en av studiene (7) beskriver det slik: «Det er det det handler om: å treffe andre i en gruppe hvor alle har de samme utfordringene, da tør alle å ta opp problemer. Det er så bra. Ingen som dømmes noen, uansett.»

Barn og ungdom lærte også mye konkret om problemløsning i hverdagen, selv om enkelte opplevde at det var vanskelig å huske alt de hadde lært. Flere ønsket

### «Alle studiene som undersøkte endringer i fysisk aktivitet, fant positive utfall.»

seg samlinger over lengre tid eller en ekstra samling etter at tilbudet var avsluttet, for å friske opp kunnskap og informasjon.

### DET ER BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Hvordan kan helsetjenesten bidra til læring og mestring for barn og unge som lever med ulike helseutfordringer?

Hvilket innhold bør tilbudene ha, og hvordan kan det formidles best mulig til barn og unge med ulike diagnoser, ressurser og kulturell bakgrunn?

Hvilken kompetanse trenger barn og unge i ulike aldre, og hvordan kan helsetjenesten bidra til et godt samarbeid med foreldre, barnehage, skole, venner og øvrig

### «Barn og ungdom lærte mye konkret om problemløsning i hverdagen.»

nettverk? Dette er noen av spørsmålene vi trenger mer kunnskap om, både i Norge og internasjonalt.

Det er også stor variasjon i hvordan denne typen tilbud blir evaluert og forsket på. Det er derfor behov for både videreutvikling av metoder for å måle endringer og større enighet mellom forskere på tvers av landegrensler om valg av måleinstrumenter.

Våren 2019 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023 (9). I denne strategien fremheves lærings- og mestringstilbud både på sykehus og i kommuner som en effektiv måte å øke befolkningens helsekompetanse på. I denne sammenheng er det viktig at vi også løfter barn og unges behov for støtte og oppfølging.

#### REFERANSER

1. Trollvik A, Ringsberg KC, Silen C. Children's experiences of a participation approach to asthma education. *J Clin Nurs*. 2013;22(7–8):996–1004.
2. Zhong SC, Melendez-Torres GJ. The effect of peer-led self-management education programmes for adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Health Education Journal*. 2017;76(6):676–94.
3. Lindsay S, Kingsnorth S, McDougall C, Keating H. A systematic review of self-management interventions for children and youth with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(4):276–88.
4. Thompson AL, Young-Saleme TK. Anticipatory guidance and psychoeducation as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62 Suppl 5:S684–93.
5. Arksey H, O'Mally L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32.
6. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69.
7. Stromback M, Malmgren-Olsson EB, Wiklund M. 'Girls need to strengthen each other as a group': experiences from a gender-sensitive stress management intervention by youth-friendly Swedish health services – a qualitative study. *BMC Public Health*. 2013;13:907.
8. Stenberg U, Haaland-Overby M, Koricho AT, Trollvik A, Kristoffersen LR, Dybvig S, et al. How can we support children, adolescents and young adults in managing chronic health challenges? A scoping review on the effects of patient education interventions. *Health Expect*. 2019;22(5):849–62. DOI: 10.1111/hex.12906
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. 1-188 B. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (nedlastet 29.08.2019).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Una Stenberg**

Seniorforsker, NK LMH,  
Oslo universitetssykehus

Jeg jobber som seniorforsker på Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), og som sosionom på Frambu kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Denne artikkelen er en del av en større gjennomgang av forskningslitteraturen på effekter og utbytte fra deltakelse i lærings- og mestringstilbud.

Det som er ekstra viktig å ha med seg for sykepleiere som jobber med barn og unge med helseutfordringer, er deres behov for å treffe andre som lever med samme type utfordringer i hverdagen, og sikre at de får kunnskap og informasjon som gjør det enklere å leve med helseutfordringer.

Akkurat nå er jeg opptatt av hvordan vi kan støtte pårørende med ulike mestringstilbud innen helsetjenesten.

Utfordringene er store, og her trengs virkelig en stor satsing i årene fremover for å styrke tilbudene til både foreldre, barn, unge og voksne som pårørende.



Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](https://sykepleien.no)

**ARTIKKEL-QR-KODE**

**DE ARTIKKELN SYKEPLEIEN.NO LAST NED PDF**

**FAGARTIKKEL:**  
Mestringstilbud: Barn og unge lærer å håndtere helseutfordringer



**HOVEDBUDSKAP:**

Jordmødre møter nyfødte og foreldre i en sensitiv fase hvor nye familiesystemer er svært påvirkelige. De er både mottakelige for støtte og kan forstyrres. Jordmødre kan styrke relasjonen mellom barn og foreldre ved å sette ord på barnets meningsbærende uttrykksfullhet og adferd og utforske hva det forteller om barnets styrker og behov for reguleringsstøtte fra foreldrene. Måten jordmødre kommuniserer med foreldrene på, er vesentlig for å etablere en tillitsfull allianse med familien. Metodikken Newborn Behavioral Observation (NBO) synes å styrke kvaliteten på veiledningen jordmødre tilbyr.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80858

**NØKKELOD:**

► Familie ► Fødsel ► Jordmor ► Kommunikasjon ► Veiledning

## Jordmødres kompetanse kan styrke relasjonen mellom barn og foreldre

Med veiledningsmetoden Newborn Behavioral Observation (NBO) kan jordmødre møte foreldrenes forventning om hjelp på en individuell og kunnskapsbasert måte.

Det er viktig at jordmødre har gode kommunikasjons- og veiledningsferdigheter for å ivareta relasjonen med mødre, fedre og nyfødte i føde- og barselavdelinger.

Jordmødre har til alle tider hatt unike roller i nye familiers liv – på tvers av samfunnslag, nasjoner og kulturer. Norske jordmødre er bærere av en stolt og mektig arv. De går i sporene til fagfolk som etablerte den første formaliserte utdanningen for kvinner i Norge (1).

