

Kommunikasjon i en nyfødteintensiv kontekst

Hvordan beskriver helsepersonell kommunikasjonen om psykososiale forhold mellom dem og foreldre til premature barn i en nyfødteintensivavdeling?

Marie Hornslien

Mastergradsoppgave i familieterapi og systemisk praksis

MAGFAM H07 k2

Antall ord: 20 013

Diakonhjemmet Høgskole april 2011

Forord:

Å gjennomføre et mastergradsprosjekt kan sammenliknes med å klatre en vanskelig rute i klatreveggen eller bestige et høyt. Det er hindringer på veien, en må finpusse på teknikken og holde hodet klart for å analysere ruten. Med fullt fokus og konsentrasjon og de rette valgene, så går det sakte men sikkert mot toppen. Nå gjenstår det å se om jeg i dette prosjektet greier å komme meg helskinnet opp til tross for utfordringer på veien. Salg av leilighet, flytting, pendling, rushtrafikk, skulderproblematikk og nesten 100 % stilling ved siden av studiene. Det har vært en lang og tøff prosess....

Først og fremst vil jeg takke mine kollegaer som sa seg villig til å dele sin kunnskap, sine opplevelser og egne erfaringer med meg. De har gitt meg ny innsikt og utvidelse av eget perspektiv på området.

En spesielt varm takk til veileder Svein Erik Mork, som har holdt ut med meg i denne prosessen. Delt egne erfaringer, kommet med avgjørende råd når tiden har vært knapp og arbeidsmengden stor. Takk for at du har hatt tro på at jeg skulle komme i mål når usikkerheten var på vei til å ta overhånd.

Takk til Nina M. Kynø som lot meg få delta i sitt doktorgradsprosjekt som moderator. Det gjorde at jeg fikk erfaring når jeg etterpå skulle igjennom en liknende prosess selv.

Takk til venner og familie som har støttet meg og hatt tro på at jeg skulle komme i mål. Jeg vil spesielt nevne mama, pappa og Nils Arne.

Takk til arbeidsgiver som har latt meg få tilpasset arbeidstid, fri og permisjoner på kort varsel.

Takk til min kjære Espen Norman som kom inn i livet mitt midt i prosessen, som gav meg egen kontor plass, satte opp parasoll til meg i hagen så jeg kunne sitte ute og transkribere i sommerferien. Takk for alle støttende ord og tro på at jeg skulle få dette til. Og sist men ikke minst takk til hunden Boss for avbrytelse, kos og selskap i den ensomme skriveprosessen.

Navn: Marie Hornslien

Dato: april 2011

Problemstilling:

Hvordan beskriver helsepersonell kommunikasjonen om psykososiale forhold mellom dem og foreldre til premature barn i en nyfødtintensivavdeling?

Hvilke karakteristika eller fellestrekk viser seg ved kommunikasjonen?

Sammendrag:

Materialet som har kommet fram gjennom undersøkelsen, er drøftet i lys av teori fra kommunikasjonsteori, elementer fra samarbeidsorientert tilnærming og nyfødtsykepleiefeltet. Grounded Theory ble valgt som forskningsdesign. Det ble benyttet semistrukturert kvalitativt intervju, og 3 erfarne helsearbeidere ved en nyfødtintensiv avdeling ble intervjuet.

Funnene viser at helsepersonellet bruker det første møtet med foreldrene til å opparbeide seg et tillitsforhold. I denne prosessen benytter de egne erfaringer på en profesjonell måte i kommunikasjonen. Nonverbalkommunikasjon har betydning for at tillitsforholdet opparbeides. Kommunikasjonen med foreldrene foregår i hovedsak ved profesjonell "smalltalk" gjennom hele vekten når psykososiale forhold skal kartlegges. Samtlige informanter mener at individuelle samtaler burde benyttes oftere. Konteksten i nyfødtintensiv avdelingen påvirker hvor godt helsepersonellet får kommunisert med foreldrene, og om de har tid til å stille dypereliggende spørsmål om hvordan foreldrene har det. Helsepersonellet beskriver sin kommunikasjon om psykososiale forhold som en kommunikasjon hvor de kartlegger helheten rundt familien. Helsepersonell tenker forebyggende når de kommuniserer med foreldrene. De er opptatt av å få foreldrene til å vise følelser og si noe om hvordan de har det. De tenker over hvordan de kan ta seg av fedrene og hvordan det kan forebygge problemer i parforholdet med tidlig intervensjon. Helsepersonell mener at det ikke finnes vanskelige foreldre, men at disse foreldrene er redde og av den grunn kan vise en irrasjonell adferd.

Oppsummerende konklusjon: En kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene. Helsepersonell anvender profesjonell "smalltalk" som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien, og forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn.

Nøkkelord: Kommunikasjon, helsepersonell, foreldre, premature barn og psykososiale forhold.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse.	1
1.2 Temaets relevans for praksis/fagfeltet.	3
1.3 Problemstilling og rammebetingelser.....	4
1.4 Oppbygging av oppgaven.	4
2.0 TEORIGRUNNLAG.....	6
2.1 Postmodernistisk og sosialkonstruksjonistisk ståsted.....	6
2.2 Systemteori og kommunikasjon.....	6
2.3 En ”ikke-vitende” samarbeidsorientert tilnærming.	7
2.4 Kommunikasjon og tilknytningsteori.....	8
2.5 Kommunikasjon og konteksten på nyfødtintensiv.....	8
2.6 Forskning og relevant litteratur.	10
3.0 METODE OG FORSKNINGSDESIGN	13
3.1 Forskningsteoretisk ståsted.	13
3.2 Min forståelse av Grounded Theory.	13
<u>3.2.1 Historikk og epistemologi</u>	14
<u>3.2.2 Hovedbegreper i GT</u>	15
3.3 Valg av forskningsdesign.....	17
3.4 Valg av semistrukturert intervju og synet på rollen som forsker.	18
3.5 Utforming av intervjuguiden.	18
3.6 Valg av informanter.....	19
3.7 Gjennomføringen av intervjuet.	20
3.8 Transkriberingsarbeidet.....	21
3.9 Etske hensyn: Godkjenning, samtykkeerklæring og anonymisering.....	22
3.10 Validitet og reliabilitet.	23
4.0 ANALYSE OG KATEGORIDANNELSE.....	25
4.1 Min analyseprosess med Grounded Theory.	25
<u>4.1.1 Detaljert og fokusert koding</u>	25
<u>4.1.2 Arbeidet med utforming av temaer</u>	26
<u>4.1.3 Kategoridannelse og subkategorier</u>	28

4.2 GT-kategori 1: Kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene.....	30
<u>4.2.1 Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk</u>	30
<u>4.2.2 Det første møtets betydning for opparbeidelse av tillit</u>	31
<u>4.2.3 Trygghet, tillit og kontakt henger sammen</u>	32
<u>4.2.4 Nonverbal kommunikasjon</u>	34
4.3 GT-kategori 2: Profesjonell ”smalltalk” anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien	35
<u>4.3.1 Samtaler</u>	35
<u>4.3.2 Kontekstens påvirkning på kommunikasjonen</u>	37
<u>4.3.3 Fagutvikling/forslag til forbedringer</u>	38
<u>4.3.4 Psykososiale forhold= helheten</u>	39
4.4 GT-kategori 3: Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn.....	41
<u>4.4.1 Det forebyggende aspektet</u>	41
<u>4.4.2 Å få foreldre til å åpne seg</u>	43
<u>4.4.3 Vanskelige foreldre</u>	44
5.0 DRØFTING	46
5.1 Kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene.....	46
<u>5.1.1 Om tillit og kommunikasjon</u>	46
<u>5.1.2 Om personlig profesjonalitet</u>	47
<u>5.1.3 Om å gi av seg selv eller innta en ”ikke-vitende” holdning</u>	48
5.2 Profesjonell ”smalltalk” anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien.....	49
<u>5.2.1 Om profesjonell ”smalltalk” versus individuelle samtaler</u>	49
5.3 Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn.	51
<u>5.3.1 Om å få foreldre til å åpne seg</u>	52
<u>5.3.2 Om gråt som forløsende element</u>	52
<u>5.3.3 Om ”Vanskelige” foreldre</u>	53

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	55
6.1 Formål og konsekvenser av funn.....	55
6.2 Ideer til forbedringstiltak.....	56
6.3 Forslag til videre forskning.....	57
LITTERATURLISTE.....	58

VEDLEGG 1	Søknad til avdelingen
VEDLEGG 2a	Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt
VEDLEGG 2b	Samtykkeskjema
VEDLEGG 3	Godkjennelse av prosjektet ved NSD
VEDLEGG 4	Temaer for intervjuet
VEDLEGG 5	Intervjuguide
VEDLEGG 6a	Transkribert tekst
VEDLEGG 6b	Transkribert tekst
VEDLEGG 7	Matrise over temavis fordeling
VEDLEGG 8	Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 1
VEDLEGG 9	Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 2
VEDLEGG 10	Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 3
VEDLEGG 11	Samlet grafisk framstilling av responser fra informantene

1.0 INNLEDNING

I innledningskapittelet vil jeg først gjøre rede for bakgrunnen for valg av tema og presentere problemstillingen. Temaet i studien som her skal presenteres er knyttet til hva helsepersonell ved en nyfødtintensiv avdeling tenker om sin egen kommunikasjon med foreldre til premature barn. Videre gjør jeg kort rede for oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse

Kommunikasjonsteori er en relativt sett ung vitenskap som er omkring 50 år gammel (Ølgaard, 2004). Behandlingen av premature barn og deres foreldre er også en forholdsvis ung vitenskap/Nyfødtsykepleie er også ett nytt fagfelt sett i en historisk sammenheng. Siden begge disse feltene har dette til felles, er det naturlig at mange områder enda gjenstår å utforske.

Jeg har gjennom min grunnutdanning som sykepleier og gjennom yrkeskarrieren min så langt, vært opptatt av kommunikasjon samt at psykososiale forhold blir tatt hensyn til. I min videreutdanning i nyfødtsykepleie skrev jeg fordypningsoppgave med følgende problemstilling: *"Hvordan kan nyfødtsykepleier hjelpe foreldre til premature barn å mestre overgangen fra nyfødtavdelingen til hjemmesituasjonen"*. Jeg kom da fram til fire områder som var av betydning: Informasjon, utvikling av foreldre-barn tilknytning, sosial støtte og å få hjelp med å bearbeide sorgen som kan følge med å føde et prematurt barn. Jeg er 34 år og arbeider som Nyfødtsykepleier i direkte foreldre-barn kontakt. Jeg har arbeidet som sykepleier i snart 10 år og har arbeidet med syke nyfødte/premature barn og deres foreldre i de siste 9 årene. Halvparten av tiden har jeg arbeidet ved intensivsenheten og under mastergradsstudiet har jeg arbeidet ved Sengepostenheten hvor foreldrene og det premature barnet er før hjemreise. De siste 4,5 årene har jeg hatt ansvaret for å arrangere foreldreinformasjonsgrupper ved avdelingen. Denne bakgrunnen samt egen personlige og private bakgrunn er altså med på å prege min forforståelse.

Jeg har i løpet av arbeidet på en nyfødtintensivavdeling og gjennom studiet i familierapi og systemisk praksis blitt spesielt oppmerksom på kommunikasjonsformer, og hvordan vi som arbeider ved avdelingen forholder oss til foreldre som pårørende. Jeg har lagt merke til og blitt imponert over hvordan noen kollegaer kommuniserer med foreldre. Det har gjort meg

nysgjerrig på om de har en spesiell plan med det de sier, eller hvilket bevissthetsnivå de har knyttet til den erfaringsbaserte eller ”tause” kunnskapen de sitter inne med. Jeg ønsker i mitt prosjekt å finne mer ut av hvordan disse ansatte kommuniserer med foreldre om psykososiale forhold, og den tenkningen som ligger til grunn for det de gjør.

Psykososiale forhold er et begrep som brukes i sykepleiedokumentasjonen, og som ansatte gjerne benytter når de omtaler familierelasjoner og forhold rundt barnet. I helse- og omsorgsdepartementets NOU (1998:18), hvor det blir stilt spørsmålstegn ved om den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen bør styrkes, sies det at ”psykososial” er et begrep som ofte blir brukt, men sjelden definert. I begrepet psykososiale forhold legger jeg informasjon om relasjoner, familieforhold, nettverket, samspill, foreldrenes boligforhold, utdanning og økonomi. Jeg har spesielt vært nysgjerrig på hvordan kommunikasjon om psykososiale forhold optimalt sett bør foregå. Antallet premature barn som lever opp er stadig økende, og det viser seg at det er en større hyppighet av foreldre til premature barn som har psykososiale og sosioøkonomiske problemer (Jackson, 2006). Samtidig ser vi i avdelingen et økende antall foreldre med psykososial problematikk. Dette viser at det kan være aktuelt å øke fokuset på disse forholdene i konteksten¹ på en nyfødtavdeling.

Jeg ser det slik at måten en kommuniserer med foreldre og det premature barnet på er betydningsfull, fordi ansatte er rollemodeller for foreldrene. Et av målene for arbeidet på avdelingen er at vi i løpet av oppholdet skal hjelpe foreldrene til å knytte følelsesmessige bånd til det premature barnet, altså hjelpe dem med å knytte seg til barnet sitt. Det kan være vanskelig i konteksten på en nyfødtintensiv avdeling (Stern og Brusweiler-Stern, 2000). Å bygge gode relasjoner tidlig viser seg å være viktig for barnets psykiske helse i fremtiden (Tandberg og Steinnes, 2009). Premature barn er sårbare i utgangspunktet siden de er umodne, og mange får en tøff start på livet i et høyintensivt miljø, noe som blir veldig forskjellig fra miljøet i mors mage. Jeg mener derfor det blir ekstra viktig å hjelpe foreldrene å knytte seg til barnet sitt.

Teoretiske begreper fra familierapi preger hvilke briller jeg har på meg når jeg analyserer materialet. Det samme gjør min bakgrunn som nyfødtpsykepleier. Min forforståelse har blitt utvidet og har endret seg gjennom intervjuene, transkriberingen og analysen av materialet.

¹ *Kontekst* vil si i den sammenheng kommunikasjonen skjer i (Røkenes og Hanssen, 2006).

Det har vært interessant og lærerikt å erfare at noen ting har blitt bekreftet, mens andre ting har gitt meg nytt fokus og ny mening. Dette vil jeg utdype nærmere i diskusjonskapittelet.

1.2 Temaets relevans for praksis/fagfeltet

Jeg husker at jeg som nyansatt sykepleier ved avdelingen, var usikker på hva og hvor mye en skulle skrive under punktet psykososiale forhold i sykepleierrapporten. Jeg synes også det var vanskelig å vite hvordan jeg skulle opptre i kommunikasjon med foreldre. Hva skulle jeg spørre om, og hvordan skulle jeg gå fram? Jeg tenker i dag som spesialsykepleier med flere års erfaring at det fortsatt ikke finnes spesielle retningslinjer for dette.

I arbeid på det somatiske sykehuset består arbeidsoppgavene av observasjon av det nyfødte barnets vitale behov, pleie av barnet og veiledning av foreldrene. I systemet er det fokus på evidensbasert pleie og for nesten alle oppgaver er det prosedyrer, maler eller sertifiseringer. Nyfødtavdelingen tilbyr et modul- og opplæringsprogram for nyansatte. Da jeg deltok på dette inngikk det ikke noen opplæring i kommunikasjon med foreldre eller hvilken informasjon som skulle dokumenteres under punktet psykososiale forhold i sykepleierrapporten. Erfaringsvis blir nyansatte raskt satt ut i pleien uten lang opplæring. Jeg vet at grunnutdanningen i sykepleie har et økt fokus på kommunikasjon, og at man under utdanningen i den forbindelse øver ved hjelp av rollespill og at en ser seg selv på video i ettertid.

Jeg har selv erfart at jeg kan kommunisere med foreldre om de daglige gjøremål uten å få frem de dypere tankene/følelsene, eller få kartlagt forhold rundt barnet. Samtidig har jeg sett at det er mulig å få frem mange sider dersom en er opptatt av temaet, stiller åpne spørsmål og tar seg tid til å lytte.

Temaet har relevans for praksis siden vi skal bidra til at det premature barnet får best mulig oppvekstvilkår. Vi skal vurdere foreldrenes omsorgsevne og om det er trygt å sende det premature barnet hjem. I visse tilfeller er denne oppgaven gitt på forhånd for eksempel dersom en av foreldrene og da spesielt mor, har en tidligere rushistorie eller lider av psykisk sykdom. Det blir da svært viktig å kartlegge familiens nettverk og ellers forholdene rundt familien. Jeg ser for meg at ved å studere dette temaet, vil en få frem nyttig kunnskap som kan

hjelpe erfarne ansatte så vel som nyansatte, i arbeidet med foreldre til premature barn i overgangen til hjemmesituasjonen.

Kommunikasjon om psykososiale forhold er et aktuelt tema i arbeid med foreldre generelt. Det som kommer fram fra dette prosjektet vil forhåpentligvis være av interesse for andre som jobber med kommunikasjon med foreldre eller pårørende, enten det gjelder på andre nyfødtavdelinger, eller for de som arbeider med pårørende i barneavdelinger, familieavdelinger eller institusjoner.

1.3 Problemstilling og rammebetingelser

Jeg har et eksplorerende/ undersøkende siktemål med studien og har på bakgrunn av det overstående kommet fram til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan beskriver helsepersonell kommunikasjonen om psykososiale forhold mellom dem og foreldre til premature barn i en nyfødtintensivavdeling?

Hvilke karakteristika eller fellestrekk viser seg ved kommunikasjonen?

For utforske dette har jeg intervjuet 3 ansatte ved egen avdeling. Jeg har benyttet Grounded Theory i analysen av materialet. Begrunnelsen for dette valget kommer i kapittel 3.3. Ved siden av studiet har jeg arbeidet 100 % stilling på nyfødtavdelingen, noe som har gitt meg mulighet til å gjøre betraktninger rundt kommunikasjon med foreldre om psykososiale forhold i arbeid med oppgaven. Jeg vil presisere at det følgende er min "reise" i stoffet og min tolkning av både teori og informantenes utsagn.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygget opp slik at jeg først gjør rede for teorigrunnlaget. Deretter blir metode og forskningsdesign gjort rede for. Det blir videre gitt en utførlig redegjørelse for analyse og kategoridannelsen. Siste del består av en presentasjon av resultatene (kategoriene) fra analysen og drøfting av nøkkelelementer fra disse i lys av teori og egen erfaring og forforståelse. Jeg har valgt å dele denne fremstillingen slik at drøftingen kommer i et eget kapittel. Oppgaven avsluttes med konklusjon hvor jeg vil gjøre noen oppsummerende

kommentarer i lys av det som har framkommet, samt komme med forslag til forbedringstiltak og forslag til videre forskning på området.

2.0 TEORIGRUNNLAG

2.1 Postmodernistisk og sosialkonstruksjonistisk ståsted

Postmodernismen fokuserer på språket og betydningen det har for vår oppfatning av virkeligheten (Thagaard, 2009). Postmodernistisk forståelsesramme er og noe som vil prege min måte å tolke dataene på. Jeg ser det slik at det finnes flere virkelighetsforståelser og ikke én sannhet. Menneskelig samhandling er sosialt konstruert og de som kommuniserer med foreldre er en del av systemet slik jeg ser det. Siden postmodernisme og sosialkonstruksjonisme var med på å prege de narrative terapeutiske retningene innen familieterapi, ser jeg på deres tankegang som et bakteppe for min tenkning, og det vil prege min videre analyse av materialet. Forskeren og forfatteren Kathy Charmaz (2006) sier at forskeren er en del av den verdenen som undersøkes og dataene som samles inn. Videre sier hun at vi konstruerer våre forankrede teorier gjennom våre tidligere og nåværende engasjement og samhandlinger med mennesker, perspektiver og forskningspraksiser (Charmaz, 2006).

2.2 Systemteori og kommunikasjon

Systemteori og systemisk tenkning angir en teoretisk ramme for hvordan man kan forstå menneskers kommunikasjon med hverandre. Systemisk tenkning har hovedsakelig vekt på å forstå adferd rasjonelt. Den har sin bakgrunn i generell systemteori slik den ble utviklet av Von Bertalanffy og Gregory Bateson og senere av sosialkonstruktivister som Kenneth Gergen og Michel Foucault (Røkenes og Hanssen, 2006). Tenkningen tar utgangspunkt i at mennesket ses som en del av ulike sosiale systemer hvor man ivaretar ulike roller og funksjoner. Systemet er en helhet og det fungerer gjennom gjensidig avhengighet mellom delene i systemet (Ølgaard, 2004). Sirkulær tenkning er en annen betegnelse på dette. Innen systemteoretisk kommunikasjonsteori har man i følge Røkenes og Hanssen vært opptatt av å analysere relasjonene mellom de som kommuniserer, samspillet dem i mellom og hvilken betydning konteksten har for utfallet av et kommunikasjonsforløp (Røkenes og Hanssen, 2006).

Gregory Bateson var en pioner innen kommunikasjonsteori. Han forklarte fenomener og karakteriserte kommunikasjon via kommunikasjonsteori og begreper. Han dannet grunnlaget

for mange av faguttrykkene som brukes innen kommunikasjonsteori i dag (Ølgaard, 2004). Hans begreper vil av den grunn prege oppgaven og undersøkelsen.

I tillegg til Batesons tenkning, ser jeg på kommunikasjonsaksiomene utviklet av Watzlawick med fler som ett grunnleggende bakteppe for denne oppgaven. I "Pragmatics of human communication" blir de fem aksiomene beskrevet og de er kort fortalt som følger:

- En kan ikke ikke-kommunisere
- Kommunikasjon har et innholds- og relasjonsaspekt, slik at det siste klassifiserer det første og derfor er en metakommunikasjon
- Opplevelsen av en relasjon bestemmes av punktueringen av kommunikasjonssekvensene mellom de som kommuniserer
- Mennesker kommuniserer både digitalt og analogt
- Alle kommunikasjonsutvekslinger er enten symmetriske eller komplementære, avhengig av om de er basert på likhet eller forskjell (Watzlawick et al, 1967).

