



«Tøft å være liten»  
*En kvalitativ studie om  
helsesykepleierens arbeid med premature barn.*

Claire Bjerkeli  
VID vitenskapelige høgskole  
Oslo

Masteroppgave  
Master i klinisk sykepleie

Antall ord: 25029

Dato: 02.05.2023

© Forfatter

År 2023

Tittel: Tøft å være liten

Forfatter: Claire Bjerkeli

Veiledere: Tine Grimholt / Nina Olsvold

Vi ser de to trærne, som står der  
de ble plantet,  
lydige,  
to meter fra hverandre.

Under jorden  
ligger røttene  
tett omslynget.

*En annen virkelighet, av Eva Dønnestad*

## 1.0 Sammendrag

### 1.1 Sammendrag

Målet med denne studien var å få økt innsikt i utfordringene helsesykepleier opplever i oppfølgingen av premature barn på helsestasjon. Den kvalitative studien fokuserer på helsesykepleiers oppfølging av barnets vekst første leveår, og utdyper hva det å veie et prematurt barn faktisk kan innebære av arbeid og veiledning.

Problemstilling for studien er;

*«Hvilke utfordringer opplever helsesykepleier i sitt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, i oppfølgingen av premature barns vekst, i første leveår?»*

Studien bygger på datamateriale som er innhentet ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervjuer, med seks helsesykepleiere som er prematurkontakter ved helsestasjoner i Oslo kommune. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Braun og Clarkes`refleksive tematiske metode (RTA). Av resultater ble det analysert frem fire tema; «Vekten er ikke bare et tall», «Å forstå hva som er viktig», «Helsesykepleier som formidler av trygghet» og «Alene om ansvaret». Temaene ble sett i perspektiv av teori om omsorg, skjønn, og sykepleierens usynlige arbeid.

Hovedresultatene for studiet er sortert i tre deler, og diskutert opp mot relevant forskning og perspektiv, og i lys av helsesykepleierens helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Vektmålingene av et prematurt barn forteller ikke alene nok om barnets helse. Tallene må vurderes opp mot helsesykepleierens kunnskap, foreldrenes bekymring og barnets trivsel. Studien viser at det foreligger vansker med vekst hos premature. Studien indikerer at vekstvansker viser sykdom, mens spisevansker hos premature, kan handle om samspill med foreldrene.

Ifølge studien oppleves foreldrene til premature barn ofte preget av stress, og med mange bekymringer for sine barn. Mye av oppfølgingen fra helsesykepleier handler derfor om å

konstruere et trygt rom, hvor foreldrene kan oppleve trygghet, og dele sine bekymringer. Konstruksjonen av dette rommet, og relasjonen til foreldrene, har til hensikt å forebygge spisevansker og styrke foreldreressursene.

I oppfølgingen av premature føler helsesykepleier seg alene. Helsesykepleierne søker derfor støtte hos kollegaer, og i spesialisthelsetjenesten for å få bekreftelse på sine vurderinger. De uttrykker behov for en fasit eller en oppskrift, for å slippe å stå alene i vurderingene av det premature barnets vekst og helse.

Emneord; premature, helsesykepleier, spisevansker, vekst, vekt, veiledning, omsorg, skjønn, usynlig arbeid.

## 1.2 Abstract

The aim of this study was to gain insight into the challenges facing public health nurses in the follow-up of preterm infants. The qualitative study focuses on the follow-ups of the child's growth in the first year of life, and what weighing a preterm infant can involve of work and guidance.

The research question for the study is;

*“What challenges do public health nurses experience of working with preterm infants’ growth, the first year of life, from the perspective of health promotion?”*

The study is based on data from semi structured in-depth individual interviews, with six public health nurses employed as preterm contacts at public health stations in Oslo. The data was analyzed using Braun and Clarke's reflexive thematic method (RTA). The analysis showed four themes; “The weight is not only a number”, “To understand what is of importance”, “Public health nurses convey feelings of safety”, “Alone with the responsibility”.

The main results were then discussed in three parts, in light of relevant research and considering the perspective of the public health nurses.

Weight measurement of a preterm infant does not tell enough alone about the preterm infant's health. The figures must be assessed together with the public health nurse's knowledge, the parents' concern and the well-being of the infant. The study shows that there are difficulties with growth in preterm infants. The study indicates that growth difficulties suggest sickness or disease, whilst eating difficulties with preterm infants can be related to interaction with parents.

According to the results, the parents of preterm infants often experience stress, and many concerns for their children. Much of the follow-up by the public health nurse is therefore focused upon constructing a safe environment, where parents can experience safety, and share their concerns. The construction of this room, and the relationship with the parents, is intended to reduce eating difficulties in the preterm infant and strengthen parent resources.

According to the results, the public health nurse feels alone in her work with the preterm child. They therefore seek support from their colleagues. They also seek support from specialized hospital services to confirm their assessments. They express a need for a standardized answer or guidance, in order to avoid standing alone in assessments of preterm infants and their health.

Topic words: preterm, infant, public health nurse, eating difficulties, growth, weight, guidance, professional judgment, care, invisible work.

## Forord

Alt skal skje i mai. I mai måned vil jeg ha levert masteroppgaven min, og jeg kan ta tilbake livet mitt. Igjen kan jeg trene, lage middag, være ordentlig til stede for familien, invitere venner til besøk, være god i jobben min, og si ja til mer.

Dette studiet har vært en reise utenfor komfortsonen. Det har gitt mange gode opplevelser, og jeg har trivdes overraskende godt med mange deler av prosessen. Men det har vært emosjonelt krevende, og jeg har kjent meg sårbar på egen kompetanse. Som et voksent menneske med mye erfaring, og med høy interesse for helsesykepleiefaget, så har det tidvis vært vondt å oppleve hvor overveldende arbeidet med studien har følt. Erkjennelsen er allikevel, at jeg må innrømme å ha lært så utrolig mye, og at jeg til slutt ikke ville vært foruten prosessen.

Jeg vil takke mine veiledere. Takk Tine, fordi du har sett på meg med likeverd, spesielt selv når jeg har følt meg liten. Takk for alle tommer opp. Takk for dine kloke refleksjoner, og din interesse i mitt fagfelt. Takk Nina, for din interesse for helsesykepleiefaget og ditt inspirerende arbeid, som har gitt meg troa på arbeidet helsesykepleiere utøver, er verdt å dele. Takk til begge for deres tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger.

Tusen takk til de dyktige, kloke og engasjerte helsesykepleierne som stilte opp i dette studiet. Takk til min flotte arbeidsplass, og mine gode kollegaer som har heiet meg frem. Takk til Siv og Rolf, for at dere stilte opp når jeg behøvde det som mest. Takk til hele den lille familien jeg er en del av.

Takk til mine nærmeste venner Marie, Elisabeth og Nina, for at dere har lyttet, vist interesse og hatt troa på meg.

Takk til min søster Kate, som har lært meg at det er mulig å stå i det umulige.

Den største takken går til mine barn, Marius og Ella, og til min mann Bjørn. Marius har gitt uendelig med klemmer og støttende ord, mens jeg har sittet ved skrivebordet og skrevet.



Ella har gitt forståelsesfulle blikk, varme klemmer, og skrevet inspirerende lapper som jeg har funnet rundt omkring. Og du da Bjørn, som har handlet all maten, og laget alle middagene de siste månedene, samtidig som du har trøstet meg, og snakket fornuft med meg. Tusen takk for at du har holdt ut.

Jeg gleder meg til å gi tilbake til dere alle.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
1.1 Sammendrag .....	3
1.2 Abstract .....	5
<b>Forord</b> .....	<b>7</b>
<b>2.0 Introduksjon</b> .....	<b>11</b>
2.1 Hensikt .....	12
2.1.1 Problemstilling .....	12
<b>3.0 Bakgrunn</b> .....	<b>13</b>
3.1 Litteratursøk .....	13
3.2 Helsestasjonens mandat .....	14
3.2.1 Retningslinjer for oppfølging av premature .....	15
3.2.2 Kunnskapsstatus i Norge .....	15
3.2.3 Helsestasjonstjenesten i Canada .....	16
3.3 Prematuritet .....	16
3.3.1 En heterogen gruppe .....	17
3.3.2 Risiko ved prematuritet .....	17
3.3.3 Helseesykepleier som prematurkontakt .....	18
3.4 Spisevansker og vekstvansker .....	19
3.4.1 Spisevansker hos premature .....	19
3.4.2 Overgang til fast føde .....	21
3.4.3 Foreldrene til barnet .....	21
3.4.4 I relasjon med foreldrene .....	22
3.5 Avgrensninger .....	23
3.6 Teoretisk perspektiv .....	23
3.6.1 Omsorg og skjønn .....	24
3.6.2 Det usynlige arbeidet .....	25
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>27</b>
4.1 Vitenskap .....	27
4.2 Kvalitativ metode .....	27
4.2.1 Innsamling av data med intervju som metode .....	28
4.2.2 Intervjuguide .....	28
4.3 Utvalg og rekruttering .....	29
4.3.1 Styrker og svakheter ved utvalg .....	30
4.4 Pilotintervju .....	30
4.4.1 Utstyr .....	31
4.4.2 Situasjon .....	31
4.4.3 Rolle .....	31
4.4.4 Intervjuguide .....	32
4.4.5 Til refleksjon .....	32
4.5 Datainnsamling .....	32
4.5.1 Gjennomføring av intervju .....	33
4.5.2 Transkribering .....	34
4.6 Bærekraftige elementer i forskning .....	36

4.6.1 Validitet .....	36
4.6.2 Reliabilitet .....	36
4.6.3 Overførbarhet .....	37
4.6.4 Etske overveielser .....	38
<b>4.7 Bærekraftige elementer hos forskeren .....</b>	<b>39</b>
4.7.1 Forforståelse .....	39
4.7.2 Refleksivitet .....	41
<b>5.0 Analyse .....</b>	<b>42</b>
<b>5.1 Refleksiv tematisk analyse .....</b>	<b>42</b>
5.1.1 Induktiv forskningsmetode .....	43
<b>5.2 Refleksiv tematisk analyse som prosess .....</b>	<b>43</b>
5.2.1 Fase 1 – Å bli kjent med dataene .....	43
5.2.2 Fase 2 – Å kode datamaterialet .....	44
5.2.3 Fase 3 – Å konstruere temaer .....	47
5.2.4 Fase 4 – Å utvikle temaene videre .....	48
5.2.5 Fase 5 – Å definere temaene .....	49
5.2.6 Fase 6 – Å skrive rapport .....	51
<b>6.0 Resultater .....</b>	<b>52</b>
6.1 Vekten er ikke bare et tall .....	52
6.2 Å forstå hva som er viktig .....	56
6.3 Helsesykepleier som formidler av trygghet .....	60
6.4 Alene om ansvaret .....	64
<b>7.0 Diskusjon .....</b>	<b>67</b>
<b>7.1 Målinger som gir ansvar .....</b>	<b>67</b>
7.1.1 Trivsel som parameter .....	69
<b>7.2 Premature barn gir premature foreldre .....</b>	<b>71</b>
7.2.1 Konstruksjonen av et trygt rom .....	74
7.2.2 Å gi tid er helsefremmende .....	75
<b>7.3 Må helsesykepleier gjøre alt? .....</b>	<b>76</b>
7.3.1 Omsorgsoversvømmelse .....	78
<b>7.4 Studiens styrker og svakheter .....</b>	<b>80</b>
<b>7.5 Implikasjoner for videre praksis og forskning .....</b>	<b>81</b>
<b>8.0 Konklusjon .....</b>	<b>83</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>85</b>
<b>Vedlegg 1 - Sjekkliste før intervju .....</b>	<b>90</b>
<b>Vedlegg 2 - Intervjuguide .....</b>	<b>91</b>
<b>Vedlegg 3 – Informasjon om forskningsprosjektet .....</b>	<b>93</b>
<b>Vedlegg 4 – SIKT - Meldeskjema .....</b>	<b>96</b>
<b>Vedlegg 5 – Illustrasjon .....</b>	<b>98</b>

## 2.0 Introduksjon

Fra fødsel er det premature barnets vekt en faktor som indikerer deres fremtidige helse. Denne studien utforsker hvordan helsesykepleier opplever det å følge opp premature barns første leveår på helsestasjonen, med fokus på barnets vekst, og alt det viser seg å innebære.

I 2022 ble det publisert tre store studier fra sammenlignbare land med Norge som handler om prematures vekst og spisemønster. En randomisert kontrollstudie om tidspunkt for introduksjon av fast føde (Haiden et al., 2022), samt to store systematiske oversiktsstudier om prematures vekst, ernæring og relasjonen med omsorgsgivere (Baldassere et al., 2022, Walton et al., 2022), hvor alle tre studiene er av høy relevans for denne studien. Denne nye forskningen, vitner om et fagfelt med økende interesse for problematikken. Alle studiene konkluderer med at premature barn strever med vektoppgang, spesielt første leveår, som et resultat av sin prematuritet.

Ved helsestasjonen er det i dag helsesykepleiere som fungerer som prematurkontakter, og har ansvaret for oppfølgingen med å følge opp prematures helse og vekst. Det er en økende kompleksitet i oppfølgingen av premature på helsestasjon for den enkelte helsesykepleier, på grunn av medisinsk forskning som i dag gir høyere overlevelsesmuligheter for premature (Folkehelseinstituttet, 2022).

Denne studien setter lys på helsesykepleierens helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid med prematurt fødte barn. Det innebærer å utforske hvordan helsesykepleier vurderer barnets vekstutvikling, og utfordringer de opplever at premature har med spisevansker. Premature barn har ofte foreldre med bekymringer for sitt barns vekst og spising, og veiledning til foreldrene utgjør en stor del av helsesykepleierens oppgaver i oppfølgingen av barnets vekst.

## 2.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om helsesykepleierens utfordringer i oppfølgingen av premature barns vekst, og spisevansker. Bakgrunnen for temaet har utgangspunkt i egne opplevelser mitt arbeid som helsesykepleier og prematurkontakt på helsestasjon.

Hensikten er videre å belyse noe av dybden i helsesykepleier sitt arbeid, og hvordan foreldreveiledningen kan ha en helsefremmende effekt for barnet helse, og familien som helhet.

Å belyse temaet er et bidrag til å si noe om hva det innebærer å være helsesykepleier, med oppfølging av premature på helsestasjon. Videre kan det forhåpentligvis tilby økt innsikt i arbeidet med prematures vekst, og veiledningsrommet med helsesykepleier og foreldrene.

### 2.1.1 Problemstilling

*«Hvilke utfordringer opplever helsesykepleier, i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet i oppfølging av premature barns vekst, i første leveår?»*

## 3.0 Bakgrunn

I dette kapitlet presenteres forskning sortert etter tematikk og relevans. Først redegjøres det for litteratursøk, så presenteres helsestasjonens mandat, for å gi kontekst til feltet. Videre presenteres kunnskapsstatus i Norge, og forskning i sammenlignbare land. Den største delen av kapitlet omhandler forskning om premature barns vekstutvikling, foreldrenes relasjon med helsesykepleier, og helsesykepleier sitt arbeid som prematurkontakt.

### 3.1 Litteratursøk

I forarbeidet til studien og underveis, utførte jeg flere litteratursøk for å få et overblikk, og innsikt, i relevant eksisterende forskning på feltet. Databaser som Cinahl, British nursing index og PubMed gav relevante funn. Jeg brukte søkeordene «public health nurse» og «neonatal nurse» for helsesykepleier. Videre var søkeordene «infant» and «preterm» or «gestational age» for premature barn. «Feeding difficulties» or «feeding problems» or «growth challenges» ble brukt som søkeord for vekst og spisevansker.

Jeg gjorde biblioteksøk ved VID hvor jeg brukte søkeordene «helsesøster» eller «helsesykepleier» og «helsestasjon», «premature», «ernæring» og «vekt».

I søkemotoren Google scholar brukte jeg alle overnevnte søk med hensikten om å gå bredere, og forsikre meg om, at jeg ikke hadde oversett relevant forskning i tidligere søk. Det viste seg at jeg hadde oppnådd god oversikt over aktuelle studier, med unntak av enkelte artikler jeg fikk tilgang til via google scholar som ikke var tilgjengelige ellers.

Jeg vil redegjøre nærmere for det brede tilfanget av forskningslitteraturen senere, men det er noen hovedtrekk som jeg ønsker å se nærmere på;

- *Premature barn strever med spisevansker i betydelig grad enn terminfødte* (Baarud et al., (2013); Hill et al., (2020); Dosani et al., (2017); Zimmerman & Rosner, (2018); Park et al., (2018); Sanchez et al., (2016); Baldassarre et al., (2022); Walton et al., (2022))
- *Helsesykepleier savner spesifikke retningslinjer for oppfølging av premature i hjemmet* (Currie et al., (2018); Premji et al., (2017); Weum et al., (2017); Aydon et al., (2017); Haiden et al., 2022))

- *Foreldre til premature barn har behov for konsistent og trygg veiledning (Aydon et al, 2017; Sørby og Fegran, (2015); Braarud et al., (2013); Premji et al., (2013); Walton et al., (2022)).*

### 3.2 Helsestasjonens mandat

Helsestasjonen arbeider helsefremmende og sykdomsforebyggende. Det betyr å ha helse, velvære og livskvalitet i fokus (Aglén et al., 2018). Å «arbeide helsefremmende» ble nedfelt som et prinsipp i Ottawa-charteret i 1986 ved den første Internasjonale helsekonferansen, hvor «helse til alle» var et samlet mål (WHO, 2012). Det innebar å gi mestringstro, muliggjøre god helse for alle, samt tilrettelegge for godt samarbeid mellom tjenester.

Helsefremmende arbeid innebærer å være opptatt av *hele* mennesket, dets trivsel og omgivelser. Formålet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge skader og sykdommer, og avdekke og forebygge vold og overgrep hos barn og unge. Det gjelder premature, nyfødte, spedbarn, barn i alle aldre og ungdommer. Det inkluderer også foreldrenes trivsel, psykiske helse og omsorgsevne. Tilbudet er universielt og skal være lett tilgjengelig, ha lav terskel for kontakt og være kultursensitivt. Tjenestetilbudet er en lovfestet rett for alle barn og unge (Helsedirektoratet, 2023). Det er utarbeidet Faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2023) som er førende for helsesykepleierens utøvelse av sitt arbeid. Det er forankret i helsetilsynsloven §2 (Lovdata, 2022) og helse- og omsorgstjenesteloven §4 (Lovdata, 2023).

Det sykdomsforebyggende arbeidet forutsetter at helsesykepleiere identifiserer tegn på sykdom, og dermed skiller normal fra unormal utvikling (Aglén et al., 2018). Det handler om å forhindre, og unngå unødvendig og uheldig utvikling av sykdom og skade.

Helsemyndighetene har tildelt helsesykepleiere ansvaret for å utføre både det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet tett på barna der de bor, og der de går på skole. Helsesykepleiere er, med andre ord, ivaretakere og kontrollører av barns utvikling, samt oppnevnte representanter for staten og barnet (Andrews & Wærness, 2004).

Barnekonvensjonens artikkel 12 «*barns rett til å si sin mening og bli hørt*» ligger til grunn i

tjenesteutøvelsen (Barnekonvensjonen, 1989). Det betyr at alle barn skal bli hørt, selv om barnet ikke har et verbalt språk. Helseesykepleier skal ha et barneperspektiv, ved å se og tale barnets sak.

### 3.2.1 Retningslinjer for oppfølging av premature

Helsestasjonstjenesten i Norge har ansvaret for å tilby oppfølging til prematurt fødte barn etter utskrivelse fra sykehuset. Det er retningslinjer utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet fra 2007 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), «*Faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*» som er gjeldende for helsestasjonstjenestens arbeid med premature. Retningslinjene inkluderer også barn som er født etter uke 37, med en fødselsvekt på under 2500g. Disse barna defineres som SGA, «*small for gestation age*», og vil ikke være fokus i denne studien. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn innebærer til forskjell fra retningslinjene for terminfødte barn, flere faste avtaler, hyppigere målinger, flere tilbud om hjemmebesøk, og generelt mer oppfølging frem til skolestart.

### 3.2.2 Kunnskapsstatus i Norge

I «Faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» (shdir, 2007) er det lagt føringer for hvordan helsestasjonstjenesten skal følge opp det premature barnet og familien. I retningslinjene er det et avsnitt om oppfølging av ernæring og introduksjon av fast føde til premature, hvor det er få beskrivelser av ernæringsvansker (shdir, 2007, s. 18, s. 30). Det refereres der til Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2016) for mer informasjon. I Kosthåndboken er det to sider som vurderes relevant for premature barn. Her finnes det primært en generell informasjon om ernæring mens barnet er innlagt nyfødttintensivavdelingen på sykehuset, samt anbefalt vitamintilskudd til fylte ett års alder. Det står videre at etter utskrivelse fra sykehus, «*bør barnets ernæringsstatus og spiseutvikling følges opp i primærhelsetjenesten, for eksempel ved helsestasjonen*» (Hdir, 2016, s. 40). Hva det innebærer av arbeid eller oppfølging er ikke utdypet videre.

For tiden pågår det en stor studie om premature og vekst ved OUS, avdeling Ullevål. Per dags dato konkluderer studien med at de vet mye om premature og ernæring mens barnet



er på sykehuset, men lite om hvordan barnet vokser når de er utskrevet til hjemmet. Dette er foreløpig upublisert data som ble frigitt på et webinar i regi av morsmelkerstatning- og barnematprodusent Nestlé. Jeg er usikker på om helsesykepleiere er invitert med i arbeidsgruppen til prosjektet.

### 3.2.3 Helsestasjonstjenesten i Canada

Canada vurderes å tilby et relativt likt helsestasjonstilbud som i Norge. I den forbindelse er det i artikkelen «*Caring for late preterm infants: public health nurse's experiences*» (Currie et al., 2018) beskrevet manglende evidensbasert forskning og retningslinjer utviklet for premature i hjemmet. Dette gjør at sannsynligheten for store lokale variasjoner i oppfølgingen er stor. I Premji et al., (2017) sin studie, også fra Canada, viser de til at helsesykepleieren i all hovedsak følger retningslinjer for fullbårne, men gjør noen modifikasjoner for oppfølgingen av premature. Det vil si at helsesykepleierne tilpasset retningslinjer for terminfødte til premature. En helsesykepleier formidler at «*det finnes ikke mye der ute*» når det gjelder retningslinjer og tilpassede anbefalinger til premature og ernæring (Currie et al., 2018).

### 3.3 Prematuritet

Premature barn er alle barn som er født før gestasjonsuke 37. På landsbasis blir litt mer enn 6% av alle fødsler prematurt fødte barn (Folkehelseinstituttet, 2022), noe som utgjør rundt 3400 premature fødsler totalt i Norge, derav 600 premature fødsler i Oslo. Kategorien sene premature utgjør cirka 75% av dem (Dosani et al., 2017). Se tabell 1 for definisjon av kategorier av prematuritet.

Kategori prematuritet	Fra uke	Til uke
Ekstrem premature	22	27+6
Premature	28	33+6
Sene premature	34	36+6

Tabell 1 (Folkehelseinstituttet, 2017)

Overlevelsesraten for barn født prematurt har de siste tiårene økt betydelig (Agget et al., 2006). Ifølge Sørby og Fegran (2015) er en konsekvens av denne utviklingen at premature

har lavere fødselsvekt og en mer kompleks sykdomshistorikk nå enn for bare ti år siden. I forlengelsen av dette får vi også en forventet økning av mer komplekse helseutfordringer for en rekke barn som vokser opp, nye utfordringer for omsorgspersoner, helsevesenet og i samfunnet som helhet i fremtiden.

### 3.3.1 En heterogen gruppe

Premature barn er en svært heterogen gruppe. De kan være født mellom 3 og 18 uker for tidlig. De kan ha følgesykdommer i tarmene, og ulike ernæringsbehov. De kan ha underliggende sykdommer eller syndromer, og ulik grad av motoriske og nevrologiske sekveler etter sykdom. De kan ha hatt sondeernæring over kortere eller lengre tid, noe som påvirker munnmotorikk og svelgkompetanse (Walton et al., 2022).

