



Møtet mellom barnesykepleier og helsesøster

Hva kjennetegner samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelingen og hvordan kan vi forstå deres erfaringer

Mona Pauline Voie

MASTEROPPGAVE I HELSEFAG

**INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSFAG
DET HELSEVITENSKAPLIGE FAKULTET
UNIVERSITETET I TROMSØ**

Mai 2011

Forord

I løpet av det siste året har Gadamer`s forståelsens sirkel fått en annen mening for meg. Jeg har hatt følelsen av å være inne i en endeløs spiral i lang tid. En sirkel av stadig ny og endret forståelse som aldri tar slutt, men som jeg nå setter et foreløpig punktum for. Jeg har erfart prosessen som krevende og utfordrende, men samtidig utrolig lærerik. Jeg håper at også du som leser kan følge den stien jeg har vandret og at det kan gi deg noen tanker med på veien.

Veilederen min har vært førsteamanuensis 2 Catrine Arntsen. En takk til deg for veiledning i innspurten. Vil gi en stor takk til mine informanter for at dere stilte opp og lot dere intervjuet. Dere har gitt meg mulighet til å utforske og bedre forstå hva en må være oppmerksom på ved et samarbeid mellom barnesykepleier og helsesøster. Samtidig har det gitt meg bedre forståelse for samarbeid mellom spesialist – og primærhelsetjenesten generelt.

En stor takk til Mia Jennie, min eneste datter. Endelig skal mamma legge fra seg jobben i noen timer. Og takk til Tommy som har deltatt på alle Mia Jennies dansetimer, danseoppsetninger, fotball og andre fritidssysler mens jeg har studert.

Tromsø, Mai 2011

Mona Pauline Voie

Sammendrag

Bakgrunn: Som helsesøsterutdannet og med flere års praksis fra Nyfødt intensiv avdeling, har jeg ofte undret meg over hvorfor ikke barnesykepleierne og helsesøstrene i større grad har hatt et samarbeid. De senere år det vært et økt fokus på oppfølgingen av det ekstremt fortidlig fødte barnet og familien, og retningslinjer utgitt av Sosial- og helsedirektoratet fremmer nå et møte mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelinger. Denne studien belyser og fortolker barnesykepleier og helsesøsters erfaringer og tanker rundt samarbeidet når de møtes.

Problemstilling: Møtet mellom barnesykepleier og helsesøster. Hva kjennetegner samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelingen og hvordan kan vi forstå deres erfaringer.

Teori: Overordnet tema i denne oppgaven er relasjonene mellom barnesykepleier og helsesøster når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen. For å belyse relasjonene benyttes teori om samarbeid og Foucaults perspektiv på makt.

Metode: Som metode har jeg benyttet åpne dybdeintervju, hvor to barnesykepleiere og to helsesøstre er blitt intervjuet. Ved å benytte et hermeneutisk perspektiv har jeg fått en dypere forståelse for de føringer som påvirker et samarbeid mellom barnesykepleier og helsesøster.

Resultat: Det viser seg at barnesykepleier og helsesøster i liten grad snakker sammen når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen. Barnesykepleierne er opptatt av å formidle sin kunnskap, mens helsesøstrene erfarer at barnesykepleierne ikke har forståelse for deres syn. Ulikhetene synes å bunne i ulike fagtradisjoner, kulturer og liten bevissthet overfor hverandre. Det viser seg også å være uklarerhet rundt ansvarsforhold.

Konklusjon: En bevisstgjøring av personalet og ledelsen ved Nyfødt intensiv avdelingen bør etterstrebes. Samordning er et ledelsesansvar, og en forutsetning for samhandling som er et mer forpliktende samarbeid.

Nøkkelord: samarbeid, makt, helsesøster, barnesykepleier, for tidlig fødte barn

Summary

Background: As a Public health trained nurse and with years of practice from the Neonatal Intensive department, I have often wondered why Pediatric nurses and Public Health nurses increasingly have not had a closer cooperation. In recent years there has been an increased focus on the follow-up of the extremely premature born child and family, and guidelines issued by the Health and Social Affairs is now proposing a meeting between the Pediatric nurse and Public Health nurse on the Neonatal Intensive department. This study sheds light on and interprets Pediatric nurse and Public Health nurse's experiences and thoughts around the cooperation when they meet.

Topic: "The meeting between the Pediatric nurse and the Public health nurse." What characterizes the cooperation between Pediatric nurse and Public health nurse on the Neonatal Intensive department and how can we understand their experiences.

Theory: The overriding theme of this thesis is the relationship between Pediatric nurse and Public health nurse when they meet in the Neonatal Intensive department. To elucidate the relationships I have used theory of cooperation and Foucault's perspective of power.

Methods: I have used open interviews, in which two Public Health nurses and two Pediatric Nurses are being interviewed. By using a hermeneutic perspective, I've got a deeper understanding of the constraints that affect collaboration between nurse and child health nurse.

Result: It turns out that the Pediatric nurse and the Public Health nurse when meeting at the Neonatal Intensive department only talk to a small extent. Pediatric Nurses are keen to pass on their knowledge, while Public Health nurses experience that Pediatric Nurses do not understand their view. The differences seem to originate in different traditions, cultures and little awareness of each other. It also turns out to be a lack of clarity around responsibilities.

Conclusion: An awareness of the staff and management at the Neonatal Intensive department should be sought. Coordination is a management responsibility and is a prerequisite for interaction that is a more committed relationship.

Keywords: cooperation, power, public health nurse, pediatric nurse, premature birth

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling	1
1.2 Problemstilling	2
2.0 BEGREPSAVKLARINGER	2
2.1 Det ekstremt for tidlig fødte barnet.....	2
2.2 Foreldrene til det ekstremt for tidlig fødte barnet	5
2.3 Barnesykepleier.....	6
2.4 Helsesøster	7
3.0 POLITISKE FØRINGER.....	8
3.1 St. mld 47 - Samhandlingsreformen.....	8
3.2 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn	9
4.0 TIDLIGERE FORSKNING	11
5.0 TEORI	12
5.1 Samarbeid, samhandling og samordning	12
5.2 Tverr- og flerfaglig samarbeid og makt	13
5.3 Kunnskap og maktrelasjoner	15
5.4 Disiplin og makt.....	17
5.5 Kommunikasjon, - essensen i alt samarbeid	18
6.0 METODE	20
6.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	20
6.2 Avklaring av egen rolle	21
6.3 Etske overveielser	23
6.4 Forberedelser og Rekruttering.....	24
6.5 Utvalg	25
6.6 Intervju	26
6.7 Bearbeidelse av datamaterialet	28
6.8 Analyse av materialet.....	29
6.9 Refleksjoner rundt fremstilling av empiri, analyse og drøfting.....	31
7.0 HVA KJENNETEGNER MØTET MELLOM BARNESYKEPLEIER OG HELSESØSTER PÅ NYFØDT INTENSIV AVDELINGEN?.....	33
7.1 Hva muliggjør møtet på Nyfødt intensiv avdelingen?.....	33
7.2 Hvordan erfares møtet på Nyfødt intensiv avdelingen.....	34

8.0 KJENNETEGN VED SAMARBEIDET OG HVORDAN KAN VI FORSTÅ ERFARINGENE DE GJØR SEG	36
8.1 Ønske om å få helsesøstrene til å forstå	36
8.1.1 ”..Foreldrene har mye kunnskap...”	37
8.1.2 ”..bare de tar med seg litt av inntrykkene fra rommene...”	42
8.2 Enveis kommunikasjon.....	45
8.2.1 ”..at jeg klarer å formidle”	45
8.2.2 ”..ikke forståelse for vårt syn...”	46
8.2.3 Ønske om dialog.....	49
8.2.4 Kulturelt betinget formidling.....	50
8.2.5 Motstand gir frihet	52
8.2.6 Kunnskap, makt og samarbeid	54
8.3 Ulikhetene forstått i lys av historien	56
8.3.1 To parallelle retninger	56
8.3.2 Bevisstgjøring	60
8.4 Uklare ansvarsforhold	62
8.4.1 Jeg, de og vi	62
8.4.2 “..spesialisthelsetjenesten har en jobb å gjøre...”	64
8.4.3 Organisering, et ledelsesansvar	66
9.0 AVSLUTNING.....	68
LITTERATURLISTE:.....	71

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling

Studien handler om hvordan barnesykepleier og helsesøster erfarer det å møtes på Nyfødt intensiv avdelingen før utskrivelse av det ekstremt for tidlig fødte barnet. Møtet er et samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. I offisiell politikk blir det sett som nødvendig å bedre samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten for å sikre en helhetlig oppfølging av brukerne (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). I *”faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn”* (2007) blir det lagt vekt på at ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten må avklares. Samarbeid og gjensidig utveksling av informasjon poengteres som nødvendig. Det legges videre vekt på at Nyfødt intensiv avdelingen skal ha en tverrfaglig tilnærming for å sikre det svært for tidlig fødte barnet og deres foreldre en best mulig omsorg og oppfølging. Her anbefales det at barnesykepleier sammen med foreldrene skal få møte helsesøster før utskrivelse fra avdelingen (Markestad & Halvorsen, 2007).

Jeg er utdannet helsesøster, men har jobbet ved en Nyfødt intensiv avdeling siden jeg var ferdig utdannet i 1996 og frem til jeg startet studiet. I løpet av årene har jeg ofte undret meg over hvorfor barnesykepleier ikke hadde et tettere samarbeid med helsesøster, da begge faggruppene jobber med oppfølging av foreldre og barn. Selv erfarte jeg å ha stor nytte av samarbeidsmøter med helsesøster rundt kontaktbarn. De siste seks årene har jeg vært mer eller mindre ute av avdelingen, samtidig har det skjedd store endringer i pleien og oppfølgingen av det for tidlig fødte barnet, og familien på Nyfødt intensiv avdelingene rundt om i landet. Det har utviklet seg et økt fokus på samspill, relasjonsbygging og veiledning av foreldre. Der pleie etter familiesentrert og utviklingstilpasset omsorg har blitt stadig bedre integrert (Ravn, 2009).¹

¹ Nidcap: Newborn Individualized Care and Assessment program. Oversatt til familiesentrert og utviklingstilpasset omsorg.

Jeg er opptatt av samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster, og jeg ønsker å belyse hva som kjennetegner samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen før utskrivelse av det ekstremt for tidlig fødte barnet. Ved å belyse de erfaringer de gjør seg når de møtes og i etterkant, har jeg funnet det interessant å bedre forstå hva som kan ligge bak de valg og erfaringene barnesykepleier- og helsesøsterinformantene gjør seg.

1.2 Problemstilling

Møtet mellom barnesykepleier og helsesøster.

Hva kjennetegner samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelingen og hvordan kan vi forstå deres erfaringer.

2.0 BEGREPSAVKLARINGER

2.1 Det ekstremt for tidlig fødte barnet

Et normalt svangerskap har en varighet på ca 40 uker. Å bli født for tidlig (prematurt) defineres som barn født før 37 fullgatte svangerskapsuker. Antall fullgatte svangerskapsuker og fødselsvekt er med på å definere grad av for tidligfødsel og alvorlighetsgrad. Tabell er hentet fra faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (Markestad & Halvorsen, 2007: 17).

Fullbåret barn	Svangerskapsalder 37-41 uker
Prematurt barn	Svangerskapsalder < 37 uker
Meget prematur	Svangerskapsalder < 32 uker
Ekstremt prematur	Svangerskapsalder < 28 uker

Lav fødselsvekt	Fødselsvekt < 2500 g
Meget lav fødselsvekt	Fødselsvekt < 1500 g
Ekstremt lav fødselsvekt	Fødselsvekt < 1000 g

Gjennomsnitt pr. år regnet for årene 1999- 2004, viser at ca 4400 barn i Norge fødes for tidlig. Dette utgjør 7.5 % av fødslene (Markestad & Halvorsen, 2007). Tall fra medisinsk fødselsregister(2008) bekrefter at dette er tall som holder seg stabilt. I 2008 ble det født 253 (0,4 %) barn før svangerskapsuke 28 og 493 (0,8 %) barn med fødselsvekt under 1000 gram. Det viser til at de ekstremt for tidlig fødte og de med ekstremt lav fødselsvekt er en liten gruppe.²

Det ekstremt for tidlig fødte barnet er skjørt, lite og umodent og er totalt avhengig av andres hjelp og omsorg for å kunne overleve og utvikle seg. Det umodne nervesystemet til for tidlig fødte barn gjør at de er overfølsomme for lyd, lys, stimuli og gir andre signaler enn fullbårne barn på f.eks berøring og øyekontakt. Om et for tidlig født barn har vansker med å puste, kan det vise seg som uro eller vansker med å være oppmerksom mot mor når hun ønsker kontakt. Det for tidlig fødte barnet gir mer uforutsigbare og diffuse signaler. Om barnet får for mye inntrykk i form av lyd, lys, temperatursvingninger og berøring blir det stresset. Barnet vil kunne vise tegn til uro eller unnvikelse på foreldrenes tilnærming og foreldrene kan føle seg avvist. For det for tidlig fødte barnet er det en måte å finne stabilitet på (Tunby, 2003). Med bakgrunn i at foreldrene er barnas viktigste omsorgspersoner, og at

² De ekstremt for tidlig fødte barnene betegnes av meg videre i min studie som barn født før 28 svangerskapsuke eller med en fødselsvekt under 1000 gram. Jeg kommer også til å benytte "det for tidlig fødte barnet" for å få en bedre flyt i mitt skriftlige materiale.

deres daglige omsorg er grunnlaget for god utvikling hos barnet har det vært et økt fokus på dette innenfor nyfødttmedisinen de seneste årene (Wallin & Eriksson, 2006).

For tidlig fødte barn har høyere risiko for sykdommer og skader med betydning for helse og utvikling enn barn født til termin. Både psykologiske og fysiske utviklingsforstyrrelser eller forsinkelser særlig hos de ekstremt for tidlig fødte barnene er dokumentert. Det er kjent at risikoen for sen komplikasjoner øker særlig ved ekstremt for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Komplikasjonene henger sammen med risiko for blant annet hjerneblødning, det kan også gjelde problemer med det sentrale nervesystemet, øyne, hørsel, lunger, ernæring, motorikk og sosiale ferdigheter³ (Markestad & Halvorsen, 2007; Smith, Ulvund, & Lindemann, 2001; Stjernqvist & Svenningsen, 1999).

Bedring av de ekstremt for tidlig fødte barnene overlevelse må ses i sammenheng med bedret medisinsk behandling før, under og etter fødselen. Det som er positiv lesning er at senere forskning har vist en lavere komplikasjonsfrekvens enn tidligere. I denne undersøkelsen viste det seg at 80 % av alle barnene under 27 uker ble utskrevet uten nevrologiske komplikasjoner (Markestad et al., 2005). Det som denne undersøkelsen ikke sier noe om, er hva som senere kan vise seg hos barnet.

En annen positiv studie viser til effekten av en tidlig intervensjon som ble gitt foreldrene av barnesykepleier under Nyfødt intensiv oppholdet og i form av fire hjemmebesøk i løpet av de første tre månedene etter hjemkomst. Fokuset var rettet mot å lære foreldrene å lese det for tidlig fødte barnets signaler og uttrykksmåte. Og hvordan samspillet må tilpasses barnets behov. Målet var å redusere foreldrenes stress ved å øke foreldrenes kunnskap og trygghet i rollen som foreldre til sitt barn. Foreldrene rapporterte om økt mestringfølelse og trygghet i foreldrerollen. Barnene viste tydelig bedre kognitiv utvikling ved 3 og 5 års alder (Nordhov et al., 2010).

³Utviklingsforstyrrelser i form av lærevansker, språkforsinkelser, adferdsvansker, ADHD, autisme, motoriske forsinkelser, ulike grader av cerebral parese, epilepsi og syn og hørselskader.

2.2 Foreldrene til det ekstremt for tidlig fødte barnet

Foreldrene til for tidlig fødte barn har andre behov for støtte og omsorg enn foreldre som har født friske fullbårne barn (Esbjørn, Hansen, Munck, & Greisen, 2008). Når man får et frisk fullbåret barn er man psykisk, hormonelt, følelsemessig og praktisk forberedt. Det å få et friskt barn er forbundet med positive følelser. Samspillet er preget av nærhet som amming, holde barnet inntil seg osv. Foreldrene får raskt ansikt og blikkontakt, det sosiale smilet kommer i løpet av andre levemåned. Gjensidig oppmerksomhet utvikler seg og relasjonene mellom foreldre og barn er med på å gi foreldrene bekreftelse på at de er viktige for barnet (Smith & Ulvund1999).

Å få et for tidlig født barn setter mange følelser i sving hos mor og far. Situasjonen er preget av sjokk, skuffelse, skyld, redsel for barnets helse og at det ikke vil overleve. Oppholdet på Nyfødt intensiv avdelingen beskrives som en følelsemessig berg- og dalbane som krever mye energi (Hagen, 2008; Olsen, 2006; Wigert, Johansson, Berg, & Hellstrø, 2006). Instinktivt er foreldrene forberedt på at de skal forholde seg til et fullbåret barn, men et for tidlig født barn trenger en omsorg som er tilpasset dets modenhet. Når barnet og foreldrene utskrives fra avdelingen har foreldrene vært gjennom vanskelige erfaringer som kan påvirke hele familien. Der det å komme hjem kan vise seg å by på store utfordringer. På Nyfødt intensiv avdelingen har foreldrene over tid fått nær oppfølging og bekreftelse på at det er gode foreldre. Det har til enhver tid vært noen der som kan svare på spørsmål og gi støtte. Foreldre har betegnet det som *"å være i en boble, et vakum, eller som i en vernet verden der de er skjermet for innsikt utenfra"*. Denne "boblen" betegnes som vanskelig å finne ut fra, og tilbake til et normalt liv (Hagen, 2008). Når de nå skal hjem kan det for foreldre føles som de kastes ut i noe ukjent, der de har det hele og fulle ansvaret for barnet. En studie viser at 1/3 av foreldrene til for tidlig fødte barn har psykiske problemer i lang tid etter hjemkomst (Eriksson & Pehrsson, 2002). I en dansk studie kom det frem at foreldrene var sårbare etter utskrivelse fra Nyfødt intensiv avdelingen, og de uttrykte behov for en støtte familie og venner ikke kunne gi dem. De trengte noen som kunne forstå erfaringen av tap og sorg (Esbjørn et al., 2008). Noe som kan ha innvirkning på tilknytning og samspill.

Markestad og Halvorsen (2007) har i utarbeidelsen av ”*Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*” vurdert internasjonal og nasjonal forskning rundt det å være for tidlig født. Det gis ingen sikre holdepunkter for at spesielle programmer rettet mot for tidlig fødte er av betydning utover det som oppnås ved et godt oppvekstmiljø. Veilederen fremmer at nettopp det å gi foreldrene følelse av mestring og trygghet er viktig og bør gis i form av veiledning. Ved behov anses vurdering hos fagpersonell som ergoterapeut, fysioterapeut, PPT med flere som viktig ikke bare de første årene, men også senere (Markestad & Halvorsen, 2007: 30).⁴

2.3 Barnesykepleier

En barnesykepleier har videreutdanning etter sykepleierutdanningen der hun er spesialisert til å jobbe med behandling av barn i alderen 0-18 år.⁵ Barnesykepleier jobber med akutt, kritisk syke barn og/eller barn med kroniske sykdommer. På Nyfødt intensiv avdelingen står barnesykepleieren overfor komplekse arbeidsutfordringer. Sammen med behandlingsteamet rundt barnet er deres overordnede mål at barnets liv skal reddes. Barnesykepleieren står ved det for tidlig fødte barnet kontinuerlig. Det å stå ved det for tidlig fødte barnet, ivareta dets livsfunksjoner og gjennomføre den medisinske behandlingen er krevende både følelsesmessig, ferdighetsmessig og kunnskapsmessig. Viktig er det også at hun skal pleie barnet og verne om det slik at deres livsbetingelser blir best mulig. Dette gjøres gjennom å strebe etter å gi barnet så naturlig livsrytme som mulig. Hun skal samtidig veilede barnets foreldre gjennom en kaotisk virkelighet og for senere til å bli trygge foreldre for sitt barn. Ved å vise omsorg for og samarbeide med familien, vil barnesykepleieren styrke barns ressurser. Pleie etter Nidcap modellen er i dag etterstrebet på Nyfødt intensiv avdelingene (Markestad & Halvorsen, 2007: 30; Ravn, 2009; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

De siste årene har det skjedd store endringer i helsetjenesten som har ført til at den somatiske spesialisthelsetjenesten i hovedsak behandler pasienter som er akutt syke og/

⁴ PPT er en forkortelse for Pedagogisk, Psykologisk Tjeneste.

⁵ Barnesykepleier omtales også som pediatripsykepleier og spesialpsykepleier. På Nyfødt intensiv avdelingen kan det også være ansatt sykepleiere, barnepleiere og sykepleiere med andre videreutdanninger som f.eks jordmor, intensivutdanning etc. Men i denne studien tas det utgangspunkt i barnesykepleier.

eller er kritisk syke. På Nyfødt intensiv avdelingen tas det kun imot øyeblikkelig hjelp. Det vil si behandling av for tidlig fødte barn og syke nyfødte. Den medisinteknologiske utviklingen har i tillegg ført til at stadig mer kompliserte tilstander behandles. Noe som stiller høye krav til barnesykepleierens kompetanse. Det stilles i tillegg høye krav til samarbeid med andre yrkesgrupper i sykehuset og i kommunehelsetjenesten.

Barnesykepleier skal veilede annet helsepersonell som arbeider med barn og unge både i sykehus og i primærhelsetjenesten. Helsesøster er nevnt spesielt som en viktig samarbeidspartner (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). En kan forstå at barnesykepleier har mange oppgaver og forventninger som krever hennes oppmerksomhet.

Barnesykepleier har et bredt kompetanseregister gjennom utdanning og erfaringsbasert praksis. Barnesykepleierne på Nyfødt intensiv avdelingen jobber nært det enkelte barn og foreldre over en periode på noen måneder. Barnesykepleier jobber også nært sammen med andre profesjoner i spesialisthelsetjenesten for å gi det for tidlig fødte barnet den behandling det trenger. Læring i et fagfellesskap er derved lagt godt til rette, og kurs og etterutdanninger er også vanlig for kompetanseheving (Ravn, 2009).

2.4 Helsesøster

Helsesøster er en sykepleier med videreutdanning på høgskolenivå som har sitt arbeidsfelt i kommunehelsetjenesten, med ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid.⁶ I utgangspunktet inkluderer dette alle aldersgrupper i samfunnet, men hovedområdet for deres arbeid ligger i å være rådgivere og veiledere for barn, unge og foreldre. En del av arbeidet er helsekontroller og vaksiner. Men de skal i tillegg drive helseopplysning og veiledning av foreldre i spørsmål som gjelder barneomsorg og familieliv, der formålet er å øke foreldrekompetansen. Helsestasjonen er et gratis lavterskeltilbud til alle gravide, sped- og småbarn med foreldre og har nær 100 % oppslutning blant familier med barn 0-5 år (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). *"Veilederen til forskrift for kommunens*

⁶ Spesialistkompetansen innen helsefremmende og forebyggende arbeid er ervervet gjennom videreutdanning til helsesøster. Men helsesøster kan også ha spisskompetanse innen bestemte områder gjennom kurs, etter- og videreutdanning og gjennom erfaring i praksis.

helsefremmende og forebyggende arbeid” (2004) legger føringer for helsesøsters rutinemessige oppfølging av alle barn. Ved at helsesøster følger alle små barn og deres familier, har hun ved erfaring fått en spisskompetanse på å se det friske barnet og gode familierelasjoner. Det gir henne anledning til å kunne se risikotilstander. Helsesøster har en viktig funksjon for de familier som behøver ekstra støtte og veiledning. Hun er tilgjengelig for alle familier og innehar en betydelig kompetanse på kartlegging, planlegging, samordning og samarbeid med andre faggrupper (Andrews, 2004; Andrews & Wærness, 2004; Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Helsesøsters langvarige relasjon til familien fra fødsel, gjennom barnehage og skole gir henne en unik mulighet til å kartlegge det for tidlig fødte barnets behov og tilby støtte til familien over tid. Helsesøster har et bredt kompetanseregister gjennom at hun har utdanning og bred erfaringsbasert praksis. Læring på arbeidsplassen, i et fagfellesskap, kurs og etterutdanninger er med på å gi kompetanseheving. Helsesøster driver også oppsøkende virksomhet i form av hjemmebesøk (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Killén (2007) viser til hvordan samfunnsendringene har endret betingelsene for de prosesser som er nødvendig for barna for å få trygg tilknytning til sine foreldre. Hun viser til at barn ofte tilbringer mer tid i barnehagen enn sammen med foreldrene. Hun viser til at det har vært med på å endre helsesøsters sosialmedisinske fokus til også å gjelde psykososiale og relasjonelle forhold i tråd med samfunnet utvikling og behov (Killén, 2007:14-15).