2.3 En "ikke-vitende" samarbeidsorientert tilnærming

Postmodernistisk tenkning vil være med på å prege min tolkning av materialet. Harlene Anderson med sin samarbeidsorienterte tilnærming til terapi er vel den av tilnærmingene til terapi i utdanningen som ligger mitt hjerte nærmest. Jeg har blant annet valgt å se på materialet i lys av elementer fra hennes tenking til tross for at mine informanter ikke arbeider som terapeuter. Jeg velger å gjøre dette siden jeg synes elementer fra tilnærmingen kan passe i konteksten på en nyfødtavdeling, og siden Anderson selv beskriver den som en filosofisk holdning mer enn en teknikk (Lundby, 1998; Anderson, 2003; Bagge, 2007). Denne tilnærmingen blir også beskrevet som en måte å være på hvor en ser det unike i mennesket. Bagge utdyper denne holdningen ved å beskrive at det er en posisjon som inntas: " jeg kan ikke vite hva dine opplevelser har betydd for deg i livet ditt, eller hvilken posisjon du stiller deg i forhold til disse hendelsene i dag, før du har forsøkt å fortelle meg om det" (Bagge, 2007:2). Klienten blir møtt med en nysgjerrighet som viser at du er genuint interessert.

Jeg vil her kort gi en oversikt over noen av nøkkelbegrepene som er betydningsfulle for meg i mitt arbeid med pasienter og pårørende i en "ikke-vitende" samarbeidsorientert tilnærming:

- Klienten og terapeuten er samtalepartnere.
- Klienten og terapeuten er eksperter. Klienten er ekspert på sin egen historie og eget liv. Terapeuten er eksperten på den terapeutiske prosessen.
- "Ikke-vitende posisjon".
- Å være åpen. Terapeuten skal også gjøre sine egne tanker eller indre stemmer synlige for klienten.
- Forandring hos klienten skjer via dialog hvor nye narrativer skapes.
- Språket skal være lettfattelig og hverdagslig. Tungt fagspråk skal ikke benyttes.
- Hvordan rommet der dialogen foregår innredes på, kan fremme eller forhindre dialogen. (Anderson, 2003 og Hårtveit og Jensen, 2004).

2.4 Kommunikasjon og tilknytningsteori

Tilknytningsteori danner også en del av den teoretiske bakgrunnen for denne oppgaven. Det å fremme tilknytningen mellom foreldrene og det premature barnet er en av hovedoppgavene for helsepersonellet i kommunikasjon med foreldrene. Grunnleggende betingelser som må være til stede for at tilknytning skal oppstå, er at barnet har voksne rundt seg som er sensitive for barnets behov, at de svarer adekvat på behovene, er fysisk og følelsesmessig tilstede og er stabile i sin omsorg (Bunkholdt, 1996). Tilknytning er et begrep som ble utviklet av den britiske barnelegen John Bowlby på 1950-tallet. Begrepet står sentralt i barnepsykologien og er også viktig innen deler av den kliniske psykologien. Tilknytning kan derfor sies å handle om barnas opplevelse av foreldrene som tilgjengelige for å gi beskyttelse og trøst når barna er redde eller trenger trøst. Andre personer som har bidratt med kunnskap innen tilknytningsteori i forhold til spedbarn er Daniel Stern og i Norge er det særlig forskerne Kari Killen og Lars Smith som har forsket mye på temaet. I nyfødttintensiv avdelinger i dag sees det en klar trend mot en mer familiesentrert omsorg, og at spesielt fokuset på samspill mellom foreldre og det premature barnet er økende. På Oslo universitetssykehus avdeling Ullevål forskes det på effekten av en samspillsintervensjon, kalt Vermontstudiet.

2.5 Kommunikasjon og konteksten på nyfødttintensiv

Når et nyfødt barn legges inn på en nyfødttintensiv avdeling, må foreldrene bli kjent med barnet sitt i et høyteknologisk miljø, som er ukjent for de aller fleste (Tandberg og Steinnes, 2009). Det er mange *fagpersoner* å forholde seg til. Barnepleiere, sykepleiere eller

spesialsykepleiere møter foreldrene i den direkte daglige kontakten. I tillegg til andre faggrupper som for eksempel leger, fysioterapeut og sosionom.

Miljøet på rommene der barna er når de nærmer seg hjemreise er roligere, men samtidig en del av et høyteknologisk miljø. Avdelingen er utformet slik at det er flere barn på samme rom. Foreldrene bor ikke sammen med barnet sitt selv om barnet nå er så friskt at det nærmer seg hjemreise. På dagtid kan et lite rom være fylt av flere helsearbeidere, nyfødte eller premature barn, samt foreldre. Foreldrene sitter så tett på hverandre. Noen har hatt sitt nyfødte barnet på sykehus i flere måneder, mens andre har kanskje nettopp blitt foreldre.

I denne konteksten skal helsepersonell gi foreldre informasjon, veilede og hjelpe dem til å komme i gang med å bearbeide det de har vært igjennom før hjemreise (Tandberg og Steinnes, 2009). Røknes og Hanssen har i boken "Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker" et eget kapittel som omhandler samhandling i yrkesrollen. Her gjennomgår de hva som kjennetegner god kommunikasjon. De har fokus på at en god relasjon er et bærende element i kommunikasjonsprosessen. Samtidig gjøres det rede for balansegangen mellom det personlige og det private. De hevder det ideelle er at fagpersonen har funnet en personlig måte å være på i yrkesrollen, såkalt personlig profesjonalitet. De kommer tillegg også med et forslag om tegning av relasjonskart som et hjelpemiddel i kommunikasjonen. (Røkenes og Hanssen, 2006).

Foreldrene og deres situasjon:

Flere internasjonale og norske studier viser at foreldre til premature barn og syke nyfødte opplever en krisereaksjon i forbindelse med fødsel og barseltid (Tandberg og Steinnes, 2009). Mange opplever forstyrrelser i relasjon til partneren sin, og man ser også reaksjoner hos søsken. Tap av svangerskap og *skyldfølelse* viser seg særlig hos mor som lurer på hva hun gjorde galt i svangerskapet, eller hva som er feil med hennes kropp. Videre kan skam og skyldfølelse oppleves knyttet til *ambivalente følelser* overfor barnet, og for eventuelle søsken (Ibid). Barseltiden for foreldrene blir spesiell, siden deres start på foreldrerollen er i denne konteksten. Mange foreldre opplever en *ny krise i forbindelse med hjemreise*. De uttrykker ambivalens; De har lengtet etter å få barnet hjem, men er samtidig bekymret for å skulle ha det hele og fulle ansvaret for det premature barnet. I tillegg begynner mange foreldre først bearbeidelsen av det de har vært igjennom etter at de kommer hjem (Kenner og Lott, 2003).

2.6 Forskning og relevant litteratur

Det finnes lite litteratur innen emnet nyfødtsykepleie som omhandler kommunikasjon om psykososiale forhold, men i en nylig utkommet bok blir temaet vektlagt. I et kapittel om samspill mellom foreldre og barn, fokuserer Ingrid Ravn på betydningen av psykososiale forhold. Hun hevder på bakgrunn av forskning på området at psykososiale forhold bør ha en sentral plass i behandlingstilbudet på nyfødtavdelinger. Hun mener at den fysiske og psykiske helsen henger sammen, og at den psykososiale helsen til for tidlig fødte barn får for liten faglig oppmerksomhet fra helsepersonell på nyfødtavdelinger i dag (Tandberg og Steinnes, 2009). Bente Silnes Tandberg gjør i et annet kapittel rede for møtet med familien på nyfødtavdelingen. Mye av teorigrunnlaget hennes er basert på nyere forskning på feltet og eget studium. Hun legger i kapittelet vekt på kunnskap om kriser og krisereaksjoner, å møte ”vanskelige foreldre” og kommer med forslag til hvordan helsepersonell kan støtte foreldre (Tandberg og Steinnes, 2009). Jeg kommer til å bruke elementer fra dette kapittelet i drøfting av egne funn, samt Røkenes og Hanssen (2006) sitt kapittel om samhandling i yrkesrollen.

Forskning som gjelder foreldre og ansatte ved nyfødtintensivavdelinger, påpeker betydningen av god kommunikasjon og samtaler mellom sykepleiere og foreldre, men sier lite om hvordan denne kommunikasjonen skal foregå (Griffin et al, 1998, Sudia-Robinson et al, 2000, Van Riper, 2001, Kowalski et al, 2006 og Gaal et al, 2008). I tillegg sies det lite om kommunikasjon om psykososiale forhold. Jeg ser det av den grunn betydningsfullt for praksisfeltet at det forskes på dette. Å kommunisere med foreldre om psykososiale forhold ser jeg på som et viktig anliggende for å få fram informasjon om familien og relasjonene innad i den. Det utviklingspsykologiske aspektet med tanke på tilknytning mellom foreldre og barn er, som nevnt innledningsvis, svært viktig. I tillegg til å bidra til at foreldre kan få en følelse av trygghet (Jackson, 2006).

Jeg har søkt i flere databaser og har i hovedsak fått treff på forskningsartikler i Ovid MEDLINE. I den forbindelse har jeg brukt søkeordene: Premature/ Infant, communication, parents, professional-family relations. Jeg har også søkt i Norart, Bibsys, Joanna Briggs Institute og Chinal med samme søkestrategi. Jeg fikk i Ovid MEDLINE 119 treff, men få omhandler kommunikasjon mellom foreldre og pleiepersonell direkte. Hovedfunnene sier noe om behovet foreldrene har for informasjon og at kommunikasjon er viktig.

Hovedfunnene er som følger:

- En artikkel vektla betydningen av å benytte et forståelig språk, at dialog i forhold til avgjørelser rundt barnet burde ha et mål, og konkluderte med at det er viktig å benytte tid nok til å sjekke ut at informasjon blir forstått. I tillegg ble betydningen av at personalet trenes i terapeutiske kommunikasjonsteknikker for å bedre kommunikasjonen med foreldrene beskrevet. De anbefaler videre at det bør forskes mer på kommunikasjon i nyfødtavdelinger (Sudia-Robinson, 2000).
- Jackson (2006) sier noe om betydningen av å bli møtt med respekt, engasjement og empati. Å møte foreldre på denne måten er viktig og identitetsfremmende. Kommunikasjon var av de viktigste elementene foreldrene vektla i denne studien. At konteksten på nyfødtavdelingen er preget av varme og kjærlighet, var og av betydning. (Jackson, 2006; Jackson et al, 2006). God kommunikasjonspraksis med profesjonelle var verdsatt (Bialoskurski et al, 2002).
- Om sykepleierens rolle sies det at sykepleieren er den primære kilden til informasjon og støtte for foreldrene på nyfødtavdelingen (Brazy, 2001; Kowalski et al. 2006). Andre sier videre at å støtte foreldre som har barn på nyfødtintensiv ikke kan overdrives. Det er viktig å ha oppmerksomhet på kommunikasjon mellom foreldre og de ansatte, og emosjonell støtte av foreldrene (Griffin et al, 1998). Støtten av foreldre bør og være satt i system. Psykologisk støtte av foreldre bør være en integrert del av et neonatalt oppfølgingsprogram (Fowlie og McHaffie, 2004).
- Psykososial innsats fra personalet på nyfødtavdelingen viser seg og å være viktig for å forhindre utvikling av post traumatisk stressyndrom (Elklit et al, 2008).
- En annen artikkel vektla betydningen av å se familien som helhet. Helsearbeidere som inkorporerer nøkkelementene i familiesentrert omsorg i sin yrkesutøvelse, har positiv virkning på foreldrene til premature barn (Van Riper, Marcia, 2001).
- Tandberg (2004) har i en norsk studie intervjuet foreldrepar og sett på "Foreldres rolle i beslutningsprosesser i samhandling med sykepleiere på nyfødtavdelinger". Hun fant

at foreldre erfarer at personalet var mest opptatt av mødrenes rolle. Fedrene ønsket at personalet skulle fokusere mer på deres rolle.

Kommunikasjon i en nyfødtintensiv kontekst blir med andre ord omtalt på forskjellige måter i forskningslitteraturen. Hvordan denne kommunikasjonen skal foregå eller hvordan helsearbeidere skal gå fram sies det lite om her. Jeg har heller ikke funnet forskning som omtaler kommunikasjon om psykososiale forhold direkte i relasjon til denne konteksten.

3.0 METODE OG FORSKNINGSDESIGN

I dette kapitlet beskrives innledningsvis forskningsteoretisk ståsted. Jeg redegjør så for min forståelse av Grounded Theory (GT) som metode, og hvorfor jeg valgte denne metoden. Med metode mener jeg som Kvale og Brinkmann (2009) ”veien til målet”. Videre vil jeg gjennomgå hvordan jeg benyttet Grounded Theory for å besvare problemstillingene mine og de valgene jeg tok underveis i prosjektet. Til sist i dette kapitlet beskrives etiske vurderinger, reliabilitet og validitet.

3.1 Forskningsteoretisk ståsted

En positivistisk epistemologi vil si at vi kan studere virkeligheten som et objekt hvor forskeren står utenfor og observerer et fenomen uten at vi påvirker dette. Det klassiske eksempelet er laboratoriet. Dette kjennetegner kvantitativ forskning. En konstruksjonistisk epistemologi innebærer på den annen side at vi både fortolker og er en del av den samme sosiale virkeligheten (Kvale og Brinkmann, 2009). Altså at forskeren påvirker informantene og det foregår en gjensidig påvirkning. Kvalitativ forskning hører inn under dette paradigmet. Dette siste er forskningsteoretisk ståsted for mitt prosjekt selv om jeg arbeider i et miljø hvor naturvitenskapelig forskningstradisjon er mest akseptert og hvor lineær tenkning har sterk innvirkning.

I et studium hvor kommunikasjon er et av hovedtemaene, faller det naturlig å velge kvalitativ metode. Dersom kvantitativ metode skulle vært valgt ville det ikke vært mulig å få en dypere forståelse av hvordan ansatte kommuniserer. Spørreskjema ville med andre ord ikke vært en aktuell metode å bruke for å utforske ansattes kommunikasjon.

3.2 Min forståelse av Grounded Theory

Min hovedreferanse til forståelse av Grounded Theory er sosiologiprofessor Kathy Charmaz bok, ”Constructing Grounded Theory”. Hun lærte seg metoden av Barnley Glaser og Anshelm Strauss som har stått sentralt i utviklingen av Grounded Theory. Hun har i tillegg bygget på egen erfaring som forsker (Charmaz, 2006). Charmaz beskriver metoden innenfor en sosialkonstruksjonistisk forståelsesmodell noe som passer godt inn i min systemiske tankegang. Jeg har i tillegg støttet meg til en artikkel i artikkelsamlingen av Kerry

Chamberlain fra 1999. Det må tas i betraktning at det følgende er en forenklet fremstilling av metoden.

3.2.1 Historikk og epistemologi

Grounded Theory ble kjent da *The Discovery of Grounded Theory: Strategies og Qualitative Research* ble utgitt av amerikanske sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss i 1967 (Landridge, 2006 og Charmaz, 2006). De samarbeidet om studier av døende sykehuspasienter og hvordan tema "døden" ble behandlet av sykehuspersonalet (Charmaz, 2006: 4). Glaser og Strauss blir sett på som grunnleggerne av metoden.

Historisk sett har det vært en diskusjon om hvorvidt metoden kan klassifiseres som kvalitativ eller kvantitativ. Diskusjonen omkring "induksjon" og "deduksjon" har røtter helt tilbake til Aristoteles. Induksjon vil si prosessen som brukes for å avgjøre om en teori er sann eller ikke, basert på observasjoner eller eksperimenter. Deduksjon er det omvendte, at forskeren følger oppdagelsens vei, altså studerer forskningsobjektet uten først å ha forankret undersøkelsen i tidligere vedtatt teori (Patel og Davidson, 1995). Chamberlain (1999) mener at det er en overforenkling at GT blir karakterisert som en induktiv metode noe jeg etter arbeidet med metoden kan se meg enig i. Man begynner induktivt i kodingsprosessen, men videre i datainnsamlings- og analyseprosessen testes hypoteser deduktivt gjennom videre datainnsamling og analyse. Så ved å benytte Grounded Theory involverer det sekvenser av både induktiv og deduktiv tenkning gjennom prosessen. GT blir omtalt som en induktiv metode på grunn av prinsippet om at alle aspektene i prosessen må være forankret i data, derav navnet "Grounded Theory" (Chamberlain, 1999:184).

I følge Charmaz har både Glaser og Strauss et opprinnelig positivistisk vitenskapsteoretisk grunnsyn ved at de ikke oppfatter seg som en del av materialet de forsker i. Dette gjelder både i informasjonsinnhenting og i analyseprosessen. Chamberlain (1999) understøtter dette og vektlegger at det har foregått en epistemologisk² konflikt omkring hvordan metoden kan bli forstått. Charmaz legger vekt på at hun ikke støtter et slikt vitenskapssyn. Hun sier at metoden kan anvendes med utgangspunkt i et sosialkonstruksjonistisk syn hvor man ser på forskningsprosessen som et gjensidig samspill mellom forsker, informantene og det materialet

² *Epistemologi* betegner læren om grunnlaget for all viten. Det er den delen av læren som ser på forskjellige type kunnskap om verden, og gyldigheten av denne kunnskapen (Langdridge, 2006: 248).

som det forskes på (Charmaz, 2006). Dette sammenfaller også, som nevnt, med mitt eget syn på forskning.

Grunnet denne historiske bakgrunnen, er det naturlig at metoden har blitt brukt i både kvantitativ og kvalitativ forskning med et henholdsvis positivistisk og konstruktivistisk utgangspunkt. Charmaz (2006) bekrefter at metoden er akseptert av kvantitative forskere og at en av årsakene er at den er fin å benytte i studier med triangulering³.

Metoden kan også sies å være sirkulær siden den innebærer en vekselvirkning mellom analyse og informasjonsinnhenting. Forskeren må hele veien holde seg nært opp til materialet og forsikre seg om at alle aspektene i teorien kan bli begrunnet i dataene. Slik jeg ser det har med andre ord Grounded Theory en positivistisk fase og en sosialkonstruksjonistisk forståelse.

3.2.2 Hovedbegreper i GT

Siden Charmaz tenking er min hovedreferanse til forståelse av metoden, ble det et naturlig valg å presentere kort hva som kjennetegner prosessen i Grounded Theory, slik hun beskriver den. Jeg vil senere presentere dette grundigere når jeg beskriver min egen prosess. Å beskrive GT-prosessen kortfattet er utfordrende. Den kan sammenliknes med å forberede et gourmetmåltid hvor alle ingrediensene skal passe sammen til slutt (Chamberlain, 1999:183).

Datainnsamling og utvalg:

Datainnsamlingen kan foregå ved hjelp av intervju, observasjonsmetoder, tekstanalyse eller liknende for å skaffe seg et "rikt" materiale. Charmaz (2006) hevder at det er av betydning å velge en datainnsamlingsmetode som kan gi et så fullstendig bilde av temaet som mulig.

Theoretical Sampling (teoretisk utvalg) er et vanlig prinsipp i Grounded Theory. Teoretisk utvalg betyr å søke og samle inn relevante data for å utdype og avgrense kategorier i den framvoksende teorien. Ett eksempel er at forskeren tar for seg ett intervju om gangen og lar analysen styre hvem som intervjues neste gang (Langdridge, 2006). Utvalg i GT kjennetegnes som tydelige utvalg av informasjon. Teoretisk utvalg utføres for å utvikle kategoriene helt til nye egenskaper ikke viser seg lenger og det oppnås en metning.

³ *Triangulering* vil si "kombinasjoner av kvalitative og kvantitative metoder" (Thagaard, 2009:18).

Koding:

Koding er vanlig i nesten alt kvalitativt analysearbeid. Etter å ha samlet inn data kodes det transkriberte materialet systematisk. I Grounded Theory kan koding bestå av mange faser: *initial coding (detaljert koding)*, *focused coding (fokusert koding)*, *krysskoding (axial coding)*, *theoretical coding (teoretisk koding)* og til sist dannelse av *kategorier (categories)*, som er det øverste nivået (Charmaz, 2006). For hver koding økes abstraksjonsnivået, og via kategoriene er målet å ende opp med dannelse av hypoteser eller teorier med utgangspunkt i det kodede materialet.

Kodingen skal ideelt sett foregå parallelt som datainnsamlingen slik at de påvirker hverandre gjensidig. Forskeren undersøker dataene nøye med tanke på meningsinnholdet, og kodene man lager har grunnlag i dataene (Kvale og Brinkmann, 2009 og Langdridge, 2006).

I følge Charmaz (2006) er det ikke nødvendig å følge alle trinnene i kodingsprosessen, men de to første trinnene er grunnleggende for å kunne gjøre sammenlikninger. De vil i tillegg være nødvendig for å kunne finne fram til kategorier og for å kunne gjøre teori eller hypotesedannelse mulig.

Memoskriving (memo-writing):

Memoskriving gjøres gjennom hele analyseprosessen. Memos er foreløpige analytiske notater som leder en til å begynne å analysen tidlig i forskningsprosessen (Charmaz, 2006). Jeg ser på skriving av memos som "tenkeskriving". Parallelt med kodingen skriver forskeren ned refleksjoner om ideer, tolkninger og hypoteser. Tankene kan være alt fra korte stikkord til lange veloverveide utfyllende setninger. Det anbefales at notatene har en liten overskrift slik at analyse og sorteringsarbeidet blir lettere.

Metning (saturation):

Metning er en essensiell komponent i Grounded Theory. En har oppnådd metning når dataene ikke genererer ny informasjon av vesentlig betydning og en kan si seg ferdig med datainnsamlingen. Charmaz bekrefter dette: "Categories are 'saturated' when gathering fresh data no longer sparks new theoretical insights, nor reveals new properties of these core theoretical categories" (2006:113). For å teste ut om metning er oppnådd, er det anbefalt at

forskeren utforsker negative forekomster og tilfeller som ikke passer i teorien og forsøker å inkludere all variasjonen i materialet.

Kategoridannelse (*Categorizing*) og subkategorier:

Ved hjelp av krysskodingen sammenliknes kodene og kategorier relateres til subkategorier. Egenskapene og dimensjonene ved en kategori spesifiseres, og dataene som har blitt delt opp under innledende koding settes sammen igjen for å gi sammenheng i den nye analysen (Ibid). Å kategorisere vil si å velge visse koder og gå opp et abstraksjonsnivå og via felles temaer (subkategorier), finne mønster i puslespillet av koder. Målet er å sitte igjen med 3-4 analytiske begreper.

Å utvikle teori:

Målet i GT er å utvikle en teori. "Grounded Theory har ikke som formål å teste eksisterende teori, men å utvikle teori induktivt" (Kvale og Brinkmann, 2009:209). Å utvikle teori er ikke realistisk i et så lite prosjekt som dette. Konklusjonen av dette prosjektet kan muligens gi retning for videre forskning og videre utvikling av teorier innenfor feltet.

Kort oppsummert går prosessen i Grounded Theory fra transkribert materiale via koding og kategorier til dannelse av teori som er forankret i dataene.