### 3.3.2 Risiko ved prematuritet

Ifølge Premji et al., (2017) har premature større risiko for vansker knyttet til den kognitive og emosjonelle utviklingen, samt fysisk uhelse, enn terminbarn de første syv leveårene. Premature har videre forhøyet risiko for forsinket motorisk utvikling (Valla et al., 2015), og de har betydelig forhøyet risiko for sosial tilbaketrekning (Braarud et al., 2013). Siden spedbarn lærer gjennom kontakt med mennesker og justerer oppførselen sin etter miljøet, vil sosial tilbaketrekning dermed gjøre at de lærer mindre, samt at de oppleves som utydelige i signalspråket. Premature er også i risiko for å få ernæringsvansker og vekttap, samt hyppige reinnleggelser på grunn av dette (Currie et al., 2018). Prematuritet er en signifikant faktor i prognosen av spisevansker, svak vekttoppgang og sugevansker (Zimmerman & Rosner, 2018). På den andre siden ser vi at gode spiseferdigheter i tidlig spedbarnsalder korrelerer med gunstigere vekst og utvikling første leveår (Hill et al., 2020).

Det finnes lite forskningsmateriale som sammenlikner vekst og spisevansker hos premature med terminfødte barn. Forskning viser allikevel at manglende vekst og lite inntak av ernæring hos et prematurt barn kan få store konsekvenser dersom barnet og foreldrene får mangelfull oppfølging og støtte. Det kan på sikt føre til spisevegring, feilernæring og dårlig samspill mellom foreldre og barnet (Walton et al., 2022).

Prematurt fødte barn er i risiko for overvekt og kronisk sykdom (Walton et al., 2022). Det vises til akkumulerende forskning som viser at enten veldig lav fødselsvekt, veldig rask vektøkning etter fødsel, eller en kombinasjon, kan gi økt risiko for negative langtidseffekter, som livsstilssykdommer i voksen alder (Agget et al., 2006).

Manglende vekst hos premature barn kan gi nevrologiske utfall, men det viser seg å være vanskelig å dokumentere. Dette er fordi det er multifaktorelt og inkluderer genetikk, sykdomsforløp etter fødsel, lungesykdom og respiratorbehandling på grunn av prematur fødsel, samt næringsinntak, i tillegg til flere andre faktorer (Agget et al., 2006).

Adekvat vekst i tidlig spedbarnsalder er essensielt for barnets trivsel, hvilket betyr at god vekst og trivsel er avgjørende for å bidra til barnets fremtidige helse (Agget et al., 2006).

### 3.3.3 Helseesykepleier som prematurkontakt

Det stilles forventninger til kompetansen til helseesykepleiere som følger premature ved helsestasjonen, men mangel på spesifikke ernæringsprosedyrer for premature i kommunen gjør at helseesykepleier ofte skreddersyr sine egne prosedyrer til egen empirisk kunnskap når de veileder foreldrene (Dosani et al., 2017). Weum et al., (2017) skriver at helseesykepleiere ofte oppgir personlig erfaring eller kollegaens erfaring som en kunnskapskilde.

Premature barn og deres omsorgsgivere behøver tydelig og trygg oppfølging over lang tid (Currie et al., 2017). Den komplekse og intensive omsorgen av premature stiller høye krav til omsorgsgivere og helseesykepleierne. En helseesykepleier beskriver at det er små gleder, og alt tar lengre tid i arbeidet med premature (Currie et al., 2018).

Tidlig og hyppig oppfølging av barnets vekst er viktig fordi det har en direkte effekt på barnets fremtidige helse og utvikling. Det bør derfor være faste målinger for vekst for å identifisere de barna som har manglende vekst (Agget et al., 2006). Dette tilrettelegges for i helsestasjonstjenesten i dag. Målinger av lengde og hodeomkrets, i tillegg til vekt, vil hjelpe å identifisere de premature barna som har lav vekst, og som vil ha behov for forsterket oppfølging. Premature barn som har en adekvat vekt korrigert for alder ved utskrivelse fra sykehuset, bør få morsmelk hvis mulig. Premature barn med lav vekst korrigert for alder er i risiko for manglende vekst over lengre tid og bør få forsterket melkemaåltider (Agget et al.,

2006). Oppfølgingen er viktig for å vurdere barnets behov for forsterket ernæring og for å unngå for rask vekst (Agget et al., 2006).

Premature barn som har lav vekst for korrigert alder, vil vise innhentningsvekst opptil to til treårsalderen. Innhentningsveksten hos jenter er raskere enn hos gutter. Dette er viktige data for å kunne identifisere sårbare premature barn med høyere risiko for manglende vekst over lengre tid (Agget et al., 2006). Innhentningsveksten hos premature barn er mest gunstig første leveår hos premature som viser dårlig vekst. Det beskrives mulig å innhente vekst opptil det første leveåret når det gjelder vekst av hodeomkrets, og opptil treårsalderen når det gjelder høydevekst (Walton et al., 2022). Walton et al., (2022) understreker hvor avgjørende det er med oppfølging av barnets vekst de første barneårene med tanke på forebygging av skjevutvikling hos barnet.

### 3.4 Spisevansker og vekstvansker

Spisevansker hos spedbarn kan defineres som:

*«tilstander som leder til ikke adekvate inntak eller intoleranse av væske og ernæring hos spedbarn under ett år» (Hill et al., 2020).*

Det er viktig å klargjøre forskjellen på spisevansker og bekymring rundt vekst. Det kan i forskningen, se ut til å være en tendens til å definere problemer med næringsinntak som spisevansker dersom det er foreldrene som uttrykker bekymring. I de tilfellene helsesykepleiere uttrykker bekymring, er det imidlertid ofte knyttet til vekst. Det ene utelukker ikke det andre, men det tyder på at det ubevisst eller bevisst brukes ulike begrep, samt at de har noe ulik betydning og innhold.

#### 3.4.1 Spisevansker hos premature

Walton et al., (2022) viser at 3 – 4 av 10 premature opplever spisevansker i løpet av spedbarn- og barnealder, noe som er en tre ganger så høy forekomst som det rapporteres om hos terminfødte barn. En prematur fødsel er ofte mer dramatisk og krevende for mor og barn, og disse faktorene påvirker ofte tilgangen til morsmelk. Morsmelk er spesielt

betydningsfullt for premature (Dosani et al., 2017). Premature tar mindre initiativ til amming og har kortere måltider enn terminfødte barn. Alt det et prematurt barn erfarer, som å ta til seg næring gjennom sonde, separasjon fra mor, eller resuscitering og medisinsk overvåkning har en negativ påvirkning på mestring av tidlig amming (Dosani et al., 2017).

Hill et al., (2020) beskriver at premature har større problemer med flaskemating enn andre spedbarn. Det er problematisk siden flaskemating ofte er et nødvendig supplement når barnet har manglende vektoppgang ved amming. Evnen til å ta til seg næring med flaske øker med alder, men problemene kan gjenoppstå og øke når de går fra reflekssuging, til egenstyrt suging, og noen symptomer er mer synlig da (Hill et al., 2020).

Premature har spesifikke ernæringsvansker sammenlignet med barn født til termin (Currie et al., 2018). Ernæringsvanskene kan forårsakes av at de sovner raskere, og at de blir raskere utslitt under måltider. De plages i tillegg oftere med gulping og oppkast av maten. Måltidene blir, med andre ord, av kortere varighet fordi det premature barnet ofte har mindre utholdenhet under matinntak. Hill et al., (2020) støtter dette, og viser til at premature har økt risiko for spisevansker, spesielt hvis født før uke 30. Sanchez et al., (2016), beskriver en vanskelig overgang fra bryst eller flaske til fast føde, og det vil være en tid hvor munnmotoriske vansker lettere kommer til syne. Park et al., (2018) skriver i artikkelen «*Symptoms of feeding problems in preterm-born children*» at over en tredjedel av premature ved 12 måneders alder har munnmotoriske spisevansker.

Spisevanskene kan utløses av svekket munnmotorikk, svelgefunksjon, og evnen til å navigere ulik matkonsistens i munnen når fast føde introduseres. Premature har jevnt over større vansker med overgang til fast føde i første leveår enn barn født til termin. Disse problemene kan, ifølge Hill et al., (2020) også resultere i forsinket språkutvikling. Konsekvensene av spisevansker i første leveår for premature er med andre ord store. Dette støttes av Zimmerman og Rosner (2018) som i tillegg peker på at, hvis ikke spisevanskene adresseres i første leveår, vil de kunne fortsette inn i tidlig barndom. Dette kan få følger for barnets helse, atferd og samspillet mellom foreldrene og barnet.

Det er liten konsensus i forskningen om forekomsten av vedvarende spisevansker hos premature utover første leveår og i barneårene. Mine litteratursøk bekrefter dette. Dette er et felt som ville være nyttig å se nærmere på, men siden datatilfanget er begrenset vil jeg avgrense meg til å se nærmere på prematures første leveår. Her finnes det godt og bredt datatilfang som gir sterke indikasjoner på at det er det første leveåret som oppleves mest komplisert når det gjelder prematures vekst og spisevansker.

#### 3.4.2 Overgang til fast føde

Premature barn får morsmelk i kortere tid og i mindre mengde, samt begynner med fast føde tidligere enn terminfødte barn (Walton et al., 2022). Haiden et al., (2022) gjennomførte en randomisert kontrollstudie for introduksjon av fast føde til premature barn, og Baldassarre et al., (2022) gjennomførte en narrativ oversiktsstudie for å summere anbefalinger omkring premature og ernæring. Begge studiene konkluderer med at introduksjon av fast føde må tilpasses til hvert barn, og at det premature barnet bør ha fylt tre måneder korrigert for alder. Videre fant de at tidspunktet for introduksjon av fast føde trolig ikke hadde noen innvirkning på risiko for overvekt og fedme.

#### 3.4.3 Foreldrene til barnet

En prematur fødsel er en traumatisk opplevelse som kan føre til følelsesmessige reaksjoner hos foreldrene. I artikkelen «*A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their experiences of community-based care*» (Premji et al., 2017) beskriver mødrenes ulike vansker som følge av å få og å ha et prematurt barn. Et overraskende funn i studien var hvor stor utbredelsen av spisevansker var hos barna. Dette var uavhengig av spisemetode og lengde på sykehusoppholdet.

Mødrene rapporterte at de ble utslitte på grunn av dette, hyppige besøk til sykehus og helsestasjon, samt at de forsøkte å ivareta de eldre barna i familien samtidig.

Foreldre av premature har tre ganger høyere sannsynlighet for å rapportere om spisevansker som sugevansker, overgang til fast føde, lite variasjon av fast føde, og mye sikling (Zimmerman & Rosner, 2018). Dosani et al., (2017) kartla ulike faktorer som kan føre til utvikling av spisevansker, hvor et av funnene var mors manglende ferdigheter når det

kommer til å lese barnets signaler. Dette beskrives av forskerne som «feeding chaos», eller «spisekaos». Begrepet går igjen i den kvalitative studien til Premji et al., (2017). Det å ikke kunne tolke det premature barnets nonverbale språk under spising gjør det vanskeligere å gi mat til premature. Som nevnt tidligere kan det føre til lav vekst, noe som igjen gir økt foreldrestress. Et konkret eksempel på dette kan være at foreldrene tror at det premature barnet deres er mett, men barnet egentlig kun er utmattet fordi de har brukt for mye energi på måltidet (Dosani et al., 2017). Mange foreldre kunne fortelle om langdryge spiseutfordringer, med en slags «prøve-og-feile metodikk» som skapte usikkerhet.

At mor er oppmerksom på barnets signaler under spising er viktig da det har signifikant innvirkning på tilknytning og senere utvikling, særlig med tanke på frekvensen av disse interaksjonene (Premji et al., 2017). Foreldre av premature barn rapporterer høyere grad av bekymring, høyere bruk av tvang og dårligere interaksjon med sine barn i spisesituasjoner (Walton et al., 2022). Walton et al., (2022) finner evidens for at det er et mer negativt samspill under måltider mellom premature barn og foreldre, og at det ofte handler om mors engstelse for barnets vekst. Det er lett å forstå at foreldre til premature barn har behov for en spesifikk og systematisk tilnærming og oppfølging fra helsestasjonstjenesten (Sørby & Fegran, 2015).

#### 3.4.4 I relasjon med foreldrene

Helsesykepleier kan ha en nøkkelrolle i det å tilby støttende tiltak til foreldrene (Nugent et al., 2018, s. 86). For å trygge foreldrene, viste det seg at det var avgjørende at helsesykepleieren hadde tilstrekkelig spesifikk kompetanse, og erfaring i sitt arbeid med premature for å kunne gi faglige og konkrete råd, for å mestre hverdagen (Sørby & Fegran, 2015). Premji et al., (2017) fant at mødre til de premature barna opplevde de fikk mangelfull informasjon på sykehus og helsestasjon. I tillegg til at de i liten grad forberedte foreldrene på de spesielle behovene et prematurt barn har når det gjelder måltider og ernæring. Studien til Sørby og Fegran (2015) støtter dette, og avdekket varierende kompetansenivå, kunnskap og erfaring om premature barn på helsestasjonene. Foreldrene kunne fortelle at det at helsesykepleieren hadde fleksibilitet og var tilgjengelig ikke var tilstrekkelig. Mødrene ønsket at helsesykepleiere skulle gi mer spesifikk informasjon om premature, spesielt når det gjaldt ernæring (Premji et al., 2017).

Noen av foreldrene oppgir at de opplevde det som trygt at noen av helsesykepleierne hadde erfaring fra nyfødttintensiv på sykehuset, men mange kunne likevel fortelle at det var overveldende og forvirrende at ulike helsesykepleiere gav ulik informasjon og veiledning (Premji et al., 2017). Noen foreldre ble bekymret for barnet sitt da helsesykepleier var hyper-responderende når det gjaldt deres spedbarns velferd, og enkelte følte seg umyndiggjort i møtet med helsestasjonen. Det er en skjør relasjon mellom helsesykepleier og hardt prøvede nybakte foreldre, og her er det avgjørende at foreldrene møter en som «ser med begge øyne; det registrerende og det hjertevarme» (Alsvåg, 2018). Kun da kan vi unngå å bidra til økt foreldrestress og sviktende tillit mellom helsesykepleier og foreldrene.

### 3.5 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde prematures generelle vekst og ernæringsvansker, og ikke gå i spesielle detaljer når det gjelder ernærings supplement. Dette baseres på to vurderinger, hvorav den ene er hva oppgaven handler om, og relasjonen til problemstillingen. Den andre årsaken til denne avgrensningen er fordi spesifikke detaljer i ernæringen vurderes som utenfor helsesykepleier sitt kompetanseområde. Dette demonstrerer i stedet et behov for samarbeid mellom klinisk ernæringsfysiolog og helsesykepleier. Når det gjelder oppstart med fast føde og introduksjon av matvarer, ventes nye retningslinjer fra Helsedirektoratet snarlig. Jeg har derfor valgt å ikke gå inn i detaljer om dette, med unntak av anbefalt tidspunkt for oppstart.

Jeg har valgt å ikke utforske hva som tilbys på helsesykepleierutdanningen av undervisning om premature og vekst og spisevansker. Dette kunne det vært spennende å se på i relasjon til oppgaven, men det ville krevd en større studiekapasitet, og muligens bruk av andre metoder som dokumentanalyse, eller fokusgruppeintervju med studenter.

### 3.6 Teoretisk perspektiv

Å beskrive med hvilket blikk en forsker ser på forskningen sin med gir et teoretisk perspektiv. Videre beskrives det hvordan denne studien sees i lys av; skjønn, omsorg og det usynlige arbeidet som helsesykepleiere er utøvere av.



### 3.6.1 Omsorg og skjønn

I en forelesning med Kari Martinsen i 2020 i regi av VID sitt masterprogram, lot jeg meg inspirere av hennes filosofi om tyding og omsorg i sykepleie. Tenkningen hennes om fenomener som ikke er skapt, men som likevel er til stede, som tillit og åpenhet i relasjon mellom mennesker var spennende (Førland et al., 2018). Martinsen er inspirert av filosofen Løgstrup sin filosofi om nærhet og avstand i relasjon til hverandre (Løgstrup, 2010). Den relasjonelle avhengigheten vi har av hverandre som mennesker, blant annet i profesjonelle relasjoner eller i foreldre-barn relasjoner, går på tvers av alt, fordi det er livsviktig i et helseperspektiv. Et barn behøver sine foreldre, en helsesykepleier behøver sine kollegaer og et samfunn behøver et helsevesen. Studien vil sees i lys av Martinsens tenkning om det profesjonelle skjønnnet i omsorgen som utøves hos helsesykepleier.

Martinsen (2009) skriver at tyding er å forstå på sansingens vilkår, å være mottagelig, men samtidig skape rom for bevegelse, eller refleksivitet. For å tyde behøver man et redskap, det *faglige skjønnnet*, Martinsen (2003, s. 145). Hun skriver;

*«Det faglige skjønnnet i sykepleien er et tydningsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen».*

Den profesjonelle helsesykepleier har en profesjonalitet hvor skjønnnet er regjerende i å ta avgjørelser som vekselvis vurderes på bakgrunn av fag, perspektiv og respekt (Førland et al., 2018). Skjønnnet krever en form, og skjønnnet påvirkes av kontekst, ifølge Martinsen (2003). Å utøve skjønn gjøres i en kontekst av tyding. Alsvåg skriver i artikkelen *«Omsorg og skjønn»* (2018) om hvordan blikket brukes for å vurdere skjønn og vise omsorg. Å se, er å se med et *registrerende øye*, og et *hjertervarmt øye*, som sammen tyder i et forsøk på å finne mening. Du må med andre ord bruke blikket ditt i omsorgsarbeidet, og dette blikket fordrer bruk av begge øyene; både det registrerende og det hjertervarme.

Å bygge relasjoner mellom mennesker, krever et visst minstemål av tid sammen med den andre personen (Nugent et al., 2018, s. 178). Martinsen (2011) beskriver tid som noe nært mellom to mennesker, eller hos ett menneske, samtidig som hun drøfter tid i et samfunnsperspektiv. Alsvåg et al., (2013) skriver at Martinsens tenkning er *motstrøms* – hun har evnet å stille spørsmål ved samfunnets struktur og rigiditet. Det er noe i denne

tenkningen som fenger meg som forsker, og med andre ord, så ønsker jeg å adoptere noe av evnen til å tenke utenfor boksen

### 3.6.2 Det usynlige arbeidet

Videre vil studien sees i lys av Olsvolds (2016) og Allens (2019) perspektiv om det usynlige arbeid som utføres av sykepleiere. Det er et forsøk på å beskrive det arbeidet som helsesykepleiere i studien utøver i bakgrunnen av andre mer formelle oppgaver. Om arbeidet er usynlig, og hvem det er usynlig for, relateres til hvem man spør (Allen, 2019). Det synlige arbeidet er det som anses for å være avgjørende for at en tjeneste eller profesjon skal oppfylle sitt samfunnsoppdrag eller mandat (Olsvold, 2016, s. 33). I retningslinjene for helsestasjonstjenesten er det formelle arbeidet synlig, men noe av det arbeidet som faktisk gjøres av helsesykepleier er uformelt og usynlig. Det uformelle arbeidet er mindre synlig for andre, og kanskje spesielt på tvers av ulike profesjoner. Olsvold (2016, s. 35) skriver at usynliggjøringen av et arbeid skjer av tre årsaker;

- Sykepleiere mangler et språk for å sette ord på eget uformelle arbeid
- Det savnes et felles språk som anerkjennes på tvers av profesjoner og tjenestenivåer
- Arbeidsstedene har som formål å sikre kvalitet og nå mål, som ikke nødvendigvis samsvarer med det hverdagslige arbeidet

Noe av arbeidet skjer på usynlige steder (Allen, 2019, s. 30), for eksempel i en samtale på kontoret hos en kollega eller mellom to arbeidsoppgaver. Det er av høy relevans for et usynlig arbeid, at arbeidet helsesykepleier gjør ikke alltid kan snakkes om. Det kan være et arbeid som invaderer grensene til en familie eller utleverer sårbare barn. Det å ikke kunne snakke om deler av arbeidet er en egenskap som gjør det usynlig (Allen, 2019).

I følge Olsvold (2016, s. 40) tar sykepleiere «ansvar for helheten og smidigheten i organisasjonen ved å strekke seg utover formelle ansvarsområder». På den måten minsker de hullene som finnes strukturelt mellom tjenester for å kunne gi best mulig omsorg, og tar på seg rollen som brobygger av relasjoner. Dette arbeidet savnes det ord for, blir usynlig og tas for gitt (Olsvold, 2016). Og så lenge det fungerer for helsesykepleieren å ivareta tjenesteutøvelsen og samarbeidet, så forblir det usynlig (Allen, 2019, s. 99). I boken «Sykepleierens usynlige arbeid» (Allen, 2019) er det beskrevet situasjoner fra

observasjonsstudier hvor arbeidet til sykepleieren ble synlig. Det var ofte i forbindelse med at det enkeltmennesket i institusjonen eller i forløpet av sin helseoppfølging hadde et komplekst sykdomsbilde, eller hvor det var behov for samarbeid mellom mange tjenester eller faggrupper, og arbeidet ikke lot seg gjøre strømlinjeformet.

## 4.0 Metode

I dette kapitlet presenteres metode for studien, med datainnsamling, transkribering og etiske overveielser, kriterier for å kvalitetssikre forskning, samt forskerens forforståelse.

### 4.1 Vitenskap

For å forstå metode må en forstå vitenskap. Viten er det vi tror eller mener er sant (Braathen, 2009). For å beskrive dannelse av kunnskap brukes i hovedsak to filosofiske syn, hvor det positivistiske er forankret i naturvitenskap, og det hermeneutiske i humanismen (Dalland, 2012). Denne studien har en hermeneutisk forankring, med et eksplorerende fenomenologisk design hvor forholdet mellom antatte sammenhenger blir vurdert. Hans-Georg Gadamer var en filosof som formaliserte den hermeneutiske tradisjonen, hvor forholdet mellom hva en har forståelse for, da fra hvilket ståsted en har påvirker hvordan helheten ser ut. Å se seg selv i en kontekst og være åpen for refleksjon i forståelsen vektlegges i hermeneutikken (Malterud, 2018, s. 28). Den eksplorerende fenomenologiske designet i denne studien omfatter erfaringer, og retter oppmerksomhet mot fellesnevnerne og antatte sammenhenger (Malterud, 2018). Det betyr med andre ord, å sette antatt kunnskap på vent, og utforske hva mer som finnes der ute.

### 4.2 Kvalitativ metode

Å velge en metode for forskningen er å velge en strategi for det som skal studeres. Denne studien er gjennomført som en kvalitativ studie. Valg av metode avhenger av hva som skal studeres, hvordan innsamling av data skal foregå, hva slags data som skal samles inn, og hvordan funnene skal publiseres og analyseres. En kvalitativ metode innebærer at resultatene primært presenteres som tekst, og er den rådende tilnærmingen innen humaniora (Malterud, 2018, s. 31). En kvalitativ metode kan presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer som kan stamme fra samtaler eller observasjoner (Malterud, 2018). Kvalitativ metode beskrives tilnærmet likt av Braun og Clarke (2006), som skriver at kvalitative fremgangsmåter er mangfoldige, komplekse og nyanserte. Alt dette bunner i et ønske om å forstå mer og dele denne nyervervede kunnskapen. Malterud (2018, s. 31) henviser til Riessman som kaller kvalitativ metode for «human science», som omfatter hele mennesket.

#### 4.2.1 Innsamling av data med intervju som metode

I denne studien er semi-strukturerte individuelle intervjuer benyttet som metode for datainnsamling. Metoden ble valgt på bakgrunn av problemstilling, studiedesign og hensikt med studien. Å bruke intervju som metode for å innhente data er fleksibelt og gir utvalget større frihet til å uttrykke seg (Johannessen et al., 2016, s. 145). Ifølge Tjora (2021) brukes et intervju som et verktøy for å kunne studere meninger, holdninger og erfaringer. Med denne studien ønsket jeg som forsker å søke å forstå informantenes ståsted og perspektiv, og formidle det videre i studien. Individuelle intervju er basert på et fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren søker å forstå informantens opplevelser og deres refleksjoner over det (Tjora, 2021, s. 128).