Helsesøster er med på å danne ansvarsgrupper, og fremmer bruken av individuell plan for det enkelte barn. Individuell plan er et sentralt tiltak for å ivareta god samhandling. Individuelle planer fremmes også i samhandlingsreformen for å sikre en helhetlig tjeneste for barn med ekstra behov og foreldrene (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009: 48).

3.0 POLITISKE FØRINGER

3.1 St. mld 47 - Samhandlingsreformen

St. mld 47 (2009), bedre kjent som samhandlingsreformen er utarbeidet på bakgrunn av de utfordringer helse- og omsorgstjenestens i Norge står overfor i nær fremtid. De har

identifisert tre utfordringer som de utdyper nærmere. Behov for bedre koordinerte tjenester, helsefremmende og forebyggende tjenester må fremmes og fokus på utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. I tråd med utvikling av teknologi og medisinsk kunnskap har behandlingen innen spesialisthelsetjenestene vokst seg store. Vi har i Norge fått mange systemer som er rettet mot del tjenester der spesialistkompetanse er nødvendig, men vi klarer i liten grad å støtte pasientens behov for et helhetlig forløp. En kan si at behandling av for tidlig fødte barn på sykehus er en del tjeneste der høy grad av spesialistkompetanse er nødvendig. I tråd med de nasjonale føringer som uttrykkes i samhandlingsreformen er tanken at helsetjenestene i fremtiden skal ytes nærmere brukerne av tjenestene. Det vil si at mer ansvar legges over på den enkelte kommune. Videre sies det også at spesialisthelsetjenesten (her: Nyfødt intensiv avdelingen) skal være rådgivere og veiledere i større grad overfor primærhelsetjenesten (her: helsesøster tjenesten) enn de har vært tidligere. Det legges føringer for at brukeren ved overflytting mellom behandlingsnivå skal sikres god kvalitet på helheten i behandlingen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Denne *”flyten”* mellom ulike nivåer skal sikres gjennom god informasjon, kommunikasjon og samhandling (Markestad & Halvorsen, 2007). Også i andre offentlige utredninger vektlegges de samme kriterier (Helsedirektoratet, 2008; Wisløff, 2005). *”Faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn”* (2007) tenker jeg kan ses som en *”forlenget arm”* av St. melding 47 (2009).

3.2 Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn

Sosial- og helsedirektoratets (2007) hensikt med de faglige retningslinjene, er å sikre en god kvalitet og kontinuitet i oppfølging av for tidlig fødte barn. Retningslinjenes målgruppe er personell i første, - annen, - og tredjelinjetjenesten, som har et ansvar for å planlegge og å gi et tjenestetilbud til for tidlig fødte barn og deres familier. Det legges i retningslinjene vekt på å støtte opp om foreldrenes omsorgsutøvelse. Noe som skal gjøres ved at foreldrenes bekymringer og usikkerhet møtes med relevant kartlegging av barnets og familiens behov og ved iverksettelse av tiltak. En målrettet oppfølging både i primær- og spesialisthelsetjenesten blir anbefalt. Videre understreker de at primærhelsetjenesten har hovedansvaret for oppfølging av det for tidlig fødte barnet og deres familie. Særlig ansvar

legges på fastlege og helsestasjon, mens andre skal involveres ved behov.⁷ Terskelen for henvisning til spesialisthelsetjenesten skal være lav, samtidig har de ansvar for rutinemessig å følge opp barn med spesielle risikofaktorer. For tidlig fødte barn med fødselsvekt under 1000 gram og svangerskapsalder mindre enn 28 uker defineres som en slik gruppe (Markestad & Halvorsen, 2007).

Retningslinjene sier videre at det før utreise må være klart hvem som skal ha ansvar for oppfølgingen. De aktuelle innstanser i hjemkommunen må være godt informert om barnet og familiens situasjon før utreise fra Nyfødt intensiv avdelingen. Et møte mellom personale på Nyfødt intensiv avdelingen og helsesøster anbefales:

”..det bør vurderes om personell ved nyfødtintensivavdelingen sammen med foreldrene skal møte helsesøster, fastlege eller annet personell fra førstelinjetjenesten for å utveksle informasjon og avklare ansvarsforhold ”(Markestad & Halvorsen, 2007:10).

På denne måten kan ansvarsforhold avklares, og forholdet mellom helsesøster og foreldre etableres for å gi foreldre bedre trygghet før utskrivelse.⁸ Det anbefales at alle for tidlig fødte barn som har vært innlagt ved Nyfødt intensiv avdelingen bør få et utvidet tilbud for oppfølging utover det lagte helsestasjonsprogrammet. Familiene må tilbys å ha kontakt med personer som kjenner familien og barnet. Om det er spesielle utfordringer hjemme den første tiden, kan det være hensiktsmessig å ha kontakt med Nyfødt intensiv avdelingen. Målet er å gjøre foreldrene så trygge som mulig i forhold til å gi sitt barn omsorg, da det er godt dokumentert at det gir det for tidlig fødte barnet gode utviklingsmuligheter (Markestad & Halvorsen, 2007).

For å kunne gi foreldrene trygghet og støtte er det viktig at helsepersonell har kompetanse. Sosial- og helsedirektoratet (2007) vektlegger at helsepersonell må øke sin kunnskap da de hevder at etterutdanningsmuligheter og kompetanse er mangelfull. De viser til at mangelfull kompetanse hos fagpersoner kan overføres til foreldre og skape utrygghet hos dem. I retningslinjene presiseres det at spesialisthelsetjenesten har et formelt ansvar for kunnskapsoverføring til primærhelsetjenesten både når det gjelder det enkelte barnet og

⁷ Ved Helsestasjonen er det oftest helsesøster familien møter.

⁸ Arbeidet med individuell plan er lovfestet og skal iverksettes om en forventer behov for langvarige koordinerte tjenester. Målet er å sikre de menneskene det gjelder et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud..

gjennom generell opplæring. ”Barneavdelingen oppfordres til å arrangere regelmessige seminar for fagpersoner i kommunene som har ansvar for oppfølging av for tidlig fødte barn” (Markestad & Halvorsen, 2007:39).

4.0 TIDLIGERE FORSKNING

Som et forarbeid til ” *Faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn*” (2007) ble det i en rapport fra kunnskapssenteret oppsummert forskningsbasert kunnskap som kunne være av betydning for de anbefalinger som skulle utarbeides (Reinar, Kornør, Langengen, & Markestad, 2006). Felles for denne forskning er at det er godt dokumentert at for tidlig fødte barn har økt risiko for utviklingsforstyrrelser, og at en tett støtte og oppfølging av det for tidlig fødte barnet og foreldrene under Nyfødt intensiv oppholdet og etter hjemkomst er viktig. En ønsker å skape trygge omsorgspersoner gjennom å ha økt fokus på samspill veiledning og brukermedvirkning (Markestad & Halvorsen, 2007; Reinar et al., 2006).

Mastergradstudien til Olavesen (2010) avdekker at helsesøstrene har behov for økt kunnskap og kompetanse om det for tidlig fødte barnet, og at faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn bare i noen grad er implementert i praksis.

Kloppen (2008) viser i sin mastergradstudie til at mødre til for tidlig fødte barn er utsatt for til dels store belastninger og utfordringer under barnets innleggelse på Nyfødt intensiv avdelingen og at de kjenner på en utrygghet når de kommer hjem og har ansvaret alene. Videre viser hennes funn til at foreldrene til for tidlig fødte barn sine behov for informasjon, omsorg, verdsettelse og følelsesmessige bearbeiding ikke blir tilstrekkelig ivare tatt det første året. Mødre opplever at Helsestasjonen har manglende kunnskaper, og det anbefales bedre rammer for oppfølging.

I Karterud`s (2000) hovedfagsoppgave kartla hun foreldrene til for tidlig fødte barns erfaringer rundt overgangen fra Nyfødt intensiv avdelingen til hjemmesituasjonen. Hennes undersøkelse viste til at det var behov for en mer systematisert og strukturert form på

informasjonen. Fedre hadde behov for en selvstendig deltagelse. Videre viste det seg i undersøkelsen at bare halvparten hadde fått hjemmebesøk av helsesøster. Samarbeid og ansvarsfordeling mellom sykepleier på Nyfødt intensiv avdelingen og helsesøster var et behov som burde forbedres.

Felles for denne forskningen er at de i sin konklusjon viser til at et tiltak for å bedre praksis, er at helsesøster kommer til på Nyfødt intensiv avdelingen før det for tidlig fødte barnet skrives ut. Utover disse studiene og ” *Faglige for retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn* ” (2007) hvor et møte mellom helsesøster og barnesykepleier fremmes, har jeg ikke funnet forskning som sier noe om innholdet og gjennomføring av et slikt møte (Markestad & Halvorsen, 2007) Min studie ser på hva som skjer i dette møtet.

5.0 TEORI

5.1 Samarbeid, samhandling og samordning

Samarbeid blir gjerne definert som samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen og uttrykket brukes ofte i det daglige. Andre begrep for samarbeid som også ofte benyttes er samhandling og samordning. Glavin og Erdal (2007) viser til at disse begrepene ofte blir benyttet om hverandre og sjelden er definerte. Ved å se nærmere på de ulike begrepene gir det en bedre forståelse for bruken av begrepene fra helsepolitisk holdt, og hvordan det er med på å legge føringer for et samarbeid mellom helsesøster og barnesykepleier. Orvik (2004) viser til hvordan Multford og Rogers skiller begrepene ut fra ulike grader av forpliktelse og fellesskap. Typisk for samarbeid er at det er en uformell kontakt mellom enkeltpersoner der begge parter må ha en positiv innstilling. Samhandling er et mer forpliktende samarbeid, der det finnes en felles norm om handling. Handlingene må være koordinerte, noe som innebærer en gjensidig tilpassning til hverandres arbeidsoppgaver. Samordning er et ledelsesansvar der et mer varig og formalisert samarbeid fremmes. Poenget er å binde sammen det som er oppdelt (Orvik, 2004: 258). For å sikre det ekstremt for tidlig fødte barnet og familien en tilrettelagt oppfølging blir det i retningslinjene

vektlagt et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

5.2 Tverr- og flerfaglig samarbeid og makt

Orvik (2004) viser til hvordan vi gjerne deler samarbeid inn i flerfaglig og tverrfaglig samarbeid, og hvordan graden av forpliktelse og fellesskap er med på å legge føringer for hvilken form for samarbeid som utøves.⁹ Lauvås og Lauvås (2004) bygger på Jantsch analyser av tverrfaglighet og flerfaglighet. De viser til hvordan spennvidden innenfor enkelte profesjoner er blitt så stor at de er blitt delt inn i grupper etter spesialisering (subprofesjoner). Det nødvendiggjør et tverrfaglig samarbeid for å kunne ivareta brukernes interesse bedre, noe Lauvås og Lauvås (2004) betegner som et tverrprofesjonelt samarbeid. Ved at subprofesjonene har en felles bakgrunn og et felles perspektiv fra samme profesjon mener de at mulighetene for å lykkes er betraktelig bedre enn ved et samarbeid mellom ulike profesjoner og faggrupper (Lauvås & Lauvås, 2004: 44). Helsesøster og barnesykepleier kan ses som subprofesjoner da de har en felles profesjon som sykepleier, men med ulik etterutdanning. Lauvås og Lauvås (2004) viser videre til at betingelsene for at vi skal kunne erverve oss kunnskap i et tverrfaglig samarbeid, er at vi må frembringe en felles forståelse eller ta med oss en tverrfaglig innsikt inn i selve møtet. Det må etableres en direkte kontakt mellom ulike innfallsvinkler, da det nettopp er den grenseoverskridelse søken etter kunnskap utover egen fagforankring og kunnskapsproduksjon som er viktig i et tverrfaglig samarbeid. Glavin og Erdal (2007) refererer til Wolf m.fl (1994) når de viser til at den høyeste form for tverrfaglig samarbeid karakteriseres av et lærende miljø som fremmer kunnskapsutvikling (Glavin & Erdal, 2007: 42).

I et flerfaglig samarbeid har hver profesjon sin kunnskapsbase og sin innfallsvinkel som de belyser et problem eller en utfordring fra. Fagpersonene utfører gjerne arbeidet med brukeren parallelt. Lauvås og Lauvås (2004) beskriver det som at de ulike subprofesjonene har liten kontakt og at det i beste fall kan det dreie seg om en gjensidig informasjon. Denne kontakten kan misforstås som et tverrfaglig samarbeid, men det er lite tverrfaglighet i det de omtaler som et *"monosamarbeid"* (Lauvås & Lauvås, 2004: 46). Videre viser de til at i

⁹ Orvik (2004) viser til Bailey i Lauvås og Lauvås når han definerer flerfaglig og tverrfaglig samarbeid i fire ulike nivå.

et flerfaglig samarbeid kan en profesjon tillate seg en overordnet, premiss givende posisjon, eller denne posisjonen kan tildeles fra de andre samarbeidspartene. Noe som viser til et hierarkisk samarbeid. Denne formen for samarbeid hevder de finnes i alle yrkessammenhenger. Da tar en gjerne utgangspunkt i en av profesjonenes kunnskapsbase, og valget som tas er gjerne basert på institusjonens karakter, status og makt. Denne formen for samarbeid hevder de er en dårlig utnyttelse av kunnskap og kompetanse (Lauvås & Lauvås, 2004:26- 49).

Michel Foucault (1926 – 1984) var opptatt av hvordan makten fungerer i relasjoner mellom mennesker og av dens produkter. Han la selv stor vekt på at han ikke lagde en ny teori om makt, men var opptatt av hvordan makten fungerte i praksis. Analysen går inn der hvor makten faktisk utøves, og ser på hva som faktisk skjer i møtet mellom ulike grupper (lege/ den syke, fangevokter/ kriminell). I boken *Viljen til viten* (1999b) gir Foucault en beskrivelse av sin forståelse av makt:

”Den er navnet man setter på en kompleks situasjon i et gitt samfunn...[.]. Makt er ikke noe som kan erverves, berøves eller deles, noe man beholder eller mister. Makt utøves fra utallige punkter og i et vekselspill av ulike bevegelige forhold”(Foucault, 1999b: 104-105).

For Foucault er makten *”allestedsværende”*. Han ser makt som et nett av relasjoner. Den befinner seg i relasjoner mellom mennesker både ovenfra og ned, nedenfra og opp og mellom dem. Den finnes i gjenstander, følelser, tale, regler, arkitektur. Makten finnes overalt i samfunnet fra politiske føringer og lover til det individuelle mennesket (Foucault, 1999b: 103- 106).

Foucault (1999b) viser til at om en person utøver makt over en annen person vil denne maktutøvelsen kunne forklares ut fra maktutøvers intensjoner, hensikter og motiv. Men han påpeker at for å kunne forklare diskurser og handlinger ut fra intensjon og motiv må en gå veien om det enkelte subjekt, noe han var lite opptatt av. En diskurs kan sies å være de måtene barnesykepleierne og helsesøstrene snakker, tenker og skriver på i forhold til de reglene som er knyttet til deres praksis. Foucault viser i boka *”Klinikkens fødsel”* (2000) til hvordan diskursene er historisk og sosialt konstruerte ved at det er en sammenheng mellom samfunnet, det institusjonelle språket og individets erkjennelse. Kjernen ved Foucaults forståelse av makt var at han ønsket å skape en forståelse for hvordan maktrelasjonene

virker og hvordan de fungerer i praksis. En forståelse av maktutøvelse som ikke går via subjektet og som han omtaler som en ikke- subjektiv_maktforståelse (Foucault, 1999b: 105-106). Han gjør det ved å beskrive de diskurser, praksiser og institusjoner som isenesettes når makt utøves. Ved å se hvordan makten ytrer seg som et samlet nettverk som ikke styres av den som utøver makten, men hvordan makten fungerer i samfunnet kan en forstå en praksis på en ny måte og kanskje bli oppmerksom på noe som tas for gitt. Det kan også være med på å skape forståelse for hva som skjer i møtet med andre profesjoner. Ved å være oppmerksom på samfunnets historiske maktpåvirkning i utformingen av enkeltindivid og grupper, som helsesøster og barnesykepleier, og på deres utøvelse av fornuft og yrke i dag kan en åpne opp for ny forståelse. I boka "*Overvåking og straff*" ønsker Foucault (1999a) å vise til hvordan det moderne vestlige samfunnet regulerer den enkeltes tanker og væremåter.¹⁰

For Foucault (1999b) eksisterer ikke makt uten motstand, han ser den som holdepunkter, skyteskive og støtte. Han sier blant annet at de kan være nødvendige, spontane, ensomme, uforsonlige og samordnende (Foucault, 1999b:107). Båndene mellom kunnskap og makt er sterke ved at de er avhengig av hverandre, motmakten kan kanskje vise til at det finnes muligheter for at mennesker og profesjonelle har mulighet til å ta egne valg og utvikle felles forståelser ved at alle kan forandre seg. Kari Martinsen (2009) viser til hvordan Foucault omtaler dette som frihetspraksiser, ved at en kan tenke, handle og utrykke seg annerledes i språket (Martinsen, 2009: 122- 123).

5.3 Kunnskap og maktrelasjoner

Foucault kan gi en inngang til å forstå sammenhengen mellom kunnskap og makt, og hvordan dette kommer til uttrykk mellom helsesøster og barnesykepleier når de møtes.

Foucault hadde interesse for kunnskapers historiske oppkomst. Det viser seg i bøkene hans (1999a; 1999b; Foucault, 2000: 106). Ved at han gikk tilbake i historien og gir fylldige beskriver av datidens tankesett og setter det i kontrast til vår tids tenkning, viser han hvordan fortidens mennesker var rasjonelle og fornuftige, men med et annet tankesystem.

¹⁰ En analyse av fremveksten av fengslene i det moderne samfunn.

Han ønsker å vise til at vår måte å tenke på ikke nødvendigvis i fremtiden vil oppfattes som mer fornuftig. Ved å gå tilbake i historien mente han at vi bedre kunne forstå hvordan en praksis er blitt til og hvordan pleiekulturen og profesjonelle selv influeres og formes (Vågan & Grimen, 2008). Han er opptatt av at fornuften ikke er kumulativ, men ved å vise til paradigmeskifter i historien kan man skifte fra en type kunnskap til en annen som erfares som mer fornuftig (Foucault, 1999b: 181).¹¹

I boka *"Klinikkens fødsel"* viser Foucault (2000) til hvordan legevitenskapen fra 1800-tallet og på relativt kort tid fikk mulighet for å øke sin kunnskap om det individuelle mennesket på bakgrunn av klinikkens arkitektur. Arkitekturen i form av klinikker med store sykesaler, ga mulighet for kontinuerlig observasjoner og sammenligning under relativt homogene forhold. Ved å skjerme de syke fra de friske skaffet man seg samtidig kontroll over personer og det som påvirket dem. Han viser her til hvordan makten strukturerer og organiserer relasjonene mellom den syke og legen. Og hvordan nye maktstrukturer utvikles ved at arkitekturen ved klinikken gjør det mulig for den kunnskapsrike legen å undervise studenter ved å trene blikket deres til se (Foucault, 2000: 59- 106). Det kan ses på som starten på utviklingen av et hierarki innenfor klinikken, ved at en får spesialister, studenter og sykepleiere som assistenter til legene. Makten er produktiv ved at den skaper kunnskap og diskurser på den ene siden og former våre ferdigheter og forestillinger på den andre siden. Samtidig viser Augestad (2005) til Foucault når han beskriver at makten også frembringer lyst, nytelse og ønske om å produsere mer kunnskap.

Gjernes og Måseide (2008) viser til Foucault når de beskriver hvordan både staten og legevitenskapen står i et avhengighetsforhold til hverandre. Der statens interesse er å holde befolkningen frisk for at den skal kunne reprodusere seg og være i arbeid, mens legenes interesse er økt kunnskap. De står maktmessig i et avhengighetsforhold til hverandre, ved at staten er den som fordeler makt gjennom helselovgivning, samtidig som definisjonsmakten ligger hos helsetjenesten (Gjernes & Måseide, 2008). Samtidig med økt kunnskap, tvang utviklingen av ulike maktteknologier seg frem. De ble nødvendige for å

¹¹ Thomas Kuhn viser til at det etableres regler som er felles for dem som arbeider innen et fagområde, noe han kaller paradigmer. Paradigmet representerer en måte å tenke og se verden på. Han viser til at overgangen fra et paradigme til et annet ikke skjer fredelig, men omtaler det som en vitenskaplig revolusjon.

kunne strukturere relasjoner mellom mennesker og mellom mennesker og ting på, og ga grunnlaget for utviklingen av en bestemt type kunnskap (Vågan & Grimen, 2008).

Utviklingen av klinikker som muliggjorde innsamling av kunnskap, den syke som måtte fortelle om hva som plaget dem (bekjennelse), og vurdering av pasienter selvinnsikt og kunnskap er alle former for maktteknologier.

5.4 Disiplin og makt

Smittsomme sykdommer som pesten skapte frykt blant befolkningen og var med på å bringe frem disiplinære metoder. Bak de disiplinære virkemidlene som staten og medisinen benyttet, skjulte *"frykten for smitte"* seg (Foucault, 1999a: 178). Denne frykten kan ses som starten til å forstå hvordan det moderne samfunn disiplinerte individene. Disiplin handler om å påvirke og styre mennesker og inngår som en del av samfunnets nett av kunnskap og makt. I *"Overvåkning og straff"* benytter Foucault (1999a) det moderne fengselet som eksempel for å vise hvordan institusjoner og praksiser, ved bruk av minst mulig ressurser, har som mål å skape endring, eller med andre ord virke inn på menneskers liv ved overvåkning og kontroll.¹² Foucault omtaler hvordan kroppen føyer seg etter disiplin og makt: *"Følgelig er kroppen når den lar seg underkaste, bruke, forvandle og perfeksjonere"* (Foucault, 1999a: 126). Vi kan merke disiplinen og makten på kroppen som forventninger om at vi skal være på bestemte måter i sosialt skapte rom. Eksempler på det kan være forventninger om hvordan vi praktiserer og opptrer som barnesykepleier på Nyfødt intensiv avdelingen og som helsesøster på Helsestasjonen. Hvordan en forholder seg til andre profesjoner, hvem som er dyktig, eller har de beste kvalifikasjoner innen en avdeling (hierarki). Foucault (1999a) viser også hvordan rutiner og prosedyrer planlegges etter klokken og hvordan rommene blir definert etter diagnoser, som f.eks det ekstremt for tidlig fødte barnet innen nyfødtmedisinen.