Jordmorfaget har høy legitimitet. Samfunnet er avhengig av kompetansen de innehar, og den enkelte familie de hjelper, får varige minner.

Bakgrunnen for artikkelen er mine erfaringer fra arbeid i en avdeling for premature og syke nyfødte barn samt møter med dyktige jordmødre i rollen som norsk trener i metoden Newborn Behavioral Observation (NBO) (2).

Opplæring i NBO ble et formalisert tilbud til helse- og sosialfaglig personell i Norge i 2012 og er faglig ledet og administrert av Spedbarnsnettverket, RBUP Helseregion sør og øst (3). Faktaboksen beskriver sentrale elementer av NBO-metodikken.

### STADIG FLERE JORDMØDRE ØNSKER NBO-OPPLÆRING

Mange jordmødre er allerede sertifiserte brukere av NBO-metodikken, og i artikkelen tematiserer jeg relasjonsfremmende kompetanse ved å dele fortellinger som jordmødre har skrevet under NBO-opplæring.

I artikkelen belyser jeg også jordmødres relasjonsfremmende arbeid ved funn fra tidligere publisert forskning,



**FORFATTER**

**Inger Landsem**  
Førsteamanuensis og postdoktor,  
Barne- og ungdomsklinikken,  
Universitetssykehuset Nord-Norge

som omhandler foreldres tilfredshet med veiledning og oppfølging i føde- og barselenheter.

Styrking av mødre og fedre samt relasjonsfremmende arbeid er ikke et nytt tema i jordmorfaget (4). Stadig flere norske jordmorfaglige miljøer bestiller NBO-opplæring fra Spedbarnsnettverket (3).

Det indikerer at jordmødre har en bevissthet om metodikkens relevans og ønske om kompetanseutvikling innen tidlig familieveiledning. Økt interesse kan også skyldes at tid er blitt en knapphetsfaktor i norske fødeinstitusjoner (5).

### FORELDRES MESTRINGSFØLELSE MÅ STYRKES

Det er krevende å finne anledning til tidlig samspillsveiledning når gjennomsnittlig liggetid etter en fødsel er blitt så kort. Det kan også skyldes økt bevissthet hos

«Retningslinjene viser at jordmødre må ha mangeartet kunnskap om svangerskap, fødsel og barseltid.»

jordmødre om hvor viktig det er å styrke foreldres opplevelse av mestring i nye foreldreroller (6, 7).

Det relasjonsfremmende arbeidet i tilknytning til fødsel og barseltid er ikke tematisert i nasjonale retningslinjer for fødselshjelp (8). Retningslinjene viser at jordmødre må ha mangeartet kunnskap om svangerskap, fødsel og barseltid.

De obstetriske aspektene ved fødselsomsorgen er også





**TILLITSFULL ALLIANSE:** Jordmødres kommunikasjons- og relasjonsfremmende kompetanse er avgjørende for å kunne bidra til en trygg forming av det nye familiesystemet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

grundig tematisert i Folkehelse-  
rapporten «Helse under fødsel, svanger-  
skap og i nyfødtp perioden» (9). Der er  
også betydningen av mors kroppslige  
og psykiske helse samt helseatferd  
tematisert.

Kunnskapsoppsummeringene nevnt  
over belyser imidlertid ikke hvordan  
hvert enkelt barn bidrar til sitt eget  
oppvekstmiljø og sine utviklingsmu-  
ligheter ved at det oppleves mer eller  
mindre forståelig og attraktiv som sam-  
spillspartner for sine omsorgspersoner  
(10).

### PROFESJONSKOMPETANSE ER VIKTIG

Jordmødre forløser på mange måter  
hele familier i sitt arbeid. I det øye-  
blikket et nyfødt barn møter sin fami-  
lie (mor, far og søsken), må alle tilpasse  
seg hverandre på en ny måte.

Mange nye familiesystemer kan ha  
nytte av tidlig støtte og veiledning  
for raskt å klare å reorientere seg, bli  
trygge og mestrende i sine nye roller  
og knytte seg til det nyfødte barnet (2,  
12, 13).

Læringsutbyttebeskrivelser for  
jordmorutdanninger tematiserer at jordmødres kom-  
munikasjons- og samhandlingskompetanse er viktig i  
utdanningen (14).

Et eksempel er fra masterutdanningen i jordmorfag  
ved Universitetet i Tromsø (UiT), hvor følgende ferdig-  
hetskrav er formulert: «Studenten kan anvende jord-  
mors profesjonskompetanse i likeverdige samspill med  
andre profesjoner, kvinner, familien og andre parter i  
samfunnet.» (14)

Spørsmålet blir da: Hva vil det si å «bruke sin profe-  
sjonskompetanse i samspill» med mor og familien?

### OMVELTNINGSFASER KAN STYRKE FAMILIEN

Den verdenskjente barnelegen Thomas Barry Brazelton  
beskriver hvordan et barns tre første leveår går via uli-  
ke «touchpoints». Det vil si omveltningstider i familien  
der helsepersonell har tilgang til å styrke eller forstyrre  
familiesystemet (12).

Det første berøringspunktet er graviditeten, og det an-  
dre er den tidlige fasen etter en fødsel (fra timer til da-  
ger). I norsk helsevesen er dette berøringsvinduet pri-  
mært tilgjengelig for jordmødre og barnepleiere. Deres  
kommunikasjons- og relasjonsfremmende kompetan-  
se er derfor avgjørende for at de skal kunne bidra til en  
trygg forming av familiesystemet.