3.3 Valg av forskningsdesign

Grounded Theory ble et naturlig valg av forskningsdesign for min studie fordi jeg ønsket å finne informantenes tause kunnskap om helsepersonells kommunikasjon uten å være farget av å ha lest teori på forhånd. I tillegg var jeg usikker på hvor mange informanter jeg skulle velge. Jeg forstod at denne teorien gav rom for å forme undersøkelsen underveis i prosjektet, noe jeg så på som fint siden jeg var fersk i forskningsøyemed. Samtidig sies det at kvalitativ forskning generelt uansett gir muligheter for endringer underveis i forskningsprosessen (Thagaard, 1998).

Siden jeg fikk vite at Glazer og Strauss hadde forsket i sykehusverden og jeg i tillegg forstod at metoden var benyttet av så vel sykepleiere, psykologer, leger og familieterapeuter tidligere, ble jeg enda mer sikker på at dette ville være en fin metode for mitt prosjekt siden min praksis og arbeidserfaring er fra sykehus (Chamberlain, 1999 og Charmaz, 2006).

Fenomenologisk analyse eller diskursanalyse ble og vurdert som mulig alternativ analysemetode, men Grounded Theory virket for meg mer håndfast siden den til en viss grad kommer med oppskrift for hvordan man skal gå fram. Nå i ettertid har jeg sett at IPA (Interpretative phenomenological analysis) også kunne passet for meg fordi metoden har visse likhetstrekk med GT, og siden fenomenologien tar utgangspunkt i menneskers subjektive opplevelse og søker å oppnå en forståelse og dypere mening i menneskers erfaringer (Thagaard, 1998).

Siden dette er et mastergradsprosjekt, har målet mitt vært å lære metoden underveis i arbeidet med prosjektet. Dersom jeg skulle gjennomført analyse med GT på nytt, ville jeg muligens gjort andre valg.

3.4 Valg av semistrukturert intervju og synet på rollen som forsker

En naturlig del av en kvalitativ forskningsprosess er å benytte intervju som datainnsamlingsmetode. Et semistrukturert intervju ser ut til å være mer passende for denne studien enn et strukturert intervju siden temaene i hovedsak er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis (Thagaard, 2009). Semistrukturert intervju ble derfor benyttet for å få fram tanker helsepersonell ved en nyfødtintensivavdeling har om sin kommunikasjon med foreldre om psykososiale forhold.

Intervjusamtalen mellom meg som forsker og den enkelte medarbeider blir utgangspunktet for å samskape hva helsearbeideren tenker om egen kommunikasjon. Jeg bruker ordet samskape fordi jeg ser på den dialogiske interaksjonen i intervjuet som en samskaping mellom meg som forsker og informantene. På den måten kan man si at studien har et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt siden virkeligheten kan forstås som sosialt konstruert gjennom språket. Samtidig er det viktig å understreke at et forskningsintervju ikke kan sammenliknes med en dagligdags samtale. Forskningsintervjuet er en samtale med formål og struktur ledet av en forsker (Kvale, 2007 s. 23).

3.5 Utforming av intervjuguiden

Siden jeg valgte en semistrukturert tilnærming i intervjuet utarbeidet jeg en intervjuguide med følgende temaoverskrifter: Bakgrunn, forforståelse, kommunikasjonsmetode/framgangsmåte,

personlige erfaringer og utviklings-/forbedringspotensialer (vedlegg 4) og under disse hadde jeg forslag til åpne spørsmål. Punktene representerte temaer jeg ønsket å berøre i løpet av samtalen mens rekkefølgen var av underordnet betydning.

Valg av temaoverskrifter og spørsmål var basert på studiens problemstilling og områder jeg var nysgjerrig på. Å ha en struktur så jeg på som viktig for å lette muligheten til å sammenlikne resultatene. Samtidig så jeg på det som avgjørende at spørsmålene var åpne for å få fram informantenes perspektiv. På den måten kunne altså informasjonen som kom fram til en viss grad sammenliknes, og i tillegg ville informantene få anledning til å komme med sine tanker om hva de legger i begrepet psykososiale forhold og kommunikasjon. Jeg mener som nevnt over at menneskelig samhandling er sosialt konstruert, og ser derfor på intervjuet som en samskappingsprosess. Direkte sammenlikninger av resultatene i intervjuene, kan av den grunn bli utfordrende.

3.6 Valg av informanter

I Grounded Theory er det som nevnt innledningsvis vanlig at størrelsen på utvalget styres av analysen (Langdridge, 2006). Grunnet stramme prioriteringer og en presset arbeidssituasjon måtte jeg stoppe ved tre stykker. Utvalget i denne studien ble derfor gjort på forhånd og ikke styrt av prinsippet om "theoretical sampling".

Det er mulig resultatet ville sett annerledes ut dersom jeg hadde hatt flere informanter, men jeg begynte å se likhetstrekk allerede ved andre informant og fikk bekreftet en del ved den tredje. På den aktuelle nyfødtafdelingen er det ca. 120 ansatte og ved en gjennomgang av kompetanse og erfaring kom jeg fram til at de 3 var representative og at de hadde en spesialkompetanse innen kommunikasjon med foreldre. Jeg synes av den grunn det lille utvalget lar seg forsvare.

Jeg foretok utvalget basert på følgende kriterier:

- Erfarne helsearbeidere
- Gode til å kommunisere
- Arbeidet på avdelingen i minimum 5 år og i mer enn 50 % stilling

Utvalget var strategisk⁴ og homogent. Jeg intervjuet kollegaer som jeg opplevde som spesielt dyktige i kommunikasjon med foreldre til premature barn. Utvalget er homogent fordi jeg har valgt samme kjønn, utdanning og yrkesbakgrunn. Jeg ønsket i tillegg å intervju noen som hadde arbeidet ved avdelingen sammenhengende i minimum 5 år fordi jeg mener flere års erfaring ved samme avdeling er nødvendig for å kunne innta ett metaperspektiv i forhold til egen kommunikasjon i arbeidshverdagen.

Samtlige informanter er kvinner. Ingen menn arbeider i direkte daglig kontakt med foreldrene i avdelingen. Jeg ønsket å undersøke hvordan helsearbeidere som daglig var i kontinuerlig kontakt med foreldre i pleien kommuniserte. Det har historisk sett også alltid vært kvinner ansatt i pleien, derfor ble aldri spørsmålet om kjønn vurdert i dette prosjektet. Jeg kaller informantene søster rød (1), søster grønn (2) og søster blå (3) etter rekkefølge på intervjuet og fargekode på den transkriberte teksten. De har 8 års erfaring eller mer fra nyfødtavdelingen. I tillegg hadde alle annen yrkesfaglig bakgrunn hvor de har jobbet med syke/friske barn og deres foreldre. To hadde videreutdanning av forskjellig art. Alle informantene gav uttrykk for at de var glade i jobben sin og to sa eksplisitt i intervjuet at de hadde en særegen interesse for kommunikasjon og var spesielt glade i å kommunisere. Eks: *"Å delta på foreldrenes reise er en fantastisk oppgave (nr. 1 s. 16), "Jeg liker veldig godt "bli kjent"-fasen" (nr. 1 s. 5) og: "Jeg elsker kommunikasjon - det er beste jeg vet" (nr. 3 s. 13).* Dette ble sagt uoppfordret uten at de ble spurt direkte om det.

3.7 Gjennomføringen av intervjuet

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en måned. Intervjuene varer fra en time til en time og seks minutter.

Jeg hadde på forhånd forberedt deltakerne muntlig på at jeg ville anmode dem om å delta i prosjektet. Noen uker senere fikk informantene informasjonsskrivet (vedlegg 2a) slik at de kunne lese igjennom dette på egenhånd, og vurdere om de ville bli intervjuet. Samtlige informanter tok kontakt med meg innen en uke og gav tilbakemelding på at de ønsket å delta.

⁴ *Strategisk utvalg* vil si å velge informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009: 55).

I informasjonsskrivet fulgte jeg vanlig mal og gjorde rede for temaet for intervjuet, bakgrunn for valg av tema og hvordan informasjonen som kommer fram i intervjuet ville bli behandlet.

Jeg foretok samtlige intervjuer i lokaler på sykehuset som ikke fysisk var en del av selve avdelingen, men allikevel i nærheten. Alle intervjuene ble gjort i tilknytning til at informantene skulle på jobb. Ett av intervjuene ble gjort i informantens arbeidstid og det var på forhånd klarert med ledelsen ved avdelingen. Det var et bevisst valg fra min side å velge et rom nært avdelingen og nært opp til at de skulle på jobb, da jeg håpet at nærheten til selve avdelingen ville være med på å stimulere deltakerne til å kjenne igjen erfaringer og opplevelser.

Da informantene kom, ble de informert kort om studien og samtykkeerklæringen ble signert for de som ikke hadde gjort det før de kom til intervjuet. Innledende informasjon ble lest opp (vedlegg 5) og informanten fikk utdelt et ark med oversikt over temaene jeg ønsket å belyse i løpet av intervjuet (vedlegg 4). Den innledende informasjonen ble gitt for å minne informantene om min rolle som forsker og ikke kollega, taushetsplikten hvis de skulle nevne konkrete eksempler og for at de skulle være forberedt på hva jeg ville spørre om.

Charmaz (2006) sier at hun nesten aldri tar med seg intervjuguiden inn på intervjuene siden hun foretrekker at intervjuet er uformelt og i samtaleform. Samtidig sier hun at nybegynnere trenger mer struktur. Godt planlagte åpne spørsmål øker selvtilliten og gjør det lettere å fokusere på hva informanten sier (s. 29). Intervjuguiden ble benyttet som en veiledning. I det første intervjuet ble den fulgt forholdsvis slavisk. I de to neste ble den brukt friere ved at det informantene snakket om, styrte rekkefølgen og hvilke spørsmål jeg stilte. I intervjuene tilstrebet jeg å komme innom alle temaene.

3.8 Transkriberingsarbeidet

Jeg tok opp intervjuene på to digitale opptakere som hadde god lyd og gav mulighet til å overføre opptaket direkte inn på en lydfil på datamaskinen. Dette gjorde transkriberingsarbeidet enkelt siden jeg kunne starte og stoppe opptakene direkte mens jeg skrev. Arbeidet var tidkrevende, men lærerikt fordi jeg så nye meninger i materialet og ble oppmerksom på egen kommunikasjon. Charmaz (2006) bekrefter dette ved å si at å transkribere intervjuene selv gir skjulte fordeler.

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at transkribering er en konstruksjon av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form hvor man må foreta avveininger i forhold til hvor nært opp til det muntlige språket man må være. Transkripsjon innebærer en reduksjon av materialet hvor noe av den analoge⁵ kommunikasjonen forsvinner. Jeg valgte å holde meg så nært opptil hva informantene sa som mulig. Latter og andre nonverbale uttrykksformer ble satt i parentes og lengre pauser ble notert. Dersom informanten la trykk på spesielle ord, ble de fremhevet med store bokstaver. Språk som var meget usammenhengende og muntlig, ble omgjort til normert språk. Jeg gjorde dette siden jeg ville la informantene lese igjennom materialet før jeg begynte med analysen. Kvale og Brinkmann (2009) sier at et ordrett transkribert muntlig språk kan virke usammenhengende og fremstå som forvirret tale, og indikasjon på svakt intellektuelt nivå. Jeg støttet meg til dette da jeg gjenga uttalelsene på en mer sammenhengende måte. Dilemmaet ved å la informantene lese igjennom transkripsjonene kommer jeg tilbake til i neste kapittel som omhandler etiske betraktninger.

3.9 Etiske hensyn: Godkjenning, samtykkeerklæring og anonymisering

Før gjennomføringen av intervjuene søkte jeg den aktuelle avdelingen (vedlegg 1), klinikkjefen og divisjonens forskningsutvalg Personvernombudet ved sykehuset og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 3) godkjente gjennomføringen av studiet. Det ble ikke nødvendig å søke Regional Etisk Komité (REK) siden forskningsprosjektet mitt ikke involverte mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, og siden det ikke utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe tilveie ny kunnskap om helse og sykdom. Det ble presisert i informasjonsskrivet (vedlegg 2a) at det er frivillig å delta og man kan trekke seg når som helst i prosessen, alt materialet blir anonymisert og lydbåndopptaket vil bli slettet 1. mai. I samtykkeerklæringen signerte deltakerne på at det kunne benyttes anonymiserte sitater (vedlegg 2b).

Transkripsjonene og samtykkeerklæringene, samt materialet som er på lydfiler har blitt oppbevart i et låsbart skap når jeg ikke har jobbet med dataene for å beskytte de mot å komme på avveie.

⁵ *Analog kommunikasjon* knytter seg til tonefall, kroppsspråk, mimikk, bevegelser, spesielle ordvalg osv. (Røkenes og Hanssen, 2006).

Jeg har intervjuet kollegaer. Det har bydd på utfordringer med tanke på taushetsplikten. Miljøet er lite og gjennomsiktig. Av hensyn til taushetsplikten har informantene blitt meget generelt beskrevet og dataene har blitt anonymisert slik at det ikke skulle være mulig å kjenne respondentene igjen.

Den nære kontakten forskeren har med informanten medfører en rekke etiske utfordringer (Thagaard, 2009). Mitt prosjekt innebærer noen etiske dilemmaer og utfordringer. Deltakerne har ved å stille seg villige til å delta, vist meg tillit og derved gjort seg sårbare. Jeg har båret med meg denne bevisstheten gjennom hele arbeidet med prosjektet.

3.10 Validitet og reliabilitet

Er denne forskningen pålitelig og gyldig? Kvalitetsvurdering av kvalitativ forskning har hatt mange forskjellige navn (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg velger å benytte de mest kjente begrepene validitet og reliabilitet til tross for at de stammer fra den kvantitative forskningstradisjonen og at Langdridge (2006) hevder de ikke kan benyttes i vurdering av kvalitativ forskning. Reliabilitet knyttes til forskningens pålitelighet, altså om en annen forsker som anvender de samme metodene, vil komme fram til det samme resultatet. Validitet betegner gyldigheten av de tolkningene forskeren kommer frem til (Thagaard, 2009). I denne oppgaven har jeg lagt vekt på at forskningsprosessen skal være transparent, slik at det skal være tydelig å se stegene i min prosess. Fra kategoriseringen via kodingen skal det være mulig å finne tilbake til sitater i det transkriberte materialet. Jeg har i oppgaven vektlagt at jeg har måttet foreta valg underveis, og at det kunne vært valgt annerledes mange steder. Jeg har vært åpne på egen forforståelse og tilknytning til miljøet hvor forskningen ble gjort. Dette er avgjørende i kvalitativ forskning fordi det handler om muligheten for overførbarhet og pålitelighet. På den måten kan det ikke trekkes skarpe konklusjoner ut i fra det som har kommet fram.

I spørsmålet om validitet, kan den håndverksmessige kvaliteten i Grounded Theory vektlegges. Ved at kontinuerlig spørsmålsstilling og kontroll ligger innebygget i metoden som er benyttet, er det i seg selv med på å sikre troverdigheten. Jeg vurderte for eksempel muligheten for å utføre undersøkelsen ved en annen avdeling, men jeg så klart at det var fordeler ved å gjøre det et sted jeg var kjent. Årsaken til det var muligheten til å observere

deltakerne i praksis for å kunne velge ut de jeg syntes var gode til å kommunisere og på grunn av logistikken ved å reise til et annet sykehus for å gjøre datainnsamlingen.

4.0 ANALYSE OG KATEGORIDANNELSE

Grounded theory er en omfattende metode. Grunnet oppgavens omfang og tidsaspektet har jeg som nevnt i tidligere kun hatt mulighet til å bruke elementer av metoden. Å analysere betyr å dele opp materialet i biter eller elementer for å få oversikt over et stort materiale (Kvale og Brinkmann, 2009: 201). Jeg vil i dette kapitlet beskrive hvordan jeg har benyttet Grounded Theory for å komme fram til tre hovedkategorier.

4.1 Min analyseprosess med Grounded Theory

Analysen begynte indirekte allerede etter det første intervjuet. Jeg skrev ned tanker i form av memos siden jeg ikke hadde mulighet til å transkribere og gjøre kodingen mellom hvert intervju. Jeg skrev memos mellom hvert intervju og i løpet av kodingen og resten av analysearbeidet. Jeg beskriver først hvordan jeg gjennomførte koding av intervjuene og veien frem til temaer, subkategorier og kategorier. Videre beskrives og underbygges de tre kategoriene.

4.1.1 Detaljert og fokusert koding

Jeg tok for meg et og et intervju om gangen. Kodingen ble gjort manuelt på utskrifter av de tre transkriberte intervjuene. I forkant hadde teksten blitt krympet slik at det var plass på hver side til å skrive kodingene. Jeg leste intervjuet og kodet linje for linje. Jeg streket under ord som var av betydning og skrev ned den *detaljerte kodingen* til høyre i margen. Jeg forsøkte her å fokusere på handlinger, verb og informantens opplevelse, slik Charmaz (2006) anbefaler i dette første stadiet. Da hele intervjuet var kodet detaljert, leste jeg igjennom intervjuet på nytt.

I den *fokuserte kodingen* forsøkte jeg å gå opp et abstraksjonsnivå og fokuset ble nå mer på tema. Charmaz sier at fokusert koding er *"..more directed, selective and conceptual"* (Charmaz, 2006:57). Et eksempel på detaljerte koder er tatt fra det første intervjuet hvor "søster rød" beskriver hvordan hun går fram ved det første møtet med en familie er: "Bruker veldig mye tid", "Trygg på meg" og "Her er det trygt å være". Fokuskoden ble her til: "Trygghet og kontakt henger sammen".

Jeg skrev ned fokus-koden til venstre på arket. Vedlegg 6a og 6b består av to tilfeldig valgte sider fra to ulike intervju, som viser eksempler på hvordan kodingen ble gjort.

Arbeidet med kodingen var mer nyttig enn jeg først hadde forestilt meg. Jeg så på materialet med nye øyne og så sammenhenger jeg ikke hadde sett tidligere. Selv om jeg tidligere hadde sett temaer gå igjen, kom de tydeligere fram gjennom kodingsprosessen.

Jeg hadde under hele denne prosessen en diskusjon med meg selv om jeg gjorde kodingen riktig. Memo fra dette arbeidet bekrefter det:

Memo søndag 23/1-2010

Usikker på om jeg har gjort fokus-kodingen riktig? Leser litt i gamle masteroppgaver og Charmaz (2006). Lurer på om jeg burde ha funnet noen fokus-koder som gjentar seg i intervjuene og bruke de videre i de andre intervjuene? Altså de samme ordene, men føler jeg til en viss grad har gjort det. Jeg har ikke brukt de samme ordene, men jeg har sett at de likner/har noe av den samme betydningen og har derfor samlet fokus-kodene under samme tema.

Jeg valgte å holde meg tett opp til informantenes utsagn i den fokuserte kodingen for at analysen skulle være så nært opp til materialet som mulig. Jeg forsvarer dette med å støtte meg til det Charmaz (2006) kaller *invivokoder*⁶. Jeg hadde forskjellige fokus-koder for hvert intervju og laget ikke noen faste fokus-koder som sammenfalt og ble brukt om igjen i de forskjellige intervjuene. Jeg fant fokus-koder som var dekkende for flere detaljerte koder jamfør overstående eksempel.

Jeg fikk tidlig i prosessen beskjed av veileder at memo-skriving var viktig. Jeg har både før og etter intervjuene skrevet ned memos. Under transkriberingen og i analyseprosessen har det vært nyttig å se tilbake på tidligere memos. Jeg har datert memosene slik at det har vært lett å finne tilbake til hva jeg tenkte på forskjellige tidspunkt i forskningsprosessen.

Videre vil jeg ta for meg vegen fra koding via temaer til utforming av kategorier.

4.1.2 Arbeidet med utforming av temaer

Da første intervju var fokus-kodet, ble kodene skrevet over på post-it-lapper. Jeg fant etter hvert ut at det ble en arbeidskrevende måte å gjøre det på siden jeg uansett senere måtte skrive

⁶ *Invivokode* vil si å kode materialet ved å bruke sitater som reflekterer informantenes spesielle ord og uttrykk (Charmaz, 2006).

fokuskodene inn på datamaskinen i ettertid. Jeg skrev derfor fokuskodene direkte inn på datamaskinen med nummer på informant og sidetall for å unngå mange operasjoner. Informant nummer en ble skrevet med rødt, informant nummer to med grønt og nummer tre ble markert med blå skrift, slik at de kunne skilles fra hverandre når kodene ble slått sammen. Videre kunne fokuskodene tilpasses og skrives ut, klippes og limes opp på post-it lapper. Jeg sparte dermed en operasjon og fikk digitalisert fokuskodene med en gang. Dette føltes og tryggere med tanke på oppbevaring av materialet. Å gjennomgå fokuskodene på nytt ved å skrive dem direkte inn på datamaskinen, gjorde at jeg måtte tenke igjennom om fokuskoden var riktig ut i fra tekst og detaljert koding. Det var nyttig fordi det gjorde at ordlyden ble bedre, mer dekkende for innholdet og det ble på en måte en dobbeltkontroll av fokuskoden. Jeg endrer noen av ordlydene på fokuskodene i denne prosessen og finner mer dekkende begreper.

Jeg tok for meg ett intervju av gangen. Lappene med fokuskoder for hvert intervju ble grupert sammen etter temaer. Etter arbeid med fokuskodene til første informant, hadde jeg 11 foreløpige temaer. Videre gjorde jeg samme prosedyre med de to andre intervjuene. Fokuskodene ble limt på post-it lapper og kodene ble samlet under forskjellige temaer. Jeg forsøkte så langt det lot seg gjøre å ikke se på/tenke over de andre intervjuene under dette arbeidet. Både intervju nr. 2 og intervju nr. 3 gav 13 foreløpige temaer. Jeg endte opp med ett stort kart med lapper for hvert intervju. Videre ble fokuskodene for hvert enkelt intervju samlet under felles temaer og *krysskodet*. Fokuskodene ble da sammenliknet og samlet til endelige temaer. Ett eksempel på denne prosessen er temaene: *"Egne erfaringer benyttes profesjonelt og har forandret seg over tid"*, *"Informantenes yrkeserfaring og interesse"* og *"Å by på seg selv profesjonelt/Å bruke egne erfaringer terapeutisk"*. Etter dette arbeidet endte jeg opp med det som skulle bli tema nummer en: *"Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk"*.