Å bruke semi-strukturert intervju betyr at forskeren vet hva de vil stille spørsmål om, og får derfor dekket noen temaer de ønsker å utforske. Forskerens rolle er derfor noe strukturert, mens informantens svar ikke kan forutsees og er derfor ikke strukturert (Polit & Beck, 2021, s. 514). Individuelle intervju oppleves som egnet metode. I forkant av datainnsamlingen gjorde jeg avveininger. Et annet metodevalg kunne vært å ha fokusgruppeintervju, men jeg vurderte det dithen jeg ville ha større mulighet til å gå i dybden med den enkelte helsesykepleier med individuelle intervju.

#### 4.2.2 Intervjuguide

Bak valget av metode lå det en antagelse om at helsesykepleiere, gjennom sine mange møter med ulike barn og familier, har bred kunnskap, erfaring og kompetanse, som jeg håpet de ville ønske å dele.

Før gjennomføringen av intervjuene, konstruerte jeg en intervjuguide i relasjon til problemstillingen og det jeg ønsket å utforske, samt et informasjonsskriv om oppgavens hensikt og omfang. Etter anbefaling fra Polit og Beck (2021, s. 514) utformet jeg guiden med en logisk sammenheng fra det generelle til det spesifikke. Min intervjuguide ble delt i fire sekvenser; 1) Introduerende spørsmål, 2) Temaspørsmål, 3) Helhetlige spørsmål og 4) Avsluttende spørsmål. Hovedtyngden av spørsmålene ble lagt til andre sekvens og den

delen ble videre inndelt tematisk; 1) oppfølging av premature, 2) opplevelse av kunnskap om premature og 3) samarbeid med instanser (ref: Vedlegg 2).

Å ha en intervjuguide er avgjørende for å sørge for at man undersøker det man har satt seg fore å undersøke, for å skape en god og forutsigbar intervjusituasjon.

Intervjuguiden som ble brukt i denne studien var et godt bearbeidet andreutkast. Det første utkastet jeg utviklet brukte jeg til et pilotintervju. På bakgrunn av dette pilotintervjuet endret jeg flere av spørsmålene, deres rekkefølge, spørsmålsformulering samt mengden av spørsmål.

### 4.3 Utvalg og rekruttering

Informantene til intervjuene ble strategisk utvalgt og rekruttert fra helsestasjoner i Oslo kommune. Målet for rekruttering i kvalitative studier er å innhente mest mulig informasjon fra et relativt lite antall intervjuer (Polit & Beck, 2021, s. 498). I forkant utarbeidet jeg derfor en tabell med inklusjon- og eksklusjonskriterier. Mine kriterier for utvalg av informanter var at informantene skulle være utdannet helsesykepleiere, ha minimum to års arbeidserfaring som helsesykepleier, og minimum to års arbeidserfaring som prematurkontakt ved helsestasjonen.

En annen beslutning som tas før selve intervjuarbeidet settes i gang, er hvor mange intervjuer som skal gjennomføres. Det er flere syn på dette i forskningsmiljøet. Johannessen et al., (2016) skriver at utvalget skal være stort nok til å belyse problemstillingen, men kommer ikke med noen videre tallfesting. Det betyr i praksis at antallet vil være avhengig av kvaliteten på intervjuene som er gjennomført. Johannessen et al., (2016) nevner at man kan nå et *metningspunkt*, hvor det ikke lenger har noen hensikt å intervju flere, siden det på dette metningspunktet sannsynligvis ikke vil tilkomme ny informasjon.

Etter å ha vurdert ulike fremgangsmåter for rekruttering, valgte jeg å involvere nærmeste leder ved egen arbeidsplass. På vegne av meg sendte hun ut informasjonskriv og invitasjon til å delta som informant (ref: Vedlegg 3), per e-post til alle ledere ved alle 14 helsestasjoner i Oslo kommune. Jeg fikk raskt respons fra seks helsesykepleiere, fra fem ulike

helsestasjoner, som ønsket å delta i studien. Alle helsesykepleierne som responderte på invitasjonen, møtte kriteriene for utvalg med god margin. Utvalget av helsesykepleiere var representativt for Oslo by, med tre helsesykepleiere i Oslo øst, en på Oslo Vest og to i Oslo sentrum. Utvalget ble i tillegg vurdert som et relevant utvalg, noe som Johannessen et al., (2016) påpeker er viktigere enn å skaffe kvantitet.

#### 4.3.1 Styrker og svakheter ved utvalg

Tabellen under viser antall år i gjennomsnitt, og median som informantene hadde arbeidet som sykepleier og helsesykepleier. I tillegg hadde fem av seks helsesykepleiere erfaring fra nyfødtintensiv avdeling ved sykehusene i Oslo. Flere av helsesykepleierne hadde ytterligere spesialistutdanninger som intensiv- og barnesykepleier. Det var høy faglig kompetanse hos alle informanter. Det vises til tabell 2 for antall år med arbeidserfaring informantene hadde opparbeidet seg.

Antall år som/med	Sykepleier	Helsesykepleier	Erfaring fra NFI
Gjennomsnitt	21	10,3	8,3
Median	23	10	11

Tabell 2 Arbeidserfaring hos informantene

Det som kan vurderes som en svakhet ved utvalget, kan også vurderes som en styrke. Slik er det ofte. Styrken ved utvalget er deres lange erfaring og faglige kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Svakheten ved utvalget er at det er en homogen gruppe som har samme interessefelt. Å være prematurkontakt er en særoppgave ved helsestasjonen og velges ofte ut fra interesse og tidligere erfaring som sykepleier.

#### 4.4 Pilotintervju

Før intervjuene med informantene gjennomførte jeg et pilotintervju. Årsaken til dette var for å teste utstyr, situasjon, rolle og intervjuguiden. Dette intervjuet var med en bekjent. Hun har samme rolle som informantene i og med at hun er helsesykepleier og prematurkontakt ved en helsestasjon i Oslo. Jeg ble overrasket over hvor lærerikt det var, og

hvilke endringer det tvang frem. I forkant av dette utarbeidet jeg en oversikt over nødvendige forberedelser til intervjuene (ref: Vedlegg 1).

#### 4.4.1 Utstyr

Jeg brukte en app på telefon som krypterte informasjonen til en nettside ved navn Nettskjema. Der skjer innlogging med personlig ID for å få tilgang til lydfilene som er gjort under opptak. For å bruke denne appen, må den lastes ned på forhånd og kobles til Nettskjema via en kode hvor du lagrer lydfilen.

Det er mange mindre tekniske ting å tenke på når man skal gjennomføre intervjuer. Det var greit å være oppmerksom på å sette telefonen i flymodus for å unngå forstyrrelser, samt at hvis intervjuet går over en time, må man gjøre flere opptak og ha flere lydfile. Det betyr at lydfilene lagres på telefonen frem til du kommer hjem og kan overføre dem til nettskjema i fred og ro. I tillegg til teknisk utstyr hadde jeg med meg en kopi av samtykkeskjema og informasjon om studien for å øve meg på å informere om studien, og overgi dette. I etterkant av intervjuet skrev jeg ned noen umiddelbare refleksjoner av opplevelsen.

#### 4.4.2 Situasjon

Intervjuet foregikk hjemme hos den bekjente. Det var en rolig atmosfære, og hun opplevdes å føle seg trygg i egne omgivelser. Jeg gjorde noen tanker om hvor jeg bør sitte, og jeg sørget for å ha bord tilgjengelig til papirer og telefon. Jeg innså hvor viktig det er å skape en god atmosfære, for å få gode data.

#### 4.4.3 Rolle

Jeg hadde en antagelse om at jeg ville mestre rollen som intervjuer godt da jeg til vanlig i arbeidet mitt snakker med mange ulike mennesker hver dag. Den nye rollen viste seg imidlertid å være vanskeligere enn jeg hadde antatt. Refleksiviteten av eget ståsted og forforståelse var i gang, og jeg revurderte min egen selvinnsikt.

Jeg fikk tilbakemeldinger av den bekjente umiddelbart etter intervjuet. Hun fortalte blant annet at hun satt stor pris på oppfølgingsspørsmål som; «Fortell mer om det, hvis du kan?».



Hun fortalte også at hun kjente på følelsen av at hun ønsket å svare riktig, og når jeg bekreftet henne med «*det var fint*», så ble hun glad.

Jeg valgte å transkribere dette intervjuet for å være ytterligere forberedt til informantenes intervju. Gjennom denne prosessen ble jeg mer bevisst min egen påvirkning under intervjuet, og det resulterte i endringer om hvordan jeg ga tilbakemeldinger til informantene under intervjuene.

#### 4.4.4 Intervjuguide

På bakgrunn av pilotintervjuet gjorde jeg endringer i intervjuguiden. Spørsmålsformen var opprinnelig noe lukket, noe som viste seg under pilotintervjuet ved at jeg ofte måtte omformulere eller forklare spørsmålene. Derfor gjorde jeg spørsmålsformen mer åpen. Strukturen i intervjuguiden ble i etterkant også noe endret, da jeg oppdaget at det ble brukt unødvendig lang tid på bakgrunnsopplysninger. Med andre ord, så justerte jeg intervjuguiden for å styrke fokuset på det som var relevant for problemstillingen. Essensen i intervjuguiden ble bevart.

#### 4.4.5 Til refleksjon

Pilotintervjuet ga en god mulighet til refleksjon rundt egen forforståelse av det jeg ville undersøke, og til å foreta nødvendige justeringer før gjennomføringen av intervjuene. En aktiv holdning til egen forforståelse, posisjon og tolkning er nødvendige forutsetninger for reell refleksivitet. Det betyr å ikke ta noe for gitt, men aktivt undersøke og undre seg over hvorfor en tolker det slik som en gjør (Malterud, 2016, s. 19). Denne undringen og undersøkelsen av eget ståsted har ingen hensikt hvis den ikke åpner opp for endringsvilje, og interessen for å ta til seg noe nytt.

#### 4.5 Datainnsamling

Det er viktig at selve datainnsamlingen foregår systematisk og under de beste forutsetninger. Gode data er en forutsetning for gode analyser og drøftinger senere i prosessen (Johannessen et al., 2016, s. 9). Så hva er gode data? Det er etablert noen kriterier innenfor kvalitativ forskning som kan brukes for å verifisere data, blant annet må

innsamlet materiale tilfredsstille kravene til *reliabilitet* og *validitet*, som beskrives litt senere i studien.

Siden rekrutteringen foregikk så raskt, ble jeg fristet til å gjennomføre alle seks intervjuene i samme tempo, men jeg besluttet å bruke god tid på datainnsamlingen. Jeg planla ett intervju i uken i syv uker, med et avbrekk i juleferien. Ved én helsestasjon skulle jeg intervju to helsesykepleiere, og jeg valgte å intervju dem rett etter hverandre. Alle intervjuene foregikk i arbeidstid på helsestasjonene der helsesykepleierne jobbet, på egnede kontorer uten forstyrrelser.

#### 4.5.1 Gjennomføring av intervju

Selve gjennomføringen av intervjuene begynte med å la informanten forberede seg til intervjusettingen; finne ro og legge vekk eventuell sceneskrekke de kunne kjenne på. En av informantene sa; «*Oi, nå ble jeg litt nervøs jeg*», da vi begynte å snakke sammen, så det var viktig for meg å ufarliggjøre selve intervjuprosessen. Polit og Beck (2021, s. 520) kaller denne prosessen «*to prepare them at ease*». Tjora (2021, s. 132) påpeker også viktigheten av å tilstrebe en avslappet stemning, som en sosial kaffekopp, men hvor intervjueren har ansvaret for rammene. Som Malterud (2017, s. 27) skriver, forskeren er et redskap, og bruker relasjonen med utvalget for å få utfyllende kunnskap om et felt vi har nysgjerrighet for.

Jeg besluttet derfor å bruke de første fem til ti minuttene til å snakke om arbeidsplassen, hvordan dagen deres hadde vært og planene videre for dagen. Jeg opplevde at samtlige hadde behov for å stille meg noen spørsmål om min jobb og arbeidsplass. Polit og Beck (2021, s. 520) skriver at dette handler om hvordan intervjuer fremstår, og blir oppfattet. Man kan bli oppfattet som en kollega, som en forsker, som en nybegynner eller en utenforstående. Denne «fordommen» hos informantene kan videre påvirke resultatene man får. Neumann (2009) skriver blant annet at hun strevde med å få helsesykepleiere til å ha tillit til henne i hennes datainnsamling, siden hun ble oppfattet som en utenforstående. Alle informantene fikk tid til å lese igjennom informasjonsskrivet uten forstyrrelser, før jeg

informerte om bruk av opptak og funksjon. De signerte så samtykkeskjema og intervjuet startet.

Å være bevisst sin egen rolle samt reflektere over hvordan egne opplevelser kan påvirke datainnsamling, og dermed materialet er nødvendig i en datainnsamling (Polit & Beck, 2021, s. 512). Jeg valgte, på bakgrunn av pilotintervjuet, å informere om at jeg under selve intervjuet ville gi lite tilbakemeldinger, og bidra i mindre grad i dialog enn jeg gjorde i introduksjonsfasen. Jeg forklarte også informantene mine om årsaken til dette valget; for å unngå å lede dem, og for å forhindre at de dvelte hvorvidt svaret var riktig eller galt. Alle helsesykepleierne jeg intervjuet ga uttrykk for forståelse for dette «grepet», og jeg fikk opplevelsen av at de også endret atferd og gikk inn i rollen som informant.

Det opplevdes som en god stemning under intervjuene og helsesykepleierne demonstrerte et stort engasjement og en genuin interesse for oppfølging av premature ved helsestasjonstjenesten. Varigheten av intervjuene varierte mellom 36 og 83 minutter, med et gjennomsnitt på 58 minutter. Enkelte helsesykepleiere kom på eksempler og informasjon som opplevdes relevant etter at selve opptaket var avsluttet. Jeg valgte å ikke stanse dem ved å spørre om å starte opptaket igjen, men ba heller om samtykke til å notere det de sa.

Ifølge Polit og Beck (2021, s. 520) skal intervjuer lytte til informantens opplevelser. Men hva innebærer det å være «en aktiv lytter»? I etterarbeidet med datamaterialet, oppdaget jeg en endring i hvordan jeg lyttet til det de fortalte. Opplevelsen av å lytte til noe, som så omdannes til noe som lignet en fortelling, gav mening til arbeidet videre.

#### 4.5.2 Transkribering

En nødvendig prosess i overgangen mellom datainnsamling og analyse av materialet, er transkribering. Å transkribere er en mulighet til å bli godt kjent med dataene, og ifølge Braun og Clarke (2006) kan transkribering sees på som en nøkkelfase i dataanalysen. Å transkribere kan gjøres uten særlig deltagelse fra forskeren, men hvis en velger å ta en aktiv og åpen rolle, så vil forskeren la seg invitere inn i dataene. Jeg valgte å gjøre transkripsjonen til noe mer meningsfylt, enn en ren overgang fra tale til skrift.

Etter hvert intervju gikk det noen dager før jeg transkriberte. Dette ga tid til å sortere litt tanker rundt intervjuet, og var en mulighet til å stille meg litt på utsiden av materialet jeg skulle transkribere. Jeg transkriberte ved å spille av lydfilen på airpods, mens jeg skrev og tok hyppige pauser for å notere tanker og refleksjoner underveis. Det transkriberte materialet ble fargekodet. Se tabell 3 for et eksempel.

Fargekoder	Transkribering av datamaterialet
Blå = spørsmål Svart = informantens tekst Rød = interessante sitat	Hvordan opplever du det er å følge opp premature på helsestasjonen? (...). Samtidig er du litt mer, du har den kroniske, du har familier som du er bekymret for, foreldre som stadig ringer, og det er ikke noe løsning på ting, så du har litt mer den gnagende, er dette godt nok? Går dette bra liksom? Så det er en annen, et annet stress da.
Grønn = egne refleksjoner/spørsmål	Annet perspektiv, ikke akuttfunksjon, men gir også ansvarliggjøring? Gnaging. Ansvarsfølelse selv om det er mer tid til å ta avgjørelser, så kan avgjørelsene være svært viktige for det barnet?

Tabell 3 Fargekoding under transkribering

Mønstre, mulige sammenhenger og antagelser som dukket opp underveis i transkriberingen skrev jeg på post-it lapper som jeg samlet i en mappe. Denne gikk jeg gjennom ved flere anledninger i hele analyseprosessen og i avslutningsfasen. Årsaken til at jeg gjorde dette flere ganger, var fordi jeg opplevde at ståsted stadig ble påvirket og forskjøvet. Dermed var det hensiktsmessig å se igjennom lappene gjentatte ganger for å se om det gav ny mening i relasjon til nytt ståsted. Refleksiviteten i studien har, med andre ord, vært bærende i teori og i praksis.

Da datainnsamlingen var gjennomført var det 79 sider med transkribering, som inkluderte refleksjoner, som jeg leste igjennom fra første intervju til siste intervju enda en gang. Prosessen med å fargekode, nedskrive mønstre og mulige sammenhenger ble gjentatt. Braun og Clarke (2012) skriver at forskeren i første del av analysefasen bør lese data som data. Det innebærer å være til stede i lesingen, gjøre seg undringer og tanker om hva det kan bety. Å være til stede i materialet er en aktiv prosess, og for meg var det å skrive notater mens jeg leste, en måte å arbeide hensiktsmessig med materialet på.

## 4.6 Bærekraftige elementer i forskning

For å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning er det utarbeidet kriterier med felles forståelse om begrepene. I kvalitativ forskning er det validitet, overførbarhet og reliabilitet.

### 4.6.1 Validitet

Malterud (2017, s. 21) skriver at validitet er å vurdere studiens sannhet, og hva er studien sann om. Polit og Beck, (2016, s. 153) beskriver at å måle validitet involverer å undersøke om metoden forskeren har valgt for studien er egnet, samt om det er mulig at resultatene er gjeldende også utenfor konteksten og dermed representerer virkeligheten. Tjora (2021, s. 260) skriver at validitet handler om en logisk sammenheng i at svarene i studiet, faktisk er svar på spørsmålene som er stilt.

For å styrke validiteten vil redegjørelse av valg, samt tydelighet i hvordan forskningen praktiseres utfra hensikt og problemstilling veie tungt. Lavere validitet i en studie kan vurderes hvis det ikke er valgt riktig metode for problemstillingen og studien (Tjora, 2021). I denne studien var metoden med å intervju helsepsykepleierne individuelt en godt egnet metode, som har gitt resultater som oppleves som gjeldende i virkeligheten. Ved å velge et annet design som fokusgruppeintervju, er jeg av den oppfatning at jeg ikke ville fått dybden i materialet som jeg ønsket. Det er vanskelig å dokumentere validitet, uten å bruke ulike teknikker som å tilbakeføre oppdagelsene til informantene og se om de bekrefter samme tolkning (Johannessen et al., 2016). Deler av resultatene ble bekreftet i ny forskning ved Oslo Universitets sykehus, som foreløpig er upublisert, men som ble presentert på et webinar i februar i år.

### 4.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet, er mål for å vurdere om en studie kan oppnå samme resultater ved en ny gjennomføring av datamaterialet (Malterud, 2017). Innenfor kvalitativ forskning vil det målet ha lite reliabilitet da det vil være umulig å gjenskape en eksakt samme situasjon mellom informant og intervjuer (Johannessen et al., 2016). Ifølge Tjora (2021, s. 263) handler pålitelighet om sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet, hvor relevans mellom koblinger som er gjort og redegjøres for gir styrket reliabilitet. Spesielt trekker Tjora

(2021) frem noe som vurderes som særlig sårbart i kvalitative studier. Det er utvelgelse og presentasjon av intervjuer og hva de representerer i forhold til sitater som ikke er fremlagt. For å styrke reliabilitet bør en derfor redegjøre for hvilket perspektiv eller teori som har bidratt til forskningsdesignet og analysen. I denne studien er det teoretiske perspektivet beskrevet, og hvilken forforståelse man har for studien beskrives senere. Dette gir leseren innsikt i en beskrivelse av hvordan man har tolket arbeidet. Det gir transparens. Transparens ved datainnsamlingen og analysen kan ha større betydning enn reliabilitet for studiens validitet. En spesifikk metodebeskrivelse vil tilgjengeliggjøre transparens og dermed gi lesere så godt innblikk i forskningen at de kan ta stilling til forskningens kvalitet (Tjora, 2021, s. 264).

Datainnsamlingen ved kvalitativ metode påvirkes av forskeren, derfor vil kvalitative studier umulig ha samme resultat med annen forsker. Innenfor kvalitativ forskning hvor det er mennesket og opplevelser som det forskes ved, så vil derfor forskerens ulikheter bidra til ulik belysning omkring et tema. Dette kan bidra til en mer mangfoldig representasjon av det som undersøkes, og med referanse til egen forforståelse og perspektiv, utfordre oss til å se utenfor eget ståsted.

#### 4.6.3 Overførbarhet

Braun og Clarke (2019) skriver om betydningen av flere små brikker med forskning som sammen danner et større kunnskapsgrunnlag. Hvis kunnskapen har høy overførbarhet, betyr det kunnskap som kan overføres til lignende fenomener (Johannessen et al., 2016), og har validitet utenfor forsket fenomen. Det kan også gjelde overføring av begrep og forståelse. Malterud (2017, s. 24) skriver at overførbarhet handler om kontekster, og i hvilke sammenhenger studiet er gjeldende utover egen kontekst.

Tjora (2021) mener at overførbarhet er en innsnevring av det som kan generaliseres fra kvalitative studier, og at begrepet bør være generaliserbarhet da det er et mer etablert begrep. Tjora (2021) proklamerer også en konseptutvikling i sin metode, mens en mer moderat form for generaliserbarhet kan være at forskeren vurderer i hvilke andre situasjoner det kan være gyldighet. En mer naturalistisk overførbarhet er når andre forskere kan vurdere sammenfall med egne prosjekt som blir en test av studiens overførbarhet. Jeg opplever det krevende å bedømme egen studies overførbarhet, da det i rett betydning bør bekreftes av andre. Allikevel ser jeg hvordan gyldigheten av studien kan relateres til

lignende situasjoner, og tilføre kunnskap utover forsket fenomen. Dette gjelder spesielt forskningen som er gjort om foreldreveiledning, og det ansvaret som den enkelte helsesykepleier opplever som emosjonelt krevende.

#### 4.6.4 Ethiske overveielser

Det er utarbeidet Nasjonale Forskningsetiske retningslinjer ved Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) som er rådgivende for forskning (Forskningsetikk, 2021). Det er etiske og grunnleggende standarder om sannhetsforpliktelse, hvor en forsker pålegges ærlighet og redelighet. Overordnede retningslinjer som omhandler metodens saklighet og pålitelighet, samt god vitenskapspraksis ved at forskningen er åpen og kritisk skal konstruere og styre god praksis i vitenskapsutvikling (Forskningsetikk, 2021). I studier som dette er det et forskerfellesskap mellom studenten, veileder og studiested, hvor veileder har et overordnet ansvar for at studien gjennomføres i henhold til forskningsetiske normer (Forskningsetikk, 2021).

Et ledd i å forberede seg til innhenting av data er å sende meldeskjema til NSD, Norsk senter for forskningsdata, nå samlet under SIKT. Sikt er en leverandør av plattformer for kunnskapsdeling og forskning i Norge og internasjonalt. Hensikten med meldeskjema er å melde fra om fremtidig forskning og å sikre at personvern vil følges. Behandlingen av personopplysninger skal være i tråd med Lov om behandling av personopplysninger, da prinsipielt kapittel 5, som omhandler personvern (Lovdata, 2021). En definisjon av utvalget av informanter skal beskrives i søknaden. Jeg brukte SIKT, da NSD, sine løsninger for å samtidig lage et informasjonsskriv og invitasjon til informanter om å delta i studien. Min søknad med meldeskjema med referansenummer 895776, ble godkjent på bakgrunn av innsendte opplysninger uten behov for endringer (ref: Vedlegg 4).

I Personopplysningsloven (lovdata, 2022) er det krav om samtykke fra informanter til deltagelse i en studie. Det innebærer å innhente samtykke, men også å gi informasjon om hva det innebærer å være informant i studiet. Samtykket er frivillig og kan når som helst trekkes hvis informanten ønsker det. Samtykket bør være dokumentert i form av signering av samtykkeskjema, samtykke på film eller med lydopptak (Forskningsetikk, 2021).

