



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultetet

Institutt for helse og omsorg

Helsesykepleieres arbeid med matoverfølsomhet hos førskolebarn

En kvalitativ studie om hvordan helsesykepleiere ser på sitt kunnskapsgrunnlag.

Marita Pedersen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag, HEL 3903. Mai 2021. Antall ord: 24599

Førord

Nå er målet innen rekkevidde, og jeg kan se tilbake på en utfordrende og lærerik prosess. Veien ble lengre og tyngre enn jeg noen gang hadde sett for meg, men lykkefølelsen over å fullføre er desto større, og mestringsfølelsen er ubetalelig. Det er et privilegium å kunne bruke lang tid på å fordype seg i et tema som engasjerer, og jeg håper jeg med denne masteren kan gi noe tilbake ved å bidra med noen nye tanker, refleksjoner og innsikt, som kan føre andre videre i deres søken etter kunnskap. Det er i alle fall med stor takknemlighet og ydmykhet jeg tar med meg all ny innsikt og lærdom som er blitt meg til del, og jeg skal forvalte dette etter beste evne. Det er så mange som fortjener all verdens takk for at dette prosjektet ble mulig å realisere.

Til mine informanter- Tusen hjertelig takk for at dere ville dele av deres erfaringer og tanker. Deres refleksjoner og klokskap er hjertet i prosjektet, og deres bidrag var omfangsrikt og inspirerende. Jeg vokste som fagutøver i møte med dere, og for det er jeg evig takknemlig.

Til min veileder- Kjære Marianne. Uten deg har ikke dette prosjektet kunnet gjennomføres. At du så et potensiale og klarte å løfte det opp og frem, har betydd alt. Din genuine og ekteføyte omtanke, kombinert med konkrete og konstruktive tilbakemeldinger har gitt prosjektet liv. Jeg vil for alltid bære med meg dine kloke ord, og du skal vite at du har satt spor. Du er en sann inspirasjon, og jeg takker deg fra dypet av mitt hjerte for alt du har tilført meg og prosjektet.

Til mine medstudenter- Takk for all humor, trøst, oppbakking, gode råd og kloke refleksjoner. For en fantastisk fin gjeng mennesker! Dere har vært gull å ha i både gode og dårlige tider, og deres heiarop har betydd mer enn dere aner. Vi klarte det. Julia, mitt forbilde i livet- det finnes ikke ord. Du har betydd alt. Takk for at du er du, og for at du kom min vei.

Til min familie- Nå er vi her! Dette prosjektet har vært særdeles krevende for oss alle, og gleden over å nå kunne vie mer av tiden til å være mamma, kone, datter, søster og venn er ubeskrivelig. Mamma, Pappa & Lillian, tusen hjertelig takk for at dere har stilt opp i stor skala, og for alt dere har gjort for vår familie i denne prosessen. Jeg gleder meg til å kunne gi tilbake! Min kjære Jim, millioner av takk for trua, og for at du har båret byrden her hjemmet, det har vært krevende- men vi får til alt. Leah Marie, Vilja Johanne og Olivia Elise - Tusen hjertelig takk for deres tålmodighet, kjærlyghet og heiarop, jenter. Denne er til dere. Alt er mulig.

Marita Pedersen

Tromsø, mai 2021

Sammendrag

Bakgrunn Matoverfølsomhet er et stort og vedvarende folkehelseproblem. Forekomsten er usikker, men i Europa beregnes det at mellom 11-26 millioner av mennesker lider av matallergi. Prevalensen topper seg i barneårene til mellom 5% og 8%, og den høyeste insidensen er i barnets første leveår. Helseesykepleiere er den yrkesgruppen som tettest følger opp barn, ungdom og deres familier. De er ofte førstelinja når det oppstår bekymring rundt barns ernæring og helse, og møter ofte på problematikken omkring matoverfølsomhet. Helseesykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert ut fra den kunnskapen og de statlige anbefalingene som til enhver tid er gjeldende. Helseesykepleierprofesjonen er i stadig endring, og arbeidsoppgavene øker samtidig som problemstillingene blir mer sammensatte og komplekse. Dette krever et bredt spekter av kompetanse, og muligheter for tverrprofesjonell samhandling.

Problemstilling Hvordan ser helseesykepleiere på sitt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med førskolebarn diagnostisert med matoverfølsomhet?

Metode Studien er en kvalitativ forskningsstudie, med et hermeneutisk utgangspunkt. Datainnsamlingen består av semistrukturerte dybdeintervju av 5 helseesykepleiere, hvor intervjuguiden hovedsakelig bestod av åpne spørsmål. Materialet ble analysert ved hjelp av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering.

Teori Tidligere forskning på matoverfølsomhet, helseesykepleiers kompetanse og helseesykepleiers praksisutøvelse. Teori knyttet til helseesykepleiers kunnskapsramme, kunnskapsforståelse og kunnskapsbasert praksis.

Resultater Studien viser at helseesykepleiere opplever at matoverfølsomhet er komplekst og utfordrende å arbeide med. Manglende strukturelle rammer ga lite tid til kunnskapsutvikling i praksis, og deltakerne strevde med å finne sin rolle innenfor kartlegging, utredning og behandling. Dette skapte rom for individuelle tolkninger av arbeidsoppgaver og kunnskapsområder, og ga utslag i ulik praksis i arbeidet med matoverfølsomhet.

Konklusjon Kunnskapsgrunnlaget endrer seg i takt med erfaring, og dermed også hvordan helseesykepleiere ser på det. Tilrettelegging av strukturelle rammer for faglig oppdatering og refleksjon er av avgjørende betydning for helseesykepleieres kunnskapsutvikling i praksis, samt at det kan medvirke til mindre ulik praksis hos helseesykepleiere.

Nøkkelord Matoverfølsomhet, helseesykepleier, kunnskap, kunnskapsgrunnlag, kunnskapsbasert praksis, kunnskapsutvikling, tverrprofesjonell samhandling.

Abstract

Background Food hypersensitivity is a huge and persistent public health problem. The occurrence is unsure, but it is calculated that between 11-26 million people suffer from food allergy in Europe. The prevalence peaks in childhood to between 5% and 8%, and the highest incidence is in the child's first year of life. Public health nurses are the occupational group who follow children, young people and their families closest. They are often the first instance parents turn to when they are concerned about their child's nutrition and health, and they often face the issues surrounding food hypersensitivity. Public health nurses shall work knowledge-based considering the knowledge and the government recommendations that are applicable at any time. The public health profession is constantly changing, and the tasks are increasing while the issues are becoming more compound and complex. This calls for a wide range of competence, and possibilities for interprofessional collaboration.

Research question How do public health nurses view their knowledge-base in their work with preschoolers diagnosed with food hypersensitivity?

Method This study is a hermeneutic qualitative research study. The data collection consist of semi-structured in-depth interview with 5 public health nurses, using an open interview-guide. Malteruds' method for systematic text condensation was used in analyzing the material.

Theory Previous research on food hypersensitivity, public health nurse competence and the practice of public health nurses. Theory linked to public health nurses knowledgeframe, knowledge understanding and knowledge-based practice.

Results This study shows that public health nurses find food hypersensitivity to be complex and challenging to work with. The lack of structure did not give them much time to work on knowledge-development, and the participants was struggling to find their role in mapping, investigation and treatment. This opened for individual interpretations of tasks and knowledge areas, and the result was a difference in practice when it came to food hypersensitivity.

Conclusion The knowledge-base changes in line with experience, and thus how the public health nurses view it. Facilitation of structures for professional update and reflection is crucial in knowledge development for public health nurses, and may contribute to less different practice among public health nurses.

Keyword Food hypersensitivity, public health nurse, knowledge, knowledge-base, knowledge-based practice, knowledge development, interprofessional collaboration.

Innhold

1	Innledning.....	6
1.1	Introduksjon til tema.....	6
1.2	Bakgrunn for valg av tema	9
1.3	Problemstilling.....	10
1.4	Sentrale begreper, avgrensninger og presisering.....	11
1.5	Hensikt og formål	11
1.6	Oppgavens struktur.....	12
2	Tidligere forskning	13
2.1	Matoverfølsomhet:.....	13
2.2	Helsesykepleieres kompetanse:	14
2.3	Helsesykepleiers praksisutøvelse	16
3	Teoretisk perspektiv	17
3.1	Helsesykepleiers kunnskapsramme	18
3.2	Kunnskapsforståelse	19
3.3	Kunnskapsbasert praksis.....	21
4	Metode.....	23
4.1	Studiens forskningsdesign	24
4.2	Forforståelse	24
4.3	Forskningsmetode.....	25
4.4	Utvalg	26
4.5	Utførelse av intervju	27
4.6	Transkribering	28
4.7	Analyse av data.....	29
4.8	Forskningsetiske overveielser.....	30
4.9	Metodiske overveielser.....	32
5	Funn.....	33

5.1	Likt tilbud – ulik tilnærming	34
5.1.1	Helsesykepleierne «tuner» seg inn	34
5.1.2	Helsesykepleierne er i posisjon for å utgjøre en forskjell for familier med matoverfølsomhet	36
5.2	Avgrensning av kunnskapsområdet og individuelle tolkninger	38
5.2.1	Mat som behandling er en gråsone	39
5.2.2	Ulike tolkninger gir ulik praksis	41
5.3	Ensidig og utfordrende samhandling	43
5.3.1	Flere samhandlingspartnere, lite samhandling	43
5.3.2	Manglende koordinering av samhandling	45
6	Drøfting	47
6.1	Kunnskapsforvaltning	48
6.1.1	Kunnskapsbasert praksis og matoverfølsomhet	48
6.1.2	Kunnskapsutvikling i praksis	54
6.2	Samfunnsmandatet	56
6.2.1	Spesialist- generalist identiteten	56
6.2.2	Profesjonsidentitet	58
6.2.3	Jurisdiksjonelle grenser	61
6.2.4	Utfordringer i den tverrprofesjonelle samhandlingen	63
7	Avslutning	67
7.1	Oppsummering	67
7.2	Videre forskning	68
	Referanseliste	70
	Vedlegg 1	75
	Vedlegg 2	76
	Vedlegg 3	80
	Vedlegg 4	82

1 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Tema for dette prosjektet er helsesykepleieres arbeid med barn som lider av matoverfølsomhet, med fokus rettet mot hva helsesykepleiere har i sitt kunnskapsgrunnlag for å være rustet i forhold til denne tematikken. Opprinnelig fokus var på helsesykepleieres muligheter til å arbeide med livskvalitet relatert til matoverfølsomhet, men som jeg gjør rede for i metodekapittelet ble dette nødt til å endres på underveis.

Matoverfølsomhet er et vidt begrep som inkluderer både matallergi og matintoleranse (1). Matoverfølsomhet betyr at vi reagerer på enkelte bestanddeler i en matvare, og det skilles mellom immunologiske reaksjoner som matallergi, og ikke-immunologiske reaksjoner som ved intoleranser (2). Ved matallergi er det kroppens immunforsvar som reagerer på ett eller flere proteiner i maten, og selv svært små mengder kan utløse reaksjoner.

Matoverfølsomhet er et stort og vedvarende folkehelseproblem (3, 4), forekomsten er usikker, men i Europa beregnes det at mellom 11-26 millioner av mennesker lider av matallergi (3-6). Prevalensen toppe seg i barneårene til mellom 5% og 8% (5-7), og den høyeste insidensen er i barnets første leveår (8). Det er bred internasjonal enighet om at allergiforekomsten har økt de siste to tiårene, og trenden viser at utviklingen fortsetter (3, 4, 6, 7, 9). Årsaken til denne økningen er ukjent (6). Symptomer på matoverfølsomhet kan vise seg i huden, som reaksjoner i mage/tarm-systemet, i luftveiene, og i det kardiovaskulære systemet (5, 6, 8, 9). De vanligste allergenene er melk, egg, hvete, peanøtter, trenøtter, soya, fisk og skalldyr (3-5, 9). Ved å eliminere matallergener fra kosten som bidrar med essensielle næringsstoffer kan det få konsekvenser som hemmet vekstutvikling, underernæring, feilernæring og utvikling av spisevansker (9-11). Barn med matoverfølsomhet har oftere lavere vekstparametre enn den generelle befolkningen (10), og spesielt de minste barna som lever på en melkefri diett er utsatt for veksthemming (12-14). Spiseproblemer forekommer hyppig blant barn med melkeallergi (12). Barn med matoverfølsomhet har ofte andre følgediagnoser, og en studie fra USA viser at de har 2-4 ganger så stor sannsynlighet for å få astma, atopisk eksem og luftveisallergier enn barn uten matoverfølsomhet (15).

De siste årene er det blitt økt fokus på hvordan matoverfølsomhet påvirker barna og familien, og deres opplevelse av livskvalitet (16-20). Studier har påvist en negativ sammenheng mellom matoverfølsomhet hos barn og barnet og foreldrenes helserelaterte livskvalitet (11, 16-20). Fordi mat er involvert i mange sosiale situasjoner, både hjemme, på skolen og fritiden kan barnet ofte føle seg utenfor, og studier viser at de blir hyppigere utsatt for mobbing (16). Fiocchi et. al fremholder også at de som lider av matoverfølsomhet har redusert selvfølelse, at det påvirker barns oppførsel, at det går utover familieaktiviteter og reduserer familiesamholdet (8). Cummings fastslår at det å ha matoverfølsomhet har en dypt virkende psykososial påvirkning på barn og deres familier (17).

Helsesykepleiere er sentrale aktører i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og er den yrkesgruppen som tettest følger opp barn, ungdom og deres familier, noe som gir en unik og viktig posisjon (21). Helsesykepleiere har kjernekompetanse i sykepleie, spesialistkompetanse innenfor helsefremmende og forbyggende arbeid, og helsesykepleieren kan ha spisskompetanse på spesialområder innenfor de ulike virkeområdene (22). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom slår fast at ca. 98% av alle barn i Norge har kontakt med helsestasjonen det første leveåret, og regelmessig frem til skolestart (23). I barnets første leveår er for de aller fleste helsestasjonen den eneste offentlige instansen som regelmessig møter barnet og familien (23). Gjennom helsestasjonsprogrammet, som består av 14 konsultasjoner fra 0-5 år, får foreldrene systematisk veiledning om ernæring og vekstutvikling (23). Nasjonal faglig retningslinje for spedbarns ernæring gir det faglige grunnlaget for slik veiledning og råder foreldre til å kontakte helsestasjonen ved spørsmål om allergi (24). Helsesykepleier har begrenset tid til rådighet for hvert enkelt barn og familie (25), noe som fordrer at denne er i stand til å prioritere det som til enhver tid truer barnets og familiens helse. Nasjonal faglig retningslinje stadfester at tjenesten kan tilpasse tidsbruken i konsultasjoner ut i fra den enkeltes behov (23). Dette gir rom for å bruke lengre tid på de barna og familiene som trenger det. Retningslinjen gir videre føringer for at helsesykepleieren bør tilpasse oppfølgingen til behovet. Det nevnes individuelt tilpasset støttesamtaler, ekstra konsultasjoner og veiledning som tiltak til foreldre som av ulike grunner har behov for det (23). Dette fordrer at familiene er åpne om at de strever, og at helsesykepleieren har kompetanse i å kartlegge behov.

Helsesykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert ut fra den kunnskapen og de statlige anbefalingene som til enhver tid er gjeldende (22). Helsesykepleiefaget er basert på ulike kunnskapsformer. Det bygger i liten grad på kunnskap fra forskning, men i større grad på

erfaringskunnskap og i noen grad på tradisjon (22). Leder i NSF, Lill Sverresdatter Larsen hadde senest høsten 2020 et innspill til Tidsskriftet Sykepleien hvor hun stiller spørsmål ved hvorvidt det er realistisk å arbeide kunnskapsbasert innen sykepleien (26), noe som gjenspeiler at utfordringen med å arbeide med teori og forskning også er reell også i kjerneprofesjonen. Hun beskriver forskning som frakoblet hverdagen og at sykepleiere flest trolig blir mest indirekte påvirket av forskning gjennom statlige direktiver. Hun skriver videre at det ikke eksisterer systematiske strukturer for individuelle faglige oppdateringer i yrkespraksis, og at disse rammene er et ledelses- og virksomhetsansvar.

Helsesykepleieprofesjonen er i stadig endring, og arbeidsoppgavene øker samtidig som problemstillingene blir mer sammensatte og komplekse (27). Norsk Sykepleie Forbund (NSF), Landsgruppen av Helsesykepleiere (LaH) utførte i 2003 en spørreundersøkelse blant medlemmene for å kartlegge helsesykepleiers arbeidsområde (27). De viser blant annet til «huslegefunksjonen» som henspiller på at helsesykepleiere er en instans som brukerne benytter når de trenger råd og veiledning for å takle oppståtte problemer, deriblant ernæringsproblematikk (27). Undersøkelsen viste at 60% av helsesykepleierne hadde avdekket allergi i løpet av den aktuelle to-ukers perioden undersøkelsen varte, og i så henseende oppfyller sin rolle som helseovervåkere for barn og unge (27). I 2006 utførte SINTEF i samarbeid med NSF, LaH en undersøkelse for å kartlegge helsesykepleieres kompetanse (28). Kartleggingen viser at av de som ikke var i gang med enten videreutdanning eller etterutdanning, så oppga 61% behov og/eller ønske om dette, og det var høy udekket etterspørsel etter kurs. Det var også 60% av helsesykepleierne som rapporterte at behovet for veiledning ikke var dekket, flesteparten oppga lav prioritering fra ledelsen som årsak. Helsesykepleiere med mindre enn 6 års erfaring var mindre tilfredse med egen kompetanse sammenlignet med de som hadde praktisert lengre. 42% av helsesykepleierne rapporterte om et fungerende samarbeid med andre kommunale instanser, mens 25% opplevde at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ikke fungerte like godt. Den samlede vurderingen i rapporten er at det er behov for bred, og til dels svært ulik utdanning og kunnskap, samt at det er en betydelig udekket etterspørsel etter kompetanse (28).

Helsesykepleiere er ofte førstelinja når det oppstår bekymring rundt barns ernæring og helse, og møter ofte på problematikken omkring matoverfølsomhet. Allergi kan ikke forebygges (24), så det forebyggende fokuset vil derfor være på de følgekonskvensene allergi kan ha for barnet, hvor målet er å bidra til at problemene ikke forverres. Det helsefremmende aspektet vil være å bistå og myndiggjøre foreldrene i de prosessene som kan relateres til en slik diagnose. Det være

seg utfordringer omkring diagnostisering, bekymring for vekst og utvikling, behandlingsperspektivet, henvisning til og oppfølging av andre instanser, og det å leve med matoverfølsomhet i familien. En bred kunnskapsplattform bestående av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse er essensen i profesjonell kompetanse (22). Det er den som gir og utvikler helsesykepleierens kliniske blikk, som er førende for vurderinger av situasjoner og igangsetting av tiltak. Dette gir grunnlag for at selv om profesjonsutdanningen er lik for alle, er det rom for ulike vurderinger og tolkninger på bakgrunn av erfaring og spisskompetanse, noe som kan føre til ulik praksis innad i en profesjon, i ulike kommuner og i samhandling med andre profesjoner (29).

Samfunnet står i dag overfor omfattende folkehelseutfordringer, og det er politisk enighet om at tverrprofesjonelt samarbeid er nødvendig for å løse disse utfordringene (30), jfr samhandlingsreformen (31) og Meld.St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenestenerhet og helhet (32). Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten løfter frem tverrprofesjonelt samarbeid som et sentralt satsningsområde (33). Helsesykepleiere er under sterkt tidspress for å favne om alle oppgavene i sitt samfunnsmandat, og de oppgir at tiden de har til rådighet har betydning for i hvilken grad de har mulighet til å involvere seg i tverrprofesjonell samhandling (34). For at helsesykepleiere skal være en profesjon å regne med i den tverrprofesjonelle samhandlingen er det avgjørende at man klarer å løfte frem og synliggjøre egen kompetanse til de man kan samhandle med. For helsesykepleiere som møter på matoverfølsomhet vil fastlege være hovedsamarbeidspartner etterfulgt av spesialisthelsetjenesten, men studier viser at helsesykepleiere og leger arbeider mye parallelt (35, 36). Ulike studier har løftet frem utfordringer med det tverrprofesjonelle samarbeidet, noe som inkluderer tiden til rådighet, å tydeliggjøre ulik kompetanse og ulike roller, samt manglende samarbeidsrutiner og koordinering av samarbeid (35, 37-39). Dette er et internasjonalt problem for helsesykepleierprofesjonen (36).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Helsesykepleiere skal være faglig oppdaterte og levere helsetjeneste av høy faglig kvalitet med basis i befolkningens behov, dette skal baseres på relevant kunnskap og de aktuelle ressursene til rådighet (22, p.48). I dagens samfunn er det et stort fokus på kunnskap i befolkningen og kunnskapen er svært lett tilgjengelig, noe som medfører enda større krav til helsesykepleierne

om å være oppdaterte og orienterte (22). Det er vanskelig å dokumentere effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak, og det finnes heller ingen studier på hvordan helsesykepleieres informasjonstiltak når frem (22). Det er utført en studie som viste at foreldre ønsket råd og veiledning fra helsestasjonen i forhold til ernæring, da relatert blant annet til allergi, noe de ikke fikk, eller at de fikk råd som senere viste seg å være feil (40). De beskrev det som ubehagelig å bli møtt med empati i situasjoner hvor de søkte kunnskap, og de opplevde også at det kunne være lang ventetid fra de oppsøkte helsestasjonen til de kom til noen med etterspurt kompetanse, noe som skapte stress og bekymring (40).

Paradokset mellom kravet til å levere en faglig tjeneste av høy kvalitet til brukere som stadig øker sin kompetanse, og helsesykepleierprofesjonen som ikke synes å ha rammevilkår for å øke sin kompetanse i like stor grad, utgjør en stor del av årsaken til at jeg ønsket å se nærmere på hva som ligger i kunnskapsgrunnlaget til helsesykepleierne, og hvordan de forvalter sin kunnskap i arbeidet med en tematikk som matoverfølsomhet. Jeg ønsker å se på kunnskap i et bredere perspektiv for å se nærmere på ulike forståelser som kanskje kan gi nye perspektiver. I tillegg til å være sykepleier med videreutdanningen innen helsesykepleie har jeg personlig erfaring med en datter som har levd med matoverfølsomhet i over 3 år. Jeg har opplevd bekymringer for hennes helse, varierende grad av kunnskaper og manglende samhandling mellom instanser. Jeg har også vært borti tilfeller med matoverfølsomhet i mine praksisperioder som helsesykepleierstudent som har styrket min nysgjerrighet på hvordan og hvorfor tematikken håndteres ulikt i praksisfeltet. Mitt barn er i dag friskt, og jeg kan se tilbake på denne perioden med erfaring, men dette vil naturlig nok påvirke min forforståelse, noe som jeg vil gjære nærmere rede for i metodekapittelet.

1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i det som fremkom i innledningen har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan ser helsesykepleiere på sitt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med førskolebarn diagnostisert med matoverfølsomhet?»

1.4 Sentrale begreper, avgrensninger og presisering

Jeg har i dette prosjektet valgt å fokusere på barn i førskolealder som er alderen hvor de hyppigst blir diagnostisert med matoverfølsomhet. For eldre barn og deres familier er det som regel andre bekymringer enn kartlegging og utviklingsbekymringer som fremkommer, som for eksempel hvordan barna skal lære seg å håndtere sin allergi eller intoleranse på egen hånd. Jeg har også valgt å begrense meg til de som allerede har fått diagnosen, eller er i et forløp med å få fastsatt en diagnose.

Kunnskapsgrunnlag forstås i denne studien som helsesykepleierens samlede kunnskap fra grunnutdanning og videreutdanning, kunnskap om yrkesetiske retningslinjer, etikk og moral, om lover, regler og forskrifter, samt kunnskap utviklet gjennom erfaringskompetanse. I tillegg innebærer det kunnskap om kommunikasjon og samhandling, om brukermedvirkning og utøvelse av faglig skjønn. Dette utdypes nærmere i teoridelen.

1.5 Hensikt og formål

Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (23) fremmer at gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (§4-1) (41) skal kommunen legge til rette slik at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten. Kommunen skal videre sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle feltet, og ledelsen må kontinuerlig gjennomføre en vurdering av behov for kompetanse. SINTEF-rapporten om helsesykepleieres kompetanse viser at helsesykepleiere på generell basis ønsker, og anser et behov for å øke sin kompetanse, og mange velger å ta etter- og videreutdanninger for å håndtere ulike problemstillinger i praksisfeltet. Det fremgår ikke hva som legges i tilstrekkelig fagkompetanse, men det kan tyde på at helsesykepleiere ikke anser helsesykepleierutdanningen alene som tilstrekkelig for å fylle kompetansebehovet i tjenesten.

I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (23) står det en sterk anbefaling om at helsestasjonen bør gi kostholdsveiledning tilpasset hvert barn og hver familie, og dersom kartleggingen avdekker forhold som bør utredes/behandles bør barnet henvises til fastlege. En sterk anbefaling om tilpasset kostråd til enhver ernærings situasjon kan være

krevende for helsesykepleiere å oppfylle, all den tid de ikke har spesialutdanning innen ernæring. Det kommer ikke tydelig frem i retningslinjen hvor langt denne tilpasningen skal strekke seg. Man kan tenke seg at det vil være ulike kunnskaper ute i praksisfeltet som vil innvirke på veiledningen som tilbys, for eksempel til familier som har matoverfølsomme barn. Det fremholdes også at barnet bør henvises til fastlege ved behov for utredning og behandling. Ved matoverfølsomhet vil behandlingen ofte være å utelate en eller flere matvarer fra kostholdet. Nasjonal retningslinje for spedbarnsernæring (24) ber foreldre kontakte helsestasjonen før man utelater noen matvarer fra kostholdet, samtidig har en studie (40) vist at foreldre kan oppleve lang ventetid fra de henvises fra helsestasjonen til de får kyndig helsehjelp når barnet deres strever med matoverfølsomhet. Man kan undre seg over hva behandlingsbegrepet for matoverfølsomhet innebærer, og om dette bør avklares nærmere. Det samme gjelder for om det er behov for en gjennomgang av ansvarsdelingen mellom helsesykepleiere og fastleger for denne gruppen. Hensikten med denne studien er å belyse bredden av kunnskap som behøves i møte med tematikken matoverfølsomhet, hvilke ulike former for kunnskap som finnes, og hvordan de ulike formene forvaltes ute i praksisfeltet. Gjennom intervju ønsker jeg å frembringe førstehåndserfaringer om hvordan helsesykepleiere møter tematikken ute i praksis, hva de ser på som sine utfordringer, hvordan de håndterer dem, og eventuelt hvilken kunnskap som etterspørres.

1.6 Oppgavens struktur

Studien starter med et innledningskapittel hvor jeg begrunner valg av tema og presenterer studiens problemstilling og formål. Kapittel 2 består av en presentasjon av tidligere forskning om studiens tema. I kapittel 3 vies plassen til sentrale teoretiske perspektiv. I kapittel 4 redegjør jeg for valg av metode, for utvalg av deltakere, for forskningsetiske overveielser og analyse av datamaterialet. Kapittel 5 er en presentasjon av funn i min studie, og i kapittel 6 diskuteres disse funnene opp mot valgt teori. Til slutt gir kapittel 7 en sammenfatning av studien, og jeg peker på muligheter for videre forskning.

2 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter tidligere forskning i databasene SveMed+, PubMed og Cinahl, og brukt ulike kombinasjoner av søkeordene «*Helsesøster*», «*Helsesykepleier*», «*Public health nurse*», «*matallergi*», «*food allergy*», «*Norway*», «*competence*», «*professional judgment*», «*knowledge base*», «*competence development*» og «*interprofessional collaboration*». Det ble søkt etter både norske og internasjonale studier. Dette resulterte i 46 treff, hvorav 33 studier ble tatt med til videre gjennomgang etter å ha lest abstractet. Totalt 15 studier viste seg å være relevant for dette prosjektet. Videre følger en oppsummering av den forskningen som er utført:

2.1 Matoverfølsomhet:

Jeg har ikke funnet noen norske studier som har sett på hvordan helsesykepleiere arbeider med temaet matoverfølsomhet hos barn, på kunnskapsnivået i tjenesten angående temaet, eller hvordan de ivaretar familiene som er rammet av dette. Jeg fant 4 studier som tar for seg ulike aspekter ved matoverfølsomhet, herunder foreldreperspektivet, retningslinjer for håndtering av allergiske reaksjoner og helsesykepleierens rolle i skolen, og kunnskap og holdninger hos helsesykepleiere i henholdsvis USA og Finland.

En norsk studie har sett på foreldres opplevelse av veiledning fra helsestasjonen rundt mat og måltider ved bruk av et kommunikasjonsverktøy (40). Studien viste at foreldrene ønsket rådgivning eller veiledning som de ikke fikk, eller som viste seg å ikke stemme, og de ønsket råd som ligger på spesialistnivå. Det ble kartlagt at det kunne være lang ventetid fra de oppsøkte helsestasjonen til de kom i kontakt med noen med kompetanse, noe som medførte stress og usikkerhet (40). Denne studien er relevant for å belyse behovet for økt kompetanse omkring særskilte ernæringsbehov, som matoverfølsomhet. Det Europeiske Akademiet for Allergi og Klinisk immunologi (EAACI) har publisert en retningslinje for matallergi og anafylaksi for å redusere risikoen for tilfeldige allergiske reaksjoner på mat i samfunnet (42). Retningslinjen peker på helsesykepleiere i skolen som ønsket i en sentral rolle for å gi barn og deres familier omfattende informasjon, og opplæring for å unngå, og for å kunne håndtere allergiske reaksjoner. Den viser til at det er essensielt at helsesykepleiere da har fått tilstrekkelig opplæring

selv (42). Studien omfatter ikke førskolebarn, men peker på behovet for opplæring av helsesykepleierprofesjonen utover profesjonsstudiet.

En amerikansk studie undersøkte kunnskap og holdninger hos skolehelsesykepleiere i distriktene, hvor alvorlige kunnskapshull ble identifisert, blant annet relatert til administrering av adrenalin etter inntak av allergener (43). I den finske studien ønsket man å se på kunnskap, holdninger og oppfatninger angående spedbarnsernæring, matallergi og atopisk dermatitt hos helsepersonell i primærhelsetjenesten (44). De fant at helsepersonell i primærhelsetjenesten er dårlige til å gjenkjenne mange signifikante symptomer på matallergi. De beskriver også en diskrepans mellom faktisk kunnskap og opplevd kunnskap. Disse to studiene tilkjennegir behovet for kunnskap relatert til matoverfølsomhet, noe som er aktuelt for min studie som ønsker å se på noen av de samme forholdene i norsk sammenheng.

2.2 Helsesykepleieres kompetanse:

Jeg har valgt å ta med 6 studier som på ulike måter belyser helsesykepleieres kompetanse, fra utdanningsperspektivet, til forvaltning av kunnskap etter endt utdanning, og til diskusjonen omkring behovet for vitenskapelig kompetanse for denne profesjonen.

Jeg har sett på 2 studier som har fokus på utdanningsaspektet av helsesykepleiere. En kritisk diskursanalyse er utført hvor rammeplanen til norsk helsesykepleierutdanning er undersøkt (45). Rammeplanen vektlegger biomedisinsk kunnskap, paternalisme og individrettet fokus fremfor samfunnsvitenskapelig kunnskap, brukermedvirkning og et folkerettet perspektiv, noe som ikke er i tråd med vedtatt politikk. Studien viser til at helsesykepleiere er ventet å følge gjeldende kunnskapsbaserte retningslinjer, men at det allerede i utdanningen er for lite fokus på individuell tilnærming og brukermedvirkning (45). Denne studien er relevant for å belyse hvordan deltakerne i min studie forholder seg til brukermedvirkning i sin praksis sett i lys av at rammeplanen ikke vektlegger det tilstrekkelig. Den andre studien omhandler at selv om tverrprofesjonell samhandlingsaktiviteter for helsepersonellstudenter har vist økt kunnskap om profesjonelle roller, tverrprofesjonelle holdninger og samarbeidsevne, så er de tradisjonelle profesjonelle rollemønstrene og manglende rolleforståelse fortsatt gjeldene (46). Denne studien er aktuell på bakgrunn av at det er interessant for min studie hvordan helsesykepleiere forholder seg til tverrprofesjonell samhandling i praksis.

En norsk studie har forsøkt å avdekke hvordan helsesykepleiere benyttet sin profesjonskunnskap i praksis. De så at selv om helsesykepleierne har et bredt kunnskapsgrunnlag innenfor et spesialisert felt; helsefremming og forebygging, regnet de seg ikke som *spesialiserte* generalister (47). Helsesykepleierne brukte dialogen til å avdekke ressurser og mestringsstrategier hos brukerne, og de brukte klinisk skjønn i veiledningen. De hadde et vedvarende behov for å holde seg oppdaterte på mange ulike emner, og de kunne føle seg utilpasse når de ikke kunne svare på spørsmål fra foreldrene.

Jeg fant 2 studier som har sett på mulighetene for å øke kompetansen til helsesykepleiere etter endt utdanning. En norsk studie omhandlet et forskningsprosjekt mellom et universitet og en kommunal helsestasjon hvor formålet var å øke kunnskapsbasert utdanning og utvikle praksis (48). Bakgrunnen for studien var at selv om bruk av forskning og kunnskapsbasert praksis er et symbol på kvalitet i tjenesten, viste forskning at mangel på kunnskap, tid og lederstøtte utgjorde en barriere for å implementere dette (48). I Japan er det utført en randomisert-kontrollert studie hvor de evaluerte effekten av 8 web-baserte læringsmoduler for å forbedre kompetanse, ferdigheter og kunnskap hos helsesykepleiere, og de fant at fleksibiliteten i tid og sted i denne læringsmetoden forbedret disse faktorene (49). De viste til at for å kunne gi effektiv, evidensbasert og pågående etterutdanning for helsesykepleiere, må universiteter og lokale tjenester samarbeide. Disse to studiene er tatt med for å belyse ulike måter å utvikle kunnskap i praksis på, som er et av hovedtemaene i min studie.

Etter at det første kullet med masterstudenter i helsesykepleie ble uteksaminert ved et norsk universitet, er det undersøkt om disse opplevde at den akademiske kompetansen som en mastergrad gir, ga dem en fordel i utøvelsen av helsesykepleie (50). Selv om deltakerne anerkjente og verdsatte den vitenskapelige kunnskapen de fikk i mastergradsprogrammet, uttrykte de tvetydighet angående virkningen den vitenskapelige kunnskapen ville ha for deres yrkespraksis. Denne studien er relevant for å belyse diskusjonen om hvorvidt helsesykepleieprofesjonen behøver ytterlig vitenskapelig kunnskap utover profesjonsutdanningen, noe som også diskuteres i min studie.

2.3 Helsesykepleiers praksisutøvelse

Jeg har sett på 7 ulike studier som belyser helsesykepleierens praksisutøvelse. 3 studier påpeker den etiske dimensjonen ved helsesykepleierprofesjonen, 1 studie har undersøkt helsesykepleierens strategier, 1 studie har sett på helsesykepleieres bruk av kunnskapskilder, og 2 studier har undersøkt helsesykepleierens tverrprofesjonelle samhandling.

En studie har undersøkt hvordan etiske problemstillinger kan skape muligheter for endring og profesjonell utvikling, og fant at det må være tid og rom for fortellinger og refleksjon for at dilemmaene skal utvikle seg til en verdifull ressurs (51). I den andre studien ble det belyst hvordan etisk ladete møtene kunne påvirke den profesjonelle identiteten til helsesykepleiere (52). Her ble det beskrevet at helsesykepleierne følte seg ansvarlige for å oppnå myndiggjøring av foreldrene, foreta skjønnsmessige vurderinger og de måtte sjonglere egne og brukernes forventinger. De etiske utfordringene i den tredje studien (53) var at helsesykepleiere i Canada opplever et en-veis preget samarbeid, de bekymret seg over tildeling og fordeling av ressurser, og de følte ansvar for å etablere en god relasjon slik at brukerne benyttet seg av tilbudet videre. De anså at alle aspekter av arbeidet til helsesykepleiere involverer etiske komponenter. Studiene om etiske perspektiver er relevante å ta med da de belyser hvordan valg og prioriteringer på generelt nivå kan påvirke helsesykepleierne, selv om ingen av studiene spesifikt belyser etiske valg i relasjon til matoverfølsomhet.

Jeg fant 1 studie hvor det er gjort sammenligning av konsultasjoner gjort av henholdsvis leger og helsesykepleiere (54). Legens møter med pasienter fremstod som mer dominante og byråkratiske, mens helsesykepleierenes møter var kjennetegnet av letthet, åpenhet og fokus på det hverdagslige uten fokus på feil og mangler, verktøyet var dialog og brukerne ble sett på som kompetente. Studien er relevant da brukermedvirkning som en del av kunnskapsbasert praksis er et viktig moment i min studie.

Det er gjort en studie som undersøker hvordan helsesykepleiere bruker ulike kunnskapskilder, og den konkluderte med at nasjonale retningslinjer, kunnskap de ervervet i utdanningsforløpet, og personlig erfaring var de mest brukte kunnskapskildene (55). Mangel på tid, utfordringer med å forstå språket i forskningsartikler på engelsk, evnen til å vurdere kvaliteten på artiklene og lite lederstøtte for å utvikle profesjonell kompetanse ble oppgitt å være hovedutfordringene.

Jeg har tatt med 2 studier som har sett på helsesykepleieres tverrprofesjonell samhandling. 1 studie så på erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid sett fra et helsesykepleierperspektiv (38),

og studien belyser at det eksisterer uklarheter rundt ansvarsfordeling og fremgangsmåte for samhandling mellom de ulike profesjonene. Ledelsen forstod ikke alltid hva kjernekompetansen til helsesykepleierne var, det var lite tid og ressurser til rådighet, og den styrende lovgivningen har en vid tolkning av deres rolle. Kompetanse omkring de juridiske grensene var vesentlig for å være bevisst angående verdier, kunnskaper og ferdighetene til de andre profesjonene, og for å unngå overlappende oppgaver og involvering utenfor sitt kompetanseområde. (38). Den andre studien har sett på hvordan helsesykepleiere i ulike norske kommuner samhandlet tverrprofesjonelt, og de fant at tillit, respekt og samhandlingskompetanse var høyest rangert av alle deltakerne foran formaliserte strukturer, økonomi og lederskap (56). Det viser at de relasjonelle faktorene i samhandlingen er vel så viktige. Studier om tverrprofesjonell samhandling anses som relevante for min studie da dette er et satsningsområde innen helsesykepleietjenesten, og fordi barn med matoverfølsomhet ofte krever involvering fra flere instanser.

3 Teoretisk perspektiv

Denne studien omhandler hvordan helsesykepleiere ser på sitt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med barn som er diagnostisert med matoverfølsomhet. Jeg vil i denne tesen belyse kunnskap i et bredt perspektiv for å vise omfanget av kompetanse som behøves i møte med matoverfølsomhet. Jeg vil beskrive hva som ligger i helsesykepleierens kunnskapsgrunnlag, herunder også samhandlingskompetanse, og hvilke rammer dette grunnlaget gir for utøvelsen av praksis da jeg opplever at dette er viktig å løfte frem for å belyse problemstillingen. Jeg vil også utdype ulike forståelser av kunnskap og ser deriblant på skjønnets rolle som er en sykepleiehistorisk og helsesykepleiefaglig stor del av kunnskapsforståelsen. Til slutt ser jeg nærmere på kunnskapsbasert praksis, som er blitt et krav og en kvalitetsindikator for en faglig god tjeneste, for å belyse hvordan de ulike kunnskapsformene står seg i et helsesykepleieperspektiv.

3.1 Helsesykepleiers kunnskapsramme

Helsesykepleierutdanningen styres av en nasjonal rammeplan og forskrift for utdanningen hvor kravet til tjenestens kunnskapsgrunnlag beskrives (57). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (23) er ikke lovgivende, men normerende og retningsgivende for helsesykepleieres praksisutøvelse, og dermed for den faglige forsvarligheten. Ifølge Helsedirektoratet er retningslinjen i størst mulig grad basert på beste tilgjengelige kunnskap som er veid opp mot ulike konsekvenser av tiltak, og vurdert i en kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter. (23). I kostholdsveiledningen for friske barn i det første leveåret brukes Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring som førende dokument (24). Retningslinjen støtter seg blant annet på Nordiske ernæringsanbefalinger (58), og under avsnittet om allergi står det beskrevet at foreldre bør snakke med helsestasjonen dersom de planlegger å utelate viktige matvarer fra kosten til barnet. Begrunnelsen er at dagens kunnskap ikke tilsier at man kan forebygge allergi ved å utelate allergifremkallende matvarer, med mindre allergi allerede er påvist (24). Helsesykepleiere er underlagt Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (59) som fremhever at helsesykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert, noe som tilsier at arbeidet skal forankres i forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (60).

I 2012 ble Samhandlingsreformen iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet (61). Målet med reformen er både å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og å styrke samhandlingen mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og det påpekes at flere skal få hjelp til koordinering av behandling (62). Både helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samhandling med fastlege og andre kommunale tjenester, samt med tannhelsetjenesten, fylkeskommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (63). De viser også til at foreldrene er barnets viktigste ressurs i en tverrfaglig samhandling, og for å oppnå barnets beste er samhandling også med foreldrene avgjørende (63). Dahl peker på forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (33) som stadfester at helsesykepleieres bidrag til den tverrprofesjonelle samhandlingen er å ha oversikt over helsetilstanden til barn og unger og deres familier, og faktorer som påvirker denne (64). Likevel peker Dahl på at det er usikkerhet rundt helsesykepleieres samfunnsmandat og posisjon i den kommunale organisasjonen, og da særlig knyttet til prioritering av arbeidsoppgaver grunnet uklare signaler fra system- og ledelsesnivå i organisasjonen (65). Dahl fremholder at hvis det er liten eller ingen

forståelse for helsesykepleierens rolle kan det føre til en samhandlingsbarriere, og viser til at det institusjonelle og organisatoriske nivået har en sentral rolle i å anerkjenne helsesykepleieren som en ressurs i folkehelsearbeidet (34).

Glavin og Erdal peker på at det er avgjørende med samhandlingskompetanse for at den tverrprofesjonelle samhandlingen skal fungere tilfredsstillende (63). Dahl og Almås utdyper at kompetanse til å samarbeide på tvers av profesjoner omfatter mer enn vanlig samarbeidskompetanse (34). De trekker frem kunnskap om gruppedynamikk, evne til refleksjon og kommunikasjon, kunnskap om egen og andre profesjoners rolle og ansvarsområder, og innsikt i rammeverk, lover og etisk praksis, samt fokus på brukermedvirkning som noe av kjernen i denne kompetansen.. Dahl refererer til Barr når hun sier at det er av avgjørende betydning at profesjonsutøverne utvikler den tverrprofesjonelle samhandlingskompetansen gjennom erfaring, ved å bli trygg på rollen sin og ved å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget sitt (34). Dahl viser til at det er ledelsen i de ulike profesjonene som er ansvarlige for å legge til rette for å etablere felles arenaer for den tverrprofesjonelle samhandlingen (30). San Martin-Rodriguez et.al har publisert en oversiktsartikkel hvor de har sett på hvilke faktorer som er avgjørende for den tverrprofesjonelle samhandlingen. De fant at det kreves kunnskap og vilje, en felles visjon og et felles mål, samt tillit, gjensidig respekt og kommunikasjon for at samhandlingen skal være en suksess (66).

3.2 Kunnskapsforståelse

Kunnskap omtales også som viten, innsikt og erkjennelse. Den klassiske og mest kjente definisjonen har røtter tilbake til Platon (427-347 fvt.), og omtaler kunnskap som en begrunnet sann oppfatning (67). Ifølge Nordtvedt og Grimen er vår vestlige forståelse av kunnskap i stor grad basert på den greske tradisjonen (68). Aristoteles (384-322 f.Kr.) beskrev allerede i antikken en kategorisering av kunnskap som kan minne om dagens forståelse av kunnskapsbasert praksis (69), hvor *Episteme* tilsvarer den teoretiske kunnskapen, *Techne* viser til den praktiske erfaringskunnskapen og *Phronesis* omhandler klokskap i handling som i helsesykepleien kan svare til det kliniske skjønnet (60). Aristoteles la videre vekt på de etiske sidene ved de ulike kunnskapsformene, og bruker begrepet *dygd* for å beskrive holdninger, både moralske og intellektuelle som har med våre beslutninger å gjøre (69). Dette samsvarer med praksisutøvelsen i helsesykepleien hvor man etterstreber å integrere de ulike kunnskapsformene

for å handle på best mulig måte overfor brukerne (60). Dahl beskriver i sin doktorgradsavhandling at når helsesykepleiere anvender teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap sammen med skjønn i samhandlingen med brukerne kan *phronesis* utvikle seg, bestående av verdiene og kunnskapsgrunnlaget til helsesykepleierne (37). Aristoteles' forståelse av begrepet *phronesis*, som han refererer til som praktisk dømmekraft og handlingskløkskap, ligger for mange teoretikere til grunn for deres beskrivelser og tolkninger av skjønn (70).

Utøvelsen av profesjonelt helsearbeid er innrammet av rettsregler, som sjeldent er entydige, og disse angir handlingsrommet for helse- og omsorgstjenesten (70). Innenfor disse rettsreglene både kan og skal de profesjonelle yrkesutøverne utøve et faglig skjønn (70). Begrepet *faglig skjønn* innebærer ifølge Grimen & Molander at skjønnsutøvelsen skjer i henhold til et fagfelts kjente teorier og metoder, og at det kan gis faglige/vitenskapelige begrunnelser for en beslutning (70). I tillegg til den faglige kunnskapen rammes det faglige skjønnet inn av lover og regler, etikk og verdier, moralske normer, erfaring og personlig kunnskap, brukermedvirkning og konteksten som det som skal skjønnes foregår i (70). Grimen & Molander henviser til Dworkin som refererer til skjønnet som en smultring, hvor selve ringen representerer restriksjoner og standarder fastsatt av en myndighet og hullet skal vise til handlingsrommet den profesjonelle har til å gjøre skjønsmessige vurderinger og beslutninger (71). Det skjønsmessige handlingsrommet er nødvendigvis ikke bare for å kunne utøve fleksibilitet, men for å kunne sikre helt nødvendig helsehjelp for den enkelte (70). Grimen & Molander beskriver dette handlingsrommet som sterkt eller svakt, alt etter som om rammene er vide med færre faste løsninger og stort individualiseringsbehov (*sterkt*), eller om rammene er smale med klare retningslinjer og standarder, og med få handlingsalternativ (*svakt*) (70). Dahl og Clancy beskriver at helsesykepleiere arbeider i krysningsfeltet mellom kunnskapsbasert praksis, standardiserte protokoller og retningslinjer, og kravet om brukermedvirkning, men at man ikke må miste av synet at den profesjonelle identiteten er tuftet på klinisk skjønn som en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget (47). Dahl utdyper at bruken av standardiserte protokoller og retningslinjer på den ene siden kan føre til en reduksjon i bruken av skjønnet, som igjen kan føre til mindre tilpasning av individuelle behov (37). På den andre siden kan denne bruken lede til økt profesjonalisering av helsesykepleierprofesjonen.

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen støtter seg til Løgstrup når hun fremholder at skjønnet er omveienes vei til evidensen (72). Hun beskriver hvordan profesjonaliteten kommer til syne gjennom utøvingen av skjønnet, der etikken, faglige kunnskaper, normer og refleksiviteten i

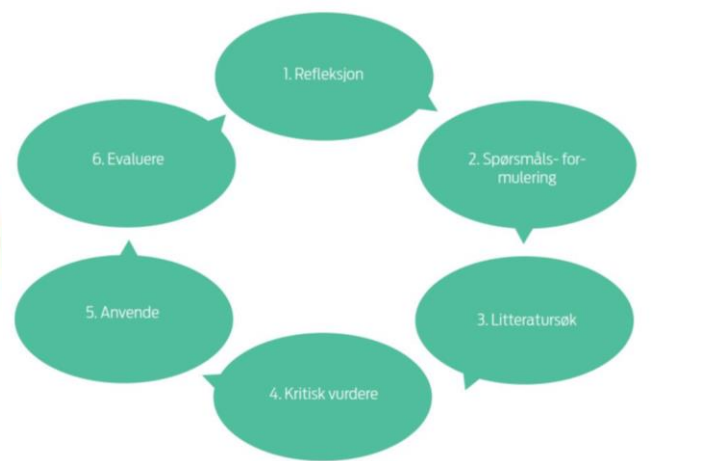
kombinasjon leder til gode og forsvarlige handlinger (70). Ifølge Martinsen må en ha distanse i forhold til egen tenkning, og i forhold til det som skal skjønnes, da skjønn er et fortolkningsarbeid som krever tid (72). Alsvåg beskriver hvordan det gode skjønn utvikles gjennom rådføring og diskusjon med medskjønnere (kollegaer) og at det kan være med på å sikre gyldighet i yrkesfellesskapet (73). Samtidig krever skjønnsutøvelsen stillhet og ettertenksomhet, og Alsvåg beskriver at skjønn står under tidspress i en hektisk yrkeshverdag, men at når skjønn får tid og rom til å utvikles blir den profesjonelle tryggere i utøvelsen av yrket (73). Clancy beskriver at det er helsesykepleierens kunnskap, erfaring og skjønn som gir handlingene hennes klokskap, og at dette ofte kommer til uttrykk i situasjoner hvor det ikke finnes klare prosedyrer eller retningslinjer, som fordrer åpenhet og reflektert situasjonsforståelse (29). Clancy beskriver skjønnsutøvelse og improvisasjon som kjennetegn på profesjonell praksis, der sanselighet er et hovedmoment som overgår bruk av manualer og prosedyrer som kan være gode hjelpemidler, men som ikke gir garanti for klok praksis (29). Hun slutter seg til Martinsen og Alsvåg ved påpeke nødvendigheten av rom for refleksjon og veiledning, og at betydningen av tenketid er essensielt for å bidra til at helsesykepleieren skjønner mer i nye møter (29).