For å belyse jordmødres erfaringer med relasjons-  
fremmende arbeid generelt og bruk av NBO spesielt

### Newborn Behavioral Observation (NBO)

NBO er en relasjonsfremmende veiled-  
ningsmetodikk som er utformet for  
helsepersonell i møte med foreldre til  
spedbarn i alderen 37 svangerskapsuger  
til tre måneder.

NBO beskriver 18 observasjonsele-  
menter som forteller om barnets res-  
surser og/eller behov for støtte i fire  
ulike nevroatferdssystemer:

- A)** autonom/fysiologisk reguleringsat-  
ferd
- M)** reflekseive/motoriske kapasiteter
- O)** tilstandsregulering som evne til  
søvnbeskyttelse og kapasitet til å  
være våken og sosialt deltakende
- R)** kapasitet til responsivitet og sosial  
deltakelse

AMOR-systemene forteller om barnets  
vekslinger mellom god likevekt og ulike  
grader av opphisselse. Når denne innsik-  
ten deles med barnets omsorgsgivere,  
kan det øke deres mestringsopplevelse,  
styrke relasjonen til barnet og bidra til  
god samhandlingsallianse mellom fa-  
milien og ulike hjelpeinstanser (2).

har jeg gjort søk i Oria, Maternity and  
Infant Care, PsycINFO, CINAHL og  
Helsebiblioteket.

Jeg benyttet søkeord som *relati-  
on, relationship, parent, midwife, ba-  
by, child, infant* i ulike kombinasjoner  
og gjennomgikk artikler fra de siste 15  
årene. Søkene kvalifiserer ikke til de  
kravene som settes for en systematisk  
oversiktsartikkel.

### KNAPPHET PÅ TID ER EN VESENTLIG FAKTOR

Knapphet på tid beskrives som en ve-  
sentlig faktor som påvirker jordmødres  
og barnepleieres mulighet til å veilede  
nye familier på en god måte (15).

Kunnskap om relasjonsfremmende  
arbeid hos lederne i føde- barse- l-  
avde- linger er også avgjørende, og det er vik-  
tig at ledere anerkjenner betydningen  
av at nye mødre og fedre blir tilbudt re-  
lasjons- og kompetansefremmende vei-  
ledning (15).

En australsk studie oppsummerer at  
mødre og fedre «prefer maternity care  
which allows for development of per-  
sonal and mutually respectful rela-  
tionships predominantly with one car-

er from pregnancy through to post-birth, which gives  
choice in how and where care is managed, allows involve-  
ment in decision making, and allows time for staff to be  
supportive and listen to women's concerns» (10).

En norsk studie viser tilsvarende funn, som bekrefter  
betydningen av kontinuitet og relasjon mellom jordmor og

### «Jordmødres kommunikasjons- og samhandlingskompetanse er viktig i utdanningen.»

blivende foreldre (16). Kunnskapsbaserte obstetriske ru-  
tiner er med andre ord viktig, men rutiner er ikke tilstrek-  
kelig for å sikre gode føde- og barseltjenester (8, 10, 17).

De ideelle tjenestene som beskrives over, er svært uli-  
ke det som helsepersonell og foreldre erfarer i norske fø-  
deinstitusjoner. Familiene ivaretas av nye fagpersoner fra  
vakt til vakt, og deres opplevelse av mestring, trygghet og  
tillit blir stadig utfordret.

Det gjenspeiles også i en undersøkelse gjort av Norsk  
Sykepleierforbund, hvor det ropes et varsku om at man-  
ge norske jordmødres arbeidssituasjon er uholdbar (18).

### FORELDRE ØNSKER EN FAMILIESENTRERT OMSORG

I en systematisk kunnskapsoppsummering som ble utført  
av skandinaviske forskere i 2018, fant forskerne at mødre

## FAKTA

og fedre i føde–barsel-institusjoner ønsker en familiesentrert omsorg.

Foreldrene ønsket kontinuitet, deltakelse, individuelle tilpasninger og tydelig veiledning i sentrale omsorgsoppgaver i deres nye rolle. Forskerne beskriver at en ikke-vurderende holdning hos profesjonelle hjelpere er viktig (6).

Relasjonsfremmende arbeid ved bruk av NBO-tilnærmingen synes å være et godt svar på ønskene til nye foreldre slik disse er oppsummert i litteraturen ovenfor. NBO er ingen test eller prosedyre. Det er heller ikke en metode som skal lede frem til et spesielt svar.

NBO er en tilnærming som øker sjansen for at profesjonelle klarer å møte foreldrenes forventning om hjelp på en ikke-vurderende, individualisert og kunnskapsbasert måte.

### FIRE FORTELLINGER FRA JORDMØDRE PÅ NBO-KURS

Fortellingene nedenfor er skrevet av jordmødre som har vært i et utdanningsløp for å bli sertifiserte brukere av NBO-metoden.

Disse fortellingene viser hvordan jordmødrene har brukt ulike elementer av NBO for å vise hvor meningsbærende spedbarns adferd og uttrykk er, for å styrke foreldre–barnrelasjonen og for å styrke foreldrenes bevissthet om barnets kompetanser. Dermed etableres det trygge allianser mellom familien og hjelperen.

I introduksjonen til treningsloggene blir kandidatene bedt om å beskrive så detaljert som mulig hva de opplevde og tenkte, og hva som skjedde i møtene med barnet og dets foreldre.

#### Jordmøren beskriver barnets reflekser

«Det er en fin situasjon [...] Mor trenger å se gode egenskaper hos barnet sitt. Det første barnet fikk hun ikke holde på flere uker på grunn av prematuritet. Hun har vært nervøs og spent under hele svangerskapet.

Hun trenger en del oppmuntring og støtte underveis i fødselen på grunn av dette. Mor er usikker på håndtering av barnet, forteller hun. Hun føder en sprek baby som er i god balanse bare to timer postpartum.