Disiplinen gjør det mulig å drive praksiser som Nyfødt intensiv avdelingen og Helsestasjonen ved at fagutøverne er lydige, føyelige og følger de rutiner, prosedyrer og oppførsel som er anerkjent og som sikrer kontinuitet og fremdrift. Samtidig organiseres

¹² En disiplinering av adferd vha overvåkning. Viser i sine analyser til et sirkulært fengsel, der fangene til enhver tid kunne ses av vaktene, mens fangene selv ikke kunne vite når de ble iaktatt (panoptismen).

praksisene ved hjelp av lover og rettigheter fra det offentlige. Det er her snakk om både en ytre disiplin ved de synlige lovene fra det offentlige. Samtidig er det også snakk om et indre straffevesen som Foucault omtaler som selvdisiplinering, og som mennesker ofte ikke er seg bevisst (Foucault, 1999a: 161).

Gjernes og Måseide (2008) beskriver hvordan selvdisiplinering har hatt en dyptgripende innvirkning på våre liv. De viser til hvordan sosialmedisinen utviklet seg parallelt med den vitenskapsbaserte kliniske medisinen. Videre viser de til Foucault når de beskriver hvordan selvdisiplinering utføres gjennom at den friske befolkningen kommer under staten og medisinenes overvåkende blikk, der helseopplysning og massevaksinering skal sikre god helse blant befolkningen (bio - politikk).¹³ Samtidig rettes det krav mot individet fra staten og medisinen som handler om å skape lydighet overfor helsefremmende livsstil, noe som integreres i individets hverdag. Kroppens nytteverdi skal økes (anatomi -politikken) (Gjernes & Måseide, 2008).¹⁴ Foucault (1999b; 2001, 2002) beskriver i bokserien ”*Seksualitetens historie*” til individets forhold til seg selv, der han beskriver hvordan individene skaffer seg makt over seg selv.

5.5 Kommunikasjon, - essensen i alt samarbeid

For å lykkes i det tverrfaglige samarbeidet må vi kunne kommunisere sammen. Kunnskap, erfaringer, holdninger og motivasjon spiller en viktig rolle. Men det er ikke nok for å få til en god dialog, en må også se på de faktorene som kan påvirke dialogen. Glavin og Erdal (2007) viser til at virkelighetsopplevelse, verdinormer og erfaringer er viktig. Helsesøster og barnesykepleier må kunne snakke om det samme, noe som krever noen fellestrekk. De viser til hvordan en felles forståelse om fortiden er en forutsetning for å kunne forstå kulturelle ulikheter. Samtidig må en tenke seg fremtiden på omtrent samme måte, der begge må ha noe nytt å tilføre for at ikke kommunikasjon skal stoppe opp (Glavin & Erdal, 2007: 66).

¹³ Foucault omtaler statens system for overvåkning og regulering av befolkningen gjennom statlige ordninger governmentality (Gjernes og Måseide, 2008: 200).

¹⁴ Også omtalt som kroppspolitikken.

Thornquist (2009) viser til at kommunikasjon i tradisjonell kommunikasjonsteori ses på som overføring av budskap mellom enkeltmennesker. Samhandlingsproblemer blir gjerne sett på som mellommenneskelige problemer og misforståelser, der bedre kommunikasjonsferdigheter er nøkkelen til forbedring. Dette tenker hun er en sterk forenkling. Hun vektlegger at institusjonelle, organisatoriske ordninger og de arenaer der partene møtes alltid legger føringer på det som skapes (Thornquist, 2009: 18). Orvik (2004) viser til at samhandlingsproblemer kan skyldes kulturelle forskjeller like mye som faktiske misforståelser. Noe han viser til er kjernen i semiotisk teori. Semiotikk handler om kultur som kommunikasjon og viser til hvordan kulturelle forskjeller fører til at samme tegn får ulikt innhold. Et tegn kan være et ord, en gjenstand, en handling eller en hendelse som bærer et budskap som vi tolker mening inn i. Barnesykepleierne er del av en kultur på Nyfødt intensiv avdelingen som gjør at de har en felles forståelse av de samme tegnene. Orvik (2004) betegner det som at de har en kode tilgjengelig som er nødvendig for å kunne tolke, forstå og kommunisere hendelsen, ordet, gjenstanden eller handlingen (tegnet) på en måte som gir mening. Slik jeg forstår det viser kultur til det systemet som tegnene og kodene opererer innenfor. Kodene er en del av kulturen og gjør at vi har en felles forståelse der vi sammen kan være med å forme kulturens koder og utvikle kunnskap og kompetanse. Dette medvirker til at meningen er et produkt av den kulturen som vi er en del av. I semiotisk teori fremmes det at mottakeren skal ha en aktiv rolle, og at relasjonen skal være preget av likeverd, gjensidighet og en felles interesse av å gjøre situasjonen meningsfull. Det betyr en verdsetting av ulikheter i kunnskap og erfaring, noe som innebærer å dele makt (Orvik, 2004).

Det er rettet mye oppmerksomhet mot enkeltindividets rettigheter og brukernes tilfredshet i det offentlige de senere år (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009; Rappana Olsen, 2009). Brukermedvirkning ved tverrprofesjonelt samarbeid fremmes som en rettighet i Pasientrettighetsloven § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). På Nyfødt intensiv avdelingen er det foreldrene som gir det ekstremt for tidlig fødte barnet en stemme, noe som gjør dem delaktige når helsesøster kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Men i denne studien rettes fokuset mot møtet mellom helsesøster og barnesykepleier.

6.0 METODE

Jeg skal som nevnt utforske hva som kjennetegner samarbeidet mellom barnesykepleierne og helsesøstrene når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen, for å få en bedre forståelse for de muligheter og utfordringer de erfarer. For å få svar på min problemstilling har jeg valgt å benytte det kvalitative forskningsintervju som metode, for å kunne undersøke den subjektive erfaringen til mine informanter. Granheim og Lundman (2004) uttrykker at nettopp det kvalitative intervju som metode gir mulighet for å undersøke den subjektive erfaring og oppfatning til enkeltmennesket. Den kvalitative forskning kjennetegnes med et fleksibelt forskningsopplegg (Polit & Beck, 2008; Thagaard, 2003). For å synliggjøre forskningsprosessen vil jeg derfor redegjøre for mitt vitenskapsteoretiske ståsted, avklaring av egen rolle, planlegging og gjennomføring av datainnsamling. Videre vil jeg vise til hvordan jeg har bearbeidet de data jeg fikk. Til slutt gir jeg en refleksjon rundt fremstilling av empiri, analyse og drøfting.

6.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

I kvalitativ forskning er jeg som forsker mitt viktigste forskningsredskap, og med det er det viktig for meg å tydeliggjøre hvor jeg står som forsker. Mens naturvitenskapen årsaksforklarer fenomener, ser humanvitenskapen på menneskets historie og det vi selv har frembrakt som noe som må forstås (Fjelland & Gjengedal, 2007: 98). Et humanistisk syn går ut på at jeg som forsker ser på mine informanter som betydningsfulle personer med ulike erfaringer og kompetanse, og som jeg forholder meg til på en subjektiv måte. I likhet med Thorngquist (2003) som omtaler hermeneutikk som en gyldig og hensiktsmessig fremgangsmåte for å fortolke inntrykk og som filosofi for å oppnå forståelse, har mitt fokus hele veien vært rettet mot å forstå mine informanters språklige formidlinger av sine erfaringer og tanker via personlige intervju og intervjutekster. Jeg tenker derfor jeg skal skrive noen ord om hvordan hermeneutisk forståelse har vært viktig i mitt arbeid.

Innen hermeneutikken blir gjerne forståelse sett på som et grunntrekk ved å være menneske. Metodologisk kan en si at den er ontologisk (læren om det værende), noe som omhandler universelle vilkår for forståelse (Thornquist, 2003: 15, 140-141). Hans -Georg

Gadamer omtaler den filosofiske hermeneutikken som en teori om forståelse (Gadamer, 2003; Gulddal & Møller, 1999). Hvordan mennesker muntlig og skriftlig formidler sammenhenger, er med på å hjelpe oss til å forstå de intensjoner og de meninger som uttrykkes i ord. Språket hjelper oss til å forstå, til å finne meningen i ordene, følelsene, handlingene og samhandlinger som finner sted mellom mennesker. Nettopp ved at jeg har stilt meg et spørsmål, har jeg åpnet opp for å utfordre mine fordommer. Gjennom å samtale med mine informanter om deres erfaring og tanker om det som skjer når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen, har jeg skaffet meg mulighet til økt forståelse, en deltagelse i en felles mening. Samtidig må denne forståelsen ses som en kontinuerlig dialektikk mellom å fortolke det mine informanter har sagt og min egen forståelse, noe jeg vil komme nærmere inn på under neste punkt (Gadamer, 2003:37-38; Nortvedt & Grimen, 2004:38-39).

Kjente begrep innenfor den filosofiske hermeneutikken er forståelseshorisont, egne fordommer og den hermeneutiske sirkel (Thornquist, 2003: 142). Disse begrepene må alleses i forbindelse med hverandre i vår søken etter økt forståelse, og jeg vil videre vise til hvordan disse begrepene har stått sentralt i gjennomføringen av min studie.

6.2 Avklaring av egen rolle

Everett og Furuseth (2004) vektlegger at en bør ha en viss distanse til det temaet en skal forske på, slik at en kan gi forskningen en mulighet til å vise at min forståelse av situasjonen er feil. Jeg har valgt å forske i mitt eget arbeids- og interessefelt. Ved at jeg har videreutdanning som helsesøster har jeg med meg en forståelse for den kompetanse de innehar og deres tenkemåte. Men min yrkeserfaring har jeg fra en Nyfødt intensiv avdeling, noe som har gitt meg kompetanse innenfor behandling av for tidlig fødte barn og veiledning av foreldre.

Paulgaard (1997) viser til hvordan det å forske i eget felt krever høy grad av bevissthet rundt egen rolle i utførelsen av studien. Hun ser på nærhet til feltet som at det kan være både en fordel og en ulempe, noe jeg har kjent på. Nærheten til begge profesjoner har gjort det mulig for meg å kunne følge informantene i en meningsutveksling på en annen måte

enn en utenforstående ville ha gjort. Nettopp det at ”*jeg har et bein i hver leir*” har vært med på å gjøre meg nysgjerrig på likheter og ulikheter mellom helsesøster og barnesykepleier og hvordan dette kan være med på å forme deres samarbeid. Det har samtidig gjort det mulig for meg å bedre følge informantenes tanker og meninger underveis i datainnsamlingen. En begrensning jeg har møtt er at jeg har hatt vanskelig for å møte forskningsdataene med fordomsfrie og åpne øyne, noe som har krevd bevisstgjøring og endring av forståelse. Dette er noe også Paulgaard (1997) og Måseide (1997) tar opp i forhold til å forske i eget felt.

Gadamer (2003) viser til for-dom som et nøytralt begrep der det er noe som går foran og forut. Med andre ord kan en si at i min søken etter forståelse for hva som skjer når helsesøster og barnesykepleier møtes, har jeg med meg tanker og erfaringsmessig bagasje som er med på å bestemme det jeg forstår og fortolker. Jeg var allerede, som beskrevet i litteratur, forutforstående (Gadamer, 2003; Thornquist, 2003). Jeg gikk ut i feltet med en tro eller med andre ord en forforståelse (for-dom) om at barnesykepleier og helsesøster ved å møtes fikk mulighet til å samtale, reflektere over sine praksiser og gjennom det øke sin kunnskap. Jeg ønsket å se på hva helsesøster og barnesykepleier vektla som viktig når de snakket sammen. Det er mulig det var en naiv tanke. Det viste seg at mine informanter erfarte en annen virkelighet, noe som var med på å endre min forståelse og derfor mitt fokus i studien.

Den kvalitative forskning kjennetegnes nettopp ved at en skal være åpen for det overraskende for å oppnå ny innsikt. Flere forfattere vektlegger åpenhet i sin søken etter å oppnå forståelse (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008; Gadamer, 2003; Molander, 1996). Jeg har gjennom hele studien søkt å være åpen for det uforutsette. Jeg opplevde å bli overrasket tidlig i min studie. I tråd med denne innsikt begynte jeg min reise i ukjent terreng, samtidig som hadde kjennskap til feltet. Nettopp ved å være åpen og søkende kan en utfordre sine for - dommer, men samtidig må en være bevisst at en ikke blir forutsetningsløs. *Forståelseshorizonten* kan utvides og endres, men samtidig kan en ikke se

bort fra sin historisitet (Gadamer, 2003).¹⁵ Min forståelse har vært i en kontinuerlig endring fra planlegging til ferdigstillelse av studien.

Gadamer (2003) viser til at forståelse er en virkningshistorisk prosess, og at det er i den språklighet som tilkommer all forståelse at den hermeneutiske hendelse staker ut sin kurs. Å utfordre min forforståelse ved å være åpen for den meningen som informantene har gitt meg i form av en transkribert tekst, har vært nødvendig for at teksten skulle tale til meg og gjøre meg i stand til å se utover min egen forforståelse. Jeg har måttet utfordre min forforståelse gjennom litteratur, diskusjon med medstudenter og veileder. Skriveprosessen har også gitt meg en analytisk distanse, gjennom omskrivninger har jeg klargjort mine tanker noe som har tydeliggjort budskapet og gitt økt forståelse. Skrivningen har jeg opplevd som en runddans mellom teori, empiri og det skrevne ord. Jeg har måttet samtale med materialet, frem og tilbake i deler og helhet noe som viser til den *hermeneutiske sirkel* eller som Gadamer omtaler som forståelsens sirkel (Gadamer, 2003; Thornquist, 2003).

6.3 Etske overveielser

I denne studien er jeg ute etter helsesøsters og barnesykepleiers forventninger, erfaringer og tanker. Dette kan være følsomme temaer og jeg erfarer det som viktig å bevare informantenes konfidensialitet. Jeg har få informanter og Nyfødt intensiv avdelingene i Norge er få. Med bakgrunn i dette har jeg ikke gått ut med hvilken Nyfødt intensiv avdeling barnesykepleierne jobber ved. Mine informanter fikk fiktive navn allerede i forbindelse med transkriberingen fra tale til tekst for å skjule identitet. Jeg her valgt å omtale barnesykepleierinformantene som Lise og Mia, og helsesøsterinformantene som Matilde og Sonja. Sitatene har jeg skrevet i bokmål form, og jeg har endret litt og tatt bort små ord for å gi en bedre flyt for leseren. Jeg vil poengtere at innholdet i sitatene ikke er endret.

Godkjenning fra Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) ble innvilget (Vedlegg 4). Dette ble gjort for sikre informantenes rettigheter i forhold til personvern.

¹⁵ Denne argumentasjonen benyttes som kritikk mot positivismen, da vi aldri kan møte verden med "tomme hoder", jfr Lokes "tabula rasa". For å forstå, må vi allerede være forstående.

Skriftlig samtykke ble gitt fra samtlige informanter, og de hadde mulighet for å trekke seg fra studien om de ønsket det. Alle samtykkeerklæringer ble lagt i egen konvolutt og arkiverte i låst skuff på mitt hjemmekontor. Her ble også diktafonen med intervjuene oppbevart når denne ikke var i bruk. Jeg har hele veien hatt muligheten til å høre på lydfilene underveis i mitt arbeid, og det har jeg ofte benyttet for å sjekke at min fortolkning kan rettes tilbake mot det informantene har sagt. Lydfilene vil bli slettet ved studiens ferdigstillelse.

6.4 Forberedelser og Rekruttering

Rekruttering av informanter fant sted ved en Nyfødt intensiv avdeling. Avdelingssykepleier ble informert om studiet og dets innhold og hun sa seg villig til å rekruttere informanter. Utvalg av helsesøstre ble gjort ved at hun henviste til to Helsestasjoner, der hun hadde kjennskap til at minst en helsesøster hadde vært i avdelingen. Til disse Helsestasjonene sendte jeg ut informasjonsskrivet og skriftlig forespørsel om deltagelse i prosjektet (Vedlegg 1). Samtykkeerklæring ble også vedlagt (Vedlegg 2). Jeg fikk rask tilbakemelding.

Barnesykepleiere tok tid å skaffe tilveie. Avdelingsleder skrev en felles e-post til alle barnesykepleiere ved avdelingen, men fikk ingen tilbakemelding på den. I denne perioden var personalet hardt presset med travle vakter og mye overtid. Jeg valgte derfor å komme til avdelingen der jeg fortalte litt om prosjektet mitt. Jeg oppdaget at flere barnesykepleiere hadde tanker om temaet, men at de erfarte ikke å ha deltatt i et møte med helsesøster. Flere uttrykte at det ikke var noe stort fokus på helsesøster ved avdelingen. Et møte ble derfor ikke definert som et formelt møte med faste rammer, men som at de hadde møtt en helsesøster på avdelingen. Jeg valgte å sende ut noen skriftlige forespørsler der informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble vedlagt etter avdelingssykepleiers tips. Jeg fikk da tilbakemelding fra 3 barnesykepleiere, hvor jeg valgte ut de to første som svarte.

Jeg tenker i ettertid at jeg burde ha vært med på å utforme den felles e-posten hun sendte ut til barnesykepleierne. Det er mulig at en del misforståelser kunne vært unngått. Samtidig har jeg fått forståelse for at begrepet møte kan tolkes ulikt. Enten som et møte mellom to

eller flere parter med faste rammer, eller som et mer uformelt møte mellom to eller flere parter. Det skulle vært gjort klarere i mitt prosjekt. Jeg har også fått forståelsen for at det å rekruttere informanter til en studie bør være godt gjennomtenkt. Samtidig må en være åpen for å endre sin forforståelse av hva en ønsker å utforske i forholdt til det som en møter. Allerede her forandret min forståelse seg av hva som rørte seg i feltet.

6.5 Utvalg

Inklusjonskriteriene var at informantene skulle ha minst 3 års erfaring fra sitt arbeid, det gjelder både barnesykepleier fra Nyfødt intensiv avdelingen og helsesøster fra Helsestasjonsarbeid. Dette for at de skulle være kjente og trygge i forhold til sitt arbeid, sin kompetanse og profesjon. De skulle ha deltatt i minst et møte på en Nyfødt intensiv avdeling. Intervjuet skulle finne sted minst en måned etter at et møte hadde funnet sted. Dette for at de skulle få mulighet til å reflektere over hvordan møtet fungerte og hvordan det hadde påvirket deres praksis.

Alle mine informanter har mye erfaring innenfor sitt arbeidsfelt. En informant har fem års erfaring, mens de andre har mer enn ti år. Mine helsesøsterinformanter har vært ved Nyfødt intensiv avdelingen mer enn en gang, før utskrivelse av for tidlig fødte barn til sin kommune. Mine barnesykepleierinformanter vet at de har møtt helsesøster ved avdelingen. Barnesykepleierinformantene er rekruttert fra samme Nyfødt intensiv avdeling, mens helsesøsterinformantene kommer fra ulike kommuner.

Størrelsen på utvalget av informanter er lite på grunn av størrelsen på oppgaven. Utvalget kunne med fordel vært større. En kunne fått en rikere og mer nyansert fremstilling ved å ha intervjuet barnesykepleiere fra ulike Nyfødt intensiv avdelinger og flere helsesøstre. Det ville gitt større variasjonsbredde.

6.6 Intervju

Studien bygger på analyse og tolkninger av åpne dybde intervju med to barnesykepleiere og to helsesøstre. Intervjuguiden som lå til grunn for intervjuene omfattet to hovedtemaer, med innfallsvinkel rettet mot forventninger til hva en skal samtale om og muligheter som ligger i et møte mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelingen. Kvale (2009) omtaler dette som et semistrukturert intervju der intervjuguiden kan inneholde en oversikt over emner som skal dekkes, og med forslag til spørsmål (Kvale et al., 2009: 143). Jeg ønsket å få frem deres forventninger, tanker og erfaringer om det å møtes ansikt til ansikt. Utformingen av intervjuguiden ble bearbeidet og ferdigstilt mens jeg rekrutterte informanter, men jeg brukte også tid etter hvert intervju til bearbeidelse før neste intervju (Polit & Beck, 2008: 392-402). Jeg hadde lagd meg tre hovedtema med stikkord under med fokus på ulike tema jeg ønsket å få belyst (Vedlegg 3). Mine intervju ønsket jeg skulle ha form av en samtale. Med bakgrunn i min nærhet til feltet, var det viktig for meg for ikke å legge for store føringer på informantene i forhold til hva de skulle snakke om. Jeg ville ha frem det overraskende. Jeg valgte også bevisst å intervju barnesykepleier og helsesøster annenhver gang, slik at jeg hele veien under arbeidet skulle ha fokus på begge yrkesgrupper.

Dahlberg (2008) understreker at åpningsspørsmålet er viktig og ikke må undervurderes (Dahlberg et al., 2008: 201). Jeg valgte å åpne hvert intervju med spørsmålet: *"Hvilke forventninger har du til helsesøster/ barnesykepleier når hun/ du kommer til Nyfødt intensiv avdelingen"*. Det viste seg å være et spørsmål alle hadde klare oppfatninger og tanker om og som ga intervjusituasjonen en god start. I mine intervju varierte oppfølgingsspørsmålene fra intervju til intervju og fikk preg av hva informantene vektla og uttrykte interesse for. Via mine oppfølgingsspørsmål og deres interesser, har jeg likevel vært innom alle temaene jeg ønsket å se på. Det er klart at mine valg av oppfølgingsspørsmål og endringer av tema ble avgjørende for det datamateriale jeg sitter med i dag. En bevisst holdning til egen innflytelse på informantene beskrives i litteraturen av Dahlberg et.al (2008:183-205). Forfatterne viser til Gadammers beskrivelse av en åpen konversasjon som en prosess for å komme til en forståelse, der intervjuers oppgave er å hjelpe informanten til å fortelle sin historie. Egne meninger skal i minst mulig grad i grad påvirke informanten (Dahlberg et al., 2008).

I og med at jeg forsker i eget felt, har jeg under intervjuene vært både helsesøster, barnesykepleier og forsker. Jeg identifiserte meg med både barnesykepleier og helsesøster og kjente igjen deler av de situasjonene de beskrev. Men jeg tenker at jeg ikke har vært fastlåst i sykepleierperspektivet, jeg har strebet mot også å være forsker i våre samtaler. Intervjuet foregikk som en samtale der jeg prøvde å ta opp fokuset i forhold til hva de fortalte og rette det mot mitt tema. Jeg prøvde også å få samtalen rettet mot mitt fokus ved at de ble bedt om å utdype eller fortelle mer. På den måten kan informantene ha blitt påvirket til valg av hva som ble løftet frem og vektlagt. Min erfaringsbakgrunn om temaet opplevde jeg både som en styrke og en svakhet i nærheten jeg hadde til forskningsfeltet. Styrken var at jeg kunne følge informanten i hennes resonnement og faglige kunnskap. Svakheten var at jeg ut fra en tilsynelatende innforståthet noen ganger gikk for raskt over til andre innfallsvinkler. Min forforståelse og min umiddelbare fortolkning kom i veien for å få frem nyanser og kunnskap. Dette var noe jeg ble oppmerksom på underveis, og som jeg hadde et bevisst fokus på under de to siste intervjuene. Jeg kjente også på en utfordring i å holde fast i temaet for intervjuet, samtidig sier Paulgaard (1997) at en åpen og fleksibel form gir rom for overraskende veier som et intervju kan ta, og som tilfører viktige data. Noe jeg erfarte var med på å forme min studie.

Intervjuene var preget av at informantene visste interesse for studien. De var åpne, lette å samtale med og de viste til sine erfaringer og tanker i forhold til muligheter og forventninger som ligger i møtet mellom helsesøster og barnesykepleier. Jeg opplever å ha fått et rikt datamateriale. Men erfarte etter første intervju at jeg burde ha styrt samtalen underveis bedre. Jeg har fått brede skildringer, samtidig har fokuset hos helsesøster og barnesykepleier vært ulikt, noe som har gitt meg en viss bredde på materiale.

Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Dette var klarlagt på forhånd, men likevel forsikret jeg meg om at det var greit før vi startet intervjuet. Det ble kommentert at det var uvant å snakke med båndopptaker på, men det virket som dette ble glemt når vi begynte å snakke. Etter et intervju ble det kommentert at: ” *det glemte jeg helt* ”. Intervjuene fant sted på eget rom tilknyttet informantens arbeidsplass. Et av intervjuene ble gjort hjemme hos informant, da dette passet henne bedre. Intervjuene varte fra 40 til 60 minutter. Samlet utgjorde mitt datamateriale 3 timer og 25 minutter med samtale.