Temaer som liknet hverandre eller som tydelig gikk igjen i alle intervjuene ble først satt sammen, så ble de andre eltet, og jeg endte opp med til sammen 19 temaer. Før jeg gikk i gang med arbeidet med å komme ned til færre temaer, leste jeg igjennom memos etter hvert intervju for å se om jeg kunne få noen hjelp der. Jeg etter dette nye sammenhenger. Videre grupperte jeg fokuskodene fra de forskjellige intervjuene digitalt under temaer. Under dette

arbeidet gikk jeg igjennom under hvilket tema fokusoden passet. Dette ble en ny kvalitetssikring og det førte til en reduksjon og sammenslåing av temaer som hang sammen.

Jeg kom etter denne prosessen fram til følgende 11 endelige temaer:

- 1. Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk**
- 2. Psykososiale forhold= helheten/systemisk perspektiv**
- 3. Det forebyggende aspektet**
- 4. Å få foreldre til å åpne seg**
- 5. Det første møtets betydning for opparbeidelse av tillit**
- 6. Trygghet, tillit og kontakt henger sammen**
- 7. Samtaler**
- 8. Kontekstens påvirkning på kommunikasjonen**
- 9. Fagutvikling/forslag til forbedringer**
- 10. Vanskelige foreldre**
- 11. Nonverbal kommunikasjon**

Jeg laget videre en matrise (vedlegg 7) og tabeller (vedlegg 8-11) som viste temaer og antall responser for informantene hver for seg og samlet. Disse tabellmessige/grafiske framstillingene ble ett av hjelpemidlene i arbeidet med dannelsen av kategorier. Jeg støttet meg da til Chamberlain (1999) som sier at diagrammer er visuelle fremstillinger av analysen som gir et overblikk på den. Charmaz (2006) nevner og muligheten for å bruke diagrammer, kart og figurer (117).

4.1.3 Kategoridannelse og subkategorier

I prosessen med å lage kategoriene, forsøkte jeg å se sammenhenger. Jeg leste memos etter intervjuene på nytt, lyttet igjennom intervjuene en gang til og forsøkte å ha et metaperspektiv når jeg så på temaene. Det var nyttig for å få bekreftelse på at hovedinnholdet i intervjuet gjenspeilte det jeg hadde kommet fram til via kodingen. Denne konsentrerte, aktive involveringen i prosessen er styrken til Grounded Theory. Du handler i forhold til materialet istedenfor å lese det passivt. Fokuskodingen sjekker ut ens forutinntatthet om emnet (Charmaz, 2006:59).

Mange valg er gjort i denne prosessen, og det er umulig i en slik oppgave ha fokus på alt. De store linjene som ble avgjørende. Etter samstilling av materialet endte jeg opp med følgende tre hovedkategorier. Subkategoriene er temaene jeg kom fram til som underbygger kategoriene.

De er listet opp punktvis under de tre kategoriene og er som følger:

1. Kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene.

- Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk
- Det første møtets betydning for opparbeidelse av tillit
- Trygghet, tillit og kontakt henger sammen
- Nonverbal kommunikasjon

2. Profesjonell ”smalltalk” anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien

- Samtaler
- Kontekstens påvirkning på kommunikasjonen
- Fagutvikling/forslag til forbedringer
- Psykososiale forhold= helheten/systemisk perspektiv

3. Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn

- Det forebyggende aspektet
- Å få foreldre til å åpne seg
- Vanskelige foreldre

Kategoriene består av det jeg oppfatter som hovedelementer av hva ansatte mener om egen kommunikasjon med foreldre til premature barn om psykososiale forhold. De er et produkt av *min egen* tolkning og analyse, basert på min forforståelse. Andre ville kunne ha kommet fram til andre kategorier dersom de skulle gjort et liknende prosjekt. Jeg har valgt å la informantene være styrende og forsøkt å la min egen fortolkning komme i bakgrunnen grunnet mitt kjennskap til feltet og forholdet til informantene. Jeg har som nevnt tidligere, bestemt meg for å holde meg så nært opptil informantenes begreper og uttrykk som mulig. Jeg vil i de neste

kapitlene gjøre nærmere rede for de tre kategoriene med underbyggende subkategorier. Jeg har valgt å belyse de enkelte kategoriene med noen utvalgte sitater fra informantene for å illustrere og begrunne hvorfor jeg har kommet frem til nettopp disse tre.

4.2 GT-kategori 1: Kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene

I det følgende vil jeg gjennomgå elementer som danner grunnlag for kategori 1. GT-kategorien viser seg i flere deler av materialet og er et uttrykk for en gjennomgående holdning hos alle de tre informantene. Påstanden kommer tydeligst fram i fokuskodene som er dannet av subkategoriene: *"Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk"*, *"Det første møtets betydning for opparbeidelse av tillit"*, *"Trygghet, tillit og kommunikasjon henger sammen"* og *"Nonverbal kommunikasjon"*. Jeg har valgt å bruke disse subkategoriene som disposisjon når jeg kommer med eksempler på utsagn som understøtter disse.

4.2.1 Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk

Felles for alle informantene er at de på en eller annen måte sier at de "gir av seg selv" for å opparbeide seg tillit og få kontakt med foreldrene. En rekke utsagn viser det: *"Å gi bevisst litt av seg selv gir tillit" (nr. 1 s. 5)*, *"En må tørre å gi litt av seg selv for å få noe tilbake" (nr. 1 s. 15)*, *"Jeg byr på meg selv profesjonelt" (nr. 3 s. 3)* og: *"Jeg opplever at mødre har ekstra tiltro til meg og at informasjon kan virke mer troverdig ved å by på meg selv" (nr. 3 s. 5)*. Søster rød sier eksplisitt at en må gi av seg selv for å skape tillit i det første møtet: *"Jeg må gi av meg selv for å få noe tilbake i det første møtet. Det skaper tillit" (nr. 1 s. 4)*.

Søster grønn sier om dette at det er: *"Viktig at det ikke er en selv som kommer i fokus" (nr. 2 s. 21)* og: *"I vanskelige samtaler kan en innledningsvis trekke frem egne erfaringer uten å utlevere seg selv" (nr. 2 s. 21)*. Søster blå understøtter dette ved å si at: *"Jeg har opparbeidet meg en slags teknikk som gjør at jeg benytter erfaringen min uten å fokusere på meg selv/egne erfaringer (nr. 3 s. 6)* og: *"Jeg liker ikke kollegaer som bruker store deler av vekten ved å fortelle om seg selv og egne barn" (nr. 3 s. 5)*. Samme informant sier samtidig at kommunikasjonen må være ekte: *"Å være oppriktig og vise at hun virkelig mener at det er hyggelig at familien kommer til oss" (nr. 3 s. 6)*. Søster blå hevder at det å gi av seg selv er tillitskapende fordi det viser at hun har kunnskaper: *"At jeg bruke litt av meg selv og*

erfaringen min fører til at foreldre får en opplevelse av at jeg kan det jeg holder på med” (nr. 3 s. 6).

Samtlige informanter har oppgitt at tidligere yrkeserfaring og personlig erfaring hjelper dem i kommunikasjonen: *”Egne erfaringer letter forståelsen for foreldrenes reaksjoner” (nr. 1 s. 15), ”Min livserfaring påvirker kommunikasjonen med foreldrene”(nr. 1 s. 16), ”Erfaring fra barndommen, arv og den personligheten/typen en er, tar en med seg i jobben”(nr. 2 s. 21) og: ”Annen yrkeserfaring har gitt faglig trygghet (nr. 3 s. 7). Erfaring har også påvirket hvordan de kartlegger psykososiale forhold og den har endret seg over tid: ”Erfaring har endret måten jeg kartlegger psykososiale forhold på (nr. 1 s. 16), ”Fra ”mange svar og mye kunnskap” til ”få svar og mange spørsmål”” (nr. 1 s. 16), ”Faglig trygghet, lang faglig erfaring og personlig erfaring har gjort at jeg vet hva jeg kan og ikke kan” (nr. 3 s. 6), ”Tatt med erfaring av betydningen av selv å bli oppbacket i annen yrkeserfaring over i kommunikasjonen med foreldre” (nr. 3 s. 7) og: ”Lært med erfaring fra arbeid med foreldre (nr. 2 s. 26). Søster grønn sier videre at: ”En kan og bruke eksempler fra hva andre mødre har erfart for å alminneliggjøre/normalisere (nr. 2 s. 21) i tillegg til egne erfaringer: ”Erfaring fra barndommen, arv og den personligheten/typen en er, tar en med seg i jobben (nr. 2 s. 26) og: ”Erfaringen fra arbeid med større alvorlig syke barn har vært viktig” (nr. 2 s. 25)*

4.2.2 Det første møtets betydning for opparbeidelse av tillit

Samtlige av informantene ser på det første møtet som viktig for opparbeidelse av tillit. Søster rød gjør dette ved å: *”Møte foreldrene ”der de er”” (nr. 1 s. 3), ”Være til stede” (nr. 1 s. 4), ”Skape trygghet før jeg kan ”gå videre”” (nr. 1 s. 4), ”Gå varsomt og forsiktig fram” (nr. 1 s. 5), ”Ikke misbruke autoriteten” (nr. 1 s. 6) og ved: ”Å skape den grunnleggende kontakten ved å vise at jeg er genuint interessert” (nr. 1 s. 5). Søster rød mener at det første møtet er betydningsfullt for videre kontakt med foreldrene: *”Bli kjent”-fasen legger grunnlaget for jobben videre” (nr. 1 s. 6) og: ”Får svar på hvor ”skoen trykker”” (nr. 1 s. 8). Hun bruker: ”Bli kjent-fasen” for å danne seg et helhetsbilde” (nr. 1 s. 8).**

Søster rød har det veldig klart for seg hvordan hun går frem: *”To forskjellige samtaler. Først ”bli kjent”, så utforskende samtale hvor jeg utforsker videre” (nr. 1 s. 8). ”Skape kontakt, gå videre og så lage meg mentale kart” (nr. 1 s. 7). Søster grønn synes den enkleste måten å få*

tillit hos foreldrene på er via barnet: *"Den letteste måten å få god kontakt med foreldre på er å henvende seg til barnet som en person"* (nr. 2 s. 4). Hun gjør dette ved å: *"Trekke frem det spesielle ved hvert enkelt barn"* (nr. 2 s. 5). I motsetning til Søster rød oppgir hun ingen spesiell framgangsmåte, men tilpasser det hver enkelt: *"Det første møtet kan være forskjellig avhengig av hvem du møter"* (nr. 2 s. 5), *"Hvordan informanten går frem avhenger av hva slags mennesketyper/personlighet foreldrene er/har"* (nr. 2 s. 11). Søster grønn forsøker å finne ut av hvordan foreldre har det: *"Ved å hilse formelt, presentere seg og gratulere får man en følelse av hvordan foreldrene er"* (nr. 2 s. 5). Hun: *"Føler seg frem og er redd for å være for direkte"* (nr. 2 s. 11). Hun mener det er individuelle forskjeller: *"Noen foreldre går det fort å bli kjent med"* (nr. 2 s. 6) og at det er: *"Forskjell på foreldre hvor lett kommunikasjonen går/god kontakt en får"* (nr. 2 s. 12).

Søster blå er mer direkte i det første møtet, men stiller samtidig åpne spørsmål for å bli kjent og få tillit hos foreldrene. Følgende sitater understøtter dette: *"Presenterer meg, håndhilser, sier: "Å så hyggelig" og "at jeg håper de vil trives hos oss" "*(nr. 3 s. 3), *"Lurer på "hvordan foreldre har opplevd sykehuset fram til nå?" "*(nr. 3 s. 3) og: *"Ved å stille åpne spørsmål som "hvordan det går" og "om foreldrene har funnet seg til rette", åpner mor seg i samtalen og en kan lettere få inntrykk av hva som er problemet"* (nr. 3 s. 10). Til forskjell fra de andre to presiserer Søster blå at hun tenker over hvordan hun selv ville bli møtt: *"Jeg tenker over hvordan jeg selv ville blitt møtt"* (nr. 3 s. 4) og hun begrunner dette med: *"Egen erfaring fra å være pårørende til barn på sykehus har lært meg mye om kommunikasjon i det første møtet"* (nr. 3 s. 4). Hun har som søster rød: *"Jeg har lik framgangsmåte når jeg møter nye foreldre"* (nr. 3 s. 4) og: *"Er opptatt av at det første møtet skal være bra"* (nr. 3 s. 9). Hun legger vekt på at hun skaper kontakt med foreldrene ved: *"Å vise at hun er genuint interessert, og at hun synes det er unikt å få være med på det viktigste som skjer i livet deres. Det åpner opp til å få en bedre kommunikasjon om psykososiale forhold"* (nr. 3 s. 21).

4.2.3 Trygghet, tillit og kontakt henger sammen

Alle informantene sier direkte eller indirekte noe om at det er en sammenheng mellom trygghet, tillit og det å få kontakt med foreldrene i det første møtet. Søster rød forteller at: *"Tillit gjør at en lettere kan stille spørsmål om det en trenger å få vite"* (nr. 1 s. 6), *"Trygghet og kontakt henger sammen"* (nr. 1 s. 4) og: *"Fortroligheten fører til at emner for samtaler kommer opp"* (nr. 1 s. 9). Søster grønn understøtter dette: *"At foreldre føler seg sett og at du*

føler du får en god kontakt henger sammen” (nr. 2 s. 4). Søster rød sier videre at: *”Opparbeidelse av tillitsforhold tar ei vakt*”(nr. 1 s. 12). Søster blå mener og det er betydningsfullt at tilliten opparbeides fort: *”Det er viktig å raskt opparbeide en viss tillit*” (nr. 3 s. 2).

Flere av informantene er opptatt av å alltid avklare forventninger siden det gir en forutsigbarhet og trygghet for foreldrene: *”Alltid avklare forventninger for det gir forutsigbarhet*” (nr. 1 s. 12), *”Skape kontakt ved å ta på og kommentere hvorfor jeg ikke kan være tilstede fører til trygghet*” (nr. 1 s. 10) og: *”Avklare forventninger*” (nr. 2 s. 4). Søster blå er også opptatt av forutsigbarhet: *”Jeg prøver å hilse på foreldre før de kommer til avdelingen*” (nr. 3 s. 9).

Søster grønn skaper som nevnt i kap. 4.2.2 trygghet og tillit hos foreldrene via barnet: *”Skaper trygghet ved å vise interesse for barnet*” (nr. 2 s. 4). De andre bruker og barnet for å få kontakt med foreldrene i det første møtet, men på litt forskjellige måter: *”Fokuserer på at babyen har blitt en grad friskmeldt*” (nr. 3 s. 3), *”Skryter av ungen, og sier ofte: ”Å så flott unge dere har fått!”*” (nr. 3 s. 3) og: *”Tar med barnet opp til mor*” (nr. 1 s. 13). Søster rød legger i tillegg trykk på at det er viktig at vi lytter til foreldrene: *”Foreldrene er eksperter på sitt barn*” (nr. 1 s. 17) og: *”Min kjeppehest er at foreldre/pasienten vet best/er eksperter på seg selv*” (nr. 1 s. 18).

Hun mener at kunnskap og handlingskraft kan være nøkkelen til tillit og trygghet for foreldrene: *”Å vise tydelig at en er trygg og har kunnskap om det en holder på med kan smitte over på foreldrene*” (nr. 2 s. 8), *”Viser bevisst tydelig ting en gjør og forklarer for å skape trygghet*” (nr. 2 s. 8) og: *”Skaper trygghet ved å reagere raskt på alarmer og være mye til stede*”(nr. 2 s. 8). Søster blå er opptatt av å sette seg inn i foreldrenes situasjon, trekke frem det positive og bruke humor for å få kontakt og tillit: *”Kjenner på hvordan foreldrene har det og hva som skal til for at de skal bli trygge*” (nr. 3 s. 4), *”Roser foreldrene mye og ser at de vokser på det*” (nr. 3 s. 8), *”Fokuserer mye på at barnet er friskmeldt en grad*” (nr. 3 s. 9) og: *”Å bruke humor bevisst er forløsende på kommunikasjonen og kan snu gråt til latter*” (nr. 3 s. 10).

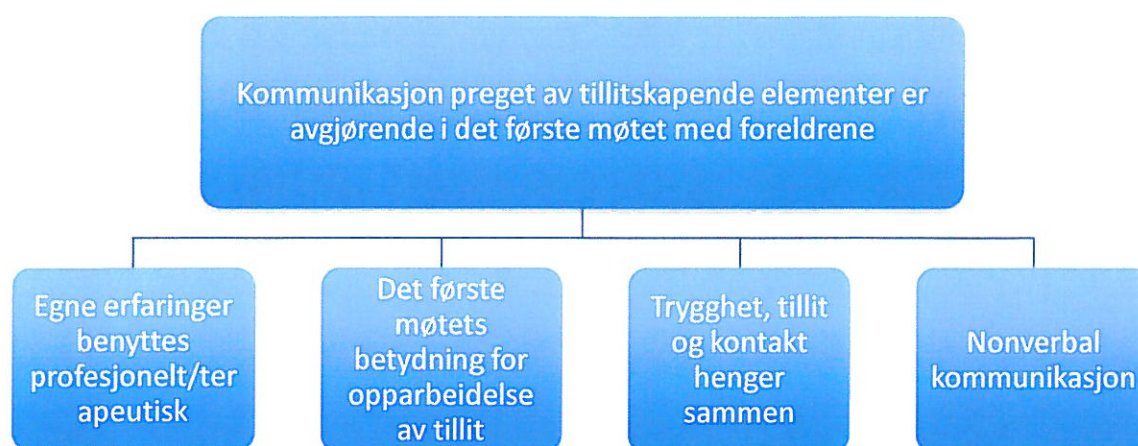
4.2.4 Nonverbal kommunikasjon

Temaet nonverbal kommunikasjon er forskjellig vektlagt hos informantene. Søster blå sier eksplisitt at det må være kongruens (samsvar) mellom verbal og nonverbal kommunikasjon for at foreldrene skal få tillit til deg som pleier: *"Dersom en sier en ting, og kroppsspråket sier noe annet får en ikke tillit"* (nr. 3 s. 13). Søster rød og Søster grønn fremhever at en hektisk arbeidshverdag kan påvirke tilliten til foreldrene fordi de da sender ut nonverbale signaler som ikke er positive: *"Travelhet fører til overstyring av foreldre, og det synes ved nonverbal kommunikasjon"* (nr. 1 s. 11), *"Mener selv hun alltid "er på farten"* (nr. 2 s. 12) og: *"Å sette seg ned med foreldre gir et bedre inntrykk"* (nr. 2 s. 13).

Det er forskjell på hvor bevisste informantene er sin egen nonverbale kommunikasjon. Søster rød er meget opptatt av egen nonverbal kommunikasjon: *"Setter meg"* (nr. 1 s. 14), *"Samme nivå"* (nr. 1 s. 5), *"Benytter tilegnede kunnskaper om nonverbal kommunikasjon"* (nr. 1 s. 9), *"Stiller spørsmål ut i fra foreldrenes kroppsspråk"* (nr. 1 s. 10), *"Er bevisst egen nonverbal kommunikasjon"* (nr. 1 s. 10) og: *"Bruker kroppskontakt/"ta på" bevisst for å forsterke positiv adferd"* (nr. 1 s. 15). Det samme gjelder Søster blå: *"Prøver å være bevisst nonverbal kommunikasjon"* (nr. 3 s. 13), *"Er bevisst eget kroppsspråk fordi hun har opplevd episoder selv som ikke har vært gode"* (nr. 3 s. 13) og: *"Lært nonverbal kommunikasjon via erfaring og ved å se på andres feil"* (nr. 3 s. 14).

Søster grønn sier i motsetning til de andre at hun ikke er bevisst sin egen nonverbale kommunikasjon, men viser indirekte at hun er det ved det hun forteller. Det må presiseres at hun innledningsvis ikke forstod hva jeg mente da hun ble stilt spørsmål om hun tenkte over sin egen nonverbale kommunikasjon. Hun svarte etter at begrepet ble forklart at: *"Jeg er nok ikke bevisst det, men jeg vet at jeg alltid er litt på farten"* (nr. 2 s. 12). Samtidig synes jeg Søster grønn viser at hun er bevisst sin analoge kommunikasjon siden hun tidligere i intervjuet presiserer hvor viktig det er at hun viser med sine handlinger at hun kan det hun holder på med for å trygge foreldrene indirekte og få tillit. Hun sier og at hun: *"Ikke er så bevisst foreldrenes nonverbale kommunikasjon, men ser at noen ønsker å være i fred og andre er aktive og pågående"* (nr. 2 s. 13). Hun ser og at den nonverbale kommunikasjonen kan påvirke foreldrene negativt siden hun sier: *"Jeg skulle vært flinkere til å sette meg"* (nr. 2 s. 16) og: *"Siden jeg opptrer som jeg har mye å gjøre, spør foreldrene mindre"* (nr. 2 s. 17).

En oppsummering av GT-kategori 1 med subkategorier:



4.3 GT-kategori 2: Profesjonell "smalltalk" anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien

I det følgende vil jeg gjennomgå subkategorier som danner grunnlag for kategori 2. GT-kategorien viser seg i flere deler av materialet og er et uttrykk for en gjennomgående praksis hos alle de tre informantene. Påstanden kommer tydeligst fram i fokuskodene som er dannet av subkategoriene: "Samtaler", "Kontekstens påvirkning på kommunikasjon", "Fagutvikling/forslag til forbedringer" og "Psykososiale forhold=helheten/systemisk perspektiv". Jeg har også her valgt å bruke subkategoriene som disposisjon når jeg kommer med eksempler på utsagn som understøtter disse.