Hanssen et.al peker på at den største utfordringen ved skjønnsbaserte beslutninger er at det forekommer beslutninger som ikke tas på et grundig faglig skjønn, men som er gjort på et utydelig og overfladisk grunnlag som «synsing» eller «slik-gjør-vi-det-her» og «slik-har-vi-alltid-gjort-det»- holdninger (70). Dette gir grunnlag for vilkårlighet, uforutsigbarhet og manglende individualisering, noe som bidrar til å svekke legitimiteten til skjønnsutøvelsen (70). Bevissthet, åpenhet og dokumentasjon på hva som ligger til grunn for de skjønnsmessige avgjørelsene bør derfor etterstrebes for å sikre faglig forsvarlighet og etterprøvnbarhet (70).

3.3 Kunnskapsbasert praksis

Evidence based practice (EBP) har de siste årene hatt økende innflytelse, både nasjonalt og internasjonalt, innen både helse- og sosialfagene og i arbeidslivet, og Kunnskapsbasert praksis er foreslått som en norsk term for begrepet (74). Begrepet har skapt diskusjoner knyttet til synet på kunnskap, og striden kan blant annet relateres til evidenshierarkiet (74). Evidenshierarkiet som ligger til grunn er fastlagt av Centre for Reviews and Dissemination (CDR) og bygger på en biomedisinsk modell hvor forskningsresultater og informasjon graderes etter

forskningsdesignets «styrke», hvor randomiserte kontrollerte studier ligger øverst og regnes som «gullstandarden», mens deskriptive studier ligger lavest rangert (74). Evidenshierarkiet tar ikke hensyn til om forskningsmetoden relateres til forskningsspørsmålet, og blant andre stiller Kari Martinsen seg kritisk til evidens som et entydig begrep, og argumenterer for at man ikke kan sette evidensbasert medisin og livsfilosofisk tenkning opp mot hverandre, men at begge metoder har sine muligheter og begrensninger, avhengig av spørsmålet som stilles, og at de heller er gjensidig utfyllende (72). Daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nå underlagt Folkehelseinstituttet, har valgt å bruke benevnelsen Kunnskapsbasert praksis som en erkjennelse av at det er nødvendig med et mangfoldig kunnskapsbegrep og ulike kunnskapsformer når grunnprinsippene fra EBP skal tas i bruk av andre fagområder enn medisin, som for eksempel i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (74). Sackett og hans kolleger står for en mye brukt definisjon hvor de beskriver kunnskapsbasert praksis som å integrere egen klinisk erfaring med den beste tilgjengelige forskningen på fagområdet, samtidig som man sikrer brukermedvirkning når avgjørelser skal tas (75). Kunnskapsbasert praksis (Figur 1) baseres altså på tre elementer; Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning, og alle disse tre elementene må sees i lys av konteksten (60).



Figur 1 Kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket.no)

Figur 2 Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Sykepleien.no)

Den forskningsbaserte kunnskapen favner i det helsefremmende og forebyggende arbeidet ifølge Dahl både sosiologisk kunnskap og kunnskap om kommunikasjon, i tillegg til den tradisjonelle evidensbaserte kunnskapen innenfor epidemiologi og klinisk forskning (60). Ifølge Kari Martinsen har den erfaringsbaserte handlingskunnskapen og skjønnnet alltid vært

sentral i det sykepleiefaglige arbeidet, og hun følger Aristoteles når hun fremholder at etikken er en viktig side ved sykepleiens phronesis (60). Brukerkunnskap og brukervedvirkning er blitt et ufravikelig krav innenfor de helsefaglige profesjonene, og praksisutøvelsen i helsesykepleien er gått over fra en paternalistisk holdning til å fokusere på brukerens ressurser og kompetanse (60). Dahl påpeker at helsesykepleierne må være seg bevisst sin maktposisjon overfor brukerne og forholde seg kritisk til den for at det skal være en reell brukervedvirkning (45). Tidspresset i tjenesten kan utfordre både brukervedvirkning og den faglige kvaliteten, og selv om helsesykepleierne må prioritere tiden og oppgavene sine hensiktsmessig, er det et lederansvar å sørge for at det er tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne utføre arbeidet i henhold til kravet om faglig forsvarlighet (60). Konteksten er relatert til kulturen og den og historiske samfunnsmessige sammenhengen som former brukerens forståelse av seg selv og andre, samt rettskilder, verdier, ressurser og politikk (74). Det er utarbeidet en modell for trinnene i den kunnskapsbaserte modellen (Figur 2), og Dahl skriver at helsesykepleiere som følger disse kan bidra til å kvalitetssikre egen praksis (60). En utdypende beskrivelse av innholdet i disse trinnene finnes på Helsebiblioteket (76).

Sollesnes påpeker i sitt vitenskapelige essay at det er utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i det helsefremmende arbeidet (74). Hun beskriver hvordan det kan oppleves motsetningsfullt å balansere vitenskapeliggjøring av praksis, som på den ene siden gir bedre faglige forankringer, men som på den andre siden kan svekke fagfolks tiltro til egen dømmekraft. Vitenskapeligjøringen kan også utfordre prinsippet om å arbeide helsefremmende, som skal basere seg i like stor grad på brukerkunnskap og brukervedvirkning som på teoretisk kunnskap og erfaringskompetanse, noe som kan føre til etiske dilemmaer (74).

4 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens forskningsdesign og forskningsmetode. Jeg gjør rede for tilgang på og innhenting av datamateriale, bearbeidelse og analyse av empirien, og til slutt utdyper jeg forskningsetiske og metodiske overveielser.

4.1 Studiens forskningsdesign

Problemstillingen karakter fordrer et design hvor man går i dybden på et fåtall kilder og et redusert antall variabler skal kartlegges, og da er kvalitative data å foretrekke (77). Studien er inspirert av den hermeneutiske forskningstradisjonen, med forståelsen i sentrum. Hermeneutikken omhandler fortolkning, og opprinnelig særlig av tekster (78). Hermeneutikken søker å fortolke for å finne frem til en underliggende mening, og meningsfulle fenomener må fortolkes for å kunne forstås (79). Jeg søker gjennom å fortolke det transkriberte intervjuet å forstå og gi mening til det deltakerne *egentlig* prøver å formidle om sine erfaringer med å arbeide med matoverfølsomhet hos barn.

Min fortolkning bærer preg av mine erfaringer og tanker, følelser og kunnskaper, i hermeneutikken kalt fordommer (80). Disse fordommene gir meg en forforståelse som blir brukt som verktøy i tolkningen. I fortolkningen pendler jeg mellom delene og helheten i et forsøk på å oppnå en så fullstendig forståelse som mulig (79, og denne dynamiske erkjennelsesprosessen beskrives som den hermeneutiske sirkel, og er det mest kjente begrepet i hermeneutisk tradisjon {Thornquist, 2003 #8). Jeg anvender den hermeneutiske sirkelen, eller spiral som den refereres til i nyere litteratur (79, 80), når jeg i analyseprosessen ser på delene for å forstå helheten, og ser på helheten for å forstå delene for å oppnå dypere innsikt.

4.2 Forforståelse

Den hermeneutiske sirkelens betydningsfullhet ligger i forforståelsen, og bevissthet på egne fordommer og egen forforståelse er sentralt hos Gadamer (81). Gadamer introduserte begrepet, og mente vi aldri kunne møte verden uten fordommer som hjelp til å finne system i det vi står overfor (82). Han understreker viktigheten av å la «saken selv» fremtre på sine egne premisser så langt som mulig. Dette er avhengig av vår intuisjon, innsikt og bevissthet på egne fordommer og forforståelse, som igjen påvirkes av våre kunnskaper, erfaringer og moralsk bevissthet (82). Malterud sier at våre erfaringer og forutsetninger som mennesker er med oss som bevisste eller ubevisste deler av vårt tolkningsgrunnlag (83).

Malterud skriver at forforståelsen ofte er en viktig del av vår motivasjon for å sette i gang forskningsprosjekter om et bestemt tema (83), så også var det for meg. Jeg har en datter på 4 år

som har levd med matoverfølsomhet nesten hele sitt liv. Hun har til tider vært ganske preget, og jeg har kjent på kroppen hva bekymring for barnets helse og utvikling kan påføre av fortvilelse, bekymring og frykt. Jeg har også gjennom min praksis både som student og som helsesykepleier møtt flere barn og familier med lignende erfaringer. Dette gav meg en bekreftelse på at jeg ikke var alene om å kjenne på dette, og at flere opplevde at det var et hull i tjenesteleveransen innenfor dette området. Samtidig kjente jeg nå på utfordringene fra den andre siden i forbindelse med veiledning til familier som kjente på de samme problemene. Jeg kjente på at det ikke var så lett å navigere kunnskapsbasert innenfor temaet matoverfølsomhet hos barn som jeg hadde trodd. Svarene var ikke lenger sort/hvite, men derimot fylt av grånyanser. Jeg har denne bagasjen med meg, den er uløselig knyttet til mitt jeg, og av den grunn ønsket jeg ikke å skrive om dette temaet. Men jo mer jeg reflekterte over det, jo mer begynte jeg å tenke at jeg burde skrive om dette temaet nettopp fordi jeg hadde denne erfaringen. Jeg hadde opplevd et område innenfor helsesykepleietjenesten som ikke fungerte, og mener at utfordringsbildet burde studeres nærmere, og noe av dette kunne jeg bruke studien til å sette fokus på.

Ved å være meg min forforståelse bevisst, og å være djevelens advokat til eget materialet har jeg prøvd å skape avstand til egen forforståelse. Ved å inneha denne erfaringen som mor gjorde jeg et bevisst valg om at jeg ønsket å intervju helsesykepleiere om deres erfaringer med temaet, og ikke gå inn i foreldreperspektivet. Jeg har opparbeidet meg mye kunnskap på området, noe som var en fordel i utarbeidelsen av relevante spørsmål i intervjuguiden, men samtidig kan det ha vært en ulempe ved at jeg besitter en del forutinntattheter. Jeg har vært bevisst på at mine personlige erfaringer, som en del av meg, kan ha påvirket intervjuguiden, selve intervjuet, og fortolkninger og sammenhenger jeg så i analysen. Jeg har derfor forsøkt å ha en gjennomgående refleksiv holdning til hvordan min subjektivitet kan ha påvirket tilgangen til feltet, utvalget, innsamlingen, analysen og resultatet. Jeg har samarbeidet nært med min veileder for å drøfte min forforståelse gjennom alle ledd av prosjektet.

4.3 Forskningsmetode

Kvalitativ metode egner seg godt til å fordype seg i menneskers erfaringer, tanker, opplevelser og samhandling, og forskeren er en aktiv del av en kunnskapsutvikling hvor man søker å utvikle nye beskrivelser eller begreper (83). Dette samsvarer godt med studiens intensjon som er å

frembringe helsesykepleieres opplevelse av eget kunnskapsgrunnlag for å forstå hvordan det innvirker på arbeidet deres med matoverfølsomhet hos barn, og denne metoden er dermed foretrukket. Kvalitativt forskningsintervju utpekte seg som relevant for å få tilgang til deltakernes tanker og erfaringer om barn og matoverfølsomhet, da formålet med denne typen intervju er å forstå sider ved deltakerens liv og leven fra hans eller hennes perspektiv (78). Selv om intervjuformen bærer preg av å være en avslappet samtale foreligger det et asymmetrisk maktforhold i kraft av at intervjueren har en agenda. Intervjueren er den som styrer samtalen ved bruk av en intervjuguide, samtalen er ikke et mål i seg selv, men et middel for å oppnå beskrivelser og fortellinger, og intervjueren har enerett på å fortolke (78). Kunnskapen som produseres skapes av samspillet mellom intervjuer og deltaker, og den privilegerte tilgangen på andre menneskers tanker og følelser bør forvaltes med ærefrykt og integritet (78). Et semistrukturert dybdeintervju enkeltvis med hver deltaker ble foretrukket fremfor fokusgruppeintervju, og begrunnelsen er todelt. Jeg var ute etter hver deltakers erfaringer med å jobbe med barn med matoverfølsomhet, og jeg ønsket at de fritt kunne fortelle om sine opplevelser uten å sammenligne seg med andre som kanskje hadde mer og bredere erfaring. Målsetningen lå i å få frem om det var noen forskjeller i praksis, og jeg var bekymret for at noen ikke ville fortelle om sine metoder i frykt for å fremstå som dårligere rustet i sitt arbeid. Den andre hovedgrunnen lå i at jeg er uerfaren som intervjuer, og jeg var usikker på om jeg ville klare å strukturere gruppen på en slik måte at alle fikk bidratt med sitt, at gruppedynamikken ble god, og at jeg ville klare å skille hvilke spor som var viktig å forfølge og ikke blant flere som snakket samtidig. Fordelen med et fokusgruppeintervju kunne vært at bevisstheten rundt ulik praksis stimulerte til videre redegjørelser og refleksjoner som kunne vært nyttig for å belyse problemstillingen.

4.4 Utvalg

Problemstillingens karakter som etterspør helsesykepleieres praksisutøvelse, tilsier at det måtte gjøres et strategisk utvalg (79). I dette tilfellet ønsket jeg å undersøke helsesykepleiere sine erfaringer som gruppe, og kriteriet innenfor denne gruppen var minimum 3 års erfaring fra helsestasjon. Jeg ønsket å intervju 4-6 helsesykepleiere, dette for å ha nok deltakere til kunne trekke noen linjer, men samtidig ikke for mange til at jeg ikke kunne gå i dybden i analysen av hvert enkelt intervju. Jeg sendte ut forespørsel på e-post til enhetsledere for

helsesykepleietjenesten (Vedlegg 1) i 4 store kommuner, i høvelig reiseavstand. Dette representerte et såkalt tilgjengelighetsutvalg. Disse fire kommunene omtaler jeg som pulje 1. Når det var gått enda litt tid sendte jeg ut forespørsler til syv nye kommuner på e-post, disse referer jeg til som pulje 2. Alle disse kommuner tilsa langt større reiseavstand, noen bare med fly, og disse representerte ikke lenger et tilgjengelighetsutvalg. Etter at de siste forespørslene gikk ut fikk jeg den første deltakeren til studien, og jeg sendte så ut en påminnelse per e-post til pulje 1. Dette gav en deltaker til, samt at det meldte seg en deltaker fra en kommune i pulje 2. Etter dette ble studiens problemstilling spisset for å se om det ville bidra til flere deltakere, og jeg gikk nå bort fra kravet om 3 års erfaring for å kunne favne enda bredere. Ytterligere to deltakere fra pulje 1 meldte seg, jeg hadde nå totalt 5 deltakere. De øvrige deltakerne ble kontaktet og gitt beskjed om endringene, og de ønsket å bidra til studien selv om problemstillingen ble endret etter at de takket ja til å delta. Deltakerne jobbet i 4 ulike kommuner med stor geografisk avstand, og hadde varierende grad av erfaring som helsesykepleier. Det ble sendt ut informasjonsskriv om studien til deltakerne, inkludert en samtykkeerklæring om deltakelse i studien og bruken av datamaterialet (Vedlegg 2).

4.5 Utførelse av intervju

Jeg valgte for denne studien å utføre semistrukturerte forskningsintervju, ansikt til ansikt. Dette på bakgrunn av at jeg ikke hadde erfaring med å intervju, og jeg ønsket ikke å gå glipp av noen dimensjoner som kunne gi ekstra dybde i intervjusituasjonen, som ansiktsmimikk og kroppsspråk. Jeg var også usikker på om jeg ville klare å holde intervjuet i gang like lenge på telefonen som når jeg satt foran deltakeren. Jeg lot det være opp til hver deltaker å avgjøre hvor og når intervjuet skulle finne sted. Det eneste kriteriet jeg la til grunn var at vi kunne prate uforstyrret og med minst mulig bakgrunnsstøy slik at det ikke påvirket opptakskvaliteten. Deltakerne hadde på forhånd samtykket til at intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Alle deltakerne ønsket å bli intervjuet på sin arbeidsplass, og intervjuene ble gjennomført på kontoret til hver enkelt. Intervjuene hadde en varighet fra 40 minutter til godt over en time.

Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 3) med mest mulige åpne spørsmål for å få deltakerne til å reflektere og fortelle om sin erfaringer med barn med matoverfølsomhet. Jeg startet med noen enkle innledningsspørsmål, hvor hensikten var at deltakerne skulle oppleve situasjonen som trygg og håndterbar (84). Jeg gikk så over til refleksjonsspørsmålene, hvor

målet var at deltakerne skulle komme med sine fortellinger og beskrivelser. Herunder hadde jeg noen oppfølgingsspørsmål klare i intervjuguiden for å kunne utdype og utbrodere de ulike svarene (84). Underveis i intervjuene benyttet jeg meg av dialogisk validering der det var hensiktsmessig for å avklare om jeg hadde oppfattet det de prøvde å formidle, og at vi hadde en felles forståelse av sammenhengen (83). Jeg opplevde gjennom alle fem intervjuene at intervjuguiden ikke fullt ut fanget opp det som var mest interessant å snakke om for deltakerne. De mest omfangsrike svarene og refleksjonene var rundt hvordan de arbeidet med dette temaet og hva de opplevde som mest utfordrende. Dette kom de stadig tilbake til, og jeg opplevde det som «tvungent» å konstant prøve å sirkle tilbake til temaet livskvalitet. I intervjusituasjonene kjente jeg på frustrasjon over at jeg ikke klarte å få deltakerne til å utbrodere det som var tema for studien, selv om jeg var takknemlig for et så omfangsrikt datamateriale. Det som kom frem i intervjuene ble medvirkende til at problemstillingen ble endret fra å ha fokus på livskvalitet, til å se nærmere på kunnskapsgrunnlaget til helseesykepleiere og deres rammer for praksis.

4.6 Transkribering

Intervjuene ble gjort i løpet av et kort tidsrom, og det gikk derfor noe tid før jeg kom i gang med transkriberingen. Jeg har selv transkribert alle rådata, og dette var en svært nyttig erfaring, i tillegg til at det gav meg sjansen til å gjenoppleve intervjusituasjonen flere ganger da hvert intervju er avspilt utallige ganger. Kvaliteten på lydopptakene var svært gode da det var lagt føringer for dette på forhånd. Jeg har valgt å transkribere på bokmål for å unngå at særegne dialekter hos deltakerne svekker anonymiseringen. Jeg var bevisst at ved å ikke bruke dialekt som skriftspråk kunne særegne dialektord gå tapt og det kunne føre til at en dimensjon ved intervjuet ble svekket. Ved at jeg gjennomførte intervjuet og transkripsjonen selv søkte jeg å redusere dette til et minimum, og jeg var ekstra observant overfor dialektiske særord som kunne være av betydning. Jeg har også valgt å beholde alle småord, pauser og latter for å prøve å transkribere så detaljrikt og nært det muntlige språket som mulig. Alle deltakerne fikk pseudonymer som ble beholdt gjennom hele prosessen for å sikre anonymisering, og for å kunne sitere direkte fra senere. I etterkant av transkriberingen ble alle intervjuene hørt på igjen med transkripsjonsteksten foran meg, for å kvalitetssikre at jeg hadde fått med meg alt.

4.7 Analyse av data

Jeg har for denne studien valgt å bruke Malteruds Systematiske tekstkondensering (STC-metoden), som beskrives som en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (83). Fordelen med denne metoden er at man starter ut med et begrenset antall foreløpige temaer, noe som gjør det oversiktlig og håndterbart når man skal analysere for første gang.

I analysens første trinn handler det om å få et helhetsbilde, legge bort alt man tror man vet, ha problemstillingen i fokus og unngå trangen til å systematisere (83). Jeg startet med å lese gjennom alle intervjuene og skrev ned noen foreløpige tanker som en oppsummering. Allerede på dette trinnet så jeg at mye av datamaterialet ikke kunne sees direkte opp mot problemstillingen, og begynte å gjøre meg noen tanker om å endre denne. Så leste jeg hvert intervju mer inngående, og noterte meg noen foreløpige temaer for hvert intervju. Jeg satt da igjen med 7 foreløpige temaer som fikk hvert sitt navn, ingen av disse var linket spesifikt opp mot livskvalitet.

På det andre trinnet går man fra foreløpige temaer til meningsbærende enheter. Dette er en prosess hvor man først samler seg om noen reviderte foreløpige temaer, før man inngående forsøker å identifisere meningsbærende enheter som kan tenkes å belyse problemstillingen (83). Jeg leste nå hvert intervju grundig og systematisk, gikk bredt ut med å markere i teksten det jeg oppfattet som meningsfullt, og som kunne bære med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. Samtidig begynner systematiseringsprosessen, og de reviderte temaene gjøres om til kodegrupper som skal representere ulike sider av problemstillingen. Jeg valgte å ikke lage kodegrupper etter hvert intervju, men etter å ha markert meningsbærende enheter i alle intervjutekstene. Dette ga meg bedre oversikt, og det gjorde det lettere å finne felles koder. Jeg endte opp med 4 kodegrupper som jeg anså som gjensidig utelukkende, og begynte nå å få en del meningsbærende enheter som ble lagt til side. Jeg tok med meg tankene fra første trinn om at problemstillingen kanskje måtte endres, og de ble styrket underveis på dette trinnet.

Tredje trinn omhandler kondensering, og man går dypere inn i materialet, og abstraherer meningsinnhold fra kodene (83). Før man kondenserer sorteres kodegruppene videre inn i subgrupper som skal nyansere problemstillingen ytterligere, og subgruppen er analyseenheten. Jeg konstruerte kriterier for hver subgruppe for at de skulle være mest mulig gjensidig utelukkende. Enda flere meningsbærende enheter ble forkastet på dette tidspunktet, enten fordi de var dobbelt opp, fordi de ikke passet kriteriene eller fordi de ikke ga noen svar. Målet var å

løfte frem informantenes stemmer. Etter å ha gjennomgått analyseprosessen så langt innser jeg at funnene ikke kan svare på problemstillingen, og at jeg må trekke meg helt tilbake. Det er tydelig at funnene handler om noe annet, og at jeg må endre retning. Jeg konferer med min veileder og vi blir enige om å la den opprinnelige problemstillingen falle, men at jeg fortsetter analyseprosessen der jeg er og lar funnene snakke for seg selv, og bygger en ny problemstilling ut fra det. Jeg tar for meg hver enkelt subgruppe, går gjennom alle meningsbærende enheter og sjekker om de passer inn i en annen gruppe. Når jeg var fornøyd med alle subgruppene konstruerte jeg et kondensat, som er et kunstig sitat. Teksten utgjorde nå en felles stemme for alle deltakerne, med uttrykk og elementer som representerte de alle. Jeg går gjennom alle meningsbærende enheter som ikke er inkludert i sitatet, og sjekker om de skal forkastes eller tas med, og til slutt konstruerer jeg 2-3 gullsitat som skal illustrere det abstraherte, per subgruppe.

I analysens fjerde og siste trinn skal det skapes en analytisk distanse, og gjennom rekontekstualisering skal det som er sammenfattet danne grunnlag for nye beskrivelser og begreper (83). Jeg transformerte kondensatene til analytisk tekst. Jeg gikk gjennom alle de forkastede meningsbærende enhetene for å dobbeltsjekke at ingen viktige elementer ikke ble inkludert i analysen. De 4 kodegruppene er nå blitt til 3 hovedkategorier hvor subgruppene er blitt til underkapitler. Navnene representerer funnene gjort i de gjeldende hovedkategorier og underkapitler.

4.8 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet har fulgt prinsippene til Helsinkideklarasjonen (85), og bestemmelsene i Personopplysningsloven (86) og Forskningsetikkloven (86). Prosjektet har gjennom intervjuene innhentet personopplysninger, og var meldepliktig til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 4). I prosjektbeskrivelsen til NSD fremkommer det hvordan personopplysningene blir ivaretatt under og etter arbeidet med forskningsstudien. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv og et samtykkeskjema som fortalte om prosjektets overordnede mål, hovedtrekkene i studiedesignen, datainnsamlingen og hvordan dataen skulle håndteres etterpå, hvem som har tilgang til materialet og hvordan materialet er tenkt publisert. Det fremkom tydelig at deltakerne kunne trekke seg uansett tidspunkt og uten konsekvenser, og dette ble også formidlet i intervjusituasjonen.

Datainnsamlingen er preget av nærhet, og dette krever gjensidig tillit og respekt. For å skape pålitelig og gyldig kunnskap var det essensielt at jeg hadde en viss distanse, og viste nøkternhet overfor det deltakerne fortalte (83). Jeg klargjorde min rolle slik at den var tydelig definert for informantene. Når det gjaldt min egen forforståelse ble ikke den fremlagt for deltakerne i forkant av intervjuene av den grunn at jeg ikke ville påvirke deres fortellinger, og fordi de skulle slippe å føle at de måtte veie ordene sine på bakgrunn av at jeg også var forelder til et barn med matoverfølsomhet. Det var likevel to deltakere som spurte meg direkte om jeg hadde personlige erfaringer med temaet, en spurte før intervjuet og en spurte etter at intervjuet var ferdig. Dette svarte jeg bekreftende på, da intensjonen med å ikke fortelle dette selv i forkant, ikke var å tilbakeholde informasjon. Det er mulig dette påvirket intervjuet hvor dette ble fortalt i forkant, samtidig viste det seg at denne deltakeren også hadde personlige erfaringer, og dette førte til noen refleksjoner som kanskje ikke ville kommet frem dersom vi ikke oppdaget denne felles erfaringen.

En intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse ifølge Kvale og Brinkmann (78), hvor etiske problemstillinger preger hele forløpet. Jeg har hatt etiske betenknninger omkring endring av retning for oppgaven, og da særlig med tanke på at deltakerne ble forespeilet og intervjuet i forhold til en annen vinkling på matoverfølsomhet enn den retningen jeg har tatt oppgaven i. Jeg er innforstått med at jeg kunne fått andre funn hvis jeg hadde gått ut med denne problemstillingen i starten, og utarbeidet en intervjuguide tilpasset denne. Samtidig var det ikke det som var min hensikt med denne oppgaven, og jeg endret retning på bakgrunn av informasjon som ble tildelt meg. På en annen side kan det kanskje ha vært en fordel at vi ikke hadde fokus på kunnskap i intervjusituasjonen, da dette kanskje kunnet medført mer hemmede refleksjoner, da kunnskap og erfaringer kan oppleves ganske personlig. I tillegg kan det være vanskelig å være bevisst på alle former for kunnskap og verbalisere dette i en intervjusammenheng. Dette har jeg diskutert mye med min veileder. Vi kom frem til at ved at jeg la bort mitt utgangspunkt og forfulgte det som virket viktig for deltakerne, og har forsøkt å løfte frem refleksjoner som er kommet i forbindelse med samme tema, ikke har overskredet en etisk grense overfor deltakerne og at mine resultater best kunne belyse problemstillingen som til slutt ble valgt. I publiseringen av materialet har jeg forsøkt å fremstille deltakerne på et respektabelt og redelig vis, og kravet til anonymisering og personvern overholdes også i publiseringen.

4.9 Metodiske overveielser

Metode kan beskrives som veien til målet, og metoden som anvendes i forskningen skal gi troverdig kunnskap (79). For at dette skal oppnås må kvalitetsindikatorerne validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og overførbarhet (generiserbarhet) oppfylles (84).

Validitet er ifølge Kvale og Brinkmann i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, og bruker man denne definisjonen kan kvalitativ forskning gi gyldig og vitenskapelig kunnskap (78). Kvale og Brinkmann hevder videre at validitet ikke bare henspiller på om man har valgt riktig metode til å svare på det man ønsker å undersøke, men at det også henspiller på forskerens moralske integritet og utøvelsen av praktisk klokskap (78). Å validere ens forskningsprosjekt bør fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen (78). Dette kan man gjøre ved å utvikle motforestillinger og argumenter til sine beslutninger og tolkninger i forhold til andre muligheter ifølge Malterud (83). Ved å gjøre dette utviser forskeren refleksivitet, og det gjenspeiler at man har avklart muligheter, begrensninger, konsistens og relevans for den veien man har valgt (83). Jeg har forsøkt å validere denne studien ved å utvise en logisk utledning fra teori til problemstilling, at metoden jeg har valgt å bruke for kunnskapsproduksjon samsvarer med problemstillingen, og jeg har forsøkt å ha en på-stedet-kontroll i intervjusituasjonen ved å anvende dialogisk validering når noe var uklart. Jeg har også valgt å transkribere så nært det muntlige språket som mulig, og jeg har jobbet nøye med å stille gyldige spørsmål til intervjueteksten og derfra utlede logiske fortolkninger. I analyseprosessen er det lagt vekt på å dekontekstualiseringen ble etterfulgt av rekontekstualisering for å sikre gyldigheten også innenfor den rammen. Jeg har vært i kontinuerlig dialog med min veileder som har hjulpet med å stille kritiske spørsmål til alle ledd i prosessen. Denne tesen er etter gjennomført valideringsprosess ment å gi en valid beskrivelse av hovedfunnene i studien.

Reliabilitet viser til hvor pålitelig resultatene er, og innenfor kvalitativ forskning baseres mye på fortolkende forskningstradisjoner, noe som vil si at fullstendig nøytralitet ikke kan oppnås (84). Likevel ansees den vitenskapelige reliabiliteten som god hvis resultatene fra den reproduseres av andre forskere på andre tidspunkt (78). Innenfor dette paradokset vender man ofte fokuset på forskerens pålitelighet. Dette omhandler nødvendigvis ikke at dersom andre forskere kommer frem til et annet resultat på et senere tidspunkt ugyldiggjør det funnene til den første forskeren. Det handler om å gjennomgå forskerens pålitelighet gjennom prosessen som

utledet til de aktuelle funnene i første omgang, og kunne konkludere med at det ikke forelå noen upålitelige vurderinger til grunn for valg som ble tatt. Å sikre forskerens reliabilitet sikrer studiens reliabilitet. Dette kan blant annet gjøres gjennom å redegjøre for egen forforståelse, noe som viser hva man hadde med seg inn i studien før den ble påbegynt. Jeg har redegjort for min forforståelse, og denne gjennomsiktigheten er ment å styrke studiens reliabilitet. Forskeren må for å styrke reliabiliteten også kunne vise til hvilken betydning studien har i forhold til vitenskapelig viten som foreligger fra før, og hvilken ny erkjennelse denne studien tilføre (83). Det krever at man er godt kjent med litteraturen på feltet for å kunne klargjøre hva som sammenfaller og avviker med denne studiens resultater (83). Jeg har i kapitlet om tidligere forskning vist til relevante studier for å belyse hva som finnes innenfor mitt tema fra før, og hvor min studie plasseres i forhold til dette. I kapitlet om sentrale teoretiske perspektiv er det klargjort hvilke teorier jeg har valgt å se studiens funn i forhold til.

Overførbarhet henger sammen med spørsmålet om reliabilitet, og sier noe om hvilken betydning funnene har for å gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger (83). Malterud henviser til Aha-effekten, hvor en annen forstår mer om sitt eget ut fra hva jeg har gjort, og hevder at dette er en god kvalitetsindikator på overførbarhet (83). Målet med denne studien er at den skal gi ny innsikt for helsesykepleiere som yrkesgruppe, og ikke bare for de som var med i studien, som kan bidra til nye refleksjoner rundt egen praksis i arbeidet med barn og matoverfølsomhet.

5 Funn

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av funnene jeg kom frem til gjennom analysen av datamaterialet. Funnene presenteres gjennom følgende tre ulike hovedkategorier;

1. Likt tilbud – ulik tilnærming
2. Avgrensning av kunnskapsområdet og individuelle tolkninger
3. Ensidig og utfordrende samhandling

Alle underkapitlene inneholder sitater fra deltakerne som skal understreke den opprinnelige meningen de utgikk fra.

5.1 Likt tilbud – ulik tilnærming

Alle deltakerne i studien hadde i løpet av sitt yrke som helsesykepleier hatt barn med matoverfølsomhet under sin oppfølging, og deltakerne hadde varierende grad av ansiennitet og yrkeserfaring fra tidligere jobber. Deltakerne var opptatte av individualitet som hovedprinsipp i sin tilnærming til barna og deres familier. Det ble understreket av flere deltakere at selv om det ligger føringer i helsestasjonsprogrammet for hva som skal tas opp, og når, i de ulike konsultasjonene, er det til enhver tid det barnet og familien har behov for som skal være i fokus. I dette avsnittet beskrives det hvordan ulike aspekter innenfor matoverfølsomhet hos barn krever en individuell tilnærming, og hvordan helsesykepleierne går frem i denne tilnærmingen.

5.1.1 Helsesykepleierne «tuner» seg inn

Deltakerne forteller om stor variasjon i hvordan ulike familier håndterer usikkerhet, utredning, eventuell diagnose, og hvordan de klarer å tilpasse livet med matoverfølsomhet i familien. De fleste deltakerne beskrev likevel et fellestrekk, og det var tidspunktet rundt diagnosen, som en utfordrende tid for de fleste familiene.

«Spesielt til å begynne med når de får vite at barnet har matoverfølsomhet så er det mye å sette seg inn i. Ja, det er jo en stor ting til å begynne med, å studere på butikken, hva er det som er i mat?» (Deltaker A)

Sitatet beskriver hvordan foreldre må omstille seg og tilegne seg nye kunnskaper for å kunne tilberede mat til familien, og hvordan en ny bølge legges på dere skuldre når deres barns ve og vel avhenger av at de tilegner seg denne kunnskapen, og klarer å nyttiggjøre seg av den. I denne fasen kjente deltakerne på at det var viktig å fremme tilbud om å bidra med kunnskap og støtte;

«Jeg er lett tilgjengelig, det er bare å ringe meg på mobilen når som helst liksom» (Deltaker A)

En annen deltaker beskrev det slik;

«Noen kan jo kjenne på at det blir for mye, at de ønsker at vi kan ta fra de noe av den bølgen fra skuldrene. At nå skal jeg følge opp, så kan de konsentrere seg om andre ting» (Deltaker C).

Erfaringene deres tilsa at de ble tryggere og klarte å senke skuldrene litt etter hvert som de ble vant til situasjonen. Helsesykepleierne brukte tiden aktivt som virkemiddel i veiledningen for å

bevisstgjøre foreldrene om at dette var en tidkrevende prosess, men at de ville komme til å oppleve mestring etter hvert. Deltakerne vektla evnen foreldrene hadde til å tenke positivt og gjøre det beste ut av en situasjon som avgjørende. Dette utgangspunktet gjorde at helsesykepleierne prøvde å «tune seg inn» på hver enkelt familie, og ikke bare handlet ut fra det behovet foreldrene beskrev at de hadde. De også forsøkte å se hva som eventuelt lå bak deres tanker, meninger og holdninger for å sikre god oppfølging av barnet og familien rundt.

For mange foreldre vil det at barnet får en allergi eller intoleranse innebære at de lever med stor bekymring og et økt kontrollbehov, da de er redde for at de selv eller andre skal gi barnet noe det ikke tåler, og konsekvensene av det.

«De som har hatt unger som tåler alt, de slipper på en måte den ekstra belastningen og bekymringen» (Deltaker D).

Sitatet underbygger erfaringen deltakerne hadde om at å få diagnosen matoverfølsomhet innebar å leve med økt bekymring og var en tilleggsbelastning, men det var veldig forskjellig fra familie til familie hvor mye det påvirket. Mange foreldre hadde behov for å diskutere denne bekymring med fagpersoner, og deltakerne opplevde at dette var noe de kunne bistå med. Deltakerne vektla viktigheten av å kartlegge hvor stor bekymring foreldrene hadde, og hvilken innstilling de hadde, da dette spilte en stor rolle i deres analysen av oppfølgingsbehov. Kartlegging av bekymring og engstelse hang sammen med om familiene følte de hadde kontroll over den nye livssituasjonen;

«Det er å spørre foreldrene rett ut, hva ønsker dere? Hvilke behov har dere nå for at situasjonen skal være best mulig for dere?» (Deltaker C).

Hvis kartleggingen viste at barnet vokste og trivdes, at foreldrene visste hva de skulle gjøre og ikke, ble det ikke viet stor plass i konsultasjonene, for det var som en deltaker uttrykte det;

«Vi må først og fremst få tak på utfordringene» (Deltaker E).

Dette ble gjort gjennom å undersøke om det var noen misforståelser, om de hadde forstått behandlingen som legen hadde anbefalt, om de fulgte behandlingsopplegget og dietten. Deltakerne fant på denne måten ut om det var noen som måtte hankes litt inn, om de hadde misforstått, om det var mangel på kunnskap eller om de ikke tok det nok på alvor. Deltakerne var også opptatte av hvor foreldrene innhentet informasjon fra, og de var påpasselige med å bevisstgjøre de på å være kildekritisk og forholde seg til kunnskapsbasert informasjon;

«Prøver sånn generelt å si til alle familiene at vær obs på det dere leser på nett. Det er mye synsing, forhold dere til kunnskapsbasert. Vi har en viktig rolle for å informere om at man bør være kritisk» (Deltaker C).

Et annet hovedtrekk alle deltakerne la vekt på i forbindelse med intervjuet var betydningen av nettverket familiene hadde rundt seg. Deltakerne erfarte at når en familie opplevde tilleggsutfordringer vokste betydningen av dette nettverket i takt med utfordringene, og deltakerne forsøkte å få rede på dette så tidlig som mulig i møte med familiene. Flere deltakere tok opp at de hadde møtt familier som var svært fortvilte fordi deres nærmeste bagatelliserte diagnosen, dette medførte mye konflikter og frustrasjon, og det gjorde at de ikke brukte nettverket sitt like mye som de kanskje trengte. De som hadde lite eller ingen nettverk rundt seg ble oppfattet som ekstra sårbare, og ble lagt på minne som noen man skulle «passe litt ekstra på».

«Hvis de står helt alene, så kan det være veldig strevsomt og de opplever at de ikke har noen støtte rundt seg» (Deltaker B)

Å få kartlagt hvordan familiene levde med diagnosen i hverdagen bidro til å avdekke hvor mye bekymring familiene levde med, om diagnosen hemmet de fra å leve sitt normale liv på noen arenaer, og om de hadde gode støttespillere rundt seg som kunne bidra. Avdekkingen av alle disse aspektene var av stor relevans, og disse ble veid opp imot hverandre når deltakerne gjorde seg opp en mening om hvor mye oppfølging og støtte de mente var nødvendig i hvert enkelt tilfelle.

5.1.2 Helsesykepleierne er i posisjon for å utgjøre en forskjell for familier med matoverfølsomhet

Veiledning er helsesykepleiernes fremste arbeidsmetode. En deltaker vektla måten man veiledet på;

«Man må være litt ydmyk overfor foreldrene, og sjekke hva kan de fra før? Og hva trenger de? Det å være litt sånn spørrende og høre med dem, er det greit at jeg forteller litt om det her?» (Deltaker A).

Samtidig som det var viktig å gjennomføre veiledningen på en god måte, var det flere deltakere som påpekte at man heller ikke måtte vike unna å veilede dem hvis de så at de kunne gjort ting litt annerledes. Som en deltaker sa;

«Man tar tak i det tidlig hvis man ser at det er noe som utvikler seg i feil retning» (Deltaker D).

Sitatet viser en ansvarsbevissthet rundt den faglige forsvarligheten som yrket krever. Likevel er det situasjoner som utfordrer helsesykepleierne, hvor de ikke får utvist handlinger de mener ville vært det mest forsvarlige;

«Vanskelig hvis det er familier som ikke ønsker veiledning. Hvor man ser at dere trenger veiledning, dere trenger å komme på de ekstra konsultasjonene vi tilbyr, så kommer dem ikke. Det undrer vi jo oss over da. Man kan jo ikke gjøre noe annet enn å motivere, men det er fryktelig vanskelig fordi man så gjerne ønsker å gi den hjelpen og veiledningen» (Deltaker C).

Uttalelsen peker på en av de største utfordringene til lavterskel-tilbud, situasjoner hvor man ser at det er behov for hjelp og veiledning, men hjelpen ønskes ikke. Muligheten til å etter hvert kunne få tilgang til å hjelpe gjorde at mange fortsatte å motivere. En annen deltaker støttet dette, og understreket alltid at familiene kunne ta kontakt når som helst mellom konsultasjoner, for stort eller smått. Deltakeren mente også at det var viktig at foreldrene opplevde mestring, og brukte denne innfallsvinkelen;

«Støtte de på at de er gode foreldre, og bekreftet det de gjør bra» (Deltaker D).

Fordelen med dette lavterskel-tilbudet er at det er vel etablert, er synlig og har stor tillit i befolkningen. Helsesykepleierne møter nesten alle barn og foreldre gjennom helsestasjonsprogrammet, spesielt det første halvannet året, og det er mange ulike temaer man skal innom i løpet av konsultasjonene. Dette ga deltakerne rom for å danne seg et greit bilde på hvordan familiene hadde det, så fremst at man fikk til en åpen og ærlig dialog;

«Vi er litt avhengig av at de gir oss litt hint om at det ikke er helt bra. Vi er vant til å spørre og grave litt. Så vi leser i journalen, og vi spør. Vi er ganske flink til å følge opp det som har vært tidligere. Og så er vi ganske god på å se på folk om de ikke har det så bra» (Deltaker D).

Et annet viktig aspekt i møtet med barn og familier med ekstra utfordringer var bevisstheten rundt å ikke bare fokusere på det negative, det som var tungt og vanskelig, men å løfte frem det som var friskt og bra. Her var det en utfordrende balansegang mellom å normalisere og positivt fremsnakke, og å stå i forståelsen at dette kunne være strevsomt og slitsomt for både foreldre

og barn. Mange av deltakerne hadde gode erfaringer med å introdusere støttegrupper for familiene, som for eksempel Astma og Allergiforbundet;

«Godt å ha et fellesskap med noen som har noe av det samme, de lærer masse og får masse tips. Det blir et skjebnefellesskap, der man deler kunnskap og får erfaringer» (Deltaker D).

Selv om deltakerne var opptatte av å bidra med råd og veiledning og henvise videre ved behov, anerkjente de at dette var en gruppe barn som ikke alltid var i fokus;

«Det handler kanskje om at det er så vanlig på et vis. Man blir kanskje mer obs på de uvanlige tingene, og tenker at her må vi sette i verk ting. De mer vanlige tingene tenker man kanskje ikke så godt over at kan påvirke familiene i like stor grad» (Deltaker E).

Ved å kartlegge familienes individuelle forutsetninger og behov fikk deltakerne en innsikt i hvordan de best kunne bidra i hver enkelt familie, og det individuelle perspektivet som deltakerne forfektet ga gjenklang gjennom hele kartleggingsprosessen. Ved å være forberedt, observant, ved å lytte, spørre og vurdere ga dette helsesykepleierne grunnlag for å foreta individuelle vurderinger av behovet for oppfølging for hver familie. Der deltakerne erkjente at de ikke kunne møte behovene familien hadde, kunne de hjelpe de ved å henvise de videre. Som lavterskel-tilbud med hyppige konsultasjoner i barnets to første leveår ville de uansett holde kontakten med familiene, og kunne dermed fortsette å veilede og støtte dem sammen med andre instanser. Ved å utvise omsorg og etterstrebe stor grad av tilgjengelighet kunne de bidra til å gjøre en forskjell for familiene med matoverfølsomhet.

5.2 Avgrensning av kunnskapsområdet og individuelle tolkninger

Noe av det som utmerket seg tidlig i samtalen med deltakerne om deres arbeid med matoverfølsomhet, var det uttrykte behovet for økt kunnskap og ønsket om en tydeligere avgrensning innenfor kunnskapsområdet. Deltakerne forteller om et hurtigendrende fagfelt som utfordrer behandlingsbegrepet i forhold til forsvarlighetsprinsippet, og som dermed stiller store krav til bruk av skjønn i møte med disse barna. De utvalgte sitatene understreker dilemmaene helsesykepleiere står overfor i sin arbeidshverdag.

5.2.1 Mat som behandling er en gråson

Deltakerne beskriver et økt fokus på matallergi og intoleranse i samfunnet, og de har en opplevelse av at den generelle kompetansen blant folk flest er stor. Det var konsensus om at deres virkeområde lå innenfor det generelle; de skulle ikke være spesialister innenfor noen områder. Flere understreket at de hadde en grunnkompetanse innenfor ernæring. Likevel var det flere som trakk frem at det var vanskelig å tilkjenne manglende spesialkunnskap overfor foreldrene, de opplevde en forventning og tiltro som de ikke alltid kunne imøtekomme. En deltaker beskrev det slik;

«Jeg kjenner av og til at jeg føler at de kan mye mer enn meg. At jeg kommer til kort rett og slett. Og i hvert fall de som har vært utredet i spesialisthelsetjenesten og fått en god del informasjon, og så kommer de til oss rett etterpå, og så bare nei, det visste jeg faktisk ikke. Man føler seg jo nesten litt sånn flau. Men vi kan jo ikke vite alt. Men det kan være en utfordring» (Deltaker C).

Ønsket om å fremstå som trygg og kunnskapsrik i jobben, og ønsket om å hjelpe overgikk i dette tilfellet kjensgjerningen om at informasjonen som behøvdes var spesialkunnskap. Flere av de andre deltakerne beskrev lignende opplevelser. Selv om de forfektet budskapet om en generell kompetanse, kjente de på en utilstrekkelighet over å ikke kunne bidra med mer kompetanse der det var etterspurt av foreldrene. Her påpeker en av deltakerne det som opplevdes som kjernen i dilemmaet;

«Så det jeg synes blir utfordrende er hva skal jeg kunne om dette? Hvor mye skal jeg kunne om dette EGENTLIG, hva er mitt bord og hva er spesialisthelsetjenesten sitt bord? Vi skal henviser hvis vi tenker at det er noe som tilhører spesialisthelsetjenesten. Samtidig så trenger de at man hjelper de akkurat NÅ! Hva skal vi gjøre NÅ?» (Deltaker E).

Sitatene viser til at de som helsesykepleiere er førstelinjen til mange småbarnsforeldre som trenger hjelp når barnet plages, og at de ofte får problemstillingen i fanget først. Selv om man etter en kartlegging vurderte at man måtte koble på fastlege og eventuelt henviser videre til spesialisthelsetjenesten, var det som regel noe ventetid før dette lot seg gjøre. Ingen av deltakerne hadde, eller kjente til, kartleggingsverktøy eller retningslinjer å forholde seg til når de møtte på matoverfølsomhet hos barn. Ernæring er et av kjerneområdene til helsesykepleierne, og deltakerne kjente på et behov, en forventning og et ønske om å formidle

råd og veiledning innenfor dette. Flere av deltakerne trakk frem at det var de som fulgte familiene tetttest, så det var naturlig at de var involvert selv om de ble henvist videre.

Flere deltakere påpekte at det var mange vanskelige vurderinger å ta hensyn til når det gjaldt matoverfølsomhet, og særlig hvis man hadde flere allergier og/eller intoleranser kompliserte det vurderingen da det kunne gi mange ulike symptomer. Disse utfordringene vanskeliggjorde det å finne ut hva hvert enkelt barn hadde behov for, og de fleste deltakerne uttrykte forståelse og til en viss grad lettelse over at dette var en legeoppgave å finne ut av. Samtidig var det ikke så lett å stå i situasjonen når svært fortvilte foreldre kom med spedbarn som helt tydelig hadde store plager, og ønsket råd og hjelp. En deltaker fortalte dette;

«Små spedbarn, kjempeurologie.. Der man har prøvd seg frem til forskjellige ting, og så kommer man frem til å prøve erstatninger for eksempel. Der foreldrene bare «Åh, det var det jeg trengte å høre! Jeg trengte bare å få den bekreftelsen fra deg, for jeg har jo tenkt på det selv, men ikke turt å ta det skrittet»» (Deltaker C).

Sitatet viser at helsesykepleiere kommer i situasjoner hvor de blir satt i et forsvarlighetsdilemma. Å vite, men ikke agere. Her kan de enten henvise familiene videre til fastlege, med en viss ventetid, eller «gi godkjenning» til at foreldrene kan prøve ut reseptfrie melkeerstatninger slik at barnet kanskje oppnår lindring raskere. Spørsmålet var hva som ble vurdert som behandling, noe alle deltakerne var tydelig på ikke var deres bord, men som de samtidig ikke hadde et helt avklart forhold til.

«Det som jeg synes er utfordrende er denne balansen mellom at du ikke skal begynne å behandle, hvilke typer produkter. Vi har jo fått beskjed om at vi ikke skal begynne å anbefale, det er det legen som skal gjøre. Samtidig ønsker vi jo å hjelpe familiene» (Deltaker E)

Her forteller deltakeren at de har fått klare instruksjoner om at de ikke skal anbefale noen produkter for foreldrene. Samtidig står foreldrene helt fritt til å gå til innkjøp av og prøve ut reseptfrie melkefrie erstatninger, men mange ønsker å drøfte dette med kyndig helsepersonell før de går i gang, og har mange spørsmål knyttet til dette. Spørsmål som helsesykepleierne ofte får da de blir ansett av foreldrene som kyndig helsepersonell i saker som angår ernæring til barn. Dette kan tyde på at det heller ikke blant legene er et enstemmig og avklart syn på hvilke roller man skal ha når det gjelder ulike faser av matoverfølsomhet hos barn.

«Det er ikke sånn at vi kan gjøre noe bare for at vi tenker at vi kan gjøre det. Vi må jo vite hva vi skal kunne gjøre» (Deltaker E)

Sitatet oppsummerer et behov for en klargjøring av behandlingsbegrepet innenfor matoverfølsomhet, og en avklaring av arbeidsoppgaver og mandat for helsesykepleierne.

5.2.2 Ulike tolkninger gir ulik praksis

Den mest åpenbare forskjellen blant deltakerne som kom til syne gjennom intervjuene var deres ulike praksis. Som en av deltakerne sa;

«Vi er forskjellige og har forskjellig med oss» (Deltaker C)

Her var det flere faktorer som spilte inn. Deltakerne trakk blant annet frem at dette er et fagfelt hvor det skjer hurtige endringer, og at det var svært krevende å skulle holde seg oppdatert til enhver tid. Med mange fagfelt å navigere innenfor, var det ikke til å komme utenom at det var en prioriteringssak hva man kunne ta seg tid til å fordype seg i, og interesse kunne til en viss grad spille inn. Likevel uttrykte de fleste at man som fagutøver hadde et ønske om å være oppdatert, og ha oversikt over ulike symptomer, behandlinger og anbefalinger. Hvor lenge man hadde jobbet innenfor yrket, hva man hadde jobbet med før, personlighet og personlige erfaringer med matoverfølsomhet spilte inn på vurderingsgrunnlaget deltakerne hadde når utførte sin praksis. En som var noenlunde ny i faget sa;

«Noen har jobbet veldig lenge mens noen har jobbet veldig kort. Så vi har forskjellig kunnskap om temaet. Jeg tror at de som sitter på veldig mye kunnskap er trygg på å sette av mye tid til disse familiene fordi man kan veilede. Mens vi som er ferskere og har mindre kunnskap kanskje kjenner mer på at jeg kan ikke ta de inn for ofte for jeg har ikke nok å bidra med» (Deltaker C)

En annen deltaker med erfaring fra både barneavdeling og helsesykepleietjenesten uttrykte tryggheten i sin fagutøvelse slik;

«Jeg føler at vi bør være en instans som avlaster fastlegene med litt sånn småting, som vi kan ta her på lavest mulig nivå, i stedet for at man med en gang henviser til fastlege ved mistanke. At man skal prøve ut en melkeerstatning eller skal prøve ut om det er en allergi mot visse typer grøt. At man har såpass mye kunnskap at man kan starte her før man henviser til fastlege for å få resept, eller gå videre med utredningen»

Innenfor samme tjenesteutøvelse finner man ulike tanker om hvilket tjenestenivå man ønsker å legge seg på i forhold til hva man skal tilby som helsesykepleier. Den ulike vurderingen kunne

synes å endre seg i takt med erfaring og interesse, det var lettere å tilby en mer inngående oppfølging når man følte seg trygg og kunnskapsrik i emnet. Ulikt utgangspunkt ga dermed utslag i ulik praksis. Deltakerne fortalte også om ulike måter å innhente kunnskap om temaet på;

«Og så har vi aldri, i hvert fall på de fem årene jeg har jobbet, hatt noe sånt fokus på i fag. Vi har fagmøter og sånn, men vi har aldri, eller hørt at det har vært oppe som et tema. Det blir mer sånn at vi går og søker råd inne hos hverandre på kontoret» (Deltaker C).

En annen deltaker fortalte dette;

«Vi har fagmøter hver måned, og da kan det være tema for eksempel. Da den nye veilederen for nøtteallergi i barnehage og skole kom, så hadde vi inne Ressurssenter for Astma og allergi, og så er de veldig på tilbudssiden disse produsentene, Nestlé og MED Johnsen. De vil selvfølgelig prate om sine produkter, men de prater også mye generelt om allergi og eksem. Fagdager, man innhenter kunnskap og tar med seg brosjyrer. Vi abonnerer på nyhetsbrev fra Astma og allergiforbundet» (Deltaker D)

Dette viste igjen at det er en prioriteringssak hva man til enhver tid skal fordype seg i blant fagområdene, som både bør og må oppdateres kontinuerlig. Alle deltakerne opplevde at ansvarsområdene var mange, og at de fortsatte å øke, noe som førte til et evig prioriteringsdilemma. Flere deltakere uttrykte fortvilelse over at mengden oppgaver økte uten at det ble tilført mere midler til å håndtere dem. En deltaker uttrykte hvordan økende mengde arbeidsoppgaver kunne påvirke arbeidshverdagen slik;

«Det går kanskje på tid til å forberede seg litt når man vet at de kommer. Og få tid til å sjekke opp ting, som du kanskje burde ha gjort før de kommer» (Deltaker B).

Løsningen på problematikken var alle deltakerne enige om;

«Jeg tenker at det å ha nok stillinger er veldig viktig hvert fall, så man har tid. Det tenker jeg nå egentlig er det viktigste» (Deltaker A).

På bakgrunn av individuelle faktorer som erfaring, personlighet og interesse, og av strukturelle faktorer som organiseringen av helsestasjonene og økonomi i kommunene, vil det til en viss grad være tilfeldigheter som avgjør hvilke fagområder som prioriteres. Det opplevdes vanskelig å hele tiden skulle holde tritt med fagutviklingen innenfor alle fagområdene. Når det kom til matoverfølsomhet uttryktes det enstemmig at det var et særs vanskelig område å jobbe med, utviklingen innenfor feltet gikk fort, og det var ofte diskrepans mellom utøvere innen feltet.

Deltakerne strevde med å finne sin rolle innenfor kartlegging, utredning og behandling, dette skapte rom for store individuelle tolkninger av arbeidsoppgaver og kunnskapsområder.

5.3 Ensiktig og utfordrende samhandling

Erfaringene deltakerne delte viste at et barn med matoverfølsomhet ofte behøvde involvering fra flere parter, men at det i mange tilfeller ikke var noen form for samhandling rundt barnet. Dette medførte at foreldrene ofte ble budbringere for hva som ble formidlet fra den ene parten til den andre, og deltakerne anså at mer strukturert samhandling ville være hensiktsmessig for å unngå dette. Dette varierte litt mellom kommunene, men for de fleste deltakerne bar samhandlingen preg av en-veis kommunikasjon hvor de henviste videre til andre instanser ved behov. De opplevde at det ikke var noen tilgjengelige kanaler for å kommunisere sammen om det samme barnet.

5.3.1 Flere samhandlingspartnere, lite samhandling

Deltakerne beskriver fastlegen og spesialisthelsetjenesten som sine nærmeste samhandlingspartnere når det gjelder barn med matoverfølsomhet, samtidig forteller de om en samhandling som ikke oppleves reell av flere ulike årsaker;

«I forhold til fastleger så er det vanskelig å få til et samarbeid, og jeg har ikke erfart å ha noe samarbeid med fastleger i forhold til denne problematikken, egentlig ikke spesialisthelsetjenesten heller» (Deltaker B).

Mens en deltaker undret seg over oppfølgingen;

«Spesielt oppfølging hos fastlege, der jeg kjenner på at de bare har vært inne på samleband og fått diagnosen og noen prøveresultat, og så blitt sendt rett ut uten en videre plan. Og så kommer de til oss- hva gjør vi nå?» (Deltaker C).

Både tematikken, tiden til rådighet, samt mulig manglende forståelse for oppfølgingsbehovet i etterkant av diagnosen ble trukket frem blant deltakerne som mulige årsaker til at samhandlingen ikke eksisterte. Likevel var det en deltaker som hadde en motsatt opplevelse, og karakteriserte samhandlingen med både fastlegen og spesialisthelsetjenesten som godt. Denne

deltakeren bodde i den minste kommunen blant deltakerne, og hadde en jevnlig og åpen dialog med begge parter.

«Vi har et godt samarbeid. Vi kan ta en telefon til barnelege hvis vi er usikker, uten å gå via fastlegen, for vi har så pass god erfaring med å se at dette kan være ting som må behandles, sånn rimelig kjapt. Så de blir tatt fort inn, og vi får jo epikriser, og vi følger jo med på behandlingsforløpet og har god oversikt. Og det samme med fastlegene, vi kan ta kontakt med dem» (Deltaker E).

Deltakerne vektla et ønske, og et behov for mer konkret samhandling rundt matoverfølsomhet hos barn med fastlegen. Alle helsesykepleierne i studien viste til at de anbefalte foreldrene å gå til fastlegen hvis de ikke hadde vært innom der før de kom til dem. Flere nevnte at de tilbydde seg å ta kontakt med fastlegen for dem for å få en ro i seg på at det ble gjort. De kunne også ta kontakt med fastlegen hvis de ikke var sikre på hvilken informasjon som var gitt til foreldrene, slik at de kunne legge seg på samme linje. Det var dog en deltaker som påpekte en del tilfeller der hun hadde reagert på det hun kalte underbehandling, der det gikk altfor lang tid før eliminasjon-provokasjonsdietten ble prøvd ut, noe deltakeren opplevde som unødvendig belastende for barnet. Alle deltakerne i studien hadde tatt kontakt med fastlegen til barn som hadde matoverfølsomhet, men ingen hadde opplevd at fastlegen tok kontakt med dem angående samme diagnose.

Det var bare én deltaker som nevnte et konkret forum hvor ulike samhandlingssaker kunne diskuteres;

«Vi har et samarbeidsmøte med helsestasjonslegene én gang i året, der vi inviterer han som er leder for både dem og alle fastlegene, for å prøve å ha det samarbeidet litt tett. Så da kan vi ha oppe faglige spørsmål. Vi har ikke hatt noe om det her temaet, men andre ting» (Deltaker D).

Deltakerne anså spesialisthelsetjenesten som en god samhandlingspartner for foreldrene, og som en deltaker uttrykte det,

«Jeg er trygg når de kommer inn på barneavdelingen. Jeg har veldig godt inntrykk av det, og vet at de blir godt fulgt opp» (Deltaker E).

Samtidig som behandling derfra ble sett på som en trygghet og god ivaretagelse av familien, var det ulik oppfattelse blant deltakerne om hva som ble gjort innenfor tjenesten og hva som eventuelt innebattet helsesykepleiernes involvering videre;

«Jeg er ikke kjent med spesialisthelsetjenesten. Jeg vet ikke hva mer de tilbyr når de først er kommet dit, om de gir noen videre oppfølging. Så vi kan nok for lite om hva som rører seg rundt, om hvem som tilbyr hva. Det føler i hvert fall jeg på» (Deltaker C).

En deltaker trakk også frem spesialisthelsetjenestens rolle ovenfor primærhelsetjenesten på denne måten;

«Spesialisthelsetjenesten har et undervisningsansvar for primærhelsetjenesten, så det bruker vi for alt det er verdt! (Deltaker D).

Også for denne samhandlingspartneren var det et større ønske, og et større behov fra helsesykepleiernes side om samhandling enn det kunne synes fra spesialisthelsetjenestens side. Samhandlingen strakk seg til å få tilsendt epikriser, og til å nyttiggjøre seg av undervisningsplikten for kunnskapsformidling til deres faggruppe. Ingen av deltakerne var blitt kontaktet av spesialisthelsetjenesten angående barn med matoverfølsomhet.

5.3.2 Manglende koordinering av samhandling

Mange deltakere opplevde at de kunne være mange rundt det samme barnet, men med bakgrunn i at det var lite samhandling med hver enkelt samhandlingspartner, var det heller ikke koordinering av samhandlingen.

«Så tror jeg at det er flere av de som er rundt familiene som ikke er koordinerte. Fastlegen sier noe, kanskje helsesykepleieren sier noe, og så er de kanskje på kurs og får vite litt» (Deltaker B).

Flere deltakere fortalte om frustrerte familier som måtte bringe informasjon videre til de som var involvert i oppfølgingen av barnet, og som ønsket seg bedre dialog mellom partene. En deltaker beskrev en situasjon hvor familien kom fra fastlegen med nystilt diagnose og mange ubesvarte spørsmål;

«Og da prøver jeg å sende de tilbake til fastlegen rett og slett. At det er de som har det medisinske ansvaret. At de må sørge for å gi de en plan» (Deltaker C).

Situasjonen som deltakeren beskrev var ikke enestående, og viser hvordan manglende samhandling kan gå ut over barnet man forsøker å hjelpe, da situasjoner som dette førte til økt ventetid for familiene. Dette ble utdypet av en annen deltaker;

«Nå er det litt sånn at vi sitter her og de sitter der, i to helt forskjellige verdener. Nå er det jo foreldrene som på en måte er budbringere for hva den andre sier, vi har jo ikke felles journal» (Deltaker D).

Manglende kanaler for å ta opp slike saker raskt mellom de ulike partene var en kilde til frustrasjon for deltakerne, og som en deltaker beskrev for sin hverdag;

«Dette med å få tak i fastlegen, man ringer og ringer en hel dag uten å komme i kontakt. Så skal man følge det opp neste dag, der man har fullt program. Så den biten kan kjennes litt pressende ut til tider» (Deltaker C).

Deltakerne ønsket å bidra til samhandling, og flere hadde erfaringer som gjorde at de så for seg en rolle som mellomledd mellom de ulike instansene;

«Foreldrene har ikke forstått det som skjedde på sykehuset, vi er ofte et mellomledd for å forklare til foreldrene, kanskje på en enklere måte. Eller de var stresset når de var på sykehuset og fikk ikke med seg» (Deltaker D).

Samtidig som de ønsket å fremme samhandling, var de også opptatte av at det ikke måtte gå på bekostning av tidsbruken før familien fikk den hjelpen de trengte, men det var ulikheter i måten dette ble gjort på, avhengig av hvilken kommune de bodde i.

«Hvis de rett og slett trenger en ny time på Barnepoliklinikken, så ordner vi det. At kanskje helsestasjonslegen henviser dem, eller at jeg ber dem ta kontakt med fastlegen» (Deltaker D).

Mens i den minste kommunen i studien;

«Jeg synes nesten det er lettere når de har store plager, å bare sende henvisning til barnelegen så vet du at det er gjort. Så slipper man dette mellomleddet, og at det går en måned eller to» (Deltaker E).

I den minste kommunen kunne man på bakgrunn av god samhandling gjerne hoppe over et ledd for å redusere ventetiden for familiene, noe som ble begrunnet med tillit, men også her fremhevet deltakeren at det var rom for forbedring;

«Vi har snakket om å ha et tettere samarbeid med barneleger i forhold til om det er noe vi kan finne ut i lag, at det er faktisk noe vi kan informere om. De har jo god tillit til oss disse barnelegene, så det kan godt hende at vi kunne hjulpet de bedre hvis vi hadde hatt et tettere samarbeid. At vi har en felles forståelse» (Deltaker E).

Flere deltakere så med optimisme på en ny løsning for kommunikasjon med fastlegen som var på trappene, en elektronisk meldingsutveksling hvor man kan gå inn i journalen til et barn og skrive melding til fastlegen. Det var dog noe usikkerhet hos deltakerne på hvordan dette ville fungere i praksis, og om det fortsatt ville bli en en-veis-kommunikasjon fra deres side. En deltaker sier;

«Jeg håper fastlegene også kan bruke det. Hvis de har vært innom der og fått et eller annet råd, og så kommer de hit og forteller at fastlegen sa de skulle gjøre det, så må vi bare ta foreldrene sitt ord på det. Det kan jo hende at de har misforstått noe, ikke husker helt hva som ble sagt eller at det høres helt rart ut. Det hadde vært greit å sett en linje på hva som faktisk er gjort. Så er det noe jeg har savnet, som jeg tror blir bedre nå, at man har litt mere peiling på hva som skjer hos den andre» (Deltaker D).

Deltakerne beskriver hvordan møte med barn med matoverfølsomhet i deres arbeidshverdag ofte krever involvering av flere instanser, men at det i praksis er lite samhandling med disse instansene selv om de anser at behovet er der. Ofte kommer foreldrene til dem med usikkerhet og spørsmål etter møter med andre instanser, og helsesykepleierne bidrar ofte som mellomledd for å gjøre både ventetid og ubehag for barnet så kort som mulig. Samtidig forsøker de å nøste opp i informasjonen som er gitt familiene for å veilede og forklare på en forståelig måte. Deltakerne ønsket seg mer involverende og strukturert samhandling for å sammen kunne bidra til barnets beste.

Som en deltaker uttrykte det; *«For det er jo ikke sånn at du på en måte skal gjøre alt, man må jo på en måte spille på lag med alle andre» (Deltaker E).*

6 Drøfting

I drøftingen vil funnene fordypes ved å belyse eksisterende praksis med valgt teori og tidligere forskningsbasert kunnskap. Hensikten med denne studien er i så måte å belyse bredden av kunnskap som behøves i møte med tematikken matoverfølsomhet, hvilke ulike former for kunnskap som finnes, og hvordan de ulike kunnskapsformene forvaltes ute i praksisfeltet til helsesykepleierne. Jeg ønsker å løfte frem hva de ser som sine utfordringer i forhold til matoverfølsomhet, og hvilke kunnskaper som etterspørres. Mine funn viser at det er mange faktorer som påvirker svarene på disse spørsmålene, både på individuelt- og generelt nivå. For

å best kunne belyse problemstillingen; «*Hvordan ser helsesykepleiere på sitt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med førskolebarn diagnostisert med matoverfølsomhet?*» er følgende hovedtemaer valgt; Kunnskapsforvaltning og Samfunnsmandatet.

6.1 Kunnskapsforvaltning

6.1.1 Kunnskapsbasert praksis og matoverfølsomhet

Kravet til kunnskapsbasert praksis og vektlegging av vitenskapsbasert kunnskap er stadig mer fremtredende, også i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (60). Man jobber kunnskapsbasert når man tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt situasjon (60). Å jobbe kunnskapsbasert med matoverfølsomhet kan være utfordrende på flere måter.

6.1.1.1 Forskningsbasert kunnskap

Deltakerne i min studie oppgir at det er mangel på tid til kunnskapsoppdatering, og de peker på at økte arbeidsoppgaver gir mindre tid til forberedelser til konsultasjoner, samt at de må prioritere mellom oppgaver. Dette peker på både strukturelle forhold relatert til økt arbeidspress, og individuelle forhold som innebærer prioriteringer av arbeidsoppgaver.

Den teoretiske kunnskapen som ligger til grunn i kunnskapsgrunnlaget til helsesykepleierne kan sammenstilles med Aristoteles' bruk av begrepet *episteme*, som viser til sann, evidensbasert viten (60). Å innhente forskningsbasert kunnskap krever kompetanse og kan være tidkrevende. Forbundslederen i NSF har beskrevet at forskning er frakoblet sykepleiehverdagen, og at man trolig påvirkes mer indirekte gjennom statlige direktiver, som retningslinjer og veiledere (87). Dette understøttes av Weum, Bragstad og Glavin som i en studie har avdekket at helsesykepleiere anvender nasjonale retningslinjer, kunnskap fra utdanningen og erfaring som sine primære kunnskapskilder i sin praksis (55). I de nasjonale retningslinjene (23, 24) er ikke matoverfølsomhet beskrevet nærmere enn at kostholdsveiledningen bør tilpasses hvert barn og

familie, og hvis kartleggingen avdekker faktorer som bør utredes bør barnet henvises til fastlege (23). Rammeplanen for utdanningen vektlegger kunnskap om barns vekst og utvikling, herunder ernæring uten videre spesifiseringer (57). Dette kan tyde på at spesifikk kunnskap om matallergi og intoleranser, i stor grad erverves gjennom praksis og erfaring, noe som preges av tilfeldigheter, fremfor kunnskap fra teori og forskning. Dette samsvarer med deltakernes opplevelse av kunnskapstilfang innen matoverfølsomhet. Ingen av dem har hatt noen form for kursing eller opplæring innen temaet, og har heller ikke opplevd at matoverfølsomhet har vært vektlagt i deres yrkespraksis.

Deltakerne angir også at det kunne være utfordrende at brukerne hadde mer kunnskap enn dem selv, og de opplevde en forventning om kunnskap som de ikke alltid kunne imøtekomme. Dahl skriver at et av argumentene for en masterutdanning er den omfattende kunnskaps- og kompetanseutviklingen i samfunnet, og at helsesykepleiere har behov for kompetanse for å nyttiggjøre seg av kunnskapsressursene, samt at praksisfeltet hele tiden utvikler seg, og at det stilles økte krav fra både myndigheter og brukere (30). Hvis man tar utgangspunkt i trinnene 2-4 i den kunnskapsbaserte modellen som omhandler spørsmålsformulering, litteratursøk og kritisk vurdering av vitenskapelige artikler, så er dette nyttige virkemidler for å tilegne seg ny forskningsbasert kunnskap. I studien til Weum et. al var mangelen på tid oppgitt som hovedbarriere for å lete etter forskning, etterfulgt av vansker med å forstå vitenskapelige artikler på engelsk, samt vurdere kvaliteten på disse (55). Studien fant også at helsesykepleiere med mastergrad var signifikant bedre rustet til å vurdere og implementere vitenskapelige artikler fremfor helsesykepleiere uten mastergrad. Mangel på tid var oppgitt som hovedbarriere for å lete opp forskning, slik det også var i min studie, og dette vil sannsynligvis gjelde for alle helsesykepleiere, mastergrad eller ikke. Hvis man kan skape bedre rammebetingelser for kunnskapsutvikling, vil det være en fordel å investere i kompetanseheving i å søke opp og vurdere vitenskapelige artikler til også de uten mastergrad, siden mangel på denne kompetansen også var oppgitt som en stor hindring for å aktivt lete etter forskning. Weum (55) påpeker at skal helsesykepleiere arbeide kunnskapsbasert må de være i stand til å forklare sine handlinger bedre enn å kun henviser til retningslinjer, og de må være i stand til å vurdere flere kilder til kunnskap enn retningslinjer og lokale prosedyrer. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (59) fremmer at arbeidet skal forankres i forskning, men Weum (55) fant i sin studie at helsesykepleierne opplevde at det ikke var deres ansvar å aktivt søke opp ny forskning, men heller ha tillit til helsemyndighetene og formidle deres standpunkter til befolkningen. Hvis man knytter dette opp mot studien til Karlsen og Skaalvik (50), så kan man undre seg over om

mangel på tid og strukturelle forhold, blant annet til å søke opp og vurdere vitenskapelige artikler til bruk i praksis, og ansvarsforholdet til egen arbeidsgiver kan ha hatt innvirkning på svarene deres om vitenskapelig nytteverdi. Dette kan i så fall være nok en dimensjon vedrørende utfordringer med kunnskapsutvikling i helsesykepleierprofesjonen.

6.1.1.2 Erfaringsbasert kunnskap

Et av mine funn var usikkerheten omkring å sette av mye tid til veiledning i emner de ikke hadde mye erfaring med, hvor de trakk i tvil betydningen av bidraget sitt. Det var de eldre med mer erfaring som kjente på god kompetanse, og som kunne tenkt seg en enda mer involverende rolle innen matoverfølsomhet, blant annet for å avlaste fastlegene. Dette funnet samsvarer med SINTEF rapporten som viste at det var helsesykepleiere under 35 år og med minst erfaring som var minst tilfredse med egen kompetanse (28). Aristoteles kaller den praktiske erfaringskunnskapen *techne*, og dette kan relateres til helsesykepleiefaget som fordrer et visst håndlag i den praktiske utførelsen, og til erfaringene som erverves gjennom et yrkesliv. Erfaringsbasert handlingskunnskap og skjønn har ifølge Kari Martinsen alltid preget sykepleiefaget (60), og Glavin skriver at helsesykepleiefaget i stor grad bygger på erfaring (22). Clancy fremholder at erfaringer fra et mangfold av situasjoner kan bidra til helsesykepleierens refleksjoner og klokskap (29). Erfaringer er uløselig knyttet til det faglige skjønnet, og de handlingene og den praktiske dømmekraften som bygger på slik klokskap refererer Aristoteles til som *phronesis*. Å bygge opp slik handlingsklokskap gjennom erfaringer tar tid. Når man som ny i en profesjon ikke kan lene seg tungt på erfaringskunnskapen, må man se til de to andre momentene i kunnskapsbasert praksis, forskningen og brukermedvirkningen. Hvis man ser til forrige avsnitt der det kom frem at helsesykepleierne i stor grad har liten tid til kunnskapssøking, og bruker retningslinjene som basis for forskningsbaserte handlingsvalg, der de nødvendigvis ikke får konkrete svar, står de igjen med brukermedvirkningen. Her må man ta til seg all den kompetanse og erfaring hver enkelt familie har opparbeidet seg om sitt barn og dets omstendigheter. Deres erfaringer gir helsesykepleieren erfaringer, som i neste omgang kan utvikles til handlingskompetanse neste gang man står overfor samme utfordring. Det kan kanskje tale for at når man er ny i helsesykepleierprofesjonen så bør man ha mer tid til rådighet i konsultasjonene, slik at brukermedvirkningen kan få tre frem og ta litt større plass. Erfaringene dette gir vil bidra til å bygge den handlingskompetansen som utgjør *phronesis*.

Grimen og Molander har sammenlignet skjønnnet med en smultring, hvor ringen representerer standarder fastsatt av myndighetene, så som nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og hullet er beskrevet som det skjønnsmessige handlingsrommet (71). Handlingsrommet beskrives som sterkt der hvor det er få faste løsninger og store individualiseringsbehov, og svakt der det er klart definerte retningslinjer og standarder med få handlingsalternativ. Jeg vurderer at for barn med matoverfølsomhet og deres familier er det et sterkt handlingsrom. Dette på bakgrunn av at tematikken ikke er klart beskrevet i de gjeldende retningslinjene, samt at det må foretas individuelle vurderinger da hvert barn og hver familie er forskjellige, og har ulike behov til ulike tider. Som ny i en profesjon vil det være langt lettere å håndtere temaer hvor handlingsrommet er svakt. En situasjon med få handlingsalternativer vil fremstå som mer oversiktlig og overkommelig, mens en situasjon med sterkt handlingsrom vil være lettere å navigere i for en med lang erfaring innen fagfeltet. Dette kan man tenke seg kan være en medvirkende faktor til at deltakerne med minst erfaring med matoverfølsomhet er usikre på sitt faglige bidrag, og finner det utfordrende å ta de inn til ekstra konsultasjoner.

Deltakerne i min studie beskriver at de søker råd hos hverandre inne på kontorene for å diskutere handlingsalternativer, og dette samsvarer med Alsvåg som sier at ved å diskutere og rådføre seg med kollegaer kan skjønnnet sikres gyldighet i yrkesfelleskapet (73). Både Clancy, Martinsen og Alsvåg fremhever betydningen av tid og rom til veiledning, og til å reflektere over praksis for at erfaringene skal kunne utvikles til phronesis. Det første trinnet i den kunnskapsbaserte modellen slår fast at å reflektere over egen praksis og grunnlaget for våre beslutninger, er en forutsetning for å jobbe kunnskapsbasert. Kartleggingen i SINTEF rapporten viste at nær to tredjedeler av helsesykepleierne oppga et behov for veiledning som ikke var dekket, og de relaterte dette til manglende prioritering fra ledelsen (28). Man kan undres om praksisfeltet ikke fullt ut anerkjenner betydningen av kunnskapsutvikling gjennom refleksjon og fortolkning, og om det er for lite ressurser tilgjengelig til å sette av tid til slikt tankearbeid. Glavin skriver at for å være aktiv i utviklingen av eget fag er det viktig at helsesykepleiere systematiserer sin erfaringskunnskap (22). Dette kan være en utviklende måte for helsesykepleierne å arbeide med erfaringer på, og som kan være med på å bringe kunnskap til eget praksisfelt.

6.1.1.3 Bruerkunnskap og brukermedvirkning

Samtlige deltakere i min studie var opptatte av individualitet som hovedprinsipp, og særlig i møte med utfordringer som gjaldt noen få, som i dette tilfellet med matoverfølsomhet. Det ble vektlagt av deltakerne at dette var et vanskelig tema, og siden behovene i denne gruppen var så forskjellige var det nødvendig å bruke tid på å få frem behovene til hver enkelt barn og familie. Kartleggingen ble ansett som nøkkelen til å få frem disse behovene for å kunne tilpasse veiledningen og oppfølgingen deretter, og det var mange faktorer som spilte inn, noe som gjorde kartleggingen tidkrevende. Som en deltaker uttrykte det; «*Vi må først og fremst få tak i utfordringene*». Dette er i tråd med retningslinjen hvor det i de enkeltvise konsultasjonene legges opp til at det er barnets og familiens behov som til enhver tid skal være førende (23). Deltakerne i min studie var i tillegg opptatte av å understøtte det som foreldrene gjorde bra, og løfte frem det friske og positive slik at det ikke ble et ensidig negativt fokus på det som plaget barnet. Dette er i tråd med reorienteringen i helsetjenesten hvor tilnærming til brukerne er endret, fra paternalistisk ekspert til støttende og styrkende veileder (60) med base i helsefremmende empowerment-ideologi (30). Dette understøttes av Clancy som fant at i helsesykepleiekonsultasjoner ble brukerne sett på som kompetente, fokuset var ikke på feil og mangler og dialogen var hovedverktøyet (54).

Retningslinjene tilsier videre at det åpnes for å utvide tiden til rådighet i konsultasjonene, og tilby ekstra konsultasjoner ved behov (23). Dette var et godt hjelpemiddel for deltakerne når tiden ikke strakk til for denne brukergruppen. Det kunne likevel være tidkrevende å lytte de ut, særlig når man ikke var forberedt på forhånd, og dette kunne forskyve tidsskjemaet, som igjen førte til at andre måtte vente. Dette funnet samsvarer med det som fremkom i studien til Dahl (47), at helsesykepleierne må være bevisste tidsbruken sin, men at det er et lederansvar å stille tilstrekkelige ressurser til rådighet, slik at helsesykepleierne kan utføre arbeidet i henhold til retningslinjene (60, p. 150). Sollesnes viser til at samtidig som brukerperspektivet står sentralt, er utvikling av deltakerbasert kunnskap oftest både tidkrevende og ressurskrevende (74). Dahl, Andrews og Clancy har i en studie sett på rammeplanen til helsesykepleieutdanningen, og funnet at den ikke harmonerer med gjeldende politiske føringer, da det er for lite fokus på individuell tilnærming og brukermedvirkning (45). Mitt funn kan kanskje tyde på at selv om denne delen av kunnskapsbasert praksis ikke vektlegges nok i utdanningsforløpet, så utvikler helsesykepleierne gjennom praksis dette som en naturlig måte å jobbe på.

Etter hvert som tiden gikk, kunne det skje et skifte i kunnskapsforholdet mellom helsesykepleieren og familien. Familien tilegnet seg etter hvert mye spesialkunnskap om sitt barns matoverfølsomhet, og kunne dermed bidra inn til helsesykepleieren med ny kunnskap. Spesielt for de barna som fikk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten kunne helsesykepleieren kjenne på at de mange ganger kom til kort med sin kunnskap, noe som for mange kunne være utfordrende. De erkjente at dette lå over deres kunnskapsnivå og ansvarsområde, men kjente likevel på en tilkortkommenhet i forhold til familiens forventninger, noe som er i tråd med funnene i studien til Dahl og Clancy angående egne forventninger til kunnskap (47). Hvis man sammenstiller dette med funnene i studien til Fagerlund (40) som viste at foreldre ønsket råd og veiledning om blant annet matallergi som de ikke fikk, kan man ane konturene av et behov som bør diskuteres. Spørsmålet blir da om det er for lite kunnskap i helsesykepleietjenesten om matoverfølsomhet, eller om det er brukerne av tjenesten som har for høye forventninger til hva tjenesten skal tilby.

Clancy viser til at en helsefremmende tilnærming legger vekt på dialog, men at det samtidig stilles krav til at man er faglig oppdatert, og har innsikt i hva man har og ikke har kunnskaper om (29). Helsesykepleieren må forstå hva hun skal bidra med, og hvor grensene for involvering går (29). Clancy skriver videre at når utgangspunktet er at helsesykepleieren bryr seg, kan en støttende samtale basert på den enkeltes behov være helsefremmende (29,p.166). Mitt funn viser at når helsesykepleiere ikke kjenner seg faglig oppdatert på et tema, og er usikre på hva de skal bidra med, fant de det vanskelig å gi veiledning som var helsefremmende selv om de brydde seg om familiene. Dette kunne føre til at de ikke tok de inn til ekstra konsultasjoner. Dette kan sees i sammenheng med studien til Oberle og Teonove som peker på at helsesykepleierne føler et ansvar for å etablere en god relasjon slik at brukerne blir fornøyde, og dermed fortsetter å benytte seg av helsestasjonens tilbud (53). Deltakerne i min studie kjente på presset om å gi et faglig godt tilbud innen matoverfølsomhet slik at det ikke skulle innvirke på familienes oppfatning av helsestasjonens kompetanse på generelt nivå. For helsesykepleietjenesten som helhet har det vært utført brukerundersøkelser for å kartlegge om brukerne er fornøyde med tjenesten. Glavin påpeker at det har ikke vært utført undersøkelser i forkant om hva brukerne forventer av helsestasjonen, og man kan derfor diskutere verdien av disse undersøkelsene som målebarometer for kvaliteten på tjenesten (22).

Man kan undres om det er tjenestetilbudet i helsestasjonen og dets rammer som ikke er godt nok kommunisert ut i befolkningen, den ulike spisskompetansen hos de enkelte helsesykepleierne, eller den høye kompetansen generelt i samfunnet som bidrar til høye

forventninger om hva helsestasjonen skal tilby. Sollesnes løfter frem tvetydigheten av økende brukerkunnskap- og medvirkning samtidig som det er et økende krav om vitenskapeliggjøring av praksis (74). Hun viser til at på den ene siden kan en vitenskapeliggjøring av et område gjøre at det blir bedre faglig begrunnet, mens det på den andre siden kan føre til at folk mister tiltro til egen dømmekraft (74). Det gir grunnlag for å stille spørsmål ved om den økte vitenskapeliggjøringen av forhold som angår barn kan svekke foreldres tillit til å ta avgjørelser om hva som er til beste for deres barn, og som igjen kan gi et økt press på et lavterskeltilbud som helsestasjonen er, med dertil ønske fra foreldrene om å få vitenskapelig forankret kunnskap.

6.1.2 Kunnskapsutvikling i praksis

Deltakerne i min studie beskriver at de innhenter kunnskap gjennom konsultasjon med hverandre inne på kontorene, at de har fagmøter og fagdager, deltar på kongresser, abonnerer på nyhetsbrev og får besøk av ulike produsenter. Dette er kunnskap som i stor grad er styrt av andre, som er felles for alle, og som de har liten eller ingen påvirkning overfor. Det er dermed ikke gitt at den fyller behovene til hver enkelt, som gjennom sin yrkespraksis og sine erfaringer har utviklet forskjellig kompetanse. At produsenter for ulike erstatninger til barn med matoverfølsomhet som Nestlè og MEDJohnsen skal stå for kunnskapsformidlingen til helsesykepleiere er et tankekors. Dette er kunnskap som tilbys gratis og på deres arbeidsplass, slik at kostnadene ved denne informasjonstilgangen er minimal, noe som er en fordel i en hektisk og ressurskrevende helsesykepleierhverdag. Men som en deltaker påpeker så er de primært der for å snakke frem sine produkter, selv om de også snakker generelt om allergi. At man som en profesjon som når ut til nær sagt alle barn i Norge blir utsatt for slik påvirkning av produkter til en sårbar gruppe barn er en ting, en annen ting er kvalitetssikringen av informasjonen de kommer med. Dette er, som flere av deltakerne påpeker, et vanskelig felt å navigere i i utgangspunktet, og mange fagfolk strides over temaet. Kvaliteten på kunnskapen som anvendes i relasjon til temaet bør derfor være vitenskapelig forankret og uten bakenforliggende motiver. Forbundslederen i NSF skriver i innlegget sitt at det ikke finnes systematiske strukturer for individuelle faglige oppdateringer i yrkespraksis for sykepleiere (87). Mine funn antyder at det mangler lignende strukturer i helsesykepleietjenesten også, og det kan være medvirkende til at tjenesten må hente inn kunnskap fra blant annet produsenter.

Når det gjaldt matoverfølsomhet var det ingen av deltakerne i min studie som hadde fått noen opplæring eller opplevd et fokus på temaet i de årene de hadde jobbet som helsesykepleiere. Det hadde ikke vært tema på noen fagdager eller fagmøter. En deltaker fortalte at de hadde hentet inn Ressurssenteret for Astma og allergi når den nye veilederen for nøtteallergi i barnehage og skole kom, som eneste konkrete kunnskapsformidling om matoverfølsomhet. Specialisthelsetjenestens undervisningsansvar overfor primærhelsetjenesten ble også trukket frem, men ingen av deltakerne visste om undervisning om matoverfølsomhet på noe tidspunkt hadde vært gjennomført. Dette er en ressurs som heller ikke koster noe, og en tjeneste som jobber med og utvikler forskningsbasert kunnskap, og som dermed er et godt alternativ til produsenter. Det handler kanskje mer om tilgjengelighet av tjenestene, spesialisthelsetjenesten dekker store områder, både i geografi og emner, mens produsenter fokuserer utelukkende på sitt tema. Det vil derfor også i benyttelse av spesialisthelsetjenestens undervisningsansvar være snakk om prioriteringer i forhold til hvilke tema de har mest behov for undervisning om, mens ulike produsenter bare trenger å tilby kunnskap om sitt produkt. Som SINTEF rapporten viser til så har rundt halvparten av helsesykepleierne i undersøkelsen tatt, eller er i gang med etter- og videreutdanning og det er høy udekket etterspørsel etter kurs (28). Nær 70% oppgir at det finnes kurs som de ikke har, men som de har stort behov for i sitt arbeid. Dette understreker behovet for faglig påfyll etter endt profesjonsutdanning, og viser samtidig at tilbudene for kunnskapsoppdatering finnes, men at altfor få er i posisjon for å kunne delta på slike. Her kan man igjen undre seg over om det økte arbeidspresset og mangel på ressurser frigrir liten tid til å delta på denne typen kunnskapsoppdateringer, og ledelsens forståelse og prioriteringer i forhold til kunnskapsutvikling.

Glavin (22) beskriver at manglende aktivitet i forhold til fagutvikling kan medføre usikkerhet i forhold til eget fag og kompetanse, og at helsesykepleiere i liten grad har vært aktive i utviklingen av eget fag. Hun skriver at dette på sikt kan føre til en deprofesjonalisering av helsesykepleieryrket (22). Glavin trekker frem at faglig refleksjon kan oppnås på ulike måter gjennom veiledning, fagutviklingsgrupper, kvalitetsutviklingsgrupper med mer, i tillegg til systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Å være i stand til å trekke ut nyttig kunnskap av vitenskapelige artikler anses som viktig for å holde seg faglig oppdatert på utviklingen i tjenesten ifølge Glavin. Samtidig er ikke internasjonal forskning og kunnskapsutvikling lett tilgjengelig for utøvere i praksis (22). Hun beskriver at en måte å løse dette på er å arbeide i grupper hvor artikler, ny litteratur og forskning diskuteres (22). Det var ingen deltakere i min studie som trakk frem noen av disse arbeidsmetodene som en del av sin arbeidshverdag, de viste

til fagmøter og kjappe konsultasjoner på hverandres kontorer. Skal helsesykepleierne være med å bidra til fagutvikling av eget fag, er det nødvendig at det skapes rom for å reflektere over faglige problemstillinger. Dette vil særlig være en stor fordel for de som er nye i profesjonen, som behøver å finne gyldig gjenklang for sine nyvunne erfaringer.

En studie har vist at mangel på tid, kunnskap og lederstøtte var årsaker til at forskning og kunnskapsbasert praksis var vanskelig å implementere, men ved at lederne samarbeidet med akademikere fikk de til å integrere forskning i praksis, og dermed utvikle denne (48). Det samme viste den japanske studien som evaluerte web-baserte moduler, at når universiteter og lokale tjenester samarbeidet ga dette evidensbasert etterutdanning for helsesykepleiere, som resulterte i forbedret praksis (49). Flexibiliteten i en web-basert læringsmetode gjør at man lettere kan tilpasse kunnskapsutvikling etter egen arbeidshverdag og egne behov, samtidig som det er en kostnadseffektiv måte å øke kompetansen til helsesykepleierne på. Man kan fundere på om dette ville være en farbar vei for å imøtekomme kunnskapsbehovet til helsesykepleierne, og samtidig kunne tilby løsninger slik at helsesykepleierne kunne oppdatere seg på det de til enhver tid hadde behov for på en måte som ikke tok alt for mye ressurser i form av tid, reising og kostnader. Som forbundslederen i NSF poengterer er det et leder- og virksomhetsansvar å legge til rette for at det finnes muligheter for faglig oppdatering i yrkespraksis (87), og det er som beskrevet mange ulike måter å få til dette på. Mulighetene er der.

6.2 Samfunnsmandatet

6.2.1 Spesialist- generalist identiteten

Deltakerne i min studie var alle enige om at deres virkeområde lå innenfor det generelle, og at de ikke skulle være spesialister på noen områder. En deltaker uttrykte dette spesifikt; «*Vi er generalister, ikke spesialister*». Når det gjaldt matoverfølsomhet var de enige om at de hadde en generell kompetanse om ernæring, men spesialkunnskap innenfor dette var ikke deres område. Likevel kjente de på en følelse av utilstrekkelighet og kunne føle seg ille til mote over å ikke kunne svare på spørsmål fra foreldrene innenfor dette spesialområde. Dette samsvarer med studien til Dahl og Clancy som fant at helsesykepleierne opplevde at de kunne litt om mye, og dermed kvalifiserte som generalister (47). Dette knyttet de blant annet til det brede

kunnskapsgrunnlaget om normalutvikling, men de anså seg ikke som spesialister nettopp på grunn av bredden i kunnskapen, og ikke dybden.

Dahl peker imidlertid i sin doktoravhandling på at helsesykepleiere har en spesialist-generalist identitet (37). Hun knytter spesialistkunnskapen til det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot barn, unge og deres familier, og generalistkunnskapen til helse- og sykdomsutvikling hos brukergruppen, basert på sykepleie- og helsesykepleieutdanningene (88). Videre beskriver hun at helsesykepleiere arbeider med en helhetlig tilnærming på individ- og befolkningsnivå, knyttet til helsefremmende og forebyggende intervensjoner, med fokus på helsefremmende og primærforebyggende strategier (37). Dahl skriver at for å oppfylle spesialist-generalist rollen trenger helsesykepleiere å myndiggjøres, og viser til at de må forstå kildene til egen styrke for å oppnå dette.

For matoverfølsomhet er tematikken nært knyttet til et av hovedområdene helsesykepleierne informerer om og veileder i, ernæring til barn. Det er kanskje derfor også knyttet høye forventninger i samfunnet angående kompetansen til helsestasjonen på dette område. Når helsesykepleiere i tillegg er den eneste profesjonen som har en spesialisert videreutdanning i helsefremming og forebygging knyttet til barn og unge og deres familier, er det kanskje ikke utenkelig at befolkningen forventer høy faglig kompetanse innenfor dette område. For matoverfølsomhet vil helsefremmingen ligge i å unngå mat man ikke tåler, og hvordan dette kan håndteres. Forebyggingen er relatert til de følgekonskvensene som kan oppstå i forbindelse med diagnosen. Spørsmål angående for eksempel vekstutvikling og spisevaner er nært knyttet til helsestasjonens kjernekompetanse, som omhandler normalutvikling og avvik fra dette. Det kan nok være naturlig for foreldre å tenke at siden dette henger sammen med matoverfølsomhet er det høyt kunnskapsnivå også om årsakene til avvikene fra normalen, selv om dette hører inn under spesialisthelsetjenesten. En annen årsak kan også være at helsesykepleierrollen fremstår mer autonom kontra sykepleierrollen, relatert til kontrollen helsesykepleierne har over det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dahl henviser til Neumann som sier at helsesykepleierne er mer sidestilt med legen, organisatorisk sett, enn sykepleierne i spesialisthelsetjenesten (65), og dette kan nok også medvirke til forventningene om kunnskapen helsestasjonen skal romme.

Det virker dog som om helsesykepleierne selv, både deltakerne i min studie og i studien til Dahl og Clancy, ikke anerkjenner spesialistkompetansen sin innenfor helsefremming og forebygging for barn og unge og familier, og er mer fokusert på det de ikke kan tilby. Dette kan man kanskje se i sammenheng med det økte kunnskapsfokus i befolkningen, og forventningene om

kunnskapsbasert praksis i helsesykepleietjenesten. Når man tar i betraktning alle områdene som ligger innenfor helsesykepleierens virke, som befolkningen har forventninger til og som det forventes at man skal jobbe kunnskapsbasert med, kan det være lett å fokusere på alt man ikke rekker å sette seg inn i og forberede seg på, og glemme hva som egentlig er helsesykepleierens generelle område og hva som er spesialområde. Brukermedvirkning og mestringsstrategier for å fremme god helse, og forebygging av faktorer og årsakssammenhenger disse inngår i, som påvirker helsen negativt er helsesykepleierens spesialkunnskap. Disse kunnskapene må kanskje løftes frem og anerkjennes i større grad for at helsesykepleierne skal anerkjenne sin spesialist-generalist identitet fremfor en generalist-identitet.

6.2.2 Profesjonsidentitet

Profesjonsidentitet bygger på profesjonsutøverens kunnskap, ferdigheter, personlige egenskaper, verdier og holdninger, og den utvikles i samhandling med andre profesjonsutøvere (37). Både den profesjonelle selvforståelsen og den sosiale identiteten knyttet til utøvelsen av yrket og den medfølgende profesjonsmakten inngår i den profesjonelle identiteten (65). Den enkelte helsesykepleier tilegner seg sin profesjonelle identitet gjennom utdanningen og gjennom erfaringene fra praksisfeltet og dets kultur (65). I henhold til Dahl utvikles den profesjonelle identiteten i et kritisk reflekterende samspill mellom helsesykepleierens personlighet, historie, utdanning og gjennom møte med brukere, kollegaer og samarbeidspartnere i praksisfellesskap (65, p.70). For å forstå hva som utgjør en profesjons felles identitet, må man se på hvordan profesjonen forstår sitt myndighetsnivå og sitt praksisnivå ifølge Dahl (65). Myndighetsnivå viser til organisasjonens verdier og krav knyttet til tjenesten, noe den profesjonelle er forventet å speile i møte med brukere. Praksisnivået påvirker den profesjonelle gjennom profesjonens verdier og i møte med brukere og samarbeidspartnere (65). For å utvikle en profesjonell identitet må den profesjonelle lære, og utvikle kompetanse i et praksisfellesskap, og må i den sammenhengen kunne reflektere kritisk over egen praksis i dette fellesskapet (65). Ved å bygge en tydelig profesjonell identitet i fellesskap kan de tydeliggjøre et felles kompetanseområde og synliggjøre samfunnsmandatet ifølge Dahl (65).

Deltakerne i min studie tunet seg inn på hver enkelt familie for å kartlegge hva de hadde av kunnskaper og ressurser, hva de hadde behov for, og hvordan de kunne være til mest mulig

hjelp for at hver enkelt familie som opplevde matoverfølsomhet, skulle være i stand til å takle den nye tilværelsen på best mulig måte. I den sammenhengen var deltakerne også bevisste på ansvaret de hadde relatert til Health Literacy, som å bevisstgjøre brukerne på hvor de hentet informasjon fra, hvordan de skulle forholde seg kildekritisk, samt gi anbefalinger om trygge nettsider med kvalitetssikret informasjon. Dahl, Clancy og Andrews har i en studie undersøkt hvordan etisk ladede møter kunne påvirke den profesjonelle identiteten til helsesykepleiere, og de relaterte det til fire hovedområder; Å føle ansvar, å være engasjert, å kjenne seg trygg og å kjenne seg utilstrekkelig (52). Funnet mitt om at helsesykepleierne tuner seg inn samsvarer med det første funnet i denne studien om å føle seg ansvarlig, som var relatert til at helsesykepleierne følte et ansvar for å klare å oppnå myndiggjøring av foreldrene. Min studie viser også at helsesykepleiere i møte med matoverfølsomhet har stort engasjement for familiene, og bryr seg om hvordan de har og det de står i. Dette vises i utsagn som *«Jeg er lett tilgjengelig, det er bare å ringe meg på mobilen når som helst»* og *«Noen kan jo kjenne på at det blir for mye, at de ønsker at vi kan ta fra de noe av børen fra skuldrene, at nå skal jeg følge opp, så kan de konsentrere seg om andre ting»*. I tillegg var de ekstra observante på familier som ikke hadde gode nettverk, og de hadde i bakhodet at de muligens trengte litt ekstra oppfølging. Dette funnet knytter seg til å være engasjert, som henspilte på å bry seg om barna og familiene og fremme deres sak der det var nødvendig.

Deltakerne i min studie trakk frem forsvarlighetsdilemmaet de kom i når de fikk inn spedbarn med store plager som de sterkt mistenkte hadde matoverfølsomhet i en eller annen form, og ventetiden før de kom til lege ville utgjøre store plager for barnet. Her måtte de ta stilling til om de skulle anbefale foreldrene å prøve ut reseptfrie melkeerstatninger/kutte ut noe fra kosten til barnet eller den ammende moren for å forsøke å oppnå raskere lindring, eller om dette var å anse som behandling, og måtte avvente en utredning av lege først. En deltaker hadde fått klare retningslinjer på at hun ikke fikk anbefale noen produkter, og for å unngå at det tok for lang tid før barnet fikk hjelp valgte hun i særlige tilfeller å kontakte barneavdelingen direkte for en snarlig avklaring. Deltakeren kjente seg så pass kompetent i møte med ansvaret for barnet med plager, at hun valgte å omgå fastlegen med sine retningslinjer, og henvise barnet direkte for å kutte ventetiden. Dette funnet relaterer jeg til å være trygg i rollen, som var tredje funn i studien til Dahl, Clancy og Andrews. Det var viktig når det kom til lojalitetskonflikter mellom systemnivå og praksisnivå (52). Det fjerde funnet omhandlet å føle seg utilstrekkelig, både i forhold til egne og brukernes forventninger, og å føle seg unyttig når deres kunnskap og posisjon ikke blir ansett som nyttige. I min studie kan dette relateres til forventninger, både egne

og foreldrenes, om kunnskap som de ikke besitter, og kanskje også til manglende forespørsler om samhandling fra fastleger og spesialisthelsetjeneste. I tillegg nevnes det at det er utfordrende med de familiene som har behov for veiledning, men som selv ikke ønsker det. Her får ikke helsesykepleierne brukt kompetansen sin i møte med saker hvor de har kompetanse til å bidra, og de kjenner på utilstrekkelighet over det. Samtidig fortsatte de å motivere og holde kontakten slik at de kanskje ved en senere anledning fikk innpass til å hjelpe.

Den profesjonelle identiteten er også avhengig av at samfunnsmandatet og posisjonen er tydelig forankret både i helsesykepleieren selv og i organisasjonen. Helsesykepleieren skal arbeide med en helhetlig helsefremmende og forebyggende tilnærming på individ- og befolkningsnivå, og mandatet er komplekst og mangfoldig (65). For at helsesykepleierne skal kunne utføre arbeidet sitt på en god og forsvarlig måte, er det viktig at ledelsen i den kommunale organisasjonen har forstått mandatet fra myndighetene, og fra myndighetene er det nødvendig med nok ressurser for å kunne utøve arbeidet i tråd med mandatet (65). Knappe ressurser har vært et gjennomgangs tema i flere av studiene som er representert i denne oppgaven, og dette samsvarer med det deltakerne i min studie også vektlegger når det kommer til arbeidsmengde og prioritering av arbeidsoppgaver.

Det kan også synes som om helsesykepleierens mandat er utfordrende for helsesykepleierne selv. Mandatet og retningslinjene (23) vektlegger at det skal drives helsefremmende og forebyggende arbeid på både individ- og befolkningsnivå. Samtidig viser studier at helsesykepleierne er i en ressursmessig skvis hvor de prioriterer individrettet arbeid (65). Retningslinjene krever samtidig at helsesykepleierne tilpasser oppfølgingen til hver familie, noe som kan bidra til å forsterke fokuset på det individuelle nivået. I møte med barn med særlige utfordringer, som matoverfølsomhet kan være, er det nødvendig med individuelt tilpasset oppfølging, og disse familiene kan beslaglegge mer av tiden til helsesykepleierne enn andre familier. Dette vil blant annet gå ut over tiden som er igjen til å drive med helsefremmende og forebyggende arbeid på befolkningsnivå. Ulik forståelse av mandatet vil føre til ulike tolkninger av arbeidsoppgaver, som igjen gir seg utslag i praksis. Ulik praksis var et av hovedfunnene i min studie, og ulike tolkninger av arbeidsoppgaver gjorde at deltakerne strevde med å finne sin rolle innenfor kartlegging, utredning og oppfølging av matoverfølsomhet. Den profesjonelle identiteten er slik jeg ser det uavklart når det kommer til arbeidet med barn med matoverfølsomhet, både på individuelt- og systemnivå.

6.2.3 Jurisdiksjonelle grenser

Når det gjelder matoverfølsomhet er det vanskelig å vite hvor de jurisdiksjonelle grensene går, noe også deltakerne i min studie trekker frem. Som en deltaker uttrykte det; *«Hva skal jeg kunne om dette EGENTLIG? Hva er mitt bord, og hva er spesialisthelsetjenesten sitt bord?»*. En annen deltaker uttrykte det slik *«Vi har jo fått beskjed om at vi ikke skal begynne å anbefale, det er det legen som skal gjøre. Samtidig ønsker vi jo å hjelpe familiene»*.

Dahl skriver at en sterk profesjonsidentitet og et tydelig samfunnsmandat kan det være med på å avgrense arbeidsfeltet, på hvor grensene går og med hensyn til hvilket ansvar og hvilke oppgaver man skal ha i forhold til andre profesjoner (65). Det er usikkerhet rundt helsesykepleiernes samfunnsmandat og posisjon i den kommunale organisasjonen ifølge Dahl. Usikkerheten er beskrevet tilknyttet prioritering av arbeidsoppgaver, og uklare signaler fra system- og ledelsesnivå i organisasjonen (65). Når det på ledelsesnivå kan være ulike oppfatninger omkring helsesykepleieprofesjonen, og signalene derfra tidvis er utydelige eller tvetydige, blir det opp til hver enkelt helsesykepleier å finne resonans i seg selv hva som ligger i mandatet og hvordan man skal forstå seg selv og sin profesjon i forhold til andre samhandlende profesjoner. Dette vil nok tre tydeligere frem ettersom man får erfaring og finner sin plass i praksisfellesskapet, men frem til da kan det nok utfordre både profesjonsidentiteten og samfunnsmandatet. Her kan man tenke seg at tydelige jurisdiksjonelle grenser kunne vært til hjelp.

Jurisdiksjon er et begrep som er sentralt knyttet til den amerikanske sosiologen Andrew Abbotts profesjonsteori (65). Jurisdiksjon viser til i hvilken grad en profesjon har kontroll over og monopol på visse arbeidsoppgaver, eller til ulike jurisdiksjonelle grenser (65, p.59). Dahl referer til at Abbot skiller mellom tre ulike typer jurisdiksjon; full, avgrenset og intellektuell jurisdiksjon (65). Full jurisdiksjon viser til en profesjon som har full kontroll over arbeidsområdet sitt gjennom egen lovgivning. Helsesykepleiere har ikke eget lovverk, men har ifølge Dahl egne retter og dermed noe kontroll over sitt arbeidsområde, særlig relatert til vaksinasjon og prevensjonsforeskriving. Avgrenset jurisdiksjon omhandler en arbeidsdeling mellom profesjoner hvor det for eksempel er gjort en delegering av oppgaver, slik kommuneoverlegen har gjort ved å delegerer medisinsk myndighet til helsesykepleierne til å vaksinere (65). Intellektuell jurisdiksjon omfatter flere undergrupper, og kan blant annet være at man har ulike spesialiseringer innenfor samme profesjon, for eksempel at helsesykepleiere videreutdanner seg innen sexologi, eller at en profesjon gir råd til en annen profesjon.

Jurisdiksjonelle grenser behøver ikke være permanente, og dette påvirkes av andre samhandlende profesjoners avgrensninger av tilstøtende eller overlappende arbeidsoppgaver (65). Helseesykepleierne er den eneste profesjonen som er spesialister innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier, og alle kommuner skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-2 tilby helsetjenester i skolen, helsestasjonstjenester og svangerskaps- og barseltjenester (41). Tjenesten er pålagt å tilby, men ikke påbudt å benytte seg av, selv om oppslutningen er på nær 100%. Helseesykepleierne er et formidlingsledd mellom myndighetene og befolkningen, og tilbyr ernæringsveiledning i henhold til Helsedirektoratets kostråd, formidlet gjennom retningslinjer (23, 24). Dette innebærer at helseesykepleierne stort sett har kontroll over arbeidsområdet ernæringsveiledning- og oppfølging av barn, men dette er ikke regulert gjennom eget lovverk, og retningslinjene tilsier at avvik som oppdages og trenger utredning og behandling, skal formidles videre til en annen profesjon som samarbeider om de samme barna, fastlegen. Helseesykepleierne har dermed ikke full jurisdiksjon når det kommer til matoverfølsomhet, slik jeg tolker det. Avgrenset jurisdiksjon tilsier en arbeidsdeling, og dette samsvarer med dagens arbeidsdelingen innen ernæring, slik jeg ser det. Helseesykepleierne skal tilby ernæringsveiledning, og legen står for ernæringsbehandlingen. Avvik skal helseesykepleierne formidle videre. Behandlingsbegrepet må da fortolkes. Intellektuell jurisdiksjon vil i denne sammenhengen kunne være en forespørsel fra helseesykepleier til en ernæringsfysiolog om råd og bistand angående matoverfølsomhet.

Et av hovedfunnene i min studie var uklarheten rundt begrepet behandling knyttet til matoverfølsomhet, noe som ga rom for individuelle tolkninger og dermed ulik praksis. Ulike forhåndskunnskaper og erfaringer om med temaet, samt kvaliteten på samarbeidet med legen syntes å spille inn på hvilken ende av behandlingsbegrepet man valgte å plassere seg. De med minst førstehåndskunnskaper og erfaring hadde en klar formening om at all utredning og behandling skulle foretas av lege, og valgte ofte å henvise barnet direkte videre uten å gå i gang med tiltak på eget initiativ. Der ble også ansvaret for en plan for oppfølging etter diagnose lagt til legen, og ble definert av vedkommende deltaker som medisinsk behandling. En annen erfaren deltaker med bakgrunn fra barneavdeling kjente seg trygg i sin praksisutøvelse som helseesykepleier i møte med matoverfølsomhet. Hun uttrykte «*Man har såpass mye kunnskap at man i hvert fall kan starte her før man henviser til fastlege for å få resept, eller går videre med utredningen*». Hun kjente seg for eksempel komfortabel med å veilede foreldre hvordan de kunne teste ut eliminasjon-provokasjons dietten som en start på utredningen av matoverfølsomhet. Hun anså ikke dette som en behandling, men som et tiltak før man kom i

behandling med for eksempel reseptbelagte melkeerstatninger. I dette tilfellet ville en familie som kom til disse to forskjellige helsesykepleierne, i samme profesjon, oppleve å bli møtt med to ulike strategier, med ulik ventetid for henvisning til lege. Hos den første helsesykepleieren ville de blitt henvist med en gang, og all utredning ville foregått hos legen, men barnet måtte kanskje leve med sine symptomer litt lengre. I det andre tilfellet ville barnet kanskje fått lettet sin plager tidligere, men utredningen ville ikke vært kvalitetssikret av en lege, som kanskje ville valgt en annen fremgangsmåte, eller funnet at det var noe helt annet som plaget barnet.

Slik jeg ser det frembringer dette en diskusjon omkring hva som ligger i behandlingsbegrepet angående matoverfølsomhet, og hvor på skalaen helsesykepleiere bør ligge. Det kan også være nyttig å se dette i lys av juridiske grenser. Dahl og Crawford (38) fant i sin studie at hvis grenseoppgangene mellom de profesjonelle rollene er utydelige, kan det føre til at helsesykepleierne involverer seg i saker som er utenfor deres kompetanseområde. Dahl og Almås skriver at for å utvikle et godt samarbeid må de samarbeidende profesjonene ha en felles begrepsforståelse (34). For å ha en felles begrepsforståelse utad mot andre profesjoner, må man først ha en felles forståelse av begrepet innad i egen profesjon. Ved at matoverfølsomhet ikke er diskutert som tema på fagmøter eller i andre større sammenhenger i praksisfellesskapet, slik deltakerne i min studie gir uttrykk for, har man kanskje ikke fullt ut sett rekkevidden av den ulike praksisen som eksisterer innen samme profesjon. Det er dermed heller ikke tatt høyde for at begrepet behandling kan tolkes veldig forskjellig. Når mandatet og retningslinjen også har en vid tolkning, har man heller ikke grunnlag for en tydelig profesjonsidentitet som helsesykepleiere i møte med matoverfølsomhet, slik jeg oppfatter det, og dermed gir det rom for ulik praksis. En deltaker oppsummerer det slik; *«Det er ikke sånn at vi kan gjøre noe bare for at vi tenker at vi kan gjøre det. Vi må jo vite hva vi skal kunne gjøre»*.

6.2.4 utfordringer i den tverrprofesjonelle samhandlingen

Deltakerne i min studie hadde en opplevelse av at samhandlingen med fastleger og spesialisthelsetjenesten ikke var reell, i beste fall var den ensidig ved at helsesykepleierne henviste barn med matoverfølsomhet videre til dem. Ingen av deltakerne hadde opplevd å bli kontaktet av fastlege eller noen fra spesialisthelsetjenesten angående barn med matoverfølsomhet. De påpekte også at det per dags dato ikke var noen tilgjengelige kanaler for å kommunisere om det samme barnet, og opplevde derved at foreldrene ofte ble budbringere

for hva som ble formidlet fra den ene parten til den andre. Andre mulige årsaker til manglende samhandling som deltakerne trakk frem var lite tid til rådighet for samhandling, samt tematikken matoverfølsomhet i seg selv, og forståelsen for oppfølgingsbehovet i etterkant av en slik diagnose.

Tverrprofesjonell samhandling kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen om en felles oppgave eller prosjekt, hvor de ulike profesjonene bidrar med utfyllende kompetanse ifølge Orvik (34). Alle deltakerne anerkjente behovet for legene som profesjon og deres kompetanse når de fikk inn barn med mistanke om matoverfølsomhet, og hvis foreldrene ikke allerede hadde vært der med barnet anbefalte helsesykepleierne sterkt at de tok kontakt med dem. Noen helsesykepleiere tok, med tillatelse, selv kontakt med fastlegen for å sikre seg at barnet fikk den oppfølgingen. En deltaker reagerte på det hun omtalte som underbehandling fra fastlegene, hvor det etter hennes oppfatning kunne ta lang tid før eliminasjon-provokasjons dietten ble utprøvd, hvorpå det medførte en unødvendig belastning for barnet. Hun koblet likevel på fastlegene i hvert tilfelle med mistanke om matoverfølsomhet som hun fikk inn. Studien til San Martin-Rodriguez, som har sett på faktorer som er avgjørende for tverrprofesjonell samhandling, fant blant annet at tillit, gjensidig respekt og kommunikasjon var essensielt (66). Helsesykepleierne viste i denne sammenhengen tillit til og respekt for legeprofesjonen som en sentral aktør for å hjelpe barn med matoverfølsomhet ved at de konsekvent henviste barna videre til dem. Helsesykepleierne oppfyller på denne måten både sitt bidrag til den tverrprofesjonelle samhandlingen ved å ha oversikt over helsetilstanden til barna og de faktorene som påvirker denne (64), slik forskriften krever (33), samt retningslinjens anbefaling om å henvise barnet videre ved behov for ytterligere utredning (23). Dahl og Almås skriver at profesjonsgrupper med en sterk profesjonsidentitet, som legeprofesjonen, lettere kan avvise endringer som rokker ved deres tradisjonelle oppfatninger om arbeidsoppgaver (34). Om de ikke er avviser oppgaven om samhandling, er det også for denne profesjonen et spørsmål om prioriteringer av tid og ressurser. Det kan omhandle forståelse for oppfølgingsbehov slik deltakerne pekte på, samt at legene mangler en god kanal for samhandling med helsesykepleierne.

Kommunikasjon, som studien til San Martin-Rodriguez viste til (66), var en av de største utfordringene helsesykepleierne oppga ved den tverrprofesjonelle samhandlingen. De viste blant annet til at de manglet en kanal å samhandle i, og at det var vanskelig å få tak i legene. En deltaker sa *«Dette med å få tak i fastlegen, man ringer og ringer en hel dag uten å komme i kontakt. Så skal man følge det opp neste dag, der man har fullt program. Den biten kan kjennes*

litt presserende ut til tider». Ved at man ikke hadde et fast forum hvor man enkelt kunne samhandle om de samme barna, medførte det en pågående oppgave for helsesykepleierne med å forsøke å komme i kontakt med legen for spørsmål og avklaringer. De øynet håp om endring ved at en elektronisk meldingsutveksling var på trappene, hvor de kunne gå inn i journalen til barnet og skrive beskjeder til fastlegene. De var dog usikre på om dette ville føre til en reell endring av praksis, eller om det fortsatt ville bli en en-veis-kommunikasjon hvor de sendte beskjeder, og ikke fikk noen respons tilbake. Det ville imidlertid spare de for tid, ved at de nå kunne sende en direkte beskjed, og ikke behøvde å få tak i de på telefon hver gang. For tiden var en annen viktig faktor som utfordret samhandlingen. Ingen av deltakerne fremmet at de hadde avsatt tid til samhandling, og det virket som om samhandlingen strakk seg til å få tak i vedkommende parter innimellom annet arbeid, eller sende henvisninger.

Dahl peker på at det er et lederansvar i de ulike profesjonene å legge til rette for arenaer for samhandling, og tid og ressurser til å gjennomføre dette (30), og det er jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 og §4-1 (41) kommunens ansvar å tilrettelegge for samarbeid med fastleger, og sikre gode samarbeidsrutiner. Foruten en deltaker som fortalte om et samarbeidsmøte de hadde en gang per år hvor lederen for fastlegene og helsestasjonslegene ble invitert, var det ingen som nevnte arenaer hvor samhandlingsspørsmål kunne tas opp og diskuteres. Helsestasjonstjenesten skal ha rutiner for samhandling med for eksempel fastlegen, men Glavin og Erdal henviser til undersøkelser som viser at fastlegen i liten grad er involvert i tverrfaglig samarbeid om barn og unge (63). Dette samsvarer med funnene i min studie. Granrud peker i sin studie på at de organisatoriske forutsetningene ikke er tilstrekkelige for å legge til rette for den tverrprofesjonelle samhandlingen i praksis, og at ledelsen både må anerkjenne behovet for samhandling, samt stille økonomiske og faglige ressurser til disposisjon (39).

Deltakerne fortalte også om liten eller manglende samhandling med spesialisthelsetjenesten, og det var ulik oppfattelse av hva som ble gjort der etter at barna var henvist dit. En deltaker sa *«Jeg er ikke kjent med spesialisthelsetjenesten. Jeg vet ikke hva de tilbyr når de først er kommet dit, om de gir noen videre oppfølging»*. Omfanget av samhandlingen rundt barn med matoverfølsomhet strakk seg til å få tilsendt epikriser, og det var deltakere som påpekte at de noen ganger ikke fikk det heller, samt å benytte seg av undervisningsansvaret spesialisthelsetjenesten har overfor primærhelsetjenesten når det var muligheter for det. Deltakeren fra den minste kommunene hadde derimot en annen opplevelse med spesialisthelsetjenesten, *«Vi kan henvise selv, for vi har så pass god erfaring med å se at dette*

kan være ting som må behandles ganske sånn rimelig kjapt. Så de blir tatt fort inn». Her kunne man på bakgrunn av god samhandling, basert på tillit som er etablert gjennom erfaringer, hoppe over et ledd for å redusere ventetiden for familien. Clancy har beskrevet at det er lettere å få til samhandling i mindre kommuner, men at det også her er opp til helsesykepleierne å ta initiativet (35), noe som samsvarer med det deltakerne i min studie forteller.

Noe som var vektlagt i samhandlingsreformen (31) var at flere skulle få hjelp til koordinering av oppfølging og behandling. Deltakerne i min studie viste til en opplevelse av, uavhengig av diagnose, så var det foreldrene som måtte stå for koordineringen mellom ulike instanser, særlig grunnet manglende kanaler å samhandle i. *«Nå er det litt sånn at vi sitter her og de sitter der, i to helt forskjellige verdener. Nå er det jo foreldrene som er budbringere for hva den andre sier, vi har jo ikke felles journal»* var blant utsagnene til deltakerne. Noen pekte på at denne manglende koordineringen kunne føre til økt ventetid og ubehag for barnet, noe som kjentes vanskelig. Andre trakk frem at foreldrene ofte tok opp spørsmål og usikkerhet etter møter med andre instanser, slik at de fikk en rolle som mellomledd uten informasjon fra instansen selv, hvor de forsøkte å nøste opp i hva som var blitt formidlet slik at de kunne veilede og forklare best mulig omkring det de lurte på. Dette kan peke i retning av at selv for en «vanlig» diagnose som matoverfølsomhet kan det medfører mange bekymringer, spørsmål og usikkerhet, det kan kreve involvering fra flere instanser, og både helsesykepleiere og foreldre kan kjenne på et behov for samhandling som er mer strukturert selv for denne type diagnose.

Clancy og Svensson har i sin studie om helsesykepleiere og tverrfaglig samhandling pekt på at tillit, respekt og samhandlingskompetanse var høyest rangert av alle deltakerne foran formaliserte strukturer, økonomi og lederskap, noe som viser til at man ikke må overse de relasjonelle faktorene i samhandlingen (56). Studier har påvist at tradisjonelle profesjonelle rollemønstrene og manglende rolleforståelse fortsatt er gjeldene, men ved å fokusere på tverrprofesjonell samhandling allerede under utdanningen øker sjansene for at studenter klarer å omsette samhandlingsteori til praksis når de kommer ut i arbeidslivet (46). Dahl og Almås viser til erfaring, det å bli trygg i rollen sin og tydeliggjøring av kunnskapsgrunnlaget sitt for at helsesykepleiere skal bli mer synlige i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Å bygge erfaringer er en prosess som tar tid, og ved at det tilsynelatende er lite rom i arbeidshverdagen til helsesykepleiere for samhandling, er det fare for at helsesykepleiere forsvinner ut av synet og blir glemt av de instansene de potensielt kunne samhandlet med for å lykkes med helhetlige tiltak til beste for barn, unge og deres familier, inkludert familier hvor barn har matoverfølsomhet.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Helsesykepleierens samfunnsmandat er vidt, og fordrer dermed et bredt spekter av kompetanse. Helsesykepleierprofesjonen bærer et stort ansvar i det helsefremmende- og forebyggende arbeidet blant barn og unge og deres familier, og de møter høye forventninger fra både arbeidsgiver og brukerne. For familier som opplever matoverfølsomhet tett på livet er helsesykepleierne ofte de første de vender seg til. Denne studien har vist hvilket komplekst tema matoverfølsomhet er, hvor krevende det kan være for familiene å håndtere, og ikke minst bredden av kunnskap som behøves i arbeidet med temaet. Studien har også vist hvilken betydning helsesykepleierne kan ha for familien ved å fokusere på helsefremmende mestringsstrategier og brukermedvirkning. Samtidig kjenner helsesykepleierne på et behov for å øke sin kunnskap innen matoverfølsomhet, de er usikre på de juridiske grensene og behandlingsbegrepet. De ønsker også å ha en bedre og mer involverende dialog med både fastleger og spesialisthelsetjenesten for å kunne gi et bedre og mer helhetlig tilbud til barna med matoverfølsomhet og deres familier. Ser man på matoverfølsomhet i den store sammenhengen, utgjør det bare en liten del av helsesykepleierens emnefelt. Når selv et så lite tema kan skape så mange utfordringer for både helsesykepleierne og familiene som er berørte, kan man ane konturene av omfanget av kunnskap og kompetanse helsesykepleierne er ventet å inneha og beherske i sin praksis.

For å imøtekomme både samfunnsmandatet, ansvaret og forventningene fra samfunnet er det essensielt at det skapes rom for å bygge kompetanse i den daglige praksisen til helsesykepleiere. Min studie føyer seg inn i rekken av studier som har påpekt behovet for tid og ressurser til å jobbe med refleksjonsarbeid i ulike former. Det er fortsatt slik at ressursene er knappe i forhold til behovet. Hver dag står helsesykepleiere overfor prioriteringer for å kunne oppfylle samfunnsmandatet sitt, for å være tilgjengelig for brukerne, og for å utføre arbeidsoppgaver i henhold til retningslinjer, lover og forskrifter. I denne prioriteringen kommer ofte erfaringsutveksling, for å utvikle både seg selv og praksis, samt tid til tverrprofesjonell samhandling langt nede på prioriteringslisten, til fordel for å være tilstede for brukerne. Samhandlingskompetanse er vanskelig å lære og utvikle hvis det ikke er rom for å utøve den i den daglige praksisen.

Utvikling av kunnskap krever tid, og en stor del av kunnskapsgrunnlaget til helsesykepleierne er erfaringene som utvikles gjennom praksis. For at disse erfaringene skal ha resonans i praksisfellesskapet, og utvikle seg til phronesis, må de kunne løftes frem og diskuteres i praksisfeltet. Det vises i oppgaven også til «trange kår» for å utvikle og fornye sin kunnskap gjennom forskning, da lederen i NSF har pekt på at forskningen er frakoblet praksishverdagen, og en studie har vist at forskning først blir benyttet når den er nedfelt i retningslinjer eller forskrifter fra staten som arbeidsgiver. Her ligger et forbedringspotensial for en tjeneste som skal tilby råd og veiledning av høy faglig kvalitet, og det pekes i oppgaven på ulike måter kunnskapsutvikling kan oppnås på. Kunnskapsutvikling gjennom brukermedvirkning i forening med erfaringskompetanse viser seg å stå frem som en sentral måte helsesykepleiere videreutvikler faget sitt på. Det å la brukerne få komme med sitt og lytte de ut, krever også tid. Har man fullt opp med konsultasjoner på daglig basis legges det et sterkt tidspress også på denne formen for å utvikle kunnskap.

Kunnskapsgrunnlaget endrer seg i takt med erfaring, og dermed også hvordan helsesykepleiere ser på det. Tilrettelegging av strukturelle rammer for faglig oppdatering og refleksjon er av avgjørende betydning for helsesykepleieres kunnskapsutvikling i praksis, samt at det kan medvirke til mindre ulik praksis hos helsesykepleiere. Det kan synes som om profesjonen har et større mandat enn tilgjengelige ressurser for å sette kunnskapsutvikling til hver enkelt, og profesjonen som sådan, i høysetet. Jeg støtter meg til Glavin i bekymringen for at dette på sikt kan føre til en deprofesjonalisering av helsesykepleierprofesjonen.

7.2 Videre forskning

Det ville vært interessant å gjøre en brukerundersøkelse blant foreldre for å frembringe deres erfaringer med helsestasjonens oppfølging av matoverfølsomhet, og så sammenstilt det med denne studien for å få en bredere kartlegging av kunnskapsbehovet. I en større sammenheng vil det være aktuelt å gjennomføre en brukerundersøkelse som tar sikte på å kartlegge brukernes forventninger til helsestasjonen, med fokus på hvilken kunnskap de forventer å bli møtt med, og sammenstille dette med dagens kunnskapsgrunnlaget. På overordnet nivå bør praksiser som legger til rette for læring og faglig utvikling i tjenestene undersøkes nærmere for å etablere kunnskap om hvordan kontinuerlig læring kan implementeres som en del av helsesykepleierpraksis. Som et ledd i kunnskapsutvikling kunne det vært nyttig å undersøke om

web-baserte læringsmoduler i norsk sammenheng kunne bidratt til å fylle det økte kunnskapsbehovet til helsesykepleiere. Det vil videre være behov for å studere samhandlingspraksis i et helsesykepleierperspektiv nærmere, identifisere utfordringer og suksesskriterier og sammenstille dette med studier gjort i andre samarbeidende profesjoner. Det vil også være hensiktsmessig å utforske samhandling i relasjon til brukerperspektivet for å sikre brukerkunnskap og brukervedvirkning fra de man ønsker å samhandle om.

Referanseliste

1. Lomer M.C.E. "Review article: the aetiology, diagnosis, mechanisms and clinical evidence for food intolerance". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2015;41(3):262-75.
2. Norges Astma- og Allergiforbund. Matallergi 2014 [updated 09.11.2018. Available from http://www.naaf.no/globalassets/regionene/oslo-og-akerhus/matallergibrosjyre/matallergibrosjyre2018_web_ferdig.pdf.
3. Winberg A. Epidemiologi av födoämnesöverkänslighet bland svenska skolbarn. *DietistAktuellt*. 2016;XXV(4).
4. Jones S, Wesley Burks A. Food Allergy. *The New England Journal of Medicine*. 2017;377(12):1168-76.
5. Devdas J.M, Mckie C, Fox A.T, Ratageri V.H. Food allergy in children: An overview. *Indian Journal of Pediatrics*. 2018;85(5):369-74.
6. Sicherer S.H, Sampson H.A. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2013;133(2):291-307.
7. Saalman R. Hur utreder man barn med födoämnesallergi? *Allergi i praksis*. 2015;3:6-11.
8. Fiocchi A, Sampson H.A, Bahna S.L, Lack G. Food Allergy. I: Pawankar R, Canonica G, Holgate S, Lockey R, red. *World Allergy Organization White Book on Allergy*. Milwaukee, Wisconsin: World Allergy Organization; 2013. p. 47-53.
9. World Allergy Week 2019 Information sheet [press release]. World Allergy Organization 2019.
10. Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2018;29:689-704.
11. Strinnholm Å. Konsekvenser av matallergiför livskvalitet och kostens nutritionella kvalitet. *Nordisk nutrition*. 2018;2/3:14-6.
12. Thomassen R.A, Kvammen J.A, Henriksen C. Ernæringsstatus hos små barn med melkeallergi. *Nordisk nutrition*. 2018;2/3:17-9.
13. Thomassen R.A, Kvammen J.A, Eskerud M.B, et al. Iodine status and growth in 0-2 year old infants with cow`s milk protein allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2017;64(5):806-11.
14. Kvammen J.A, Thomassen R.A, Eskerud M.B, et al. Micronutrient status and nutritional intake in 0- to 2-year old children consuming a cow`s milk exclusion diet. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2018;66(5):831-7.
15. Branum A.M, Lukacs S.L. Food allergy among children in the United States. *Pediatrics*. 2009;124(6):1549-55.
16. Walkner M, Warren C, Gupta R. Quality of life in food allergy patients and their families. *Pediatric Clinics of North America*. 2015;62:1453-61.
17. Cummings A.J, Knibb R.C, King R.M, Lucas J.S. The psychosocial impact of food allergy and food fypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*. 2010;65:933-45.
18. Nilamben P, Herbert L, Green T.D. The emotional, social, and financial burden of food allergies on children and their families. *Allergy & Asthma Proceedings*. 2017;38:88-91.
19. Chow C, Pincus D.B, Comer J.S. Pediatric Food Allergies and Psychosocial Functioning: Examining the Potential Moderating Roles of Maternal Distress and Overprotection. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015;40(10):1065-74.

20. Goossens N.J, Flokstra-de Blok B.M.J, van der Meulen G.N, Botjes E, Burgerhof H.G.M, Gupta R.S, et al. Food allergy knowledge of parents- is ignorance bliss? *Pediatric Allergy and Immunology*. 2013;24:567-73.
21. Kvarme L.G. Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme L.G, red. *Fra tanke til handling Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016. s. 28-34.
22. Glavin K. Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme L.G, red. *Fra tanke til handling Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS; 2016. s. 48-67.
23. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
24. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
25. Tveiten S. Veiledning. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme L.G, red. *Fra tanke til handling Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS; 2007. s. 173-89.
26. Larsen L.S. Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert? *Sykepleien*. 2020;08.
27. Glavin K, Helseth S. Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Det er billigere å forebygge enn å behandle sykdom. *Sykepleien*. 2009;93(5):56-7.
28. Andersson H.W, Ose S.O, Norvoll R. *Helsesøsters komeptanse*. Oslo: SINTEF Helse; 2006
29. Clancy A. Fra helsesøster til helsesykepleier. I: Dahl Misund B, red. *Helsesykepleie En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 155-68.
30. Dahl Misund B. Introduksjon til helsesykepleierfeltet. I: Dahl Misund B, red. *Helsesykepleie En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 13-20.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. 2012.
32. Helse- og omsorgsdepartementet. *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. 2015.
33. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-1994-08-05-55-§3-8 (2018).
34. Dahl Misund B, Almås S.H. Tverrprofesjonelt samarbeid. I: Dahl Misund B, red. *Helsesykepleie En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 193-208.
35. Clancy A. A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *The Author Journal compilation Internayional Council of Nurses*. 2007.
36. Turley J, Vanek J, Johnston S, Archibald D. Nursing role in well-child care. *Canadian Family Physician*. 2018;64:169-80.
37. Dahl Misund B. *The meaning of professional identity in public health nursing [Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD)]*. Bergen: University of Bergen; 2015.
38. Dahl Misund B, Crawford P. Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of Interprofessional Care*. 2017;32(2):178-84.
39. Granrud M.D, Anderezèn-Carlsson A, Bisholt B, Steffenak A.K.M. Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration schools: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:2899-910.
40. Fagerlund B.H, Helseth S, Glavin K. Parental experience of counselling about food and feeding practices at the child health centre: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:1653-63.

41. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
42. Muraro A, Agache I, Clark A, Sheikh A, Roberts G, et al. EAACI Food allergy and anaphylaxis guidelines: managing patients with food allergy in the community. *European journal of allergy and clinical immunology*. 2014;69:1046-57.
43. Twichell S, Wang K, Robinson H, Acebal M, Sharma H. Food allergy knowledge and attitudes among school nurses in an urban public school district. *Children*. 2015;2:330-41.
44. Yrjänä J.M.S, Bloigu R, Kulmala P. Parental confusion may result when primary health care professionals show heterogeneity in their knowledge, attitudes, and perceptions regarding infant nutrition, food allergy, and atopic dermatitis. *Allergologia et Immunopathologia (Madr)*. 2018;46:326-33.
45. Dahl Misund B, Andrews T, Clancy A. Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian journal of public health*. 2014;42:32-7.
46. Ketcherside M, Rhodes D, Powelson S, Cox C, Parker J. Translating interprofessional theory to unprofessional practice. *Journal of Professional Nursing*. 2017;33:370-7.
47. Dahl Misund B, Clancy A. Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29:679-87.
48. Willumsen E, Alstveit M. Improving public health nursing: an example of community-based research in Norway. *International Practice Development Journal*. 2012;2 (2) [4].
49. Yoshioka-Maeda K, Shiomi M, Katayama T, Hosoya N. Impact of web-based learning for health program planning competency, knowledge and skills among mid-level public health nurses: A randomized controlled trial. *Public Health Nursing*. 2019;36:836-46.
50. Karlsen A-G, Skaalvik M.W. Master's level public health nurse education in Norway. *Nordisk Sykeplejeforskning*. 2017;7(4):303-14.
51. Fjetland K.J, Søreide G.E. Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24:75-83.
52. Dahl Misund B, Clancy A, Andrews T. The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28:600-8.
53. Oberle K, Tenove S. Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*. 2000;7(5):425-38.
54. Clancy A. The ceremonial order of public health nursing consultations: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:2555-66.
55. Weum M, Bragstad L.K, Glavin K. How public health nurses use sources of knowledge. *Sykepleien Forskning*. 2017;12:1-23.
56. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27:659-68.
57. Rammepplan og forskrift for helsesøsterutdanning av 01.12.2005. Utdannings- og forskningsdepartementet. Oslo: 2005.
58. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5 utg. 2014.
59. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, (1983).
60. Dahl Misund B. Helse- og sykepleierens kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbasert praksis. I: Dahl Misund B, red. *Helse- og sykepleie En grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 137-52.
61. Orvik A. Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse. I: Orvik A, red. *Organisatorisk kompetansen Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS; 2015. s. 233-58.

62. Kassah B.L.L, Tønnesen S, Tingvoll W-A. Samhandlingsreformen- utfordringer, løsninger og implikasjoner. I: Kassah B.L.L, Tingvoll W-A, Kassah A.K, red. Samhandlingsreformen under lupen Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. s. 51-68.
63. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis. 4. utg. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2018.
64. Dahl Misund B. Helseesykepleierens arbeid- utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I: Dahl Misund B, red. Helseesykepleie En grunnbok. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 39-55.
65. Dahl Misund B. Helseesykepleierens samfunnsmandat og profesjonsidentitet. I: Dahl Misund B, red. Helseesykepleie En grunnbok. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 57-71.
66. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu M-D, D`Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19, suppl 1:132-47.
67. Store Norske Leksikon; 2019 [updated 17.02.2019. Available from: <https://snl.no/kunnskap>.
68. Nordtvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2004.
69. Stigen A. Aristoteles- En innføring. Oslo: Dreyers Forlag; 1977.
70. Hanssen H, Humerfelt K, Kjellevoid A, Norheim A, Sommerseth R. Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I: Hanssen H, red. Faglig skjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 17-47.
71. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum L.I, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 179-96.
72. Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidensen. 1. utg. Oslo: Akribe as; 2005.
73. Alvsvåg H. Klinisk skjønn. I: Bjørk I.T, Helseth S, Nordtvedt F, red. Møte mellom pasient og sykepleier. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002. s. 208-22.
74. Sollesnes R. Utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i det helsefremmende arbeid: Høgskolen i Bergen; 2006.
75. Kornør H. Kunnskapsbasert praksis. I: Holme H, Olavesen E.S, Valla L, Hansen M.B, red. Helsestasjonstjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016. s. 525-32.
76. Helsebiblioteket.no. [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.
77. Busch T. Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
78. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
79. Dalland O. Metode og oppgaveskrivning for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
80. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
81. Nilsson B. Gadammers hermeneutikk. Sykepleien Forskning. 2007.
82. Aadland E. Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
83. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2017.
84. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2017.
85. Verdens Legeforening. Helsinkideklarasjonen: Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker 1964 [updated 10.10.2014. Available from: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>.

86. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), (2018).
87. Larsen L.S. Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert? Sykepleien. 2020 15.09.20.
88. Dahl Misund B, Blindheim K. Helsesykepleierens hovedarenaer og viktigste samarbeidspartnere. I: Dahl Misund B, red. Helsesykepleie En grunnbok. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 73-88.

Vedlegg 1

Hei!

Jeg er helsesykepleierstudent på tredje studieår ved UIT Norges Arktiske Universitet som skal i gang med mitt mastergradsprosjekt. Prosjektet omhandler helsesykepleieres erfaringer med matoverfølsomhet hos barn som er brukere av helsestasjonen. Dette prosjektets overordnede mål er å gi innsikt i eventuelle utfordringer helsesykepleiere opplever i veiledningssituasjoner med foreldre til barn med matoverfølsomhet.

Prosjektet er godkjent av NSD.

Jeg ønsker i den forbindelse å rette en forespørsel til deg som leder for helsestasjonene i kommunen om å bistå med rekruttering av deltakere til studien. Jeg ønsker å intervju mellom 5-10 helsesykepleiere med minimum 3 års erfaring i yrket. Det er kun ønskelig å intervju de som jobber på helsestasjon. Det vil også bli rettet forespørsel til to andre kommuner. Intervjuet vil vare mellom 30-60 minutter.

Jeg legger ved et informasjonsskriv til helsestasjonene og et informasjonsskriv til aktuelle deltakere, samt samtykkeskjema for de som ønsker å delta.

Jeg håper dere finner prosjektet interessant og ønsker å bistå med rekruttering av deltakere.

Med vennlig hilsen

Marita Pedersen

Sendt fra E-post for Windows 10

Vedlegg 2

Informasjonsskriv til helsestasjoner

Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere til mastergradsprosjekt om livskvalitet i familier hvor barn har matoverfølsomhet

Dette er en forespørsel til helsesykepleiere på helsestasjon om å delta i en forskningsstudie om livskvalitet i familier hvor barn har matoverfølsomhet, og hvordan helsesykepleiere kan bidra inn i dette arbeidet. Matoverfølsomhet er en samlebetegnelse på matallergi og matintoleranse, og studien begrenser seg til de som har en allergi eller intoleranse diagnostisert av fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Forskningen gjøres i forbindelse med min masteroppgave ved UIT Norges Arktiske Universitet i Tromsø og planlegges gjennomført i 2019/2020. Intervju er planlagt utført innen utgangen av 2019. Jeg ønsker å gjennomføre semistrukturelle dybdeintervju med 4-5 helsesykepleiere med erfaring fra helsestasjon.

Hensikten med studien er å belyse hvordan matoverfølsomhet kan påvirke livskvaliteten i en familie hvor et barn har overfølsomhet, samt å fremskaffe kunnskap om hvordan helsesykepleiere arbeider med disse familiene. Det overordnede målet er å belyse hvordan helsesykepleiere kan bidra til livskvalitet for disse familiene og hvilke forhold som må ligge til rette for at man skal få dette til. Studien har også som mål å sette fokus på veiledning som metode for å fremme livskvalitet.

Informasjon til deltakere

Intervjuet vil vare mellom 30-60 minutter, men det er ønskelig at det er satt av litt god tid. Tid og sted vil bli avtalt med den enkelte deltaker. Det vil deles ut eget informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakerne, og det understrekes at deltakerne til enhver tid står fritt til å trekke seg fra studien. Deltakerne vil være anonyme.

Prosjektet er godkjent av NSD.

Jeg håper dere finner prosjektet interessant og ønsker å bistå med rekruttering av deltakere.

Med vennlig hilsen

Marita Pedersen (Masterstudent) telefon: 91818510, mail: maritasorensen81@hotmail.com

Anne-Gerd Grønvold Karlsen (Veileder) telefon: 77660627, mail: anne.karlsen@uit.no

Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet "Livskvalitet i familier hvor barn har matoverfølsomhet- hvordan kan helsesykepleiere bidra"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan matoverfølsomhet kan påvirke livskvaliteten i en familie hvor et barn har overfølsomhet, samt å fremskaffe kunnskap om hvordan helsesykepleiere arbeider med disse familiene. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Formål

Hensikten med studien er å belyse hvordan matoverfølsomhet kan påvirke livskvaliteten i en familie hvor et barn har overfølsomhet, samt å fremskaffe kunnskap om hvordan helsesykepleiere arbeider med disse familiene. Det overordnede målet er å belyse hvordan helsesykepleiere kan bidra til livskvalitet for disse familiene og hvilke forhold som må ligge til rette for at man skal få dette til. Studien har også som mål å sette fokus på veiledning som metode for å fremme livskvalitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT- Norges Arktiske Universitet i Tromsø ved Anne-Gerd Grønvold Karlsen er ansvarlig for prosjektet. Hun kan nås på telefon: 77660627 eller på mail: anne.karlsen@uit.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er helsesykepleiere med erfaring fra helsestasjon som er målgruppen for studien. Det er ønskelig med 3-4 deltakere. Det er sendt forespørsel til enhetsleder for forebyggende helsetjenester i kommunen for godkjenning av prosjektet og for hjelp til rekruttering av deltakere

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det datainnsamling i form av intervju. Det vil ta deg mellom 30-60 minutter, men sett gjerne av litt god tid. Det vil bli brukt lydopptaker, intervjuet vil bli omskrevet til tekst og lagret elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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.

- Det er kun mastergradsstudent Marita Pedersen og veileder Anne-Gerd Karlsen ved UIT-Norges Arktiske Universitet som vil ha tilgang til opplysningene gitt i intervjuet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Deltakerne i studien vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av prosjektet

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2020. Etter prosjektslutt vil alle personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT- Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer? Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UIT- Norges Arktiske Universitet ved (Marita Pedersen, telefon: 91818510, mail: maritasorensen81@hotmail.com)
- UIT- Norges Arktiske Universitet ved (Anne-Gerd Grønvold Karlsen, telefon: 77660627, mail: anne.karlsen@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne-Gerd Grønvold Karlsen

Marita Pedersen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Livskvalitet i familier hvor barn har matoverfølsomhet- hvordan kan helsesykepleiere bidra?», 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, ca. juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

- Presentasjon av meg selv (navn, alder, jobb og prosjekt)
- Jeg vil først takke deg for at du ønsket å delta i prosjektet mitt, det setter jeg stor pris på
- Gå kort gjennom informasjonsskjema og samtykke
- Redegjøre for bruk av lydopptak, vil bli lastet over på pc, transkribert til tekst, lydfil slettet
- Du kan når som helst under intervjuet og studien trekke deg uten begrunnelse. Og hvis det er spørsmål du ikke ønsker å svare på trenger du heller ikke oppgi årsak
- **Hensikt:** Belyse hvordan matoverfølsomhet kan påvirke livskvaliteten i en familie hvor barn har matoverfølsomhet, fremskaffe kunnskap om hvordan helsesykepleiere arbeider med disse familiene, belyse hvordan helsesykepleiere kan bidra til livskvalitet og hvilke forhold som må ligge til rette for å få dette til.

Bakgrunnsspørsmål:

- Navn
- Hvor lenge har du jobbet som helsesykepleier
- Hva er ditt inntrykk av forekomsten av matoverfølsomhet hos barn? (økt siden du begynte?)

Innledningsspørsmål:

- Kan du fortelle litt rundt hva du tenker om livskvalitet i en familie?
(Hva er livskvalitet, hvilke forhold påvirker, livskvalitet i helsefremmende sammenheng)
- Kan du si noe om din erfaring med matoverfølsomhet hos barn?
- Hvordan tror du matoverfølsomhet hos barn kan påvirke livskvalitet i en familie?
- Hvordan arbeider du med familier hvor barn har matoverfølsomhet?

(ekstra tid, ekstra konsultasjoner, CGM-gruppe, ser du noen ekstra behov, gir familiene uttrykk for ekstra behov/oppfølging, samarbeid med fastlege/spesialisthelsetjeneste/ernæringsfysiolog/spiseteam/ psykolog)

Refleksjonsspørsmål:

- Hvordan kan helsesykepleiere jobbe med disse familiene for at de skal mestre hverdagen?

- Hva tenker du rundt ditt bidrag (som fagperson) i møte med disse familiene?
- Kjenner du på noen utfordringer? (Hvilke?)
- Hva tenker du kan vanskeliggjøre dine muligheter for å jobbe med livskvalitet i disse familiene? (tid, ressurser, enkelte familie/helsesykepleier, kultur på arbeidsplass)
- Hva kan styrke dine muligheter for å jobbe med dette? (faglig kunnskap, relasjonskompetanse, støtte i retningslinjene?)
- Kan du beskrive en eller flere veiledningssituasjoner hvor du kjente at du lyktes godt?
- Og en eller flere situasjoner som ikke ble helt som du hadde tenkt?
- Er det noe du tenker/ønsker var annerledes for disse familiene i vår tjeneste?

Avslutningsspørsmål:

- Er det noe vi ikke har snakket om som du tenker er relevant?
- Er det noe du lurer på i forbindelse med prosjektet?

Vedlegg 4

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

"Livskvalitet i familier hvor barn har matoverfølsomhet- hvordan kan helsesykepleiere bidra?"

Referansenummer

641534

Registrert

20.08.2019 av Marita Pedersen - mso020@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Eliassen, marianne.eliasen@uit.no, tlf: 77660515

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marita Pedersen, maritasorensen81@hotmail.com, tlf: 91818510

Prosjektperiode

01.08.2019 - 30.06.2021

Status

08.04.2021 - Vurdert

Vurdering (4)

08.04.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 07.04.2021.

Vi har nå registrert 30.06.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden. Utvalget informeres om forsinkelsen.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

17.06.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 02.06.2020 og 16.06.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 17.06.2020. Behandlingen kan fortsette.

Meldeskjema er oppdatert med ny prosjektansvarlig/veileder.

Vi har også registrert 31.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse av forskningsperioden, vil vi gjøre oppmerksom på at forlengelse på mer enn ett år utover den opprinnelige sluttdatoen (30.06.2020) ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

14.11.2019 - Vurdert

Vi viser til endring registrert 12.11.2019. Vi kan ikke se at det er gjort noen oppdateringer i meldeskjemaet eller vedlegg som har innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.

Les mer om hvilke endringer som skal registreres hos NSD før endringer meldes inn i fremtiden:
nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

28.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 28.08.2019. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

HELSESYKEPLEIERE SIN TAUSHETSPLIKT

Helsesykepleiere har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltelever, andre pasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at du er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, navn på skole og muligens helsestasjon, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Studenten og helsesykepleieren har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Vi anbefaler derfor at studenten minner helsesykepleieren om taushetsplikten før intervjuet startet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2020.

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

NSD 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 behandles 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

NSD 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)