6.7 Bearbeidelse av datamaterialet

I etterkant av hvert intervju, noterte jeg kort ned mine tanker om intervjuet og hva som kom frem. Jeg noterte også ned stemningen og hvordan intervjuet hadde foreløpt. Flere beskriver at dette kan være en verdifull kontekst for senere analyse av utskriftene (Kvale et al., 2009:142-143; Polit & Beck, 2008: 401). Intervjuene transkriberte jeg selv ut ordrett som tekst de påfølgende dager. Å transkribere innebærer å skrive ned tale til tekst. En får da en reduksjon av de kroppslige uttrykk da disse ikke kan fanges opp i teksten. Polit og Bech (2008) legger vekt på at transkriberingen er viktig og bør brukes tid på. Jeg valgte å transkribere hvert intervju før jeg gjorde neste. Etter at jeg hadde transkribert, ble intervjuet lyttet til og lest samtidig for at jeg skulle kunne skape meg et helhetsinntrykk av teksten, og samtidig sjekk for skrivefeil og feil forståelse. Jeg noterte så ned en ny foreløpig sammenfatning av min forståelse av teksten, og også noen stikkord i marginen på teksten. Under intervjuene noterte jeg ikke ned de kroppslige uttrykk da jeg la vekt på at jeg skulle være en aktiv lytter. Likevel som intervjuer og forsker var oppmerksomheten min ikke bare rettet mot språket og meningsinnhold, men også mot det sanselige og nonverbale som kroppsspråk, blikk, toneleie og vektlegging av ord med mer. Mine inntrykk kan ikke komme frem ved transkriberingen noe som gjør at transkripsjonen bare er en del av intervjuet. Samtidig danner transkripsjonsmaterialet grunnlaget for masteroppgaven.

Polit og Beck (2008) vektlegger en korrekt og oversiktlig transkribering. Ved første transkribering prøvde jeg å skrive informantens tale på bokmål, men jeg kjente på at teksten og settingen ble fremmedgjort for meg. Jeg valgte derfor å skrive det i dialektform, da det ga meg en nærmere fortrolighet til informantene i teksten og deres vektlegging av mening. For å skaffe meg ryddighet benyttet jeg ulike farger på spørsmålene og svarene i teksten. Jeg la inn prikkede sekvenser der det hadde vært små pauser. Lange pauser og latter ble registrert ved at jeg har notert dette i parenteser. Ord som ble lagt ekstra vekt på har jeg streket under. Det at jeg har transkribert mine intervju selv, har lyttet til lydopptakene flere ganger underveis i prosessen, og at jeg kun har fire intervju gjør at jeg likevel føler nærhet til den enkelte samtale og den formidling informantene ga. Å transkribere opplevde jeg som tidkrevende, men samtidig ga det meg verdifull innsikt

videre i min analyseprosess.

6.8 Analyse av materialet

Jeg vil her gjøre rede for, og eksemplifisere hvordan jeg gikk frem for å analysere mitt materiale og belyse temaene. Ved at leseren kan følge en rød tråd underveis og derved få en større forståelse for de valg jeg har gjort, gis studien større troverdighet.

Transkripsjonsmaterialet fra mine fire intervju danner grunnlaget for min videre analyse og fortolkning. Gibbs (2007) viser til at ved at en transkriberer intervjuene selv gir det deg mulighet til å bli kjent med materialet og starte analysen tidlig. Samtidig som jeg i etterkant lyttet gjennom opptakene for å sikre meg at feilsiteringer ikke var gjengitt, skaffet jeg meg et helhetsinntrykk av tekstene. Granheim og Lundman (2004) viser til at intervju som er store nok til å se en helhet og som er små nok til at de huskes gjennom kondensering av meningsenheter og gjennom hele analyse prosessen egner seg for kvalitativ innholdsanalyse. Jeg erfarte å få et nært forhold til mine tekster.

Coffey og Atkinson (1996) advarer en om å komme i en situasjon der en har samlet inn alle data og ikke har startet analysearbeidet underveis. Ved at jeg samlet data, transkriberte intervjuet og startet min analyse før neste intervju kunne jeg utvikle og bedre min videre datainnsamling samtidig som jeg var i en prosess for økt forståelse. Denne forståelsen skrev jeg ned etter hvert i form av notater som fungerte som en veiviser for mitt videre analysearbeid.

Jeg hadde i forkant latt meg inspirere av en kvalitativ innholdsanalyse utført av Lundman og Norberg i 1993 og som Granheim og Lundman (2004) viser til i sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse. Her vises det også til det til at det finnes et mangfold av muligheter for fortolkning av et datamateriale.

Kvalitativ innholdsanalyse benyttes mye innenfor sykepleieforskning da den kan få frem en bred beskrivelse av det fenomenet en ønsker og utforske (Polit & Beck, 2008). Jeg ønsket å få frem betydningsfulle tema i mine data som beskrev fenomenet på en slik måte

at jeg kunne utvikle min forståelse. Jeg var opptatt av å utforske hvilken mening mine informanter formidlet, og bakgrunnen for dette. Deretter ønsket jeg å drøfte temaene inn i noen teoretiske perspektiver, som gir mulighet for analytisk og/ eller teoretisk generalisering.

Etter å ha skaffet meg en helhetlig forståelse, valgte jeg å dele teksten inn i **meningsenheter**.¹⁶ Granheim og Lundman (2004) beskriver en meningsenhet som setninger eller ord som har betydning for det innhold og den kontekst du undersøker. Eksempel på meningsbærende enhet er: ” *Jeg vet ikke hvilke krav man kan stille til spesialisthelsetjenesten*”. Videre valgte jeg og **kondensere meningsenheten**, noe som innebærer at jeg kortet ned meningsenheten med egne ord samtidig som jeg bevarte kjernen i meningen. Eksempel: ” *Usikker på krav hun kan stille*”. Det neste steget for meg var å **kode** materialet. En kode innebærer at en skiller ut typiske trekk og kan ses på som at en setter en merkelapp for meningsenheten. Med andre ord skjer det en abstraksjon, det vil si at kodene blir et verktøy som gjør at dataene kan ses på andre måter og gir mulighet for fortolkning (Granheim & Lundman, 2004). Eksempel på kode: ” *Hva kan en kreve*”.

Å lage **kategorier** ble mitt neste steg i analysen. Kodene fra de ulike tekstene ble fargekodet for å kunne skilles og ble så satt sammen i et arbeidsdokument. Arbeidet med å lage grupper av innhold som deler en likhet ble en utfordring for meg. Jeg valgte å gå tilbake til tekstene for å friske opp helheten i materialet, samtidig leste jeg en del teori. En krevende tankemessig prosess hvor jeg virkelig erfarte å være midt i det Gadamer (2003) omtaler som forståelsens sirkel. Min vei videre ble å lage meg et håndskrevet notat over ulikheter, likheter, forventninger og muligheter i materialet. For å visualisere ble dette satt i et tankekart. Jeg gikk deretter tilbake til arbeidsdokumentet og fordelte kodene til ni ulike kategorier. Kategoriene tenker jeg var en fortolkning av meningsinnholdet i tekstene, men fortsatt det Granheim og Lundman (2004) beskriver som det manifeste innholdet i en tekst, det åpenbare. Eksempel: ” *Usikkerhet om hvem som har og hvem som tar ansvar*”.

Temaene ble løftet frem som et resultat av den prosess som jeg var gjennom, og kan ses som en runddans mellom teksten som helhet og de ulike delene i innholdsanalysen. Min

¹⁶ Jeg valgte å ikke utelate deler av teksten i dette arbeidet, selv om jeg kunne anta at deler i teksten ikke hadde betydning for min studie. Dette for å forsikre meg at jeg ikke skulle miste viktige data underveis.

posisjon som forsker må ikke undervurderes, da jeg hele veien måtte utfordre min forforståelse for å komme videre. Å løfte frem temaene erfarte jeg som en ytterligere fortolkning av materialet. Samtidig skal det gå en rød tråd gjennom materialet fra tekst, meningsenhet, kode, kategori og frem til tema. Granheim og Lundman (2004) viser til at et tema kan vise til det latente innholdet i teksten, med andre ord den underliggende meningen. Viderefører jeg mitt eksempel ble denne kategorien sammen med to andre kategorier løftet frem under temaet: *”Mangel på kjennskap til hverandres profesjon og arbeidsrammer virker inn på samarbeidet”*.

I studien er det vesentlig at det er det emiriske materialet som har ledet analysen. Det er den forståelsen informantene har og som de beskriver som har ledet analysen fremover, uten at det var rammet inn av en teoretisk forståelse i forkant. Tyngdepunktet er i datamaterialet, men blir videre befestet gjennom valgte teorier. Ved at jeg forsker i eget felt har jeg hele veien *”tøyd”* mine for- dommer og utfordret min forståelseshorisont. Jeg har søkt til ulik litteratur for å finne perspektiver som kan hjelpe meg å løfte mine data videre og gi meg økt forståelse. Dette omtales som en induktiv tilnærming (Thagaard, 2003: 169). Skriveprosessen erfarer jeg som en videreføring av analysen som innebærer lesing av teori, diskusjoner, samtale med empirien i en kontinuerlig bevegelse mellom del og helhet som beskrevet i den hermeneutiske spiral.

6.9 Refleksjoner rundt fremstilling av empiri, analyse og drøfting

I kvalitativ forskning er forskeren sitt eget forskningsverktøy (Polit & Beck, 2008). Tydeliggjøring av forskerens rolle, relasjon til forskningsfeltet og hvordan det virker inn på funnene som presenteres er avgjørende for studiens troverdighet (Fangen, 2008). Med det reiser mitt nære forhold til feltet spørsmål om studiens troverdighet. Jeg gjorde i punkt 6.2 rede for min bevissthet rundt det å forske i eget felt. En utfordring jeg møtte på underveis, var at jeg erfarte en stor lojalitetskonflikt. Denne konflikten gikk ikke i fordel av en yrkesgruppe, men på at jeg gjerne ville fremstille både helsesøster og barnesykepleier i et godt lys. Min vei forbi denne lojalitetskonflikten fant jeg gjennom teorien, som hjalp meg å se helsesøster og barnesykepleier i lys av de tradisjonene de er en del av. Jeg tenker at teorien hjalp meg til ikke å bli for personlig og nær. Samtidig, ved å søke å ha en

hermeneutisk bevissthet, som også inkluderer en historisk bevissthet, hjalp det meg i å utvide min forståelseshorisont. Fangen (2008) refererer til Gadamer når hun utdyper det som *"den trenete hermeneutiske bevissthet"* (Fangen, 2008: 47).

Min forforståelse har også satt sitt preg på studiedesignet ved at jeg hadde en forståelse av at helsesøster og barnesykepleier hadde en mer organisert form på møtet når helsesøster kom til Nyfødt intensiv avdelingen, der samtalen mellom dem var mer fremtredende. Da jeg antok at barnesykepleier og helsesøster hadde en dialog var det basert på en tro jeg hadde med meg på bakgrunn av egen erfaring, en forforståelse. En nærmere undersøkelse av praksis i forkant ville gjort det mulig for meg å lage en annen studiedesign. Det er mulig en observasjonsstudie med påfølgende intervju ville gitt en rikere fremstilling. Likevel tenker jeg at mine informanter har gitt meg et rikt datamateriale som kan være med på å utvikle kunnskap i feltet.

Enkelte av mine informanter var tidligere kollegaer av meg, noe jeg ikke erfarte som negativt. Alle mine intervju bar preg av en likeverdig relasjon, og jeg opplevde å bli overrasket og også få utfyllende og ærlige data. Kvalitativ forskning karakteriseres nettopp av fyldige og rike beskrivelser som søker å gå i dybden på det fenomenet en forsker på (Thagaard, 2003: 16,178-179).

Jeg har tidligere vist til at jeg har transkribert mine intervju selv, noe som reduserer risikoen for feilsiteringer og er med på å styrke studiematerialets troverdighet (Polit & Beck, 2008). Jeg har videre redegjort for min dataanalyse prosess i punkt 6.8. Granheim og Lundman (2004) viser til at virkeligheten kan tolkes på ulike måter og en tekst kan inneholde flere og ulike meninger. Jeg er bevisst at det er min posisjonering, med andre ord de valg jeg har gjort som forsker som har ført til de funn jeg fremmer. Selv om min posisjon i feltet har vært som forsker, har jeg hatt med meg egne erfaringer og min forforståelse som har vært avgjørende for hva fokuset min studie har tatt. Noe som omtales av Paulgaard (1997).

Bruk av sitater fra mine informanter underveis i det skriftlige arbeidet, tenker jeg gir direkte informasjon fra feltet. Det gjør at informantenes utsagn lar seg sammenligne med mine fortolkninger. Det sier Thagaard (2003) gir leseren mulighet for å følge mine

resonnementer. Jeg har lagt frem mine tanker i forhold til funn og teori for medstudenter, veileder og kjente med både helsesøster og barnesykepleier bakgrunn. Jeg har hele veien tatt hensyn til konfidensialitet. Dette for å drøfte mine tanker og få tilbakemeldinger om realitet og troverdighet. Litteraturen omtaler det som å være med på å øke troverdigheten (Fangen, 2008: 196).

Studien har et lite utvalg informanter og viser til den praksis de er en del av. I den grad studien kan generaliseres, er det nettopp det at jeg benytter teoretiske perspektiver som kan være med på å kaste lys ut over de konkrete erfaringene. Studien kan ha noe generelt ved seg som kan gjelde andre faggrupper, og samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten.

Ved å legge studien åpen for en kritisk gjennomgang av metodevalg, analyseform og empiri og anvendt teori i sin helhet, kan troverdighet og gyldighet bedre vurderes (Fangen, 2008: 206-207; Thagaard, 2003). Jeg vil etter denne gjennomgangen bevege meg videre inn i presentasjon og drøfting av funn.

7.0 HVA KJENNETEGNER MØTET MELLOM BARNESYKEPLEIER OG HELSESØSTER PÅ NYFØDT INTENSIV AVDELINGEN?

7.1 Hva muliggjør møtet på Nyfødt intensiv avdelingen?

Et møte mellom barnesykepleier og helsesøster ses på som et samarbeid der det ekstremt for tidlig fødte barnet og foreldrene står i fokus. De har alle et felles mål ved at de ønsker å gi det ekstremt for tidlig fødte barnet og foreldrene kontinuitet i overflyttingen fra Nyfødt intensiv avdelingen til hjemmet. Begrepet trygghet ligger som en grunntone hos alle mine informanter og tillit ses som viktig for å skape trygge foreldre.

I sykepleierutdanningen legges det gjerne stor vekt på den moralske dimensjonen i forholdet mellom sykepleier og pasienten. Kari Martinsen (1990) viser til at det ligger i sykepleiers vesen å lære sykepleierne å speile seg mot idealer, der det å mestre tekniske

avanserte prosedyrer med kunnskap og et godt håndlag ikke er nok. Hun viser til at å handle moralsk er å handle til den andres beste. Med det vises det til at helsesøstrene og barnesykepleierne også må vise skjønn og innlevelse for det for tidlig fødte barnet og foreldrene, slik at de skal kunne føle seg godt ivaretatt. Da det ikke foreligger noen retningslinjer på avdelingen utover *"Faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn"*(2007), tyder det på at i den grad de møtes og samhandler, synes det som om drivkraften ligger i det moralske ansvar overfor det ekstremt for tidlig fødte barnet og familien. Eller i et ønske om å få til et samarbeid. Barnesykepleier Mia sier det slik:

"..jeg kjenner at jeg har en plikt til å hjelpe disse barnene og familien, vi har hjulpet dem en bit på veien, men nå begynner livet... og jeg tenker om vi kan hjelpe dem i begynnelsen..på veien...at det finnes et system for dem..."

Helsesøstrene erfarer at for at de skal kunne være en støtte og veileder for det ekstremt fortidlig fødte barnet og foreldrene må de øke sin forståelse, kompetanse og kjennskap til det unike barnet og foreldrene. For å kunne skaffe seg det tok de selv kontakt med Nyfødt intensiv avdelingen. Helsesøster Lise sier det slik: *"..det jeg gjorde var at jeg tok kontakt med Nyfødt intensiv og spurte om jeg kunne få komme..."*. Ved å ta kontakt med sykehuset tar de ansvar og handler ut fra det beste for det fortidlig fødte barnet og familien. Ved at de får bedre forståelse og kunnskap erfarer de å kunne gi barnet og foreldrene større handlingsrom, ved at de kan være en støtte og døråpner for tilbud i kommunen.

Både barnesykepleierne og helsesøstrene virker til å handle ut fra det de erfarer som det beste for det for tidlig fødte barnet og familien, og med det muliggjøres møtet mellom barnesykepleier og helsesøster på Nyfødt intensiv avdelingen. Det tyder på at omsorgstenkningen og det moralske ansvar overfor det fortidlig fødte barnet er høyst til stede hos informantene i min studie.

7.2 Hvordan erfares møtet på Nyfødt intensiv avdelingen

Alle informantene erfarer møtet som viktig. De har mange tanker om hvorfor møtet bør finne sted, og alle ser muligheter for hva innholdet i møtet bør være. Likevel virker det som deres fokus for hvordan og hva de bør kommunisere om er ulikt. Selve møtet erfares

relativt likt av mine to helsesøsterinformanter, og blir bekreftet av den ene av barnesykepleier informantene. Mens den andre barnesykepleieren har et noe annerledes perspektiv.

I mine data kommer det tydelig frem at barnesykepleier og helsesøster i liten grad snakker sammen når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen. Det blir veldig tydelig ved dette sitatet gitt av barnesykepleier Lise: ”.. *det blir vel litt opp til helsesøster og foreldrene å snakke i lag..*”. Barnesykepleier Lise erfarer at når helsesøster kommer til Nyfødt intensiv avdelingen er det først og fremst for å møte foreldrene og det fortidlig fødte barnet, og viser til hvordan hun erfarer helsesøster blir tatt imot når hun kommer:

”Det blir litt sånn at vi går og presenterer dem for hverandre og så tenke vi vel at dem skal bli litt kjent med mor, og far hvis han er der. At det blir mellom dem ... Vi presenterer dem for hverandre og sier at dette er den helsesøsteren dere skal gå hos. Så det blir vel litt opp til foreldrene og helsesøsteren... at de snakker litt ilag. Jeg bare tenker at det kanskje har vært litt sånn”.

Hun gir meg her en forklaring på hva hun tror har vært med på å gjøre det vanskelig for meg og rekruttere informanter fra Nyfødt intensiv avdelingen (jfr metodedel). Hun sier videre noe om forventningene hun har til hvorfor helsesøster kommer til avdelingen.

”Når de først kommer så da tenker vel jeg at det er litt for å hilse på familien og bli litt kjent med dem. Men selvfølgelig skal... de trenger å få historien, få historien som er før de (barna) skrives ut fra oss også...”.

Begge mine barnesykepleierinformanter er opptatt av at de vil få helsesøster til å forstå hva det fortidlig fødte barnet har erfart, de ønsker å formidle historien til barnet.

Barnesykepleier Mia er opptatt av at det er erfaringer som en hel familie har gjort seg, og som kan være med på å prege alle etter hjemkomst fra Nyfødt intensiv avdelingen.

Helsesøstrene på den andre siden har en annen opplevelse, noe som viser seg tydelig i helsesøster Matildes sitat: *”..jeg ble bare vist inn til henne, det var ikke noe mer...”.*

Barnesykepleier Lises beskrivelse av hvordan helsesøstrene blir møtt på avdelingen blir bekreftet av begge helsesøstrene. Helsesøster Matilde sier det slik:

”Første gangen jeg kom dit og skulle besøke mor og barnet, så ble jeg bare vist til henne, det var ikke noe mer... de sa ikke noe om at de ville ha et møte med meg..det var veldig kort, hva de sa om familien og om barnet. Ikke noe avsatt tid til meg...”

Helsesøster Sonja bekrefter dette ved at hun sier at det ikke var noe møte direkte, men at hun fikk en kort informasjon om barnet. *”... det var mest fysisk hvor langt hun var kommet”*. Det hun erfarer som viktig å få vite mer om, er avhengig av at hun og barnesykepleier har en dialog sammen.

8.0 KJENNETEGN VED SAMARBEIDET OG HVORDAN KAN VI FORSTÅ ERFARINGENE DE GJØR SEG

Det som kjennetegner samarbeidet er at barnesykepleier og helsesøster i liten grad snakker sammen når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen. Barnesykepleieren viser helsesøster inn til foreldrene slik at de skal få bli kjent med hverandre, mens helsesøstrene erfarer at barnesykepleierne ikke tar seg tid til å snakke med dem. Det er etter mitt syn interessant at barnesykepleierne og helsesøstrene har så ulike oppfatninger når de reflekterer rundt samarbeidet mellom dem. For å få en større forståelse, vil jeg løfte frem og drøfte noen tema som er spesielt viktig.

- Ønske om å få helsesøstrene til å forstå.
- Enveis kommunikasjon
- Ulikhetene forstått i lys av historien.
- Uklare ansvarsforhold

8.1 Ønske om å få helsesøstrene til å forstå

Som tidligere vist, er et tydelig funn i min studie at helsesøstrene og barnesykepleierne i liten grad snakker sammen når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen. De har alle mange tanker om de erfaringer de har gjort seg, tanker om hvordan møtet bør være, hva som er viktig å formidle og hvordan det skal formidles. Barnesykepleierne på sin side er tydelig på hva helsesøstrene bør vite noe om, og hvordan denne kunnskapen skal formidles.

Helsesøstrene på sin side har mange tanker om hvordan hun erfarer møtet og hva hun ønsker å vite mer om. Ved hjelp av Foucaults maktbegrep ønsker jeg å løfte frem/ utforske temaet, noe som kan gi en større forståelse for hvorfor barnesykepleierne velger å kommunisere og handle slik de gjør, og hvordan helsesøstrene mottar og erfarer denne kommunikasjonen. Jeg vil videre forsøke å gi en fortolkning av hva som skjer når barnesykepleierne og helsesøstrene har så ulike forventninger og erfaringer.

8.1.1 ”..Foreldrene har mye kunnskap...”

Både barnesykepleierne og helsesøstrene erfarer at foreldrene har mye kunnskap, men synet på denne kunnskapen former seg på ulike måter hos barnesykepleierne og helsesøstrene. Barnesykepleier Lise`s første tanke om hvorfor helsesøstrene kommer til Nyfødt intensiv avdelingen er: *”..når de først kommer tenker vel vi at det er for å hilse på familien og bli kjent med dem...”*. Det kan tyde på at Lise har en forståelse av at helsesøster først og fremst kommer til Nyfødt intensiv avdelingen for å bli kjent med familien, men samtidig får hun tanker om at de kanskje har behov for noe mer: *”.. men de trenger og en informasjon... om ungen...familien...det går på spising og amming...og hvordan de fungerer sammen...”*. Barnesykepleier Mia erfarer at helsesøstrene ofte ringer til Nyfødt intensiv avdelingen og stiller spørsmål om det for tidlig fødte barnet som foreldrene selv kunne gitt svar på. Hun er opptatt av at foreldrene innehar mye kunnskap om sitt barn, og ønsker å gi helsesøstrene forståelse av det: *”..Jeg ønsker i et møte å formidle at foreldrene har utrolig mye kunnskap, foreldrene kjenner barnet sitt...hva barnet tåler av stimulering, ernæring...”*.

Helsesøstrene Sonja og Matilde erfarte det som viktig å samtale med foreldrene for å skaffe seg kjennskap til deres erfaringer og kunnskap om sitt barn. Men samtidig hadde de en forventning om at barnesykepleierne skulle være tilstede. Mathilde gir uttrykk for det ved å si:

”Jeg hadde nok trodd at de kanskje ville være litt mer tilstede sammen med meg og mor. Fordi at vi satt alene jeg og mor hele tiden og pratet. Jeg pratet lenge med henne....Så de var ikke der...”