4.3.1 Samtaler

Denne subkategorien kunne hatt flere forskjellige navn, men "Samtaler" var et begrep som kunne være bredt dekkende. Av materialet kom det fram at informantene skiller mellom to forskjellige type samtaler når de omtaler hvordan de kommuniserer med foreldrene for å kartlegge psykososiale forhold. Den ene typen er samtaler som de har kontinuerlig. Jeg har valgt å kalle det for "profesjonell smalltalk" ut fra utsagn Søster rød brukte. Den andre typen er individuelle samtaler. Informantene avtaler tid og finner et uforstyrret sted for samtaler med foreldrene. Søster rød benytter den "profesjonelle smalltalken" til å finne ut av hva foreldrene kunne ha behov for å snakke om. Samtlige informanter omtaler at de i hovedsak benytter seg av "profesjonell smalltalk" når de kommuniserer med foreldrene. Søster rød sier

at: *"Vi snakker i en sånn naturlig sammenheng, jeg prøver å avgrense dem. De trenger ikke å fortelle så veldig mye. Jeg skal ikke bli beste venn med dem. Jeg er av profesjonell art"* (nr. 1 s. 8). Jeg valgte å kalle dette i fokuskodegen for: *"Profesjonell kommunikasjon: "smalltalk"* (nr. 1 s. 8). Andre steder i intervjuet med Søster rød er også liknede betegnelser benyttet: *"Smalltalk"* (nr. 1 s. 5) og: *"Bevisst "smalltalk" for å danne seg et helhetsbilde"* (nr. 1 s. 15). Søster rød forteller at hun samtaler med foreldrene hele vekten og fisker litt og litt informasjon om psykososiale forhold: *"Kommunikasjon med foreldre om psykososiale forhold vedvarer hele vekten"* (nr. 1 s. 14). Søster grønn bekrefter at hun også gjør det samme: *"Kartlegging foregår hele vekten"* (nr. 2 s. 19) og *"Jeg skiller mellom samtale om situasjonen foreldrene er i, og samtale om "vær og vind"* (nr. 2 s. 6). Hun forteller og at: *"Samtalene foregår samtidig som informanten gjør oppgaver sammen med foreldrene"* (nr. 2 s. 16) og sier at: *"Høflighetsprat og småprat om "vær og vind", kan også være inngangsport for informasjon"* (nr. 2 s. 19). Søster blå har det samme synet, men legger til at: *"Det er tillitskapende at kartleggingen foregår i samtaleform og at det ikke blir utspørring"* (nr. 3 s. 2), *"Jeg kartlegger psykososiale forhold gjennom hele vekten"* (nr. 3 s. 19), *"Har ingen plan med kommunikasjon i samtalen med foreldre om kartleggingen av psykososiale forhold"* (nr. 3 s. 20) og hun: *"Synes kommunikasjonen blir mest naturlig når hun innhenter litt og litt informasjon"* (nr. 3 s. 19).

Søster rød skiller seg fra de andre to når det gjelder individuelle/uforstyrrede samtaler. Hun forteller at hun bruker "profesjonell smalltalk" for å finne ut av hvor "skoen trykker". Så setter hun som nevnt, over av tid, og har individuelle samtaler utenfor avdelingen. Hun har med andre ord en mer konkret plan med kommunikasjonen. Disse sitatene understøtter dette: *"Uforstyrrede samtaler utenfor avdelingen"* (nr. 1 s. 8), *"Avtaler tidsavgrenset individuell samtale"* (nr. 1 s. 8) og: *"Fortrolige samtaler er vanskelige å ha inne på stuene"* (nr. 1 s. 9). Da hun får spørsmål om hvilke temaer samtalene handler om, sier hun: *"Foreldrerelasjon og kjønnsroller kan være tema for individuelle samtaler"* (nr. 1 s. 9), *"Temaer fra foreldrelunsk, amming og ernæring kan og være tema for individuelle samtaler"* (nr. 1 s. 9) og: *"Vanskelige temaer tas opp i ei konkret ramme"* (nr. 1 s. 15).

Søster grønn mener at individuelle samtaler er viktig, men har sjelden det med foreldrene: *"Legger sjelden opp til individuelle samtaler"* (nr. 2 s. 16), *"Individuell samtale/Å sette seg ned gir rom for tid"* (nr. 2 s. 17) og hun sier: *"Jeg er ikke redd for hva som kommer opp i en*

samtale selv om jeg sjelden setter meg ned" (nr. 2 s. 17). Hun tror at vi ville fått mer informasjon om psykososiale forhold dersom det hadde vært en kultur på avdelingen å ha slike samtaler: *"Tror vi ville fått mer informasjon om psykososiale forhold om vi oftere hadde tatt oss tid til individuelle samtaler"* (nr. 2 s. 18). Hun stiller seg spørrende til hvorfor vi sjelden har denne formen for samtaler: *"Spør seg om vi er redde for formelle samtaler siden vi stadig finner unnskyldninger"* (nr. 2 s. 18) og: *"Lurer på om pleiere er redde for pinlige øyeblikk og bli "stilt til veggs""* (nr. 2 s. 20).

Angående temaer for individuelle samtaler sier Søster grønn at: *"Å snakke om barnet er et ufarlig tema, og noe foreldre alltid er interessert i"* (nr. 2 s. 20) og: *"Forslag til tema for individuell samtale kan være: Hvordan er det hjemme hos dere når dere må være her så lenge?"* eller helt åpne spørsmål som: *"Er det noe dere tenker på..?"* (nr. 2 s. 20). Søster blå har individuelle samtaler utenfor avdelingen en sjelden gang, men sier at hun burde hatt det oftere: *"Synes selv hun kunne vært flinkere til å hatt samtale utenfor stuene"* (nr. 3 s. 19).

4.3.2 Kontekstens påvirkning på kommunikasjonen

Av intervjuene fremgår det at samtale med foreldrene blir påvirket av konteksten på nyfødtintensiv. Travelheten i avdelingen og at foreldrene sitter tett oppå hverandre, er et hinder for god kommunikasjon med foreldrene. Travelheten påvirker hvor godt informantene får kartlagt psykososiale forhold. Samtlige informanter bekrefter dette: *"De trange fysiske forholdene i avdelingen kan føre til at foreldrene har behov for et beskyttelseslag rundt seg"* (nr. 1 s. 10), *"De fysiske forholdene i avdelingen er et hinder for at foreldre skal tørre å åpne seg"* (taushetsplikten) (nr. 2 s. 12) og *"Tidsaspektet påvirker hvor mye jeg får kartlagt rundt psykososiale forhold"* (nr. 3. s. 4).

Søster grønn går så langt at hun sier at: *"Travelhet i avdelingen er et hinder for å stille spørsmål om hvordan foreldre har det"* (nr. 2 s. 11). Samtidig spør hun seg om travelheten noen ganger blir benyttet som en unnskyldning: *"Bruker travelhet som unnskyldning for at en ikke får satt seg ned"* (nr. 2 s. 12) og: *"Unngår samtaler/situasjoner ved å prioritere å fylle på hyller osv. først"* (nr. 2 s. 13). Søster grønn fremhever i motsetning til de andre at foreldrene er med på å påvirke samarbeidet med pleierne og miljøet foreldrene i mellom: *"Noen foreldre har en smittsom positiv effekt på miljøet på stuene"* (nr. 2 s. 6), og synes at: *"Når kommunikasjonen på stuen går lett så utviskes skillet mellom pleier og foreldre..."* (nr. 2 s. 6). Søster blå fremhever og at hun: *"Har samtaler på et annet rom dersom hun vet at*

samtalen tar litt tid” (nr. 3 s. 18) og at: *”Hun ikke setter seg ned og har en fortrolig samtale eller informasjonssamtale dersom det er mange andre uromomenter som påvirker*” (nr.3 s. 19).

4.3.3 Fagutvikling/forslag til forbedringer

Denne subkategorien kunne vært under flere av kategoriene, men den endte opp her siden den sier noe om at samtlige av informantene mener at individuelle samtaler med foreldrene burde tilbys oftere. Søster rød sier dette eksplisitt: *”Individuelle samtaler utenfor avdelingen burde tilbys oftere*” (nr. 1 s. 8). Hun er i tillegg kritisk til kvaliteten på pleiernes kommunikasjon: *”Spør seg om det foregår på et overfladisk plan*” (nr. 1 s. 14) og: *”Mener det bør jobbes videre med pleieres kommunikasjonsegenskaper*” (nr. 1 s. 14). Samtidig synes hun det er: *”Vanskelig å komme med forslag til hvordan vi kunne forbedret måten vi kommuniserer om psykososiale forhold på*” (nr. 1 s. 17) og at: *”Et dokumentasjonssystem for kartlegging av familien mangler*” (nr. 1 s. 18).

Etter flere runder med utforsking av tema sier hun at: *”Individuelle planer*” (nr. 1 s. 17) er viktig, og at et forslag er at for eksempel to stykker satte seg ned sammen og hadde en: *”Dialog/meningsutveksling istedenfor at vi jobber individuelt*” (nr. 1 s. 17) fordi i dag synes hun at vi jobber veldig alene. Hun sier og at en: *”Sjekkliste*” (nr. 1 s. 18) kunne vært nyttig, men er mer opptatt av hva som er hensikten med å kartlegge psykososiale forhold. Til sist kommer hun fram til at vi allerede har et redskap som er nyttig, og sier at: *”Malen for inkomstsamtale er god og kartlegger mye*” (nr. 1 s. 18). Hun mener vi hadde kommet langt dersom alle hadde benyttet den. Søster blå kommer med forslag om at: *”Konkrete stikkord under psykososiale forhold i dokumentasjonssystemet ville hjelpe*” (nr. 3 s. 22) fordi: *”Jeg leser ofte under ”psykososiale forhold” i rapporten, men det står sjelden informasjon der som gir meg noe*” (nr. 3 s. 22).

Søster grønn mener at årsaken til at individuelle uforstyrrede samtaler i liten grad blir benyttet i avdelingen er at: *”Informanten føler hun har lite trening i individuelle samtaler*” (nr. 2 s. 18). Hun mener at: *”Personalet vil føle seg tryggere til å kunne hjelpe dersom de får styrket sine kunnskaper om det psykososiale*” (nr. 2 s. 22), *”Utdannelse i kommunikasjon gjør en tryggere og det blir lettere å støtte foreldre*” (nr. 2 . 22). I motsetning til de andre sier Søster

grønn at hun: *"Ønsker meg en veileder på avdelingen som kunne hatt kunnskaper i å håndtere vanskelige situasjoner/hatt en annen rolle"* (nr. 2 s. 26). Slik jeg forstår Søster blå fremhever hun i motsetning til de andre at kontaktsykepleie er viktig for at "smalltalken" skal ha effekt og at hun får den informasjonen hun trenger om familien: *"Jeg liker å følge foreldrene over tid og føler at jeg får utrettet mer da"* (nr. 3 s. 7). Om andre pleiere sier hun at: *"Jeg savner det "lille ekstra" hos kollegaer"* (nr. 3 s. 14).

4.3.4 Psykososiale forhold= helheten

I arbeid med denne kategorien kom jeg etter hvert fram til at psykososiale forhold omfatter det systemiske perspektivet i arbeidshverdagen på nyfødtintensiv. Dette slo meg mer og mer etter hvert som flere av informantene omtalte psykososiale forhold som "helheten". Søster rød sier i en metafor at: *"Det hjelper ikke å ordne på armen hvis alt det andre er elendighet"*. Hun bruker ordet "helhet" og liknende begreper flere steder: *"Informasjon for å se helheten: økonomi, religion, andre barn og sosialt nettverk"*(nr. 1 s. 2), *"Å lese journalen bidrar til å skape et bilde av helheten"* (nr. 1 s. 12) og: *"Kartlegging av psykososiale forhold er nødvendig for å kunne gjøre en helhetlig jobb"* (nr. 1 s. 7). Søster blå har slik jeg ser det et helt klart systemisk perspektiv: *"Utdanning, arbeid, lønn og bolig har noe å si for hvilke ressurser barnet skal vokse opp i"* (nr. 3 s. 2), *"Mange ser på ting så isolert, men alt henger jo sammen"* (nr. 3 s. 20), *"Jeg har fokus på å se hele familien"* (nr. 3 s. 4) og: *"Viktig å se på mor, far og søsken som ressurser rundt barnet"* (nr. 3 s. 16). Søster grønn sier og indirekte at psykososiale forhold er helheten rundt barnet: *"Psykososiale forhold handler om hvordan det å få et sykt barn påvirker familien og hvilken bakgrunn familien har"* (nr. 2 s. 2) og: *"Hvilke ressurser familien har"* (nr. 2 s. 2) og: *"Hvilket miljø familien kommer fra"*(nr. 2 s. 3). Søster grønn er og opptatt av å tilpasse "smalltalken" når en kommuniserer med foreldre fra andre kulturer: *"Hvilken kultur man kommer fra spiller veldig stor rolle"* (nr. 2 s. 3) og: *"I møte med personer fra andre kulturer må vi tenke annerledes når vi kommuniserer"* (nr. 2 s. 3).

Søster rød er opptatt av at: *"Å jobbe parallelt med den psykososiale biten er viktig"* (nr. 1 s. 2). Hun sier at det hjelper ikke at barnet fysisk er klart til å reise hjem dersom ikke foreldrene psykisk sett er det. Søster rød sier om den "profesjonelle smalltalken" at hun er: *"Nøye og bevisst hvilken informasjon som trengs på forhånd"* (nr. 1 s. 6), *"Lager individuelle kart"*

(nr. 1. s. 7), "Bruker det mentale kartet for å gjøre en helhetlig jobb" (nr. 1 s. 7) og: "Tenker igjennom hensikten med innhenting av informasjonen" (nr. 1 s. 17).

Den "profesjonelle smalltalken" for å danne seg et helhetsbilde av familien består av: "Spørsmål om det er første barnet til foreldrene er en inngangsmåte for kartlegging av psykososiale forhold" (nr. 2 s. 8) og: "Stiller spørsmål om fødselen med tidligere barn, graviditet og hvilke tanker de har hatt om det" (nr. 2 s. 9). Søster blå mener at: "Naturlige spørsmål i kartleggingen er: "Har dere andre barn? Hvilken erfaring har dere med barn? Hva tenker dere om oppholdet hos oss?" (nr. 3 s. 2), "Lett å innhente opplysninger fra observasjonsposten siden jeg kjenner mange som jobber der" (nr. 3 s. 17) og: "Ber foreldre stille krav til oss og at vi er avhengige av å samarbeide" (nr. 3 s. 3). Søster rød: "Oppsøker informasjon om mor ved å ringe avdelingen hun ligger på" (nr. 1 s. 12) og: "Å oppsøke informasjon om mor skaper et annet bilde" (nr. 1 s. 13) for å: "Innhente informasjon om mors psykiske og fysiske helse" (nr. 1 s. 13).

Andre kilder til informasjon om helheten rundt familien er: "Innhenter opplysninger i journalen, fra sosialkonsulenten og Ullevålsteamet" (nr. 2 s. 14), "Vi burde forhørt oss mer med Intensiv om hvordan foreldrene var der" (nr. 2 s. 14), "Hvis mor har ligget på Obs.posten en stund før fødselen, burde vi forhøre oss med dem" (nr. 2 s. 15), "Ser på adresser til familien for å se for meg hvor de bor" (nr. 3 s. 17), "Tenker over hvilken helsestasjon familien tilhører" (nr. 3 s. 17) og "Ser på foreldrenes yrke etter å ha kjent dem en stund, men har da ofte en viss følelse på hvilken bransje de er i" (nr. 3 s. 18).

Søster grønn sier at den "profesjonelle smalltalken" foregår i hovedsak med mor: "Innhenter informasjon om psykososiale forhold fra mor (hovedkilden)" (nr. 2 s. 13). Søster rød: "Ønsker at begge foreldre er tilstede ved første informasjonssamtale" (nr. 1 s. 11) og: "Passer på at begge foreldrene er til stede ved "store" hendelser" (nr. 1 s. 11). Mens Søster blå: "Snakker like mye med mor og far" (nr. 3 s. 14), "Mener at foreldrene har hver sine roller, men at de er viktige på forskjellige måter" (nr. 3 s. 16), "Henvender seg til søsken når de er tilstede i avdelingen" (nr. 3 s. 14) og: "Mener at utestengelse av søsken halve året (pga virussesongen) kan være ødeleggende for familien" (nr. 3 s. 15).

En oppsummering av GT-kategori 2 med subkategorier:



4.4 GT-kategori 3: Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn

Denne kategorien trer fram fra flere deler av materialet og særlig der informantene snakker om temaer som er kodet under subkategoriene: *"Det forebyggende aspektet"*, *"Å få foreldre til å åpne seg"* og *"Vanskelige foreldre"*.

4.4.1 Det forebyggende aspektet

At informantene tenker forebyggende når de kommuniserer med foreldre til premature barn viser seg i flere deler av materialet. Det er spesielt Søster grønn og Søster blå som trekker direkte inn dette aspektet: *"Viktig å tenke forebyggende allerede mens familien er hos oss"* (nr. 3 s. 20) og: *"Mener det er et forebyggende aspekt i å gripe tak i problemer som oppstår med foreldre i avdelingen"* (nr. 2 s. 24).

Søster grønn mener at å ha et barn liggende på nyfødttintensiv er en påkjenning i seg selv: *"Det er en ambivalent og vanskelig følelse å være i å få et nyfødt barn som ligger på nyfødttintensiv"* (nr. 2 s. 25). Søster blå trekker fram at vi med tidlig intervensjon kan gjøre en forskjell med tanke på parforholdet: *"Vi kan gjøre en stor forskjell ved å investere tid til å hjelpe familien under oppholdet med tanke på å redusere problemer som kan påvirke parforholdet"* (nr. 3 s. 20). Søster grønn mener noe av det samme: *"Vi burde være mer opptatt av hvordan foreldrene har det sammen"* (nr. 2 s. 14) og: *"Informanten ønsker å gjøre oppholdet på avdelingen så godt som mulig for foreldre som har problemer eller sliter med*

forholdet" (nr. 2 s. 3). Hun: "Tenker over hvordan foreldre fungerer sammen (måten de snakker sammen på)" (nr. 2 s. 10) og: "Synes selv hun burde være mer pågående i kommunikasjonen for å kartlegge hvordan foreldrene har det siden hun tror mange går på hotellet og gråter" (nr. 2 s. 11).

Ved spørsmål om hva hun ser av gode kommunikasjonsegenskaper hos andre kollegaer, trekker hun fram at hun ser: "Andre kollegaer bruke mye tid sammen med foreldrene, prater mye og viser stor interesse og har mange gode råd" (nr. 2 s. 15), "Dyktige kollegaer trekker frem de gode/positive sidene hos foreldre og bygger videre på de" (nr. 2 s. 15), "Noen kollegaer er ekstra flinke til å trekke fram de positive sidene" (nr. 2 s. 15), "Dersom foreldre ikke har det godt inni seg så vil det påvirke forholdet til oss og til barnet" (nr. 2 s. 3) og hun mener at: "Å prate med noen og å få forståelse kan gjøre det lettere for foreldrene" (nr. 2 s. 4).

Søster grønn og Søster blå er spesielt opptatt av å ta seg av fedrene og at det kan forebygge problemer foreldrene i mellom: "Man burde bli flinkere til å spørre pappaen om hvordan han har det" (nr. 2 s. 9), "Mener det psykososiale gjelder for pappaen og" (nr. 2 s. 9), "Vi burde bli flinkere til å spørre far om hvordan han tenker/synes rollen er" (nr. 2 s. 14), "Spør far på tomannshånd "hvordan han synes det går?" (nr. 2 s. 10), "Informerer far om at det er normalt at mor er svingende i humøret, men at det går over" (nr. 2 s. 10), "Fortelle far at barselmødre kan være vanskelige å forstå seg på" (nr. 2 s. 10), "Ikke lett å finne sin rolle som far i avdelingen hvor det nesten bare er damer" (nr. 2 s. 10), "Gi far følelsen av "å bli sett" han og" (nr. 2 s. 10), "Innhente opplysninger fra far og om psykososiale forhold" (nr. 2 s. 15) og hun mener at: "Kveldsvakten kan være en fin anledning til å få pratet med far alene" (nr. 2 s. 13).

Søster blå understøtter dette ved å fortelle at hun er: "Opptatt av å få med seg pappaen i mange settinger" (nr. 3 s. 15), mener at: "Fars støtte til mor er uvurderlig" (nr. 3 s. 15), "Far kan avlaste mor og være håndtlinger og det er viktig for mor og dermed far"(sirkulært)(nr. 3 s. 15) og at: "Vi kan komme med tips til far som kan redusere mors stressnivå, og få han til å forstå at det er en KJEMPEVIKTIG jobb" (nr. 3 s. 15). Søster blå: "Har erfaring fra den tiden hvor det kun var en times pappa-visitt og så hva det gjorde" (nr. 3 s. 16) og hevder at:

"I samspill og ernærings situasjonen kan, far bidra støttende selv om det er mor som skal amme barnet" (nr. 3 s. 23).

Søster rød trekker i motsetning til de andre fram foreldre med en annen kulturell bakgrunn, og mener de har underliggende problemer som vi bør gripe tak i allerede mens barnet er hos oss: *"Opptatt av at foreldre med annen kulturell bakgrunn bærer en tung "ryggsekk" (nr. 1 s. 3)* og: *"Vi bør sjekke ut historien i "ryggsekken" til foreldre med en annen kulturell bakgrunn" (nr. 1 s. 3).*

4.4.2 Å få foreldre til å åpne seg

Navnet på denne subkategorien ble til under krysskodingen av materialet. Det slo meg i dette arbeidet at det å få mor til å begynne å gråte og det å få foreldre til å åpne seg hang sammen. Indirekte synes jeg materialet sier at det er forebyggende å åpne seg og få satt ord på hvordan foreldrene har det. Søster blå er nemlig opptatt av å provosere frem tårer hos mor dersom hun ser tegn til at hun holder på å begynne å gråte: *"Jeg provoserer fram gråt ved å bekrefte følelsen. Si for eksempel "jeg forstår at du er redd nå" (nr. 3 s. 10), "Får lett foreldre til å begynne å gråte" (nr. 3 s. 3)* og begrunner dette med at hun: *"Har tro på og erfaring med at det er forløsende å gråte og at mødre har det bedre etterpå" (nr. 3 s. 11).* Hun sier at: *"Etter å ha grått er det lettere for mødre å beskrive hva de føler" (nr. 3 s. 11),* men hun: *"Provoserer aldri frem gråt dersom hun ikke har tid til å være sammen med mor" (nr. 3 s. 11).*

Søster rød knytter det å tørre å vise følelser med relasjonen til pleierne: *"At foreldre tørr å vise følelser tolkes som at pleierne har oppnådd god kontakt" (nr. 1 s. 14),* noe som bekreftes av Søster blå: *"En må ha tillit og være trygg på en person for å tørre og begynne å gråte ovenfor den personen" (nr. 3 s. 11).* Søster grønn bekrefter dette: *"Kjemi har betydning for om foreldre åpner seg" (nr. 2 s. 19).* Søster grønn viser og at trygghet, tillit og kontakt har betydning for om foreldre åpner seg: *"Lettere for foreldre å åpne seg dersom man viser en oppriktig interesse for hvordan de har det" (nr. 2 s. 4).*

Søster grønn mener at personalet ved avdelingen kunne blitt bedre på å få foreldre til å åpne seg: *"Vi er ikke flinke nok til å få foreldre til å åpne seg" (nr. 2 s. 11).* Hun mener at konteksten påvirker foreldrene og at vi burde satt av tid til individuelle samtaler: *"Lettere for*

foreldre å åpne seg dersom de visste at det var satt av tid og skjermet rom" (nr. 2 s. 20) og: "Å sette seg ned og ha en samtale blir mer høytidlig, men hun tror det blir lettere å komme med ting for foreldrene da" (nr. 2 s. 16). Hvorfor noen foreldre ikke åpner seg begrunner hun med at: "Noen foreldre synes kanskje det er vanskelig å åpne seg for oss selv om de vet vi har taushetsplikt og at jobben er å være til stede for dem" (nr. 2 s. 19) og at: "Mange foreldre på nyfødt holder mye tilbake fordi det forventes at de (nybakte foreldre) skal være glade" (nr. 2 s. 25).