Som forsker er det taushetsplikt, og personvern skal ivaretas. Det handler om anonymitet, i form av konfidensialitet og oppbevaring av datamateriale. Anonymitet betyr også å forebygge at opplysninger som kan brukes til å identifisere eksempler eller historier blir utelatt eller omskrevet (Johannessen et al., 2016, s. 88). Anonymitet handler om å ta hensyn til personer som deltar i forskningen, men også beskytte sårbare grupper. I dette studiet var det spesielt viktig å ha et bevisst forhold til dette når det var stilt spørsmål til informantene om de ville dele eksempler fra arbeidet sitt. Oslo er ikke så stort, og karakteristikk av premature kunne vært gjenkjennbart for andre. Det er mitt ansvar som forsker å forhåndsinformere om at eksempler bør være generelle, eller å ivareta konfidensialitet etter intervjuene ved å la være å bruke dataene eller omskrive detaljene. Jeg har i arbeidet mitt forholdt meg til eksisterende lover og retningslinjer for samtykke og behandling av data og personopplysninger.

#### 4.7 Bærekraftige elementer hos forskeren

Det å være bevisst sin egen forforståelse, og hvordan det kan påvirke datainnsamling er et viktig konsept i kvalitativ datainnsamling. Denne forforståelsen endres underveis i prosessen, og derfor er refleksivitet i alle ledd så avgjørende.

##### 4.7.1 Forforståelse

Betydningen av forskerens egen rolle ved å klargjøre for egen forforståelse, og ved at den deles blir det en veiviser til tolkningene en har gjort som forsker (Malterud, 2016, s. 19). Det har høy relevans, da det påvirker både datainnsamling og analyse.

Begrepet forforståelse er et nøkkelbegrep innen hermeneutisk filosofi.

Hans-Georg Gadamer, er en tysk filosof brukte begrepet forståelseshorisont (Wifstad, 2019). Det er en beskrivelse av hvordan vi forstår noe, slik det gir mening for oss. Ved å være klar over hvordan en selv gir mening til noe, så åpner en samtidig opp for hvordan det kan gi mening til andre.

Interessen for dette studiet er påvirket av min forforståelse i mitt arbeid som prematurkontakt ved en helsestasjon. Jeg hadde en forforståelse om at premature hadde betydelig mer spisevansker enn terminfødte barn. Dette er fordi i arbeidet mitt opplevde jeg



et strev med prematures spisevansker som; gulping, magesmerter, sondebehov, ernærings supplement, obstipasjon, vekt nedgang og vansker med amming og introduksjon av fast føde. Jeg hadde en oppfatning om at andre helsesykepleiere strevde like mye som meg i oppfølgingen av dette, og at det var et betydelig større problem hos premature enn hos terminfødte. Jeg opplevde å bruke mye tid på veiledning av foreldre, og var gjentatte ganger på hjemmebesøk med observasjon av måltider.

Allerede under første intervju oppdaget jeg at mine antagelser ikke ble bekreftet slik jeg hadde forventninger om. Det var overraskende å oppdage at andre ikke nødvendigvis hadde samme opplevelse som meg. Det utløste flere spørsmål, blant annet om hva som lå til grunn for mine antagelser i forkant av studien.

Gjennom en lang prosess i denne studien har jeg stadig flyttet min forforståelse. Jeg har forsøkt å stille meg utenfor eget antatte perspektiv, og på den måten stille med et mer åpent blikk. Dette har gjort at jeg har sett sammenhenger som jeg ikke ville ha sett tidligere. Thomassen (2016, s. 87) skriver at en person som står stille uten utvikling eller påvirkning, utvider ikke horisonten sin. Hvis jeg hadde fortsatt med et ønske om å bekrefte noe, hadde jeg kanskje fortsatt stått stille, og vært foruten en lærerik, og til tider frustrerende, utvidelse av egen forståelse og nye oppdagelser.

I tillegg er kjønnsperspektivet relevant som forforståelse i denne studien, muligens av åpenbare årsaker, siden vi lever i en tid hvor det er umulig å se på kvinners erfaringer uten å knytte noe av det til kjønn. I tillegg er jeg kvinne og min forforståelse blir derfor et metaperspektiv.

Min forforståelse preges nok aller mest av min kjærlighet til barn og min nysgjerrighet til mennesker. Jeg er nysgjerrig på hvordan mennesker lever og hvorfor de handler som de gjør. Min kjærlighet til barn er uten bunn, og er en del av meg som menneske og helsesykepleier.

#### 4.7.2 Refleksivitet

Refleksivitet i kvalitative studier handler om kritisk selvrefleksjon om egen forforståelse, preferanser og fordommer (Polit & Beck, 2021, s. 801), som også er en tilbakevendende og aktiv prosess. Tjora (2021) beskriver refleksivitet som forskerens evne og vilje til å undersøke eget arbeid, samt hvordan både personlige interesser og kunnskaper former refleksiviteten. Braun og Clarke (2021) beskriver refleksivitet som en fleksibilitet i tilnæringsmetode som forskeren har til sin aktive rolle av egen forforståelse.

Det er, med andre ord, ulikheter og likheter i hvordan de ulike forskerne beskriver det, hvilket er en demonstrasjon av tolkningen de gjør med sin forforståelse, og med sitt ståsted. Et virkemiddel for å bevisstgjøre seg sin egen refleksivitet, er å systematisk å reflektere over eget ståsted og egne antagelser med oppgavens hensikt som veiledende.

Malterud (2017, s. 20) skriver at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksivitet. Det handler om at å ha en sterk tiltro eller en tillæring til et felt, kan gjøre det vanskelig å se andre muligheter eller måter å utføre noe på.

Slik jeg tolker refleksivitet er det en fleksibel, og tilbakevendende prosess. Det har med en aktiv og åpen tilnærming til forskning, materialet og prosessen, gitt ulike perspektiv og dermed nye ståsted. Refleksiviteten har hatt betydning for hva jeg kunne lese ut av datamaterialet, samt hva jeg har klart å se av ulike mønstre. Refleksiviteten har vært påvirket av ytre krefter, som gode samtaler med kollegaer, faglig påvirkning fra veiledere eller emneansvarlige eller egen dagsform. Personlig har jeg en opplevelse av at refleksivitet har gitt frihet i arbeidet med studien.

## 5.0 Analyse

Braun og Clarke (2019) skriver at analyse er en metode for å sette data i system, som ikke gir kun en måte å se dataene på. Det er en metode for å se sammenhenger. For å analysere datamaterialet i dette studiet har jeg valgt å bruke Braun og Clarke`s refleksive tematiske analyse som metode.

### 5.1 Refleksiv tematisk analyse

Refleksiv analytisk metode er en analysemetode under kontinuerlig utvikling av Braun og Clarke (2006, 2012, 2019, 2022). Det at metoden er i utvikling gjenspeiler metoden selv, og refleksiviteten i den. Den består av seks faser som vil beskrives med utøvelsen av metoden i praksis. Slik jeg tolker refleksiv tematisk analyse handler det å forstå forskeren/egen posisjon, forforståelse og utvikling som like essensielt i analyseprosessen som selve den refleksive metoden. Det betyr for meg:

- *Egen posisjon omfavner hvilken relasjon forskeren har til materialet*
- *Forforståelse er ståstedet en har fra tidligere*
- *Utvikling handler om at forskeren er i en aktiv prosess som resulterer i at forståelse og ståsted er i endring*
- *Refleksiviteten er en tilbakevendende prosess, som betyr at gjennom utviklingen og endret forståelse så vil egen posisjon endre seg*

Braun og Clarke (2019) skriver at metoden er;

*«a starting point, not a map».*

Refleksiv tematisk analyse avsluttes ikke når en har fullført de seks fasene i metoden nedenfor, men når forskeren tar en aktiv beslutning om at den skal avsluttes. Dette handler om å måtte gjøre kompromisser og avgrensninger. Det er en analysemetode som preges av rasjonalitet, sammenheng og kontinuitet (Braun & Clarke, 2012).

Metoden kan brukes for å systematisere og finne mønster i sammenheng, og kan gjøre forskeren i stand til å se og gi mening til egne meninger og erfaringer (Braun & Clarke, 2012). Identifiseringen av meninger er ikke hensikten, men jeg tolker det som å finne en

felles essens eller kjerne i materialet. Essensen er allikevel ikke lukket for endring, men i bevegelse ut ifra hvilket ståsted eller med hvilket perspektiv en leser materialet.

Refleksiv tematisk analyse er ifølge Braun og Clarke (2022) et design for å støtte utvikling av dyp faglig forståelse og tolkende beskrivelser med mening på tvers av hele datamaterialet, hvor refleksiviteten er en disiplinert kritisk tenkning med refleksjon om hvordan og hvorfor, og om hvilken påvirkning det har på forskningen.

#### 5.1.1 Induktiv forskningsmetode

En *induktiv* metode betyr at analysen er drevet fra hva som finnes i datamaterialet. Det betyr for denne studien at analysen tar utgangspunkt i informantenes intervju (Braun & Clarke, 2012). En *deduktiv* metode derimot, betyr å ta med seg allerede etablerte teorier og konsepter til dataene. Det som da senere konstrueres fra datamaterialet vil være drevet av hva forskeren har med seg, og mindre fra hvilke historier informantene har fortalt (Braun & Clarke, 2012). Men Braun og Clarke (2012) skriver også at det er umulig å kun bruke en induktiv metode, da vi *alltid* har med oss noe inn i datamaterialet og hvordan vi forstår og tolker historiene som blir fortalt. I refleksiv analytisk metode bruker en derfor en kombinasjon av begge, men med hovedtyngde på den induktive tilnæringsmetoden.

Å tolke et materiale uten en forforståelse av tillært kompetanse eller en bevissthet rundt ståsted vil ofte bli overfladisk og uten dybde. Den stadige tilbakevendende prosessen som krevde en aktiv kritisk tenkning ble en oppdagelse i å se sammenhenger (Braun & Clarke, 2012).

## 5.2 Refleksiv tematisk analyse som prosess

I de neste underkapitlene vil jeg illustrere metoden gjennom seks faser. De seks fasene er ifølge Braun og Clarke (2022) veiledende og gir ikke alltid mening umiddelbart.

### 5.2.1 Fase 1 – Å bli kjent med dataene

I denne bli-kjent-med-dataene fasen handler det om å bli dyptgående, og det Braun og Clarke (2022) beskriver som intim, eller nær, med dataene. Praktisk betyr det å lese

datamaterialet repetitivt og aktivt, skrive notater om tanker som kommer til en om datamaterialet eller i relasjon til hele studiet (Braun & Clarke, 2022).

Det var i denne fasen jeg opplevde å være mest farget av min forforståelse, og jeg strevde med å lese andre sammenhenger enn jeg søkte etter. Før datainnsamlingen hadde jeg gjennomført rikelig med litteratursøk, samt skrevet et resymé av dette. Braun og Clarke (2006) skriver at det å lese litteratur før analysen kan innsnevre det analytiske bildet ved at forskeren er for snever i vinklingen av aspekter. Det kan være en årsak til at jeg opplevde at det analytiske bildet ble for smalt i første omgang. På samme tid var det givende å ha et rikt bakgrunnsmateriale, da jeg ble mer sensitiv for deler av datamaterialet hvor jeg hadde referanseområde til. Spørsmålet jeg måtte stille meg i denne fasen er om det ble en overvekt av sensitivitet mot deler av datamaterialet, fordi det ga gjenklang til den nylig leste litteraturen.

Hensikten med analysen er å stille spørsmål om hvilken mening datamaterialet får gjennom analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006). Mens jeg leste datamaterialet gjentatte ganger, valgte jeg å forholde meg til følgende anbefalte tre spørsmål fra Brown og Clarke (2012);

- *Hvordan gir informanten mening til sine erfaringer?*  
Dette tolket jeg som viktigheten av å forsøke å forstå hvilken forforståelse og i hvilken kontekst informantene var.
- *Hvilke antagelser har de gjort seg i sine tolkninger?*  
Jeg ønsket å forstå hva de hadde med seg av erfaring som gjorde at noe var innlysende for dem.
- *Hva slags verden åpner seg gjennom deres fortelling?*  
Dette spørsmålet fungerte som en påminnelse på at det ikke handlet om mitt perspektiv, men om å lytte til historiene og se hva jeg fant der.

### 5.2.2 Fase 2 – Å kode datamaterialet

Som forsker har en nå forflyttet seg til en ny forståelse av det som står i datamaterialet. Neste fase i analysemetoden er å systematisk kode dataene. Å kode materialet betyr å sette ord på det som er analytisk interessant i datamaterialet. Det er en etikett på dataekstraktene som er relevant for problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). Hvordan en

koder materialet vil være avhengig av hvor en ser sammenhenger, og hva en ønsker å fortelle i en historie. Det betyr at en samtidig må forsøke å se for seg en mottager.

De første kodene er tekstnære og skal beholde nerven i det som informantene har fortalt. Eksempel fra koding i datamaterialet i studien vises i tabell 4.

Transkribert intervju	Tekstnære koder
Så det har vært kjempeinteressant å følge de. Og jeg har blitt så positivt overrasket, fordi jeg kom liksom med en sånn, å det går så dårlig med de liksom, men det synes jeg ikke.	Spennende å følge premature Positivt overrasket over prematures utvikling

Tabell 4 Eksempel på dataekstrakt og tekstnære koder

Ifølge Braun og Clarke (2006, 2012) fungerer koder som organisatorer for grupperinger med mening. Kodene skal være relevante for problemstillingen (Braun & Clarke, 2012, s. 62). Kodene kan være beskrivende (semantiske) som et kort resymé, og ikke gå utover hva informanten har sagt. Siden det er slik at refleksiv tematisk analyse ønsker å gi dyp forståelse og mening ønsker Braun og Clarke (2019) ikke å stoppe med kodingen der. De argumenterer for tolkende (latente) koder, som betyr å legge til tolkning av innholdet i dataene og gjøre forsøk på å identifisere hva som er underliggende antagelser og eventuelle konsepter. I tabell 5 vises et eksempel med beskrivende og tolkende koder fra datamaterialet.

Transkribert intervju	Beskrivende koder	Tolkende koder
Grunnen til at vi er så hysteriske på den vekten er jo fordi det sier så mye om barnets allmenntilstand.	Helsesykepleier kan oppleves hysteriske på vekt Vekt forteller mye om barnets allmenntilstand	God vekst gir mindre bekymring Manglende vekst gir bekymring

Tabell 5 Eksempel på dataekstrakt med beskrivende og tolkende koder

Braun og Clarke (2012) skriver at koder alltid vil være en konstruksjon av både beskrivende og tolkende koder. Kodene er i utvikling gjennom hele analyseprosessen. Dette er krevende å forstå betydningen av før en gjennomfører koding i praksis. Analysen er heller ikke en lineær prosess, men er flytende og tilbakevendende (Braun & Clarke, 2006).

I konstruksjonen av koder gikk jeg systematisk til verks, og gjorde ekstrakter av det jeg tolket var meningsbærende mønstre i datamaterialet, og som hadde relasjon til problemstillingen. Her inkluderte jeg raust, men sorterte ut det med mindre relevans for studiens hensikt. Ekstraktene kodet jeg så med tolkende koder. Min egen opplevelse av dette var at kodingen gikk litt raskt. Det ble bekreftet for meg når jeg resonnererte om kodeprosessen, og opplevde at kodene var noe overfladiske. De ga ikke dypere betydning slik Braun og Clarke (2006, 2012) beskrev at en kodeprosess skulle føre til i arbeid med datamaterialet.

Derfor valgte jeg å gå tilbake til start, og kode hele datamaterialet på nytt, ikke kun dataekstrakt som tidligere. Dette gjorde jeg først i beskrivende koder. Etter dette var gjennomført, kodet jeg et nytt utkast av tolkende koder. Det ga subtile endringer i kodingen fra første til andre utkast, hvilket jeg opplever ga mer forståelse og dybde til materialet. I tillegg viste jeg respekt for hele datamaterialet ved å ikke sortere ut fra materialet prematurt. Se tabell 6 for eksempel på prosessen med første og andre utkast av koding.

Ekstrakt fra datamaterialet	Første utkast av tolkende koder	Første utkast med beskrivende koder	Andre utkast med tolkende koder
Og selvfølgelig, overgangen til fast føde kan noen bruke litt lenger tid på, men jeg føler at den problematikken er litt rundt den, frem til den alderen de begynner å spise fast føde.	Premature har behov for mer tid	Overgangen til fast føde kan ta mer tid hos premature	Premature behøver tålmodighet og tid i overganger

Tabell 6 Tabellen viser prosessen fra første til andre utkast med tolkende koder

Tjora (2021, s. 224) har beskrevet to spørsmål som kan stilles til hver kode som en slags kvalitetssikring av kodeutviklingen;

- 1) Kunne man ha laget koden før kodingen?

*Hvis ja – lag en ny kode. Hvis nei – gå videre til spørsmål to.*

- 2) Hva forteller bare koden?

*Er det et tema for dataekstraktet – lag ny kode.*

*Gjenspeiler det konkret innhold = god tekstnær kode.*

Dette ble spørsmål som ble aktivt brukt i kodeprosessen. Siden jeg bruker Braun og Clarkes reflekssive analytiske metode, viser kodeprosessen i tabellen også utviklingen videre til en tolkende kode.

Braun og Clarke (2012) skriver at det etter hvert i kodeprosessen vil være nødvendig å lese igjennom det kodede materialet, fordi kodene sannsynligvis vil ha utviklet seg. Videre i analyseprosessen valgte jeg derfor å ikke forkaste det første utkastet av koder, da det var en mulighet til å se egen utvikling av koding.

Etter å ha kodet hele datamaterialet med beskrivende og tolkende koder, så anbefaler Braun og Clarke (2006) å organisere det i kjernegrupper. Jeg valgte å organisere det som et temakart, med en kjerne og en mengde koder som ble vurdert som relevante eller tilhørende til den kjernen. Kodene ble skrevet på små lapper med fargekoder med referanse til intervju, samt med referanse til tilhørende dataekstrakt for å gjøre det tilbakevendende arbeidet mer oversiktlig. Det ble da dannet det som opplevdes som meningsfulle grupperinger på det stadiet jeg nå befant meg i analyseprosessen. Dette resulterte i et temakart med fem kjernetemaer, samt en lang liste med tilhørende koder, og representerte en overgang til fase tre i analysen.

### 5.2.3 Fase 3 – Å konstruere temaer

Denne fasen handler om å identifisere de første temaene, og om en aktiv konstruksjon av temaer (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Dette begynner når alle data er kodet og samlet som i fase to. Braun og Clarke (2012, s. 63) skriver at et tema:

*«rommer noe viktig om dataene til problemstillingen,  
og er representativt for et mønster i responsen eller for en mening i dataene».*

Temaene utvikles av forskeren, på bakgrunn av materialet og av problemstilling samt i lys av forskerens forståelse og kunnskap (Braun & Clarke, 2022). Å konstruere temaer var en krevende prosess som gjorde meg usikker på om jeg hadde god nok forståelse av det jeg hadde med meg hittil i arbeidet med studien. Det ble en gjentakende oppdagelse av egen



posisjon i arbeidet, samt hvordan aktivt lytte til materialet uten å farge materialet for mye med egen forforståelse.

Temaer er ikke noe som oppstår eller oppdages (Braun & Clarke, 2012), noe Braun og Clarke understreker i sine beskrivelser av analysemetoden. Å oppdage noe beskrives som å ha nøytralitet som forsker, hvilket en ikke har fordi man har forforståelse og antagelser. Derfor er temaene utviklet, konstruert eller generert (Braun & Clarke, 2019). Subtemaer er temaer som gir analytisk søkelys og tyngde til et aspekt ved hovedtemaet. Det skal dele det sentrale konseptet av temaet det er en del av (Braun & Clarke, 2022, s. 88). Kombinert skal temaene løfte materialet til et hørere nivå ved å vise meningsbærende og sammenhengende mønster i datamaterialet. Temaene skal stå i relasjon til problemstillingen (Braun & Clarke, 2006). Det skal ikke utvikles temaer som er resyméer av emner (Braun & Clarke, 2019).

#### 5.2.4 Fase 4 – Å utvikle temaene videre

Denne fasen handler om å videreutvikle temaene i relasjon til hele datasettet. Fra å arbeide induktivt med konstruksjonen av temaer, endres tilnæringsmåten til en mer deduktiv fremgangsmåte. Forskeren tar med seg temaene tilbake til kodene, og så til datamaterialet og problemstillingen og undersøker hva temaene forteller om datamaterialet. Gir temaene mening? (Braun og Clarke, 2022, s. 35). I de første utkastene av temaer møtte jeg hovedsakelig på disse to hindringene;

- *Utviklingen av temaer opplevdes litt meningsløse for andre som ikke hadde satt seg ned med materialet*
- *Mye av datamaterialet som var kodet ble ikke brukt og det gav et oppdelt bilde av materialet*

Braun og Clarke (2012) skriver at temaer skal danne et meningsfylt bilde av dataene som er innsamlet. Et tema kan være overordnet, og behøver ikke representere alt som ble sagt i dataene, men det må gi mening og fortelle en historie som besvarer problemstillingen.

Braun og Clarke (2012) angir ikke eksakt antall temaer og subtemaer for et materiale.

Mange temaer kan allikevel føre til at en mister sammenheng og at de ikke blir presentert i tilstrekkelig dybde og detalj. Hovedtemaer skal være rike og komplekse, og subtemaene skal belyse aspekter (Braun & Clarke, 2019).

På dette tidspunktet utviklet jeg to hovedtemaer, hvor et hovedtema hadde to subtema, mens det andre hadde et subtema. Jeg arbeidet mye med ordlyden i temaene for at det skulle representere dataene og gi mening. Temaene ble etter hvert som jeg jobbet med dem for abstrakt, og jeg tolket mer enn det som ga mening. I tabell 7 vises det til et eksempel av konstruksjon, utvikling og endring av tema under analysen.

Kjernetema i temakart	1. utkast	2. utkast	3. utkast	4. utkast	5. utkast	Ferdigutviklet tema
Premature barn	Det premature barnet	Det normale premature barnet	Det normale / kontinuerlige blikk	Normalitetens skjønn	Å skjønne hva som er hva	Å forstå hva som er viktig

Tabell 7 Viser hvordan temaene utvikler seg fra kjernetema i temakartet, via flere utkast, til et subtema, og hvilket hovedtema det subtemaet tilhører.

Arbeidet med temakonstruksjon bidro til å avklare om det var et tema eller bare en kode, og om temaet forteller noe viktig om dataene i relasjon til problemstillingen. Dette er en form for kvalitetskontroll av temaene (Brown & Clarke, 2012). Å skape gode temaer handler også om å ta beslutninger på hva de skal inneholde og hva de ikke skal inneholde. Det betyr å sette grenser, og unngå at dataene blir for vide, eller at en mister sammenheng i temaet, og til datamaterialet. Brown og Clarke (2012) skriver at kvalitetssikring og arbeidet hittil handler om å få temaer som belyser de viktigste, og mest relevante elementene av dataene, og den overordnede formen i relasjon til problemstillingen. Sum summarium så blir alt arbeidet med konstruksjon av temaer en metode for å strukturere datamaterialet for forskeren, og på den måten systematisere materialet som en historie for leseren.

### 5.2.5 Fase 5 – Å definere temaene

Analysearbeidet har frem til fase fem handlet om å bli godt kjent med datamaterialet, utvikle koder og konstruksjonen av temaer. Braun og Clarke (2022, s. 36) ber om at forskeren i denne fasen ytterligere definerer temaene med et kort resymé av hvert tema, og hvordan temaene passer sammen for å fortelle en historie om datamaterialet. Behov for mer analyse oppdages da ofte i dette arbeidet (Braun & Clarke, 2022). Braun og Clarke (2019) beskriver definerte temaer som er redusert nok til å være i en balansert konsentrasjon, og omfavne en sterk kjerneverdi.

Avgjørelsen om å redusere antallet temaer kom med arbeidet i denne fasen. Jeg gikk fra å ha to hovedtema og fire subtema, til å konstruere fire tema. Valget om å ha fire temaer handlet om et ønske om å presentere resultatene som fire likestilte temaer. Det var i tillegg et behov for å avgrense studiens omfang.

For å vise analyseprosessen er temaene presentert i tabell 8. Dette er for å vise eksempler på arbeidet fra dataekstrakter til beskrivende og tolkende koder, og til hvilke tema som så ble konstruert fra datamaterialet og kodene.