Når Matilde velger å bruke tid på å komme til Nyfødt intensiv avdelingen har hun en forventning om at barnesykepleierne skal bruke av sin tid sammen med henne. Hun gir uttrykk for at hun ønsker å snakke med barnesykepleierne som er kontakt til barnet, for å få tilgang til noe av fagkunnskapen. Hun sier:

”Mor fortalte meg at hun hadde fått opplæring om hvordan hun skulle se signalene hos barnet og alle disse tingene..men allikevel, fagkunnskapen ligger ikke bare hos mor, fagkunnskapen vil jeg si hører til de som har opplæringa, og den fikk ikke jeg...(..) jeg tenker at de burde ha vært..iallefall deler av tiden.. sammen med oss og pratet...slik tenker nå jeg...”

Helsesøster Matilde viser til at når hun velger å komme til Nyfødt intensiv avdelingen, er det snakk om prioritering av både penger og tid: *“..det er jo begrenset hva kommunen har råd til...det koster jo,..du skal reise, du skal overnatte å...det er klart det koster penger...”*. Møtet innebærer for henne en flyreise og overnatting. Hun må i tillegg sette av en til to arbeidsdager og fritid for å kunne gjennomføre møtet. Helsesøster Sonja arbeider i en kommune nærmere Nyfødt intensiv avdelingen, men også for henne er det snakk om prioritering av den tiden hun har til rådighet. Det kan forstås som, når helsesøstrene velger å komme er det et gjennomtenkt og bevisst valg. De legger ned mye ressurser både i bruk av tid og i prioritering av arbeidsoppgaver, noe som også krever økonomiske hensyn.

Helsesøstrene erfarer så at barnesykepleierne viser dem inn til det ekstremt for tidlig fødte barnet og foreldrene, for selv å forlate rommet. Ved at barnesykepleierne lar foreldrene videreformidle barnets erfaringer og behov, kan det tyde på at det gir helsesøstrene en forestilling om at hennes tid ikke er like viktig som barnesykepleiernes tid. Med tanke på den tiden og ressursene helsesøstrene må yte, og de forventningene de har til møtet, kan en bedre forstå skuffelsen de kjenner på. Skuffelsen virker å være knyttet til at det ikke er satt av tid til en dialog mellom dem og barnesykepleierne som er primærkontakt til barnet.

I et maktperspektiv kan det tyde på at helsesøstrene føler på en avmaktsfølelse overfor barnesykepleierne som ikke verdsetter helsesøstrenes tid, og anser egen tid for viktigere. Samtidig viser Foucault (1999b) til at makten er til stede i alle relasjoner og den praksis som utøves må forstås i en større sammenheng. Når barnesykepleier Lise sier at det er: *“.. lite fokus på helsesøstertjenesten...”*, kan det tyde på at det benyttes liten tid generelt på

helsesøstertjenesten i avdelingen. Oppmerksomheten kan virke til å være lite rettet mot de langsiktige resultatene og målsetningene som helsesøstertjenesten representerer. Tiden benyttes og prioriteres på det som anses som viktig, nemlig å behandle det ekstremt for tidlig fødte barnet slik at det skal overleve. Lise sier det slik: *”..det har bare vært høyprioritering av det viktigste..vi har jo ikke tid til noen ting...det kan ha vært helsesøstre på avdelingen uten at jeg har fått det med meg...”*. Noe som kan tyde på at det ved Nyfødt intensiv avdelingen er en felles pleiekultur der helsesøstertjenesten får liten oppmerksomhet, og at den makt de utøver over helsesøsters tid når hun kommer til avdelingen ikke er dem bevisst.

På en annen side kan tiden også forstås i forhold til ønske om å oppnå anerkjennelse. Helsesøstrene og barnesykepleierne er spesialister innenfor ulike kunnskapsbaser, noe som gjerne fører til at en vil synliggjøre og utvikle sine spesielle ferdigheter. Augestad (2005) viser til et poeng i Foucaults analyser om makt, ved at han ikke nødvendigvis så makten som undertrykkende. Makten skaper nytelse, lyst og glede, noe som medfører at barnesykepleierne og helsesøstrene kjenner lysten til å lære mer og forstå stadig mer. Ved å oppnå høy kompetanse oppnår de økt anerkjennelse hos foreldrene, andre samarbeidsparter som sykepleierkollegaer og legen. Men samtidig som barnesykepleierne oppnår anerkjennelse og en mer detaljert og spesiell kunnskap innenfor sitt fagfelt, kan det gå på bekostning av de mer generelle kunnskapene der de ulike profesjoner er avhengig av hverandre. De generelle kunnskapene det er snakk om i denne forbindelsen er for eksempel å kunne avklare for foreldrene hva som venter dem og barnet deres når de kommer hjem. Det kan være tiltak som barnesykepleier og helsesøster sammen kan forberede før utreise, og som kan gi foreldrene trygghet for at det er noen i hjemkommunen som kan være en støtte etter utskrivelse. Trygge foreldre er nettopp det som kan gi det for tidlig fødte barnet gode utviklingsvilkår (Markestad & Halvorsen, 2007; Nordhov et al., 2010) I St. melding 47 (2009) omtales nedprioriteringen av de generelle kunnskapene, som en stor utfordring innenfor helsevesenet i dag. Om de generelle kunnskapene nedprioriteres er det foreldrene og det for tidlig fødte barnet som blir skadelidende. Ved at samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten nedprioriteres minsker kontinuiteten i overflyttingen av det for tidlig fødte barnet og familien fra Nyfødt intensiv avdelingen til hjemmet.

Torunn Hamran (1991) forklarer hvordan vi ved språkbruk og organisering av tid og rom kan få innblikk i hvilket arbeid som verdsettes, hva yrkesgruppene betyr for hverandre og hvem som har makt, innflytelse og oppnår anerkjennelse (Hamran, 1991: 37). Helsesøster Matilde sier at *"... spesialistene de er inne på sykehuset..."*. I det daglige språket ute i samfunnet snakkes det gjerne om inne på sykehuset og ute i kommunen.

Barnesykepleierne arbeider inne på Nyfødt intensiv avdelingen, de arbeider inne på kuvøsestuen og ute på spedbarnstuen. Inne på sykehuset er spesialistene, inne på kuvøsestua ligger de sykeste barna som behandles ved hjelp av medisinsk - og høyteknologisk behandling og høy kompetanse. Ute på spedbarnstua ligger barna som snart skal utskrives. Ute i kommunen, på helsestasjonen følges det utskrevne for tidlig fødte barnet og foreldrene opp ved hjelp av veiledning og kartlegging. Barnesykepleier Mia sier det slik: *".. helsevesenet på yttersiden..."* og også helsesøster Matilde omtaler det som: *"..er ikke sikkert at de ser ut..."*. Følger vi tanken fra avsnittene over kan en si at det statuspregede arbeidet skjer inne på Nyfødt intensiv avdelingen. Inne på avdelingen kan de vise til resultater ved at de redder det ekstremt for tidlig fødte barnet, og forskningsbasert kunnskap er prioritert. Mens helsesøstrene gir uttrykk for at det kan være vanskelig å vise til resultater i forebyggende og helsefremmende arbeid. Det bekreftes i veileder til *"Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste"* (2004) at forskning på forebyggende arbeid tidligere har vært lite prioritert. Helsesøsters yrkesutøvelse har ofte vært basert på kunnskapsbasert praksis, faglitteratur, aktuelle lover og faglige veiledninger. Men de viser også til at det er økt fokus på å utvikle metoder og verktøy som kan dokumentere effekten av forebyggende og helsefremmende arbeid. Samtidig vektlegger helsesøstrene at de ikke har samme nære relasjonene til det for tidlig fødte barnet og foreldrene.

En kan også forstå hvorfor foreldrene blir bindeleddet mellom barnesykepleierne og helsesøstrene, nettopp ved at det helsepolitisk er et sterkt fokus på brukermedvirkning og foreldre som aktive aktører, noe som også er hjemlet i pasientrettighetsloven, § 3-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Barnesykepleierne virker å ha et bevisst ønske om å la helsesøstrene erfare at foreldrene har mye kunnskap, og foreldrene gis her ansvaret for å gi helsesøstrene egne erfaringer og kunnskap. Ved å la foreldrene samtale med helsesøstrene legger de selv føringer for sine ønsker. De er delaktige, aktive og medvirker selv. Her

legges makten i foreldrenes hender og det er opp til dem å forvalte den til beste for sitt for tidlig fødte barn og seg selv. Ved å legge nesten all vekt på foreldrenes kunnskap og syn kan det virke som barnesykepleierne har inntatt en passiv rolle. Men i lys av Foucault maktperspektiv kan brukermedvirkning ses som en form for selvdisiplinering, noe som kaster et nytt lys over barnesykepleiernes indirekte deltagelse frem. Barnesykepleierne jobber nært det for tidlig fødte barnet under oppholdet, noe som samtidig gir dem muligheten til å være aktivt deltagende i den hverdagslige aktiviteten mellom det for tidlig fødte barnet og foreldrene. Derved legges et grunnlag for utøvelse av makt som er organisert ved at foreldrene skal være delaktige i den daglige pleie og omsorg av sitt barn med barnesykepleierne som veiledere. Det gir barnesykepleierne mulighet til å oppnå kontroll, ved at foreldrene ønsker å gjøre det beste for sitt for tidlig fødte barn. De får lydige foreldre som tar til seg kunnskapen og utfører den i samsvar med barnesykepleiernes veiledning. Barnesykepleierne gir uttrykk for at ”foreldrene har mye kunnskap”. Det samme erfarer Sonja når hun sier: ”..de har fått det der opp og i mente på avdelinga, det er ofte ikke der vi trenger å gå inn å veilede...”. Ved at barnesykepleierne overlater til foreldrene og samtale med helsesøstrene, gis de lydige foreldrene ansvaret for å gi kunnskapen videre. En kunnskap det for helsesøstrene er vanskelig å rette kritiske spørsmål om til foreldrene. Helsesøster Sonja sier det slik:

“..mange foreldre blir værende i dette i lang tid etter at de er utskrevet. Det som var på avdelingen er fortsatt gjeldende til de er konfirmanter omtrent..(ler)...vi må ikke komme å si noe annet enn det som ble sagt på Nyfødt intensiv avdelingen...det som er sagt på avdelingen er gyldig...”.

Hun viser her til den veiledningen foreldrene har fått i forhold til pleie og samspill under oppholdet på Nyfødt intensiv avdelingen. Samtidig viser hun indirekte til den makt barnesykepleierne har over foreldrene, ved at de har stor tiltro til den kunnskapen de har ervervet seg på Nyfødt intensiv avdelingen. Det kan gi en større forståelse for behovet, eller i Foucaults maktperspektiv, maktesløsheten helsesøstrene virker til å kjenne på og deres sterke ønske om å få tid sammen med barnesykepleier. Som helsesøster Matilde refererer til: “.. det manglet en bit i den samtalen, en viktig bit...så den biten tror jeg hadde vært bra å få...”. Både Sonja og Matilde gir uttrykk for at de ønsker noe mer enn å snakke med foreldrene. De hadde forventninger om å få snakke med barnesykepleier som kjente det unike barnet. Det kan tyde på at de ønsker tid der de kan ha en dialog, og sammen

reflektere med barnesykepleierne for å kunne øke sin kunnskap og derved sin kompetanse. Helsesøstrene viser til at dersom de skal kunne være en støtte for det for tidlig fødte barnet og foreldrene, trenger også de en større forståelse av fagkunnskapen barnesykepleierne har. De ønsker å få reflektert rundt fagkunnskapen sammen med barnesykepleierne. Særlig helsesøster Matilde gir sterkt uttrykk for et savn i forhold til å kunne ha en dialog, og vender tilbake til temaet flere ganger under intervjuet. Mens Sonja har et ønske om at de kunne være "mer felles".

8.1.2 "..bare de tar med seg litt av inntrykkene fra rommene..."

Barnesykepleierne Lise og Mia er begge opptatt av at det er viktig for helsesøster å komme til Nyfødt intensiv avdelingen for å kjenne på atmosfæren som er på avdelingen. Bare det i seg selv tenker de kan være med på å gi helsesøstrene en større forståelse av hva livet på Nyfødt intensiv avdelingen dreier seg om for det for tidlig fødte barnet og familien. Målet er å gi helsesøstrene en forståelse av at familien har behov for tett oppfølging og støtte etter hjemkomst for å kunne bearbeide sine erfaringer. Mia sier det slik:

"..bare de tar med seg litt av inntrykkene av rommene og hva som foregår der....., alt utstyret og all virraken,altså hvis du ikke vet hva den verden består av...så tror jeg det er lurt å komme.....det tror jeg er veldig lurt. Jeg tror at folk kan bli ganske lamslått...".

I følge Foucault (1999b) avtegner makten seg og gjør seg gjeldende i mange forskjellige elementer fra institusjoner, gjenstander, følelser og tankemåter og han viser til hvordan bygningene er uttrykk for kunnskapskonstruksjoner som henger sammen med den moderne tid. I alt fra store bygninger til små gjenstander inngår en vev av kunnskap og makt (Foucault, 1999b; Vågan & Grimen, 2008). Helsesøstrene kommer til Nyfødt intensiv avdelingen, en avdeling som bare finnes ved de største sykehusene i Norge. Det første som møter dem er gjerne en ringeklokke utenfor avdelingen, med oppfordring til å ringe på og ikke komme inn i avdelingen. Inne på avdelingen møter helsesøster overvåkningsstuer der flere for tidlig fødte barn ligger i kuvøser, tilkoblet overvåkningsmonitører, pustemaskiner og pumper med medisiner. Alarmer piper, og det er varmt i rommene. De fysiske

rommene taler for seg selv. Som helsesøster Matilde sier: ”..*det var alarmer,..det var slanger...*”.

Men det er ikke bare ved å se Nyfødt intensiv avdelingen som fysisk rom, barnesykepleierne virker til å ville kommunisere til helsesøster. De virker også til å ville gi dem en forståelse av rommet som et sosialt rom der barnesykepleieren er med i utøvelsen av vitenskapsbasert medisin. Mange hvitkledde ansatte beveger seg rundt i en relativt liten avdeling noe som gir sterke assosiasjoner til makt, status og anerkjennelse. Det for tidlig fødte barnet blir nøye fulgt av barnesykepleierne alle døgnets timer. Blikket hennes ser de små detaljene, hun registrerer skriftlig endringer som hudfarge, blodtrykk, urinmengde, pustestopp osv. Samtidig observeres kroppsspråket nøye da det ekstremt for tidlig fødte barnet gir svake og diffuse signaler som krever barnesykepleiernes oppmerksomhet under pleie. Hennes observasjoner legger føringer for legens forordninger av den behandling barnet er avhengig av for å overleve. Det ligger mye makt i det å jobbe med liv og død og inneha denne kompetansen. Institusjonen, rommene, utstyret og kompetansen, blir et bilde på den makt som viser seg tydelig for helsesøstrene når de kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Mia ser ut til å være bevisst på at det ligger mye følelser bare i det å se avdelingen. Hun sier selv om sitt første møte med avdelingen: ” ..*jeg ble ganske lamslått når jeg kom dit første gang i praksis..tenkte hva er det jeg har hevet meg ut på. Holdt nesten på å svime av...* ”. Også barnesykepleier Lise erfarer at det er viktig for helsesøstrene å se Nyfødt intensiv avdelingen. De ønsker å vise helsesøstrene den verden foreldrene og det for tidlig fødte barnet via sine erfaringer har med seg hjem.

Foucault (1999a; 1999b) viste til hvordan økt kunnskap skapte behov for ulikt kvalifisert personale, noe som kan ses på som forløper til profesjonsinndeling og dannelse av hierarki blant helseprofesjoner. Samtidig viste han til hvordan rommene innen klinikken ble delt inn etter pasientgrupper, hvor noen fikk høyere status enn andre. Det ekstremt for tidlig fødte barnet virker lite og forsvarsløst i et rom med høy grad av medisinsk teknisk utstyr. Mia forteller at hun ble ”*lamslått*” i sitt første møte med avdelingen. Med andre ord kan en si at barnesykepleierne ønsker å ”*lamslå*” helsesøstrene når de kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Ved at helsesøstrene får se hva det for tidlig fødte barnet og foreldrene har vært gjennom, tenker barnesykepleierne at det skaper en bedre forståelse hos dem. Når Mia

og Lise her kommuniserer med helsesøstrene er det ikke verbalt, men det kan tyde på at det er en appell til deres følelser:

"..Om en aldri har vært innom en slik avdeling så tror jeg kanskje det er vanskelig å danne seg et bilde av hva dem har vært gjennom....at de (helsesøstrene) skjønner hva en familie har opplevd, det tror jeg er viktig. For den jobben dem skal gjøre videre...."

Helsesøster Mathilde bekrefter at det var viktig for henne å komme til Nyfødt intensiv avdelingen nettopp for å kjenne på følelsen av å være der for å kunne forstå. Hun omtaler det ekstremt for tidlig fødte barnet som en "porselensdukke" og viser til hennes første møte med avdelingen:

"..Det var en veldig følelsesmessig sterk opplevelse,...for jeg tenkte på hva jeg selv opplevde da jeg fikk barn og hva de (foreldrene) opplevde....gapet var stort...Det gjorde et sterkt inntrykk på meg, jeg kjente at jeg ble ganske ydmyk av å se disse bitte små barna som lå der...og jeg tenkte for en traumatisk situasjon å komme opp i..."

Det er av mange understreket at eget følelsesliv er med på å danne klangbunn til forståelsen av andre mennesker og deres situasjon, og det blir gjerne omtalt som empati eller innlevelse. Det vises til at følelser åpner opp for vår forståelse og gir oss adgang til virkeligheten (Martinsen, 1990; Vetlesen, 2010) Ved å se og føle på stemningen på Nyfødt intensiv avdelingen erfarte helsesøster Matilde at hun fikk økt forståelse og kunnskap:

"..Jeg var veldig glad for at jeg dro dit, for det ga meg atskillig større kunnskap om....hvem er foreldrene som kommer hjem og hva har det lille barnet opplevd....har ligget i kuvøse, hatt masse ting inni seg, det var apperatur...hva skjer med tilknytningen, hele det perspektivet fikk jeg mange tanker om..."

Det blir med andre ord bekreftet i mitt materiale at barnesykepleierne oppnår økt forståelse blant helsesøstrene ved å la dem se Nyfødt intensiv avdelingen. Ved å se kuvøsestuen, respiratoren og det for tidlig fødte barnet i et medisinsk teknisk miljø appellerer det til deres følelser. De fikk økt forståelse og en bevisst refleksjon i forhold til egen kompetanse. Men samtidig gir ikke denne forståelsen dem økt kompetanse på de behov det ekstremt for tidlig fødte barnet har fremover, noe de gir uttrykk for at de savner.

8.2 Enveis kommunikasjon

Jeg har vist til barnesykepleiernes ønske om å få helsesøster til å forstå. Jeg vil nå gå videre og belyse temaet som omhandler hvordan barnesykepleierne virker til å ville formidle sin kunnskap til helsesøster. Jeg vil se på hvordan helsesøstrene erfarer denne formen for kommunikasjon og fortsatt ønsker jeg å løfte frem temaet vha Foucaults maktperspektiv. Jeg vil videre forsøke å gi en fortolkning av hvordan makten virker inn på denne formen for kommunikasjon og hvordan det kan påvirke samarbeidet mellom barnesykepleier og helsesøster.

8.2.1 ”..at jeg klarer å formidle”

Lise og Mia er som nevnt opptatt av at helsesøstrene skal få forståelse av at det for tidlig fødte barnet har en historie med seg, selv om de nå skal skrives ut til hjemmet som frisk. Lise sier det slik: *”Det er viktig å formidle litt den historien som ungen har...få formidla hva de har vært gjennom...at man ikke kan stille samme krav.”* At man ikke kan stille de samme krav utdyper Mia slik:

”Hvis du er født i uke 24 og du kommer dit at du er fullbåren, så er det ikke det samme som andre fullbårne barn. Du klare ikke å håndtere alt like godt og hva dem bruker energien sin på. Bruke masse, masse, masse energi på bare å være tilstede... rett og slett, puste.. sant”.

Å få helsesøstrene til å forstå virker til å være tuftet på deres erfaringer med at helsesøstrene har liten kunnskap om det for tidlig fødte barnet. Denne erfaringen har de på bakgrunn av tilbakemeldinger fra foreldre og i noe grad fra telefonkontakt med helsesøstre og betegnes som en felles forståelse på Nyfødt intensiv avdelingen. Helsesøster informantene i min studie bekrefter at de har manglende kunnskap, noe som også bekreftes i flere i flere studier (Kloppen, 2008; Olavesen, 2010). Barnesykepleierne Lise og Mia har en forståelse av at de har mye kompetanse på hva det innebærer å være ekstremt for tidlig født, samtidig som de kjenner godt det unike barnet og foreldrene som helsesøstrene kommer for å treffe. Men mens barnesykepleier Lise er opptatt av å formidle historien til

barnet "det som har vært" viser barnesykepleier Mia til at hun har fokus på mer enn barnets historie. Hun er opptatt av at helsesøstrene skal forstå at det handler om en hel familie. Hun erfarer at det ikke bare er det for tidlig fødte barnet som har en historie, men at også foreldrene og søsken har hatt mange tøffe erfaringer. Hun sier det slik:

"..Det er også en oppfølging av familie og søsken....at det i familier der de har opplevd ting... at vi klare å fokusere ikke bare på barnet og det den har behov for, men også på en hel familie".

Hun er i tillegg opptatt av at hun skal formidle det hun tenker er viktig for det for tidlig barnet og foreldrene fremover.

"Ja det er noe med at vi sitter på kunnskap om at en noen ganger kan anta hva dette barnet kommer til å ha behov for. At man kan forutse, eller hjelpe dem (helsesøstrene) å være obs på når dem skal sette inn tiltak, hva vi forvente... Viktig at det er noen som har den rollen, at man kan være litt i forkant. Vi kan kanskje si veldig mye om akkurat det, i forhold til det barnet vi har med å gjøre. Om hva vi kanskje kan forvente av tiltak i forhold til alder ... Jeg tenke at vi skal formidle...man skal formidle.. ikke bare hvordan det har vært og hva som har skjedd i forløpet, men man skal formidle.. hva man skal være obs på og at dem kanskje treng spesiell oppfølging.... Foreldrene trenger noen samtalepartnere."

Mia legger vekt på at hun har mange erfaringer sammen med "Hans" og foreldrene som hun tenker kan være med på å prege barnet og foreldrene. Det ønsker hun å formidle til helsesøstrene for at de skal forstå at det for tidlig fødte barnet har begrensninger i forhold til et fullbåret barn, selv om det er definert som "friskt" og utskrevet fra Nyfødt intensiv avdelingen. Barnesykepleier Lise omtaler det som at de skal gi helsesøstrene informasjon om barnet: *"..helsesøstrene skal jo alltid få informasjon fra oss, eller de burde jo få det..."*. Det tyder på at barnesykepleierne i min studie har et bevisst fokus på at de ønsker at helsesøstrene skal forstå ved at de skal gi en informasjon og formidle sin kunnskap og kompetanse ved hjelp av enveis kommunikasjon.

8.2.2 "...ikke forståelse for vårt syn..."

Selv om barnesykepleier Mia ønsker å formidle de behov det ekstremt for tidlig fødte barnet kan forvente å ha fremover, erfarer helsesøstrene Sonja og Matilde at det ikke skjer når de møter barnesykepleier på Nyfødt intensiv avdelingen. De erfarer at

barnesykepleierne gir en kort muntlig informasjonen om hva barnet og til dels foreldrene har vært gjennom, og kort om hvor barnet er ernæringsmessig:

”..det var mest hvordan det var med henne, hva hun ville trenge av medisiner når hun kom hjem....og fysisk hvor langt hun var kommet...”(Sonja). ” ... det var veldig kort hva de sa til meg om familien og om barnet...” (Matilde).