4.4.3 Vanskelige foreldre

Denne subkategorien viste seg tidlig i materialet. Jeg noterte meg temaet "vanskelige foreldre" i memos allerede etter første intervju og tenkte å utforske det videre. Temaet kom opp av seg selv i de to første intervjuene uten at jeg stilte noe direkte spørsmål om det. Søster rød sier om dette at hun er nysgjerrig på og: *"Ønsker å finne ut av hvorfor mor oppfattes som "vanskelig". Hva er problemet?" (nr. 1 s. 13)*. Hun sier at hun synes det er kjempe spennende og *"Ønsker å ha ansvar for familier hvor mor oppfattes som vanskelig" (nr. 1 s. 13)*. Ved spørsmål om hvordan hun går fram når hun tilnærmer seg en "vanskelig" mor, forteller hun at hun handler på lik linje som ellers: *"Setter seg, tenker over hvordan hun kan få kontakt og viser mor respekt" (nr. 1 s. 14)*. Søster rød mener at det: *"Alltid er en bakenforliggende årsak til at mor oppfattes som "vanskelig" (nr. 1 s. 14)* og at: *"Angst og tidligere opplevelser i "ryggsekken" kan være årsak til at mor oppfattes som vanskelig" (nr. 1 s. 14)*. Søster grønn og Søster blå utvider dette ved å si: *"Vanskelige foreldre" er egentlig VELDIG engstelige" (nr. 2 s. 7)* og: *"Utrygghet og redsel fører til irrasjonell adferd og foreldre blir oppfattet som vanskelige" (nr. 3 s. 12)*.

Søster grønn kommer også inn på temaet "vanskelige foreldre". Hun mener det både er positivt og negativt å få vite om at foreldre er vanskelige før man skal ha ansvaret for barnet deres. Søster grønn sier: *"Om en har hørt noe negativt om eller at foreldre er vanskelige kan det brukes på en positiv måte" (nr. 2 s. 7)* og føre til: *"At en "værer" situasjonen mer nøye" (nr. 2 s. 7)*. Hun sier: *"Jeg bruker informasjon om "vanskelige" foreldre til noe positivt (går forsiktig fram og er forberedt)" (nr. 2 s. 7)* og at: *"Selv om andre har opplevd foreldre "vanskelige", trenger ikke jeg ha den samme opplevelsen" (nr. 2 s. 7)*. Søster grønn hevder at det er: *"Lett at personalet seg i mellom lar seg påvirke av "negativt snakk" (nr. 2 s. 7)*, *"Ikke lett å snu oppfattelsen til ansatte når foreldre blir omtalt som "vanskelige" (nr. 2 s. 7)*.

"Utfordrende/"vanskelige" foreldre kan gjøre at personalet trekker seg vekk og det kan bli en del "snakk"/baksnakking" (nr. 2 s. 23) og at: "Stemningen på jobben endres og det blir stadig skifting av pleiere som har ansvar for barnet til utfordrende foreldre" (nr. 2 s. 23).

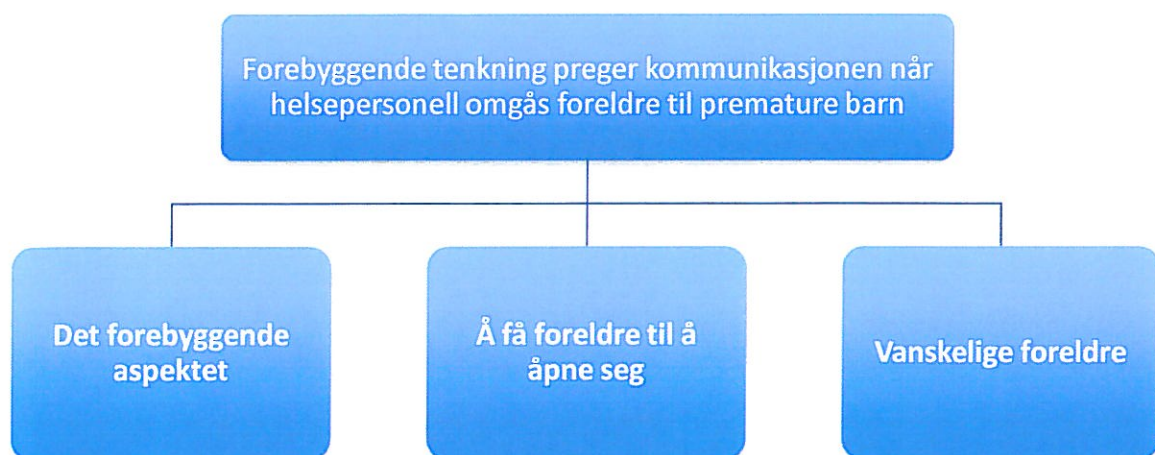
Søster grønn mener at åpenhet og å ta opp ting direkte med foreldre kan løse problemer der foreldre oppfattes som vanskelige:

"Det er sunt for personalet og for foreldre å gjøre en endring/ta opp "problemet" hvis det er en fastlåst situasjon/stemning på en stue" (nr. 2 s. 23) og: "Nå føler jeg at jeg at du ikke stoler på det jeg gjør. Hva er grunnen til det?" Informanten foreslår å ta opp det som er vanskelig direkte med foreldrene" (nr. 2 s. 24),

Søster blå ble direkte spurt om tema siden hun ikke kom inn på det av seg selv. Om dette sier hun: *"Jeg liker ikke at foreldre blir omtalt som "vanskelige" (nr. 3 s. 12), "Jeg opplever sjelden foreldre som "vanskelige" (nr. 3 s. 12) og: "At foreldre blir omtalt som "vanskelige" handler om at de stiller krav og det gjør personalet redde og utrygge" (nr. 3 s. 12).*

Temaet "vanskelige foreldre" kom innunder denne subkategorien siden jeg synes informantene indirekte sier at disse foreldrene har et ekstra behov for hjelp og støtte.

En oppsummering av GT-kategori 3 med subkategorier:



5.0 DRØFTING

Siden det var naturlig å knytte egne kommentarer til kategoriunderbyggingen inngår dette som en del av drøftingen. I det følgende vil jeg imidlertid ta utgangspunkt i noen nøkkelbegreper fra hver av GT- kategoriene, elementer fra teorikapittelet og gi bidrag fra egen erfaring og forforståelse.

Det jeg ønsket å se nærmere på var hvordan helsepersonell beskriver kommunikasjonen om psykososiale forhold mellom dem og foreldre til premature barn i en nyfødttintensivavdeling og hvilke karakteristika eller fellestrekk som viste seg ved kommunikasjonen.

Drøftingen er på ingen måte ment å gi en fasit på hvordan helsearbeidere går frem i kommunikasjon med foreldre. Informantenes opplevelser og erfaringer er subjektive, og de blir aldri mine eller dekkende for hvordan annet helsepersonell enn de jeg intervjuet kommuniserer.

5.1 Kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene

5.1.1 Om tillit og kommunikasjon

Tillit er et begrep som ofte blir nevnt i litteratur som omhandler kommunikasjon.

Informantene nevnte stadig dette begrepet i forbindelse med å bygge opp en relasjon til foreldrene. I boken "Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker" stilles det spørsmålsteget ved hva som er god kommunikasjon når man i kraft av sin yrkesrolle samhandler. Det utdypes at man i mellommenneskelig kommunikasjon legger vekt på mer enn å formidle meninger og informasjon til hverandre. Det handles ut i fra bestemte verdier som vi ønsker å fremme i samhandlingen. Trygghet, tillit, åpenhet, ettertanke og følelse av kontakt kan være eksempler på slike verdier som fremheves. Videre sies det at "det er som regel lettere å utveksle informasjon og forstå hverandres meninger dersom kommunikasjonen har vært preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt" (Røkenes og Hansen, 2006 s.219-220). Denne formen for kontakt velger de å kalle en bærende relasjon. Dette bekrefter nettopp som framkom i en av subkategoriene hvor informantene formidlet at trygghet, tillit og kontakt henger sammen. I materialet kom, som nevnt tidligere, betydningen av kongruens mellom

verbal og nonverbal kommunikasjon fram. Med andre ord er det viktig at det er samsvar mellom det som kommuniseres ved ord og det som kommuniseres ved kroppsspråk. Søster rød beskriver et slikt scenario hvor hun forsøker å trygge foreldrene ved hjelp av nonverbale signaler i tillegg til ord i intervjuet: *”Hvis du har det kjempe travelt og jeg har fire barn som skulle hatt mat for en halv time siden..... Jeg sier hei, og tar på henne fysisk for å bekrefte at jeg er her. Sier at nå skal jeg bort å mate den andre (det andre barnet jeg har ansvar for) og kommer tilbake om 15 min. Jeg skaper kontakt med å se, være fysisk tilstede og så går jeg igjen” (nr.1. s.10).*

Ved at Søster rød metakommuniserer om hvorfor en ikke kan være tilstede hele tiden samt viser at hun er tilstede ved å bekrefte dette fysisk, er et tillitskapende element. Dette er altså et eksempel på at kommunikasjon har et innholds- og et relasjonsaspekt, hvor det siste klassifiserer det første og derfor er en metakommunikasjon (Watzlawick et al, 1967). Det bekrefter samtidig at mennesker kommuniserer digitalt og analogt, altså både med det verbale språket og med nonverbale signaler.

I en svensk artikkel hvor Jackson har gjennom gått diverse studier som omhandler foreldre til premature barn fremheves betydningen av å bli møtt med respekt, engasjement og empati. Å møte foreldre på denne måten er viktig og identitetsfremmende. Kommunikasjon var av de viktigste elementene foreldrene vektla i denne studien (Jackson, 2006). Tandberg mener også noe av det samme. Hun sier at tillit ikke er noe sykepleieren automatisk får. Hun må ta initiativ til en åpne dialog med foreldrene. Tillit opparbeides over tid gjennom at foreldrene blir møtt på et respektfull måte. Det kan bli et åpent rom hvor et gjensidig tillitsforhold kan utvikles (Tandberg og Steinnes, 2009). For å få en god kontakt med foreldre må de føle seg trygge og ha tillit til deg som helsepersonell. Materialet bekrefter dette, men informantene i studien sier i motsetning til Tandberg at å opparbeide seg et tillitsforhold tar en vakt, med andre ord at det går forholdsvis raskt.

5.1.2 Om personlig profesjonalitet

Alle informantene meddelte at de benytter egne erfaringer på en profesjonell måte i kommunikasjon med foreldre om psykososiale forhold. De sa at å gi av seg selv var tillitskapende, og at informasjon kan virke mer troverdig når en byr på seg selv. Jeg har i løpet av utdanningen og gjennom arbeid med foreldre til premature barn reflektert over effekten av

det å gi av seg selv. Det å by på seg selv kan være åpne i en samtale og gjøre at foreldre lettere forteller om seg selv tilbake. Søster rød sier det så fint: *"Jeg må gi av meg selv for å få noe tilbake i det første møtet. Det er tillitskapende"* (nr.1. s. 4). Det er en hårfin balansegang hvor en må passe seg så en ikke blir for privat i den sammenhengen. Samtlige informanter vektlegger dette. I samme bok som det er referert til innledningsvis nevnes det at det er rom for å finne en personlig måte å fylle yrkesrollen på som de velger å kalle *personlig profesjonalitet*. Her problematiseres også grensen mellom det å være profesjonell på en personlig måte og det å være privat. Hvis fagpersonen blir for privat, kan det skape urealistiske forventninger hos brukeren. Yrkesetiske retningslinjer sier ofte noe om denne grensen, men i den daglige yrkesutøvelsen blir det opp til hver enkelt å finne en naturlig avgrensning til det private (Røkenes og Hansen, 2006). Søster blå sa at hun hadde opparbeidet seg en slags teknikk som gjorde at hun benytter erfaringen sin uten å fokusere på seg selv eller egne erfaringer. Røkenes og Hanssen sier at "gode fagfolk har funnet en personlig måte å være på i yrkesrollen" (Røkenes og Hanssen, 2006: 226).

5.1.3 Om å gi av seg selv eller innta en "ikke-vitende" holdning

Media har den siste tiden og fremhevet de positive sidene ved personer som byr på seg selv. Eksempelvis så vi det under VM på ski ved all viraken da Petter Northug hikstet etter målpassering og når Wenche Foss blir omtalt som en dame som gav mye av seg selv. I terapeutisk sammenheng har også begrepet "å gi av seg selv" vært nevnt i utdanningen. Et eksempel på dette er Harlene Andersons syn på begrepet. Hun snakker om "å være åpen", mens andre har brukt uttrykk som transparens/gjennomsjennelighet. Her er det å gi av seg selv sett i lys av en terapeutisk samtale hvor for eksempel terapeuten får en indre monologisk dialog som kan ta konsentrasjonen og fokuset vekk fra klienten. Poenget her er at terapeuten skal være åpen og by på tankene sine der det faller seg naturlig (Anderson, 2003).

At en mentalt bruker egne erfaringer i arbeidet med foreldre, finner jeg støtte for i materialet, og jeg kjenner meg selv igjen i mye av det informantene forteller. Ulempen med å bruke ting en kjenner igjen fra egne erfaringer, er at en kan risikere å gi inntrykk av å forstå for fort. Det kan føre til at foreldrene lukker sin fortelling eller at vi ikke utforsker og stiller videre spørsmål. Bagge (2007) bekrefter dette i sin artikkel om "en ikke-vitende posisjon" hvor hun kommer med eksempler på en rekke situasjoner hvor dette kan skje.

I materialet kom det og fram at erfaring påvirker måten informantene kartlegger psykososiale forhold på. Jeg har selv hatt den samme erfaringen. I begynnelsen av yrkeskarrieren på avdelingen hadde jeg etter en stund følelsen av at jeg hadde mye kunnskap og hadde et svar på det meste, mens etter noen år på baken og videreutdanning som gav mer kunnskap, gikk det opp for meg at det ikke er slik. I intervjuet bekreftet Søster rød noe av det samme. Hun sa at hun fra å ha ”mange svar og mye kunnskap, gikk til å ha få svar og mange spørsmål”. Slik jeg ser det virker det som om man i kommunikasjon med foreldre går fra en ”vitende posisjon” til en ”ikke-vitende” posisjon. En kan tenke seg at man beveger seg fra å ha opparbeidet seg mye teoretisk kunnskap, har en vitende holdning og ønsker å gi svar på alle spørsmål til å ha en ”ikke-vitende”- holdning hvor man forsøker å vise at man er genuint nysgjerrig og sjekker ut informasjonen og får foreldrenes versjon. Det handler ikke om at den profesjonelle ikke skal bruke kunnskapen sin, men om å ikke forstå for fort (Anderson, 2003). En ”ikke-vitende” holdning ser jeg på som avgjørende i det første møtet med foreldrene for at kommunikasjonen skal være preget av tillit.

5.2 Profesjonell ”smalltalk” anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien

5.2.1 Om profesjonell ”smalltalk” versus individuelle samtaler

Via analysen av materialet kom jeg frem til at personalet i hovedsak benytter det jeg har valgt å kalle profesjonell ”smalltalk” i kommunikasjon med foreldre til premature barn for å kartlegge psykososiale forhold. Samtidig som informantene i hovedsak valgte å benytte denne teknikken, sa samtlige informanter at de mente uforstyrrede individuelle samtaler burde benyttes oftere.

Fordelen med den profesjonelle ”smalltalken” er at den foregår i en naturlig sammenheng og samtalen ikke blir så formell. Søster blå sier noe liknende: *”Jeg synes samtalen blir mest naturlig når jeg innhenter litt og litt informasjon”* (nr. 3 s. 19). Tandberg bekrefter dette i boken ”Nyfødtsykepleie 1” hvor hun beskriver at ”mye verdifull kommunikasjon mellom sykepleieren og foreldrene foregår ”bedside”- i en naturlig sammenheng med utgangspunkt i barnets behov der og da” (Tandberg og Steinnes, 2009: 228). Foreldrene kan gi litt og litt informasjon om seg selv, og det blir en dialog mellom helsepersonellet og foreldrene. I en formell samtale som tas utenfor avdelingen kan det lettere bli en monolog hvor den

profesjonelle stiller spørsmål hun ønsker å få svar på. Den profesjonelle "smalltalken" kan i så henseende sammenliknes med en dialogisk samtale der helsearbeideren og foreldrene er mer som samtalepartnere slik Harlene Anderson beskriver det i sin samarbeidsorienterte- eller "ikke-vitende" tilnærming. Samtalen forløper uten noen spesiell plan. Det er samtalen og ikke terapeuten som styrer hva partene snakker om (Anderson, 2003). Søster rød sier i slutten av intervjuet at en av hennes kjepphester er at foreldre er eksperter på seg selv. Dette kan og sammenliknes med Andersons holdning til klientene. Hun er opptatt av at klienten er ekspert på seg selv og sin historie, mens terapeuten er ekspert på den terapeutiske prosessen.

Jeg tenker at å samtale med foreldre på pasientstuen er ok i en kartleggingssetting. Dersom man på den annen side ønsker å få svar på sensitive spørsmål eller man ønsker at foreldrene skal få anledning til "å åpne seg" og komme med det de virkelig har på hjertet, er ikke dette kommunikasjonsredskapet godt nok. Siden avdelingen i dag er bygget opp slik den er, må vi enten ta med foreldrene ut på et uforstyrret rom eller ha fortrolige samtaler om psykososiale forhold inne på stuene når det ikke er andre foreldre tilstede. Dette støttes av Tandberg som sier at samtaler omkring foreldrenes behov for hjelp og støtte bør foregå på et annet rom slik at foreldrene føler at de blir tatt på alvor og fokuset flyttes fra barnet til deres behov. Denne formen for samtaler er viktig for å forebygge at den emosjonelle påkjenningen ved å ha et barn liggende på nyfødtintensiv blir en vedvarende belastning (Tandberg og Steinnes, 2009). Anderson bekrefter også betydningen av konteksten. Hun sier at hvordan rommet der dialogen foregår er innredet på kan fremme eller forhindre dialogen (Anderson, 2003). Studier viser i tillegg at det var av betydning at konteksten på nyfødtavdelingen er preget av varme og kjærlighet (Jackson, 2006; Jackson et al, 2006), samt at god kommunikasjonspraksis med profesjonelle var verdsatt (Bialoskurski et al, 2002).

Jeg har i eget arbeid på nyfødtavdelingen hovedsakelig benyttet profesjonell "smalltalk" i kommunikasjon med foreldrene. Jeg har de senere årene valgt å ta samtaler utenfor avdelingen når sensitive temaer skal utforskes eller det er hektisk og fullt på stuen, slik at en ikke kan kommunisere med foreldre uten at taushetsplikten brytes. Jeg har ved å gjøre dette fått fram mye mer informasjon om foreldrene, og fått de til å åpne seg på en annen måte enn om jeg bare hadde snakket med dem inne på stuen.

Jeg ser for meg at man for å ufarliggjøre individuelle samtaler i avdelingen kunne forsøkt å flyttet noe av den profesjonelle ”smalltalken” ut på et annet rom. Jeg synes at den profesjonelle ”smalltalken” har elementer av ”Samarbeidsorientert”/ ”ikke-vitende” tilnærming. For at individuelle samtaler skal bli en rutine, må avdelingen utarbeide prosedyrer/forpliktende standarder for hvordan samtalene skal gjennomføres (Tandberg og Steinnes, 2009). I den forbindelse må man også tenke på nødvendigheten av å gi opplæring. En studie støtter opp under dette synet. Der vektlegges det at støtten til foreldre bør være satt i system og at psykologisk støtte av foreldre bør være en integrert del av et neonatalt oppfølgingsprogram (Fowlie og McHaffie, 2004). I en annen artikkel ble det i tillegg beskrevet at det er avgjørende at personalet trenes i terapeutiske kommunikasjonsteknikker for å bedre kommunikasjonen med foreldrene (Sudia-Robinson, 2000). Skal individuelle samtaler bli en standard på avdelingen, må med andre ord personalets kunnskaper styrkes. De må trenes i denne formen for samtaler for at kulturen på avdelingen kan endres slik at individuelle samtaler blir en rutine og ikke et unntak slik materialet kan hentyde at det er per i dag.

Det er et paradoks i disse tider hvor det er fokus på innsparinger i helsesektoren og sammenslåing av nyfødtafdelinger i Oslo-området, at man ikke tenker langsiktig. Dersom utformingen av avdelingen hadde vært mer foreldre-barn vennelig og foreldrene hadde bodd sammen med barna, ville kanskje denne formen for samtaler automatisk blitt enklere. Foreldrene ville blitt tryggere, raskere kjent med barnet og barnet ville kommet seg hjem før. En artikkel vektla betydningen av å se familien som helhet. Helsearbeidere som inkorporerer nøkkelementene i familiesentrert omsorg i sin yrkesutøvelse, har positiv virkning på foreldrene til premature barn (Van Riper, Marcia, 2001).

5.3 Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn

Kategoriunderbyggingen av GT-kategori nr. 3 viste at helsepersonell tenker forebyggende når de kommuniserer med foreldre. Informantene la vekt på parforholdet og at de følte ansvar for at foreldre skulle få utløp for følelsene sine. Det var spesielt det at de var opptatt av å få foreldre til å ”åpne seg” og temaet ”vanskelige mødre” som ble fremtredende i materialet for meg. Jeg har gjort meg tanker rundt betydningen av at vi tar tak i hendelser og følelser hos

foreldre, siden det faktisk er vi som er de første som møter den lille babyen og familien sammen.