Jeg spør henne om vi skal se på barnet sammen. Hun snakker mye om termin versus barn som er født ekstremt prematurt, og at hun kan forvente seg en annen barseltid. Hun virker usikker på håndteringen og berøringen av babyen, som vi heretter kaller Oline.

Jeg tenker at her kan jeg gjøre foreldrepåret oppmerksom på Olines styrker, og slik fremme tilknytning og mors mestringfølelse.

Oline er i våken tilstand. Når hun legges på mors mage, begynner hun å søke etter brystet, løfter hodet opp og beveger det fra side til side. Hun slikker seg rundt munnen og

### Familiesystem

Begrepet refererer til den gruppen av individer som utgjør et nyfødt barns primære omsorgsmiljø. Alle i systemet påvirker hverandre emosjonelt og sosialt. Dette former mønstre for hvordan samhandling og kommunikasjon skjer i den aktuelle familien, og hvilke roller de ulike personene får og tar (2, 11).

virker tydelig interessert i brystet. Hun er rosa og fin i huden – det er ingen gråt. Oline preges av likevekt.

Jeg gjør mor og far oppmerksom på barnet ved å si: 'Se hvordan hun løfter hodet, og hvor sterk hun er, og hvordan hun tydelig søker etter brystet.' Jeg påpeker også at hun løfter seg selv fra mors bryst og frigjør luftveier.

Mor er svært begeistret over at Oline allerede klarer dette. Jeg spør om vi skal se om hun klarer å krabbe til brystet selv. Mor sitter bakoverlent. Hennes armer støtter barnets føtter, og Oline tar skikkelig tak og sparker seg fremover. Vi gleder oss sammen i begeistring over hennes kraft og evne til å krabbe.

Vi lar henne uforstyrret ligge på mors bryst, og etter en liten stund kravler hun seg frem til brystet. Mor ammet ikke sist og har et sterkt ønske om å få det til denne gangen. Oline er fin i pusten og rosa i huden hele tiden.

Hun finner først fingeren sin og suger kraftig på den slik at det kommer smattelyder. 'Hør hvor kraftig hun suger', sier jeg. Mor og far ler og nikker bekreftende.

Noen minutter senere finner Oline frem og gaper over brystet. Hun dier fint hos mor. Mor har et par tårer i øyne-

ne nå – det er så flott å få oppleve dette. Hun hadde aldri trodd at hun skulle få oppleve at Oline kunne finne frem til brystet selv.

### «Rutiner er ikke tilstrekkelig for å sikre gode føde- og barseltjenester.»

Vi snakker litt om nyfødtreflekser (søk og sug) og tonus senere. Akkurat nå nyter de øyeblikket i stillhet.

Litt senere skal barnet veies, og foreldrene står ved siden av stellebordet. Jeg kjenner en sterk griperefleks og spør far om han vil kjenne. Far fører fingeren sin mot håndflaten til jenta, og hun griper godt. Far sier: 'Å så sterk du er, jenta mi', smiler og ser på mor.

Jeg viser hvordan Oline kan dra seg opp i sittende stilling ved at hun griper godt rundt mine fingre, og med lett støtte setter hun seg opp. Rosa i huden, åpne øyne og våken tilstand – preget av likevekt.

Foreldrene virker begeistret over jentas styrke og evner. Mor vil så legge seg, og vi avslutter og flytter familien til et barselrom.»

### En nybakt pappa er begeistret

«Mens mor handmelkar seg sjølv, går eg bort til far og barn. Barnet er vakent med ei litt morsk rynke i panna. Eg tilbyr barnet ein finger, som han grip rundt. Eg fortel far om tryggheta det gir.

Eg seier at far kan prøve å få blikkontakt med han, og viser korleis han kan holde han framfor seg i en godt støtta og litt oppoverbøygd, symmetrisk posisjon. Eg seier fyrst at han skal vere stille.

## Regulering

Begrepet henviser til den komplekse kroppslige (motoriske og fysiologiske), sosiale og følelsesmessige reguleringstilstanden hvert menneske kjennetegnes av. Det er basert på vekslende balanse mellom sympatisk og parasympatisk aktivering. Mens voksne forventes å ha stor grad av selvreguleringsevne, trenger sped- og småbarn mye hjelp fra sine omsorgsgivere til å opprettholde eller komme tilbake til en tilstand av likevekt. Hjelpen består av et vidt spekter av tiltak og benevnes som reguleringsstøtte (2, 11).

Barnet fester blikket på far, og eg kvifrar at han kan prøve å flytte hovudet frå side til side. Barnet følger med han litt, og så snur han seg bort. Eg seier at då betyr det at han treng litt tid til å fordøye inntrykket, så far skal berre holde seg i ro.

Barnet kjem snart tilbake. Det vil sjå litt meir og følger blikket enda litt meir. Eg seier at far kan prøve å rekke ut tunga og sjå kva som skjer. Det tek litt tid, men snart kjem det ei lita tunge ut også. Far ler og synest dette er morosamt.

Mor er heile tida obs på at dette er fars fyrste barn, og vil at han skal bli trygg på barnet. Eg trur far får eit anna syn på han då han ifølge mor får andenød berre han trur han skal til å gråte.

Eg trur han forstår litt meir av kvifor barn gret, og at det er den einaste måten dei kan uttrykke seg på. Og så har dei fått eit utruleg fint samspel med blikkontakt.»

### Jordmoren forteller om barnets reguleringsatferd

«For cirka ett døgn siden tok jeg imot barnet til dette parret. Jeg banker på døren for å spørre om det passer med en postpartumsamtale nå. Det vil de gjerne.

Mor sitter og ammer jenta si, og jenta har gode sugetak. Etter at barnet har spist en stund, sovner hun inntil mor og virker fornøyd.