Sonja og Matilde erfarer kommunikasjonen mellom dem og barnesykepleierne som en informasjon der de lytter til hva barnesykepleierne forteller om barnets historie. Litt om ”det som har vært” og litt om det som er ” her og nå”. Noe som er nærliggende barnesykepleier Lise`s beskrivelse av hvordan helsesøster tas imot på Nyfødt intensiv avdelingen. Sonja og Matilde legger vekt på at det gir dem begrenset mulighet for å kunne benytte seg av sin kompetanse i kommunikasjonen med barnesykepleierne. Matilde formidler undring over at ikke barnesykepleierne tenker over hvilken unik mulighet de har i forhold til å bli kjent med barnet og familien, og hvordan det kan sikre en kontinuitet i oppfølgingen om hun som helsesøster fikk ta mer del i denne kjennskapen. Hun refererer til barnesykepleier når hun sier:

”..at de ikke tenker at disse barnene og foreldrene...de har vært hos oss i to...tre måneder ...de har jo virkelig lært dem å kjenne...så man går glipp av veldig mye verdifull informasjon for å ha en god kontinuitet...for den som skal overta...være primærkontakt i dette...”

Helsesøstrene er interessert i økt kunnskap, men erfarer samtidig at barnesykepleierne vektlegger sin forståelse av hva det for tidlig fødte barnet og foreldrene har behov for. Og at de ikke tar hensyn til den praksis helsesøstrene utøver. Helsesøster Sonja har flere erfaringer hun viser til når hun omtaler barnesykepleiernes manglende forståelse. Hun erfarer at barnesykepleierne har manglende kunnskaper om hvordan helsesøster arbeider, og hva kommunen kan tilby det for tidlig fødte barnet og foreldrene. Hun viser til enkelte overflytningsrapporter skrevet av personalet på Nyfødt intensiv avdelingen når hun sier:

”Mange ganger så opplever jeg at dem (barnesykepleierne) kanskje har for store tanker om hva vi skal kunne gjøre når foreldrene kommer hjem.. (ler).At de har lagt lista, ikke sant.. at de vil ha behov for det og det og det... Å det må dere ordne.... Gjerne med en gang. Men vi ser det kanskje på en annen måte. F. eks PPT.... er det nødvendig for dem å komme allerede andre uka etter at de er kommet hjem.... det er kanskje behov for dem om ett eller to år...”

Hun sier videre:

"..vi ser det kanskje på en annen måte....mange(barnesykepleierne) kunne ha trengt å vite litt mer om hva kommunen har å tilby....Og om det er nødvendig for barnet så tenker jeg at vi møtes både foreldrene, de fra avdelingen og helsesøstrene slik at vi kan planlegge sammen... slik at de ikke kommer med sin liste over at dette har vi funnet ut at ungen har behov for. Men så ser vi det på en helt annen måte..."

Sonja mener helsesøstrene og barnesykepleierne skulle fått til å "være litt mer felles", og hun viser til hvordan helsesøster og barnesykepleier sammen kunne vurdere det fortidlig fødte barnet. Hun tenker ved at de sammen danner seg et utgangspunkt for de behov barnet og foreldrene har ved utreise, muliggjøres en felles planlegging for videre oppfølging. For å kunne gi barnesykepleierne større forståelse for deres arbeid, foreslår Sonja at barnesykepleierne kanskje kunne ha "hospitert" litt hos dem. Hun forteller om egen erfaring fra sitt første møte med helsesøstertjenesten etter å ha jobbet på en Nyfødt intensiv avdeling en periode:

"..når jeg begynte på helsesøsterutdanningen, hvor lite jeg visste hva helsesøstrene gjør..(ler)..jeg hadde jo ikke snøring..ikke sant.[...].jeg tenker at de (barnesykepleierne) kunne ha trengt å vite litt mer om hva kommunen har å tilby...jeg vet ikke om de kunne ha hospitert litt hos oss..."

Hun viser også til hvordan hun, sammen med flere andre helsesøstre i hennes kommune, har deltatt på undervisning ved en Nyfødt intensiv avdeling. Hun erfarer at undervisningen ikke er fremstilt til dem på en måte som berører deres måte å jobbe på, og at den bærer preg av at barnesykepleierne har liten forståelse for deres praksis.

"..Vi har vært på utallige foredrag om prosjektet, hva de gjør og det med brachelton og resultatene...for å lære oss...altså jeg tenker at det er greit å vite om slike ting, men det er der og da, det er ikke noe vi styrer med utenfor sykehuset sine fire vegger... Så det syns jeg.... Men det er greit å vite om hva de gjør og hva som gjøres på avdelingen av sånne ting. Men jeg synes at det er der og da..... så får vi ta det litt videre..."¹⁷

¹⁷ Brachelton er en test opplærte (autoriserte) barnesykepleiere utfører til snart utskrivningsklare barn der motorikk, reflekser med mer undersøkes.

8.2.3 Ønske om dialog

Helsesøstrene Sonja og Matilde har klare tanker om hva de har behov for å vite mer om i forhold til det for tidlig fødte barnet og foreldrene. De beskriver både de skriftlige sykepleierapporter de får tilsendt Helsestasjonen, og møtet på Nyfødt intensiv avdelingen når de viser til at behovene ikke blir møtt på en tilfredsstillende måte. Sonja forteller at innholdet i sykepleierapportene har blitt diskutert blant helsesøstre i hennes kommune. Hun viser til at de ofte bare beskriver det fortidlig fødte barnet som *”fullammende og utskrevet”*, mens de er opptatt av *”samspillet og hvor trygge foreldrene er”*. Også Matilde er opptatt av viktigheten av å vite mer om foreldrenes erfaringer og behov, da hun er opptatt av at samspillet mellom foreldrene og barnet er en viktig forutsetning for barnets utvikling:

”..jeg tenker at foreldrene er sårbare for stress..en må ha fokus på hva foreldrene har opplevd.....foreldrene skal jo gi barnet alt,...viktig å ikke isolere barnets behov, men se helheten..[..].de er sånn en symbiose som er avhengig av hverandre..”

Både Matilde og Sonja vektlegger at det er viktig å møte barnesykepleierne for å kunne ha en avklarende dialog. Sonja sier det slik:

”..jeg synes det er kjempeviktig å ha et møte der (på avdelingen)...det kan stå lite eller mye i en rapport, men det kan ikke utfylle det å treffes å ha en kommunikasjon der...det tenker jeg er kjempeviktig...”

Det kan tyde på at samarbeidet ikke svarer til forventningene, når de viser til at de fikk en informasjon av barnesykepleieren om det fysiske hos det for tidlig fødte barnet og hva det hadde vært gjennom. Som nevnt tidligere erfarer helsesøster Matilde det som vanskelig å skulle være en støtte for foreldrene, om hun ikke har kunnskap om det for tidlig fødte barnet og foreldrenes utfordringer og behov. Hun er også interessert i hvilke signaler det for tidlig fødte barnet gir, for at hun skal kunne vurdere barnet bedre ved senere kontroller på Helsestasjonen. Hun mener det kunne vært mulig å ha en dialog, for eksempel om hvordan det for tidlig fødte barnet hikker og blir marmorert dersom det blir slitent og stresset. Og sier at det er avhengig av at barnesykepleierne er sammen med henne, foreldrene og barnet en del av tiden:

”..hvis barnet var på plass mentalt og var litt våkent...at de (barnesykepleierne) kunne ha tatt oss inn der på rommet og vist oss i praksis..hva er det vi skal se etter, hva forteller disse signalene deg...[..].. en trenger ikke gå sånn i detalj, men litt om de signalene barnet gir.. ”.

Hun viser til at barnesykepleierne kunne vært sammen med dem og gjort dem mer oppmerksomme på hva som er det spesielle for det for tidlig fødte barnet. Denne kunnskapen viser hun til ikke kan læres ved å lese teori, eller fortelles uten å se og samtale. Det er spennende hvordan hun viser til mulighetene for å videreføre praktisk kunnskap gjennom dialog og blikk, men belyses ikke nærmere da det faller utenfor denne studiens fokus. Det som også er interessant er at barnesykepleier Mia ser mulighetene for en dialog.

Hun sier:

”..når de (barnet og foreldrene) skal reise hjem...der jeg har hatt kontakt med helsesøster, der hun har vært tilstede så føler jeg meg tryggere på at..at man har en dialog i ettertid..der man skjønner... ”.

Mia gir uttrykk for at om hun skal kunne gjøre en god jobb som veileder og rådgiver for helsesøster, må hun ha trygghet for at de forstår hverandre og hva de snakker om. Med andre ord kan det tyde på at hun har behov for sikkerhet for at hun gir faglig forsvarlig veiledning og råd. Det kan tyde på at barnesykepleier og helsesøster ønsker et nærmere samarbeid, der dialogen er mer fremtredende. Men at bevisstgjøring og noen organisatoriske rammer er nødvendig for gjennomførelse av samarbeidet, noe jeg kommer nærmere inn på senere i oppgaven.

8.2.4 Kulturelt betinget formidling

I min studie ser det ut til at det meste av kommunikasjonen mellom barnesykepleierne og helsesøstrene skjer i form av enveis kommunikasjon, der barnesykepleierne fortrinnsvis formidler sin kunnskap og forståelse via foreldrene. Thornquist (2009) henviser til Rommetveits definisjon av informasjon når hun skriver om enveis kommunikasjon:

” I en slik kommunikasjonsakt er det også en entydig rollefordeling: Den eine har til intensjon å gjere noko kjent, den andre går ut frå det og har til oppgåve å få del i noko berre den andre kan yta ” (Thornquist, 2009: 21).

Barnesykepleierne viser som nevnt til at de nettopp har til intensjon å gjøre helsesøstrene kjent med det ekstremt for tidlig fødte barnets historie gjennom formidling, og som omtalt i tidligere drøfting ved at helsesøstrene snakker med foreldrene og “*ser*” avdelingen (punkt 8.1.1 og 8.1.2). Det tyder på at de velger å benytte den makt de besitter i form av kunnskap til å få helsesøstrene til å forstå deres oppfatning av hva som er viktig. I lys av Foucaults perspektiv på makt kan det se ut som at barnesykepleierne gjør et forsøk på disiplinering, ved at helsesøstrene skal disiplineres til å få en forståelse lik deres egen. Ved å vektlegge sin kunnskap og forståelse kan det virke som om de stenger for å motta kunnskap selv, og også for kunnskapsutveksling.

Når barnesykepleierne velger denne formen for kommunikasjon, kan det forstås ut fra den profesjonskultur barnesykepleierne utdannes og formes inn i, og den praksis de er utøvere av. Sett ut fra Foucaults maktperspektiv er helsesøstrene og barnesykepleierne som profesjoner disiplinert til å utøve sitt beste innenfor den diskurs de er en del av gjennom utdanning, retningslinjene, veilederne og lovene som staten har utarbeidet for utøvelsen av deres yrker. Kåre Heggen (2008) viser til at profesjonskvalifiseringen for mange faller sammen med den livsfasen som er viktigst i forhold til identitetsdannelse, nemlig i overgangen fra ungdom til voksen. Ved at en utdanner seg til helsesøster eller barnesykepleier, kvalifiseres en ikke bare til å lære kunnskaper og ferdigheter. Det handler like mye om å identifisere seg selv innenfor et yrkesfelt og en profesjon. Espen Schaanning (1999) viser til Foucault når han beskriver hvordan perspektivet på makt og disiplin kan handle om at en utøver makt over seg selv. En makt i form av selvdisciplin der en bearbeider seg selv for å finne ut både hvem man selv er, og hvem man er i forhold til andre. I et slikt lys vil barnesykepleierne og helsesøstrene la seg forme for å vinne anerkjennelse, og for å finne sin plass innenfor den organisasjon, fagtradisjon og profesjon de representerer. Det handler om å mestre den jobben de er satt til å gjøre innenfor et fagfellesskap, ved at de handler fornuftig ut fra det som er forventet. For å kunne bli en del av diskursen, formes helsesøster og barnesykepleierne i forhold til de reglene som er knyttet til en praksis ved hvordan de snakker, tenker, skriver, formidler kunnskap videre osv. til den blir en del av en selv. Det handler om kunnskapen, hvordan den utøves og formidles og hvordan den blir felles innenfor kulturelle fellesskap.

Ved å se på den kulturen barnesykepleierne er en del av, får vi en bedre forståelse for de valg som ligger bak ønsket om å informere og formidle sin kunnskap til helsesøster. Ved at barnesykepleierne har sitt virke i spesialisthelsetjenesten, innehar de høy anerkjennelse for sin kunnskap både i befolkningen generelt og blant de ulike profesjonene i kommunehelsetjenesten. Både Sonja og Matilde viser til: “..de er spesialistene på for tidlig fødte barn...” og Matilde viser også til lovverket. Spesialist helsetjenesteloven § 6-3 viser nettopp til at spesialisthelsetjenesten “..skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger...”. Loven legger sterke føringer for at barnesykepleierne skal være formidlerne av kunnskap når hun møter helsesøster. En lov, som det kan tyde på, er utarbeidet med bakgrunn i historiens utvikling av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten praksiser. Der spesialistene på sykehus og institusjoner er ekspertene, som skal videreføre kunnskapen ut til fagfolk i kommunehelsetjenesten.

8.2.5 Motstand gir frihet

Heggen (2008) viser til at identitetsarbeidet er ikke noe som opphører, men noe som skjer kontinuerlig gjennom livet. Gjennom å yte det Foucault omtaler som motstand, kan det være med på å påvirke identitetsarbeidet. Foucault viser til at der det er makt er det alltid motstand. Selv om helsesøstrene i min studie er oppriktig opptatt av at de ønsker økt kunnskap, gir de også sterkt uttrykk for en motstand mot hvordan barnesykepleierne velger å formidle sin kunnskap og kompetanse. Sonja benytter ord som at de skal “*lære oss opp*”, og begge erfarer at de får “*en informasjon*”. Motstanden viser seg i de erfaringer de har gjort seg i møtet, og tanker i etterkant om endringer. Men selv om de ikke er fornøyde, gir de ikke inntrykk av at de har tatt denne motstanden opp med barnesykepleierne eller avdelingsledelsen verken når de var på Nyfødt intensiv avdelingen eller i etterkant. Thornquist (2009) viser til en regel som sjelden brytes og som kan gi oss en større forståelse for hvorfor helsesøstrene ikke viser sine behov og sin motstand når de kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Hun viser til at den som har den høyeste sosiale posisjonen bestemmer graden av tilgjengelighet og nærhet (Thornquist, 2009: 359). Helsesøster er den som kommer til barnesykepleiers arbeidsplass. For barnesykepleierne symboliserer avdelingen det trygge og kjente, mens for helsesøster symboliserer den noe ukjent og utrygt. Ved at det ikke er lagt noen føringer for møtet kan det tyde på at helsesøstrene er

usikker på hva som møter dem og hva som forventes av dem. Med det kan en forstå at de er avventende, og lar barnesykepleierne lede innholdet i samarbeidet. Lauvås og Lauvås (2004) viser nettopp til at det ikke alltid er den som står i en maktposisjon som gir seg selv ansvaret for samarbeidet, det kan også tildeles av den som ikke står i en maktposisjon.

Med tanke på de funn og drøftinger som er presentert, tyder det på at det er et sterkt asymmetrisk maktforhold mellom barnesykepleierne og helsesøstrene i min studie. Barnesykepleierne ser ut til å være i en maktposisjon, og det er de som legger føringene for hva som skjer når helsesøstrene kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Helsesøster Matilde viser det tydelig når hun omtaler møtet som: ”.. mer et besøk til mor og det ekstremt for tidlig fødte barnet...”. Men det som er verd å merke seg er at også barnesykepleier Mia yter motstand mot den etablerte pleiekulturen. Hun er opptatt av at et møte finner sted mellom henne og helsesøster, da hun har behov for å kunne etablere en felles forståelse med helsesøster i forhold til den kunnskapen som hun erfarer ikke kan skrives ned eller formidles i ord uten tilstedeværelse. Hun forklarer dette ut fra et mye brukt begrep på Nyfødt intensiv avdelingen, og som hun viser til kan ha mange ulike betydninger:

“..hva er kapasitet? Hva er det å ha kapasitet?...og hva skal man ha kapasitet til...Om helsesøstrene ringer og spør om ting, så må man vite at man snakker om de samme tingene når det gjelder blikkontakt, hvordan de ter seg i kroppen, hva de gjør og hvordan de puste...Altså, så er det vanskelig å samtale i etterkant om de tingene hvis man på en måte ikke har snakket om det før...for kapasitet kan være så mye...hvis du på en måte ikke har de samme referansepunktene, så er det vanskelig å snakke i ettertid...”

Ved at Mia har en forståelse som viser motstand til den etablerte praksis, viser hun til en felles forståelse med helsesøstrene for hvorfor det er viktig å møtes. Helsesøster Sonja viser til: “..hva er for så vidt en cpap?”. Hun gir uttrykk for at helsesøstrene ikke har kjennskap til det medisinske språket som benyttes av barnesykepleierne. Ord som for barnesykepleierne rommer stor forståelse gir hos helsesøster Matilde ingen eller liten betydning. Hun viser til: “Hva ligger i begrepet Nidcap...hva skal man se etter når man ikke vet?”. Når Orvik (2004) viser til semiotisk teori der samhandlingsproblemer kan skyldes kulturelle forskjeller like mye som faktiske misforståelser, er det nærliggende til den forståelsen Mia, Sonja og Matilde her viser til. Ved å gjøre avklaringer rundt forståelsen av ordet ”kapasitet”, gjenstanden ”Cpap” og handlingene som ligger i

begrepet *"Nidcap"* (tegnene), kan en skape en felles forståelse (en kode) som gir mulighet for å kunne utvikle kunnskap og kompetanse.

Det Foucault beskriver som å yte motstand kan omtales som motsetninger, forskjeller og ulike syn. Ulike perspektiver og kunnskap ses nettopp på som en forutsetning for å skape et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2007; Lauvås & Lauvås, 2004). De store gevinstene i form av ny kunnskap og forståelse ligger nettopp i motstanden og motsetningene, men samtidig vises det til store utfordringer ved samarbeid på tvers av profesjonelle grenser og tradisjoner. (Glavin & Erdal, 2007; Lauvås & Lauvås, 2004). Utfordringene viser seg tydelig i mitt materiale, der *"helsesøstrene gir uttrykk for at barnesykepleierne ikke har forståelse for deres syn"*. Mens barnesykepleierne erfarer at *"helsesøstrene spør om ting foreldrene kunne svart på"*.

8.2.6 Kunnskap, makt og samarbeid

Thornquist (2009) viser til at kommunikasjon og reelt samarbeid forutsetter at begge partenes erfaringer og kunnskaper aktiveres. For å kunne samarbeide må det være en gjensidig respekt for hverandres ulikheter og faglighet. Å vise respekt betyr å ta den andre på alvor og vise ydmykhet for den andres kompetanse og arbeidssituasjon. Den form for samarbeid som helsesøstrene og barnesykepleierne i min studie utøver, virker til å være det Lauvås og Lauvås (2004) omtaler som et *"monosamarbeid"* som til forveksling kan forstås som et tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004: 46). Barnesykepleierne og helsesøstrene har en positiv innstilling til det å møtes, men deres kontakt begrenser seg til å være en uformell kontakt. De har hver sin innfallsvinkel og kunnskap når de møtes på Nyfødt intensiv avdelingen, og samtaler ikke med foreldrene sammen, men parallelt. Thornquist (2009) er opptatt av at vi må stille oss spørsmål om hvem partene skal være for hverandre og om *"hvem som skal lære av hvem"* (Thornquist, 2009: 154). Her kan vi stille spørsmål ved hva et samarbeid mellom helsesøstrene og barnesykepleierne innebærer. Om en skal kunne yte det beste for det for tidlig fødte barnet og familien, må en ha en dialog der partene lytter til hverandre og bygger på hverandres erfaring og kunnskapsverdener. Thornquist (2009) viser til at den som har mest makt har størst ansvar for hva som skapes når en møtes. Den som er i en maktposisjon kan neglisjere den andre, men ikke omvendt

(Thornquist, 2009: 30). Sett ut fra Foucaults perspektiv på makt og kunnskap er det barnesykepleierne som er i en maktposisjon i min studie. Mine barnesykepleieinformanter virker ikke å være bevisst hvordan helsesøstrene erfarer det å møte dem, og hvilken makt det ligger i relasjonen mellom dem. Det kan tyde på at barnesykepleierne bør bevisstgjøre seg sin makt i relasjon til helsesøstrene når de kommer til Nyfødt intensiv avdelingen. Ved selv å holde litt tilbake og være bevisst sin makt, kan de gi helsesøstrene rom for deltagelse. Samtidig åpner de opp for seg selv for å kunne motta kunnskap.

Foucault (1999b) omtaler den kompetansen som skapes innenfor et fagfelleskap for viten. En "kompetanse" som peker på et felt som er uløselig knyttet til den praksisformen der kunnskapen erverves, hvor den utøves og som kan ses som felles for den diskurs en er en del av. Han ser kunnskap som ideer, teorier, noe en forestiller seg, man hører og lærer om, men som ikke er gjort felles, gjort til viten innen en diskurs. Men samtidig får våre handlinger sin identitet gjennom sosiale arbeidsfelleskap. Så ny kunnskap kan gjøres felles og integreres inn i et praksisfelleskap ved at kunnskap registreres, dokumenteres, snakkes om, utøves slik at den blir en del av en viten (en kompetanse) innen en diskurs. En annen filosof som også omtaler hvordan kunnskap kan gjøres felles og bli en del av en praksis, er Bengt Molander (1996). Han viser til at ved at vi samtaler, diskuterer og reflekterer over våre erfaringer, skapes felles bedømmelser i en felles praksis. Han sier videre at ved at kunnskapen er gjort felles kan den ikke gjøres til individuelle egenskaper eller oppfatninger. Den individuelle kunnskapen blir integrert som en felles kompetanse innen den fagkultur en er del av. Når helsesøstrene Matilde sier at hun ønsker kunnskap, så kan det være for å få noen ideer for hva hun bør være oppmerksom på i forhold til utvikling og reaksjonsmønster hos det for tidlig fødte barnet. Som hun så kan benytte sammen med den kompetansen hun har i forhold til friske barn og samspillveiledning. Matilde sier det slik:

"...hvordan skal vi tolke signalene til så umodne barn...hva vil det si at dem ligger der og gjesper..hva er det de formidler..hvordan skal vi hjelpe foreldrene videre i tolkningen av disse signalene....jeg vil forstå bedre hva de har fått, og jeg vil forstå mer av hva sykehuset som er spesialister på dette vektlegger."

Matilde tydeliggjør her hvem hun ser på som spesialistene og hvem som har kompetansen på for tidlig fødte barn. Samtidig er både Matilde og Sonja klar på at de har en supplerende

kompetanse som kan være en hjelp og støtte for det for tidlig fødte barnet og foreldrene i deres møte med det kommunale hjelpesystemet. Ved å ta del i barnesykepleiernes kompetanse, ser det ut som om helsesøstrene ønsker å integrere den nye kunnskapen sammen med sin egen kompetanse. Helsesøstrene gir uttrykk for at økt forståelse og kunnskap kan gi det for tidlig fødte barnet og familien en bedre kontinuitet og helhetlig oppfølging. Helsesøster Matilde forteller hvordan hun har videreformidlet sin kunnskap og skapt interesse for feltet i hjemkommunen. I følge henne har det ført til et tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstertjenesten, barnehagen, fysioterapeut, PPT der de sammen har skaffet seg en felles kompetanse på oppfølgingen av for tidlig fødte barn og foreldre i kommunen.

8.3 Ulikhetene forstått i lys av historien

Med inspirasjon av Foucault vil jeg i dette avsnittet gå tilbake i historien og beskrive de føringene helsesøstrene og barnesykepleierne bygger sin forståelse og praksisutøvelse på i dag. Jeg tenker at ved at jeg gjør en ytterligere fortolkning av materialet vil det kunne gi en større forståelse for ulikhetene og erfaringene som viser seg mellom helsesøstrene og barnesykepleierne i min studie. Noe som virker til å vanskeliggjøre et samarbeid mellom dem.

8.3.1 To parallelle retninger

Foucault (1999a, 2000) beskriver i bøkene *“Klinikkens fødsel”* og *“Overvåkning og straff”* hvordan den moderne medisinen vokste frem, og hvordan den skjøt fart fra midten av 1800 tallet.¹⁸ Han beskriver fremveksten av institusjonene og hvordan medisinen ble vitenskapliggjort ved at sykdomsfremkallende prosesser ble avslørt. Hospitalene endret karakter fra oppbevaring til behandlings steder der gangkonene ble erstattet av leger. Fremveksten av sykepleien vokste frem i takt med en økt vitenskapliggjøring av medisinen, der legene hadde behov for assistenter (Berg, 1987: 38). Foucault viser til hvordan institusjonaliseringen av den syke gjorde det mulig for legen og etter hvert

¹⁸ I forbindelse med den franske og den engelske revolusjon.

sykepleieren, å ha kontroll over pasienten. Ved institusjonene ble pasientene fulgt med et overvåkende blikk.¹⁹ Blikket kontrollerte, observerte og sammenlignet, noe som ga detaljert innsikt og spesiell kunnskap om den enkelte pasienten.

Skal en se barnesykepleierne på Nyfødt intensiv avdelingen i lys av historien, vokste behovet for spesialisering til barnesykepleierne frem av den medisinske og teknologiske utviklingen som fant sted innenfor nyfødt medisinen. I løpet av de siste tiår, har det blitt reddet stadig mindre og dårligere barn. Noe som er gjort mulig ved hjelp av naturvitenskaplig forskning, utvikling og bruk av tekniske hjelpemidler og medisiner (Bratlid & Nordermoen, 2010). Sykehusene startet selv videreutdanningen av sykepleiere for å kunne imøtekomme Nyfødt intensiv avdelingens behov for kvalifisert og spesialisert personale. Fra rundt 1970 ble flere spesialist utdanninger for sykepleiere opprettet på sykehusene rundt om i landet, for å imøtekomme spesialisthelsetjenestens behov (Berg, 1987).

Torunn Hamran (2004) viser til hvordan pleiarbeidet kan være underlagt medisinen teknologiske utvikling og spesialisering. I lys av historien kan en bedre forstå hvordan barnesykepleierne er sterkt påvirket av den naturvitenskaplige tenkning, med fokus på det å mestre det tekniske og medisinske. Både gjennom litteratur, egen erfaring og barnesykepleier Mias utsagn blir det bekreftet at det de siste 5-10 årene har skjedd en dreining mot en mer individrettet pleie av det for tidlig fødte barnet. Der økt fokus på foreldre og viktigheten av et godt samspill mellom foreldre og det for tidlig fødte barnet for å bedre dets utvikling vektlegges (Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006; Ravn, 2009). Min erfaring fra Nyfødt intensiv avdelingen, er at måten en tidligere pleiemessige forholdt seg til det for tidlig fødte barnet i utførelsen av stell og prosedyrer, i størst grad var preget av behovet for observasjon og medisinsk behandling. Eksempel på det var at barnet hver tredje time fikk ny bleie, med påfølgende leieendring og morsmelk. Røntgenbilder, blodprøver og ultralyder ble utført når det passet personale, og var i liten grad tilpasset det for tidlig fødte barnets behov for hvile. Foreldrene deltok i mindre grad ved stell og pleie av barnet. Med andre ord kan en si at pleien og veiledningen i liten grad var tilrettelagt det individuelle barnet og foreldrene behov. Også Berg (1987) viser til hvordan sykepleien i

¹⁹ Foucault benyttet fengselet, skolen og klinikken i sine analyser.

betydelig grad ble drevet frem av den medisinske tekniske utviklingen. Barnesykepleier Mia`s fokus på familien og det for tidlig fødte barnet`s fremtid, kan tyde på at en endring av en sterk kultur og fagtradisjon som har sine røtter langt tilbake er på gang.

Inger Pauline Landsem (2007) har gjort en studie der hun viser til hvordan hennes informanter beskriver en spenning mellom faggruppene i feltet, i forhold til innføringen av en pleie og utviklingstilpasset omsorgstenkning etter Nidcap modellen (Jfr.s 1). Og hvordan den ble møtt med skepsis i medisinske miljøer da intervensjonene hadde vært for dårlig vitenskaplig legitimert i forhold til påvisbare positive effekter på barnets utvikling (Landsem, 2007: 92-93). Foucault ville kanskje ha kalt endringen som er på gang et paradigmeskifte innenfor den vitenskapsbaserte kliniske medisinen. Der økt fokus på det individuelle barnet, og foreldrenes behov for støtte er av stor betydning for utviklingen, og må sidestilles med medisinsk behandling. Et skifte i fornuften for hva som er normalt, og som gir ny kunnskap. Men fortsatt jobber barnesykepleierne nært det for tidlig fødte barnet og har sitt fokus mot å behandle barnet og støtte foreldrene i den situasjonen de er i her og nå. Barnesykepleier Mia sier det slik:

”..det er det som er basisen,..man vil jobbe nært familien. Det er det vi jobber etter. Man kan gjerne forske så mye man vil, men det viktigste er den nærheten vi har til familien, at man har mulighet til et godt samarbeid”.

Også helsesøster Sonja viser til en forståelse for muligheten barnesykepleierne har til å samle detaljert kunnskap. Ikke bare en kunnskap om det for tidlig fødte barnet, men også om familien og forholdt rundt dem ved at de er inneliggende på Nyfødt intensiv avdelingen. *”..avdeling er et lukket lite samfunn...ja der alle skal vite alt om deg og din familie”.*

Parallelt med utviklingen av den vitenskapsbaserte kliniske medisinen vokste sosialmedisinen frem. Dens rolle var å etablere det gode samfunn gjennom å forebygge snarere enn å helbrede (Gjernes & Måseide, 2008). Smittsomme sykdommer som tuberkulose og tyfus rammet personer i alle aldre hardt rundt århundreskiftet. Helsesøstertjenesten som profesjon vokste frem i lys av denne utviklingen. Hennes gjerning ble bygd på den vitenskapsbaserte medisinen, ved at hun skulle drive forebygging og helsefremmende aktivitet i form av vaksinerings, screening, helseopplysning i forhold til

hygiene, ernæring med mer (Berg, 1987). I lys av Foucaults analyser kan en med andre ord si at helsesøstrene med blikket fulgte befolkningsgrupper, hun kontrollerte og overvåket den friske befolkningen. Noe som skaffer kompetanse på normalitet og gjør at det mulig å se avvik blant befolkningsgrupper. Sett med Foucaults øyne representerer sosialmedisinen en disiplin som ble utviklet av staten for å overvåke og kontrollere befolkningen. Statens interesse er å holde befolkningen friske slik at produksjon og reproduksjon opprettholdes (Gjernes & Måseide, 2008). Med årene har helsesøstertjenesten endret seg og tilpasset seg samfunnets behov som uttrykkes gjennom at helsesøstertjenesten er regulert av en rekke lover, retningslinjer og veiledere i sitt arbeid. En kan si at hun er statens forlengede arm innenfor helsefremmende og forebyggende virksomhet. Noe som hos Foucault omtales som *governmentality*, et system for regulering og kontroll av befolkningen gjennom statlige ordninger. Hun gjennomfører vaksinasjonsprogrammet som skal tilbys alle barn, og hun utfører screeninger av f.eks hørsel, syn og språk på alle førskolebarn (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Noe Foucault omtaler som bio-politikk, en synlig disiplinering av barnene. Samtidig skal alle barn og foreldre få tilbud om helsekontroller, der helsesøster driver veiledning blant annet i forhold til ernæring, søvn og med stor vekt på samspill mellom barnet og foreldrene (Misvær & Oftedal, 2002). Hun er med andre ord med på å legge føringer for hva foreldrene skal erfare som normalt, for så å ta det til seg som sitt eget. En selvdisciplinering av foreldrene som Foucault omtaler som kroppspolitikken

Å være ekstremt for tidlig født er som nevnt forbundet med stor risiko for senskader. Det ikke bare i foreldrenes interesse å ønske det beste for sitt barn. Som nevnt viser Gjernes og Måseide (2008) til Foucault, og hvordan han viser til at staten har stor interesse i å forebygge og avdekke risiko tidlig med hensyn på økonomi, produksjon og reproduksjon. Mine helsesøsterinformanter gir uttrykk for at de følger det for tidlig fødte barnet og foreldrene opp ved hjemmebesøk og helsestasjonsbesøk. Gjennom å være oppmerksom på deres behov, er de en støtte for foreldre og barn. De koordinerer og henviser til andre instanser som PPT, fysioterapi med mer ved behov. Helsesøstrene Sonja legger vekt på at hun skal *"kartlegge og henvise"* og helsesøstrene Matilde er opptatt av og *"få flere tjenester med oss, vi har danna ansvarsgrupper rundt barna"*. Helsesøstrene gir uttrykk for at de jobber mye tverrfaglig med andre profesjoner og fagutøvere i kommunen, og viser til

at familiens hus er under utvikling i kommunene.²⁰ Familiens hus kan ses på som et statlig tiltak for å bedre samhandling mellom tjenester i kommunen for og gi et helhetlig tilbud til barn og familier.

Helsesøstrene har med andre ord en kultur og fagtradisjon som ligger like langt tilbake som barnesykepleiernes, men de har historisk gått i to ulike retninger. Barnesykepleierne har fokus på og benytter blikket for å se detaljene hos det enkelte for tidlig fødte barnet, som hun jobber tett ved innenfor en institusjon. Det gjør hun fordi det ekstremt for tidlig fødte barnet er avhengig av hjelp for å overleve, og må overvåkes med tanke på den medisinske behandlingen det har behov for. Noe som gir henne detaljert kunnskap om det spesielle med det å være for tidlig født og hva det innebærer for foreldrene og familien.

Helsesøstrene har fokus på og benytter blikket for å få øye på risiko og avvik, slik at hun kan sette inn forebyggende tiltak. Hun har kompetanse på hva som er normalt ved at hun har overblikk over den friske befolkningsgruppen, samtidig som hun er kjent med systemet hvor hun kan henvise når hun vurderer noen til å være i risikogruppen. Sonja og Matilde viser til at de samarbeider tett med andre faggrupper i kommunen. Med det kan vi bedre forstå hvorfor Sonja og Matilde synes de det er greit å få vite om det som har vært, men har størst fokus på det spesielle hos det for tidlig fødte barnet og foreldrene. Som nevnt forventer og ønsker de mer om samspillet mellom foreldre og barnet, da deres redskap for handling er å se hva som kan komme og være i forkant. Barnesykepleierne derimot er opptatt av det som skjer her og nå. Blikket er rettet på detaljene, da de nyttiggjør seg denne kompetansen under behandlingen og oppfølgingen av det for tidlig fødte barnet på avdelingen.

8.3.2 Bevisstgjøring

Terum (2006) viser til at den profesjonelle utøver bør kunne ha et *"outsideblikk"* på sin profesjon, og den aktiviteten de utøver. Nettopp ved å klare det, kan det spesifikke for den profesjon du tilhører overskrides. For helsesøstrene og barnesykepleierne dreier det seg her om å kunne betrakte seg selv og den fagtradisjonen de er del av med et blikk utenfra.

²⁰ Familiens hus er et tverrfaglig lavterskeltilbud som er basert på det kommunale tjenestesystem og skal være med på å gi et samordnet og godt tverrfaglig tilbud til barn, unge og deres familier. Samarbeidsparter kan være helsestasjon, PPT, sosialtjeneste, barnevern med flere.

Foucault ville gjerne benyttet begrepet diskurs (jfr side 66). Det tyder i min studie på at helsesøstrene og barnesykepleierne ved å bli mer bevisste omkring dette, kan oppnå større forståelse for hverandre. Det kan få dem til å se samspillet mellom det spesifikke for deres utøvelse av yrke, og det profesjonsgenerelle. Det profesjonsgenerelle innebærer her et samarbeid mellom helsesøster og barnesykepleier, der felles utveksling av kunnskap, vil kunne gi det for tidlig fødte barnet og foreldrene kontinuitet i overflytningen fra Nyfødt intensiv avdelingen til hjemmet.

Lauvås og Lauvås (2004) viser til at for å kunne erverve oss kunnskap i et tverrfaglig samarbeid, må vi frembringe en felles forståelse eller ta med oss en tverrfaglig innsikt inn i selve møtet. I mitt materiale tyder det på, som beskrevet tidligere, at helsesøstrene og barnesykepleierne har forholdsvis liten kjennskap og forståelse for hverandres praksis. Med inspirasjon fra Foucault har jeg vist til den historiske utviklingen av helsesøstrene og barnesykepleierne som profesjoner, for bedre å forstå hva som kan ligge til grunn for ulikhetene. Føringene for helsesøstrene og barnesykepleierens kompetanse ligger i den kultur og tradisjon de er en del av, den diskurs de er en del av. Det er velkjent innen hermeneutikken at de verdier vi omgir oss med, for eksempel hvordan barnesykepleierne forholder seg til helsesøster når hun kommer til avdelingen, ofte blir tatt for gitt. Vi er sjelden bevisste på at de styrer våre handlinger og at de er med på å gjøre våre handlinger forståelige og meningsfulle for oss (Thornquist, 2003). Når helsesøstrene og barnesykepleierne møtes kan det i mitt materiale tyde på at de ikke har et bevisst forholdt til egne holdninger. Sonja viste til at barnesykepleierne:

”... de er veldig positive til...de veldig positive til samarbeid, det er jo ikke ...at de sier..nei vi sende nå bare en rapport, vi har ikke tid til å snakke med dere...det er ikke sånn..”.

Sonja virker til å ha vanskelig for å sette ord på hva som egentlig skjer når de møtes. Thornquist (2009) viser til at kommunikasjon er mer enn ord, det er blikk, kroppsholdning, lukt, toneleie m.m. Det å håndhilse og presentere seg for hverandre er et anliggende som vi som mennesker kulturelt deler, det er en kollektiv praksis. Dette er en bestemt handling som ikke er personlig eller privat, men kulturelt betinget og som kan ses på som symbolske handlinger (Thornquist, 2009: 185). Det kan tyde på at intensjonene for et samarbeid er tilsted. Men en bevissthet rundt egne holdninger og hvordan ulike fagtradisjoner påvirker

samarbeidet virker fraværende. Med tanke på at helsesøstrene og barnesykepleierne langt på vei har felles faglig etiske holdninger og helhetsforståelse i kraft av sin profesjon som sykepleiere, kan det tyde på at en bevisstgjøring av egen fagtradisjon og holdninger, er en forutsetning for å kunne samarbeide bedre.

8.4 Uklare ansvarsforhold

Alle mine informanter kjenner til de ”*Faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn*” (2007), der primærhelsetjenesten ved helsestasjonen spesielt gis hovedansvaret for oppfølgingen av det for tidlig fødte barnet og deres familie. Likevel gir Matilde, Sonja og Mia alle uttrykk for at de er usikker på hvem som tar, og hvem som har ansvar for å følge opp det for tidlig fødte barnet og familien. Ved hjelp av Foucaults maktperspektiv vil jeg belyse temaet, der barnesykepleierne og helsesøstrene virker til å gi uttrykk for å være del av den fagkultur de representerer. Jeg vil videre belyse deres erfaringer, og tanker om hvem som har ansvar for oppfølgingen av det for tidlig fødte barnet og foreldrene. Og gi en fortolkning i forhold til de politiske føringer som foreligger for økt samhandling.

8.4.1 Jeg, de og vi

Når Mia under intervjuet forteller om erfaringer og tanker viser hun ofte til ”..*hvordan jeg tenker(...)* jeg ønsker...”. Barnesykepleierne Mia kjenner på en avmaktsfølelse ved at ingen tar ansvar og at det mangler et system som følger det for tidlig fødte barnet og familien opp på en god måte. Det kan tyde på at en endring, i forhold til den etablerte oppfatningen om å avslutte sitt ansvarsforhold etter behandling, er i ferd med å skje. Foucault ville betegne det som en motstand mot den etablerte maktrelasjonen som gir mulighet for nye kunnskapsformer. Han viser også til hvordan motstand oftest frembringes i vanskelige situasjoner, noe jeg har omtalt nærmere på side 57-59.

Helsesøstrene viser ikke til en enkelt barnesykepleier, men til ”*de*” og til ”*spesialisthelsetjenesten*” når de forteller om opplevelse av ansvarsfraskrivelse. De viser til det Foucault omtaler som ikke subjektiv maktforståelse. De retter kritikken mot

barnesykepleierne og spesialisthelsetjenesten som fagtradisjon og organisasjon. Som Matilde sier det *"det er ikke sikkert de ser det..."*. Helsesøstrene har en forståelse av at barnesykepleierne er opptatt av det som skjer inne på avdelingen, det som skjer her og nå. Som Sonja sier det: *"..de (barnesykepleierne) kunne blitt flinkere til å se fremover...selv om foreldrene er jo mye der og da, her og nå..."*. Med det virker det til at de retter kritikken mot makten slik den ytrer seg i et nettverk mellom barnesykepleierne, Nyfødt intensiv som avdeling og spesialisthelsetjenesten som organisasjon.

Fagmiljø, tradisjonene, kulturen, de organisatoriske systemer som spesialisthelsetjenesten og helsestasjonsvirksomheten utgjør er med på å danne den horisonten som barnesykepleierne og helsesøstrene forstår ut fra, når de definerer sitt ansvar i forhold til det for tidlig fødte barnet og familien. Alle er vi bærere av en rekke for- dommer (forforståelser jfr s.27) som er med på å prege våre oppfatninger og fagforståelse (Gadamer, 2003; Thornquist, 2003). Foucault (1999a) viser til hvordan en bedre kan betegne en praksis tenkemåte ut fra rasjonell/fornuftig tenkning ved å se tilbake i historien på hvordan pleiekulturen og profesjonelle selv influeres og formes. Jeg har tidligere vist til barnesykepleier Lises erfaring, der det tyder på at det er lite fokus på helsesøstertjenesten i avdelingen. Hun betegner det som *"Vi har lite fokus..."*. Det tyder på at hun viser til en pleiekultur. Foucault ville ha omtalt det som at barnesykepleierne er disiplinert inn i de diskurser som de er en del av ved at de må forholde seg til regler som gjelder på Nyfødt intensiv avdelingen. Disse reglene viser seg som prosedyrer, rutiner, prioritering av tiden og den aktiviteten som foregår inne på avdelingen. Noe som omtales som en ytre disiplinering. Men den viser seg også som nevnt tidligere i en indre disiplinering ved egeninnsats, der en arbeider med egen personlighet for å utvikle gode egenskaper som verdsettes på avdelingen. Martinsen (2003) viser ved hjelp av Foucaults maktperspektiv til hvordan disiplin og selvdisciplin stod sentralt i Elisabeth Hagemans (1888- 1963) lærebok i etikk som ble benyttet i sykepleierutdanningen helt frem til 1965. Her skulle kvinner ved hjelp av disiplin og selvdisciplin læres opp til å bli gode sykepleiere der de måtte følge påbud, regler og etterstrebe nøyaktighet, orden og punktlighet.

".. Når en elev på den måten frivillig gir seg inn under det som vi med et ord kaller sykehusets disiplin, så skaper hun dermed sig selv de beste betingelser for at hennes arbeide skal lykkes..."(Hagemann, 2003: 92).

Disiplin som begrep blir gjerne lite benyttet i det daglige og ses gjerne som noe gammelmodig og negativt. Likevel er det aktuelt også hos dagens sykepleiere, men kanskje i en mer skjult form for selvdisiplinering.

8.4.2 “..spesialisthelsetjenesten har en jobb å gjøre...”

Mine helsesøsterinformanter gir uttrykk for maktesløshet, som viser seg i form av frustrasjon og oppgitthet overfor spesialisthelsetjenesten. Særlig Matilde erfarer dem som fraværende og ansvarsfraskrivende, og viser til retningslinjene som hun erfarer sier lite i forhold til spesialisthelsetjenestens ansvar. Matilde tenker at spesialisthelsetjenesten har en stor jobb å gjøre for å sikre oppfølgingen i forbindelse med, og etter utskrivelsen fra Nyfødt intensiv avdelingen:

”På en måte så er det en ny gruppe i verden, de premature. Det har skjedd utrolig mye med dem de siste seks årene... og veldig mye siden jeg var ferdig utdannet i 2000... Så jeg savner virkelig spesialisthelsetjenesten sitt ansvarsområde også her, i forhold til kommunene... de har et ansvar det står nedfelt i lovverket, men om det er travelhet, at de tror at vi kan mer enn vi kan... kanskje tror dem at helsesøstrene har en masse om det på skolen om premature... Jeg vet ikke hvor det ligger.... Jeg vet ikke hvor denne gropa er.”

Matilde viser her som nevnt tidligere til Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 der spesialisthelsetjenesten plikter å gi kommunehelsetjenesten ”råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1999). Samtidig som hun er oppgitt over at de ikke tar ansvar prøver hun å forstå hvorfor dette skjer:

”Jeg tenker... at alle har ansvar for sin egen læring, at det ikke tenkes så mye over at spesialistene er på sykehuset. Primærhelsetjenesten er ikke spesialist. Jeg vet ikke.. om det er tenkningen at enhver får nå være sin egen lykke smed..”

Matilde er opptatt av at det de har fått til i hennes kommune i forhold til oppfølging av for tidlig fødte barn og familier er pga. egeninteresse og ”stå på vilje”. Hun viser til at det er lite samarbeid med Nyfødt intensiv avdelingen. Hun forteller at hun har vært den som har tatt initiativ til å komme til avdelingen, ellers hadde hun stått helt ”alene” med ansvaret.

Matilde viser også til at hun har tatt kontakt med spesialisthelsetjenesten og fremmet et ønske, om å skape en arena hvor helsesøstre fra ulike kommuner og fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten kan utveksle erfaringer og ta opp aktuelle temaer. Det viser seg tydelig at når hun ikke får tilbakemelding på initiativet erfares det som en avvisning.

”..Jeg spurte om ikke vi kunne ha et samarbeid med dem i forholdt til at vi har hatt mange erfaringer med premature barn. Hvis vi kunne ha hatt et samarbeid eller at vi kunne møtes å utveksle en del ting på områder når det gjelder premature barn..... Å ja, dem hørtes så positiv ut...det var ikke måte på, ja gurimalla.....men har ikke hørt et ord.”.....” men når ikke noen..jeg orker ikke å ringe tilbake, dette var i februar, jeg har ikke hørt et ord...”.

Hun blir oppgitt, og viser tydelig en avmaktsfølelse. Matilde og Sonja tenker at det hadde vært positivt å kunne utveksle erfaringer da begge har gjort seg mange erfaringer og tanker omkring spiseproblematikk, barnehage og skolestart m.m. Men begge erfarer og sier: *”..da er de liksom ferdig der borte (på nyfødt intensiv avdelingen)..og så er det værsegod ta over...”.* Helsesøster Matilde sier videre: *”..det er jo da utviklingen begynner, og det er da en skal kunne gå inn gjerne i forkant og ikke i etterkant...”.* Helsesøstrene virker til å kjenne på et stort ansvar overfor det for tidlig fødte barnet. De kjenner på et ansvar i forhold til å være støttespillere for foreldrene, kunne sette inn tiltak tidlig og gjerne i forkant, og for å gi det for tidlig fødte barnet en god utvikling. Men de kjenner seg alene med ansvaret, og føler seg *”sviktet av spesialisthelsetjenesten”.* Helsesøstrenes ansvar starter ved utskrivelse til hjemmet, og som de sier *”..vi ser dem i mange, mange år...”.* Med tanke på tidligere drøfting i forhold til tid, rom og blick er helsesøstrene her inne på det spesielle ved deres yrker ved at de har et livstidsperspektiv. Det overordnede blicket benyttes i et utstrakt bruk av rommet. De følger det ekstremt for tidlig fødte barnets utvikling fra hjemmet, gjennom barnehage, skole og ungdomsskole. I motsetning til barnesykepleierne som har et innskrenket tidsperspektiv der de følger det ekstremt for tidlig fødte barnet og familien en kort periode, men med et detaljert og grundig blick. Barnesykepleierne har det innskrenkede spesialiserte, teknologiske rommet som arena, mens helsesøstrene har et utvidet utviklingsperspektiv fra barn til ungdom som arena.

8.4.3 Organisering, et ledelsesansvar

Barnesykepleier Lise bekrefter erfaringene til helsesøstrene når hun gir uttrykk for hvem hun tenker har ansvaret etter utskrivelse av det for tidlig fødte barnet. *"Jeg tenker..at det er helsesøstrene som skal.. ta seg av den biten videre fra de kommer hjem"*. Noe som tyder på at når det for tidlig fødte barnet skrives ut fra avdelingen avsluttes hennes ansvar. Hun formidler en tradisjonell kultur, der spesialisthelsetjenesten skal behandle og gjøre frisk, mens primærhelsetjenesten tar seg av videre oppfølging i form av forebygging og helsefremmende virksomhet. I St. mld 47 (2009) vises det til at de ulike kulturene gir store samhandlingsutfordringer ved at målene for tjenestene er ulike. Kommunen relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens spesialist -helsetjenesten relaterer sine mål til lindring og reduksjon av sykdomsprosessen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009: 50). Mye tyder på at utfordringene kan forstås i lys av historien, og som et resultat av maktrelasjonene mellom staten og utviklingen av den moderne medisin. Noe som virker til å være med på å legge føringer for helsesøstrenes og barnesykepleiernes opplevelse av ansvarsforhold.

Barnesykepleier Mia tenker også at det er kommunehelsetjenesten og helsesøstrene som skal ta seg av den videre oppfølgingen. Samtidig gir hun uttrykk for at hun er usikker på hvem som virkelig tar på seg ansvaret for å sikre kvaliteten. Hun sier det slik:

"jeg tenker at... med det livet vi lever innenfor helsevesenet i dag...det har med midler å gjøre. Hvem skal gjøre hva? Hvem er det som skal hjelpe disse barnene? Hva er sykehuset sin jobb og hva er helsevesenet på utsiden sin jobb? Jeg ser ikke for meg at det er personalet på sykehuset som skal følge dem opp, men kunnskapen skal videre i systemet... Jeg opplever at det ikke er noen form for kunnskap i forhold til oppfølging...med mindre foreldrene krever det...".

Mia ser vanskelig for seg at barnesykepleierne på Nyfødt intensiv avdelingen kan påta seg ansvaret, da hun erfarer at det ikke er tilstrekkelige ressurser i form tid og personale på avdelingen. Hun viser også til at det er snakk om økonomiske hensyn, da nedskjæringer er et tilbakevendende tema i spesialisthelsetjenesten. Omstilling og fornyelse av helsevesenet har de senere årene blitt en politisk agenda. En omstilling, der det er stort fokus på

økonomisk lønnsomhet, effektivitet og individuelle rettigheter (Stamsø, 2009).²¹ Lise viser som tidligere nevnt til at det bare er tid til å prioritere det som må gjøres på avdelingen. Det kan tyde på at det også hos Mia og Lise ligger en avmaktsfølelse, men til forskjell fra helsesøstrene som viser til en ansvarsfraskrivelse som er rettet mot spesialisthelsetjenesten retter de ikke kritikk direkte mot noen. Men indirekte kan det tyde på en kritikk mot den offentlige forvaltningen, med andre ord en ansvarsfraskrivelse gjort av Staten.

Om vi ser ansvarsbegrepet opp mot Foucaults perspektiv på makt og kunnskap, er det som tidligere nevnt den som har mest kunnskap som har mest makt. Barnesykepleierne Mia og Lise erfarer som nevnt at de har mye kompetanse, likevel opplever Mia at hun er usikker på hvordan og hvem som skal ha og ta ansvar. Det sier meg at selv om en har makt eller sitter i en maktposisjon, kan en oppleve å ha liten makt eller føle seg maktesløs. Det kan tyde på at Mia og Lise erfarer at de er avhengig av noen organisatoriske rammer, og ressurser i form av flere ansatte, for å kunne benytte den makten de har i form av kompetanse. En kompetanse som i min studie tyder på kan komme både helsesøstrene, det fortidlig fødte barnet og familien til gode om forholdene legges til rette. Gjernes og Måseide (2008) viser til Foucault, og hvordan han i sine analyser av den moderne medisin og helsevesenet, nettopp viser til at kunnskapsutvikling inngår i en samfunnsmessig sammenheng. Vi kan aldri se den politiske styringen som uskyldig, da staten gir ansvar og fordeler ressurser i form av penger (governmentality).

Politisk vektlegges i dag samhandling innenfor helsevesenet i stor grad (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Helsesøster Sonja erfarer de *"Faglige retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn"* (2007) som *"lite praktiske å følge"*, og Matilde erfarer de som *"vage"*:

"...den (veilederen) mangler den biten som spesialisthelsetjenesten bør gjøre. Det burde være nedfelt... for eksempel hva ligger det i det å møtes...når det står så vagt så blir det bare borte..."

²¹ Blir omtalt som New Public Management (NPM), - der tanken om bruk av markeds mekanismer er blitt vanlig. Da gjerne i form av økonomiske belønningssystemer og rettigheter. Lov om pasientrettigheter (1999), sykehusreformen (2003) og samhandlingsreformen er del av denne politikken.

Mead (2000) viser til hvordan faglige retningslinjer i prinsippet skal ses som anbefalninger og råd, da de er bygd på oppdatert kunnskap som skal hjelpe personell til å utøve en forsvarlig praksis, med god kvalitet på tjenestene. Og viser til hvordan retningslinjene kan være styrende for valg som tas og kan gi støttende rammer for utøveren. Sonja og Matildes erfaringer av retningslinjene som vage, kan kanskje bedre forstås om en ser på de offentlige føringene den gir for et møte mellom helsesøstrene og barnesykepleierne. Som nevnt tidligere er det avklaring av ansvarsforhold og utveksling av informasjon som står i fokus for samarbeidskonteksten (Markestad & Halvorsen, 2007). Som jeg har beskrevet i teoridelen blir samarbeid og samhandling gjerne benyttet om hverandre, men i praksis er det store ulikheter ved hva det innebærer i forhold til ansvar. Samhandling er ikke bare den enkeltes ansvar, men forplikter også faggrupper og ledelse. Den formen for samarbeid som retningslinjene viser til er lite forpliktende, da den er avhengig av at både helsesøstrene og barnesykepleierne er positive til å møtes, noe som gjør samarbeidet personavhengig. Mye tyder på at mine informanter savner et mer forpliktende samarbeid, der de får mulighet til å samhandle bedre. Noe Orvik (2004) viser til krever en organisering på ledelsesnivå, et samarbeid som er formalisert og som bygger på gjensidig forpliktelse.

9.0 AVSLUTNING

Det viser seg i mitt materiale at barnesykepleierne erfarer at helsesøstrene har liten kunnskap om det ekstremt for tidlig fødte barnet og om familiens behov. Det som er interessant er at barnesykepleier og helsesøster i liten grad snakker sammen når de møtes, det begrenser seg til en kort informasjon.

Likevel ønsker barnesykepleier å få helsesøster til å forstå bedre ved at de på ulike måter formidler sin kunnskap til helsesøstrene. Denne formidlingen skjer ved å la helsesøster se avdelingen, være tilstede i rommene, ved å la helsesøster snakke med foreldrene og ved en informasjon om barnets historie.

Helsesøster Matilde gir uttrykk for at hun har liten kunnskap, og ved å komme til Nyfødt intensiv avdelingen ønsker hun å øke sin kunnskap om det ekstremt for tidlig fødte barnet

og familien. Begge helsesøstrene er opptatt av å få vite mer om foreldrene og samspillet med barnet. Helsesøstrene erfarer at barnesykepleierne kun gir dem en kort informasjon (enveiskommunikasjon), om det barnet og foreldrene har vært gjennom, og gir uttrykk for at de ønsker en dialog med barnesykepleier. De erfarer også store variasjoner i sykepleierrapportene de får tilsendt i etterkant, fra der barnesykepleierne har listet opp det barnet vil ha behov for fremover, til kun en kort informasjon om det som barnet har vært gjennom. De er opptatt av at de har et annet syn og gjerne ser annerledes på hvilke tiltak, og når tiltak skal settes i verk.

Det kommer tydelig frem en asymmetri i maktforholdet mellom mine informanter, der helsesøstrene erfarer at barnesykepleierne har lite forståelse for deres praksis. De nevnte forholdene virker til å vanskeliggjøre et samarbeid mellom helsesøstrene og barnesykepleiere. Selv om helsesøster og barnesykepleier har profesjonsutdanning som sykepleier felles, kan det se ut som at de i løpet av videreutdanning og praksis har utviklet ulike forståelser. Disse forståelsene virker til å ha utgangspunkt i historisk ulike kultur og fagtradisjoner. Det viser seg også at det er uklarerhet rundt ansvarsforhold. Helsesøstrene er opptatt av at det er barnesykepleierne som er spesialistene og viser til lovverket når de forventer at spesialisthelsetjenesten tar ansvar. Mens barnesykepleierne erfarer at helsesøstrene har ansvar og er usikker på hvem som tar ansvar. Men med henvisning til at de mangler ressurser for videre oppfølging tyder det på at de gir staten hovedansvaret.

Studien kan ha betydning for praksis på mange måter. Det som er interessant er at selv om nevnte forhold virker til å vanskeliggjøre et samarbeid, erfarer alle mine informanter at det er viktig å møtes. De gir også uttrykk for at de har behov for å møtes. I min studie tyder det på at møtet muliggjøres av enkeltpersoners opplevelse av moralsk ansvar overfor det ekstremt for tidlig fødte barnet og familien, da det ikke foreligger noen rammer for gjennomføring og innhold. Et samarbeid som kan ses som en uformell kontakt mellom personer der begge må ha en positiv innstilling, og som helsesøster Matilde refererer til som *"et besøk"*. Når mine informanter erfarer retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn som vage, tyder det på at de ønsker et mer forpliktende og formalisert samarbeid. Utarbeidelse av retningslinjer for innhold og struktur på møtet bør utarbeides på Nyfødt intensiv avdelingene. Det må foreligge klare rutiner for når helsesøster skal inviteres til avdelingen. Samordning er et ledelsesansvar og er en forutsetning for

samhandling som er et mer forpliktende samarbeid, og som i dag politisk fremmes som viktig mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

En bevisstgjøring blant personalet og ledelse, som gir økt fokus på helsesøstertjenesten bør etterstrebes. Som en av mine barnesykepleier informanter sa det: *"..bare det at vi har snakket sammen nå gjør at jeg helt sikkert kommer til å tenke mer over det neste gang jeg snakker med en helsesøster...og møter de i avdelingen..."*. Det er første skritt på vei mot ny forståelse og kunnskap.

Med tanke på at den med mest makt viser seg å være den som legger føringene for et samarbeid, bør barnesykepleierne være aktive og invitere helsesøster til Nyfødt intensiv avdelingen. De må være oppmerksom og gi helsesøster rom for deltagelse, ved selv å holde sin kunnskap tilbake gir hun helsesøster mulighet til å komme frem med sine tanker og refleksjoner. Ved å vise respekt for hverandres kompetanse og arbeidspraksis gis rom for dialog og refleksjon noe som kan gi forståelse for hverandre og økt kunnskap om det for tidlig fødte barnet og familien for begge grupper.

Med tanke på at det ligger sterke politiske føringer for økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, der samhandlingsreformene står i front. Er det et paradoks at *"Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn"* (2007), erfares som vage i forhold til innhold og gjennomføring av et samarbeid mellom barnesykepleier og helsesøster. Som helsesøster Matilde sier det: *".. bør ha et møte...hva sier det...det blir for vagt.."*.

LITTERATURLISTE:

- Andrews, T. (2004). Fra ekspert til samarbeidspartner. I R. Dahle & K. Thorsen (red.), *Velferdstjenester i endring: når politikk blir praksis* (s. 74-94). Bergen: Fagbokforlaget.
- Andrews, T., & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk Tidsskrift*, 4, 325-341.
- Augestad, P. (2005). Resept for et sunnere Norge. Et Foucaultsk blikk på norsk helsepolitikk. *Sosiologi i dag*, 35(2), 33-52.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bratlid, D., & Nordermoen, A. (2010). Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 130(11), 1127-1129.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Divisjon for epidemiologi. (2008). Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2008. Fødsler i Norge. Hentet 17.Mars 2011, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/b05ede8c59.pdf>.
- Eriksson, B. S., & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care*, 6(1), 19-33.
- Esbjørn, B. H., Hansen, B. M., Munck, H., & Greisen, G. (2008). Ekstremt tidlig fødte barn og foreldrenes behov for støtte *Ugeskrift for Læger*, 170(42), 3331-3334.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fangen, K. (2008). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Fjelland, R., & Gjengedal, E. (2007). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Foucault, M. (1999a). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie* (D. Østerberg, oversetter 3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1999b). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten* (E. Schaanning, oversetter). Oslo: Pax Forlag.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel* (H. Silberbrandt, oversetter). København: Hans Reitzel.
- Foucault, M. (2001). *Seksualitetens historie 2. Bruken av nytelsene* (E. Schaanning, oversetter). Oslo: EXIL.
- Foucault, M. (2002). *Seksualitetens historie 3. Omsorgen for seg selv* (E. Schaanning, oversetter). Oslo: EXIL.
- Gadamer, H.-G. (2003). Om forståelsens sirkel (1959) (H. Jordheim, oversetter.). I H. Jordheim (red.), *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter* (s. 33-68). Oslo: Cappelen.
- Gibbs, G. (2007). *Analyzing qualitative data*. London: SAGE.
- Gjernes, T., & Måseide, P. (2008). Forebyggingspasienten. I A. Tjora (red.), *Den Moderne pasienten* (s. 194-213). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). *Hermeneutik: en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.

- Hagemann, E. (2003). Sykepleiens etikk. I korte trekk. I K. Martinsen & T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok- nye lesninger*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag A/S.
- Hagen, I. H. (2008). *I en vernet verden: en studie av foreldrenes opplevelser den første tiden etter en prematur fødsel*. Høgskulen i Volda, Volda.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Hamran, T. (2004). Faglig autonomi eller nye former for kontroll. I I. Elstad & T. Hamran (red.), *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Pensumtjeneste A/S.
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 321-322). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 2010-04-19-72. Hentet 14.februar 2011, fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld.nr 47(2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Hentet 10.Mai 2011, fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>.
- Helsedirektoratet. (2008). Skapes helse, skapes velferd: helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Hentet 10.Mai 2011, fra http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/utviklingstrekk_i_helsesektoren_2008_skapes_helse_skapes_velferd_helsesystemets_rolle_i_det_norske_samfunnet_176364.

- Kaaresen, P. I., Rønning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early -intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, *118*(1), 9-19.
- Killén, K. (2007). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning: et fellesfaglig perspektiv : helhetsperspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kloppen, K. (2008). "...det skal heller ikke mykje til for å løfte deg..." *Hvordan kan helsevesenet støtte mødre til premature barn det første året etter fødselen?* Masteroppgave i helsefag, studieretning helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Kvale, S., Rygge, J., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsem, I. P. (2007). *Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidlig fødte barnet*. Mastergradsoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Markestad, T., Kaaresen, P. I., Rønnestad, A., Reigstad, H., Lossius, K., Medbø, S., et al. (2005). Early Death, Morbidity, and Need of Treatment Among Extremely Premature Infants. *Pediatrics* *115*(5), 1289-1298.
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I T. K. Jensen, L. U. Jensen & W. Kim (red.), *Sykepleiens grunnlagsproblemer: etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2009). Evidens - begrensende eller opplysende? I K. Martinsen & K. Eriksson (red.), *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.

- Martinsen, K., & Wyller, T. (2003). *Etikk, disiplin og danning: Elisabeth Hagemanns etikkbok - nye lesinger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mead, P. (2000). Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield? *J Adv Nurs*, 31(1), 110-116.
- Misvær, N., & Oftedal, G. (2002). *Håndbok for helsestasjoner: 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Måseide, P. (1997). Feltarbeid i ekspertorganisasjonar: sjukehuset som arena for sosiologisk forskning. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* (4. utg., s. 94-116). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordhov, M., Rønning, J. A., Dahl, L. B., Ulvund, S. E., Tunby, J., & Kaaresen, P. I. (2010). Early Intervention Improves Cognitive Outcomes for Preterm Infants: Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 126(5), 1088-1094.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olavesen, E. S. (2010). *Helsesøsterkompetanse og oppfølging av premature barn: en kartlegging*. Masteroppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Olsen, K. B. (2006). *Foreldreopplevelser iforhold til å få fortidligfødte barn*. Tromsø: Sykepleierutdanningen, Avdeling for helsefag.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rappana Olsen, B., C. (2009). Om å vite best...sammen - brukermedvirkning i helse - og sosialsektoren. I M. A. Stamsø (red.), *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Ravn, I. H. (2009). Klar for hjemreise? Familien utskrives fra sykehuset og reiser hjem med barnet. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Reinar, L. M., Kornør, H., Langengen, I. W., & Markestad, T. (2006). Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn. Rapport fra Kunnskapscenteret Nr 7. Hentet 10.Mai 2011, fra <http://www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/Tiltak+for+oppf%C3%B8lging+av+for+tidlig+f%C3%B8dte+barn.1029.cms>.
- Schaanning, E. (red.). (1999). *Etterord. I Foucault, M. Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Oslo: Pax Forlag.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, L., Ulvund, S. E., & Lindemann, R. (2001). Predikasjon av IQ hos barn med fødselsvekt under 1501 gram. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121(16), 1886- 1891.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial - og Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og*

- skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Lesedato 6.April. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/IS-1154_2619a.pdf.
- Stamsø, M. A. (2009). *Velferdsstaten i endring : norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stjernqvist, K., & Svenningsen, N. W. (1999). Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta Paediatrica*, 88(5), 557-562.
- Terum, L. I. (2006). Debatt. Styrk utsideblikket. *Forskningsspolitikk, Nr 3*.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tunby, J. (2003). Prematurprosjektet i Tromsø. *Sykepleien*, 91(9), 39-41.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan og forskrift videreutdanning i barnesykepleie. Hentet 17.Januar 2011, fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf.
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, 98(3), 60-63.
- Vågan, A., & Grimen, H. (2008). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 411-428). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wallin, L., & Eriksson, M. (2006). Individanpassad vård av underburna barn - NIDCAP. *SBU Alert Rapport- utvärdering av nya metoder inom hälso- och sjukvården*, 3, 1-13.

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellstrø, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35-41.

Wisløff, N. F. (2005). Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste: innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005. I *Norges offentlige utredninger*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Cathrine Arntzen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 30.08.2010

Vår ref: 24827 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.08.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24827	<i>Samarbeid mellom barnesykepleier og helsesøster.- hva kan være betydningsfullt å tale om i møtet mellom barnesykepleier og helsesøster?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Cathrine Arntzen</i>
<i>Student</i>	<i>Mona Pauline Voie</i>

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

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

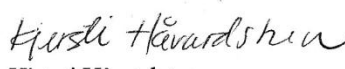
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Mona Pauline Voie, Alveveien 197, 9016 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

24827

Personvernombudet legger til grunn at det ikke innhentes opplysninger om tredjeperson (konkrete nyfødte) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted.

Prosjektslutt er 01.07.2011. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Samarbeid mellom Barnesykepleier og Helsesøster. - Hva kan være betydningsfullt å tale om i møtet mellom barnesykepleier og helsesøster."

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på oppfølgingen av for tidlig fødte barn. Studien forsker på samarbeidet mellom helsesøster og barnesykepleier. Hensikten er å få en forståelse for hva samtalen mellom barnesykepleier og helsesøster dreier seg om når de møtes ved Nyfødt intensiv avdelingen ved UNN før utskrivelse av det for tidlig fødte barnet. Hvilke forventninger ligger til grunn for møtet og hvilke muligheter ligger i dette møtet. Du er valgt ut til å kunne delta i denne undersøkelsen, siden du har deltatt på ett eller flere av disse møtene. Du har også jobbet innen ditt fag mer enn 3 år og har erfaring fra din praksis. Studien er min mastergradsoppgave i tilknytning til at jeg studerer ved institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å intervju deg om dine tanker rundt hvilke forventninger du hadde til møtet, samt hva dere samtale om. Er også interessert i hvordan samtalen foreløp i møtet mellom dere og hvilke muligheter du tenker ligger i dette møtet. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg har på forhånd meldt prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD) og forholder meg til deres regler om oppbevaring og makulering av datamateriale. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Et fiktivt navn knytter deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har adgang til ditt navn og som kan finne tilbake til deg. Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2011. Lydbånd vil bli slettet og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt. De opplysningene du gir meg skal jeg analysere sammen med de andre opplysningene jeg får inn og sammen med litteratur vil dette være grunnlagsmaterialet i min mastergradsoppgave.

Det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Da vil opplysningene du da har gitt meg og ditt navn umiddelbart bli slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon xxx xx xxx.

Rett til innsyn

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg.

Jeg håper at du finner prosjektet interessant.

Hvis du ønsker å delta i studien så fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og returnerer denne til meg innen 14 dager. Når jeg har mottatt din samtykkeerklæring vil jeg ta kontakt med deg på telefon eller e-post og avtale tid og sted for intervjuet. Jeg vil så langt det lar seg gjøre prøve å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

”Samarbeid mellom Barnesykepleier og Helsesøster. - Hva kan være betydningsfullt å tale om i møtet mellom barnesykepleier og helsesøster.”

Jeg er villig til å delta i studien

.....

Skriv navnet ditt med blokkbokstaver

Jeg har lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Det innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent Mona Pauline Voie til intervju om mine erfaringer og tanker rundt hva vi samtaler om når helsesøster og barnesykepleier møtes ved Nyfødt intensiv avdelingen UNN.

Min deltagelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse.

..... den.....2010

Sted

.....

Signatur

.....

Telefonnummer og e-post jeg kan kontakte deg på.

Intervjuguide:

Emne 1: Forventninger til det å møtes

Hvilke forventninger har du til helsesøster/ barnesykepleier når hun/ du kommer til Nyfødt intensiv avdelingen?

Emne 2: Forventninger til hva en skal samtale om og samtalsforløp

Hvilke forventninger har du til samtalen mellom dere?

Når du samtaler med barnesykepleier/helsesøster i din jobb, hva dreier da samtalen seg om?

- Hva er fokus for samtalen/ hva samtaler dere om
- Fordeling av ansvarsoppgaver rundt barnet etter utskrivelse fra sykehus?
- Hva opplever du som viktig å snakke om i møtet mellom deg og barnesykepleier/helsesøster?

Hvordan opplever du at samtalen mellom deg og helsesøster/ barnesykepleier foreløper?

- Dialog form?
- Informasjon?
- Samtale med læringsutbytte?
- Kjennskap til hverandres arbeidsområder og kultur ?

Emne 3: Muligheter

Hvordan opplever du at helsesøster blir tatt imot på Nyfødt intensiv avdelingen?

Hvordan opplever du som helsesøster å bli tatt imot på Nyfødt intensiv avdelingen?

Hvilke muligheter tenker du ligger i samtalen mellom deg og barnesykepleier/helsesøster når dere møtes ansikt til ansikt på nyfødt intensiv avdelingen?

- Reflektert over dette?
- I ditt arbeid
- For ivaretagelse av barn en følger opp
- Teoretisk vurdering
- Erfaringsutveksling