5.3.1 Om å få foreldre til å åpne seg

Søster grønn og Søster blå var spesielt opptatt av å ta seg av fedrene med tanke på forebygging av konflikter i relasjonen mellom dem. Tandberg har gjennomgått en rekke forskningsresultater som har med mors og fars opplevelse av å bli foreldre i et nyfødttintensivt miljø. Hun har i tillegg studert dette selv. Hovedfunnene viser naturlig nok at det er en belastning å bli foreldre i en slik kontekst. I Tandbergs studie kom det fram at mødrene gir tydeligst uttrykk for behovet for emosjonell støtte fra helsepersonell, mens om fedrene sies det at de liker ”å orden opp” på egenhånd og trekke seg vekk fra avdelingen dersom det blir vanskelig psykisk. Tandberg tror årsaken til denne forskjellen mellom kjønnene, er at fedre ikke klarer å sette ord på sitt behov for emosjonell støtte eller at de har behov for en annen type støtte enn mødrene. Fedrene bruker mye energi på bekymre seg for mors situasjon. Samtidig viste Tandbergs studie at foreldrene uttrykte at de ofte ikke var på ”samme sted” følelsesmessig (Tandberg, 2004). Egen erfaring fra deltakelse på et forsøksprosjekt for å arrangere fedregrupper på kveldstid i avdelingen gav lavt oppmøte, men de fedrene som kom uttrykte ekstrem takknemmelighet og behov for dette tilbudet. Ut i fra min studie kan det tyde på at pleiere i dag er mer opptatt av å få far til å uttrykke sine følelser og erfaringer. Samtidig er det ikke gjort endringer i avdelingen med fast innføring av fedregrupper eller som nevnt tidligere individuelle samtaler som har fokus på foreldrenes emosjonelle behov satt i system.

Røkenes og Hanssen mener som informantene i min studie at i arbeid med mennesker vil det ofte være ønskelig å legge til rette for at deltakerne skal åpne seg: fortelle hva de tenker, føler og mener. Dette er trygghetsskapende (Røkenes og Hanssen, 2006: 225). Jeg mener at å få foreldre til å åpne seg er forebyggende. Tandberg sier det samme (Tandberg og Steinnes, 2009). Foreldrene er i eller har vært i en krise, og de begynner å bearbeide det de har vært igjennom når de nærmer seg hjemreise (Kenner og Lott, 2003).

5.3.2 Om gråt som forløsende element

Det at Søster blå var spesielt opptatt av å provosere fram gråt, gjorde meg nysgjerrig på emnet. På den ene siden er det naturlig at gråt er forløsende og bra, men på den andre siden ser vi sjelden foreldre gråte i avdelingen. Jeg tenker at det har med at foreldrene ønsker å være

sterke når de er hos barnet sitt. Erfarne pleiere som har arbeidet på barselavdeling eller observasjonspost for gravide tidligere sier at de ofte så mødre som gråt der. Hvorfor det er slik at foreldrene sjelden viser sterke følelser i avdelingen? Kan det ha med at vi ikke er flinke nok til å få foreldre til å slippe sine følelser frem i en uforstyrret setting? I en artikkel i Aftenposten 5. april 2011 står det om tøffe typer og at det å gråte offentlig ikke lenger er et tegn på svakhet. Psykolog og professor emiratus, Sven Svebak ved NTNU, legger i denne artikkelen vekt på å skille mellom den gode og den vonde gråten. God gråt blir utløst i affekt. Det kan være at man når et mål slik vi så for eksempel Northug gjøre under VM på ski eller gledesårer utløst av sterk glede eller stolthet. Den vonde gråten mener Svebak de færreste ønsker å dele med mange. Noe som kan forklare hvorfor vi sjelden ser foreldre gråte i avdelingen. Svebak sier videre at før var alle terapeuter opptatt av at man skulle gråte, som en slags renselsesprosess. I dag mener mange at det ikke er riktig å dvele for lenge med vonde opplevelser og stadig oppfordre til at pasientene skal gråte av seg vonde minner (Tessem, 2011:10 -11). Slik jeg forstår Søster blås beskrivelse av de gangene hun provoserer frem gråt, virker det mer som for å åpne opp og være forløsende for følelser der og da.

Psykososial innsats fra personalet på nyfødtafdelingen viser seg og å være viktig for å forhindre utvikling av post traumatisk stressyndrom (Elklit et al, 2008). Å få foreldre til "å åpne seg" enten det er ved at de uttrykker følelser eller ved å dele tanker og bekymringer er med andre ord av betydning. Tandberg sier også at tidlig intervensjon fra helsepersonell blir viktig for å forebygge at den emosjonelle påkjenningen blir en vedvarende belastning (Tandberg og Steinnes, 2009).

5.3.3 Om "Vanskelige" foreldre

At temaet vanskelige foreldre viste seg så tydelig i materialet syntes jeg var interessant og ønsket som nevnt tidligere å utforske dette videre. "Vanskelige" foreldre er et begrep som jeg har hørt vært nevnt fra tid til annen i arbeidet ved avdelingen. Jeg setter begrepet i anførselstegn siden jeg aldri har likt denne betegnelsen. Jeg har alltid tenkt at foreldrene ikke er vanskelige, men at de ikke har blitt møtt eller forstått på riktig måte. Samtlige tre informanter oppgav at årsaken til at foreldre oppfattes som vanskelige handler om at de i utgangspunktet er redde. Jeg har ikke tidligere lest om dette i faglitteratur og syntes det var interessant at Tandberg og Steinnes (2009) vier nesten to sider om nettopp dette temaet. Tandberg mener at årsaken til at foreldre oppfattes som "vanskelige" er fordi helsepersonellet

ikke identifiserer at foreldrene er i krise. Helsepersonellet tror da oppførselen er ”normal” for disse foreldrene og synes de er vanskelige å ha med å gjøre. Foreldrene er usikre og sjekker ut informasjon, og dette kan oppfattes som mangel på tillit av personalet. Dette påvirker personalet som blir usikre og frustrerte, og igjen foreldrene, slik at det blir en ond sirkel (Tandberg og Steinnes, 2009). Søster blå har et liknende syn på temaet: ”At foreldre blir omtalt som ”vanskelige” handler om at de stiller krav, og det gjør personalet redde og utrygge” (nr.2 s.12). Søster grønn mener at dersom man har kommet i en såkalt ond sirkel, bør man ta opp dette med foreldrene. Det samme foreslår Tandberg som sier at det bør metakommuniseres eller snakkes om kommunikasjonen og hvordan den fungerer (Tandberg og Steinnes, 2009).

Som en oppsummering synes jeg ut ifra det ovenstående at det kan hevdes at helsepersonellet som er intervjuet i denne studien tenker forebyggende når de kommuniserer med foreldre til premature barn. Studier viser også at sykepleier er den primære kilden til informasjon og støtte for foreldrene på nyfødtavdelingen (Brazy, 2001; Kowalski et al. 2006). Informantene er opptatt av å få foreldre til å få utløp for emosjoner ved å åpne seg, og de er opptatt av parforholdet ved blant annet å ta seg av far på lik linje som mor. I tillegg ser de at foreldre som oppfattes som vanskelige har underliggende problemer.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Avslutningsvis vil jeg gjøre noen oppsummeringer og tanker rundt hvordan resultatet av denne studien kan tolkes. Deretter vil jeg presentere noen ideer om forbedringstiltak og forslag til videre forskning.

6.1 Formål og konsekvenser av funn

I denne oppgaven har jeg hatt som hensikt å undersøke hvordan helsepersonell beskriver kommunikasjonen om psykososiale forhold mellom dem og foreldre til premature barn i en nyfødtintensivavdeling. Videre hvilke karakteristika/fellestrekk som viser seg ved kommunikasjonen. Jeg håper med dette prosjektet å ha fått fram noe av den tause kunnskapen helsepersonellet satt inne med, og satt ord på et tema jeg syntes var lite i fokus. Kategoriene som ble utarbeidet som et resultat av analysen av materialet, er redegjort for i oppgaven og funnene er drøftet med utgangspunkt i relevant forskning og litteratur, systemteoretisk tenkning og egen erfaring.

Jeg har utført en kvalitativ undersøkelse i et naturvitenskapelig miljø. Det har til tider vært utfordrende å ha de systemiske brillene på. Jeg har som nevnt i innledningen alltid vært opptatt av psykososiale forhold, noe som har preget min yrkeskarriere. Oppgaven har helt klart utvidet min kunnskap på feltet. Jeg håper at noe av det arbeidet som har blitt lagt ned kan være med på å bidra til å få inn et litt annet blikk inn i en naturvitenskapelig verden.

Undersøkelsen resulterte som tidligere nevnt i de tre hovedkategoriene:

- 1. En kommunikasjon preget av tillitskapende elementer er avgjørende i det første møtet med foreldrene.*
- 2. Profesjonell "smalltalk" anvendes som redskap for å danne seg et helhetsbilde av familien.*
- 3. Forebyggende tenkning preger kommunikasjonen når helsepersonell omgås foreldre til premature barn*

Gav funnene svar som forventet? Jeg hadde før undersøkelsen ble igangsatt en formening om at individuelle samtaler sjelden ble benyttet når kollegaer kartlegger psykososiale forhold.

Dette viste seg til en viss grad å stemme. Et annet element som viste seg var konsekvensene travle arbeidsforhold har for kommunikasjonen. Jeg kunne selv kjenne meg igjen i det informantene forteller om travelhetens påvirkning. Jeg hadde ikke på forhånd tenkt over at psykososiale forhold kunne sees på som et systemisk begrep i et naturvitenskapelig miljø, men jeg synes materialet sier noe om nettopp dette. Videre at helsepersonellet tenker systemisk til tross for dette miljøet. Muligens har det sin årsak i at sykepleien, slik jeg ser det, beveger seg mot en familiesentrert helhetstenkning.

Ved gjennomgang av litteratur og forskning på området, mener jeg det er grunnlag for at resultatene av undersøkelsen i hovedsak bekrefter tidligere undersøkelser og litteratur. Hvis noe var nytt, så måtte det være at man i undersøkelsen finner at helsepersonellet er opptatt av fars rolle. Dette kan vise at tidligere forskning har vært med på å påvirke helsepersonell til å øke fokuset på fedrenes rolle. Studien kan slik jeg ser det også ha overføringsverdi til andre sykehusavdelinger som møter barn og foreldre. I tillegg håper jeg undersøkelsen kan være med på å fremheve betydningen av kommunikasjon om psykososiale forhold i det nyfødteintensive miljøet.

6.2 Ideer til forbedringstiltak

På bakgrunn av hva jeg har lært av informantene i arbeidet med oppgaven og på bakgrunn av egne erfaringer, vil jeg benytte anledningen til å komme med noen forslag til tiltak som kan være med på å utvikle helsepersonells kommunikasjon med foreldre til premature barn. Tiltak som å øke bemanningen og å bygge om avdelingen slik at lokalene blir mer foreldre-barn vennlige er kostbare og urealistiske i hvert fall på kort sikt.

Forslag til mindre kostbare tiltak kunne imidlertid være:

- Kurs om kommunikasjon og terapeutiske teknikker
- Individuelle samtaler satt i system gjennom prosedyrebeskrivelser
- Opplæring i tegning av relasjonskart og genogram
- Utarbeidelse av en veileder tilknyttet nyfødtavdelingen som kunne avlaste personalet og bidra med innspill i vanskelige situasjoner
- Endring av dokumentasjonssystemet med mer beskrivende underpunkter under psykososiale forhold og eventuelt dokument for genogram/relasjonskart

- Kontaktsykepleiemøter hvor helsepersonell som er mye i kontakt med en familie utveksler tilnæringsmåter og tiltak som kan hjelpe familien

Disse tiltakene vil etter min mening kunne hjelpe helsepersonell slik at de har flere kort å spille på i kommunikasjon og kartlegging av psykososiale forhold. Samtidig vil kanskje foreldre føle seg enda bedre møtt siden de for eksempel slipper å fortelle sin historie om og om igjen.

6.3 Forslag til videre forskning

Før gjennomføringen av undersøkelsen og under arbeidet med materialet har jeg tenkt igjennom områder for videre forskning. Siden det er helsepersonell som er intervjuet i denne undersøkelsen, hadde det vært interessant å intervju foreldre til premature barn om hvordan de opplever relasjonen til helsepersonell, og hva de eventuelt savner i kommunikasjonen. Den forskningen jeg har lest angående kommunikasjon med foreldre, påpeker betydningen av god kommunikasjon og samtaler mellom sykepleiere og foreldre, men sier lite om hvordan kommunikasjonen skal foregå (Griffin et al, 1998, Sudia-Robinson et al, 2000, Van Riper, 2001, Kowalski et al, 2006 og Gaal et al, 2008).

I arbeidet med drøftingen av resultatene så jeg også elementer av samarbeidsorientert ”ikke vitende” tilnærming hos informantene. Det kunne av den grunn også vært interessant å sett nærmere på en slik sammenlikning. I tillegg viste materialet, som nevnt over, at den travle konteksten påvirker kommunikasjonen med foreldrene.

Ingrid Ravn hevder i Nyfødtsykepleieboken, hvor mye av teorien i denne oppgaven er tatt ut fra, at mer forskning rundt betydningen av psykososiale forhold rundt premature barn er nødvendig (Tandberg og Steinnes, 2009). Jeg mener videre at dette kunne vært en interessant vinkling på forskningen.

I tillegg til hovedkonklusjonene har det i materialet kommet fram flere spørsmål enn de som spesifikt er nevnt her. Jeg håper at slike spørsmål også vil dukke opp for de som leser denne oppgaven, og at det kan inspirere til videre utvikling og kanskje til nye temaer for forskning.

LITTERATURLISTE

Anderson, H. (2003). *Samtale, språk og terapi: et postmoderne perspektiv*. Oslo: Hans Reizelts forlag AS

Bagge, R. F. (2007). *Refleksjoner omkring den "ikke-vitende posisjonen"*. I: Fokus på familien nr. 2. Oslo: Universitetsforlaget

Bialoskurski, M. et al (2002). *The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment*. I: Journal of Advanced Nursing, 37(1), s. 62-69.

Brazy et al. (2001). *How parents of premature infants gather information and obtain support*, I: Neonatal Network- Journal of Neonatal Nursing, 20 (2), s. 41-48.

Bunkholdt, V. (1996). *Psykologi- en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Otta: Tano.

Chamberlain, K. (1999). *Using grounded theory in health psychology. Practices, premises and potential* i Qualitative Health Psychology. Editors: M. Murray og K. Chamberlain. Sage (Master i familierterapi og systemisk praksis; Artikkelsamling (2007-11).

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications Inc

Elklit et al. (2008). *Belastningsreaktion hos forældre til præmature spædbørn*-sekundærpublikasjon, I: Ugeskr læger, 170(45), s. 3643-3645.

Fowlie og McHaffie (2004). *ABC of preterm birth. Supporting parents in the neonatal unit*, I: Bjm.com, (329), s. 1336-1338.

Gaal et al. (2008). *Discharge Planning Utilizing the Discharge Train. Improved Communication With Families*, I: Advances in Neonatal Care, 8(1), s.42-55.

Griffin et al. (1998). *Nursing Interventions to Reduce Stress en Parents of Hospitalized Preterm Infants I*: Journal of Pediatric Nursing, 13(5), s. 290-295.

Hårtveit, H. og P. J. (2004). *Familien – pluss én. Innføring i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Jackson, K. (2006). *Föreställningen om drömbarnet raseras*, I: Omvårdaren, 5, s. 16-21.

Jackson, K. et al. (2006). *Quality of care of the preterm infant- the parent and nurse perspective*, I: Acta Pædiatrica, 95, s. 29-37.

Kenner, C. og Lott, J. W. (2003). *Comprehensive Neonatal Nursing: A Physiologic Perspective*. 3. Utg. St. Louis: Saunders

Kowalski et al. (2006). *Communicating with parents of premature infants: who is the informant?* I: Journal of Perinatology, 26, s. 44-48.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk metode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug

NOU (1998:18) *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Patel R. og Davidson B. (1995). *Forskningsmetodikkens grunnlag*. Oslo: Universitetsforlaget

Røkenes, O. H. og Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Saudia- Robinson et al. (2000). *Communication patterns and decision making among parents and health care providers in the neonatal intensive care unit: A case study*, I: Heart and lung, 29(2), s. 143-148.

Stern, D. N. og Bruscheiler-Stern, N. (2000). *En mor blir til*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tandberg, B. S. (2004) *Foreldres rolle i beslutningsprosesser i samhandling med sykepleiere på nyfødtavdelinger*. Oslo: Universitetet i Oslo (Hovedoppgave)

Tandberg, B. S. og Steinnes, S. (red) (2009). *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm AS

Tessem, L.B. (5. april 2011). *Følelser. En ny tid for tårer*. Aftenposten. s. 10 og 11

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Van Riper, M. (2001). *Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU*, I: Heart and lung. January/February, s. 74-84.

Watzlawick et al. (1967). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W. Norton and company

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og økomentale systemer- en introduktion til Gregory Batesons forfatterskab*. 3. utg. København: Akademiske forlag

VEDLEGG 1

Marie Hornslien
Gaustadveien 19 b
0372 Oslo

Seksjonssjef
xxxxxxx
Nyfødtseksjonen
xxxxx sykehus

Oslo, 22. desember 2009

Søknad om å få gjennomføre intervju med ansatte på xxxxxx

I forbindelse med gjennomføringen av det kliniske mastergradsstudiet i familieterapi og systemisk praksis på Diakonhjemmet høgskole, søker jeg med dette om tillatelse til å utføre intervjuer ved Nyfødtseksjonen xxxx. Målet er å utføre en kvalitativ undersøkelse ved å intervjuer 3-6 erfarne ansatte.

Temaet er hvordan ansatte kommuniserer med foreldre til premature barn om psykososiale forhold. Målet er at studien kan danne grunnlag for utarbeidelse av en veileder som kan komme så vel nyansatte som erfarne ansatte til nytte i kommunikasjon med foreldre.

Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Det søkes tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og meldeskjema er sendt til personvernombudet ved xxxx sykehus. I tillegg har teamleder ved xxxx gitt tillatelse til at intervjuene kan gjennomføres i arbeidstiden til de ansatte. Datainnsamlingen planlegges å foregå i slutten av februar 2010, og jeg vil de dagene intervjuene skal gjennomføres ha studiefri/turnusfri slik at det ikke går ut over mitt arbeid i avdelingen.

Dersom avdelingen tillater at undersøkelsen gjennomføres, setter jeg pris på at registreringsskjema undertegnes så raskt om mulig slik at det kan sendes videre til forskningsdirektøren.

Med vennlig hilsen

Marie Hornslien
Spesialsykepleier til nyfødte
Mastergradsstudent i familieterapi og systemisk praksis

Vedlegg:

1. Prosjektbeskrivelse til Masteroppgaven
2. Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt og samtykkeerklæring
3. Registreringsskjema for forskningsprosjekter ved xxxxxx sykehus

VEDLEGG 2a

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet:

”En undersøkelse av kommunikasjonsformer om psykososiale forhold mellom ansatte og foreldre til premature barn i en nyfødtintensiv avdeling”

Jeg er en student på avsluttende trinn i det kliniske mastergradsstudiet ”Familieterapi og systemisk praksis” ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo. Jeg ønsker i den forbindelse å intervju 3-6 ansatte ved Nyfødtseksjonen ved xxxxx sykehus. Jeg er og selv ansatt ved Nyfødtseksjonen.

Tema for prosjektet er kommunikasjon med foreldre om psykososiale forhold. Hensikten er å kartlegge hvordan ansatte går frem når det snakkes med foreldre om psykososiale forhold. Målet er at kunnskap som kommer frem via undersøkelsen kan komme ansatte til nytte i arbeidet med foreldre til premature barn.

Bakgrunn for valg av tema

Gjennom studiet og arbeidet ved avdelingen har jeg fått interesse for hvordan vi kommuniserer med foreldre om psykososiale forhold. Jeg ser at vi den senere tiden har hatt økende utfordringer på dette området og ønsker derfor å studere dette nærmere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil vare i ca. en time. Det vil foregå i arbeidstiden og teamleder vil godkjenne at du blir borte denne tiden. Intervjuet vil foregå i et rom utenfor avdelingen. Det vil bli brukt lydopptaker. Tidspunkt for gjennomføring av intervjuet planlegges til slutten av februar 2010 under forutsetning at prosjektet er godkjent av avdelingsledelsen ved xxxx sykehus og personvernet ved xxxx sykehus.

All informasjon vil bli behandlet konfidensielt og ved prosjektslutt, 1. mai 2011, vil alle personopplysninger bli anonymisert. Undersøkelsen vil foregå i samarbeid med veileder Svein Erik Mork fra Diakonhjemmet Høgskole.

Det er frivillig å delta på dette intervjuet. Selv om du nå takker ja kan du allikevel når som helst innen prosjektslutt, 1. mai 2011, trekke din deltagelse tilbake.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, NSD.

Har du spørsmål til prosjektet, eller ønsker du å delta på intervju, kan du ta direkte kontakt med meg, sende en e-post til: mariehornslie@hotmail.com eller ring meg på tlf: 92646583.

Med vennlig hilsen

Marie Hornslie

Mastergradsstudent /Spesialsykepleier til Nyfødte

MASTEROPPGA VE I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS

DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

SAMTYKKE ERKLÆRING

Student: Marie Hornslien

Veileder: Svein Mork

Jeg har lest vedlagte informasjonsbrev om mastergradsprosjektet og samtykker med dette å delta som informant.

Jeg kan etter intervjuet få lytte på opptaket og kreve det slettet. Det kan benyttes anonymiserte sitater fra intervjuet i mastergradsoppgaven.

Jeg kan når som helst trekke tilbake samtykket uten nærmere begrunnelse. Materialet som eventuelt foreligger slettes 1. mai 2011.

Dato:.....

Signatur:.....


Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

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

 Anne Øfsti
 Avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse
 Diakonhjemmet høyskole
 Postboks 184 Vinderen
 0319 OSLO

Vår dato: 18.12.2009

Vår ref: 23190 / 2 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23190

En undersøkelse av kommunikasjonsformer om psykososiale forhold mellom ansatte og foreldre til premature barn ved en nyfødtintensiv avdeling. Karakteristika ved kommunikasjonsformer i samspillet mellom ansatte og foreldre til premature barn i en nyfødtintensiv avdeling

*Behandlingsansvarlig
 Daglig ansvarlig
 Student*

*Diakonhjemmet Høyskole AS, ved institusjonens øverste leder
 Anne Øfsti
 Marie Hornslien*

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

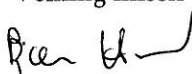
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


 Bjørn Henrichsen


 Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 29 53

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget består av 3-6 ansatte ved nyfødtintensiv avdeling.

Student er selv ansatt ved avdelingen.

Det gis ut skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Revidert informasjonsskriv, mottatt av personvernombudet 18 des. 09, finnes tilfredsstillende.

Det skal ikke snakkes om tredjeperson/konkrete pasienter/pårørende under intervjuene.