Dataekstrakt	Beskrivende koder	Tolkende koder	Tilhører tema
«Vi lager en plan, så evaluerer vi den, så går det ikke så bra, så må du snu litt om på den planen. Men det krever litt erfaring og litt tyngde å tørre å stå i det og da»	Helsesykepleier tar ansvar for barnets vekst  Å ha erfaring gjør at helsesykepleier tør  Å stå i det er tøft	Å finne løsninger for å minske ubehag  Å stå i vurderinger krever mot	<i><u>Vekten</u> er ikke bare et tall</i>
«Det er jo ikke noe jeg har slått opp i en bok, at nå skal vi se på, da kjenner jeg jo at det er min erfaring som jeg, innerst inne tenker at den er kunnskapsbasert, det er jo min kunnskap»	Svaret står ikke i en bok  Helsesykepleier sin erfaring blir til kunnskap	Det finnes ingen fasit  Erfaring gir skjønn  Helsesykepleier har et eget blikk	<i>Å forstå hva som er viktig</i>
«Men på de premature så viser jeg ofte. For å se, se her, når du sitter og blir bekymret så må du se for deg denne kurven som går kjempes fint, så kan du puste. Det er noe visuelt»	Helsesykepleier kan uttale seg om hva ser fint ut  Helsesykepleier kan berolige foreldrene	Dette er normalt  Å redusere bekymring har en hensikt	<i>Helsesykepleier som formidler av trygghet</i>
«Man blir så emosjonelt investert i jobben når man jobber relasjonelt på den måten. Og det er en belastning»	Det er emosjonelt å arbeide med mennesker  Det er krevende å være emosjonelt investert i arbeidet sitt	Arbeidet vekker følelser  Ansvaret i relasjonen	<i>Alene om ansvaret</i>

Tabell 8 Tabellen viser eksempler på flyten mellom ekstrakt, koder og temaer som er konstruert.

Så, «hva nå?» er spørsmålet som bør drive analysen videre ifølge Braun og Clarke (2022, s. 36). De skriver at videre i fasen handler det om å velge og presentere sitater som er

representative for materialet. Det skal vises til analytisk refleksjon, og formålet er å fortelle en historie med ekstraktene og temaene. Analysen forskeren gjør av dataekstraktet, og selve sitatene bør ha relativt samme omfang (Braun & Clarke, 2022). Å velge rike og beskrivende sitater vil ideelt illustrere det analytiske arbeidet.

#### 5.2.6 Fase 6 – Å skrive rapport

Å rapportere betyr å skrive (Braun & Clarke, 2022, s. 36). Dette skal presenteres som en rapport med presentasjon av temaer som flettes sammen med analytiske refleksjoner og rike sitater. Til sammen skal dette representere den historien man ønsker å fortelle på bakgrunn av analysearbeidet med datamaterialet.

## 6.0 Resultater

Resultater fra analysearbeidet av datamaterialet presenteres i dette kapitlet. Det legges frem som resultater av analyse av empirisk forskning, med sitater fra datainnsamlingen samt analytisk refleksjon. Oppdagelse av fellesforståelse og egenskaper vil identifiseres.

Analysearbeidet resulterte i fire tema; *Vekten er ikke bare et tall, Å forstå hva som er viktig, Helsesykepleier som formidler av trygghet og Alene om ansvaret.*

### 6.1 Vekten er ikke bare et tall

Helsesykepleier forteller at de første månedene etter at det premature barnet utskrives fra sykehuset, har de hyppig oppfølging av barnets helseutvikling. Analysen avdekker at oppfølgingen oppleves av helsesykepleier som kompleks og omfattende. Det er et enormt fokus på barnets vektoppgang fra foreldrene, som ofte stammer fra veiinger flere ganger daglig på sykehuset. Helsesykepleier forteller at foreldrenes opplevelse av mestring som foreldre, gjenspeiles i barnets vekt. Jo bedre vektoppgang, desto bedre opplever de å mestre oppgaven som foreldre.

Helsesykepleier forteller at barnets vektoppfølging er så sårbart, at det er viktig velge ordene sine med omhu for å ikke skade relasjonen mellom foreldrene og barnet.

Helsesykepleier opplever at det er vanskelig å forutse hva vekten vil være. Det veksles raskt fra håp, til skuffelse, hvis barnet har manglende vekst, som igjen veksler raskt til glede og mestring når barnet viser fin vekst. Dette er følelser som helsesykepleier kan oppleve oppstår hos foreldrene, men også hos dem selv. Den ustabiliteten i forventninger kan være emosjonelt krevende, og kan føre til usikkerhet hos helsesykepleier om arbeidet hun utfører. Hun kan oppleve å utsette familien for mange tiltak, eller for å ikke igangsette nok. En helsesykepleier forteller;

*«Det varierer også veldig fra barn til barn, men jeg har jo hatt noen barn som hvor du er bekymret og du ser de veldig ofte. Og du begynner å tenke på dagen før de skal komme, at å jeg håper at den vekten er fin nå. Men så er det noen det går mye lettere med, så det varierer veldig fra case til case».*

Helsesykepleieren forteller om et håp for at vekten er fin nå. Dette håpet forteller samtlige helsesykepleiere om under intervjuene. Håp er en følelse, og vitner om en emosjonell investeringen i arbeidet. At følelser iverksettes i arbeidet, vitner samtidig om at det sjeldent finnes en enkel løsning eller mal som kan følges.

Videre i analysen av materialet ble det avdekket to elementer som har betydning for helsesykepleier i sitt arbeid i oppfølgingen av det premature barnets vekst. Elementene er *ansvarliggjøring* og *tid*. Det første elementet presenteres under.

Analysearbeidet demonstrerer at helsesykepleier ansvarliggjør egen kompetanse, med et ønske om å ta gode avgjørelser til det beste for barnet. Det handler i tillegg om å opprettholde tilliten i relasjonen med foreldrene. Relasjonen oppleves mer belastende når barnet har vektnedgang eller manglende vekt, da det setter både foreldrene og helsesykepleier under søkelys. Helsesykepleier blir selvransakende av egne vurderinger, og påvirkes av foreldrenes desperasjon til å finne raske løsninger. Å balansere foreldrenes bekymring, og egen samtidig, uten å la det ta overhånd over rasjonelle vurderinger er et krevende arbeid. Helsesykepleierne viser derimot at de ikke forsøker å unngå ansvaret de er tildelt, men fortsetter å stå i det sammen med foreldrene. En helsesykepleier forteller;

*«Jeg opplever at foreldrene klarer det. I hvert fall hvis de får støtte, på at, jeg følger jo med. Ikke sant. Det er derfor dere må komme hit så ofte. Vi må jo se hvordan de vokser, vi må jo lage en plan, så jeg slipper dere ikke. Snarere tvert imot. Så må vi liksom ha to baller i lufta samtidig».*

Helsesykepleier ansvarliggjør seg selv overfor foreldrene, med å fortelle at hun *«følger jo med»*. Dermed forsøker hun å frigjøre foreldrene for noen bekymringer om barnets vekst. Muligens er dette for å gi foreldrene plass til å konsentrere seg om andre ting, og fremme et bedre samspill mellom dem og barnet. Samtidig så illustrerer hun at det er mulig å ha flere ting gående samtidig; både følge med på barnets vekst, og samtidig støtte foreldrene. Ansvarliggjøringen av seg selv setter hun ord på til foreldrene, hvilket kan være et forsøk på å strukturere noe av ansvarsfordelingen mellom dem og henne. Helsesykepleier ansvarliggjør seg oppgaven med å fordele ansvar.

Ansvarliggjøringen kan utløse en følelse av lettelse når planen lykkes, og barnet har god vekttoppgang. Relasjonen mellom helsesykepleier vil da oppleves mindre preget av alvor, og det gir slipp på selvransakelsen som både foreldre og helsesykepleier kan kjenne på. Dette utløser færre bekymringer samlet, og relasjonen blir derfor mindre rigid og tallfokuseret. En helsesykepleier forteller;

*«Jeg tenker at vi jobber helsefremmende og forebyggende, så skal jeg ikke se etter noe sykt i barnet, jeg skal jo se etter barnets ressurser, og det å hjelpe foreldrene å se disse ressursene uten at de også blir helt hekta på disse tallene om ml, men heller se etter om han virker tilfreds. Sånn at vi bruker tid, til å ikke bare sitte å snakke om dette tallet og se på kurver, men å se på babyen sammen. Det bruker jeg da. Det er jo ikke noe jeg har slått opp i en bok, at nå skal vi se på, da kjenner jeg jo at det er min erfaring som jeg, innerst inne tenker at den er kunnskapsbasert, det er jo min kunnskap».*

Fra å ha et fokus på tallene, ønsker helsesykepleier nå å gi mer plass til å se mer på hele barnet. I analysen av datamaterialet gir den endringen en større frihet til at helsesykepleier kan bruke mer av sin tilegnede kunnskap i arbeidet, og dermed kan vurdere barnets *trivsel*. Barnets ressurser blir dermed mer gjeldende for vurdering i takt med at vekttoppgangen stabiliseres. Helsesykepleier beskriver dette som en mulighet til å se på noe annet enn tallene på vekten, og som er mer verdifullt i et langtidsperspektiv.

I helsesykepleierens opplevelse av hvordan det er å følge opp et prematurt barns vekst, er *tid*, det andre elementet som er identifisert. I et intervju sier Kari Martinsen (2019) at *«Pleien tar den tiden den tar»*. Et gjennomgående trekk i analysen av materialet er at helsesykepleiere opplever at med premature barn tar alt *«litt mer tid»*. Det betyr at helsesykepleiere må ha mer tid tilgjengelig til de premature. De må finne tid å utøve like godt arbeid for alle barn de følger, og de må ha tid for å kunne gjøre gode vurderinger. For foreldrene har tiden betydning i form av et kortere svangerskap enn forventet, og som har gitt dem mindre tid til å forberede seg på å bli foreldre. For et prematurt barn er tid av høy aktualitet gjennom alle barneår da prematuritet alltid korrigeres for i tid, når barnet

vurderes i sin utvikling av atferd og motoriske evner. Tiden har en betydning for barnets vekst. En helsesykepleier forteller;

*«Det går jo ofte veldig bra til slutt. Men da må vi bruke tid. Og tålmodighet. Også, samtale med foreldrene; at dette kan være utfordrende. At det er helt normalt. At det tar lengre tid, de er små og de er, ja, man må bruke mer tid».*

I materialet forteller helsesykepleier at for å kunne si noe om tidens betydning for et prematurt barn, bruker de av sine erfaringer. De kan de uttale seg om hvordan tiden har betydning for det premature barnets vekt. Det innebærer å unngå å måle barnet mot milepeler, men tåle at barnet bruker litt lengre tid på å oppnå anbefalte terskler. Det betyr at foreldrene og helsesykepleier må stå i noe mer usikkerhet over litt tid. Dette er lettere desto lenger erfaring helsesykepleier har med premature.

Samtlige helsesykepleiere beskriver å stå i noe over tid, med «å ha is i magen». Det innebærer å være tålmodig, tåle følelser av utrygghet, og samtidig være trygg nok til at foreldrene ikke mister troa på helsesykepleier. Det sier noe om det ypperste av sykepleie, som er å være en hånd å holde i, når det stormer, eller når det er stille rundt dem senere. Helsesykepleiere forteller at konsekvensen av at de evner å være tålmodige og gi barnet tid, er at barnet får mer tid til å utvikle seg og finne sin vekst. Det medfører at barnet har mindre sannsynlighet for å bli vurdert som unormalt, eller å ha en skjevutvikling. I stedet fremstår det fra materialet som tildelingen av tid gir helsefremming, kan dempe bekymring hos foreldrene og unngå sykeliggjøring av barnet. En helsesykepleier beskriver hvordan foreldrene holder på bekymringer for barnets vekt over tid;

*«Og også når de er to år. Spiser de kanskje ikke bra nok. Men han gjør det, han spiser bra nok. Så det å hele tiden huske på, at de fikk dette skjøre lille vesenet, og det sitter så hardt fast og er liksom, at man ikke glemmer det at han trenger litt tid da. Og det å huske på prematuriteten, de er litt skjørere de foreldrene og. Huske på det».*

Helsesykepleier forteller i sitatet hvordan de opplever fokuset på barnets vekst, i verste fall kan være destruktivt på alt det andre fine som skjer hos barnet. At bekymringene om barnets vekt tar mye plass, selv om det har gått flere år og barnet har fin vekst. Det er noe



fint i det at helsesykepleier ser at skjørheten ligger også hos foreldrene, og at det ligger en forståelse at foreldrene behøver mer tid for å komme til en aksept av at barnet er friskt. Tid har dermed en effekt for barnets vekt, foreldrenes bekymring og helsesykepleier sin veiledning i oppfølgingen av det premature barnets vekst.

Det premature barnets vekt er noen ganger allikevel den sterkeste indikatoren for at noe ikke er som det skal være med barnet, og kanskje den letteste måten å identifisere en skjevutvikling. En helsesykepleier beskriver;

*«Grunnen til at vi er så hysteriske på den vekten er jo fordi det sier så mye om barnets allmenntilstand, altså et barn som er friskt, det vil si at uansett hvilke tilstander det er så begynner det ofte med at barnet ikke vokser».*

Sitatet fra helsesykepleier viser hvordan tallene på vekten gir indikasjoner på hvordan det står til med barnets helse. Dette er fordi vektnedgang, eller manglende vekst over tid er bekymringsfullt. Dermed utløser vekten bekymring for barnets helse nå, og hva det vil medføre for barnet i fremtiden. Å avdekke skjevutvikling er noe av det fremste helsesykepleier skal utøve i sitt arbeid, og helsesykepleierne forteller om hvordan dette tillegger alvor til vurderingene om vekt. For helsesykepleier kan det være en redsel i å ikke mestre dette. Analysen avdekker at en av årsaken til at helsesykepleier ansvarliggjør seg selv i den grad i oppfølgingen av barnets vekt, er redselen for å svikte i sitt arbeid som de er satt til å utføre. Denne redselen for å gå glipp av noe, preger helsesykepleier sitt arbeid. En enkel veiing av barnet kan derfor oppleves som en bekreftelse på kvaliteten på arbeidet de utøver som helsesykepleier. Den heterogene gruppen med premature, og det komplekse arbeidet, gjør at helsesykepleierne opplever at arbeidet er lite strømlinjeformet og kan være en årsak til å at de fortsetter med å ansvarliggjøre seg selv.

## 6.2 Å forstå hva som er viktig

Helsesykepleierne viser at de må ha kunnskap om hva som er normalt for det premature barnet for å kunne vite noe om hvilket handlingsrom de har. Det fordrer at helsesykepleier bruker sitt skjønn og sin fagkunnskap om premature i den vurderingen.

Helsesykepleier beskriver hvordan de bruker sitt blikk i vurderingen av det premature barnet. Blikket er en skjønnsvurdering. Blikket beskriver de som sitt eget, og at det er viktig i deres vurderinger. De har opparbeidet seg en felles skjønnsvurdering. Med referanse til Hans-Georg Gadamer (Malterud, 2018), har de utarbeidet seg et blikk de bruker i en forståelseshorisont for seg selv samt i overføringen av informasjon til andre. Det blikket med den skjønnsmessige vurderingen kan anerkjennes av andre i samme forståelseshorisont, uten at de behøver å være i samme profesjon. Blikket har en overførbar betydning, men det er ikke alltid helsesykepleier opplever at det er enkelt å formidle hva de har tolket med blikket sitt. En helsesykepleier forteller om hvordan hun noen ganger må forsvare sine vurderinger når hun ringer spesialisthelsetjenesten om et barn hun er bekymret for;

*«Men noen ganger kan jeg få høre om hvorfor jeg ringer her, hvorfor ringer du ikke fastlegen. Men da bruker jeg min tittel, mitt møte og jeg ser, og jeg har ekstra spørsmål, og barnet har vært hos dere, så da blir jeg tatt imot seriøst. Jeg synes det».*

Det tolkes i sitatet at helsesykepleier må forklare vurderingene som er gjort, og at det ikke er synsing, og dermed forklare hvilket tolkningsarbeid som ligger til grunn. Helsesykepleiere erkjente at det er mye som kan være normalt for et prematurt barn, og at det var vanskelig at normalutvikling favner så bredt, at det da kan oppleves som synsing av andre profesjoner. Dermed må de ofte vise til arbeidet som ligger bak vurderingen for å bli trodd.

Gjennom beskrivelser forteller de hvordan de *«følger opp normalutviklingen, så må spesialisthelsetjenesten ta seg av det andre»*. Når en utvikling ikke lenger var normal, var det så tydelig for helsesykepleierne. En helsesykepleier forteller;

*«Hvis jeg ikke får det til, eller jeg er bekymret så må jo være tydelig på at dette må tilbake til sykehuset. Det kan være barn som ikke går opp i vekt, som ikke spiser, ikke får det til. Jeg kan jo ikke ta ansvaret for et barn som ikke vokser. Eller er det snakk om sonde eller PEG så er jo det spesialisthelsetjenesten, så det er ikke noe jeg kan avgjøre, men jeg kan jo sette ting i gang. Jeg er jo den som må ta ansvaret for å si ifra om at her går det ikke helt som det skal».*

Helsesykepleieren beskriver her at hun har brukt sitt blikk og sine vurderinger, for å melde om at noe faller utenfor normalutviklingen. Det oppleves som om hun allerede har dannet seg et mulig scenarioer av barnas helse i fremtiden, og hvilke helsetiltak det vil utgjøre. Dermed er det lettere for å henne å sette grenser for hva hun skal følge opp, og hvor ansvaret skal plasseres.

I datamaterialet er det interessant at helsesykepleiere uttrykker at de bruker sitt eget blikk, men analysen viser at dette er et felles blikk de har utviklet i en felles forståelseshorisont. Uten at det foreligger noen beskrivelser av hva det innebærer i retningslinjer eller i forskning ifølge helsesykepleierne selv. Det betyr at det ligger noen uskrevne føringer for hva det helsesykepleieblikket betyr og tolker for, og i hvilken kontekst blikket brukes. Det felles blikket kommer til rette når de snakker med en kollega, som deler samme forståelseshorisont.

Analysen avdekker at helsesykepleiere tåler å stå i midten av et slags vindu av normalitet, og favne bredt til alle hjørnepunkter. Det identifiseres allikevel to felles «*røde knapper*» hos alle helsesykepleiere som umiddelbart utløser bekymring, og videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. De *røde knappene* er identifisert som «*tvangsspising*» og «*spisevegring*». Dette er ikke identifikatorer som har felles overordnede føringer, men der helsesykepleier gjennom felles forståelse og erfaring, har vurdert disse ytterpunktene til å tilhøre utenfor normalen. Dermed er en del av arbeidet deres med prematures vekst, å forebygge dette. En helsesykepleier forteller;

*«Jeg tenker jo at hvis det blir spiseproblematikk, utvikling av spisevegring eller viser tegn til at det kan bli det, så tenker jeg at da er det viktig å få inn sykehuset, og kanskje spiseteamet selv om jeg føler det er sjeldent at det har vært behov for det. Men vi har jo barn som er henvist til spiseteamet, men det tar veldig lang tid til å komme dit, og det er den tiden frem til de kommer dit, kan være litt for lang liksom. Da er det jo over kompetansen jeg har. Da skulle nok brukt litt mer metoder på å være litt mer å observere rundt matsituasjonen og hvordan de har det rundt det».*

Helsesykepleieren opplever at spisevanskene kan være utenfor hennes kompetanse, men i mangel av et mer spesifikt tilbud å kan tilby dem, så tilbyr hun seg selv og sin kompetanse. Det kan bety at helsesykepleier fyller inn for manglende helseoppfølging ved andre tjenester, hvilket er viktig her og nå for barnet. Med dette skjønnet som hun utøver for å hjelpe barnet, kan på sikt, muligens svekke det øvrige tilbudet da helsesykepleier rydder opp for andre.

For å unngå å måtte rydde opp for andre, så er forebygging nøkkelen. I relasjon til spisevansker og premature, så forteller helsesykepleierne om hvordan foreldreveiledning og samspillsveiledning er essensielt. De forteller at å bedre samspillet mellom foreldre og barn, bidrar til å forebygge spisevansker. En helsesykepleier forteller;

*«Jeg tror medisinen for barn som strever med mat, ikke nødvendigvis er så annerledes for premature enn for andre fullbårne, kommer jo litt an på hva det handler om da. Men sånn ut ifra min erfaring da, så synes jeg det handler om samspill, sensitivitet, et barn med signaler, stressnivå i familien, hvordan du legger opp måltider. Trygghet for voksne og barn. Og vi spiser mange ganger om dagen, så hvis det måltidet er negativt, så er det negativt mange ganger».*

Helsesykepleier snakker her om omsorg for barnet, og for familien. Hun formidler, med sine tanker om årsaker til spisevansker og vekstvansker hos premature, et ønske om å skape en trygghet for familien som helhet. Hun viser innsikt i hvordan en familie kan påvirke hverandre, på godt og vondt. Hun viser innsikt i eget arbeid, og hun identifiserer faktorer som hun kan hjelpe familien med for å bedre spisesituasjoner. Kari Martinsen (2019) beskriver innsikt som et element i å kunne utøve skjønn i sykepleie. Å veilede i samspill for å forebygge spisevansker, kan være veiledning som er vanskelig å gi, og vanskelig å motta. Det er sensitivt, og kan være sårt for foreldrene, å oppleve at helsesykepleier oppdager noe hos dem som ikke er til det beste for barnet. Helsesykepleier er derfor nødt til å være seg bevisst hvor veilede uten å skape ytterligere bekymring. De bruker de blikket sitt for å vurdere hva som er hva. En helsesykepleier forteller;

*«Men jeg tenker jo at det er nyttig, å godt som mulig å redusere det foreldrestresset, fordi det henger jo sammen. Signaler, samspill, mase på mat, sonde ikke sonde, nå burde du spise, komme i gang med mat, ha en trygghet å stå i det hvis det barnet ikke spiser så godt til et måltid. Ha en trygghet, og ikke skryte for mye av at de spiser bra heller, heller prøve å la det være et helt naturlig tema».*

Helsesykepleieren formidler hvordan hun forsøker å gjøre mat til noe mer normalt for foreldrene. Hun forteller samtidig at hun ser en sammenheng i spisevansker og foreldrestress.

En annen helsesykepleier forteller; *«Det handler jo også om samspill i ernæring. Og det å tvile på egen kunnskap».* I den første setningen i sitatet refererer hun til foreldrenes samspill med barnet sitt både under måltider og utenom. I den andre setningen i sitatet refererer hun til seg selv, at hun kan kjenne på tvil om hvordan hun vurderer en situasjon. Denne tvilen kan allikevel være nødvendig for å ikke bli avstumpet i arbeidet, og for å mestre å møte foreldrene der *de* er, ikke nødvendigvis der helsesykepleier er.

I presentasjon av temaet *Å forstå hva som er hva*, har jeg gjennom analyse av materialet vist at det krever et erfarent blikk i å lese observasjoner, og at det er spesifikke vansker som helsesykepleier ønsker å forebygge ved å fremme samspill.

### 6.3 Helsesykepleier som formidler av trygghet

Gjennom hele datamaterialet oppleves helsesykepleiere som formidlere. De beskriver selv formidling som veiledning, og at det gjøre i et helsefremmende perspektiv for barnet og familien. Det kan selvfølgelig finnes løs og ledig prat, men det har ofte hensikt om å formidle noe for å bedre ruste familien til å tåle hverdagen. Til stede i relasjonen er det et ønske om å opprettholde tillit i relasjonen mellom foreldrene og helsesykepleier. En helsesykepleier forteller;

*«En ting er jo å tørre å stille spørsmål til foreldrene, hvordan de har det konkret, med amming, hva ønsker mor selv, hvordan har far det, hvordan klarer de å ivareta seg selv og*

*hverandre og babyen. Sånne ting. Der har jeg blitt mye mer, at det er sjekkpunkter for meg. For å kartlegge hvordan de har det. Både med ressurser og med tanke på fødselsdepresjon, og jeg tenker at det er ikke så rart hvis det er litt flere med fødselsdepresjon som har premature barn. Det er jo tøft å stå i det. Jeg tror jeg tør å være tydeligere nå enn tidligere, på, også at det er ikke jeg som skal gjøre alle disse ulike tingene, men at vi sammen kan finne ut, om fastlegen skal gjøre dette, eller om det er flere instanser som skal inn».*

Helsesykepleieren viser i dette utdraget hvor stort en helsesykepleier favner i arbeidet sitt. Det handler om å kartlegge foreldrenes psykiske helse, hvordan foreldrene samarbeider, og hvilke ressurser de har med seg som kan være styrkende. Hun viser forståelse for hvor vanskelig det er å få et prematurt barn, men er på samme tid en veiviser for hvordan de kan få hjelp hvis de har behov for det. Hun er i gang med å utøve sitt arbeid, ved å sørge for trivsel og trygge omgivelser for barnet. Analysen av datamaterialet avdekket at absolutt alt helsesykepleier utøver i formidling, handler om å styrke foreldreressurser. Det vet helsesykepleierne er til barnets beste. Å ha omsorg for barnet, med perspektivet om hva som er til barnets beste er underliggende i alt helsesykepleierne deler.

Formidling har en ytterligere hensikt som er å redusere bekymringer som foreldrene kan ha for det premature barnet. Samtlige helsesykepleiere uttrykker at foreldrenes bekymring for barnet til en viss grad er normalt. En helsesykepleier sier; *«man skal jo være litt bekymret som forelder, for ellers kan det gå litt dårlig, men du skal klare å finne en balanse etter hvert»*. Derimot sier de at når det er gjentatte bekymringer som oppstår hos foreldrene uten at helsesykepleieren deler disse, så skaper det en uro hos helsesykepleieren. Det beskrives i materialet av en helsesykepleier om et barn med god trivsel, og som har *«vekstkurver som er fine som bare det, men hvor det fortsatt er mye fokus på vekst»* fra foreldrene. Det kan av helsesykepleiere tolket som bekymring uten at det ligger noe til grunn, hvilket ikke fører med seg noe positivt for barnet. I et forsøk på å dempe foreldrenes bekymring er det gjennom analysen av materialet identifisert; en systematisk fremgangsmåte som helsesykepleierne bruker for å nå igjennom med formidling. Den består av tre ledd; *å møte foreldrene med forståelse, å være en trygghet for foreldrene og en forskyvning i hva som er verdifullt å veilede om.*

Første ledd er ofte for helsesykepleiere å møte foreldrene med forståelse. En helsesykepleier forteller;

*«Så ja, spørsmål som foreldrene har, jeg tenker det er litt helsefremmende å hjelpe dem med det, å trygge dem i foreldrerollen, og at en ikke har svar på alt, at det ikke er svar på alt, at det kan trygge dem på at de er normale».*

Helsesykepleieren formidler at det å lete etter svar er normalt. Å trygge foreldrene kan være å normalisere både bekymringer om vekst, samt å ta på alvor at foreldrene er bekymret. Det handler om å forsøke å skape mer ro hos foreldrene, da helsesykepleierne beskriver hvordan bekymrede foreldre kan påvirke barnet negativt. Derimot er helsesykepleiere klar over hvilken betydning det vil ha for foreldrene å høre at alt er normalt hele tiden. Et gjennomgående trekk i analysen er at det er en balanse mellom å formidle hva som er normalt, og ikke, samt å ta imot foreldrenes bekymring. Det er identifisert en redsel hos helsesykepleiere for at de ved å formidle kun normalitet, og uten forståelse for foreldrenes bekymring, kan svekke tilliten i relasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene. En helsesykepleier forteller;

*«Ja for når, normalisering er fint, men normalisering er allikevel, hva er det? Og disse foreldrene som kommer og vil få litt råd og veiledning, de vil ikke bare høre at ting er normalt fordi de sitter jo akkurat der og da og lurere på ting om sitt barn. Så er det noe fint i normaliseringen også, du er ikke alene. Så det bør bare brukes det riktig. Så lenge de føler seg hørt i hvert fall».*

Helsesykepleieren er her opptatt av at normalisering må brukes «riktig». For hvis det brukes feil så mister det verdi. Igjen går tolkningen av dette til hva som er til det beste for barnet. Hvis foreldrene ikke opplever seg forstått, eller relasjonen mellom dem og helsesykepleieren ikke fungerer, så vil ikke det være til det beste for barnet.

Det *andre* leddet som er identifisert i en systematisk fremgangsmåte av formidling er at helsesykepleieren stiller seg som en trygghet for foreldrene, som gjør at foreldrene kan stole på egne ressurser. Helsesykepleieren virker å ha tro på en overføringsverdi av

formidling. Hvis de kan formidle trygghet og ta hensyn til foreldrenes ressurser, så er de deltagende i å sørge for at barnet får en oppvekst med bedre trivsel.

Gjennom analysen av dette viser helsesykepleierne at de vurderer *hvor mye* de skal støtte familien. Løgstrup (2010, s. 25) skriver at «*det enkelte menneske aldri har noe med et annet menneske enn å holde noe av det menneskets liv i sin hånd*». Hvor *nær* skal helsesykepleier være i relasjonen. Hvor *lite* kan hun støtte, før foreldrene finner ressursene i seg selv. En helsesykepleier forteller fra da hun veiledet en mor som strevde med at barnet ikke ville spise fast føde; «*Jeg gjorde ingenting, jeg satt jo bare og så på, og snakket med mor, hun trengte bare å tørre liksom*». Helsesykepleieren hadde en opplevelse av at hun bare satt og så på. Hun forteller videre; «*Hun turte. Så jeg tror, at det sitter mye hos foreldrene. Ikke sant*». Slik jeg har brukt analysen av materialet, og med min forståelse, tolker jeg dette til å være en bevisst handling fra helsesykepleieren om å være nær, men ikke invaderende. Desto mer suksess i dette, desto mer vil foreldrene oppleve at ressursene kom fra dem selv. Dermed forsterkes deres ressurser som foreldre, hvilket vil komme *barnet* til gode. Det at en helsesykepleier kun ser øyeblikksbilder, hovedsakelig på helsestasjonen, gjør at dette er desto mer betydningsfullt for barnets vekst og trivsel. Det er tross alt hjemme at helsesykepleierne ønsker at foreldrene skal kjenne seg trygge med barnet.

Det *tredje* leddet analysen av materialet har identifisert i den systematiske fremgangsmåten av formidling, er en forskyvning i hva som ansees som verdifullt å gi formidling om til foreldrene. Et gjennomgående trekk i materialet er at helsesykepleiere opplever å veilede både i stort omfang om vekst, og i stort omfang av alle mulige andre temaer. Det krever at helsesykepleiere sorterer og prioriterer hvilken veiledning til foreldrene som er mest hensiktsmessig. En helsesykepleier forteller om hvordan det oppleves når hun ikke får tid til å veilede om alle temaene som står oppført i de nasjonale retningslinjene (shdir, 2007; hdir, 2023);

*«Mye veiledning og tid brukes på vekst, uavhengig om barnet går dårlig eller fint opp i vekt. Og det er ene er jo at jeg vil ha de krysset av, det er jo en side av saken, men det andre er jo at jeg tenker jo at de temaene er der for en grunn. At de er viktige for barnet. Og når vi ikke snakker om det, så går det ikke bare i glemmeboken min kanskje da. Men de går i*



*glemmeboken til foreldrene også litt, ikke sant. At man da, at jeg kanskje kan se et barn når det er fem måneder og så har vi snakket om mat og vekst hele tiden, også har vi kanskje fått en motorisk forsinkelse som jeg tenker kunne vært unngått hvis de hadde fått mer veiledning da».*

I dette sitatet forteller helsesykepleier mye om sitt arbeid som veileder. Hun viser til at hun er delegert et ansvar fra helsemyndigheter, samtidig som hun viser en pliktoppfyllenhet til å ville utføre ansvaret. Det er en ansvarliggjøring i tillegg, hvor hun peker mot seg selv hvis barnet får en forsinkelse hun tror hun kunne forebygget. Dette refererer tilbake til hovedtemaet hvor blikket til helsesykepleier er en styrke, samtidig som det er en ansvarliggjøring av hennes arbeid og henne selv. I analyse av materialet tilkommer det en trend blant helsesykepleiere med en ansvarliggjøring av seg selv for oppgaver som de umulig kan klare å løse alene. I et ønske om å gjennomføre alle oppgavene forteller helsesykepleiere hvordan de tillegger noe mindre oppmerksomhet, uten at det blir strøket av listen med oppgaver. Blikket som helsesykepleierne har og bruker, og som jeg tolker som deres store kraft, veileder dem i hva som bør prioriteres av oppgaver. Kompleksiteten i å følge opp premature barn tvinger gjennom en prioritering av hvilke av oppgavene som har mest verdi. Ofte trumfer vekst andre forhold. Dermed skjer det en forskyvning i hva som er mest hensiktsmessig å veilede om.

I presentasjonen av dette temaet *helsesykepleier som formidler av trygghet*, har jeg identifisert tre systematiske ledd i fremgangsmåte for å dempe bekymring hos foreldrene, og dermed forsøke å fremme trivsel. Det er; *å møte foreldrene med forståelse, å være en trygghet for foreldrene og forskyvning i hva som er verdifullt å veilede om.*

#### 6.4 Alene om ansvaret

I oppfølgingen av premature barn og vekst så opplever ikke helsesykepleier å være alene. Helsesykepleierne beskriver godt samarbeid med fysioterapeuter på helsestasjonen. Videre forteller de om et samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog i spesialisthelsetjenesten, som er en de rådfører seg med når barnet har manglende vekttoppgang. I noen tilfeller fungerer fastlegen som en samarbeidspartner for helsesykepleieren, eller barnelegen i

spesialisthelsetjenesten. Allikevel føler helsesykepleier seg alene i oppfølgingen av prematures vekst, og analysen av materialet avdekket, at det handlet om å være alene med det kontinuerlige ansvaret for oppfølgingen når hun var bekymret. Helsesykepleier er ofte den eneste som ser barnet og familien i perioder, og det er ingen som helsesykepleier kan overføre oppgavene til. Helsesykepleier opplever å aldri gå av vakt. En helsesykepleier forteller;

*«Når det gjelder premature og spising, så opplever jeg at vi aldri slutter å følge det opp. Men det er jo noen grenser for når vi må henvise til sykehuset, og de kanskje har ansvaret for å utrede om det er noe annet galt. Men selve oppfølgingen fra helsestasjonen, den går parallelt med det. Så jeg føler det aldri slutter».*

I utdraget over forteller helsesykepleieren at hun *aldri* opplever overføring av oppgaver som en fullstendighet. Selv om hun har henvist spesialisthelsetjenesten fordi hun er bekymret for et prematurt barn med manglende vekst, opplever hun ikke at de overtar de bekymringene. Hun forteller at sykehuset *kanskje* har ansvaret. At hun formulerer seg slik kan handle om en varsomhet om å pålegge andre ansvar, og kan sees i referanse til det Neumann (2009) skriver om underdanighet hos helsesykepleiere. Å påpeke at sykehuset skal ta ansvar, er ikke bare å peke ut, men oppover. Det krever samtidig at helsesykepleier er den som må ta initiativet. Som et eksempel forteller helsesykepleier hvordan en klinisk ernæringsfysiolog i spesialisthelsetjenesten etter en vurdering av barnet, kan innkalle til ny avtale til dem om fire uker, men forordne at barnet skal veies to ganger i uken på helsestasjonen frem til da.

Et overblikk av materialet viser at når en helsesykepleier henviser til spesialisthelsetjenesten, er det også et forsøk på å få støtte i arbeidet. Å søke støtte beskriver helsesykepleiere, som det å slippe å stå i noe alene. Det kan være en måte å få avkreftet noe, eller bekreftet noe annet. Samtidig kan det være et forsøk om å få anerkjennelse på arbeidet en har gjort allerede. Hvis helsesykepleier blir delegert flere oppgaver, som vektoppfølging to ganger i uken, så oppleves ikke det som støtte. Helsesykepleier opplever det belastende fordi hun blir tildelt mer ansvar. En helsesykepleier forteller om et barn hun fulgte på helsestasjonen;

*«Et prematurt barn som har lagt dårlig på seg siden fødsel, og kurven hadde ingen innhentningsvekst. Åpenbart for meg at det barnet har dårlig erfaring med mat og da i hovedsak melk, og la seg under 3 percentilen. Så selv om det ble henvist og plassert på sykehuset, så ble det jeg som gjør den, det blir jeg som skal følge med på den vekten og ringe inn når det ikke går ikke opp i vekt. Og det barnet gikk jo ikke opp i vekt. Selv da, og selv da jeg ringte, og sa at barnet går ikke opp i vekt så «veier vi igjen om to dager, og veier igjen om to dager»».*

I sitatet oppleves helsesykepleieren frustrert. Det viste seg at dette var typiske scenarioer for alle helsesykepleierne i studien. Analysen avdekker at helsesykepleierne kjenner på en følelse av *maktesløshet*. Hun opplever ikke at hun kan nekte for å følge opp dette barnet. Selv om kompleksiteten i barnets manglende vekst er utenfor helsesykepleierens oppfølging av normalvariasjoner. Helsesykepleier forteller det handler om å være maktesløs til hvor ansvaret begynner, og slutter, og at hun føler seg uten påvirkning på fordelingen av ansvaret. I forsøket på å overføre noe ansvar, kan det oppleves som det ikke er noe mottager. En helsesykepleier sier; *«Selv om jeg har kartlagt det, betyr ikke det at jeg skal følge det opp»*. Dette sitatet forteller mye om kartleggingsarbeidet til helsesykepleier, samtidig som det sier noe om hvordan helsesykepleier tolker ansvarsfordelingen av oppgaver. Det viser til forventninger om eget arbeid, og til andres arbeid.

For å avslutte kapittelet om resultater, så oppsummerer sitatet nedenfor helsesykepleier sitt arbeid med premature;

*«Det handler vel om at når du ser de barna som har vært så små, så kommer de tilbake til fire års kontrollen, og utvikler seg fint, og er glad i mat og har blitt store og hentet inn alt liksom. Både i forhold til lek og samspill, det er en fin ting å se. At du får se dem helt frem til de skal begynne på skolen. Og ja, at foreldrene virker fornøyde, takknemlige og glade for oppfølging, og det er jo veldig givende. Det lange perspektivet».*

Dermed avsluttes presentasjon av resultater analysert frem med temaene;

*Vekten er ikke bare et tall, Å forstå hva som er viktig, Helsesykepleier som formidler av trygghet og Alene om ansvaret.*

## 7.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes problemstillingen i lys av resultatene, tidligere forskning og teoretiske perspektiver.

### 7.1 Målinger som gir ansvar

Resultatene i denne studien viser at helsesykepleiere bruker mye tid på å følge med på det premature barnets vekst og helse. «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» fra Sosial- og Helsedirektoratet (2007) har et særlig fokus på barnets vekst, som er årsaken til anbefalingene om de hyppige målingene gjennom første leveår på helsestasjon. Forskning viser oss at barnets vektoppgang eller vektnedgang forteller oss noe om barnets helse nå, men også i fremtiden (Agget et al., 2006; Baldasserre et., 2022). Dette har ført til at premature barn etter utskrivelse fra sykehuset, veies systematisk, hovedsakelig hos helsesykepleier på helsestasjon. Resultatene i denne studien forteller at oppfølgingen av det premature barnets vekst, oppleves av helsesykepleier som er prematurkontakt, som et krevende, men givende arbeid ved helsestasjonen.

Helsesykepleier forteller at det premature barnets vekt er sårbare målinger, og viser ofte liten konsistens. Vekten har en direkte innvirkning på hvordan helsesykepleier opplever det å stå i arbeidet sitt. Det kan, på få dager, endre seg fra å være noe de opplever å ha oversikt over, til noe som gir grunnlag for stor bekymring.

Barnets vekt påvirkes av barnets evne til å ta til seg næring, og vanskeligheter med amming, flaskemating eller ved introduksjon av fast føde. Det rapporteres om flere premature med spisevansker, enn terminfødte med spisevansker (Walton et al., 2022, Hill et al., 2020, Zimmerman & Rosner, 2018, Sanchez et al., 2016). Jo tidligere det premature barnet får dekket behovet for riktig ernæring, desto større positiv effekt vil det ha på barnets langtidshelse (Agget et al., 2006). Tidlig riktig ernæring kan dermed bidra til å forebygge overvekt, livsstilssykdommer og spisevansker med mat senere i livet.

Idet et prematurt barn utskrives fra spesialisthelsetjenesten, overføres ansvaret for å følge opp barnets vekst, til kommunehelsetjenesten. Samtlige helsesykepleiere uttrykte i min

studie at familien hadde vært igjennom et maratonløp på sykehuset, og at stafettpinnen nå ble gitt til helsesykepleieren. Dette er en utskrivning fra spesialisthelsetjenesten hvor det er grenseoverganger og overføringer av behandlingsansvar, hvor rolleavklaring og presis informasjonsutskrivning må være til stede (Allen, 2019). Legene og sykepleierne sin tolkning av barnet på sykehuset følger nødvendigvis ikke med til helsesykepleier, som etablerer en ny tolkning av barnet. Endringen i hvilket perspektiv helsesykepleier vurderer barnet, har størst effekt på tolkningen, og studien viser et klart skille fra å se på barnet med et behandlende blikk på sykehuset, til et helsefremmende og sykdomsforebyggende blikk på helsestasjon. Allen (2019) kaller dette en reetablering av identitet, hvor barnet, i denne studien, oversettes fra en tjeneste til en annen tjeneste. Det er en form for rød tråd i arbeidet, som helsesykepleierne tar ansvar for å håndtere (Olsvold, 2016, Allen, 2019).

Etter utskrivelse fra sykehuset, tilbyr helsesykepleier et første hjemmebesøk til familien, hvor første veiing av barnet utenfor sykehuset utføres. Fokuset på barnets vekst begynte med fødselsvekten og gestasjonsalder som indikerer visse risikofaktorer for spisevansker (Agget et al., 2006). Foreldrene kan være svært opptatte av barnets vektoppgang (Nugent et al., 2018; Dosani et al., 2017). Allerede ved første veiing av barnet, forteller samtlige helsesykepleiere at prosessen er i gang med å kartlegge foreldrenes ressurser, og deres evne til å lese barnets signaler, og dermed forstå barnet sitt. Dette gjør de ved å observere måltidene til barnet, om barnet ammes eller får melk på flaske. I tillegg spør helsesykepleier ofte foreldrene om hvordan de opplever barnet under og etter måltidet. Målingen som vekten viser, er avgjørende for veien videre og hvordan helsesykepleier veileder foreldrene. Hvis barnet har hatt vektoppgang, kan dette resultatet brukes til å trygge foreldrene på at det innebærer en tilfredshet hos barnet. Hvis barnet viser vektnedgang, kan disse resultatene være en inngang til å sette søkelyset på om barnet er utilpass eller urolig i gitte situasjoner. Det oppleves utfordrende for helsesykepleierne å ikke vite på forhånd hva barnets vekt vil være, og krever dermed at helsesykepleier er forberedt på ulike scenarier. Når barnet viser vektnedgang, så er det noe som ikke er slik det skal være, hvilket gjør at helsesykepleierne kan føle at de er bærere av dårlig nytt (Currie et al., 2018). En tilnærming som ikke er terapeutisk, vil gi foreldrene en følelse av manglende kompetanse om eget barn (Premji et al., 2017), som ifølge Aydon et al., (2017) gir økt stress og angst hos foreldrene.

Veiledningen som helsesykepleier utøver, er ifølge resultatene, ikke tilfeldig. Den har et langsiktig forebyggende og helsefremmende perspektiv, hvor hensikten er å forebygge spisevansker som et resultat av samspillsvansker, som viser seg å være av stor betydning ifølge ny forskning (Walton et al., 2022). Målene på vekten kan dermed brukes som et slags kompass for helsesykepleier, for hvordan hun best mulig kan ivareta barnets fremtidige helse. På bakgrunn av hennes kartlegging av foreldrenes ressurser, kan hun gi målrettet veiledning til foreldrene. Hvilket illustrerer hvorfor målingene er verdifulle, men på samme tid pålegger apparatet rundt barnet et stort ansvar. Ansvaret pålegges både foreldre og helsesykepleier. At helsesykepleier er i en posisjon hvor hun faktisk vurderer hva som er det beste for barnet, og fremmer det, synliggjør den asymmetriske relasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene. Olsvold (2016, s. 42) skriver at det som er avgjørende for handlinger i en relasjon er en internalisert følelse hos helsesykepleieren. Nettopp at det er følelser som kan styre handlingene, gjør arbeidet mindre synlig, samt vanskeligere å artikulere for helsesykepleieren overfor andre hvorfor de vurderer slik som de gjør. Hvilket forsterker usynligheten av arbeidet.

#### 7.1.1 Trivsel som parameter

Resultatene i denne studien indikerer at å måle et barn innebærer så mye mer enn det som vises i kilogram. Barnets trivsel viser seg ofte, ifølge helsesykepleierne, til å ha større betydning enn vekt alene. Et barns trivsel forteller noe om barnets evne til å samspille med omgivelsene (Nugent et al., 2018, s. 216). Et barns trivsel sier, med andre ord, veldig mye om et barn helse – og kanskje mer om barnets fremtidige helse enn tallene på vekten. Anspach (1987), skriver om hvordan ulike profesjoner, bruker ulike perspektiv og mål for å vurdere et barns helse. Artikkelen er gammel, men den vurderes like aktuell i dag. Resultatene hennes viser at sykepleiere, og leger på samme barneavdeling, vurderer et barns helse ut ifra tall og data om barnet. Men hun skriver at sykepleierne i tillegg vurderer barnets trivsel, og samspill med omgivelsene. Et interessant funn, er at sykepleierne forespeiler samspillsvansker hos barn, til å gi dårligere fremtidig helse hos barna, enn målbare tall og data. Til sammenligning, viser resultatene i denne studien, at hvis et prematurt barn har lav vekttoppgang, men viser god trivsel, utløser det færre bekymringer hos helsesykepleier for barnets helse og vekst. I min studie finner vi derfor at helsesykepleier vurderer trivsel til å delvis trumfe lav vekttoppgang, som viser at målingene

alene ikke er avgjørende for helsesykepleierens vurderinger. Helsesykepleierne i studien opplever at det er utfordrende i oppfølgingen av prematures vekst, å ikke alltid ha et så klart svar til foreldrene, som foreldrene gir inntrykk av at de vil ha. Ifølge Nugent et al., (2018) er det derfor vesentlig for helsesykepleier å hjelpe foreldrene utvikle evnen til å lese barnet sitt best mulig.

Av resultatene i min studie kan vi lese at helsesykepleier opplever seg alene i oppfølgingen av barnets vekst. Helsesykepleierne opplevde det vanskelig å få støtte til sitt arbeid når de var bekymret, og opplevde en ansvarsfraskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, når de tok kontakt om bekymringer for et prematurt barns helse. Samtlige helsesykepleiere opplevde at barnet «slippes» tilbake til helsesykepleier, etter en vurdering om at vektoppgangen er fin. At helsesykepleieren føler seg alene, kan sees i lys av at helsesykepleieren bruker skjønn til å vurdere barnet, hvilket ikke kan forankres og anerkjennes på samme måte i de ulike tjenestene (Olsvold, 2016). Olsvold (2016, s. 41) viser til et eksempel fra sin studie hvor sykepleierne utfører oppgaver som ikke er deres, men hvor det går utover sykepleierne hvis ikke oppgavene utføres. Dette kan skape frustrasjon. I min studie viser resultatene at frustrasjon oppstår fordi det er ulike oppfatninger om hva som er avgjørende for barnets helse. Legene i spesialisthelsetjenesten har som mål å redde liv, og er mindre opptatt av livskvalitet (Hall, 2005, s. 191). Helsesykepleierne vet at barnets vekt må sees i lys av barnets trivsel, da det handler om livskvalitet for barnet og familien. Lavere trivsel hos barnet vil gi konsekvenser som helsesykepleierne så må rydde opp i siden, hvilket vil prege relasjonen mellom dem og familien. Å tenke på et barn eller en familie i en form av konsekvenser som må ryddes opp i, høres kaldt ut, slik Allen (2019) gjør når hun kaller menneskene arbeidsobjekter for sykepleierne. Årsaken til at det høres kaldt ut, er fordi arbeidet formaliseres. Det pakkes ikke inn, men artikuleres for hva det er, eller vil bli, hvis det ikke blir tatt på alvor. Muligens er dette en delaktig årsak til det usynlige arbeid, fordi noe av arbeidet høres kaldt ut. Og sykepleiere og helsesykepleiere skal formelt sett, være varme, og omsorgsfulle.

De ulike profesjonene, leger og helsesykepleier, er dermed delvis skyldig i å skape barrierer i samarbeidet, på grunn av ulik profesjonskultur (Hall, 2005). Mangelen på et bedre strukturelt samarbeid mellom tjenestene kan gi inkonsistens i omsorgen til premature.

Denne inkonsistensen i oppfølgingen, som Currie et al., (2018) kaller «care-practices», gjør det vanskeligere å navigere både for foreldre og helsesykepleier. Premji et al., (2017) beskriver et fenomen som de kaller «behandlingsduplikasjon». Dette er ytterligere en konsekvens av inkonsistent omsorg. Dette forklares med at helsepersonell ulike steder, følger opp de samme utfordringene uten samhandling seg imellom, som dernest fører til unødvendig bruk av ressurser, tid og kapasitet for både helsevesen og foreldre.

Ifølge Edwards (2011) må det foreligge et ønske om å forstå hverandre, uten at man nødvendigvis kommer til en felles konsensus om hva som er viktigst. At det foreligger et fokus på tallene i barnets vekt, er ikke bare negativt. Tall som informasjon er overførbart. Tallene gir et felles språk på tvers av profesjonene (Edwards, 2011). Det vises fra resultatene i studien at det oppleves lettere for helsesykepleier å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten ved vektnedgang hos et prematurt barn. Dette kan handle om at det finnes god og rik forskning på hva manglende vekt oppgang har av konsekvenser for premature barn (Walton et al., 2022; Agget et al., 2006). Edwards (2011) skriver at en felles ramme for arbeidet, er skapende for en arena for profesjonene å samarbeide. Det er en felles enighet om betydningen av vekt nedgang. Det er etablert et felles kunnskapsgrunnlag, og kunnskapen er overførbart mellom profesjonene. *Tallene har dermed mer overføringsverdi enn å forklare barnets trivsel.* I lys av Allen (2019) sine ord, kan en da si at tallene har en evne å sette i gang en bevegelse eller en prosess, i form av at de kan *artikuleres*. Det er en form for artikulasjonsarbeid som er en del av helsesykepleierarbeidet, og som krever ferdigheter og ressurser overfor oppgaven av tallenes betydning (Allen, 2019, s. 91). Siden en samvirkning av vekt og trivsel ser ut til å gi en mer hensiktsmessig oppfølging av barnets helse, blir utfordringen for helsesykepleier i sitt arbeid å finne parametre for å måle trivsel. Tallene på vekten kan dermed være et artikulert arbeid, som støtter opp om det arbeidet (Allen, 2019).

## 7.2 Premature barn gir premature foreldre

Foreldre som har fått et prematurt barn har blitt foreldre tidligere enn de hadde forventet. Resultatene i min studie tyder på at helsesykepleier bruker mye tid på å trygge foreldre til det premature barnet, og bruker ofte mer tid på denne gruppen foreldre enn foreldre til



terminfødte barn. Dette er det flere grunner til. En av grunnene til et større veiledningsbehov er at det premature barnets signaler er vanskeligere å forstå (Nugent et al., 2018). Helseysykepleierne opplever også at foreldrene har flere bekymringer, nettopp på grunn av fokuset som er på vekten, og inntaket av mat. Det at barnet veies hyppig, kan i seg selv oppleves som en bekreftelse på at det er grunn til bekymring for barnets vekst. Når foreldrene blir spurt om hvordan barnet har det, svarer de ofte med å oppgi hvor mye barnet har spist eller lagt på seg (Nugent et al., 2018), som indikerer at barnets mønster for spising, og vekttoppgang, er illustrerende for oppfatningen foreldrene har av barnets helse.

Foreldre til prematurt fødte barn rapporterer om mer spisevansker, enn foreldre av terminfødte barn (Sørby & Fegran, 2015; Braarud et al., 2016; Premji et al., 2017). Rundt halvparten av premature fødte barn opplever en form for spisevansker, og litt under halvparten av alle barn, både premature og terminfødte, som følges i spesialisthelsetjenesten på grunn av spisevansker er prematurt fødte barn (Zimmerman & Rosner, 2018). Siden premature barn kun utgjør rundt 6% av fødselstallene årlig, er premature statistisk sett overrepresentert. Så kan en undre seg over årsaken til dette. Walton et al., (2022) som foretar et av de største studiene på dette feltet, stiller imidlertid spørsmål ved årsakssammenhengen; om det er en faktisk overrapportering av spisevansker hos premature barn på grunn av samspillsvansker med foreldre. Kan det hende at premature barn har mindre spisevansker enn antatt, men at det er samspillsvansker som er den faktiske årsaken? Det beste forebyggende tiltaket for å sikre et spedbarns helse og velvære for hele livet, er å fokusere på å fremme samspillet mellom foreldrene og barnet (Nugent et al., 2018, s. 251). Studien til Walton et al., (2022) viser at premature barn opplever økt grad av tvangsspising og negativt samspill med sine foreldre under måltider. Det kan være en form for samspillsvansker mellom foreldrene og barnet som oppstår på grunn av foreldrenes bekymring av barnets vekst, og som stammer fra foreldrestresset med å mestre å få i barnet nok mat (Nugent et al., 2018). Som nevnt tidligere er det forskning som viser at foreldrene ikke forstår det premature barnets signaler (Premji et al., 2017), og at et dårlig samspill ofte oppstår under måltidet (Dosani et al., 2017). I min studie uttrykte helseysykepleierne at de kunne observere et forhøyet stress hos foreldrene *under* måltider, og stress kommer når foreldrene føler seg utrygge (Nugent et al., 2018).

Helsesykepleierne i denne studien var ukjent med begrepet «spisekaos» (Premji et al, 2017), men kjent med fenomenet av hva det ville innebære. De brukte mye tid på å veilede foreldre, hvor hensikten var å forebygge det som kan bli en kaotisk spisesituasjon. Helsesykepleierne kunne beskrive konkrete situasjoner med forhøyet stress hos foreldrene under måltidene, og handlinger som ikke svarte på barnets behov. Det kunne føre til manglende vekttoppgang fordi barnet ikke fikk i seg nok mat. Konsekvensen ble økt bekymring hos foreldrene, og lavere mestringsfølelse hos dem som foreldre. Dette kunne videre føre til at foreldrene presset barnet til å spise, på grunn av egen desperasjon. Stor grad av omsorg, kan gi økt bekymring (Martinsen, 2009). Helsesykepleierne uttrykte bekymring for dette samspillet, og for at barnet muligens videre ville utvikle en spisevegring. Veiledning til foreldrene innebar derfor i stor grad å bedre samspillet, og å lære dem å forstå barnets signaler, nettopp for å forebygge press om å spise, og spisevegring.

Helsesykepleierne i studien opplevde det å veilede bekymrede foreldre som utfordrende. Dette er sensitive temaer å snakke om, og når situasjonen oppleves som overveldende og utmattende, blir foreldrene naturlig nok og mer sensitive og «hudløse». Denne sensitiviteten kan være årsaken til at noen mødre opplever helsesykepleiers tilnærming som hard og negativ (Premji et al., 2017). Å være var hvilken påvirkning helsesykepleiers inngripen har i en relasjon, er en skjønnsmessig vurdering. Helsesykepleiers autoritet innenfor eget kunnskapsområde påvirker hvordan det oppfattes hos foreldrene. Helsesykepleierne kan mangle språket som skal til for å beskrive hva de ser etter hos barnet, og som foreldrene kan forstå (Allen, 2019).

Helsesykepleierne opplevde at de under konsultasjoner, stod i en «skvis»: De har plikt til å si ifra om det de observerte som ikke fungerte så godt. Samtidig kunne de ikke si alt på en gang, og måtte være varsomme med hvordan de formidlet det de observerte. Helsesykepleier har stor interesse i å beholde relasjonen til foreldrene, da kontinuitet i omsorgen mellom dem, er bedre for barnets helse på nåværende tidspunkt og i nær fremtid (Nugent et al., 2018; Dosani et al., 2017). Relasjonelt arbeid handler ikke bare om å være hjelpsom og omtenksum, men kanskje like mye om å oppnå mål og få jobben gjort (Olsvold, 2016, s. 44). Relasjonelle arbeidsmåter er et uttrykk for oppnåelse av noe. Dette noe, kan være det formelle ansvaret med å ivareta og sørge for barnets helse og trivsel. Samtidig

brukes relasjonen uformelt for å oppnå dette noe, og er derfor et usynlig arbeid. Dette usynlige arbeidet er like viktig for barnets helse, som det arbeidet som er tildelt fra helsemyndigheter (Olsvold, 2016). Faren ved å ikke anerkjenne det arbeidet, vil gi en manglende forståelse av hvorfor relasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene til en stor grad, er avgjørende. Det hviler et stort ansvar på helsesykepleier i relasjonen, i å veilede over et stort felt, på kortest mulig tid (Currie et al., 2018). Hvis ikke helsesykepleierne balanserer dette med skjønn, vil det gi mindre kontinuitet i omsorgen for barnet.

Mors evne til å klare seg gjennom hverdagen med et prematurt barn har sammenheng med helsesykepleier sin kunnskap og erfaring med premature barn (Sørby & Fegran, 2015). Det er derfor avgjørende at mor opplever seg sett, hørt og møtt. Hvis helsesykepleier ikke klarer å opprettholde tilliten i relasjonen til mor, vil familien klare seg dårligere. Derfor er en intensjon i relasjonen, som ikke betyr at relasjonen i seg selv er et verktøy, at relasjonen muliggjør noe (Sævi, 2013). Dette kommer til uttrykk som støtte til foreldrenes omsorgsutøvelse, ved at helsesykepleier tar foreldrenes bekymringer og usikkerhet på alvor. Resultatene i min studie viser at helsesykepleier er klar over sårbarheten og ansvaret som befinner seg i denne relasjonen.

### 7.2.1 Konstruksjonen av et trygt rom

Helsesykepleiere bruker sitt faglige skjønn til å tyde med, og på bakgrunn av sin erfaring, har de en uvurderlig kunnskap. Profesjonelt arbeid er kjennetegnet med en frihet til å utføre arbeidet med en stor grad av skjønn (Olsvold, 2016, s. 45). Men det er ikke helsesykepleiers skjønnsmessige vurderinger alene som avgjør hva slags type veiledning og hjelp foreldrene får. Foreldrenes ressurser legger også føringer for hva slags hjelp som bør, og må ytes.

Hva foreldrene har med seg av ressurser til å tyde sitt barn, har påvirkning på hvor mye helsesykepleier kan forvente å overføre av kunnskap. Resultatene viser at jo mindre ressurser som kartlegges hos foreldrene, desto mer ansvar tar helsesykepleieren. På den andre siden; vurderes foreldrene som ressurssterke utløser det færre inngrep fra helsesykepleier i foreldre – barn samspillet. Resultatene i studien tyder på at helsesykepleier kontinuerlig kartlegger familiens ressurser, og forståelse av situasjonen, og på bakgrunn av dette avgjør hun hvor nær hun skal være i oppfølgingen av familien. I lys av resultatene kan

en derfor foreløpig si at graden av nærhet til foreldrene, balanseres mot hvor mye omsorg foreldrene mestrer å gi med sine ressurser, og hvor hensikten er å gi barnet god nok omsorg totalt.

Allen (2019, s. 31) påpeker at relasjonsarbeid usynliggjøres, fordi det er oppfattet i feministisk forskning at det er kvinnens naturlige egenskaper som kvalifiserer for arbeidet. Dermed er kanskje ikke helsesykepleiere selv, foreldre eller helsemyndigheter klar over hvilket bidrag det er i arbeidet. Hvis helsesykepleier ikke mestrer å opprettholde en god relasjon med foreldrene, kan det på sikt føre til flere spisevansker hos de premature barna, da en god relasjon er medvirkende til å dempe bekymring, som igjen er en viktig faktor i utviklingen av spisevansker (Premji et al., 2017; Currie et al., 2018). I lys av forskningen til Allen (2019) er et manglende relasjonsarbeid mer synlig i form av konsekvenser for barnet og familien, enn et godt relasjonsarbeid som forblir usynlig fordi det er godt gjort.

Helsesykepleierne forteller at det er hennes ansvar å gjøre det trygt i relasjonen mellom dem og foreldrene, ved å konstruere et trygt rom hvor veiledning kan foregå. Resultatene viser at helsesykepleier opplever at dette er et arbeid som er utfordrende i oppfølgingen av premature og vekst. Relasjonen har tendens til å ville dirigere i en ønsket retning, da det handler om å gjennomføre oppdraget sitt som helsesykepleier, hvilket ikke nødvendigvis er samme intensjon som foreldrene har (Sævi, 2013).

### 7.2.2 Å gi tid er helsefremmende

Å etablere en relasjon tar tid (Nugent et al., 2018). Både resultater i denne studien og forskning indikerer at foreldrene bruker lengre tid på å bli kjent med barnet sitt (Currie et al., 2018). Tiden gir oss mulighet til å vite hva et barn liker, eller ikke liker, og relasjonen tilføres mer kunnskap med tid (Nugent et al., 2018). Resultatene viste at helsesykepleierne var opptatte av å gi barnet tid. Det handler om å se barn i en sammenheng over tid, og ikke i fragmenter (Korsgaard, 2021).

Forskningen viser at antall premature i treårsalderen som strever med spisevansker, er jevnt med terminfødte barn (Zimmerman & Rosner, 2018), som kan indikere at tiden har en positiv effekt på spisevansker. Helsesykepleierne i studien forteller at når premature barn

kommer tilbake til helsestasjonen, til; to års, tre års eller fire års konsultasjon, opplever de at de premature barna har en utvikling som er sammenlignbar med terminfødte på samme alder. Det kan se ut til at arbeidet over tid som helsesykepleier har lagt ned i oppfølgingen foreldre og barn, er av helsefremmende betydning for barnets helse.

På den andre siden har de premature barna også fått en kvalitativt annerledes oppfølging enn de terminfødte barna, og dermed vil ikke dataene være sammenlignbare. Dette er fordi de premature barna har hatt en tettere oppfølging, og foreldrene har fått tilbud om mer støtte. Det kan derfor ha motvirket en eventuell skjevutvikling som kunne kommet senere, hvis de ikke hadde mottatt denne oppfølgingen.

Resultatene i min studie viser at helsesykepleier ofte finner at vekstvansker indikerer sykdom, mens spisevansker kan handle om samspill med foreldrene og omgivelsene. Resultatene i denne studien og ny forskning (Walton et al., 2022), som sees i sammenheng med tidligere forskning (Braarud et al., 2013; Dosani et al., 2017; Currie et al., 2018) viser at å differensiere mellom spisevansker som et resultat av samspillsvansker, og vekstvansker som har underliggende sykdom som årsak, kan være et essensielt ledd i oppfølgingen av vekst hos premature, og familien deres. Det er begge vansker som går utover barnets helse, men ved å differensiere mellom de ulike vanskene, kan det føre til mindre usikkerhet i relasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene. Det er helsefremmende for barnet fordi barnet skjermes for unødvendige undersøkelser, som er en påkjenning for både barn og foreldre. På et mer overordnet nivå i helsevesenet, kan det å differensiere mellom vekst- og spisevansker, generere mer målrettet bruk av spesialisthelsetjenesten. Det utløser videre ulike tilnæringsmetoder fra helsesykepleier, og kan dermed være til hjelp i det helhetlige oppfølgingsarbeidet.

### 7.3 Må helsesykepleier gjøre alt?

Helsesykepleierne i denne studien ønsker seg en oppskrift, eller en fasit, for arbeidet sitt med oppfølging av premature barn. Det er rasjonelle ønsker, i et forsøk på å skape forutsigbarhet. Denne forutsigbarheten gir allikevel lite kunnskap om hvordan ansvaret skal fordeles (Olsvold, 2016), og som resultatene av studien min viser, skaper usikkerheten om

fordelingen av ansvaret, ytterligere usikkerhet for helsesykepleierne. Samtidig som helsesykepleierne gir uttrykk for et behov for et standardisert opplegg, melder de om viktigheten av å evne å tilpasse tilnærmingen til de ulike barna og deres foreldre, så lenge det er barnets beste som er i fokus. Det gir selvstendighet og frihetsfølelse i utøvelsen av egen profesjon. Arbeid som innebærer menneskemøter, kan aldri standardiseres helt. Når det er sagt, er det likevel en rekke tiltak som kan og bør systematiseres og standardiseres for å sikre et så likt helsetilbud som mulig for alle landet over. Det drøftes nærmere i de neste avsnittene.

Helsesykepleierne forteller at de opplever at de er sikkerhetsnett i arbeidet med premature, hvilket de opplever utfordrende. Fra helsemyndighetene sin side er det utarbeidet Faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet som skal utgjøre sikkerhetsnett (shdir, 2007; hdir, 2023). Her klargjøres det hva som forventes av de ulike leddene i helsenorge, og hva som er mandatet til de respektive instansene. Det er et ansvar helsesykepleier er tildelt fra helsemyndigheter og som har forankring i FNs barnekonvensjon (Barnekonvensjonen, 1989) lovverk i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2022, §5) og ny publisert Folkehelsemelding (Meld. St. 15 (2022 – 2023)). Staten skal med andre ord, oppfylle en ambisjon om velferd for alle (Kroken, 2006). Men selv med lovverk og retningslinjer, så viser resultatene i studien at i arbeid med prematures vekst, opplever helsesykepleier å være den stabiliteten som strukturerer, koordinerer og sorterer til barnets beste. Her er det med andre ord stedvis for stor avstand fra lovverk og teori, til praksis. Evnen til å skape avstand fra dilemmaer til løsninger, gir ansvarsfraskrivelse av konsekvensene (Kroken, 2006).

At helsesykepleierne har påtatt seg å være et sikkerhetsnett, kan være det Olsvold (2016, s. 42) beskriver som en ekstrarolleatferd. Det er et arbeid som gjøres uten insentiver eller forventninger, og som ikke er foreskrevet av helsemyndigheter. Det er hvor helsesykepleier går utover tildelt ansvar, fordi hun kjenner på forpliktelse overfor andre, og i dette tilfellet det premature barnet og familien. Det handler ikke om lojalitet til helsestasjonsarbeidet eller helsemyndigheter, men om opplevelsen av ansvar som er forutsetningen for å innta en slik ekstrarolleatferd (Olsvold, 2016). Det er et ansvar som skiller seg fra det organisatoriske ansvaret, ved at det «påkaller det moralske skjønn» (Olsvold, 2016, s. 43), og dermed ikke

har samme forankring og anerkjennelse som ansvaret som er tildelt fra helsemyndigheter. Helsesykepleierne uttaler seg om sin utøvelse, i det stille, muligens i redsel for å mistenkes for å bruke for mye tid til omsorg (Kroken, 2006). Dermed foregår arbeidet i det stille, og forblir en del av det usynlige arbeidet.

Til å illustrere dette videre gir samtlige helsesykepleiere i studien overraskende like eksempler; ved bekymring om et barns vekst, forteller helsesykepleierne at de gjør gjentatte forsøk på å få kontakt med spesialisthelsetjenesten. Noen ganger fungerer ikke dette, og de tar da kontakt med tidligere kollegaer i spesialisthelsetjenesten, som de har en god relasjon til, for å få hjelp til barnet. Dette kan de gjøre da de befinner seg i en posisjon mellom «to verdener» (Kroken, 2006). Dette kan føre til «care-pathways» (Currie et al., 2018), eller tjenesteveier, som er uformelle tjenesteveier, som kan påføre både foreldre, barn og helsesykepleiere unødvendige bekymringer, og er tids- og ressurskrevende for omsorgspersoner og helsevesenet i sin helhet. Disse tjenesteveiene forblir uformelle, og usynlige for folk flest, fordi avstanden fra dilemmaet til løsning, er for stor for den enkelte helsesykepleier å nå opp med.

### 7.3.1 Omsorgsoversvømmelse

Opplevelsen helsesykepleierne har av å bære omsorgsutøvelsen alene for barnets helse, kan gi en grad av ensomhet i en organisasjon (Kroken, 2006). Å føle seg usikker, kan gi en følelse av å være alene med noe. Eller omvendt, å være alene med noe, kan gi usikkerhet. Uansett, vil helsesykepleieren forsøke å unndra seg denne følelsen av å være alene. Det skjer i et forsøk på å finne mening til hva man gjør. Allen (2019) skriver om *å finne mening i farten*, som er en del av det løpende arbeidet, men som skjer uformelt og under radaren. Det handler om å finne pålitelige kilder for å kunne ta beslutninger i arbeidet. Å finne mening går forbi tolkning, da det innebærer å ta avgjørelser basert på forløp (Allen, 2019, s. 72).

Resultatene i denne studien viser at gode kollegaer, er de pålitelige kildene som helsesykepleierne søker til. Kollegaer er avgjørende for om helsesykepleier tåler å stå i den usikkerheten det medfører å følge opp det premature barnet. Helsesykepleierne deler forløpet om barnet med sine kollegaer og søker bekreftelse om det for avgjørelser de har tatt, eller skal ta, gir mening. De forteller, i lys av Allen (2019) sine ord, en forløpshistorie

hvor de velger ut de delene som er relevante for at kollegaene kan bidra. Denne forløpshistorien danner et grunnlag for flere versjoner, tilpasset den, eller de, personene som helsesykepleier konfererer med. Helsesykepleierne kan prioritere den relevante informasjonen basert på deres forståelse av hvordan ansvaret for barnet og familien er fordelt. I studien min viser resultatene at helsesykepleier oppsøker kollegaer for en sammensetning av faglige råd og bekreftelser, og for en mellommenneskelig støtte. Hvis helsesykepleier opplever at arbeidet for eksempel er overveldende, er kollegaer viktig for å navigere og å sortere hva som er viktig for barnet, samt for henne selv. Slik blir kollegaene «sikkerhetsnettet» for hennes arbeid og trivsel. Å finne mening i farten, skjer i den delingen av forløpshistorien. Til forskjell søker helsesykepleierne til spesialisthelsetjenesten med bekymring om barnet, *etter* å ha konferert med sine kollegaer. Dermed skjer det en oversettelse til det Allen (2019, s. 70) skriver er *å skape mening med jevne mellomrom*, som er en mer formell del av arbeidet. Å finne mening, og å skape mening, er to måter som begge bidrar til å skape en felles ramme for forståelse av arbeidet.

I lys av resultatene i denne studien kan man se tendenser til at helsesykepleier kontinuerlig er på leting etter hva som, til enhver tid og i enhver situasjon, er til det beste for barnet. Det betyr å ha et barneperspektiv. Carel og Györfy (2014) skriver at å ha barnets perspektiv handler om å se og lytte til barnet. Å ha et barneperspektiv kan forveksles med å ha et moralsk ansvar for barnet. Olsvold (2016) skriver om hvordan sykepleiere tar ansvar for en rekke oppgaver de formelt sett ikke er gitt ansvar for. Helsesykepleierne forteller at når et prematurt barn har manglende vekst, kan spesialisthelsetjenesten ordinere hyppige veiinger av barnet på helsestasjonen. Spørsmålet som da reiser seg, er om spesialisthelsetjenesten, *kan* delegerer oppgaver til helsestasjonstjenesten. Når formen på bekymringen om barnets vekst handler om manglende vekst, indikerer det underliggende sykdom, som antas å ligge under spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Eller er det helsesykepleierens ansvar å dekke opp for at spesialisthelsetjenesten har manglende ressurser, for å skape god flyt i helseoppfølgingen for barnet og fortsette å ha en funksjon som brobygger av relasjoner (Olsvold, 2016). Til slutt må helsesykepleier vurdere å ta valg som synliggjør arbeidet som er bakenforliggende for oppgavene de utfører, for å forebygge omsorgsoversvømmelse og usynliggjøring av profesjonen.



#### 7.4 Studiens styrker og svakheter

En styrke ved denne studien er at det empiriske materialet er basert på helsesykepleiere som har lang erfaring med å jobbe med premature barn og deres foreldre, på sykehus, og på helsestasjon. Porteføljen med barn de fulgte på helsestasjonen, inkluderte både premature barn og terminfødte barn, slik at de har et sammenligningsgrunnlag.

Helsesykepleierne i studien arbeider i Oslo. Det hadde muligens vært en styrke å intervju helsesykepleiere også utenfor Oslo for å få mer variasjon. Studien burde muligens ha vært mer kultursensitiv, da demografien i Oslo gjenspeiler et kulturmangfold. Det er et relativt lavt antall med informanter på grunn av studiens begrensninger.

Videre vurderes studiens validitet som god. For å styrke studiens validitet, og oppnå et bredere resultat, vil neste steg være å intervju foreldre av premature barn, eller sykepleiere på nyfødttintensiv på sykehusene, men studiens omfang begrenset muligheten for dette.

Forberedelsene som ble gjennomført før datainnsamling, med pilotintervju og endring av intervjuguide, og at jeg hadde satt av god tid mellom intervjuene, ble en styrke for datainnsamlingen. Etter hvert som resultatene ble presentert og diskutert, ble det tydelig at andre teoretisk perspektiv kunne ha vært relevant å bruke i studien. Jeg valgte å ikke endre det, da de valgte perspektivene sa noe om hvor jeg var da jeg begynte på studien.

I studien er det en metodebeskrivelse som gir transparens til alle steg og valg som ble utført. En svakhet i metodedelen er mitt novise blikk, og derfor kan metodedelen oppleves av en erfaren leser som mulig overfladisk, på bakgrunn av min manglende kunnskap om utførelsen av dette. Dette gjelder også for kapitlet om analyse av materialet. I resultatdelen kan det være en svakhet at jeg ikke har flere sitater, og i etterkant ville jeg valgt å ha lengre utlegninger noen steder. Allikevel er hele resultatkapitlet en representasjon av hele det empiriske materialet, som jeg vurderer som en styrke. En generell svakhet ved studien, kan være en noe juvenil tolkning av materialet. Allikevel kan det også være en indikasjon på at kunnskapsgrunnlaget mitt er utviklet, da jeg ser hvor jeg var da jeg begynte, og hvordan jeg ser på materialet nå.

Studien dekker et utforsket felt, og et helsesykepleiarbeid som ikke er godt beskrevet. Denne studien er et forsøk på å belyse noe mer om strevet i det premature barnets vekst, veiledningen som ligger i relasjon mellom helsesykepleier og foreldrene, og det usynlige arbeidet som helsesykepleiere utfører under radaren.

### 7.5 Implikasjoner for videre praksis og forskning

På bakgrunn av medisinsk forskning klarer spesialisthelsetjenesten å redde livet til flere premature barn. Konsekvensen av dette er allikevel et mer komplekst helsebilde for barnet, og store konsekvenser for familien som helhet. Ressurspresset som er i spesialisthelsetjenesten, og deres behov til å utskrive pasienter så raskt som mulig, vil i fremtiden påvirke hvilke oppgaver som blir forskjøvet til kommunehelsetjenesten. Derfor håper jeg at denne studien kan bidra til å synliggjøre helsesykepleieren sine oppgaver i oppfølgingen av premature, og bidra til å istandsette helsesykepleiere til å sette grenser for hva som er deres mandat. Videre implikasjoner for praksis blir derfor for helsesykepleiere å opprettholde deres helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv, og unngå at de blir en forlengelse av spesialisthelsetjenesten.

I denne studien er det belyst behovet for en oppdatering og systematisering av retningslinjer for helsestasjonen sitt arbeid med premature barn. Det er per i dag mangelfulle og utdaterte retningslinjer for dette arbeidet. Målet bør være å oppdatere retningslinjer til dagens forskning, og fremtidens behov, og samtidig inkludere og utdype betydningen av det premature barnets vekst. Det bør implementeres et strukturelt samarbeid med fysiske møter mellom behandlere av premature i spesialisthelsetjenesten, og helsesykepleiere som har oppfølgingen for denne gruppen barn i kommunehelsetjenesten. Dette kan bidra til å skape det felles språket tjenestene behøver for å bedre samarbeidet. Det bør ikke være et arbeid som må initieres av den enkelte helsesykepleier. I denne studien er det vist et behov for et slikt samarbeid.

I helsesykepleie- og sykepleieutdanningene bør det være mer(?) undervisning om premature barn, deres spesifikke behov, og det bør inkludere mer fokus på helsesykepleier sin rolle i arbeidet.

Studien har videre presentert behovet for å se nærmere på foreldrenes opplevelser, og det hadde vært interessant å utforske hvordan det å få et prematurt barn påvirker familien og eventuelle søsken. I samfunnet i dag, og spesielt i Oslo, er det et mangfold av mennesker med ulike bakgrunner. Det hadde vært spennende å forske videre på hvordan det oppleves blant ulike kulturer å få et prematurt barn.

Verden er i endring, og de siste årene har det vært en negativ utvikling for kvinnehelse i mange land. Å få et prematurt barn er tøft for kvinnens fysiske og psykiske helse, og å se på hvordan påvirkning dette har for kvinnehelsen er essensielt i et helseperspektiv.

Med andre ord, med denne studien er det et håp om å inspirere til mulige løsninger i tjenestesamarbeid, til videre studier som gir et fokus på et stort utforsket område rundt det premature barnet, og til mer kartlegging og synliggjøring av helsesykepleierprofesjonen.

## 8.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få økt innsikt i hvilke utfordringer helsesykepleier opplever i oppfølgingen av det premature barnets vekst. Det ble svart på dette ved å utføre en datainnsamling med kvalitative semistrukturerte individuelle dybdeintervju, med seks helsesykepleiere som har arbeid som prematurkontakter ved helsestasjoner i Oslo. Studien hadde fokus på det premature barnets vekstoppfølging, vektens betydning for barnets helse, helsesykepleier sin omsorg for det premature barnet, og behovet for veiledning og støtte til foreldrene. Det empiriske materialet ble analysert, og drøftet opp mot bakgrunnen for studien, retningslinjer for helsestasjonstjenesten og prematuroppfølging, og det teoretiske perspektiv.

Resultatene viser at den første utfordringen med å følge opp premature barns vekst, er at målene på vekten, kun forteller noe om det premature barnets vekt. Målene på vekten er overførbare mellom spesialisthelsetjenesten og helsestasjonen, men for å kunne vurdere barnets vekst, må tallene vurderes med helsesykepleierens kunnskap, foreldrenes bekymringer og barnets trivsel. Et sentralt resultat i studien er at det er nødvendig å kartlegge bakgrunnen for manglende vekst. Har barnets manglende vekst sammenheng med bakenforliggende sykdom, eller er det et resultat av spisevansker? Hvis den bakenforliggende årsaken er sykdom, henvises barn og foreldre til spesialisthelsetjenesten. Hvis årsaken til manglende vekst er spisevansker, blir oppdraget å jobbe med foreldrene for å gjøre dem bedre skikket til å lese barnets signaler, og å bedre samspillet mellom barnet og omgivelsene.

Resultatene viser at den andre utfordringen med å følge opp et prematurt barns vekst, er å mestre å konstruere et trygt rom hvor foreldrene kan dele bekymringer, og motta veiledning, uten at relasjonen går tapt. Ved å holde relasjonen med foreldrene nær og trygg, så er konklusjonen at det minsker bekymring, hos dem selv, og hos foreldrene, og for barnets helse. Videre har dette overordnet til hensikt å forebygge store spisevansker som spisevegring, og tvangsspising hos det premature barnet, og samtidig fremme et godt samspill mellom foreldrene og barnet, og på den måten styrke foreldreressursene.

Resultatene viser at å føle seg alene i det kontinuerlige arbeidet med det premature barnets vekst, er den tredje utfordringen for helsesykepleierne. For helsesykepleierne er det avgjørende med gode kollegaer. De oppgir at det å kunne drøfte vurderinger og tiltak med andre i samme situasjon er avgjørende for å kunne utøve sitt arbeid. Å søke støtte i spesialisthelsetjenesten handler om å få anerkjennelse for sitt arbeid, og dermed en tilbakemelding på om ens eget faglige blikk er kompetent.

Studien setter lys på et arbeid som helsesykepleiere gjør «i det stille». Resultatene viser utfordringene i arbeidet med å følge opp premature og vekst, og at dette arbeidet ikke er strømlinjeformet. Det finnes ingen fasit. Studien er et bidrag til å synliggjøre det usynlige arbeidet, og hva det faktisk iverksetter av utfordringer hos helsesykepleier. Først når det usynlige blir synlig kan vi dele erfaringer og systematisere tilnærminger, og det er mitt håp om at noen tar opp tråden der jeg slapp.

## Litteraturliste

- Agget, P., Agostoni, P., Axelsson, I., De Curtis, M., Goulet, O., Hernell, O., Koletzko, B., Lafeber, H. N., Michaelsen, K., Puntis, J. W. L., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D. &
- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 106. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.70809](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809)
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid. Organisering av sykehus og pasientomsorg*. Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H., Bergland, Å., Førland, O. & Martinsen, K. (2013). *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 årsdag*. Cappelen Damm akademisk.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (3), 215 – 222.
- Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift*, Vol 12 (4), 325 – 341.
- Anspach, R. R. (1987). Prognostic conflict in Life-and-death decisions: The organization as an Ecology of Knowledge. *Journal of health and social behavior*, 28 (3), 215 – 231.
- Aydon, L., Hauck, Y., Murdoch, J., Siu, D. & Dip, M. S. (2017). Transition from hospital to home: Parents perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 269 – 277.
- Baldassarre, M. E., Panza, R., Cresi, F., Salvatori, G., Corvaglia, L., Aceti, A., Gianni, M. L., Liotto, N., Ilardi, L., Laforgia, N., Maggio, L., Lionetti, P., Agostoni, C., Orfeo, L., Mauro, D., Staiano, A. & Mosca, F. (2022). Complementary feeding in preterm infants: a position paper by Italian neonatal, paediatric and paediatric gastroenterology joint societies. *Italian Journal of Pediatrics*, 48 (143).
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter (2011 – 1989)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1989-11-20-1>
- Braarud, H. C., Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Guedney, A. & Heimann, M. (2013). *Infant mental health journal*, 34 (6), 532 – 541.
- Braathen, E. (2009). Helt gresk – om vitenskapsteori og awareness. *Norsk Gestalttidsskrift*, 6 (2), 9 – 25.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77 – 101.

- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I K.J. Skjer (red.). *APA handbook of research methods in psychology. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*, 2, 7 – 71.  
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F13620-004>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, exercise and health*, 11 (4), 589 – 597.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis. A Practical Guide*. SAGE.
- Carel, H. & Györfy, G. (2014). Seen but not heard: children and epistemic justice. *The Lancet*, 384, 1256 – 1257.
- Currie, G., Dosani, A., Premji, S. S., Reilly, S. M., Lodha, A. K. & Young, M. (2018). Caring for late preterm infants: Public health nurses experiences. *BMC Nursing*, 17 (16).
- Dahle, R. (2010). Sosialt arbeid – en historie om kjønn, klasse og profesjon. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 34 (1), 41 – 56.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dosani, A., Hemraj, J., Premji, S., Currie, G., Reilly, S. M., Lodha, A. K., Young, M. & Hall, M. (2017). Breastfeeding the late preterm infant: experiences of mothers and perceptions of public health nurses. *International Breastfeeding Journal*, 12 (23).
- Edwards, A. (2011). Buiding common knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International Journal of Educational Research*, 50 (1), 33 – 39.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 6. mai). *Medisinsk fødselsregister*.  
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/>
- Forskningsetikk (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Førland, O., Alsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4 (3), 196 – 214.
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndbok](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndbok)

[en%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2023, 18. januar). *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Nasjonal faglig retningslinje.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2023). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse>

Helsepersonelloven. (2022). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynsloven. (2022). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv* (2022-05-20-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven>

Haiden, N., Thanhaeuser, M., Eibensteiner, F., Huber-Dangl, M., Gsoellpointner, M., Ristl, R., Kroyer, B., Brandstetter, S., Kornsteiner-Krenn, M., Binder, C. Thajer, A. & Jilma, B. (2022). Randomized Controlled Trial of Two timepoints for introduction of standardized complementary food in preterm infants. *Nutrients*, 14 (3).

Hill, R. R., Park, J. & Pados, B. F. (2020). Bottle-feeding challenges in Preterm born infants in the first 7 months of life. *Global Pediatric Health*, 7, 1 – 14.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.

Korsgaard, M. T. (2021). Pearl diving and the exemplary way educational note taking and taking note in education. *Educational philosophy and theory*, Vol.53 (13), 1350-1358.

Kroken, R. (2006). Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. *Nordisk sosialt arbeid*, 26 (2), 155 – 166.

Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. utg.). Klim.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og innse. Om ulike former for evidens*. Akribe.



- Martinsen, K. (2011). Omsorg, sårbarhet og tid. *Klinisk sygepleie*, 25 (4), 5 – 9.
- Martinsen, K. (2019). Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Meld. St. 15 (2022 – 2023). Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/?ch=3>
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Novus Forlag.
- Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C. & Blanchard, Y. (2018). *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Gyldendal.
- Olsvold, N. (2016). Omsorg for helheten – en sosiologisk analyse av sykepleieres usynlig arbeid i sykehusorganisasjonen. I T. Thagaard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (s. 31 – 50). Fagbokforlaget.
- Personopplysningsloven. (2021). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2021-06-18-124). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Park, J., Thoyre, S., Pados, B. F. & Gregas, M. (2018). Symptoms of feeding problems in preterm-born children at 6 months to 7 years old. *Journal of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, 68 (3), 416 – 421).
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Premji, S. S., Currie, G., Reilly, S., Dosani, A., Oliver, L. M. & Lodha, A. K. (2017). A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their experiences of community-based care. *PLoS ONE*, 12 (3).
- Sanchez, K., Spittle, A. J., Slattery, J. M. & Morgan, A. (2016). Oromotor feeding in children born before 30 weeks gestation and term-born peers at 12 months corrected age. *The Journal of Pediatrics*, 178 (113).
- Solbrekke, T. D. & Englund, T. (2011). Bringing professional responsibility back in. *Studies in higher education*, 36 (7), 847 – 861.
- Solvang, P. K. (2011). Hvor normalt er det å være normal? *Sykepleien*, 99 (14), 78 – 79.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/for-tidlig-fodte-barn/For%20tidlig%20fodte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20fodte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/for-tidlig-fodte-barn/For%20tidlig%20fodte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20fodte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)
- Sævi, T. (2013). Ingen pedagogikk uten en «tom» relasjon – Et fenomenologisk eksistensielt bidrag. *Norsk pedagogisk tidsskrift, Vol 97, (3)*, 236 – 246.
- Sørby, S. & Fegran, L. (2015). En ny hverdag. Mødres opplevelse av hverdagen med et prematurt barn, og støtten ved en ressurs-helsestasjon. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning, 2 (11)*.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder (4. utg.)*. Gyldendal.
- Valla, L., Wentzel-Larsen, T., Hofoss, D. og Slinning, K. (2015). Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatrics, 15 (215)*.
- Walton, K., Daniel, A.I., Mahood, Q., Vaz, S., Law, N., Unger, S. L. & O'Connor, D. L. (2022). Eating behaviors, Caregiver feeding interactions, and Dietary Patterns of children born preterm: A systematic review and meta-analysis. *Advances in Nutrition, 13 (3)*, 875 – 912.
- Weaver, L. T. (2006). Feeding preterm infants after hospital discharge. A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 42 (5)*, 596 – 603.
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2017). Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning, 12 (64242)*.
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien ForSkning, 14*.  
<https://sykepleien.no/forskning/2019/09/vitenskapsteori>
- WHO. (2012, 16. juni). *The Ottawa charter for Health Promotion*.  
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>
- Zimmerman, E. & Rosner, A. (2018). Feeding swallowing difficulties in the first three years of life: A preterm and full-term infant comparison. *Journal of Neonatal Nursing, 24*, 331 – 335.

## Vedlegg 1 - Sjekkliste før intervju

### **Sjekkliste før individuelle intervju med helsesykepleier**

#### ***Forarbeid***

- Avtale med helsesykepleier om tidspunkt og sted
- Sende mail til informant med påminnelse om intervjuet en dag i forveien
- Gå igjennom spørsmålene og gjøre eventuelle notater
- Gå igjennom app / nettskjema og undersøke at det fungerer

#### ***Utstyrliste***

- Telefon og lader til telefon
- PC
- Notatbok
- Kopi av utskrift av spørsmålsskjema
- Kopi av informasjonen av studien
- Kopi av samtykkeskjema

#### ***Før intervjuet***

- Ønske velkommen til intervjuet
- Informere om hensikten med studiet
- Informere om utstyr og oppbevaring av informasjonen
- Gi informanter kopi av informasjon av studien for gjennomlesning
- Gi informanter samtykkeskjema for å signere

#### ***Under intervjuet***

- Sette i gang opptaksapp
- Ta notater
- Gi en kort oppsummering til slutt

#### ***Etter intervjuet***

- Takke for deltagelse
- Overføre intervjuet til nettskjema
- Transkribere og gjøre begynnende analyser og refleksjoner underveis
- Gi grov tilbakemelding til veiledere om intervju, prosessen og funn

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

*Masterprosjekt i klinisk sykepleie v/VID vitenskapelig høgskole  
2022/2023*

*«Premature og vekst i første leveår»*

*«Hvilke utfordringer opplever helsesykepleier i det helsefremmende arbeidet med oppfølging av premature barns vekst, i første leveår?»*

### Intervjuguide

#### *Innledning*

Det er til en masteroppgave i klinisk sykepleie. Kunnskap om dette kan danne et grunnlag for hvordan helsesykepleiere arbeider med premature, med fokus på spisevansker og vekst. Samt hvilke vurderinger som gjøres, og hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer. Det kan muligens bidra til videre i fagutvikling om temaet.

#### *Fakta-relaterte spørsmål*

- 1) Kan du fortelle om din stilling som helsesykepleier og prematurkontakt ved helsestasjonen?
  - Hvor lenge, hvor mange kontakter, hvor mange premature i året?
- 2) Erfaringen du har fra sykehusarbeid med premature, hvordan opplever du det hjelper deg i arbeidet ditt på helsestasjonen?

#### *Tema-spørsmål*

- 1) Hvordan opplever du det er å følge opp premature på helsestasjonen?
- 2) Kan du fortelle om generelle utfordringer du opplever i oppfølgingen av premature?
- 3) Hvor stor del av arbeidet ditt med premature er knyttet til bekymring for det premature barnets vekst?
- 4) Hvordan type spisevansker opplever du at premature strever med?  
Har du gjort deg noen vurderinger om hvorfor? (samspill/signaler)

- 5) Hvilke utfordringer opplever du i oppfølgingen av premature og spisevansker?  
Kan du komme med noen eksempler? Eller dele en historie?
- 6) Er det gjenkjennbart med en prøv-og-feil metode når du veileder foreldre?
- 7) Opplever du at det er naturlig at foreldrene til prematurt fødte barn kontakter helsesykepleier for veiledning eller ved bekymring om vekst eller spising?
- 8) Hvordan opplever du din egen kunnskap om premature og spisevansker?
- 9) Hvor søker du faglig og emosjonell støtte i ditt arbeid?  
Retningslinjer? Forskning? Kollegaer?
- 10) Hva gjør du hvis du er usikker i ditt arbeid med premature og spisevansker?
- 11) Hvordan legger arbeidsplassen opp til at du skal få kunnskap om premature?  
Er det noe du skulle ønske var annerledes?
  
- 12) Hvordan opplever du samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av premature med spisevansker?
- 13) Hvordan balanserer du det helsefremmende helsesykepleierperspektivet i oppfølgingen av premature, som tidvis kan bli mer medisinsk og behandlende?
- 14) Hvor synes du går grensen for hva du som helsesykepleier for premature på helsestasjonen skal følge opp med premature og spisevansker?
- 15) Er det noen erfaringer eller kunnskap du har ervervet gjennom erfaring i arbeidet ditt som du vil dele?

#### *Helhetlige spørsmål*

- 1) Hva innebærer det å være foreldre til et prematurt barn tror du?

#### Avsluttende spørsmål

- 1) Er det noe jeg ikke har spurt om i dag som du tenker er relevant?
- 2) Kan du se noen forslag til endringer eller løsninger når det gjelder helsestasjonens oppfølging av premature og spisevansker?

Har du en historie du vil dele?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Helsesykepleier sine erfaringer med premature og vekst?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske helsesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid i temaet premature, vekst og spisevansker.

#### Formål

Formålet er å utforske hvordan helsesykepleiere med prematuroppfølging på helsestasjoner opplever utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet sitt med premature, vekst og spisevansker. Det innebærer også hvordan de opplever samarbeidet fungerer med spesialisthelsetjenesten.

Jeg søker kunnskap om hvordan helsesykepleier opplever faglig støtte i sine omgivelser, samt i retningslinjer, forskning og i sin egen arbeidserfaring.

Det er til en masteroppgave i klinisk sykepleie. Kunnskap om dette kan danne et grunnlag for hvordan helsesykepleiere arbeider med premature samt bruker av tilgjengelige kunnskapskilder, og kan muligens bidra til videre fagutvikling om temaet.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

*Professor Tine Grimholt ved VID vitenskapelig høgskole er ansvarlig for prosjektet.*

*Claire Bjerkeli, helsesykepleier og mastergradsstudent er ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet.*

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon til å delta i mastergradsprosjektet ettersom du er helsesykepleier ansatt på en helsestasjon og har prematuroppfølging. Det er ønskelig at helsesykepleier har minimum 2 års arbeidserfaring med premature på helsestasjon. Ønskelig antall deltagere er 6-8. Det vil benyttes tilgjengelighetsutvalg, hvilket betyr at du selv tar kontakt dersom du ønsker å delta.

Denne invitasjonen sendes ut til alle prematurkontakter ved helsestasjoner 0 – 5 år i Oslo kommune via leder på helsestasjonen.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i mastergradsprosjektet så vil det innebære at jeg vil gjennomføre et individuelt intervju med deg. Intervjuet vil bestå av spørsmål jeg har forberedt, men vil også være en åpen samtale. Hensikten med intervjuet er å kunne samle inn informasjon om hvilke erfaringer og handlinger du gjør i møte med premature på helsestasjonen som har spisevansker. Opplysningene som samles inn, vil registreres på et lydopptak og i notater fra

intervjuet. Det vil ikke fremkomme opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller annen taushetsbelagt informasjon.

Intervjuene er planlagt å gjennomføres i desember 2022 og januar 2023. Hvis du velger å delta i prosjektet vil vi avtale tid og sted som passer deg. Intervjuet vil ta rundt 60 min.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Veileder for prosjektet, professor Tine Grimholt ved VID vitenskapelige høgskole vil ha tilgang til materialet.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som ikke kan kobles til dataene. Det vil være innelåst og kodet.

Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Det vil kun publiseres tolkninger, sammendrag og eventuelle sitater.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes september 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres, og lydopptak vil destrueres.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- VID vitenskapelige høgskole ved Tine Grimholt, [tine.grimholt@vid.no](mailto:tine.grimholt@vid.no), tlf 90 12 00 11.
- Vårt personvernombud: [personvernombud@vid.no](mailto:personvernombud@vid.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

### **Tilbakesending av svar**

Jeg håper du ønsker å delta i prosjektet.

Dersom du ønsker det kan du sende mail til:

[clairebjerkeli@gmail.com](mailto:clairebjerkeli@gmail.com)

Hvis noe beskrevet over er uklart, eller du har noen spørsmål, kan du ta kontakt på samme mailadresse.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



# Vedlegg 4 – SIKT - Meldeskjema

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

29/04/2023, 14:48



[Meldeskjema](#) / [Master i klinisk sykepleie](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

895776

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

24.11.2022

**Prosjektittel**

Master i klinisk sykepleie

**Behandlingsansvarlig institusjon**

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

**Prosjektansvarlig**

Tine Grimholt

**Student**

Claire Bjerkeli

**Prosjektperiode**

01.11.2022 - 30.09.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.09.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG**

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.09.2023.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Janniche Linde

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 5 – Illustrasjon

Illustrasjon utarbeidet på bakgrunn av arbeidet med analysen av datamaterialet; «Vektens kompass».