Hudfargen hennes er frisk og stabil, hun har rolig og regelmessig pust, og armer og ben er samlet inn mot kroppen. Hun har god reguleringsatferd. Underveis i samtalen begynner barnet å gå over i lett søvn og lager små lyder og kvepper lett til.

Hudfargen i ansiktet blir litt rødere, og pusten blir mer uregelmessig, men ingen gråt. De lurar på om hun kanskje våkner. Jeg benytter anledningen til å veilede foreldrene i hvordan de kan få jenta, som ikke er helt våken enda, til å sove videre.

Siden barnet ganske nylig har spist lenge hos mor og kun sovet 10–15 minutter, forklarer jeg at hun sannsynligvis bare er i en kort fase med svært lett søvn, for så å kunne sove videre om hun får hjelp til det.

Jeg ber mor rugge forsiktig på barnet, og hun faller ganske fort til ro og sover videre. Hun går snart over til dyp søvn. Jeg snakker med dem om hjernten, som er umoden og i utvikling, og at søvn er viktig for vekst, hvile og utvikling.



Jeg forklarer at søvnfasene svinger hyppigere hos nyfødte og babyer enn hos oss, og at det vi kanskje kan tolke som at barnet er på vei til å våkne, er en fase hvor barnet er i lett søvn eller døsig og trenger litt hjelp til å falle i dyp søvn igjen så sant det ikke er tid for mat eller bleieskift.»

### Foreldre lærer å stole på helsepersonell

«Det er fint for meg å vise mor kor viktig og unik ho er for babyen sin. Dei viser tydeleg takksemnd og interesse for å lese foldaren dei har fått om trøystetrapp og søvn. Inntrykket mitt er at foreldra syns dette er veldig interessant og ei god oppleving.

Eg trur at dei straks ser om vi hjelparane er interessert i dei ved å vise interesse og glede over babyen deira. Slik tør dei å spørje meir og stole meir på oss som helsepersonell generelt.

Eg har stort sett alltid fått eit godt forhold til dei fleste para, men ser at dette er enda lettare med NBO.»

### OPPSUMMERING

Fortellingene viser hvordan jordmødrene bruker ulike elementer av NBO-tilnærmingen i sitt arbeid med familiene.

I den første fortellingen veileder jordmoren foreldrene om barnets medfødte reflekser som krabbing, søk, sug og

### «Norske jordmødre er bærere av en stolt og mektig arv.»

griperefleks og dets selvtrøstende ferdigheter gjennom å suge på fingrene. Dette vil styrke foreldrenes begeistring for og bonding med barnet.

Den andre fortellingen handler om hvordan en nybakt pappas begeistring og innsikt styrkes av at han får erfare barnets griperefleks, sosiale natur og kompetanser.

I den tredje fortellingen setter jordmoren ord på barnets kompetente fysiologiske og motoriske reguleringsatferd. Deretter veileder hun foreldrene når det gjelder barnets tilstandsregulering, vekslingen mellom grader av søvn og våkenhet og hvordan de kan påvirke dette.

Den fjerde og siste fortellingen handler om hvordan mor kan trøste barnet sitt ved å bruke ulike strategier beskrevet som ei trøstetrapp.

Jordmørene oppsummerer noe svært mange av hennes kolleger har fortalt oss gjennom de siste 6–7 årene: «Eg har stort sett alltid fått eit godt forhold til dei fleste par, men ser at dette er enda lettare med NBO.»

Gode samtaler med jordmødre og barnepleiere fra Møre og Romsdal har motivert meg til å skrive denne artikkelen. Møtepunktet vårt var at de deltok på kurs i NBO i 2019, der jeg var NBO-trener. Jeg vil rette en spesiell takk til Torill Masdal Hovden og Turid Krogethagen, som har gitt meg lov til å dele deres fortellinger. ●

#### REFERANSER

- Den Norske Jordmøreforening. Jordmøretutdanning – den første formelle utdanning for kvinner i Norge. Tidsskrift for jordmødre. 2008;(6). Tilgjengelig fra: <https://www.jordmøreforeningen.no/utdanning/jordmøretutdanning-i-et-historisk-perspektiv> (nedlastet 15.02.2020).
- Nugent KJ, Keefer CH, Minear S, Johnson LC, Blanchard Y. Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner. Manual for NBO (Newborn Behavioral Observation). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. s. 307.
- RBUP Sped- og småbarn. Newborn Behavioral Observation (NBO) – ny kompetanse til barselavdelingen. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.r-bup.no/no/vi-tilbyr/skreddersydd-opplaering/kompetanse-til-barselavdelingen> (nedlastet 15.01.2020).
- Hermansson E, Martensson L. Empowerment in the midwifery context - a concept analysis. Midwifery. 2011;27(6): 811–6.
- Eberhard-Gran M. Nyfødte barn og sårbare mødre. Tidsskr Nor Legeforen. 2018 desember;(20). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0878
- Wiklund I, Wiklund J, Pettersson V, Boström AM. New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. Elsevier. 2018;17:35–42.
- Crossland N, Thomson G, Hall Moran V. Embedding supportive parenting resources into maternity and early years care pathways: a mixed methods evaluation. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019;19(253).
- Øian P, Jacobsen AF, Kessler J, red. Nasjonal veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp-2014/> (nedlastet 18.01.2020).
- Folkehelseinstituttet. Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/> (nedlastet 19.03.2020).
- Newman LA. The health care system as a social determinant of health: qualitative insights from South Australian maternity consumers. Australian Health Review. 2009;33(1):62–71.
- Siegel D. The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are. 3. utg. New York: Guilford Publications; 2015.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Touchpoints: Birth to three. Your child's emotional and behavioral development. Boston: Da Capo; 2006.
- Moe V, Slinning K, Hansen MB, red. Handbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010.
- UIT Norges arktiske universitet. Studieplan, Master i jordmorfag. Tromsø: UIT; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.uit.no/Content/611472/cache=20200403143214/Master%20i%20jordmor-fag%20Studieplan.pdf> (nedlastet 15.01.2020).
- Hunter L, Magill-Cuerden J, McCourt C. 'Oh no, no, no, we haven't got time to be doing that': Challenges encountered introducing a breast-feeding support intervention on a postnatal ward. Midwifery. 2015;31(8):798–804.
- Aune I, Dahlberg Msc U, Ingebrigtsen O, Aune I. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. Midwifery. 2012;28(4):372–8.
- Verdens helseorganisasjon (WHO). Baby-friendly hospital initiative. Genève: WHO; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/en/> (nedlastet 13.03.2020).
- NTB/Sykepleien. Undersøkelse: Over 200 jordmødre vurderer å slutte. Sykepleien; 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/08/undersokelse-over-200-jordmordre-vurderer-slutte> (nedlastet 20.03.2020).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Inger Landsem**

Førsteamanuensis og postdoktor.  
Barne- og ungdomsklinikken, UNN

**M**ine skriverier er motivert av ønsket om å dele innsikt med kolleger, sette ord på undring og fremme diskusjon på tvers av faggrupper av sykepleiere.

Uansett hvor i samfunnet vi arbeider, forventes det at vi videreutvikler vårt kunnskapsgrunnlag. Jeg tror at tydelig sykepleieidentitet og kompetanse vokser frem i et samspill mellom å stå støtt i eget fag og la seg berike av innsikt fra kolleger og nærliggende støttefag. Vi er aldri utlærte, men mer som et maleri som får mer dybde ettersom fargenyanser endres og detaljer legges til.

Min praksis er nå undervisning og forskning. Et viktig interessefelt er hvordan nye familier og foreldre–barnrelasjoner kan styrkes.

Fag som utviklingspsykologi og nevrobiologi har fått stor betydning for meg. Jeg opplever at det utfordrer og beriker min sykepleiefaglige kunnskap med nye begreper, perspektiv og forskning. Skal vi utvikle sykepleien, må vi være fagsterke, åpne og diskutere hva som gagnar fremtidens sykepleie. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Jordmødres kompetanse kan styrke relasjonen mellom barn og foreldre**

## Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver

«Faget i front.» Hva betyr det? For faggruppene er det selvsagt. Vi har alltid jobbet med faget i front.



**D**et er en ny vind i Sykepleierforbundet. Sosiale medier har denne våren vært fulle av artikler, innspill og faglige kronikker fra sykepleiere. Aviser og Dagsnytt 18 har kappet om å få tilgang til vår forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen.

Men mange sykepleiere har ikke noen tradisjon for å skrive. Å skrive om sykepleie er en måte å utvikle profesjonen på, det utfordrer oss og er en vei til bevissthet og refleksjon.

Å skrive fagartikler og forskningsartikler, og å gjøre disse tilgjengelige for våre sykepleierkolleger, er, slik jeg ser det, noe av det viktigste vi gjør. Det trengs en klar og tydelig sykepleierstemme i fremtidens helsetjenester, og den starter med solid sykepleierdeltakelse i utviklingen av vårt eget fag.

Sykepleiefag og klinisk kompetanse er i stadig bevegelse og i kontinuerlig utvikling. Vi sykepleiere har et viktig ansvar i å henge med på, og bidra til, denne utviklingen.

Det tar fortsatt cirka 17 år før dokumentert forskning etableres i praksis. Det er altfor lang tid. Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.

### HVORFOR ER DET VIKTIG Å SKRIVE OG FORMIDLE?

Fagartikler og forskning bidrar til å styrke kunnskapsbasen og kvaliteten på sykepleierutdanningen, sykepleieutøvelsen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Kunnskapen som formidles, er viktig i praksisnært arbeid, for generell fagutvikling og for å løfte frem sykepleie som fag i et tverrfaglig samarbeid.

Gjennom å dokumentere kan vi knytte sammen teori og praksis, samtidig som vi kontinuerlig utvikler et felles språk for utøvelsen av faget vårt. Vi kan



**Mette Irene Ramstad Dønåsen**

Leder, Sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund



tallfeste og måle, men også utvikle kritisk tenkning som styrker faglig identitet og artikulering.

Metode og vitenskapsteori har fått en større plass i sykepleiefaget, og det stilles stadig høyere krav til fagartikler. Fagfelleurderte artikler har blitt vanlige for tidsskrifter innen sykepleie, og artiklene gjøres søkbare.

Lov om helsepersonell pålegger helsepersonell å holde seg oppdatert. Viktigst av alt er betydningen og resultatet når vi kan gi pasienten og brukeren det ferskeste og best dokumenterte tilbudet innen sykepleie. Faggruppene er opprettet blant annet med tanke på å oppnå dette.

### KLINISK PRAKSIS OMSETTES TIL FAGLIG ARGUMENTASJON

I Sykepleierforbundet har vi 35 ulike faggrupper med rundt 27 000 medlemmer. Faget vårt spenner vidt, fra migrasjon til intensiv. Vi er der i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fellestrekket er grunnleggende sykepleie.

For faggruppene og deres medlemmer innebærer de vedtektsfestede formålene at man er aktiv faglig, og samtidig klinisk nær, innen det spesifikke feltet. Flere faggrupper er sterke politiske pådrivere gjennom for eksempel kronikker, fagartikler og forskningsformidling.

Dette har resultert i bedre nasjonale retningslinjer og praksis. Noen ganger tar dette lang tid, men vi ser at strategisk arbeid gjennom artikler og forskning bidrar til et bedre helsetilbud.

Mange av faggruppene bidro til faglige nasjonale retningslinjer og veiledere i helsetjenesten under covid-19. Sykepleierne sto i front og var viktige aktører for å vise vei gjennom pandemien. Det å



### Faggruppens formål

- Skape møteplass for fag- og kunnskapsutvikling
- Bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet
- Bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap
- Bidra til samarbeid og utvikling av kompetansenettverk på tvers av faggruppetilhørighet
- Bidra til å utvikle strategier, systematisk arbeid og kompetanse innen NSF's fag- og helsepolitiske prioriteringer
- Bidra til å utvikle og videreutvikle utdanningsprogrammer av høy kvalitet for sitt fagområde

*Fra NSF's vedtekter § 5, faggruppens vedtektsmodell § 3*

**KONTROLL OVER FAGUTVIKLINGEN: – Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget, skriver innleggsforfatteren. Arkivfoto: Bo Mathisen**

argumentere faglig med sykepleie ble da avgjørende for å få gjennomslag.

Sentralt fagforum bidro ved å være en samarbeidsarena for faggruppene. Her kan faggruppene få hjelp til å omsette klinisk praksis til faglig argumentasjon. Vi motiverer hverandre, skaper nettverk og støtter opp om og legger til rette for å formidle den særegne kunnskapen og erfaringen faggruppemedlemmene har.

Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget.

### VI MÅ KUNNE SKILLE GOD OG DÅRLIG KUNNSKAP

Større oppmerksomhet på ny forskning og fagutvikling tror jeg kan styrke rekrutteringen til faget vårt. Generasjonene som utdanner seg nå, er vokst opp med internett og rask tilgang til å få svar på det meste. Vi «oversvømmes» av informasjon fra internett og andre steder som er mer eller mindre kvalitetssikret.

Å kunne skille mellom kunnskap av god og dårlig kvalitet er blitt spesielt viktig gjennom de siste 15–20 årene. Kunnskapen fra en utdanning som er tjue år gammel, er ikke nødvendigvis relevant eller riktig lenger, og da blir det viktig at vi vender blikket mot nyere forskning.

Forskning handler om systematisering av erfaring og kunnskap og bevissthet rundt hvordan man handler og forstår. Flere rekrutteres til å søke opp forskning og fagartikler, dele kunnskap og påvirke gjennom selv å skrive artikler.

### BØR VI HA SKRIVEPLIKT?

Flere videreutdanninger i sykepleie, helsesykepleie og jordmorutdanning endres nå til masterløp. Nye masterutdanninger for sykepleiere er med på at vi gjør faget til

vårt eget. I stedet for at andre skal utvikle faget for oss, deltar vi aktivt nasjonalt i dette.

I Norge utdannes det hvert år rundt 660 spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie (ABIOK), 100–150 jordmødre og rundt 235 helsesykepleiere. Rundt 50 sykepleiere avlegger årlig en doktorgrad.

Kan vi snu tradisjonen til at det blir en positiv «plikt» å skrive artikler – minst én! – når du har gjennomført studiene dine? Herved er du og utdanningsfeltet ditt utfordret!

### FÅR VI FAGLIG BOOST ETTER PANDEMIEN?

Sykepleie i praksis er både handy, tøft og aksjonsorientert. Du må kunne handle raskt, sette deg inn i pasientens situasjon og behov, og mestre avansert medisinsk utstyr på bakgrunn av kunnskap og erfaring.

Samtidig anvender vi nye, vitenskapelige forskningsmetoder ved hjelp av kunnskapspyramiden. Det er en

### «Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.» Mette Dønåsen

kraftig vekst i tilgjengeliggingen av forskning og svært mange gode metaanalyser. Metaanalyser gjør at vi får sikrere kunnskap ved at de samler mange enkeltstudier.

Sykepleie som fag kan etter pandemien få en ny faglig boost. Pandemien har for mange synliggjort verdien av sykepleie som fag og kompetanse, ikke bare som profesjon. Faget i front må dokumenteres og skrives om.

Klinisk fagutvikling og forskning må være vår fremste oppgave for å vise for oss selv, befolkningen og politikerne hva sykepleie er. Inviter andre til å få del i din innsikt og kunnskap som sykepleier – kanskje det motiverer kollegaen din til å skrive? Vi må bruke denne muligheten til å møte samfunnets behov for fremtiden. 📌

## FAGGRUPPER

## NSFs faggruppe i videregående opplæring

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe i videregående opplæring (NSFVGO) er faggruppen for sykepleiere i videregående opplæring og andre sykepleiere som har interesse for feltet. Faggruppen arbeider med fagutvikling, synliggjøring av sykepleieres kompetanse og politisk arbeid for videregående opplæring innen både interesse-, samfunns og fagpolitikk.

- Kvalitetssikre at endringer i skolen er i takt med samfunnets krav og pasient eller brukers behov
- Bidra til rekruttering av helsearbeidere og kunnskapsformidling til helsepersonell

- Påvirke samarbeid mellom skole og arbeidsliv

Medlemmer i faggruppen jobber som lærere, lektorer, rådgivere og ledere innen opplæring og rådgivning i skoler og andre bedrifter. Sykepleiere i videregående opplæring jobber svært selvstendig, og faggruppens nettverk og kunnskap kan gi god støtte. Vi arrangerer årlig fagkonferanse. Forrige år samlet vi over 100 fra hele landet. Lokalt arrangeres det fagseminarer i samarbeid med lokalgrupper, HTV-områder og andre faggrupper. Fordeler ved å være medlem i NSFVGO:

- faglig nettverk

- nyttig oppdatering, høringsuttalelser og læreplaner
- rabatt på fagkonferanser
- faggruppen utlyser årlig fagutviklingsstipend
- nyhetsbrev

Faggruppen har i dag 116 medlemmer. Medlemskap koster 300 kroner per år. Du må være medlem i Norsk Sykepleierforbund, men ellers er det åpent for alle interesserte. Du kan melde deg inn ved å sende SMS med kodeordet VGO til 02409 eller via faggruppens nettsider <https://www.nsf.no/faggrupper/videregaaende-opplaering>

## Barnesykepleierforbundet

Syke barn og unge har ekstra utfordringer, og vi må ta hensyn til deres vekst og utvikling på tross av sykdom. Vi arbeider ut fra lovverket knyttet til barns rettigheter i helsetjenesten og barnekonvensjonen. Barnesykepleierforbundet fremmer forskning, utvikling og utdanning innen fagfeltet.

Barnesykepleierforbundet er en sammenslutning av barnesykepleiere, nyfødtsykepleiere og andre sykepleiere som jobber med premature, syke nyfødte, barn og unge og deres familier. Ingen krav om spesialutdanning. Vi har cirka 1000 medlemmer, kontingenten er kr 400,- per år.

De fleste medlemmene jobber ved nyfødtt-, barne- og ungdomsavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Noen jobber i

kommunehelsetjenesten, for eksempel i barneboliger.

Barnesykepleierforbundet utgir seks nyhetsbrev i året. Her deles fagartikler utarbeidet av medlemmer og andre yrkesgrupper. Medlemmene får veiledning og godtgjørelse når de produserer fagartikler. Artikkelen publiseres digitalt av tidsskriftet *Sykepleien* med et DOI-nummer.

Fordeler ved å være medlem:

- tilgang på lokalgruppe eller kontaktperson i alle fylker med nettverk av fagpersoner
- mulighet for faglig oppdatering og å påvirke fagfeltet
- deltakelse i et nasjonalt og internasjonalt fagmiljø

- søketilgang for økonomisk støtte til fagarrangementer
- deltakelse ved årlig Fag-, leder- og lærerkonferanse og Vårseminar
- hjelp til artikkelsskriving

Lokalgruppene arrangerer temakvelder. Barnesykepleierforbundet arrangerer årlig tre dagers Fag-, leder- og lærerkonferanse og Vårseminar.

Barnesykepleierforbundet deltar i Nordisk samarbeid for sykepleiere som arbeider med barn, ungdom og deres familier (NOSB), og Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE).

Adresse til hjemmesiden:

<https://www.facebook.com/Barnesykepleierforbundet/>





Illustrasjon: Sissel Vetter

# Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning



Skann koden og kom rett til Forskningens ABC på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



VEILEDNING

# FORFATTERVEILEDNING FOR FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER

Før du sender inn fagartikkel til Sykepleien eller forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, må du lese forfatterveiledningen.

Veiledningen inneholder viktig informasjon om blant annet maksimal lengde på manuskriptet, oppsett og tips til godt språk. Her står det også hvordan referansene skal skrives, og hvordan figurer og tabeller skal se ut.

**FAG**  
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for fagartikler.



QR-KODE

**Forfatterveiledning for fagartikkel**

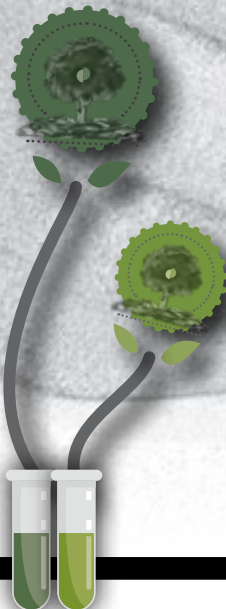
**FORSKNING**  
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for forskningsartikler.



QR-KODE

**Forfatterveiledning for forskningsartikkel**

Illustrasjon: Sissel Væter





**sykepleienjobb.no**

Skann koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal. Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.



**NIKUT & UNIVERSITETET I SØRØST NORGE**



Universitetet i Sørøst-Norge

**Introduksjonskurs i Kunst og Uttrykksterapi (KUT)**

Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanning i kunst og uttrykksmetoder i terapi ved USN. Påmelding: send mail til: [Melinda.Meyer@usn.no](mailto:Melinda.Meyer@usn.no)

**Tema: EXIT: Stressmestring i Corona tiden**

Dato: 9.-11.oktober 2020  
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg, KUT

**Tema: KUT og avhengighet**

Dato: 13.-15.november  
Ledere: Eva Amundsen, psykologspesialist og KUT & Lena Kalland, sosionom og KUT

**Tema: KUT og Kroppens smerte**

Dato 3. – 4. desember  
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Margareta Warja, PhD, KUT

**EXIT- leder sertifisering**

11.feb- 15.mai 2021  
Søknadsfrist: 10.desember 2020  
\*Obligatorisk å delta på for introduksjonskurset i EXIT  
Påmelding: send mail til [meli-m@online.no](mailto:meli-m@online.no) med kopi til [gu-rein@online.no](mailto:gu-rein@online.no), [miradans@gmail.com](mailto:miradans@gmail.com)

For mer info: [www.nikut.org](http://www.nikut.org)

# MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon [mediyoga.no](http://mediyoga.no)  
Tlf.: +46 85 40 882 80



## Fag og forskning 2020

### Fikk du ikke rett utgave?

Hvis du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har mottatt, kan du bestille den i fordelsbutikken på [nsf.no](http://nsf.no). Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.

Alle utgavene finner du på [sykepleien.no/temasaker](http://sykepleien.no/temasaker)

Bestill her!

**GRATIS** utgaver for medlemmer

QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



## Sykepleier – ønsker du frihet og gode betingelser?

---

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)  
+47 74 80 40 70  
[nurse@dedicare.no](mailto:nurse@dedicare.no)

**DEDICARE**