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Prosjektslutt er 1. mai 2011. Da skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres. Med anonymisering menes at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger som alder, kjønn, utdanning og arbeidserfaring, endres (grovkategoriseres) eller slettes.

VEDLEGG 4

Temaer for intervjuet:

1. Bakgrunn (utdanning, arbeidserfaring)
2. Forforståelse (hva legger du i begrepet psykososiale forhold?)
3. Kommunikasjonsmetode/ framgangsmåte
 - Det første møte med familien
 - Framgangsmåte ved kartlegging av psykososiale forhold
 - Temaer du spør om
 - Hvem innhentes det opplysninger fra?
 - Hvor foregår samtalene?
 - Verbal- og nonverbal kommunikasjon
4. Personlige erfaringer
5. Utviklings- og forbedringspotensialer

VEDLEGG 5

Introduksjon til intervju:

Jeg er mastergradstudent og skal det kommende året arbeide med et forskningsprosjekt. I dette prosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan ansatte ved avdelingen kommuniserer med foreldre om psykososiale forhold. I intervjusituasjonen har jeg en forskerrolle og ikke den kollegarollen vi har når vi jobber sammen i avdelingen.

Av hensyn til taushetsplikten må det ikke snakkes om konkrete pasienter. Dersom du kommer med eksempler, må det være på et generelt grunnlag slik at ingen kan identifiseres.

Intervjuguide:

1. Bakgrunn:

Hvilken grunnutdanning og eventuelt tilleggsutdanning har du?
Hvor lenge har du jobbet med nyfødte og deres familie?

2. Forforståelse:

Hva forstår du med begrepet psykososiale forhold?
Hva tenker du når du hører dette begrepet? Du som har jobbet med premature barn og deres foreldre i så mange år, hvilke temaer synes du bør komme innenfor denne definisjonen? Hva vil du med den informasjonen du får frem?

3. Kommunikasjonsmetode/framgangsmåte:

Det første møte med familien:

Hvordan vil du beskrive ditt første møte med en familie? Hvordan foregår det vanligvis? Gi gjerne et eksempel.

Hvordan går du fram når du skal kartlegge psykososiale forhold? Har du noen faste spørsmål? Legger du vekt på noe spesielt? Følger du en slags mal/egen oppskrift? Hva vil du med informasjonen du får fram?

Hvilke temaer spør du om?

På hvilken måte tenker du over/er du opptatt av din nonverbale kommunikasjon når du samtaler med foreldrene?

Hvem innhenter du opplysninger fra? Bare mor/far eller begge? Hvilke andre kilder til å innhente opplysninger benytter du?

Hvilke gode kommunikasjonsegenskaper observerer du hos andre kollegaer i denne sammenhengen?

Kontekst:

Hvor er dere når du samtaler med foreldrene? Hva slags form for samtaler er det? Bedside samtale? Er det forskjell på når du begynner og slutter samtalen?

4. Personlige erfaringer:

Hvordan påvirker erfaringer og hendelser fra ditt eget liv kommunikasjonen du har med foreldrene?

5. Utviklings-/forbedringspotensialer:

Har måten du kartlegger psykososiale forhold på endret seg gjennom erfaring/utdanning? Hvordan?

Har du forslag til noe som kunne forbedret måten kartlegging av psykososiale forhold gjøres på? Eventuelt hvilke hjelpemidler mangler?

Har du noe mer du vil si/ tilføye?

VEDLEGG 6a.

finner ut hvor de er og så går jeg videre, men jeg må alltid **skape tryggheten først**. Finne ut hva som er **min funksjon**. Skape rammene, skape hensikten med møtet og hvorfor jeg skal være der og hva som er **min plan** og så må jeg alltid høre **hva de ønsker** og være der på **tilbudssiden** veldig i første omgang og så kan jeg lede videre hvis kontakten er oppnådd, men jeg må ikke begynne å gå før de har begynt å reise seg opp og gå. For det må være parallelt i begynnelsen. Da må vi **gå isammen** finne ut hvor det er og så...

Skape trygghet først
Min funksjon - hva er den?
Min plan - hva er den?
Hva de ønsker
Tilbudssiden

Gå isammen

M: du avklarer forventninger på en måte?

R: Helt klart. Så jeg må hele tiden **"tjuna" meg inn**. Du møter dem der de er først, og så kan de begynne å gå. Og da kan jeg **skape masse**. Da kan vi begynne **å undervise** hvis de ønsker det. Hvis de ikke er klar for det så må vi begynne på **et annet nivå**.

"Tjuna" meg inn
Skape masse
Å undervise

Et annet nivå

M: Ja...ja...

R: Så det å møte de der de er. Finne ut hvor hen de er hen. Når du har gjort det da kan du **gjøre alt mulig etterpå**.

Gjøre alt mulig
etterpå

M: Mmm...

Latter/smil fra begge to..

M: Eh.. Det jeg lurer på også, når du da går videre for det er psykososiale forhold jeg er spesielt interessert i.

R: Mmm...Ja..ja.

M: Når du da går videre da **hvordan** har du da på en måte noen faste spørsmål eller hvordan går du fram på en måte? Har du en plan eller?

R: mmm, ja. Når jeg først har **for jeg bruker veldig mye tid på at de må bli trygg på meg**

Braker veldig mye
tid
Trygg på meg

M: Ja

R: ...At de kjenner at her er det **trygt være**. Hvis jeg ikke oppnår den, da kommer du ingen vei.

Her er det trygt
å være

M: Nei

R: Jeg må være der

M: Ja

R: **Stille meg på null**. Kjenne at jeg/vi har kontakt. Og når vi har oppnådd den kontakten da kan vi som sagt **gjøre veldig mye**, tror jeg.

Stille meg på null
Kjenne at jeg/vi har
kontakt
Gjøre veldig mye

M: Mmm..

R: Og da...eh.... Bruker jeg både, jeg bruker sånn, jeg kaller ofte for sånn **"Møte"**, og så lede videre og da skaper en **tryggheten på alle plan på en måte**.

"Møte" - lede
videre =>
tryggheten på alle
plan

M: mmm

R: Den psykososiale biten.. Kan ikke drive å spørre de ut før du på en måte de **ønsker på en måte**. Før de ønsker å gi noe tilbake. Man ønsker jo ikke å gi noe tilbake til noen man ikke kjenner.

Å gi noe tilbake

M: Nei

R: Så da må jeg på en måte **ønske å skape en tillit først**

Ønske å skape tillit
+ tid

M Mmmm

R: Og hvis jeg da klarer å oppnå den tilliten, så er jeg der, så er det **veldig gjort**. Og da kommer de inn alle disse **spørsmålene** som du på en måte.

Veldig gjort

M: ja

Spørsmålene

Skape trygghet
før jeg kan
"gå videre"

Avklarer
forventninger
Være på
foreldrenes nivå

Trygghet
og kontakt
nerver sammen

Væretilstede
Nullstille seg

Blir kjent

Gi av seg
selv for å
få noe
tilbake
=> Tillit

og alt sånn, men at du på en måte snakker da til det barnet som en person. Det er jo det, for det om det ikke "svarer deg" eller noe sånn, så er jo det. Jeg tror det er kanskje den letteste måten å få en god kontakt med de på, for da tror jeg de føler at "Oj, de er virkelig."i hvertfall så synes jeg mange sier at "Å du er sikkert glad i jobben din eller" ja, jeg tror det at....

Snakker til barnet person
ikke "svarer deg"
letteste måte
god kontakt
Sikkert glad i jobben din

M: Ja, fordi de ser at du bryr deg om barnet deres?

G: Ja, ja ikke sant. Mmm

M: Ja, ja...mmmm

G: Gir de inntrykk av at. Det er jo noe spesielt egentlig med alle. Og alle foreldrene er jo like opptatt av sine barn selv om det ligger noen i senga ved siden av. Der igjen at du gir dem den følelsen av at "Å jeg har sett ett nydelig barn du har og..." ja, mmm....så føler jeg at de får den der...åja, ja....mmmm...

noe spesielt med alle sine barn
nydelig barn du har

M: Det kommer jo egentlig litt over i det som du snakker om nå, men hvordan vil du beskrive det første møte med en familie, når du liksom kommer inn og? Om du ikke har hatt de før for eksempel? Hvordan foregår det vanligvis når du skal bli kjent med familien?

G: Det kan være forskjellig. Noen ganger så har du ikke sett de før, og så har du fått, og så er det du som skal ha ansvaret for de og noen ganger blir det veldig sånn formelt, og du hilser og presenterer deg og.

Gratulerer og... litt sånn, og da kan du jo fort få litt sånn følelse av hva slags, hvordan er de hvertfall nå, i den situasjonen de er, det behøver jo ikke være sånn for det, men du kan få litt sånn følelse...

M: Værer du litt hvor de er hen da, på en måte eller?

G: Ja, får på en måte litt sånn...Er dette folk som. Det er jo det de gjør når du går inn og hilser liksom og sånn og. Hva har de behov for?

M: mmm..

G: Er de sånn som ønsker at jeg bare skal være litt sånn...klar og grei, eller ønsker de litt mer sånn...ja, du må jo liksom littegranne, for å kanskje få litt mer kanskje kjennskap til de da, så prøver man seg ofte litt frem med litt sånn dagligdagse ting og så der du litt hvor de er hen

hva har de behov for?

Klar og grei
litt mer sånn
Prøver man seg ofte litt frem
Dagligdagse ting
Hvor de er hen

Trekket frem det spesielle med hvert enkelt barn.

Det første møtet kan være forskjellig avhengig av hvem du møter

ed å hilse formelt presentere seg og gratulere får nam en følelse W hvordan foreldrene er.

"Værer" situasjonen

Prøver å finne ut hvor foreldrene er hen i frem i bli-kjent-faser.

være forskjellig
ikke sett før
Ansvaret for de
formelt hilser
presenterer deg
Gratulerer
litt sånn følelse
hvordan er de
situasjonen de er.
litt sånn følelse

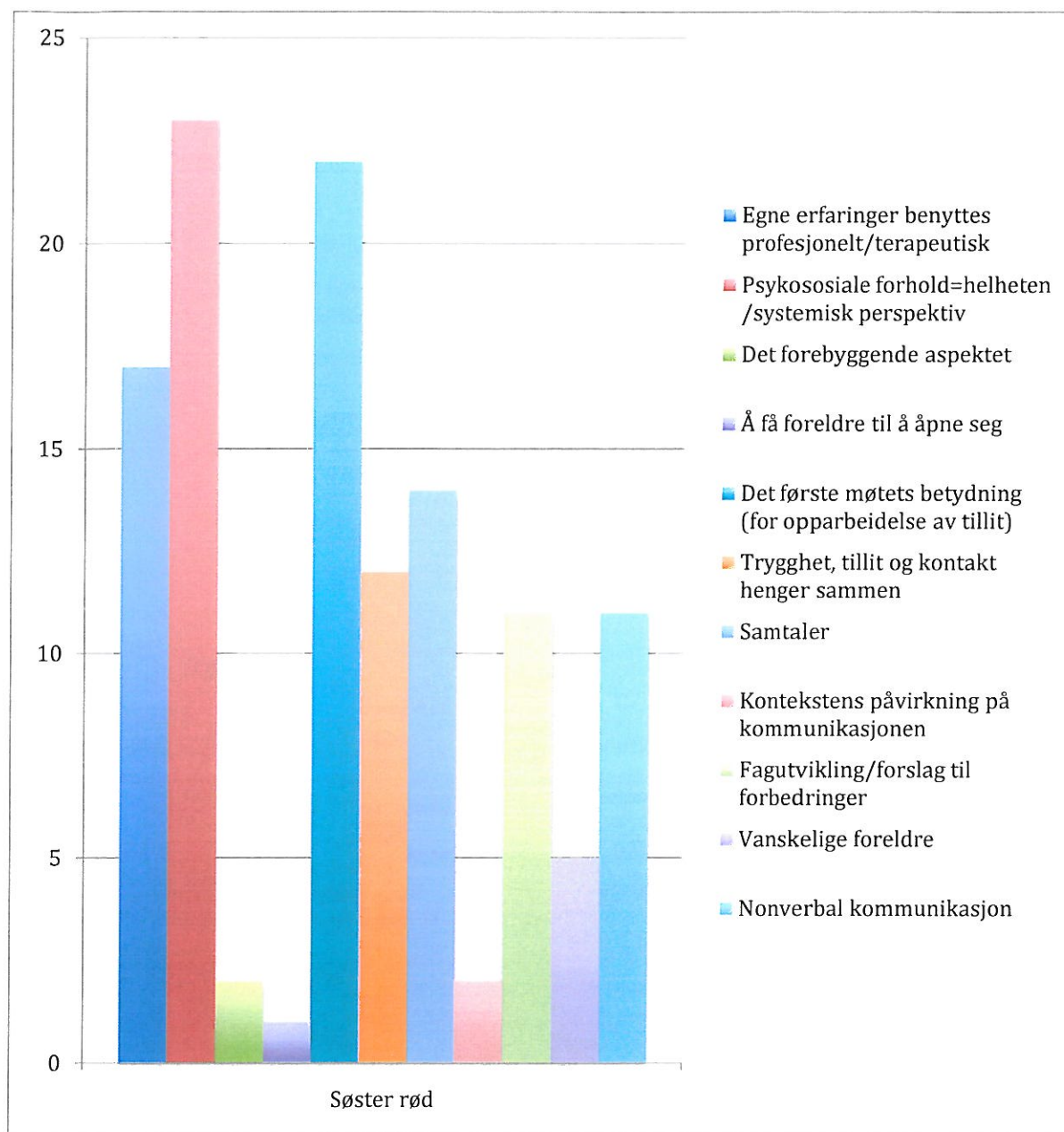
VEDLEGG 7

Tematisk oversikt over fordeling av alle responser fra alle informanter, antall responser totalt fra hver informant og tid for hvert intervju.

Tema /Gruppering	Informant nr. 1 Søster rød	Informant nr. 2 Søster grønn	Informant nr. 3 Søster blå	Samlet
Egne erfaringer benyttes profesjonelt/terapeutisk	17	16	19	52
Psykososiale forhold=helheten /systemisk perspektiv	23	14	18	55
Det forebyggende aspektet	2	21	8	31
Å få foreldre til å åpne seg	1	6	6	13
Det første møtets betydning (for opparbeidelse av tillit)	22	11	10	43
Trygghet, tillit og kontakt henger sammen	12	9	12	33
Samtaler	14	14	4	32
Kontekstens påvirkning på kommunikasjonen	2	7	4	13
Fagutvikling/forslag til forbedringer	11	9	4	24
Vanskelige foreldre	5	12	4	21
Nonverbal kommunikasjon	11	7	5	23
Antall responser totalt	120	126	94	340
Tidsbruk på intervjuet (timer:minutter:sekunder)	1:01:12	1:06:40	1:02:51	

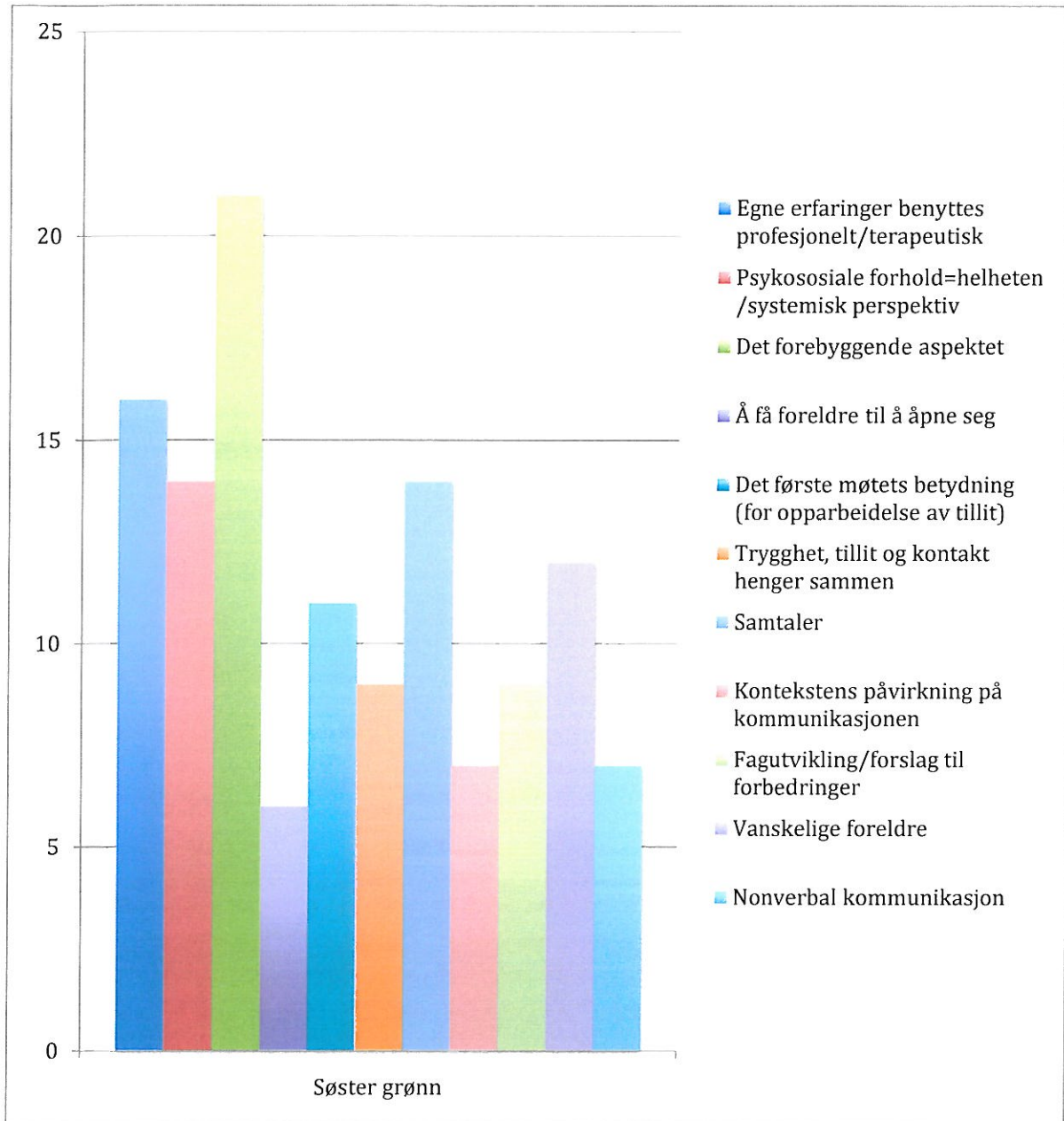
VEDLEGG 8

Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 1:



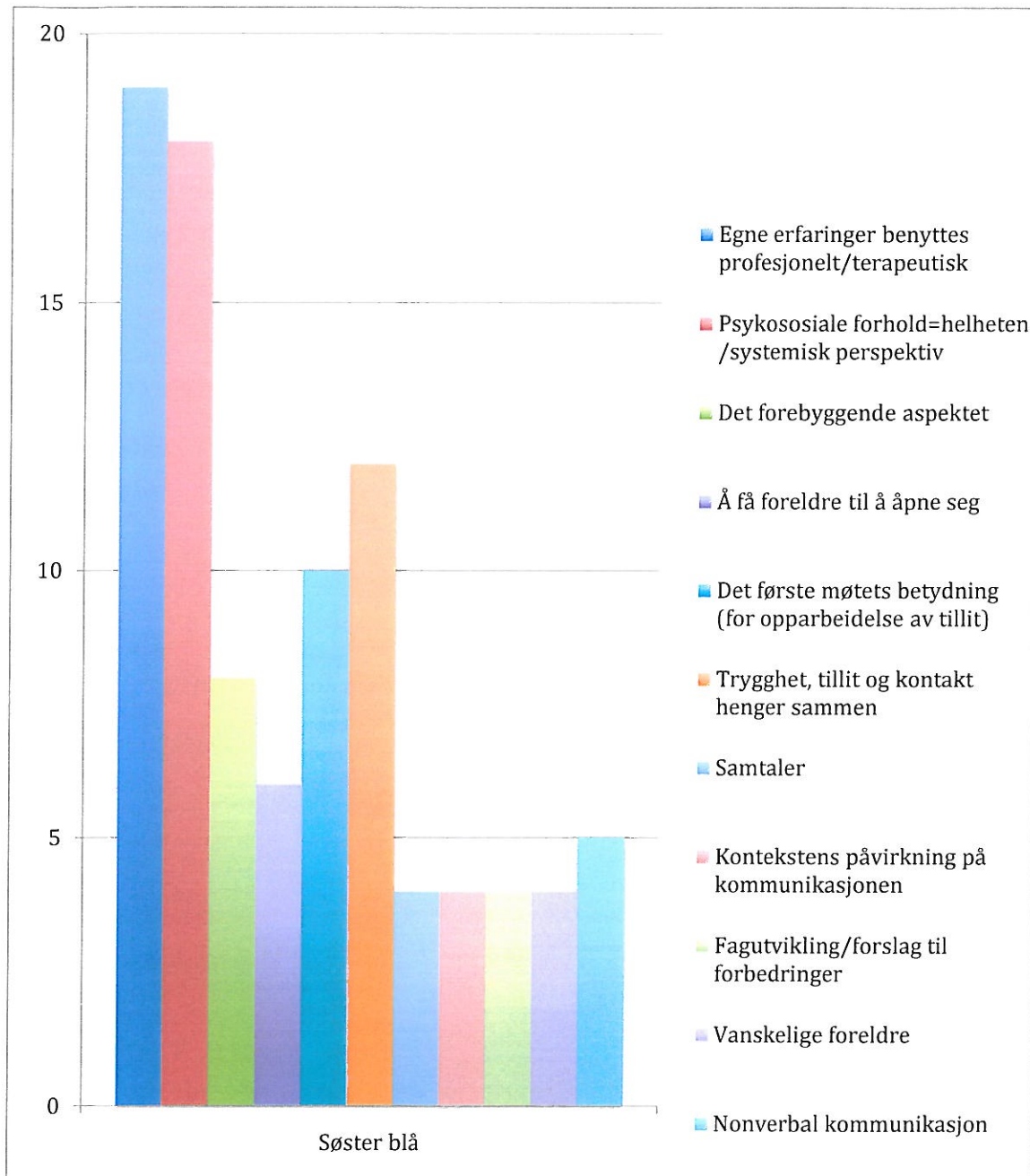
VEDLEGG 9

Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 2:



VEDLEGG 10

Grafisk framstilling av responser fra informant nr. 3:



VEDLEGG 11

Samlet grafisk framstilling av responser fra informantene:

