

NBO-metoden og helsesøster

Hvilken kunnskap har Newborn Behavioral Observation metoden gitt helsesøstre og hvordan anvender helsesøstrene kunnskapen i praksis?

Mariann Høyland

Masteroppgave i helsefag

Flerfaglig studieretning. Mai 2016. 26 516 ord.

Forord

Hjertelig takk til alle mine syv informanter som tok seg tid til å snakke med meg i en travel arbeidshverdag. Jeg vil også sende en stor takk til alle som jeg har vært i kontakt med i forbindelse med rekrutteringsarbeidet til studien.

Spesiell takk til min veileder Inger Jorun Danielsen for alle gode diskusjoner, råd og veiledning underveis i hele prosessen. Jeg vil takke mine lærere, medstudenter og kollegaer for gode faglige diskusjoner og innspill. Dere har alle vært gode inspiratorer og støttespillere underveis.

Jeg vil også takke for alle oppmuntrende heiarop fra fjern og nær, fra familie, venner og kollegaer. Men aller mest en stor takk til min datter Jenny for alle klemmer underveis i skrivingen med masteroppgaven.

Tromsø, 9 mai 2016

Mariann Høyland

Sammendrag

Bakgrunn. NBO-metoden som utforskes i denne studien står for Newborn Behavioral Observation (NBO). Metoden er utviklet ved Brazelton Institute, USA. NBO er først og fremst en relasjonsbyggende metode hvor det viktigste er å oppnå kontakt med foreldrene. Videre gjennom felles observasjon av spedbarnet utvikle en forståelse for spedbarnet som man deler med foreldrene.

Det er min erfaring med veiledning av foreldre til syke nyfødte og for tidlig fødte barn som gjør dette fagområdet spennende og interessant for meg, og motiverer meg for oppgavens tema.

Jeg ønsker å utforske hvordan helsesøstre erfarer NBO-metoden. Helsesøster veileder ut fra ulike foreldreveiledningsmetoder. Det er lite forskning på helsesøstrenes erfaringer med å lære seg metodene og måten disse anvendes på i praksis. Problemstillingene jeg ønsker svar på er hvilken kunnskap Newborn Behavioral Observation metoden har gitt helsesøstre, og hvordan helsesøstrene anvender kunnskapen i praksis.

Mål. Utforske og beskrive helsesøstrenes erfaringer med Newborn Behavioral Observation metoden.

Metode. En kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming. Utvalget er syv kvinnelige helsesøstre, der tre hadde 15-18 års erfaring som helsesøster, og de andre kortere yrkeserfaring. Datainnsamling er utført med dybde- og fokusgruppeintervju. Dataene ble analysert ved kvalitativ innholdsanalyse.

Teori. Prinsippet i NBO-metoden er at spedbarnet skal være i sentrum for en delt observasjon mellom kliniker og foreldre. NBO-metoden er grunnlagt på syv kliniske prinsipper. Aristoteles kunnskapsformer, Gadammers forståelsesfilosofi, Molanders oppmerksomme og tause kunnskap, samt Benners teori om kompetanseutvikling danner den teoretiske referanserammen i studien.

Resultat. NBO-metoden har gitt verdifull kunnskap til, og verktøy for helsesøstre i deres arbeid med foreldre-spedbarns relasjonen. Det verdifulle i NBO-metoden kan oppsummeres som det å vurdere og å forstå spedbarnets adferd som uttrykk for behov, og ivareta og støtte opp om spedbarnets behov, via formidling til foreldrene. Metoden hadde bidratt til en ny praksis der relasjonen mellom foreldrene og spedbarnet er i fokus. Helsesøstrene følte seg kompetente til å veilede foreldre og kollegaer, og de brukte NBO-kunnskapen daglig.

Konklusjon. Helsesøstrene hadde fått både praktisk og teoretisk kunnskap gjennom sin utdanning i NBO-metoden. Kunnskapen ble brukt i deres daglige arbeide også innenfor andre fagområder.

Nøkkelord; helsesøster, NBO-metoden, kunnskap, foreldre-spedbarn relasjon, veiledning, kvalitativ metode, hermeneutikk, kvalitativ innholdsanalyse.

Abstract

Background. The model which is investigated in this study is called the Newborn Behavioral Observation System (NBO). It has been developed at the Brazelton Institute in Boston, USA. It's primary goal is to establish contact with the parents and through mutual observation of the child to develop an understanding of the child's competencies and uniqueness.

Different models of guidance of parents used at my workplace and by myself has inspired this thesis on NBO.

I want to explore how public health nurses experience the NBO-method. Public health nurses supervise parents based on different models for parental guidance. There is little research carried out on how public health nurses experience and apply different learning methods in practice. The two questions raised in the thesis are; what knowledge has public health nurses gained from the NBO-method, and how do public health nurses apply that knowledge in practice.

Aim. To explore and describe public health nurses' experiences with Newborn Behavioral Observation methods.

Method. Qualitative study with a hermeneutics approach. The sample consists of seven women, public health nurses, where three had 15-18 years of experience. The other four had more limited experience. Data collection was done through in-depth interviews and focus group interview. Data were analysed using qualitative content analysis.

Theory. The principle of the NBO-method is that the newborn is subject to shared observation between the clinician and the parents. The NBO-method is founded on seven clinical principles. The theoretical framework of the study is based on Aristotle's "form of knowledge", Gadamer's "human understanding", Molander's attentive and tacit knowledge, and also Benner's theory about skills development.

Results. The results show that the NBO-method has provided valuable knowledge and tools to public health nurses in their work with parent-newborn relationships. The main contribution of the NBO-method is that it helps assess and understand newborns' behavior as an expression of need, and safeguard and support these needs through communication with the parents. The method has contributed to a new practice where relationships between parents-newborns is in focus. Public health nurses felt competent to guide parents and colleagues, and they used the NBO-knowledge in their daily practice.

Conclusion. Public health nurses had both practical and theoretical knowledge through their education in NBO-method. The knowledge was used in several ways during their daily work.

Keywords; public health nursing, NBO-method, knowledge, parents-newborn relationship, guidance, qualitativ method, hermeneutics, qualitative content analysis

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Abstract	V
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema	2
1.3 Hensikt og problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaringer	3
1.5 Begrensninger	4
1.6 Oppgavens oppbygging	4
1.7 Relevant forskning	5
2 Bakgrunnskontekst for feltet	8
2.1 Spedbarn	8
2.2 Helsesøster	9
3 Teoretisk utgangspunkt	10
3.1 Newborn Behavioral Observation-metoden	10
3.2 Aristoteles	14
3.3 Hans Georg Gadammers kunnskapsforståelse	16
3.4 Patricia Benner	19
3.5 Bengt Molander	20
4 Metode	23
4.1 Hermeneutisk tilnærming	23
4.2 Kvalitativ metode	24
4.2.1 Utvalg og utvalgsriterier	26
4.2.2 Rekruttering av informanter	27
4.2.3 Intervjuguide	28
4.2.4 Planlegging av dybdeintervju	28
4.2.5 Planlegging av fokusgruppeintervju	29
4.3 Mitt ståsted	31
4.4 Etske overveielser	32
4.5 Datainnsamling	32
4.5.1 Dybdeintervju	32

4.5.2	Fokusgruppeintervju.....	34
4.6	Analyse.....	35
4.6.1	Innholdsanalyse.....	36
5	Resultat.....	39
5.1	Hvordan helsesøstrene omtaler sin nye forståelse.....	39
5.1.1	Ny forståelse av spedbarnet.....	39
5.1.2	Å forstå gjennom å se og berøre.....	40
5.1.3	Å forstå gjennom fokusendring og kommunikasjon.....	40
5.2	Hvordan forståelsen viser seg i helsesøstrenes utøvelse.....	41
5.2.1	Hvordan helsesøstrene sanset spedbarnet gjennom å observere.....	41
5.2.2	Hvordan helsesøstrene sanset spedbarnet gjennom berøring.....	43
5.2.3	Hvordan helsesøstrene samtale og samhandle med foreldrene.....	44
5.3	Fortellinger om hvordan helsesøstrene utvikler sin nye praksis.....	45
5.3.1	NBO-kunnskapens utvikling og ivaretagelse.....	45
6	Diskusjon.....	48
6.1	Diskusjon av resultat.....	48
6.1.1	Hvilken kunnskap har NBO-metoden gitt helsesøstre?.....	48
6.1.1.1	Praksis og teori.....	48
6.1.1.2	Den relasjonelle kunnskapen.....	50
6.1.1.3	Oppmerksomhet som kunnskap.....	51
6.1.2	Hvordan forståelsen viser seg i helsesøstrenes utøvelse.....	53
6.1.2.1	Å observere.....	53
6.1.2.2	Å berøre.....	57
6.1.2.3	Å samtale og samhandle.....	59
6.1.3	Ny helsesøsterpraksis.....	61
6.1.3.1	Utvikling og ivaretagelse av NBO- kunnskap.....	61
6.2	Metoder for å sikre studiens kvalitet.....	65
6.2.1	Refleksivitet.....	65
6.2.2	Overførbarhet.....	68
6.2.3	Validitet.....	69
7	Avslutning.....	70
7.1	Oppsummering.....	70
7.2	Konsekvenser for praksis.....	71

7.3 Videre forskning.....	72
8 Referanser.....	73
9 Vedlegg nr 1	76
10 Vedlegg nr 2	77
11 Vedlegg nr 3	79
12 Vedlegg nr 4	81
13 Vedlegg nr 5	82
14 Vedlegg nr 6	83
15 Vedlegg nr 7	84

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Egen erfaring som spesialsykepleier med å veilede foreldre til for tidlig fødte og syke nyfødte barn i spesialisthelsetjenesten har inspirert meg til å utforske veiledningsfeltet. Jeg har selv Nidcap-profesjonell utdanning og har erfart hvordan en observatørutdanning endret mitt fokus og kunnskap innenfor fagområdet (Als, 1982, 1986a, 1986b). Nidcap-utdanningen har gitt meg erfaring i å veilede foreldre og helsepersonell i for tidlig fødte og syke nyfødtes adferd. I en Nidcap-observasjon deltar ikke Nidcap-profesjonell direkte i samhandlingen med foreldrene, den observerer spedbarnets adferd skriftlig etter en bestemt manual. Foreldrene veiledes etter samhandlingen. Dette er forskjellig i NBO-metoden hvor veiledning skjer fra kliniker underveis i samhandlingen med familien. Erfaringene har gitt meg en nysgjerrighet overfor hvordan veilederkunnskap hos helsepersonell utvikles og erfares.

I løpet av de siste 10-20 årene har ulike metoder for å forstå spedbarns adferd og veilede deres foreldre etablert seg gradvis i Norge. En av veiledningsmetodene er Newborn Behavioral Observation, NBO (Nugent, Keefer, Minear, Johnson, & Blanchard, 2007). NBO-metoden er først og fremst en relasjonsbyggende metode hvor det viktigste er å oppnå kontakt med foreldrene. Videre gjennom felles observasjon av spedbarnet utvikle en forståelse for spedbarnet som man deler med foreldrene. NBO-metoden er for spedbarn i null til tre måneders alder. NBO-metoden presenteres i teorikapitlet.

Helsepersonell som veileder foreldrene finnes i ulike deler av primær og spesialisthelsetjenesten. Helsepersonellens behov for forståelse og kunnskapsdannelse i bruk av foreldreveilednings metoder har vært lite fokusert på i Norge. Med bakgrunn i studiedesignet mitt, der utvalgsriteriene NBO-utdanning fra 2014 og datainnsamlingsmetoden, ble utvalget i studien helsesøstre. Helsesøstre i Norge er en del av en frivillig forebyggende helsetjeneste, som regelmessig følger opp alle nybakte familier og er slik i en unik posisjon til å veilede i spedbarnets adferd, i tilknytning- og samspillsprosesser.

Det er relevant å utforske og beskrive hvordan en vurderings- og veiledningsmetode påvirker helsesøstres kunnskap og praksis. Dette fordi NBO-metoden eller andre observasjons- og veiledningsmetoder høyst sannsynlig vil bli brukt i alle ledd av nyfødt- og familieomsorgen i Norge i tiden fremover. Slik kan man se for seg at resultatet vil være viktig for ledere og fagutviklere i primær og spesialisthelsetjenesten, og for forskning- og utdanningsmiljøer som skal utvikle kunnskap.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Det er i dag et større fokus på at helsepersonell bør veilede foreldre inn i foreldrerollen og få foreldrene til å forstå, til å bli engasjerte og forelsket i sine spedbarn. Dette med bakgrunn i en stadig større forståelse for viktigheten av et tidlig og positivt samspill mellom spedbarn og foreldre, som er vist til i litteratur og forskning (Goyal, Teeters, & Ammerman, 2013; Smith & Ulvund, 1999).

Til daglig arbeider jeg i et fagområde hvor Tromsø intervensjon studien på premature barn (TISP) har vært sentralt siden 1999. Dette prosjektet, TISP, forsket på en spesialdesignet veiledningsmetode som intervensjonsgruppen fikk uken før utskrivelse fra nyfødt intensiv avdeling, og ved hjemmebesøk. Nye resultater i studien viser at for tidlig fødte barn ved ni års alder kan få redusert kjente adferds og skolerelaterte problemer (Landsem, 2016). Landsem finner også redusert foreldrestress og et forbedret fysisk velvære hos barna ved ni års alder.

I en NBO-studie fra USA med totalt 38 barn i høyrisikogruppen, hadde 25 familier fått NBO-metoden som en hjemmeintervensjon syv ganger opptil barnet ble tre måneder. Foreldrene som fikk NBO-metoden som veiledning gav uttrykk for en bedre kvalitet på tjenesten, relatert til å fremme samspillet mellom foreldre og spedbarn (Beth McManus & Nugent, 2014). Det er interessant at ulike typer systematisert veiledning gitt til foreldrene, både under sykehusopphold og ved hjemmebesøk, viser til positive forskningsresultater for foreldre og spedbarn.

Til nå har imidlertid hovedfokuset i forskningen vært rundt foreldre og spedbarnet, og lite rundt helsepersonellens erfaringer. På nasjonalt nivå vil kunnskap gjennom en observasjons og veiledningsmetode som NBO-metoden være i tråd med den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2005). Her er det å ta vare på og det å styrke bruker og utøver i sentrum. Målet for tjenesten er å tilstrebe god kvalitet, som oppnåes gjennom respekt

og omtanke i kombinasjon med faglig god behandling. I strategiens punkt 5.2 presiseres at den enkeltes utøvers kompetanse og evne til å skape en god relasjon og handle etisk vil være av betydning (Helsedirektoratet, 2005). Den nasjonale strategien fremhever at den relasjonelle kompetansen hos utøver, i denne studien helsesøster, er viktig for kvaliteten til bruker.

I veilederen IS-2057 "Nytt liv og trygg barseltid for familien" anbefales hjemmebesøk til alle nyfødte av helsesøster innen syv til ti dager etter hjemkomst (Helsedirektoratet, 2014). I veilederen gies det ingen anbefalinger omkring hvordan helsesøster skal veilede foreldrene i spedbarnets adferd. Det ønskes slik jeg ser det kvalitet på den relasjonelle tjenesten, uten at denne beskrives nærmere for helsesøstrene. Dette er alle ulike faktorer som har skapt en interesse hos meg til å utforske helsesøsters forståelse og handlingskunnskap i veiledningen av foreldre i spedbarnets adferd.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om helsesøstrenes erfaringer med å lære og bruke metoden. Helsesøstre veileder foreldrene i det å forstå sine spedbarn ut fra NBO-metoden. Så hvordan opplever og erfarer helsesøster denne endringen i praksisutøvelsen? Opplevs det som stressende, positivt, faglig utviklende og er det til støtte i veiledningssituasjonen eller ikke? Dette var spørsmål jeg stilte meg underveis i arbeidet med masteroppgaven og som jeg ønsket å forske på og forsøke å finne noen svar på.

Studiens problemstillinger er som følger;

Hvilken kunnskap har Newborn Behavioral Observation metoden gitt helsesøster, og hvordan anvender helsesøstrene NBO-kunnskapen i praksis?

1.4 Begrepsavklaringer

NBO-metoden beskrives i teorikapittelet, og omtales i oppgaven som NBO og NBO-metoden. Den som utfører NBO-metoden beskrives som observatør, kliniker, og helsesøster og informant.

Samspill brukes i oppgaven om kommunikasjonen mellom spedbarnet og foreldrene, både den verbale og ikke-verbale. Foreldrenes og helsesøstrenes sensitivitet i samspillet med

spedbarn henviser til graden av oppmerksomhet foreldrene har for spedbarnets adferd, som eksempelvis uttrykk for det å ha sosial kontakt (Smith & Ulvund, 1999).

Samspeillet mellom spedbarnet og de voksne skaper grunnlag for samhandling mellom helsesøster, spedbarnet og foreldrene. En samhandling er da en handling mellom flere mennesker i en større menings- og forståelsessammenheng (Molander, 1996). I oppgaven brukes imidlertid samhandling også om det å beskrive helsesøsters veiledningssituasjon med familiene. I oppgaven brukes begrepet foreldre-spedbarns relasjonen for å beskrive samspill og tilknytningsprosesser mellom foreldre og spedbarn.

1.5 Begrensninger

Et mastergradsprosjekt er begrenset i omfang i størrelse og antall informanter. Med et lite utvalg av informanter er det vanskelig å si noe generelt om resultatene. Sammensetning av utvalget i studien har også betydning for resultatene. Jeg håper likevel at resultatene kan gi inspirasjon til å utforske dette veiledningsfeltet videre, og bidra til nye perspektiv på foreldre-spedbarns relasjonens betydning for barnets utvikling.

1.6 Oppgavens oppbygging

Spedbarns kompetanse og behov, og helsesøsters arbeidsfelt er nødvendig bakgrunnsinformasjon som presenteres i kapittel 2. I det teoretiske kapittel 3 presenteres NBO-metoden med fokus på ideologien bak metoden. Videre i kapittel 3 presenteres Aristoteles kunnskapsformer, Hans-Georg Gadamer forståelsesfilosofi, Bengt Molander tanker om oppmerksomhet og tause kunnskap, og Patricia Benner teori om kompetanseutvikling. Alle fire har på ulike måter vært sentrale for å belyse studiens resultater.

I metodekapittelet, nr 4, beskrives studiens hermeneutiske tilnærming, studiens design, metoder for innsamling, bearbeidelse, og analyse av dataene. I kapittel 5 presenteres resultatene for studien. Resultat og diskusjon presenteres i hvert sitt kapittel for å skape en bedre oversikt. I slutten av kapittel 3, 4 og 5 er det laget en oppsummering. I kapittel 6 diskuteres resultatene i lys av oppgavens teoretiske perspektiver og relevant forskning. I samme kapittel diskuteres studiens kvalitet som eget punkt. Siste kapittel, 7, er avslutning og oppsummering av studiens resultater.

1.7 Relevant forskning

Forskning rundt helsepersonells erfaringer med utgangspunkt i NBO-metoden er foreløpig mangelfull. Dette skyldes trolig at den er en relativ ny metode i Norge med fokus på en spesialisert kunnskap innenfor et fagområde. Først vil jeg belyse helsesøsterfeltet med to relevante studier ett om kunnskap og ett om NBO-metoden. En norsk studie viser at helsesøstrene etterlyser en mer spesialisert kunnskap. Studien omhandlet 23 helsesøstre som har blitt intervjuet om betydningen av sin kunnskap og identitet i en tid med store endringer i helsesøstertjenesten (Dahl & Clancy, 2015). Intervjuene hadde en narrativ inngangsport, det betyr at de fortalte fra sin praksis. Resultatene viste at helsesøstrene beskrev seg som generalister, at de viste lite omkring mye og de følte et behov for å være oppdaterte på relevante fagfelt. Helsesøstrene ønsker kunnskap om hva som var påkrevd i de ulike situasjoner, og kunne møte foreldrene med svar på spørsmål de hadde.

Kristel H. Nilsen (2015) har i sin mastergradsoppgave blant annet fokus på helsesøstres syn på behovet for strukturert veiledning, etter NBO-metoden, til førstegangsforeldre. Studien hadde 44 svar fra helsesøstre og 60 svar fra barnevernsansatte. Nilsen oppsummerer med å vise til en generell enighet blant helsesøstre og barnevernsansatte om at individuell veiledning, her ved bruk av NBO-metoden, er ønsket, og vil være svært nyttig. 80% av helsesøstrene i utvalget sa at de så gjentakende utfordringer hos førstegangsforeldre. Dette ble beskrevet som manglende kunnskap om den nyfødte, om hvordan bli kjent med spedbarnet, om rutiner og om samspill.

Litteratursøk har vært utført med hjelp av pico-skjema for å generere søkeord, og med veiledning av fagpersoner på universitetsbiblioteket. Følgende søkeord har vært brukt; public health nurse, health visitor, community nurse, NBO-method, practical skills, clinical competence, skills acquisition, assessment tool, professional competence, first home visit, newborn og infants. Jeg har utført søkene i databasene pubmed, cinahl og helsebiblioteket. I litteratursøket fant jeg noen utenlandske studier som kan være med på å belyse helsesøsterfeltet som jeg har forsket i. Jeg fant to studier som omhandler NBO-metoden, og disse beskrives først.

McManus og Nugent (2011) beskriver i et kvantitativt pilotstudie med 18 helsearbeidere, hvor NBO-metoden var integrert i fødselstilbudet til familier bestående av unge mødre.

Helsearbeiderne i studien rapporterte positive tanker omkring sine kliniske ferdigheter og en bedre selvtillit i å arbeide med høy-risiko familier. Dette er en liten studie, og forfatterne gjør oppmerksom på at resultatene bare kan vise retning for videre studier.

I et walesisk studie belyser Holland og Watkins (2015) helsesøstres tanker omkring implementering av NBO-metoden, både barrierer og tilretteleggende faktorer i artikkelen "Flying start". Det er et kvantitativt studie med 12 informanter. En majoritet av utvalgte mente en implementering av NBO-metoden var fordelaktig for foreldre, og at NBO var med på å forsterke foreldre-spedbarns relasjonen. Alle så på NBO som en viktig del av helsesøsters rolle ved hjemmebesøk. Åtte av 12 helsesøstre svarte at de hadde trent på NBO-metoden i ett til to år etter opplæringen. Elleve helsesøstre viste til at de hadde fått adekvat trening og følte seg trygge til å implementere metoden. Holland og Watkins utvalg viste til et behov for en "on-going support" for å dele erfaring, refleksjon om praksis og diskusjoner om strategier for å overkomme barrierer som ble identifisert underveis, når man implementere NBO-metoden.

Ann Pettit (2008) har gjort intervju av seks helsesøstre omkring deres erfaringer med å bruke en metode i vurdering av spedbarns tilknytning til sine foreldre. Metoden "Child Assessment Rating and Evaluating Program", er forskjellig fra NBO-metoden, men studien har funnet verd å se på ut fra et helsesøsterperspektiv. Metoden hjelper helsesøstrene å vurdere tilknytning og støtte til familier med tilknytningsproblemer. Majoriteten av helsesøstrene fremhevet viktigheten av at de hadde kunnskap og ferdigheter i å vurdere tilknytning. Helsesøster delte ikke bruken av verktøyet med foreldrene, de var usikre på verktøyet og på hvordan resultatet av scoringen ville virke inn på foreldrenes følelser. Helsesøstrene mente mer regelmessige hjemmebesøk var viktig for å få utvikle stabile relasjoner og mer riktige vurderinger av spedbarnets utvikling. Utvalget etterlyste klare retningslinjer for hvordan helsesøstre skal vurdere og støtte. De rapporterte også et behov for trening, støtte og veiledning i verktøyet med kollegaer.

McAtamney (2011) har intervjuet seks helsesøstre i Skottland om deres erfaringer omkring det å vurdere foreldre-spedbarns relasjonen. McAtamney funn er at helsesøstrene fremhever det å bygge relasjoner over tid med familiene som en grunnleggende faktor for å kunne vurdere tilknytning. Helsesøstrene fremhever det å støtte mammaen i sin erfaring med spedbarnet, og at de forsøker å gjøre mest mulig for at mødrene skulle føle glede og knytte seg til spedbarnet. Kun en av seks kunne tenke seg et verktøy til å gjøre vurderingen med.

I et fokusgruppe-studie med 24 helsesøstre, viser Wilson m.fl (2008) til at helsesøstre bruker komplekse strategier til å integrere informasjon omkring foreldre-spedbarns relasjon, og disse strategiene er i tillærte på ulike måter. Utvalget fortalte blant annet om adferdsobservasjoner av spedbarn, og refleksjoner over relasjonen mellom helsesøster og foreldre. For å forstå utfordringer i foreldre-spedbarns relasjonen var kontinuitet en viktig faktor også i denne studien. Utvalget mente de manglet formell trening i å vurdere foreldre-spedbarns relasjonen.

Oppsummert kan vi si at den forskningen jeg gjør rede for er sprikende og viser til et fagområde der man foreløpig ikke har noen konsesus. Allikevel kan man forholde seg til enkel studier når man skal forsøke å belyse egne resultater.

2 Bakgrunnskontekst for feltet

I dette kapittelet vil jeg gi en kort redegjørelse omkring spedbarn og helsesøster. Spedbarnet er allerede et kompetent individ ved fødsel, men har behov for riktig stimulering av sine foreldre for å utvikle seg videre.

Helsesøsters arbeidsområde er stort og variert. For å sette meg inn i arbeidsfeltet til helsesøstrene har jeg hatt noen samtaler med helsesøstre i egen kommune. Jeg vil beskrive det som er aktuelt for å forstå prosjektet og problemstillingen til oppgaven.

2.1 Spedbarn

Det nyfødte spedbarnet er født etter 37-40 ukers svangerskap. Spedbarnet kan allerede mye, men trenger stimulering for å utvikle seg på best mulig måte (Smith & Ulvund, 1999).

I dag vet vi at spedbarn er født med et bredt spekter av mentale egenskaper og predisposisjoner. De er født med evner som er spesielt tilpasset spedbarnets kritiske behov tidlig i livet (Nugent m.fl., 2007, s.6-8). Spedbarn kan se. Spedbarnet kan kjenne igjen mammas ansikt og hennes ulike følelsesuttrykk i ansiktet. Spedbarnet kan lukte og kjenne igjen mammas lukt. De kan høre og gjenkjenne lydene av mammas stemme. De kan regulere sin egen tilstand av oppmerksomhet. Spedbarnet viser seg frem og kan forstås gjennom hvordan de puster, hvordan hudfargen er og hvordan deres temperatur er. De viser seg også frem med hvordan de beveger på kroppen, sine bevegelser i armer, ben og bolen.

Spedbarnets adferd er altså deres individuelle uttrykk for hvem de er som menneske.

Det å samhandle og å skape en tilknytningsprosess med sine foreldre er essensielt for å utvikle spedbarnet medfødte mentale evner og predisposisjoner (2007). Forskere som Bowlby, Brazelton, Stern og Trevarthen har fokusert på viktigheten av at det skjer en kommunikasjon mellom foreldre og spedbarnet, og hvordan dette kan styrke forholdet mellom de (Smith og Ulvund, 1999). For å få til denne kommunikasjon og samspillet er det viktig å forstå spedbarnets adferd. Det er foreldrenes store glede og også utfordring å lære sin egen baby å kjenne, og følge babyens utvikling og kapasitet. Dette landskapet for foreldrene beskrives blant annet i "En bedre start-for deg og din baby" (Landsem, 2012). Landsems dikt "Visste du?" gir en god beskrivelse av spedbarnet muligheter for samspill og påpeke også viktigheten av berøringen for spedbarnets utvikling.

2.2 Helsesøster

Helsesøster har hovedfokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene. Dette arbeidet er organisert gjennom kommunens lovpålagte helsestasjons-og skolehelsetjeneste til foreldre og barn i alderen null til 20 år (Helsedirektoratet, 2003). Til dette arbeidet har de en veileder IS-1145(Helsedirektoratet, 2004).

Hjemmebesøk av helsesøster er forskriftsfestet som et tilbud til alle nybakte foreldre. Når spedbarnet er ved null til to ukers alder er hjemmebesøk på programmet, og i følge veilederens punkt 8.6.1. har helsesøster da elleve temaer som informeres og veiledes omkring. Først og fremst handler hjemmebesøket om at helsesøster og familien bør bli kjent med hverandre. Det er helsesøsters første møte med det nyfødte spedbarnet, og kanskje er foreldrene og helsesøster også ukjente for hverandre.

Videre er helsesøstrenes rolle i stor grad informativ og veiledende ut ifra foreldrene og spedbarnets behov. Gjennom samtaler med foreldrene informerer og veileder helsesøstrene omkring amming, og ernæring. De veilede foreldrene omkring hvordan tolke spedbarnets signaler og behov og hvordan svare på signalene. Som eksempelvis kan være hvordan få spedbarnet våkent nok til å kunne spise, og hvordan få spedbarnet til å finne ro og hvile etter måltidene. Samspillsveiledningen er selvsagt helt individuell ut fra spedbarnets og foreldrenes situasjon, samt helsesøsters erfaring og forståelse for temaet. Underveis i besøket måles spedbarnet hodeomkrets og det veies. Arbeidsinstruksen til helsesøstrene er generell, og det er i stor grad opp til kommunene og helsesøstrene å utforme det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Som nevnt innledningsvis har helsesøstrene en nasjonal faglig retningslinje som heter "Nytt liv og trygg barseltid for familien", IS-2057, rettet mot sitt arbeide omkring spedbarnet og foreldrene (Helsedirektoratet, 2014).

3 Teoretisk utgangspunkt

I oppgaven vil jeg belyse helsesøstre og deres anvendelse av metoden Newborn Behavioral Observation (NBO), og hvordan NBO-kunnskapen kommer til uttrykk i praksisen. Som første del av dette kapittelet presenteres NBO-metoden som har vært i fokus for helsesøstrenes kunnskapsutvikling. Etter hvert i møte med min empiri var det noen teoretiske støttespillere som forsterket seg og ble aktuelle for å belyse forskerspørsmålet. Disse vil jeg kort presentere, og etterhvert utdype videre etter først å ha presentert NBO-metoden. Aristoteles vil med sine kunnskapsformer kunne kaste lys over de empiriske funn. Likeledes vil Hans Georg Gadamer som belyser det å forstå, i møtene og dialogen med tekst og mennesker være sentral. Patricia Benner som har vært opptatt av å forske på hvordan sykepleiere utvikler sin faglige kunnskap i praksis. Dette er også relevant for studiens problemstilling. Bengt Molander som er opptatt av den praktiske handlingen, og ser på kroppen som en viktig kilde til kunnskap. Molanders refleksjoner rundt den oppmerksomme kunnskap vil også kaste lys over resultat diskusjonen.

3.1 Newborn Behavioral Observation-metoden

Metoden Newborn Behavioral Observation (NBO) er videreutviklet etter Newborn Behavioral Assessment Scale (NBAS) (Nugent m.fl., 2007). NBAS ble utviklet av forskere ved Harvard Medical School i Boston med T.B. Brazelton som spydspiss. NBAS er et anerkjent verktøy for vurdering av nyfødtes nevrologiske utvikling og adferd. NBAS er en omfattende metode, som brukes i den kliniske hverdag og til forskning. Utviklingen av NBO-metoden har vært inspirert av den kliniske bruken av NBAS, og også etterpurt av fagfolkene som brukte NBAS (2007).

Spedbarnet som et unikt og selvstendig individ, og den nyfødte og foreldre-dyaden har vært et hovedinteresseområde for T.B.Brazelton. Å forstå hvert enkelt individ som unikt og anerkjenne det nyfødte spedbarnets språk, samt å møte alle familiene med anerkjennelse og respekt har hatt stor betydning for utviklingen av NBO (2007). NBO som metode er først og fremst utviklet med tanke på relasjonsbygging. Målet med Newborn Behavioral Observation er å oppnå kontakt med foreldrene, og sammen utforske barnet deres til en felles forståelse som man deler med foreldrene. En NBO kan utføres mellom null til tre måneders alder (2007).

Kliniske prinsipp

Newborn Behavioral Observation er grunnlagt omkring syv kliniske prinsipp som guider klinikeren (Nugent m.fl., 2007). De kliniske prinsippene er:

1. NBO metoden er i utgangspunktet relasjonell.

Det er relasjonen som er grunnlaget for den videre samværet rundt spedbarnet.

2. NBO er spedbarnsfokusert. Spedbarnets adferd og uttrykk er i metodens hjerte og metoden intensjon er å gi spedbarnet en stemme.

3. NBO har sin oppmerksomhet på spedbarnets individuelle utvikling.

4. NBO er en familiesentrert metode, og det er fokus på å hjelpe familien til å se og bruke sine ressurser på best mulig måte for spedbarnet.

5. NBO er basert på en positiv adaptiv model. Ved en positiv tilpasnings-strategi har man i stor grad fokus på barnet og familiens ressurser, snarere enn deres utfordringer og diagnoser.

6. NBO har fokus på utviklingen av et positivt samspill mellom helsepersonell og familien.

7. NBO har fokus på å bygge broer, og skape felles forståelse mellom barnets familie, kommunehelsetjenesten og sykehus. Formålet med hjemmebesøk er å møte spedbarnet der det er slik at det får vist seg frem på best mulig måte.

En praktisk gjennomføring av Newborn Behavioral Observation metoden bygger på en observasjon som rammer inn en samhandling med spedbarnet og foreldrene (Nugent m.fl., 2007). I samhandlingen har NBO-observatøren 18 punkter å forholde seg til ved observasjon av spedbarnet (vedlegg nr 7). Observasjonsfokus i metoden kan samles i begrepet AMOR som står for autonom regulering, motorisk regulering, organisering av våkenhet og søvn, og responsivitet til omgivelsene. Observasjonen utføres sammen med foreldrene underveis i samhandlingen. Samtalen med foreldrene er en av grunnelementene. Man ser og observerer barnet sammen mens observatør utfører de 18 punktene, og samtale om det man observerer. Flexibilitet bør tilstrebes slik at de ulike observasjoner tilpasses barnets adferd, foreldrenes fokus og målet med veiledningen.

Relasjonsbygging i NBO-metoden

Kliniker får opplæring i basis teknikker med kommunikasjonsferdigheter, og en veiledning i holdning og omsorgsuttrykk (Nugent m.fl., 2007, s.133-137). Videre presenteres tre hovedstrategier som er viktige for klinikerens i NBO-observasjonen for å bygge en frisk og velfungerende relasjon.

1. Å observere spedbarnet med foreldrene tilstede.
2. Å fortelle foreldrene det som klinikerens gjør og det som klinikerens ser.
3. Å involvere foreldrene aktivt i observasjonen.

Dette er elementer som er viktige for foreldrenes relasjon til spedbarnet. Klinikerens lærer foreldrene å gi tilpasset respons. Dette handler om å lære foreldrene ferdigheter i å observere og respondere veltilpasset på spedbarns adferd. Klinikerens lærer å veilede foreldrene i å vise respekt for spedbarnet, det vil si å tillate spedbarnets individuelle adferd. Foreldrenes aksept bygger spedbarnets identitet og identitetsfølelse. Empati handler om hvordan foreldrene gjenkjenner, forstår og reflektere om spedbarnets bevissthet og følelser. Spedbarnets følelse av trygghet og tillit er avhengig av empati og riktig respons på sin adferd.

Her er det viktig å forstå at det tar tid å bygge en relasjon og at spedbarnet trenger kontinuerlige møter med foreldrene. Foreldrenes kontakt med spedbarnet er avgjørende for å bygge relasjonen. I en relasjon må man kunne forstå feil og tilby veier for å reparere disse, så også i samspillet mellom foreldre og spedbarn. Under NBO-utdanningen er det fokus på hvordan foreldrene kan gjøre det.

De kommunikasjonsferdigheter som beskrives for kliniker er organisert i en ramme som inkluderer tre typiske faser av en NBO (2007, s.138-148). Disse fasene er;

1. Før-NBO, mental forberedelse.

Denne er tenkt som en selvrefleksjon over hvor oppmerksomheten rettet, og hvordan er holdningen mot familien.

2. Gjennom-NBO, hvor det forsøkes å få til tre nivåer av fokus.

a) En mental snapshot av situasjonen man står i med familien, hvordan er rommet, hvordan er familien plassert i forhold til hverandre, og hvordan er den emosjonelle stemningen.

b) Nært fokus på foreldre-spedbarn samspillet. Det gies her tre kommunikasjonsstrategier for å bygge en god relasjon med foreldrene og knytte de til spedbarnet. Det er aktiv lytting, klar og tydelig tale, samt å oppføre og handle slik at man fremskaffer en gjensidighetsfølelse.

Handler om å samarbeide og samhandle med respekt og gjenkjennelse, være ekte, pålitelig og formidle respons.

c) Et bredde fokus, her beskrives fire temaer som klinikerer bør tenke på underveis i NBO, samtidig mens den kommuniserer med familien.

3. Etter-NBO-fokus.

Her viktig med tydelig oppsummering av kliniker med å reflektere og gjennomgå observasjonen, spesielt for å skaffe en god oversikt for foreldrene over det som skjedde i samhandlingen, men også fordi det blir en refleksjons-øvelse for klinikerer.

Newborn Behavioral Observation-utdanning

Nasjonalt kompetansenettverk for sped og småbarns psykiske helse, som er organisert under Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør har rettigheten til å bruke metoden Newborn Behavioral Observation som undervisningsopplegg, samt sertifisering av NBO-observatører i Norge. I 2010 ble det gjennomført en NBO-utdanning av Brazeltoninstituttet i Tromsø. Fra 2014 har utdanningen vært ledet av Rbup Øst og Sør (Helseregion Øst & Sør, 2015).

Det som før var en to dagers opplæring fra Brazeltoninstituttet ved Children Hospital i Boston og Harvard Medical School er videreutviklet i Norge ved Rbup Øst og Sør.

Utdanning innen NBO-metoden tilbys i Norge i hovedsak til hele tjenestestedet. Den starter med to kursdager med teori og praktiske øvelser som bygger på boken "Understanding Newborn Behavior & Early Relationship" (Nugent m.fl., 2007). Deretter praktiseres kunnskapen ved å gjennomføre totalt 12 observasjoner i NBO-metoden på friske fullbårne barn, og på for tidlig fødte over 36 ukers gestasjonsalder og syke nyfødte. Observasjonene utføres i løpet av en seks måneders periode. For hver av NBO-observasjonene fyller studenten ut et skjema som er et resyme over hvordan spedbarnet viste seg frem, og hva som skjedde i møtet med familien, både egne opplevelser og tilbakemeldinger fra foreldrene.

Evalueringskjemaer sendes inn til veiledning. Etter seks uker er det en veiledningsdag der deltakerne tar med seg videofilm av en av sine NBO-veiledninger. Videofilmene blir vist og diskutert på veiledningsdagen. Samme prosedyre gjentas etter nye seks uker. Når alle har utført mellom ti til 12 observasjoner bør man praktisere NBO-metoden i ca seks måneder før

siste erfaringsseminardag avvikles. Til slutt i kurset, etter ca seks til ni måneder, gjør studenten seks NBO-er. For hver av disse sertifiserings-NBO-ene blir foreldrene bedt om å evaluere veiledningene på eget spørreskjema. Den som er under utdanning dokumenterer alle observasjoner skriftlig, og får sertifisering på grunnlag av disse, samt foreldrenes tilbakemeldinger.

3.2 Aristoteles

Den greske filosofen Aristoteles er født i 384 f.Kr. i byen Stageira på Chalkidike i Thrakia. Han var i starten av sin karriere elev av Platon, men arbeidet selvstendig som forfatter og lærer. Aristoteles var opptatt av at vi skulle ha blikket mot de rette tingene, og gjøre det rette. Han beskrev at målet for teoretisk viten var sannhet og for praktisk viten handlinger. Aristoteles døde i 322 f.Kr. Aristoteles skriver om praktisk kunnskap i "Den Nikomakiske Etikk". Jeg referer til boken hvor professor Trond Berg Eriksen har skrevet et innledende essay og som er oversatt av Øyvind Rabbås, og Anfinn Stigen (Aristoteles, 1999).

Aristoteles tanker om teoretisk og praktisk kunnskap

Aristoteles (1999) hevdet teoretiske kunnskap ikke alene kunne legges til grunn for menneskets praksis. Praktisk kunnskap kunne ikke forstås bare som anvendt teori, men at det like fullt var kunnskap selv om den ikke kunne beskrives på samme presise måte som teoretisk kunnskap. Han beskrev praktisk kunnskap som den kunnskap som kunne møte de vilkår som kjennetegner praktiske situasjoner, det variable og det tilfeldige. Aristoteles presenterer de tre kunnskapsformene epistemé, techné og fronesis. Den første handler om den teoretiske forståelsen, det som ikke kunne være annerledes. Techné og fronesis er kunnskapsformer hvor ting kan være annerledes. Aristoteles tre kunnskapsformer kan alle kaste lys over mine empiriske funn. Aristoteles (1999) skrev at menneskets sjel bestod av to deler, en uten fornuft og en med fornuft. Delen med fornuft delte han inn i den beregnende og den vitende fornuften. Han skrev at den beregnende inneholdt ting hvis utgangspunktet kunne forholde seg annerledes. Den vitende fornuften var det som ikke kunne forholde seg annerledes. Ingen ville overveie de ting som umulig kunne forholde seg annerledes. I menneskets sjel beskrev han at det var tre ting som var avgjørende for handling og sannhet. Dette var persepsjonen, fornuften og streben. Hvor fornuften, den vitende og beregnende, og menneskets begjær, ønsker og motiv, deres streben er utgangspunktet for menneskets handling (1999, s110-111).

Dyder

Aristoteles skrev om menneskets dyder. Dyder er noe som er knyttet til hvert enkelt menneske. En dyd viser seg ved de holdninger en har, og hvordan en utøver dydene i møte med andre mennesker. Vi får ris eller ros for våre holdninger. Det motsatte av en last er en dyd. Aristoteles beskrev at dydene viser seg i våre praktiske handlinger:

"dyd er en holdning som har med våre beslutninger å gjøre, som holder seg til middeelveien i forhold til oss bestemt av fornuften, nemlig den som den kloke ville bestemme den ved"
(Aristoteles, 1999, s.32).

Aristoteles (1999) var opptatt av at de kloke menneskene skulle være med på beslutninger. Det å være besluttsom beskrev han som ett av menneskets dyder. Dette var en dyd som viste seg når en stod overfor valg. For at mennesket kunne ta et valg var det nødvendig at det var fritt. Aristoteles beskrev at dydene var noe som mennesket måtte skaffe seg og som måtte modnes fram inne i hvert individ. For å forsøke å overføre dette til helsesøsteryrket, og andre helseprofesjoner som arbeider med spedbarn, kan det forstås som forskjellen mellom handling og holdning. Eller forskjellen mellom kunnskapsformer *techné* og *fronesis*. *Techné* er en håndtverksmessig kunnen, hvor det er en adferd som har et mål i noe. *Fronesis* handler om en moralsk teft i situasjoner.

Fronesis utvikles via menneskets erfaringer i bestemte situasjoner, en situasjonsfornemmelse. Aristoteles (1999) skrev at mennesket må selv evne å sette denne erfaringen sin i spill. Når helsesøster gjennomfører et hjemmebesøk med NBO hos en familie, så er det opp til henne å gjøre valg i forhold til hvordan besøket gjennomføres sett i lys av den familiesituasjonen hun møter. Dette er kunnskapsformen *fronesis*. *Fronesis* kan for eksempel vise seg ved at helsesøster noen ganger møter foreldre som har helt andre behov under hjemmebesøket enn det helsesøster har planlagt. Da vil det være riktigst å møte foreldrene der de er, og avklare spørsmålene de har først, med det mål at man kan begynne med et spedbarnsfokus.

Hvordan helsesøster i møtet med familien bruker sin kropp, eksempelvis hvordan hun holder og støtter spedbarnet mens hun undersøker det, og hvordan hun beveger lyset og den røde ballen foran spedbarnet, raskt, sakte, eller i midt i mellom fart kan betegnes som *techné*. Helsesøsters bruk av eget ansiktsuttrykk, og stemmen i samspill med spedbarnet og foreldrene

vil også være techné. Techné er kvaliteten på handlingene helsesøster utfører, mens fronesis er holdningen, og den viten som ligger til grunn for handlingen hos helsesøster.

Klokskap og handling

Klokskap knyttet Aristoteles til fronesis (1999). Kloge mennesker var de som kunne overveie. Det handler om å handle. En godt utført handling er en dyd. Han knyttet techné og fronesis til den type kunnen "som kan være annerledes". Klokskapen knyttes til fronesis og det som kan være annerledes. Aristoteles skriver at mennesket må observere de kloke for å forstå klokskap. Den kloke har evnen til å overveie, vurdere og handle. På denne måten kan man si at klokskap er noe personlig, og knyttet til den som utfører en handling. Den som har evnen til å overveie og vurdere, beslutte og handle er klok. Den handlingen som fører til målet viser frem den klokskap som den aktuelle utøver besitter.

Overveielse i handling er også av de ting som er annerledes og er opp til oss i det daglige (1999). Overveielse kan etterstrebnes i handling. Det er de ulike mulige handlinger som overveies. Mennesket tar selvstendige beslutninger, og henter også inn råd fra andre når store beslutninger skal taes. Beslutning er viktig hevdet Aristoteles. Det er en overveid strebende fornuft eller tenkende strebende som fører til en handling."en beslutning kan ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning, for det å gjøre det godt, eller det motsatte, i handling er ikke mulig uten tenkning og karakter"(Aristoteles, 1999, s.112).

Beslutning kan ikke finne sted uten valg, det er opp til oss. Ansvar og karakterholdning på veien mot målene. Det er våre vurderinger og handlinger som blir avgjørende. Det er den enkeltes persons karakter og holdning som kommer i søkelyset. Aristoteles (1999) skrev det var opp til oss selv å både handle og ikke handle. Vi har et stort ansvar. Særlig mente Aristoteles (1999) at dette var stort når man har kunnskap, for utgangspunktet er en selv, og hver enkelt person blir dømt ut i fra det.

3.3 Hans Georg Gadamer kunnskapsforståelse

Gadamer er en tysk filosof. Han ble født år 1900 i byen Marburg og levde til 2002. Allerede i ung alder ble han interessert i filosofi og var elev av Martin Heidegger. Gadamer har bidratt til å utforme den moderne hermeneutikken, fortolkningslære, der begrepet om forforståelse inngår. Forforståelse er at vi mennesker forstår ut fra vår erfaringsbakgrunn (Gadamer, 2012).

Ett hovedtema i hermeneutikken er å forstå tekst, og Gadamer beskriver hvordan vi kan forstå tekst gjennom den hermeneutiske sirkel (2012, s.302-308). Gadamer skriver at når vi har lest en tekst gjentatte ganger vil vi kunne se andre meningsbærende enheter etterhvert. Vi får tak i den tekstlige mening på en ny måte for hver gang. Gadamer (2012) skriver at det skal åpne seg en annerledeshet i teksten, i en hermeneutisk tradisjon skal dette fremtre som et spørsmål. Gadamer (2012) tar et oppgjør med vitenskapens sannhetskrav i sitt kjente verk Sannhet og Metode. Han kritiserer naturvitenskapen for å gjøre mennesket til et vitensobjekt (2012, s.9). Gadamer var opptatt av å beskrive hva som skjedde når mennesket gikk inn i en dialog med et annet menneske, når de beskuet et maleri eller forsøkte å lese en tekst. I dialogen er deltakerne opptatt av en felles sak. Gadamer mente man da gikk inn i et meningsrom som var mettet med felles mening. Det er møtene i meningsrommene Gadamer forsøkte å beskrive (2012, s10). Sentralt er det som skjer i møtene, og hva som muliggjør disse møtene.

Gadamer skriver at Heidegger utarbeidet en ny forståelse av den hermeneutiske sirkel. Han refererte til Heidegger : "sirkelen er hele tiden bestemt av forforståelsens foregripende bevegelse" (Gadamer, 2012, s.331). Mennesket må altså ha med seg en forforståelse for å kunne forstå. Ut ifra dette beskriver Gadamer forståelse i den hermeneutiske sirkel som "et sampill mellom overleveringens bevegelse og fortolkerens bevegelse" og "foregripelsen av mening som leder vår tekstforståelse, er ingen subjektivitetens handling, men bestemmes av det fellesskapet som forbinder oss med overleveringen" (Gadamer, 2012.s .331). Overført til helsesøsterpraksis med NBO kan dette bety at helsesøster og foreldre forstår med sin egen forforståelse i den situasjonen de er i. I en NBO sammenheng vil dette si at det de kan forstå også vil være avhengig av situasjonen som spedbarnet viser frem. Samspillet mellom helsesøster og foreldres forforståelse og spedbarnets adferd der og da blir avgjørende for hva som kan forsøkes fortolket og finne felles mening og forståelse i. Foreldrenes forforståelse eksempelvis deres tidligere erfaring i foreldrerollen, vil ha betydning for hvordan de kan samhandle og søke nye forståelser i samhandling med spedbarnet og helsesøster. Gadamer skriver at den erfaring de har med seg fra tidligere vil påvirke deres måter å samhandle på med spedbarnet og helsesøster.

For-dommer og erfaring

Gadamer skriver at enhver forståelse skjer utifra det erfaringsgrunnlaget som menneske til enhver tid besitter. Altså menneskets forråd av innsikter, erfaringer, opplevelser og

oppfatninger. Han beskriver dette som menneskets for-dommer som man må benytte seg av for å forstå. Summen av for-dommer preger forståelsen. Det er vår forforståelse vi bærer med oss inn i dialoger, og samhandlinger med andre mennesker, og til tekster som spiller inn på vår forståelse der og da. I fortsettelsen vil jeg omtale det Gadamer beskriver som for-dom som forforståelse (2012, s.332-333).

Gadamer (2012) beskriver at mennesket gjennom sitt møte med tekster, og gjennom samtaler med andre mennesker kan erfare noe nytt. Mennesket kan gjøre seg to slags erfaringer i disse møtene, en positiv og en negativ erfaring. I den negative erfaringen skjer noe som vi ikke forventer, og det er denne erfaringen som vil føre til ny forståelse, eller kunnskap. Denne måten å erfare på kaller Gadamer den egentlige erfaringen. Den positive erfaringen bekrefte det vi kan fra før, altså våre forventninger. Denne erfaringen fører ikke til ny kunnskap fordi den bekrefter bare det vi kan (2012, s.394).

Forståelse, horisont og horisontsammensmeltning

Gadamer beskriver den viktigste av alle hermeneutiske betingelser som "Forståelsen begynner som sagt med at noe taler til oss" (2012, s.337). For at en forståelsesprosess kan skje så skjer det en horisontsammensmeltning. Begrepet viser til en meningshorisont hvor noe av horisontene til den som forsøker å forstå og den som blir forsøkt forstått møtes. Det er i en slik overleveringssituasjon om noe av meningshorisontene møtes at forståelsen oppstår slik jeg forstår Gadamer (2012, s.345).

Gadamer skriver at det skjer en overlevering i nåtiden som har sine grenser. Det er et ståsted som begrenser muligheten for å se i den horisonten du skal se i. Begrepet horisont bruker Gadamer for "å beskrive den synskrets som omfatter og omslutter alt det som er synlig fra et bestemt punkt" når du skal forsøke å forstå (Gadamer, 2012, s.341). Det er aldri mulig å klargjøre en situasjon fullt ut, men målet er at det vi ønsker å forstå skal vise seg i sin sanne mening. Bare ved å stille spørsmål kan vi tenke ut våre fordommer og sitte de i spill slik at nye forståelser kunne komme. Det å ha oppnådd en felles horisont med teksten du leser eller samtalen du er i, vil noe kunne bli til andre erfaringer, da er vi forstående med Gadamers ord. En horisontsammensmeltning har skjedd. Å forstå er å forstå noe annerledes sett i lys av tidligere erfaringer hevder Gadamer (2012).

Horisonten som helsesøstre arbeider med er egen forforståelse i alle samhandlingene.

Dette er vår forforståelse som Gadamer (2012) mener spiller inn for å overhodet kunne forstå. Det vil si at uten erfaring med spedbarn gjennom sitt yrke så ville det vært liten hensikt i å ta en NBO-utdanning. Om vi ikke har noen erfaring med oss omkring spedbarn, så er det vanskelig å forstå utdanningen i NBO-metoden. Erfaringer helsesøstre har med seg gjennom sykepleier og helsesøsterpraksis har derfor betydning for å kunne forstå det de erfarer i sin NBO-utdanning og praksis av metoden. Om helsesøster aldri hadde eksempelvis holdt, stelt og hatt øyekontakt og sosialt samspill med et spedbarn så er det vanskelig å forstå NBO-metoden. Helsesøsters tidligere erfaring med foreldrene og spedbarnet ved spedbarnskontroller, og vaksinerings og ammeveiledning vil ha betydning for å kunne forstå, og dermed utvikle kunnskap om samspillet mellom spedbarnet og foreldrene.

3.4 Patricia Benner

Patricia Benner er født i 1940, og er RN, PhD, FAAN ved San Francisco School of Nursing. Hennes forskning og teorier ble aktuelle i Norge på 1990 tallet med boken "Fra Novise til Ekspert", der hun beskriver en trinnvis kunnskapsutvikling i sykepleiefaget ved hjelp av Dreyfus og Dreyfus ferdighetslæringsmodell.

I boken "Fra Novise til Ekspert" som kom i 1984 beskriver Benner (1995) hvordan faglig utvikling av sykepleiere kommer til uttrykk i praksis. Trinnene i Benners teori er novise, avansert nybegynner, den kompetente utøver, den kyndige utøver og til slutt eksperten (1995, s.35-46). Der novisen har adferd som er begrenset og lite fleksibel, og handler helt etter reglene i praksis. Novisen må konsentrere seg slik at den i liten grad er i stand til å lytte og snakke. Den avanserte nybegynner kan se relevante likheter fra tidligere lignende situasjoner, denne kompetansen er situasjonsavhengig og konkret. Nybegynneren trenger hjelp til å se hva som skal prioriteres. Den kompetente utøver mestrer å se hva som bør prioriteres og kan lage langsiktige planer. Den kyndige utøver gjenkjenner mønstre og har et helhetlig perspektiv. Eksperten handler flytende og utvunget uten å tenke. Den gjør bare det som vanligvis virker og aktiviteten er blitt en del av sykepleieren.

Gjennom ferdighetstrinnene belyser Benner kunnskap som sykepleierne hadde eller manglet. Dette er relevant siden problemstillingen ønsker å belyse helsesøstres kunnskaputvikling og praksisendring etter å ha lært seg NBO-metoden. Helsesøstrene har fått både teori og praktiske øvelser i NBO-utdanningen som de etterpå arbeider med å trene inn i egen praksis.

Hvordan helsesøstrenes beskriver egne erfaringer omkring innlæring av sin nye praksis er noe av det jeg har vært interessert i å forske på, og det blir interessant å se hva de formidler.

Benner fremhever at sykepleierens arbeid i betydningen det å "vite hvordan", å tolke og handle var en rikdom av ubenyttet kunnskap. Benner støtter seg til vitenskapsfilosofene Kuhn og Polanyi som hevder at det "å vite at" og "vite hvordan" viser til forskjellige former for viten (1995, s.21). Jeg forstår Benner slik at mange av de ulike praksissituasjoner sykepleiere står i kan være av en slik art at sykepleier må kunne handle og tolke på forskjellige måter. Alle spedbarn har sitt individuelle adferdsmønster så helsesøstrene møter svært ulike praksis kontekster. Alle foreldrene som skal veiledes har med seg ulike forforståelser til å forstå med. Dette vil for helsesøster bety at hun hele tiden må bruke sin erfaring og sin teoretiske kunnskap for å forsøke å forstå og veilede foreldrene. Slik kan helsesøster forsøke å gi den enkelte familien det beste de kan der og da. Benner (1995) mente teoriene kom til kort når en så erfarne sykepleiere handle i komplekse situasjoner, og hun mente den kliniske dialogen med teorien gjorde det mulig for sykepleierne å utvikle seg. Dette fordi de gikk utover teorien når de handlet, og Benner har derfor hatt fokus på det sykepleierne forteller de gjør, hvordan de gjør det og hvordan de utvikler kunnskap i praksis i sin forskning.

3.5 Bengt Molander

Bengt Molander, Fil.Dr., professor ved Filosofiske Institutt, NTNU-Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet i Trondheim. Bengt Molander har sitt grunnsyn forankret i den klassiske filosofien og den moderne hermeneutikken (1996). Molander er opptatt av kunnskap i handling og kunnskap som en form for oppmerksomhet. Dette er Molanders røde tråd i boken "Kunnskap i handling" (1996). Hans oppmerksomhet er rettet mot den kunnskapen som vi erverver oss gjennom det å være, det å gjøre og det å erfare. Med dette aktualisere Molander den levende kunnskapen.

Molander beskriver to ulike kunnskapssyn som vi i den vestlige verden knytter oss til, og som det har vært og fortsatt er et unaturlige skille mellom (1996, s.68). Dette er den teoretiske og den praktiske kunnskapstradisjonen. Den teoretiske er i hovedsak kjent gjennom tenkning om å skille objekt og subjekt, også kalt dualismen. Den teoretiske viser seg gjennom sitt fokus på å formulere kunnskapen gjennom ord og tall, og det som er formulerbart er kunnskapen. Den praktiske kunnskapstradisjonen har sin basis i dialog og deltakelse med andre, og tar avstand

fra dualismen. I denne tradisjonen sees kunnskap som skapende i handlinger og samhandling med hverandre. Molander (1996) påpeker viktigheten av at kunnskap fra begge tradisjonene møtes og sammenflettes.

Kunnskap som en form for oppmerksomhet

Molander skriver om den kunnskapen som vi får gjennom våre handlinger (1996, s.25-29). I motsetning til dualismen hevder Molander at vi er våre kropper. Kunnskapen ligger i kroppen og kan ikke alltid fanges med ord. Det er gjennom kroppen vi handler og reflekterer, vi bruker kroppen og den er vårt utgangspunkt for å lære og forstå. Molander (1996) mener derfor at kroppen må gjeninsettes som erfaringskilde, og kroppen bør taes på alvor om man skal forstå kunnskap i handling.

For å lære seg kunnskap som en form for oppmerksomhet viser Molander til tre momenter (1996, s.13). Det første er øvelse eller trening. Det andre er diskusjoner om teknikk, refleksjon over hvordan handlinger utføres, og de muligheter som fantes og som kunne bli skapt, for slik å kunne utvikle et språk som tilhører denne bestemte virksomheten. Det tredje er personlig inntreden i en tradisjon gjennom mestere, beretninger og minner som har en viktig funksjon for å utvikle sin profesjonelle identitet. I skjæringspunktet mellom disse momentene mente Molander kunnskapen finnes. Det å lære seg et fag blir slik en aktiv prosess, hvor hver enkelt må stå ansvarlig for å lære seg et nytt fagområde. På veien til ny kunnskap må man problematisere og ha kontakt med virkeligheten. Det er viktig å lære seg å stille spørsmål med det man gjør og reflektere over det man er deltaker i. Molander kommer inn på den hermeneutiske tradisjon, han sier at for å kunne forstå må du ha en forforståelse (1996, s.69-70). Det å forstå knytter han blant annet til Gadammers forforståelse som en åpenhet mot verden, og den hermeneutiske sirkels pendlinger mellom helheter og deler for å forstå. Her viser Molander oppmerksomhet som en kunnskapsform gjennom å se kunnskap som noe som ikke har en begynnelse eller slutt, men er der hele veien som noe levende. Settes denne kunnskapen i sentrum mener Molander vi får "kunnskapsbildning", altså kunnskapsutvikling og ikke bare kunnskap (1996, s.70).

Taus kunnskap

Det tause er ikke lett å beskrive. Molander beskriver taus kunnskap som "en klyfta mellan beskrivning och den verklighet som beskrivs" (Molander, 1996, s.39). Han skriver at i en

praktisk situasjon kan mye beskrives, men at det alltid vil være noe i situasjonen som ikke kan gjengies, verken muntlig eller skriftlig. Hos hver enkelt utøver er det noe i handling og holdning som ikke kan forklares eller forstås. Molander viser til Polanyi som sier at "vi vet og kan mer än vi kan uttrycka i ord" for å beskrive det tause (1996, s.35). Den tause kunnskap er overalt og ingensteds, og finnes i alle kunnskapsformer. Han beskriver tre tause kunnskapsformer; den kroppslige kunnskapen som ikke kan beskrives eller uttrykkes i ord, den underforståtte og den som ikke har fått stemme eller tillates å få stemme (1996, s.42-45).

Bruken av kroppen er viktig i helsesøsters yrkesutøvelse. Helsesøstrenes kropp vil synliggjøre ulike være- og handlemåter. Kroppen blir brukt som et instrument i yrkesutøvelsen.

Helsesøstrene "samtaler" med foreldrene og spedbarnet gjennom sine kropper. Dette viser seg i måten de hilser på familien med sin stemme, med sine øyne, og kroppsholdningen. Det viser seg i måten å holde spedbarnet i armene, og hvordan de berører spedbarnet under undersøkelsen med sine hender. Helsesøsters måte å holde spedbarnet og posisjonere sitt ansikt for å oppnå blikk kontakt er også kroppslige kunnskapsformer. Helsesøster måte å posisjonere seg selv, hvordan hun sitter eller står med sin kropp i forhold til foreldrene og spedbarnet når hun utfører NBO er også kroppslige uttrykk. Dette er ulike kroppslige dialoger som helsesøster utøver i sitt yrke og er kunnskapsformer som faller inn under den kroppslige tause kunnskapsformen, og den underforståtte tause kunnskapsformen som Molander beskriver. Det er kunnskap som gradvis trenes opp gjennom utdanning og erverves gjennom erfaring i praksis.

En oppsummering av teoretisk perspektiv.

NBO-metodens hovedhensikt er å være en relasjonell metode for å skape kontakt mellom foreldre og spedbarn, samt foreldre og kliniker. Aristoteles kunnskapsformer vil belyse helsesøstrenes praktiske forståelse i konkrete situasjoner, og Molanders tanker om oppmerksomhet og tause kunnskap hjelper oss å få frem det de faktisk gjør. Benners tanker om kompetanseutvikling og sansemessig kunnskap bidrar til å sette ord på det helsesøstrene ser og kjenner i samspillet med spedbarnet. Gadammers fokus på dialog og fortolkning belyser særlig samtalen og samhandlingen med foreldrene. Gadammers forståelsesfilosofi er også min metodiske tilnærming, der det å stille gode og relevante spørsmål til informantene og dataene er viktig.

4 Metode

Metode beskriver en planlagt fremgangsmåte i forhold til å kunne gi svar på forskerspørsmålet i oppgaven. Forskerspørsmålet er hvilken kunnskap har NBO-metoden gitt helsesøstre, og hvordan anvender helsesøstrene kunnskapen i praksis. Her vil jeg presentere måten jeg har gått frem på, for å si noe om pålitelighet og troverdighet. Jeg vil også vise hvordan jeg har kommet frem til resultatene. Min forforståelse som gjør at jeg ser og forstår som jeg gjør, er også nødvendig å gjøre rede for og reflektere kritisk over.

4.1 Hermeneutisk tilnærming

I min masteroppgave ønsker jeg å forstå helsesøstrenes beskrivelser av opplevelser og erfaringer gjennom en hermeneutisk tilnærming. I et kvalitativ studie er jeg som forsker et viktig redskap, og det er derfor viktig å tydeliggjøre eget ståsted som forsker. Et hermeneutisk perspektiv innebærer at en søker forståelse gjennom tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2011). Gadamer (2003) skriver at den første av alle betingelser er å forstå seg selv i saken, og så kan man forstå den andres mening som sådan. Ved de spørsmålene jeg som forsker har stilt, åpner jeg opp for å forsøke å forstå en mening i det som informantene formidler. Jeg håper jeg evner å være forstående i min egen forforståelse. Bakgrunnen for at jeg stiller forskerspørsmålene ligger i min forforståelse som bygger på eget arbeid og livserfaring, og den forståelsen som jeg underveis har tilegnet meg gjennom teori om temaet, og samtaler med kollegaer. Jeg har en positiv erfaring med meg fra Nidcap-utdanning som har medført spesiell interesse for fagområdet som forskes i. Det kan også påvirke min tolkning og forståelse av funn at jeg er barnesykepleier og de jeg forsker på er helsesøstre. Vi har lik grunnutdanning og noe felles i det å arbeide med veiledning rundt den nybakte familien. Dette er forhold som kan påvirke min måte å forsøke å forstå på i intervju og i lesing av tekst. Det kan gi meg både fremmedhet og fortrolighet i samtalen med informantene og teksten (2003).

Gadamer (2012) sier vi forstår med vår forforståelse i samtalen og i møtet med teksten. Det er menneskets beskrivelser gjennom ord som gir oss meninger og intensjoner, og sammenhenger til å forstå med. Ordene vil vise oss vei til å forstå meningsinnholdet i tekster og samtaler. Slik vil vår kommunikasjon i intervjuet ha betydning i en hermeneutisk forståelse, i en felles mening i dialogene (2012).

Etter å ha klargjort sin egen forståelse i saken, er neste steg å utskille og forstå den andres mening i saken og dernest å ha å gjøre med den samme mening i saken. Det å forstå den

samme saken er den hermeneutiske betingelse (2003). Dette beskriver Gadamer ved at "hermeneutikkens oppgave besto i å klargjøre forståelsens mirakel, og at det da handlet om en delaktighet i en felles mening" (Gadamer, 2012, s. 330). Dette innebærer at jeg som forsker skal forsøke å være forstående i en delaktighet i et kontinuerlig samspill med informantens verden og min egen verden, gjennom intervjusamtaler og tekst. Da er jeg i en kontinuerlig forståelsesprosess og kan være forstående i hermeneutisk sammenheng om jeg finner en felles mening (2012). Jeg vil utdype dette nærmere med den hermeneutiske sirkel.

Den hermeneutiske sirkel blir omtalt som måten å forstå meninger og fortolkninger med i hermeneutikken (Gadamer, 2012). Gadamer referer til Heidegger beskrivelse av den hermeneutiske sirkel som "et ontologisk strukturmoment" (2012, s.331). Dette forstår jeg som en sirkel som er i en stadig spiral-lignende bevegelse, hvor det skjer en dialog mellom fortolkerens, altså meg som forsker, og overleveringens bevegelse. Overleveringens bevegelse kan være dialogen i intervjuene, transkribert tekst og litteratur. Når jeg som forsker med min forforståelse møter min første informant vil jeg ikke få en ny forståelse som en sirkel i helhet. Med min forforståelse og informantens forforståelse vil vi i intervjusituasjonen være i en dialog som kan åpne for ny forståelser gjennom felles meningsforståelse. De nye forståelsene gir ikke en total helhet, men nye meninger og tolkninger av en større del av fenomenet som jeg forsker på. Slik vil den hermeneutiske forståelsen utvikle seg underveis gjennom min forforståelse, intervjusamtaler, transkriberte tekster, litteratur om temaet og diskusjoner. Forskerspørsmålet mitt har endret seg underveis nettopp på bakgrunn av nye forståelser i møte med den transkriberte teksten. Ulike ord ble satt sammen til flere forskjellige meninger. Ord som jeg har vært i en aktiv dialog med over lengre tid. De har blitt til flere forskjellige nye forståelser og danner nye bilder av fenomenet jeg forsker på. Slik bruker jeg den hermeneutiske sirkel som en pendling og dialog i det å forsøke å se nye forståelser i de ord som informantene fortalte. Å forstå er slik en aktiv prosess i hermeneutikken, jeg er alltid i bevegelse mot noe annet. Dette er den hermeneutiske tilnærmingen slik jeg forstår den i dag.

4.2 Kvalitativ metode

I studien er fokus på helsesøstres erfaringer med NBO-metoden og det var derfor naturlig å velge en kvalitativ metode. Jeg støtter meg til og henter inspirasjon fra Malterud sin forståelse av kvalitativ metode. Malterud skriver at kvalitativ metode bygger på teorier om

menneskelige erfaringer og fortolkning, hvor det å fortolke er hermeneutikk (2011, s.26). Malterud beskriver at kvalitativ forskning handler om en kunnskapsutvikling som gir nye spørsmål og ikke universelle sannheter, og hvor forskeren anses som en viktig deltaker. Kvalitativ forskning kjennetegnes også gjennom små utvalg og forskernærhet til sine informanter (2011). I kvalitativ forskning er forskeren selv redskapet for innsamling og analyse av materialet (2011). Malterud beskriver forskerens arbeid som en systematisk og refleksiv prosess for kunnskapsutvikling, der prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring. Resultatene i det kvalitative studien bør deles med andre med tanke på overførbarhet, noe som etterstrebes i studien (2011). Informantene i studien vil bli intervjuet ved bruk av dybde og fokusgruppeintervju og derfor videre til disse.

Dybdeintervju og Fokusgruppeintervju

Det kvalitative dybdeintervjuet er en planlagt og strukturert samtale som er godt egnet for å få fram beskrivelser av informantens egne erfaringer (Malterud, 2011, s.130). Intervjuene utføres gjerne ved hjelp av en intervjuguide, med det mål å styre samtalen omkring de temaer forskeren ønsker å sette fokus på (2011).

Fokusgruppeintervju er en intervjuform hvor en gruppe informanter samles for å samtale rundt et bestemt tema (Malterud, 2012). Gjennom samhandling mellom informantene utvikles kvalitativ data, og det er dynamikken og samhandlingen mellom informantene som skal føre oss til en annen innsikt (2012, s.18). Metoden er vanlig å bruke når det forskes på helsepersonells erfaringer slik jeg gjør.

I denne studien skal jeg utforske og beskrive helsesøstres erfaring omkring NBO-metoden som er utdypet og beskrevet i kapittel 3.1. Målet er en rikere forståelse av informantenes erfaringer med bruk av NBO-metoden i praksis. Hensikten med dybdeintervjuene var at de kunne bidra med helsesøstrenes forståelse for å kunne gi mer presise spørsmål til intervjuguide til fokusgruppeintervjuet, samt gi forsker en forståelse av feltet jeg skulle forske i. Det er to informanter til dybdeintervju og fem til fokusgruppeintervjuet. Utvalget mitt på syv informanter er vurdert og funnet hensiktsmessig med tanke på prosjektes omfang, og Malteruds (2012) anbefaling for fokusgrupper. Intervjuene vil bli analysert med kvalitativ innholdsanalyse hvor jeg er inspirert av Hsieh og Shannon (2005), og bruker Elo og Kyngäs (2008) til gjennomføringen av analysen. Dataene fra dybde og fokusgruppeintervju vil bli

analysert likt og resultat vektlagt likt. Resultat vil bli diskutert opp mot teori, litteratur og resultatenes mulige implikasjoner i en senere diskusjonsdel. For å tilstrebe pålitelighet i studien støtter jeg meg til artikkelen "Qualitative Content Analysis: A focus on Trustworthiness" av Elo m.fl (2014), samt Malterud (2011).

4.2.1 Utvalg og utvalgsriterier

Mitt forskerspørsmål og min kompetanse er ledende for hvem som blir utvalget i studien. Utvalget er strategisk valgt (Malterud, 2012) og er helsesøstre med Newborn Behavioral Observation utdanning. Utvalgsriteriet er helsesøstre med utdanning i NBO-metoden fra 2014, og ca et halvt år erfaring med NBO-metoden. Begrunnelsen for utvalgsriteriet var at alle informantene da hadde mest mulig lik NBO-utdanning og erfaringsbakgrunn. Et halvt år med erfaring er nødvendig for at utvalget skulle ha fått praktisert og blitt kjent med metoden i en periode etter utdanningen. Informantene til dybdeintervjuene ble valgt fra tilfeldige steder ut i fra ovenstående kriterie. Informantene til fokusgruppeintervjuet ble valgt av samme kriterie som i dybde, men samtidig fra samme kommune av ressurs hensyn. Å velge helsesøstre med NBO-metoden som jobber innenfor samme virksomhet, altså en homogen gruppe, vil føre til at gruppen kan gjenkjenne og identifisere seg i hverandres erfaringer (2012, s. 44). Malterud sier assosiasjonseffekten øker med homogene grupper (2012). Malterud referer til Kjølstad og Høverstad som anbefale at deltakerne er på mest mulig likt nivå i en virksomhet (2012, s. 44). Med bakgrunn i dette har jeg valgt samme helsepersonellgruppe. Forøvrig har det vært ønskelig med variasjon i deltakernes erfaringslengde som helsesøstre fordi dette kan være med på å styrke bredden på datakvaliteten (2012). Deltakerne vil sannsynligvis kjenne hverandre fra arbeidslivet og utdanningen i NBO-metoden. Dette kan være positivt og det kan oppleves enklere å komme i gang å diskutere omkring temaet for fokusgruppeintervjuet (2012, s.45-46). Informanter i fokusgrupper beskrives i litteratur for deltakere, men videre vil jeg omtale fokusgruppens deltakere som informanter på lik linje med informantene fra dybdeintervju. Alle informantene var kvinner. Tre av syv rapporterte 15 til 18 års erfaring som helsesøster. I utvalget var totalt fem helsestasjoner involvert, i tre ulike kommuner i Norge.

4.2.2 Rekruttering av informanter

Forskningsspørsmålet rettet seg mot å forstå helsesøstres kunnskapsutvikling med NBO-metoden. Informantene ble derfor rekruttert via Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse som har ansvaret for utdanningen, Rbup Øst og Sør, jmfør kapittel 3.1. Jeg opprettet første kontakt med ansvarlige for NBO-utdanningen i mars 2015. Utover våren diskuterte vi via mail og over telefon muligheten for gjennomføringen av studien. Kontakt-personen ved Rbup videreformidlet kontakt med en helsesøster med NBO i en kommune som nylig hadde utdannet mange helsesøstre i NBO-metoden. Jeg opprettet kontakt med denne helsesøsteren for å høre om hun hadde muligheter for å bistå i rekruttering av informanter. Jeg mottok raskt positivt svar om at hun kunne bistå meg, og at hun hadde oversikt over alle helsesøstre med NBO-metoden i kommunen.

I starten av august da godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste(NSD) forelå ble det først sendt mail til min kontakt ved Rbup Øst og Sør. Jeg fikk i løpet av kort tid svar med mail adresser til to helsesøstre. Forespørsel til deltakelse i dybdeintervjuet ble sendt til disse på mail med informasjonsbrevet om dybdeintervjuet som vedlegg. Begge ga tilbakemelding på mail at de kunne tenke seg å delta og vi utvekslet videre mailer for å finne passende tidspunkt. Det var varierende om dybdeintervjuene skulle gjøres i arbeidstid eller ikke. Jeg valgte allikavel å sende mail med informasjonsbrevet til begge lederne for å informere om studien.

Kontaktpersonen i kommunen for fokusgruppen ble kontaktet med informasjon om at jeg hadde fått godkjenning fra NSD, og med spørsmål om hvordan vi skulle gå frem i den videre rekrutteringen til fokusgruppeintervjuet. Innen kort tid fikk jeg svar med ni mail adresser til helsesøstre med NBO, og at de var informert om mitt studie av henne før sommeren. Ved en feil ble det sendt en forespørsel på mail til de ni om deltakelse til intervjuet før jeg kontaktet ledende helsesøster i kommunen. Dette oppdaget jeg selv og beklagelse på mail ble raskt sendt ledende helsesøster. Fikk samme dag godkjenning til å fortsette rekrutteringen. På dette tidspunktet hadde to helsesøstre sagt ja til å delta på fokusgruppeintervjuet. I fortsettelsen gikk rekrutteringen av informanter tregere. Da jeg sendte mail nr to med forespørsel om deltakelse i studien fikk jeg vervet to nye. Etter ca to ukers tid måtte jeg avgjøre tidspunktet for intervjuet, og sendte da en siste mail og fikk vervet to nye helsesøstere. Totalt seks av ni helsesøstre takket ja til å delta. Noenlunde samtidig ble datoen for intervjuet satt og datoen førte til at jeg mistet en informant. Under fire uker etter at rekrutteringen startet stod jeg igjen

med fem helsesøstere som hadde samtykket til fokusgruppeintervjuet, og kunne møte på samme dag. Jamfør Malterud (2012) ble en påminnelse om intervjuavtalen sendt tre dager før fokusgruppeintervjuet skulle finne sted.

4.2.3 Intervjuguide

Tjora (2012) skriver at idealet for dybdeintervju er den frie og uformelle samtalen, og at en intervjuguide kan virke forstyrrende fordi samtalen kan bli for oppstyltet. På den andre siden kan en intervjuguide skape en atmosfære av seriøsitet for informantene (2012, s.135).

Malterud anbefaler en intervjuguide med fem til åtte hovedspørsmål for å hjelpe forskeren til å forberede fokusgruppeintervjuet, og konsentrere seg om to til tre hovedspørsmål i dagene før (2012, s.33,71.). Da prosjektet hadde to metodiske tilnærminger dybde og fokusgruppeintervju ble det lagd to intervjuguider (vedlegg 4 og 5). Disse ble lagd med inspirasjon fra NBO-metodens syv kliniske prinsipper. Intervjuguidene startet med et åpent spørsmål om informantenes erfaring med å bruke NBO-metoden omkring observasjoner av spedbarnet. Tre av ni spørsmål hadde egne stikkordsformulerte oppfølgingsspørsmål. Det niende var et avslutningsspørsmål. Forskjellen mellom guidene var at to spørsmål , nr tre og nr fem til dybdeintervjuet, ikke var med i intervjuguiden til fokusgruppeintervjuet.

4.2.4 Planlegging av dybdeintervju

I prosjektskissen var planen å reise til informantene å gjøre intervjuene ansikt til ansikt. På grunn av at jeg hadde under to uker til rådighet mellom første dybdeintervju og fokusgruppeintervjuet valgte jeg å gjøre intervjuene over telefon. Det beskrives av Tjora at dybdeintervju aller helst skal utføres ansikt til ansikt, men at telefon intervju kan brukes i særskilte tilfeller (2012, s.140-142). Det var viktig å få gjennomført dybdeintervjuene før fokusgruppeintervjuet. Begrunnelsen var at jeg skulle ut i et felt som jeg selv ikke arbeidet i, og at to intervju først kunne gi meg en annen forståelse for feltet enn det jeg hadde tenkt på. Begge informantene samtykket til telefonintervju. All kontakt foregikk på mail, og jeg sendte ut frankerte konvolutter med adressen min slik at de kunne sende sitt skriftlige samtykke i retur.

Etter anbefalinger i Tjora (2012) informerte jeg informanten om at det var en fordel om de hadde mulighet til å sitte på et stille og uforstyrret rom under intervjuet, og ha 1 time til rådighet til intervjuet. Jamfør Tjora (2012) planla jeg ti til 15 minutter i starten til å bli kjent

med, informere om prosjektet, og redegjøre for de forskningsetiske retningslinjer, samt ti minutter til avslutning. Som forberedelse reflekterte jeg rundt å være ekstra observant, gjenta spørsmål og spørre tilbake om noe var uklart under intervjuet. Dette med bakgrunn i Tjora beskrivelser av Fritz Pettersen som gjorde erfaringer under telefonintervju med tanke på å forstå informanten sin riktig når man mister det naturlige samtaleaspektet (2012, s.140). Intervjuguiden brukte jeg til å forberede meg til intervjuet. Jeg øvde meg på forhånd med å gå igjennom spørsmålene og få uttalen til å høres dagligdags ut, og mest mulig lik min egen dialekt. Jeg så at noen av spørsmålene gikk inn i hverandre. Etter diskusjon med veileder vurderte vi det som positivt å spørre om det samme på en annen måte, at ulike spørsmål om samme emne kunne bringe frem andre refleksjoner hos informantene.

Personopplysningsskjema (vedlegg 6) ble utarbeidet for å ha bakgrunnsinformasjon om informantene som skulle si noe om studiens problemstilling (Malterud, 2012, s.68).

Intervju teknisk forberedte jeg med å last ned en app, tapeAcall. Dette for å bruke appen som en lydopptaker under intervjuet. Denne ble testet ut på forhånd slik at jeg så at lyden fungerte bra og at jeg ble fortrolig med teknikken (2012, s.58-59).

4.2.5 Planlegging av fokusgruppeintervju

Samme uke som dybdeintervju ble utført og transkribert ble nøyaktig dato for fokusgruppeintervjuet fastsatt. Uken før intervjuet ble brukt til forberedelser sammens med veileder. I fokusgruppeintervju er det vanlig å ha en moderator og en sekretær (Malterud, 2012, s 65-67). Moderator er prosjektets leder, den som styrer samtalen mellom informantene og rollen beskrives som et håndverk av Malterud. Det kom forslag fra min veileder at jeg kunne være moderator, noe som ikke var planlagt i prosjektskissen. Rollen som moderator bør fortrinnsvis trenes på, men Malterud beskriver at dette kan balanseres mot feltkunnskap eller tillit noe som jeg til en viss grad hadde i min erfaringsbakgrunn. I tillegg var det jeg som hadde gjennomført dybdeintervjuene. Endringen var ikke nødvendig å melde til NSD. Min veileder fikk rollen som sekretær. Sekretærens oppgave er å legge merke til og skrive feltnotater om stemning og samhandling. Sekretæren noterer navnet på hver informant når den tar ordet, samt de tre første ordene denne sier (2012, s.65-67).

Ut fra anbefalingene hos Malterud planla jeg innledningen til intervjuet, og jeg lagde en kort presentasjon av temaet som en del av innledningen. Jeg øvde muntlig på å gjennomføre hvor

lang tid innledning tok, samtidig som jeg gjorde meg fortrolig med temaet. Et annet inngangsspørsmål ble planlagt. Det nye var om helsesøstrene erfarte NBO-metoden som morsom å arbeide med. Informantene i dybdeintervjuene beskrev sine erfaringer med ordet morsomt og inspirerende flere ganger. Et slikt spørsmål kunne også være med på å løse opp stemningen i starten av intervjuet (2012, s.68-72).

Malterud anbefaler å bruke intervjuguide som et arbeidsdokument dagene før intervjuet til å forberede seg. Dette ble gjort og jeg konsentrerte meg rundt tre hovedspørsmål (2012, s.71-72). Jeg valgte spørsmål en, fire og fem, forståelse, samhandling og hva har vært bra og hva har vært utfordrende som hovedtema. Dette var spørsmål som jeg tenkte var inviterende til informantene om å fortelle åpent og fritt om deres ulike erfaringer. Videre forberedte jeg spørsmålene med tanke på å si færrest mulig ord slik at spørsmålene skulle bli korte og tydelige når jeg skulle uttale de.

Malterud skriver at en av moderators viktigste oppgaver er samhandlingsflyt mellom deltakerne, hvor god samhandlingsflyt beskrives ved at alle informantene får komme til ordet med relevante, konkrete og balanserte historier om problemstillingen (2012, s.68-76). For å bidra til god samhandlingsflyt jamfør Malterud ble navneskilt til informantene ordnet og jeg lærte meg navnene deres. Jamfør Malterud reflekterte jeg rundt mulige kommunikasjonsmåter for å få alle informantene med. Dette for å kunne få de til å fortelle dypere om ting de kom frem med under intervjuet. Samtykkeskjema og personopplysningsskjema (vedlegg 3 og 6) ble klargjort. En av informantene reserverte rom, en time før intervjuet startet, siden vi kom reisende og ikke hadde oversikt over lokalet. Malterud beskriver ulike lengder på fokusgruppeintervjuene (2012). Jeg planla å bruke ca 1.5 time til intervjuet og 15 minutter i hver ende til oppstart og avslutning. Jamfør Malterud (2012) planla jeg at informantene som kom først kunne bruke tiden til å fylle ut skjemaene som ble lagt ut til hver enkelt.

Datainnsamlingen ble planlagt utført via lydopptak. Til dette ble det brukt to mobiltelefoners lydopptakere. Til fokusgruppeintervju anbefales to lydopptakere for å sikre en best mulig ivaretagelse av dataene (2012, s.58). På forhånd ble mobilenes lydopptakere testet med tanke på lyd kvaliteten på samtaleopptaket.

4.3 Mitt ståsted

Dette kan sies å være forskning i eget interessefelt selv om prosjektet er forskning utenfor mitt eget arbeidssted. Det er forskning som er innenfor et fagområde som har store likhetstrekk med mine egne arbeidsoppgaver i jobben med for tidlig fødte og syke nyfødtes familier. Jeg har arbeidserfaring hovedsakelig som barnesykepleier med for tidlig fødte og syke nyfødte i 20 år. I tillegg har jeg de siste syv år praktisert som Nidcap-profesjonell i mitt arbeide (Als, 1986a). Jeg har slik positive erfaringer når det gjelder å lære systematisk observasjon av for tidlig fødte og syke nyfødte, samt positive erfaringer i det å veilede foreldre i spedbarnets språk med Nidcap og NBO.

Gadamer beskriver forforståelse som et nøytralt begrep som "kan ha både en positiv og en negativ klang" (Gadamer, 2012, s.307). Vår forforståelse er et viktig utgangspunkt for overhodet å kunne forstå. Samtidig kan denne forståelsen gi meg utfordringer i form av at den kan stenge eller åpne for forståelse som jeg selv ikke er meg bevisst.

Metoden, NBO, er gradvis på vei inn som metode på eget arbeidssted. Jeg gikk derfor ut i forskningsfeltet med en forforståelse med litt erfaring omkring NBO metoden (2012). Jeg har vært med på å få demonstrert deler av metoden noen ganger sammens med kollegaer som er utdannet i den. Det er denne erfaringen som førte til at jeg overhodet begynte å tenke tanken å arbeide med NBO-metoden i prosjektet. Det blir viktig å være oppmerksom på egen forforståelse med mine positive erfaringer med Nidcap og NBO. Dette vil påvirke meg, og jeg håper jeg evner å bruke det slik at jeg kan bringe nye tanker og forståelser om fagfeltet frem. For å gå inn i rollen som forsker må jeg reposisjonere meg i forskningsfelt som jeg kjenner.

Gadamer skriver at all forståelse begynner med at noe taler til oss (2003, s.43). Og at dette ofte skjer gjennom et spørsmål. Gjennom å stille spørsmål ved en forforståelse så betyr ikke det at den blir tilsidesatt, den blir satt i spill og kommer i spill. På denne måten mener Gadamer (2003) man forstår med sin egen historisitet. Jeg håper mine spørsmål i studien åpner for muligheter til sette erfaringene mine i spill slik at jeg kan oppnå ny forståelse.

4.4 Ethiske overveielser

For å ivareta forskningsetiske aspekter ved min studie har jeg forholdt meg til de etiske retningslinjer som De nasjonale forskningsetiske komiteene beskriver på web-siden sin (Forskningsetiske komiteer, 2014).

Jeg vil gjøre rede for de forskningsetiske overveielser som jeg har hatt fokus på i studien. Studien fikk godkjenning hos Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) før den startet (vedlegg 1). Dette for å sikre informantenes rettigheter og behov for personvern. Ferdige veiledende skjemaer fra NSD med en integrert samtykkedel ble benyttet til å utforme informasjonsskriv om studien (vedlegg 2 og 3). Ved forespørsel om deltakelse til intervju fikk alle informantene skriftlig presentasjon av studien og informasjon om samtykket. I tillegg ble de muntlig informert om samtykke og gitt muligheter til å trekke seg fra studien ved oppstart. Informantene til dybdeintervjuet møtte jeg ikke personlig og samtykkeskjema ble sendt i posten. Disse ble mottatt etter at intervjuene var utført. For informantene i fokusgruppen ble samtykkeskjema undertegnet før intervjuet. Informert samtykke er en gjensidig sikkerhet for forsker og informant.

Informantenes anonymitet er blitt ivaretatt og taushetsplikt overholdt gjennom studien. Av personvern hensyn fikk informantene pseudonym før transcriberingen startet, det vil si navn som informant nr en til nr syv. Dette i en kryssliste over deltakerne som ble oppbevart adskilt fra det transcriberte materialet. Det transcriberte materialet ble lagret på en ekstern harddisk (Malterud, 2012, s.95). Personopplysningsskjema, samtykkeskjema og lydfiler er oppbevart i tråd med NSD retningslinjer for personvern.

Det er ønskelig at informantene som har bidratt med viktig empiri skal gjenkjenne egne beskrivelser. Ved sitering er ikke innholdet endret, men noen småord kan være tatt bort for å gjøre det lesbart. I resultatdelen beskrives erfaringer fra helsesøsters praksis, og disse er anonymisert.

4.5 Datainnsamling

4.5.1 Dybdeintervju

Ved oppstart av intervjuene brukte jeg ti til 15 minutter til å bli kjent med informanten, og introdusere studien. Jeg fortalte at jeg ikke hadde gjort telefonintervju før og var spent på

samtalen mellom oss. Jeg forklarte at jeg kom til å bruke en intervjuguide og hadde ark ved siden av til å notere eventuelle spørsmål om noe var uklart. Jeg formidlet til informantene viktigheten av at de stoppet opp og stilte spørsmål til meg om noe framstod som uklart. Etter introduksjonen ble lydappen startet og første spørsmål i intervjuguiden ble spurt. Ved intervju en ble det en kort pause da informanten måtte bytte rom i starten av intervjuet. Begge informantene satt i rom som var forholdsvis stille og vi hørte hverandre godt via telefon appen.

I begge intervjuene ble alle spørsmålene i intervjuguiden stilt, men ikke i samme rekkefølge. Det informantene kom inn på i svarene sine styrte rekkefølgen til de andre spørsmålene, slik at det skulle bli en naturlig samtale. De stikkordsformulerte spørsmålene ble brukt underveis for å hjelpe informantene til å eksemplifisere svarene. Begge informantene kommuniserte tydelig og kom med dype forklaringer uten at jeg nødvendigvis spurte om det. Noen av spørsmålene resulterte i at informantene ønsket presisering og utdyping. Jeg hadde ikke alltid en like tydelig bruk av ordene i intervjuguiden når jeg ble spurt om å gjenta spørsmål. Som eksempel ble noen av spørsmålene stilt mer lukkede, ledende og lengre enn planlagt. I ettertid ser jeg at det kan ha virket forvirrende.

Utførelsen av telefonintervjuene var utfordrende siden jeg ikke så informantene og ikke kunne respondere ved bruk av kroppsspråk. Ved gjennomgang av lydbåndopptaket hørte jeg meg selv bekrefte informantene mye underveis i intervjuet. Det første intervjuet bar preg av egen usikkerhet. Ved intervju nr to hadde jeg opparbeidet litt erfaring, visste at lydopptakene fungerte godt og kjente at jeg var roligere og mer konsentrert.

Begge informantene gav i ettertid uttrykk for at det var uvant men helt greit med telefonintervju. Avslutningsvis fylte jeg ut et personopplysningskjema (vedlegg 6) på hver av informantene. Intervjuene ble tidsmessig kortere enn dybdeintervju vanligvis er. Dybdeintervju en ble 35 min, og nr to varte i 40 min. Teknisk sett fungerte telefonappen godt, fikk gode lydopptak som var enkle å overføre til videre sikker lagring. Etter anbefalinger i Polit & Beck angående intervju skrev jeg refleksjoner, tekst en og tre, altså erfaringer omkring gjennomføringen for å sikre dataene på best mulig måte (2012, s.548).

4.5.2 Fokusgruppeintervju

Da dagen kom for gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet ble vi tatt hyggelig og varmt imot, og vi fikk velge mellom tre rom. Med tanke på et godt lydopptak valgte vi et møterom hvor det var et stort bord med plass til ca 15 personer rundt (Malterud, 2012, s.58-59).

Malterud beskriver det som viktig at ingen stoler som må stå tomme og at informantene ikke sprer seg for mye ut i rommet (2012, s.69). Bordet var stort, og vi plasserte nøyaktig antallet stoler rundt den ene halvdel. Ved hver sitteplass ble samtykkeskjema og personopplysningskjema til hver av de fem informantene lagt på bordet. Informantene kom fortløpende de siste 15 minuttene før vi skulle starte og vi fikk håndhilst og utvekslet noen ord med alle før vi startet. Det ble litt ventetid der deltakerne som var kommet fylte ut skjemaer. En planlagt presentasjonsrunde ble avlyst da alle deltakerne kjente hverandre godt. Navnekort ble plassert etterhvert som deltakerne kom og satte seg rundt bordet (2012).

Da alle var kommet startet jeg med å ønske velkommen til intervjuet og takket for at de kunne delta. Jeg presenterte meg selv og min veileder. Jeg forklarte rollene vi skulle ha under intervjuet, sekretær og moderator. Gav kort informasjon om fokusgruppeintervju og at vi primært ønsket å få til en uformell, fri og flytende samtale mellom de etter at spørsmål var stilt av moderator. Informerte spesielt omkring samtykke, tillatelse til lydbåndopptak, taushetsplikt i gruppen og anonymitet under intervjuet og i oppgaven. På forespørsel fikk jeg samtykke erklæring fra alle om det skulle vise seg å være behov for individuelle intervjuer i etterkant av studien. Understreket at vi var der for å lære av de og samtalte om at målet for en fokusgruppe ikke er å finne sannheter, men å lete etter erfaringer, både positive og negative (2012, s.69). Deretter gjennomgikk jeg den planlagte introduksjon om temaet. Mobilene ble plassert slik at høytalerne skulle fange opp informantene rundt hele bordet og lydbåndopptak startet (2012, s.57-59).

Det første spørsmålet om NBO-metoden var morsom å jobbe med gikk gjennom gruppen ved at alle tok ordet etter hverandre slik de satt rundt bordet. Alle snakket en liten stund hver.

Vi brukte 1 time og 30 minutter på å samtale oss gjennom intervjuguiden uten at den ble fulgt slavisk fra spørsmål en til ni. Ut i fra egen opplevelse, sekretærens notater og Malteruds (2012, s.72-76) beskrivelser av god samhandlingsflyt vil jeg beskrive samhandlingsflyten som god under intervjuet. Etter intervjuet tegnet jeg figurer over samhandlingsflyten jamfør Malterud for hvert hovedspørsmål underveis i intervjuet. Ingen av disse figurene viste dårlig samhandlingsflyt. Figurene viste varierte former for samhandling. De viste at moderator fikk

ved noen tilfeller spørsmål tilbake til seg selv med tanke på konkretisering. Informantene holdt seg veldig godt til temaet underveis og moderator måtte aldri avbryte for å komme tilbake til temaet. Før vi avsluttet intervjuet stilte sekretæren spørsmål om ord for språket helsesøstrene hadde lært. Eksempelvis om ord for det de kjente når de tok i barnet. Samtalen gikk også nå innom alle og ordet var flere ganger innom samme informant. Avslutningsvis ble alle takket for deltakelsen i intervjuet og jeg ba om tilbakemelding på intervjusituasjonen. De oppsummerte med at det opplevdes nyttig, men samtidig litt skummelt. Tilbakemeldingen gikk også på at de hadde gjort seg nye refleksjoner og tanker underveis, og at det opplevdes litt som en veiledning.

Fokusgruppeintervjuet varte i 1 time og 34 minutter. I etterkant av intervjuet reflekterte jeg og veileder og vår felles erfaring med intervjuet var at vi var fornøyde med det første spørsmålet. Det fikk alle til å snakke og kanskje ikke tenke så alvorlig og faglig umiddelbart. Jamfør Polit & Beck ble et refleksjonsnotat, tekst fem, skrevet over de umiddelbare erfaringene rundt intervjuet noe som er en verdifull kontekst for senere analyse (2012, s.548).

4.6 Analyse

Å gjengi korrekt fra tale til tekst er en utfordrende oppgave og man får en reduksjon av kroppslige uttrykk som ikke blir fanget opp i teksten (Malterud, 2011, s.75-79). For å kvalitetssikre dataene på best mulig måte valgte jeg å transcribere lydopptakene rett etter intervjuene (Malterud, 2012,s.96). Jamfør Malteruds (2011) anbefalinger ble transcriberingen utført nøyaktig, ord for ord, i bokmål med små tilpasninger for å få et representativt innhold i det skriftlige språket. Sekretærens notater fra fokusgruppeintervjuet brukt for å identifisere hvem det er som snakker og for å få de første ordene i hver setning bekreftet av to personer (2012, s. 66-67). Lydbåndopptakene ble hørt gjennom flere ganger for å unngå feilsiteringer i den transcriberte teksten. Ifølge Polit og Beck (2012, s. 557) er nøyaktig transcribering viktig for å forenkle analysen og sikre studiens troverdighet. Det å transcribere selv opplevdes som tidkrevende, men gav god innsikt i datamaterialet. Samtidig som jeg lyttet på lydbåndet skapte jeg meg et helhetsbilde av intervjuene, og analysen har på en måte allerede startet (2011, s.78). Transkripsjonsmaterialet ble på totalt 36 sider, og dannet grunnlaget for min videre analyse og fortolkning.

4.6.1 Innholdsanalyse

Jeg vil her gjøre rede for og beskrive eksempler på hvordan jeg har gått frem for å analysere mitt materiale. På denne måten håper jeg leseren kan få en rød tråd å følge underveis og få en større forståelse for de valg som er gjort. Totalt sett håper jeg dette kan gi studien større troverdighet (Malterud, 2012, s.101).

Polit og Beck (2012) skriver det finnes flere muligheter for å analysere kvalitativt materiale. Inspirert av Hsieh og Shannon (2005) valgte jeg kvalitativ innholdsanalyse til analysen av intervjuene. De viste til tre måter å analysere datamaterialet på innenfor kvalitativ innholdsanalyse. Hsieh og Shannon (2005) beskriver at kvalitativ innholdsanalyse anbefales når man forsker innenfor et fagfelt som har begrenset kunnskap, noe som jeg gjør. De beskrev en åpenhet omkring hva datamaterialet kan fortelle deg som forsker som jeg ble inspirert av. Jeg forstod det slik at jeg skulle la intervjuteksten tale åpent til meg uten forhåndsbestemte koder og kategorier, en tanke som jeg hadde med meg til analysen. Jeg brukte Elo og Kyngäs (2008) beskrivelse av fremgangsmåten i kvalitativ innholdsanalyse når jeg analyserte datamaterialet. Elo og Kyngäs (2008) beskriver at kvalitative innholdsanalyse er en analyseform som brukes i sykepleieforskningen for å få en objektiv og systematisk beskrivelse av fenomenet som forskes på. Elo og Kyngäs (2008) skriver at hovedprinsippet er å kategorisere innholdet i datamaterialet til mindre innholdsenheter. Denne kategoriseringen vil jeg vise fremgangsmåten med i mitt datamateriale i den videre lesning.

I forberedelsesfasen av analysen anbefaler Elo og Kyngäs (2008) å lese gjennom den transkriberte teksten som en bok, fra a til å, flere ganger. Inspirert av Hsieh og Shannon (2005) hadde jeg studiens problemstilling i tankene ved første gjennomlesning av teksten. Gjennomlesningene startet alltid med dybdeintervju nr en, så nr to og til slutt fokusgruppeintervjuet. Jeg leste tekstene flere ganger med hovedblikk på innholdet i teksten, hva skjer her, og hva er det som beskrives av informantene. Målet for de gjentatte gjennomlesningen var å få en fordypning i datamaterialet før den videre analysen.

Videre i forberedelsesfasen av analysen er det sentralt å velge en enhet for analyse som er representativt for innholdet i teksten. Dette gjorde jeg i følgende to etapper.

Jeg startet med å identifisere meningsbærende enheter i den transkriberte tekst ved å stryke over disse med gul markørtusj. I Elo og Kyngäs (2008) beskrives en meningsbærende enhet som ord eller setninger som har forbindelse til den samme mening. Eksempler på dette;

"barnet ikke i fokus før", "å samtale med foreldrene før og etter NBO er en annen verden", "NBO et system i bakhodet som hjelper deg".

Deretter leste jeg teksten på nytt og jeg skrev ned tekstnære overskrifter i margen i samme transkriberte tekst. Disse overskriftene skulle beskrive innholdet i de meningsbærende enhetene, overflødige ord skulle fjernes og innholdet gjøres tydelig. Eksempler på overskrifter er ; "lært av å endre fokus", "samtale en annen verden", "system i bakhodet".

Neste trinn var koding av tekstnære overskrifter på et kodeskjema. Å kode innebærer at en skiller ut typiske trekk og på en måte finner merkelapper for de tekstnære overskriftene. Det skjer da en abstraksjon, kodene blir et redskap slik at dataene kan studeres på andre måter og dannes i eksempelvis kategorier og temaer (Satu Elo & Kyngäs, 2008).

I kodeprosessen valgte jeg å skrive ned overskriftene på store A3 ark. Henholdvis overskrifter fra dybdeintervju en, og to og fokusgruppeintervjuet på hver sine A3 ark. Eksempelvis ble da overskrifter av samme type som; "lært av å endre fokus", "barnefokuset nå stort" og "å se på barnet sammen" gitt den åpne koden "barnefokus".

Overskrifter som "vi kan se hva barnet kan" og "nå ser vi og berører barnet" ble gitt en åpen kode for "å se", og en for "å berøre".

Da prosessen var ferdig var alle de tekstnære overskriftene på A3 arkene nå merket med sine egne åpne koder. Jeg hadde 16 åpne koder etter at prosessen var ferdig, og disse ble overført til et word dokument for videre kategorisering i underkategorier, kategori og tema.

Videre i neste trinn laget jeg kodeskjema ved å sortere de åpne kodene inn i underkategorier (Satu Elo & Kyngäs, 2008). Det å lage åpne koder og kategorier med grupper av likhet var utfordrende. Jeg leste flere ganger igjennom for å forsikre meg om at jeg hadde oppfattet meningen bak overskriftene mine riktig. Jeg leste på analyselitteratur i arbeidet omkring analysen samt diskuterte med mine medstudenter og veileder. Noe av den transkriberte teksten var lange sammenhengende eksempler på halve sider om helsesøstrenes erfaringer. Disse var det vanskelig å sette få ord på. Valgte derfor å kodesette lange eksempler med "nbonat", for senere vurdere å bruke de i beskrivelsen av resultat.

Som en del av kategorisering inn i underkategorier ble åpne koder med beskrivelser av helsesøstrenes forforståelse og barnefokus satt i en underkategori med navn

"spedbarnsfokus". Underkategorien med "spedbarnsfokus" ble slått sammen med en underkategori som inneholder helsesøstrenes beskrivelser av "synlig kunnskap" og det "å forstå spedbarnets uttrykk" til en kategori med navn "spedbarnskunnskap". Til slutt fikk den navnet "ny forståelse av spedbarnet" som hovedtema.

Videre ble åpne koder som "å se", "å berøre", "muntlig språk", "refleksjonsevne" og "samhandling med foreldre" samlet til ett hovedtema, om "hvordan helsesøster viser forståelsen om spedbarnet i sin utøvelse". Åpne koder om "NBO-kunnskapens utvikling" og "NBO-kunnskapens ivaretagelse" ble til hovedtemaet "fortellinger om hvordan helsesøstrene utviklet sin nye praksis".

Oppsummering. Analyseprosessen resulterte i tre hovedtemaer. For det første ett om hvordan helsesøstrene omtalte sin nye forståelse av spedbarnets adferd og uttrykk. For det andre hvordan denne nye forståelsen viste seg i helsesøstrenes utøvelse. Og til slutt fortellinger om hvordan de utviklet sin nye praksis med sin nye forståelse. Analyseresultatene vil jeg beskrive nærmere i den påfølgende resultatdelen.

5 Resultat

I presentasjonen av resultat har helsesøstrene blitt anonymisert og referes til som informant nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, og 7. Med bakgrunn i analysen har jeg kommet frem til tre hovedtemaer som kan belyse problemstillingen, og disse er;

Hvordan helsesøstrene omtaler sin nye forståelse.

Hvordan forståelsen viser seg i helsesøstrenes utøvelse.

Fortellinger om hvordan helsesøstre utvikler sin nye praksis.

5.1 Hvordan helsesøstrene omtaler sin nye forståelse

5.1.1 Ny forståelse av spedbarnet

Det var en rød tråd i intervjuene. Alle helsesøstrene uttrykte glede over å ha fått utdanning i en metode som gav de oppdatert teori og forskning innenfor spedbarns utvikling og adferd. Informant 6 beskrev NBO-forståelsen som *"en systematisering av observasjoner som gav de en synlig kunnskapsplan, slik at de viste hva de observerte og hva de gjorde"*.

Alle informantene beskrev det som å bevege seg fra en usystematisk og delvis taus kunnskapsverden til en systematisk observasjon av spedbarnets adferd.

Informant 1 beskriver det slik *"det er elementer i NBO-metoden som gjør at du føler deg mer kompetent til å sette ord på det du observere hos de nyfødte spedbarn, og til å samtale med foreldrene, noe som vi kanskje ikke hadde helt konkret språk for tidligere"*.

Alle helsesøstrene uttrykte at det er et stort og viktig tema å forstå spedbarnets utvikling, og derfor viktig og riktig å ha en metode til å forstå og til å kunne veilede foreldrene med.

Helsesøstrene fortalte at de hadde følt ett behov for å bli bedre på å forstå de små nyansene i spedbarnets adferd. De snakket om at de kunne noe av dette fra før, og at de hadde ulike erfaringer med seg inn i arbeidet som helsesøster. De beskrev det som å ha fått en metode som var savnet, og virkelig var behov for.

Informant 7 sa *"dette er ikke ting vi lærer om på helsesøsterstudiet, og i dag vet vi at det er så viktig med spedbarnets første levemåned og tilknytning"*.

Alle helsesøstrene fortalte om en ny forståelse av spedbarnet i konsultasjonene sine etter utdannelsen. De fortalte at de hadde fått kunnskap til å observere det friske barnet og til å se avvik fra det normale. Helsesøstrene fortalte at de hadde fått mange nye ord til å beskrive spedbarnet og reflektere sammens med foreldre og kollegaer. De fortalte at det hadde utviklet seg en refleksjonsarena fordi dette er en metode der foreldrene deltar mer aktivt i samtale gjennom observasjonen.

Informant 1 fortalte *"vi har fått ord for å beskrive avvikende utvikling hos spedbarnet, og ord for å beskrive det friske og normale spedbarnets utvikling"*.

5.1.2 Å forstå gjennom å se og berøre

Alle informantene fortalte at NBO-metoden hadde gitt de en ny innsikt i form av å forstå hva de observerte, kjente og følte ved berøring av spedbarnet. De fortalte om de 18 observasjonspunktene i NBO, og i utførelsen av disse er det sin kropp, sine hender, sitt ansikt og sin stemme de bruker. Alle formidlet at det gav mening i å observere og ta på spedbarnet fordi de forstod hva de observerte gjennom sine handlinger. Ved noen av observasjonspunktene fortalte informantene at de brukte hjelpemidler som ball og rangle. De forklarte at kraften de brukte med ranglen, og hurtigheten de hadde med den røde ballen under NBO, ville påvirke spedbarnets reaksjoner.

5.1.3 Å forstå gjennom fokusendring og kommunikasjon

Alle helsesøstrene fortalte at de før NBO-utdanningen hadde mer informasjonspregede hjemmebesøk, med hovedfokus på å samtale med foreldrene. Alle helsesøstrene samtalte om en endring i sin profesjonelle væren. De fortalte om en endring i hvordan de brukte seg selv som instrument i helsesøsterpraksisen. Dette i forhold til å ha fokus og kommunisere. Alle informantene fortalte om et nytt fokus og oppmerksomhet mot spedbarnets adferd. En helt ny måte å se og observere spedbarnet på. Alle beskrev at fokuset hjalp informantene til å observere og oppdage spedbarnet sammen med foreldrene. Med spedbarnet i hovedfokus gav foreldrene tilbakemelding om at det var gledelig at helsesøster var oppriktig interessert i spedbarnet. Fokusendringen kan beskrives gjennom et eksempel fra en av informantene.

Informant 6 fortalte at hun gjorde en NBO på helsestasjonen i lag med en mamma som strevde med å få morsfølelser for barnet sitt. Mammaen var usikker og viste ikke hvordan hun skulle være sammen med barnet sitt.

"vi gjorde en NBO her. Vi brukte god tid. Vi så på barnet, observerte og snakket om hva vi så. Etterpå fortalte mamma at det hadde lettet mange kilo fra skuldrene hennes. Jeg ringte til henne etter noen dager, og hun fortalte at hun var en annen person. Alt lettet. Det var helt fantastisk. Hun klarte å se barnet sitt gjennom sitt eget. Hun klarte ikke å peke på hva som skjedde i samtalen. Jeg tenker det var det barnefokus og den tilknytningen som oppstår ved å være sammen, det å ha fokus på spedbarnet og foreldrene sammen, og titter på barnet sammen. Det er det som skal til".(Informant 6)

Alle helsesøstrene fortalte også om en endring i sin væremåte i samhandlingen med familiene. De fortalte om en kommunikasjonsmetode hvor det å være undrende og spørrende i møte med foreldrene var i fokus. Informantene beskrev det som en positivt måte å kommunisere på, men også utfordrende. De snakket om at de hadde med seg sin egen forforståelse inn i NBO-utdanningen, og at det var krevende og tok tid å endre sin egen kommunikasjonsmåte. Informant 7 beskrev at hun før første hjemmebesøk brukte å rydde i eget hodet, og gjøre klar sin egen oppmerksomhet mot spedbarnet. Hun øvde seg på å finne ro og jobbet kontinuerlig med sin egen formidlingsevne. Hun beskrev grunnholdningen i NBO, en anerkjennende og respektfulle væremåte med undrende og åpne spørsmål som viktig å øve seg på.

5.2 Hvordan forståelsen viser seg i helsesøstrenes utøvelse

5.2.1 Hvordan helsesøstrene sanset spedbarnet gjennom å observere

I alle intervjuene kom det entydig frem at en endret forståelse og fokus på spedbarnet har ført til et rikere språk til å forstå og beskrive spedbarnets adferd. Så gjennom systematisk observasjon, NBO, kunne informantene nå observere, vurdere, og samtale om spedbarnets adferd og uttrykk underveis med foreldrene. Videre presenteres noen sitat for å gi dybdeforståelse for forståelsen helsesøstrene fortalte om.

Informant 1 sa *"vi ser at spedbarn har mange ulike uttrykk, ser de har forskjellig beredskap, at de åpner øynene og kan snu seg etter foreldrenes stemmer når de bare er noen døgn gammel "*.

Informant 4 fortalte "*du ser at spedbarnet uttrykker masse både av bevegelser, og ja disse stress reaksjonene som du kanskje ikke var så observant på tidligere, nysing og hikking*".

Informant 4 forklarte "*det å reagere på å bli kledd naken du så det jo, men det var det. Nå forstår jeg kanskje mer av hva det betyr nå*".

Informant 5 fortalte at "*hun nå forstod hva spedbarnet trenger når det reagere med stress, og at hun hadde lært seg mer av hjelpetiltak som skal til når spedbarnet har stress uttrykk*".

Informant 4 beskrev at "*jeg legger mer merke til hvordan barnet responderer i forhold til foreldrekontakten, og jeg ser samspillet mye mer*". Hun utdypet dette med å si "*jeg er blitt mer bevist på foreldrenes sensitivitet i samspillet med spedbarnet*".

Altså ikke bare en ny forståelse omkring spedbarnet, men også foreldresensitiviteten i samspillet kunne informantene nå observere og vurdere på en annen måte.

Alle helsesøstrene samtalte omkring det å observere spedbarnet i sin praktiske arbeidshverdag. De fortalte om observasjoner ved første hjemmebesøk og øyeblikksobservasjoner, altså korte sekvenser med observasjoner som de la til grunn for sine samtaler med foreldrene. Flere sa at de forsøkte å observere spedbarnet mest mulig når foreldrene kler av det og spedbarnet våkne. Dette for å kombinere det å observere spedbarnet og samspillet med foreldrene.

Informant 6 fortalte "*når man veier så ser man, du ser når barnet beveger seg, ser på pusten når du har barnet nakent, se nå legger hun hånden til munnen*".

Informanten forklarte at underveis så har man en god samtale rundt barnet og det du ser, hvor mye krevde dette barnet og hva tåler dette barnet nå. Observasjonene ble omtalt som et godt grunnlag for refleksjon med foreldrene. Dette uavhengig av om de klarte å gå igjennom de 18 punktene i NBO-metoden eller ikke.

5.2.2 Hvordan helsesøstrene sanset spedbarnet gjennom berøring

De samtalte om store endringer i det å berøre etter NBO-utdannelsen. Alle helsesøstrene gav uttrykk for at før når de var på hjemmebesøk så tok de nesten ikke i barnet. Informantene var samstemte i at nå er det mer slik at vi ber om å få holde spedbarnet i hendene våre og tar i spedbarnet når vi er på hjemmebesøk.

NBO-metodens 18 observasjonspunkter hadde gitt de en systematisk metode å jobbe etter i forhold til berøring, og de innhentet ny forståelse om spedbarnet via disse punktene. De hadde utviklet en kompetanse i å gjøre nevrologiske vurderinger. De hadde lært å identifisere og ivareta spedbarnets adferd. Noen av de 18 punktene var enklere enn andre å utføre. Informant 3 fortalte det *"var vanskelig å ta barnet opp i sittende stilling for å få hodet opp"*. Informant nr 1 fortalt at *"å legge spedbarnet på magen og få det til å vise seg frem med kravling var en del av metoden som fikk foreldrene til å bli begeistret og som var enkel å utføre"*.

Helsesøstrene fortalte at spedbarnet bør leires i en samlet posisjon med armer og ben i en naturlig bøy inn mot kroppen sin. Informantene beskrev hvordan de nå veiledet foreldrene med sine hender i hvordan støtte og samle spedbarnet slik at spedbarnet kunne komme i balanse. Helsesøstrene i fokusgruppen viste med sine hender hvordan spedbarnet burde ligge hos foreldrene, for å oppnå balanse og blikk kontakt. Informantene trente på denne måten sine hender gjennom måten de støttet spedbarnet på gjennom undersøkelsene. Berøring av spedbarnet var nå en viktig del av det totale forståelsesbildet. Informantene beskrev også at de klarte å nyansere sine observasjoner omkring berøring.

"man kjenner lettere igjen spedbarna nå som du har hatt flere spedbarn som du nå har tatt i. Sant, neste gang du ser og berører de får du mer bilde av barnets tilstand". (Informant 5)

Her er en av historiene helsesøstrene fortalte hvor de beskriver det som de erfarer gjennom å berøre og observere gjennom en NBO.

"jeg opplevde en mor som var veldig bekymret for at det var noe galt med barnet sitt som da var ca seks uker gammel. Hun ville at vi skulle undersøke om bekymringen stemte. Mammaen reagerte på dårlig blikk kontakt og slappere motorikk. Jeg gikk systematisk gjennom en NBO med alle 18 punktene. Mammaen syntes det var veldig godt at hun ble tatt alvorlig. Gjennom NBO fikk vi bekreftet den bekymringen mammaen hadde sett. Spedbarnet ble henvist videre for utredning". (Informant 2)

5.2.3 Hvordan helsesøstrene samtale og samhandle med foreldrene

Alle helsesøstrene fortalte at de med bakgrunn i sin nye forståelse hadde fått et språk slik at de i større grad kunne samtale med foreldrene om spedbarnets adferd. De fortalte om mange ord eksempelvis omkring spedbarnets ulike søvn og våkenhetsstadier, og beskrivelser av muskeltonus og motorikk, samt ord som beskrev ulike typer av stress adferd.

De fortalte at før var hovedfokus for samtalen å informere foreldrene, men at nå var hovedfokus for samtalen spedbarnets adferd. De fortalte om hvordan de veiledet foreldrene under NBO på ulike måter og alltid med utgangspunkt i der spedbarnet var akkurat der og da. Helsesøstrene fortalte om samtaler om spedbarnet utifra observasjoner de hadde gjort. De kunne spørre om spedbarnet har slik adferd hele tiden og om spedbarnet var lett å trøste når det gråt. Informant 2 beskrev at i samtale med foreldrene tok hun opp spørsmål omkring hvordan spedbarnet deres reagerte på lys og lyd, og hvordan foreldrene forholdt seg til den adferden de erfarte med spedbarnet. Helsesøstrene fortalte at de veiledet foreldrene individuelt i hva de observerte de enkelte spedbarn trengte av støtte for å optimalisere spedbarnets balanse.

"forsøke å vise og samtale til foreldrene om hva barnet trenger når det har stressadferd, og da sier foreldrene å er det det, og da blir de virkelig forundret". (Informant 5)

Alle helsesøstrene fortalte at de kunne møte foreldre som var usikre på om de stimulerte spedbarnet godt nok og om de forstod spedbarnet sitt. Informantene samtalte om at når foreldrene er usikre om det virkelig var et smil, og om det var blikk-kontakt *"så er det utrolig viktig at helsesøster kan se og bekrefte at ja, det kan du stole på at det er"*. (Informant 5)

Informant 3 fortalte at etter å ha gjort en NBO brukte hun *"å samtale til foreldre om at når spedbarnet ditt gir slik god kontakt, så blir det tilstrekkelig stimulert og pratet med"*.

Informantene opplevde at slike tilbakemeldinger fikk foreldrene til å blomstre.

"jeg opplever at foreldrene blir veldig begeistret, hver gang når de får se at barnet kan smile, at det kan snu seg, når de ser hvordan barnet reagerer på stemmen deres, de knytter seg mot barnet, man kan se det i blikket at de blir begeistret for det lille barnet". (Informant 4)

Alt helsesøstrene sa om det å samtale kan oppsummeres av informant 6 som sa *"det å samtale med foreldrene er nå en annen verden"*.

5.3 Fortellinger om hvordan helsesøstrene utvikler sin nye praksis

5.3.1 NBO-kunnskapens utvikling og ivaretagelse

En rød tråd i intervjumaterialet var glede og inspirasjon med ny dybdekunnskap og en systematisk metode. Alle fortalte om sine endringer i det å vurdere spedbarnet etter utdanningen. De beskrev at de fulgte metoden de 18 punktene nesten slavisk i starten. De fortalte at de følte seg usikre og ikke fikk formidlet mye informasjon til foreldrene. Alle helsesøstrene fortalte at den økte mengdetreningen de hadde fått gjennom det å nå jobbe mer bevisst med å ha fokus, å sanse og samspille med spedbarnet hadde ført til et system i ryggmargen. Dette systemet hjalp de i gjennomføringen av NBO. Dette ble beskrevet som "*et arsenal av kunnskap i kroppen*" av informant 6. Som en liste som du kan plukke ut av etterhvert som du har bruk for den.

Etter seks måneders praksis med metoden hadde alle helsesøstrene den nye forståelsen integrert i kroppen. Informant 5 fortalte "*at NBO går mer og mer av seg selv, men man må hele tiden tenke på det man ser og formidle det til foreldrene*".

Selv om de hadde lært en systematisk metode, så opplevde informantene at den lett kunne tilpasses spedbarnets og foreldrenes behov. De fortalte at en hel NBO med 18 observasjonspunkter eller ikke ble mye vurdert underveis i alle konsultasjoner. Alle forsøkte å bruke så mye som mulig av den nye forståelsen på alle spedbarnskontrollene. Tidsfaktoren og foreldres generelle informasjonsbehov var avgjørende faktor for gjennomføring. Informant 5 sa "*hun hadde NBO i bakhodet og selv om hun ikke gjorde en selvstendig observasjon så lå den der i observasjonen, tenkningen og i det hun formidlet til foreldrene*". Informant 2 sa "*hun tenkte det var viktig å fortsette å gjøre det de nå gjorde, nemlig å flette inn NBO der de kunne og så mye de kunne*".

Etterhvert som informantene var blitt mere trygg på sine observasjoner klarte de å gjøre individuelle valg og tilpasset metoden til det individuelle spedbarnet. Om foreldrene hadde gitt informasjon om hvordan barnet reagerte på eksempelvis lys og lyd så utførte ikke nødvendigvis alle dette punktet i testen. Informant 3 sa "*jeg bruker alltid å gjøre det med lyset og så sier jeg til foreldrene at dette bekrefte det som dere har sagt*".

Videre sa informant 5 "*om du gjør lystesten slik at spedbarnet skvetter og kommer i ubalanse, så kan det være en fin måte å vise hvordan foreldrene kan støtte og samle spedbarnet etterpå*".

Disse nyansene i erfaringer viser helsesøstrenes ulike måter å gjennomføre NBO på og hvordan praksisen endrer seg både for den profesjonelle og for helsesøsterpraksisen.

Alle beskrev en bevisstgjørelse av sin tankegang i forhold til hvordan de arbeidet sammen med foreldre etter NBO-utdanningen. Informant 5 sa *"jeg tenke annerledes og vi er blitt bedre på å ha fokus på spedbarnet og veilede foreldrene, samt gi individuelle råd"*. Informant 1 sa *"hun var mer observant på å la foreldrene fortelle om sitt eget barn"*. Informant 2 fortalte *"at nå når observasjonene var systematisert som eksempelvis søvnfaser, trøstbarhet, og gråt i et system i henne så var det enklere å ta de frem og snakke med foreldrene om"*.

Alle helsesøstrene fortalte om at de reflekterte, observerte og vurderte annerledes når de nå møtte et nytt spedbarn. Informantene eksemplifiserte med at før var diagnosen magevondt ofte satt mens nå tenkte de at hva er egentlig denne adferden som barnet viser og foreldrene forteller om. De uttrykte alle at det var essensielt å forsøke å spørre og undre seg, og forsøke å forstå spedbarnets uttrykk under eksempelvis ammesituasjonen.

Informantene sa at et hjemmebesøk i dag, med NBO-erfaring er annerledes enn det tradisjonelle hjemmebesøket. Dette med tanke på det nye spedbarnsfokuset, observasjonen som gjennomføres og endringen i deres profesjonelle væren. Alle helsesøstrene opplevde det enklere å lytte til det foreldrene snakket om, å være den som undret seg og spørre tilbake, og ikke ha alle svar klare når de var hjemme. Informant 7 hadde erfart at det kunne være enklere å gjennomføre NBO-metodens relasjonstankegang med studenter og kollegaer tilstede. Hun tenkte hun var mer oppmerksom på hvordan hun selv kommuniserte når hun hadde tilskuere.

Helsesøstrene formidlet også tanker om hvordan ivareta NBO-kunnskapen. De formidlet alle at veiledning av kollegaer og refleksjonsmøter med andre NBO-helsesøstre var i fokus. Informant 6 skulle arbeide systematisk med å veilede andre helsesøstre i NBO-metoden. Ved denne helsestasjonen hadde informantene begynt å lage en systematisk plan for å videreformidle NBO-forståelsen til hele helsesøsterstaben. Informant 3 fortalte det ble planlagt å ha regelmessige refleksjonsmøter for NBO-helsesøstre, og slik utvikle NBO-kunnskap videre sammen med sine NBO-kollegaer.

Alle informantene ønsket å få til å bruke NBO som en naturlig del av helsestasjonstilbudet til alle spedbarn. Noen av informantene snakket om å forsøke å ha større fokus mot å hjelpe familier der hvor spedbarnet hadde søvnproblemer, generelt urolige og krevende spedbarn. Seks av syv informanter beskrev at de skulle arbeide rutinemessig med for tidlig fødte barn, og slik gjennomføre en hel NBO iallefall ved flere av helsestasjonsundersøkelser til denne gruppen. De så frem til å få mer systematiske erfaringer med for tidlig fødte barn for å bygge sine egen kunnskapsbase.

Oppsummering.

Å lære en systematisk kunnskapsbasert metode, NBO, for å observere spedbarnet og samhandle med foreldrene var entydig positivt gjennom alle intervjuene. NBO-metoden hadde gitt helsesøstrene en synlig, systematisk kunnskapsplan slik at de hadde fått en ny forståelse om spedbarnets adferd, samt foreldre-spedbarns relasjonen. De hadde fått en forståelse innenfor et fagområde som helsesøstrene uttrykte var viktig å ha dypere forståelse innenfor. Helsesøstrene beskriver en endring i relasjonell væremåte når de samhandlet med foreldrene og spedbarnet. De fortalte de reflekterte i arbeidet sitt på en annen måte enn før. De hadde fått en refleksjonsarena.

NBO-metoden hadde gitt de en oppmerksomhet mot det som spedbarnet uttrykker i sin adferd som de ikke hadde før. De berørte spedbarnet i større grad i dag enn før. De hadde lært å identifisere, vurdere, og ivareta spedbarnets adferd gjennom den nevrologiske undersøkelsen i NBO-metoden. En annen samtaleverden beskrev helsesøstrene med bakgrunn i ny forståelse og oppmerksomhet. De hadde nå hovedfokus på spedbarnets adferd i samtalen med foreldrene.

Etter utdanningen i NBO-metoden, og et halvt års erfaring hadde de NBO-metoden innarbeidet i sin kropp. De følte seg kompetente til å veilede foreldrene i spedbarnets adferd. De ønsket å få til å utføre mest mulig av NBO-metoden til alle spedbarn. De så frem til å utvikle NBO-kunnskap i forhold til for tidlig fødte barn og deres foreldre. Det å reflektere og diskutere med andre NBO-kollegaer, og veilede helsesøster kollegaer i NBO-metoden ble fremhevet som viktig for å utvikle metoden i praksis.

6 Diskusjon

Diskusjonen er delt inn i to deler, en resultatdiskusjon og en metode for å sikre studiens kvalitet.

6.1 Diskusjon av resultat

Temaene som er fremkommet i resultatene vil bli diskutert opp mot relevant teori og forskning som er presentert i oppgaven. Kapittelet er inndelt i ulike temaer for å svare på problemstillingen. Jeg bruker i kapittelet helsesøster og informant om hverandre.

6.1.1 Hvilken kunnskap har NBO-metoden gitt helsesøstre?

6.1.1.1 Praksis og teori

Funnene som foreligger forteller om den kunnskapen som "kan være annerledes" og den som "ikke kan være annerledes". Gjennom en utdanning som er forskningsbasert og vitenskapelig forankret har helsesøstrene fått kunnskaper om spedbarnet og foreldre-spedbarns relasjonen. Helsesøstrene har fått epistemé den eksakte kunnskapsformen som Aristoteles (1999) beskriver gjennom teoretiske og praktiske sider omkring NBO-metoden. Det å forlate det tause og usystematiske ble fremhevet som en fordel. Det å få en metode som kunne være retningsgivende for helsesøster omkring adferds- og samspillsvurdering førte til systematikk og trygghet i arbeidet. Det å få en metode som er forsknings og erfaringsbasert og med spedbarnet i hovedfokus for praksis ble beskrevet som positivt. Helsesøstrene forteller at deres nye epistemé kunnskap ikke ble brukt slavisk, men hovedsaklig for å kunne ta avgjørelser basert på spedbarns og foreldrenes individuelle behov.

Det helsesøstrene beskriver inngår i begrepet om kunnskapsbasert praksis. Der det er et kontinuerlig samspill mellom forskningsbasert, erfaringsbasert og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt & Jamtvedt, 2009). Det er liten erfaring med å bruke systematiske metoder som NBO i Norge. Nasjonalt er det ingen retningslinjer om systematisk observasjonsmetode for vurdering av spedbarnets nevrologiske utvikling og tilknytning i veilederne til Helsedirektoratet (2004, 2014). Nilsen (2015) påpeker en generell enighet blant helsesøstre og barnevernsansatte om at NBO som veiledningsmetode ville være ønsket og nyttig i Norge til førstegangsfødende. I McAtamney (2011) og Pettit (2008) studiene etterlyste helsesøstrene tydelige retningslinjer for hvordan observere og vurdere adferd og

tilknytning, og i McAtamney studien var det kun 1 av 6 som ville ha et verktøy til vurderingen.

For å belyse systematiske arbeidsmetoder i sykepleiefaget kan vi se til Breivik og Tymi (2013) som har gjort et systematisk litteraturstudie. De har sett på bruk av systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger i sykepleierens vurderinger av pasient, forkortet til SKUV. Der SKUV er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. I studien var disse metodene tenkt som en liten del av datainnsamlingen rundt pasienten som får hjemmesykepleie. Forfatterne konkluderte med at en implementering av SKUV, kan bidra til oppøving av klinisk vurderingsevne og være et redskap for å bedre beslutningsprosesser. Systematikken hjelper dermed sykepleierne til å treffe bedre beslutninger for pasientene.

Helsesøstrene i min studie fortalte at den systematiserte observasjon i NBO-metoden tydeliggjorde spedbarnets adferd og hjalp de i å vurdere og identifisere, og imøtekomme spedbarnets individuelle behov for omsorg. På denne måte tolker jeg at informantene mine sier det samme som Breivik og Tymi (2013) fant, at systematisk kliniske vurderingsmetoder er en bidragsyter til å ta de rette beslutninger i primærhelsetjenesten.

Den systematiske adferdsobservasjonen i NBO-metoden er til hjelp og er slik viktig, men å utøve NBO-metoden handler ikke bare om adferdsobservasjonen. Helsesøstrene fortalte om ny kunnskap i å observere og å samspille med spedbarnet og samhandle med foreldre. Dette er situasjoner hvor de vurderer, beslutter og handler, hvor de praktiske kunnskapsformene *techné* og *fronesis* utøves (Aristoteles, 1999). Dette er kunnskap som Aristoteles beskriver som "kunne være annerledes". Helsesøstrene fortalte om en slik praktisk nyervervet kunnskap via sine hender. Det å holde og berøre spedbarnet førte til at de lærte seg å fortolke det spedbarnet uttrykte. I fokusgruppeintervjuet viste helsesøstrene frem hvordan hendene kan støtte spedbarnet for å gi uttrykk for den best mulige balansen. De viste hvordan spedbarnet bør ligge og holdes for å ha blikk-kontakt med foreldrene. Informantene fortalte om ferdigheter som kom til uttrykk gjennom intensiteten i håndbevegelsen når de brukte ranglen for å sjekke spedbarnets hørsel.

Det helsesøstrene her beskriver kan forståes som Aristoteles (1999) kunnskapsform *techné*. De har ervervet kunnskap som de bruker med sine hender, en håndtverksmessig kunnskap.

NBO-metoden som en metode gav både regler å jobbe etter, og ny praktisk og teoretisk kunnskap. De fikk både språk og tenke med, og de lærte seg et håndtverk med sine hender. Gjennom oppmerksomhet, gjentatte erfaringer og øvinger med kropp og hender har de erfart at deres epistemé og techné utvikles. Helsesøstrene har fått en oppmerksomhet mot sin kunnskap i hender og de utvikler kunnskap i handling slik Molander (1996) uttrykker denne formen for kunnskap.

6.1.1.2 Den relasjonelle kunnskapen

I resultatene mine fremhever helsesøstrene en endret relasjonell kompetanse omkring det å samtale og samhandle med familiene. Informantene beskrev en endret måte å være på gjennom sin oppmerksomhet, rikere språk og refleksjonsmåter og en ny relasjonell måte å samtale på der de får tak i det spedbarnet uttrykker av adferd. NBO-metoden er en arbeidsmåte for observasjons og relasjonsbygging. Metoden ønske hovedfokus på å bygge gode relasjoner mellom foreldre og spedbarn, samt kliniker og foreldre (Nugent m.fl., 2007, s.3-4). Det handle om å arbeide relasjonelt gjennom hele observasjonen. For kliniker som skal arbeide med metoden behøves det derfor gode relasjonelle ferdigheter, og i NBO-utdanning vektlegges det å øve på disse (2007, s.57). Det relasjonelle fokuset til NBO tenker jeg er samsvarende med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005) ønske om å forbedre den relasjonelle kompetanse hos utøver. Strategien fremhever spesielt at utøvers evne til å skape gode relasjoner er et kompetansefelt det bør satses på for å forbedre kvalitet i tjenesten. På tross av dette finnes ingen nasjonale retningslinjer for det relasjonelle arbeidet som skal gjøres for nyfødte i barselomsorgen. I veilederne IS-2057 "Nytt liv og trygg barseltid for familien" (2014) og IS -1145 (2004) er det relasjonelle veiledningsarbeidet som helsesøster skal utføre ikke spesifisert. Det beskrives i veilederne at spedbarnet har behov for trygge foreldre som gir de tilpasset respons på sin adferd, og at de bør veiledes. I studiene til McAtamney (2011), Pettit (2008) og Wilson (2008) viser helsesøstrene til tid og kontinuitet sammen med familiene for å kunne skape gode relasjoner til foreldrene som en nødvendighet for å kunne vurdere tilknytning i foreldre-spedbarns relasjonen. Jeg oppfatter det slik at uavhengig av hvilken metode man har er en god relasjon fundamentet for å gjøre observasjon og vurdering. Den nye treleddete samtalerelasjonen jamfør. 6.1.2.3 viser at i NBO-metoden får bruker perspektivet en annen relasjon med kliniker. Spedbarnet som en bruker blir sett og forsøkt forstått for den adferden de uttrykker. Dette skjer delvis via foreldrenes øyne med veiledning av helsesøster. På bakgrunn av dette tenker jeg det relasjonelle fagfeltet bør vies større

oppmerksomhet ved utarbeidelse av aktuelle veiledere i fagområdet, og ved utdanning av helsesøstre og andre som arbeider med spedbarn.

NBO-utdanningen hadde gitt helsesøstrene en åpenhet mot å lære, og erfare gjennom å stille spørsmål, og å være anerkjennende og lyttende. I praksis handlet dette om det å ta på alvor det som foreldrene sa om spedbarnet. De forsøkte å høre godt etter hva er det foreldrene fortalte om spedbarnet. Fokuset var dermed på det foreldrene fortalte og det å snakke om det som de sammen så hos spedbarnet. Gjennom samtalen hadde de et overblikk over situasjonen før de begynte å undersøke spedbarnet i fellesskap. Kontinuerlig hadde de et fokus på kommunikasjonen mellom seg og foreldrene for å støtte og utvikle foreldrenes forståelse av spedbarnets adferd. Det de forteller om er en slags grunnholdning preget av respekt og anerkjennelse i måten å være på og kommunisere på med foreldrene. Artikkelen "Listening with Care" viser til det å trene sykepleieres relasjonelle ferdigheter og kliniske forståelse (Smithbattle, Lorenz, & Leander, 2013). Disse ferdighetene ble styrket hos sykepleiere omkring tenåringsmødre behov. Sykepleieres relasjonelle ferdigheter fikk blant annet trening i å utvikle empatisk lytting og dialog som et ledd i utdanning før hjemmebesøket til den nybakte familien. Dette kan sammenlignes med det som NBO-metoden har fokus på når det gjelder å trene på relasjonelle ferdigheter (2007, s.138-147). Det å lytte til hvordan foreldrene samspille med spedbarnet beskrives i McAtamney (2011) studien som en viktig ferdighet i det å samle kunnskap om foreldre-spedbarns relasjonen. Denne relasjonelle kunnskap har slik både ord og teknikk, både teori og praksis.

6.1.1.3 Oppmerksomhet som kunnskap

En ny grunnholdning viste seg gjennom helsesøsters måte å være oppmerksom på, å lytte på, samtale, reflektere, observere og berøre spedbarnet. Dette forteller om kunnskapsformer som utvikles gjennom å være, gjøre og erfare. Dette er den kunnskapen som ligger i kroppen og "er vår öppenhet mot världen" (Molander, 1996, s.25). Molander mener kroppslig kunnskap må taes på alvor om vi skal forstå kunnskap i handling (1996). Helsesøstrene hadde fått nye ferdigheter i den kroppslige kunnskapen slik at det var enklere å kommunisere med foreldrene i å forstå sine spedbarn. Med dette viser helsesøstrene til en endring i grunnholdning i profesjonsutøvelsen.

Helsesøstrene fortalte at de hadde fått ord for det de observerte og en refleksjonsarena med foreldrene. I NBO-metoden beskrives selv-refleksjon for kliniker som en viktig basis for å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter (Nugent m.fl., 2007, s.138-147). Helsesøstrene fortalte om refleksjon i handling før observasjonen starter, og underveis i samhandlingen med familien. For eksempel fortalte en av informantene, nr 7, om hvordan hun aktivt jobbet med seg selv for å skifte fokus og oppmerksomhet før hvert nye hjemmebesøk. Det informantene forteller beskrives som en selv-refleksjon som kliniker gjør rett før-NBO møtet (2007, s.139). Under en før-NBO bør kliniker reflektere over hvor ens egen oppmerksomhet er rettet og ens egen holdning til familien (2007). Det er en refleksjon før å gjøre klinikers oppmerksomhet klar. Dette fører oss til det Molander (1996) skriver om oppmerksomhet som kunnskapsform. Molander beskriver "kunnande som en form av oppmärksamhet" (1996, s.11). Hvor det å være åpen, sensitiv og oppmerksom gjennom sin kropp mot verden er i fokus. Dette beskriver han blant annet med hans syn på å reflektere. Molander omtaler refleksjon som å ta et steg tilbake for å se, og tenke over seg selv, det man gjør og få perspektiv (1996, s.143). Denne refleksjonen ligner noe på det som beskrives som en selv-refleksjon i en før-NBO forberedelse.

Ved en refleksjon i handling skriver Molander man ikke bør være helt opptatt av handlingen (1996, s.143). Dette synet er noe forskjellig fra NBO-metoden, hvor det beskrives at kliniker skal ha tre nivåer av kommunikasjonsfokus under observasjonen og samhandlingen (2007, s.139-140). Nivåene beskrives ikke som ulike refleksjonsnivå, men kommunikasjonsnivå under NBO. Flere av informantene beskrev observasjonen i NBO-metoden som en refleksjonssamtale med foreldrene. Jeg tenker at i en NBO blir det små stopp underveis der helsesøster og foreldre undrer seg sammens over spedbarnet. Helsesøster kan reflektere i handlingen uten å gjøre noe aktivt med spedbarnet. Samtidig skjer det nok en form for refleksjon gjennom hele NBO ved at helsesøster undrer seg høyt gjennom åpne spørsmål, og tenker inne i seg over spedbarnets adferd. Helsesøster vil også ha fokus på hvordan hun utfører handlingene underveis. På denne måten tenker jeg helsesøster reflektere underveis i observasjonen og samhandlingen. Dette både på den måten Molander snakker om refleksjon, og slik NBO-metoden beskriver ulike kommunikasjonsfokus.

Den endrede oppmerksomheten mot det individuelle spedbarnet ble omtalt som en positiv erfaring gjennom NBO-utdanning, og hadde ført til en mer relasjonell enn instrumentell

arbeidsform ifølge informantene. Helsesøstrene har ervervet en ny holdning og oppmerksomhet mot spedbarnet og foreldrene som de bruker og som kan beskrives som fronesis (Aristoteles, 1999). Å ha spedbarnsfokuset som var ønskelig kunne være vanskelig for informantene. For foreldrene kunne ha andre spørsmål, planer og ønsker. Spedbarnsfokuset og det å gjøre en NBO ble individuelt vurdert og gjennomført. Det å overveie og beslutte i slike unike situasjoner er kunnskapsformen fronesis (1999, s.43-47). NBO-metoden hadde gitt de en systematisk metode og teoretisk kunnskap, epistemé, om spedbarnet og en ny grunnholdning til spedbarnet, og foreldre. Dette gir helsesøstrene en annen forståelse og kunnskap som grunnlag for å ta valg for sine handlinger i fronesis. I fronesis handler det om å gjøre godt i partikulære situasjoner hvor vi trenes opp til det å handle klokt. Helsesøstrene står overfor overveielser og beslutninger og det er her Aristoteles (1999) mener klokskap viser seg. I kapittel 5.2.2 hvor informant 2 beskriver at hun valgte å gjøre en NBO der mammaen fortalte om et slapt spedbarn med usikker blikk-kontakt kan være et eksempel på fronesis. Her viser helsesøsters klokskap ved først å lytte respektfullt og anerkjennende på det mammaen forteller om spedbarnet, hun overveier og beslutter å utføre en NBO. Dette er klokskap. Der alle kunnskapsformene forenes. Helsesøster kunne her ha valgt å ikke utføre en NBO.

6.1.2 Hvordan forståelsen viser seg i helsesøstrenes utøvelse

6.1.2.1 Å observere

Helsesøstrene beskrev at de før hadde observert spedbarn som reagerte i kroppene sin med stress adferd. De hadde sett det, men de hadde ikke hatt forståelse eller ord for det de så, til hverken å reflektere over det selv, eller samtale omkring det med foreldrene. Det betyr at de før observert mer enn de kunne beskrive med ord eller bevist reflektere over. Dette er en type taus kunnskap. Molander beskriver tre forskjellige typer taus kunnskap, eller sider ved vår kunnskap som kan være taus (1996, s.42-56). En type er den kroppslige kunnskapen som ikke kan beskrives og uttrykkes i ord. En annen type taus kunnskap er den underforståtte, og en tredje den som ikke har fått stemme eller tillates å få stemme. Den kroppslige kunnskapen viser seg gjennom måten vi fremstår på og det vi gjør. Molander skriver den ikke kan beskrives uttømmende, du må være i den for å kunne forstå den. Som eksempel nevner Molander at en handling ikke er det samme som beskrivelse av en handling, eller at en lyd

ikke er det samme som en lyd i seg selv. Det tause her handler om at beskrivelsen ikke er uttømmende nok til at den andre forstår lyden eller kan utføre handlingen etter beskrivelse. Den underforståtte kunnskapen handler om det som uttrykkes i handlingsvaner, trosforestillinger og innlæring i en arbeidskultur. Den tredje formen for taus kunnskap handler om å bli oppmerksom på sin kunnskap, stå for den, og erkjenne hva man vet og hva man kan som kunnskap. Altså handler dette om kunnskap som ikke har fått ord.

Helsesøstre fortalte om en ny kroppslig kunnskap, en ny motorisk kunnskap i deres hender som de ikke hadde før. Dette er en ny kunnskap-i-hendene, kan vi si, som de brukte til å observere spedbarnet med, og som ikke kan beskrives uttømmende, og på den måten overføres til foreldrene. Foreldrene må lære seg å kjenne det samme som helsesøstre kjenner. Selvfølgelig snakket de om hva de kjente, men poenget er at når de observerte spedbarnet med sine hender så kunne de kjenne tegn på stress og velvære. De fortalte om en form for taus kunnskap som de hadde lært gjennom sin måte å arbeide på som helsesøstre og er slik Molander beskriver det tause i arbeidsvaner. De var nå trent i å håndtere spedbarnet. Denne formen for kunnskap var et viktig og nødvendig utgangspunkt for den nye kunnskapen som de hadde tillegnet seg via NBO-metoden. De fortalte at de hadde et annet fokus når de nå observerte spedbarnet. En slags dobbelthet, ved at de identifiserte noe i spedbarnets adferd som de ikke tidligere kunne beskrive med ord, eller gitt oppmerksomhet, og de var opptatt av å formidle dette til foreldrene. Man kan si at helsesøstre fikk fokus og oppmerksomhet mot det som spedbarnet uttrykte med sin kropp, for eksempel bevegelser i armer og bein og lignende, når de begynte å observere gjennom NBO-metoden.

NBO-metoden har gitt helsesøster kunnskap til å ha en spesiell rettethet mot noe når de observerer. Den har åpnet for dialog mellom spedbarnet og helsesøstre. Helsesøstre har lært at spedbarnets adferd kan vise seg i ulike kroppssystemer, det autonome system, det motoriske system, et system for organisering av søvn og våkenhet, og responsivitet til omgivelsene (Nugent m.fl., 2007, s.51-130). I NBO-metoden er denne adferden samlet i begrepet AMOR. NBAS er et nevrologisk vurderingsverktøy for nyfødtes adferd. NBAS beskriver den nyfødtes kompetanse og deres individualitet. Den gir en rik og bred forståelse av adferden spedbarnet har, og NBO-metodens nevrologiske vurdering er fundamentert i NBAS. Det anbefales derfor at kliniker vedlikeholder sine observasjons ferdigheter ved å sette seg inn i NBAS (2007, s.1-3,56). Helsesøstre har åpnet opp for en oppmerksomhet mot spedbarnets adferd. Det er i samspill og samhandling helsesøster skal ivareta spedbarnets

behov ved å observere og vurdere oppmerksomt. Foreldrene kjenner spedbarnet best, og skal hjelpe helsesøster i å bli kjent med spedbarnets individualitet (2007, s.131-147). Den nye NBO-kunnskapen integrerer helsesøster med det som foreldrene forteller om spedbarnet før, under og etter observasjonen. Helsesøster veksler slik mellom å samtale, observere og vurdere. Molander sier nøkkelen til kunnskap er oppmerksomhet mot noe (1996, s.70). Helsesøster og foreldre har fått en felles oppmerksomhet mot spedbarnets adferd. En ny kunnskap for helsesøster som de oppmerksomt utøver når de veksler mellom foreldrene og spedbarnet når de vurderer spedbarnet (1996).

I NBO-metoden hadde helsesøstrene lært flere ord for eksempelvis søvn og våkenhetstilstander. Ordene de hadde lært er dyp søvn, lett søvn, døsighet, rolig våken, aktiv våken og gråt (2007, s.65-75). Dette er ord som vil hjelpe de til å forstå om spedbarnet er våkent nok til å starte med sosialt samspill, eller om det behøver lengre tid på å våkne. Disse ord tenker jeg hjelper helsesøstrene til å forstå bedre, og til å observere og uttrykke det som spedbarnet viser på en mer tydelig og spesifikk måte. Molander skriver at ord kan hjelpe til å forstå (1996, s.58-62). Slik jeg finner at helsesøster nå stiller spørsmål og undrer seg ved sine observasjoner og handlinger med sine nye ord. Helsesøstrene er slik i en prosess når de observerer som kan gi svar og nye spørsmål, og som kan gi de ny forståelser for spedbarnets adferd ved hjelp av de nye ordene. Molander skriver at språket i seg selv ikke er nok, det må fylles med erfaring (1996, s.54-55). Det gjør helsesøstrene når de trener på å bruke de nye ordene, og trene på å se og bekrefte at ja det er et smil, og ja det er døsighet, slik at ordene får innhold og betydning i praksis. Via slike erfaringer utvikler de språket, men ordene og språket i seg selv er altså ikke nok. Det betyr at den mening som helsesøstrene skal formidle til foreldrene om spedbarnet ikke bare skal formidles via ord, det verbale. Det må også vises frem hva helsesøster gjør i handling. Helsesøstrenes handlings og arbeidsteknikker når de vurderer spedbarnet er en del av den oppmerksomme observasjonen.

NBO er en metode til å hjelpe til med å forstå spedbarnets adferd og forholde oss til noe. I NBO-metoden poengteres at klinikerens praktiske ferdigheter er viktig i utførelsen fordi de er en læremester og rollemodell for foreldrene (2007, s.56). Dette betyr at hvordan kliniker demonstrere med spedbarnet, hvordan de tilrettelegger, og har handlingsteknikker som respektere spedbarnet terskel av responsivitet har betydning. Jeg skal forsøke å vise hva helsesøster gjør og hva dette kan bety i praksis. Om spedbarnet begynner å skrike så vil

helsesøster stoppe, lytte til skriket og gi barnet mulighet til å roe seg selv aller først (2007, s.106-116). Hvordan helsesøster utfører sine handlinger når hun trøster, er dette noe som er av betydning i NBO-metoden. I det første steget skal helsesøster la spedbarnet ligge, og bare observerer og snakke rolig til spedbarnet i ti sekunder. Så forsøker helsesøster å trøste med å legge en hånd over spedbarnets mage, og hun fortsetter å snakke og ser på spedbarnet. Dette krever at helsesøster blant annet har rolig stemme, rolig blick og en rolig varm hånd. Omsorgfulle og kjærlige oppmerksomme handlinger fra helsesøster. Ved å gjøre og handle på denne måten viser de hvordan de bruker sitt blick, sin hørsel og sine hender underveis til foreldrene. Å arbeide slik tenker jeg er å være oppmerksom i sine handlinger. Molander skriver en erfaren kliniker kan utvikle og skjerpe sin oppmerksomhet gjennom at han lærer seg å se bedre (1996, s.143). Det er det eksemplet overfor handler om å vite hva man gjør, når man gjør det. En måte" å se bedre på" her er at helsesøster hører på spedbarnets skrik, vurderer skrikets kvalitet, samtidig som hun forsøker å finne årsak og viser foreldrene hvordan trøste på ulike måter alt etter hva spedbarnets situasjon krever (2007). Det er denne måten å arbeide på helsesøstrene fortalte om at de nå i større grad gjør. Helsesøstrene visste hvordan de nå kunne handle i situasjoner som ovenfor beskrevet. Jeg tenker det er det NBO-metoden mener med gode handlingsteknikker som ivaretar spedbarnet, og som viser foreldrene ulike gode omsorgsfulle måter å trøste et spedbarn på (2007, s.56). Disse handlingsteknikker, og samspillet mellom spedbarnet-kliniker er tenkt å være en simulering av et foreldre -spedbarns forhold (2007, s.17-18). Det handler om å gi foreldrene et visuelt vindu av hvordan de kan være sammen med sine spedbarn. Helsesøsters måte å vurdere spedbarnet på, trøste og samhandle blir viktig fordi de er rollemodeller for foreldrene.

Oppmerksomhet som kunnskap i handling kan vises i praksis på andre måter. Informant nr 4 fortalte om en endret sensitivitet i å observere foreldrenes samspill med spedbarnet som kan belyses ved det Molander skriver om en friere oppmerksomhet (1996, s. 143).

Molander (1996) beskriver en erfaren kliniker som en som kan observere bedre og forstår mer og bedre, og da kan klinikerens oppmerksomheten bevege seg friere. Helsesøstrene forteller om en mer åpenhet for alt som måtte komme når de observerer spedbarnet. Kanskje det gjør at de greier å se noe de ikke har tenkt på og sett tidligere. Det at de nå har hatt fokus mot spedbarnet, gjør at de forstår bedre hva de observerer og har ord for det spedbarnets viser av adferd. Derfor kan oppmerksomheten være friere mot andre ting som eksempelvis samspillet mellom spedbarnet og foreldrene. De har utviklet sin oppmerksomme kunnskap.

6.1.2.2 Å berøre.

I NBO-metoden handler det om å forstå spedbarnet ved hjelp av neurologiske undersøkelser. Man gjør en profil av spedbarnets adferdsrepertoar, og beskriver spedbarnet adferdstilpasning fra fødsel til tre måneders alder (Nugent m.fl., 2007, s.16). Dette er nytt for helsesøstrene som før hadde mest samtaler med foreldrene. Klinikerens mål for NBO er å lokke frem, observere og beskrive spedbarnets individuelle adferdsrepertoar (2007, s. 56-57). For å lokke noe frem hos spedbarnet forteller helsesøstrene at de må gjøre noe med spedbarnet. Det må berøres og utfordres som individ for å få frem adferd fra deres ulike kroppssystemer (2007, s. 51-130). Jeg vil forsøke å beskrive hvordan lokke frem adferd litt nærmere. Om helsesøster kun berøre i form av å legge en hand over spedbarnet på stellebordet, så vil hun få noe informasjon om spedbarnet. Om helsesøster i tillegg deltar i omsorgshandlinger slik som de beskriver de har begynt å gjøre med vekking, stell og veiing så får de en annen informasjon frem. Spedbarnet vil vise frem hvordan det mestrer å være uttrykt med sitt autonome og motoriske system, våkenhet og responsivitet til omgivelsene i de vanlige situasjonen som stell, spising, og samspill med helsesøster. Dette er informasjon som forteller helsesøster noe om spedbarnets individuelle kapasitet i sin måte å forholde seg på til omverdenen på, og er en del av den neurologiske undersøkelsen i NBO-metoden (2007, s.3-14).

Et annet eksempel som kan belyse helsesøsters nye motoriske ferdigheter forteller informant 2 om som undersøkte et spedbarn som mamma var bekymret for. Gjennom å gjøre neurologiske vurderinger, kjente og vurderte informant 2 at spedbarnet ikke hadde normal muskeltonus (2007, s.77-90). Spedbarnets muskeltonus kan vurderes normal om helsesøster bare observerer hvordan spedbarnets adferd er på stellebordet. Helsesøstrene utvikler en følsomhet i hendene sine gjennom å gjøre neurologiske undersøkelser. Kunnskap i hendene er her viktig for å kunne kjenne etter nyanser spesielt i spedbarnets muskeltonus, og bevegelse eller mangel på bevegelser i spedbarnets kropp. Dette viser hvordan helsesøster bruker hendene i undersøkelser som avdekker om spedbarnet ikke utvikler seg som forventet.

Den spesielle måten helsesøstrene arbeider med spedbarnet på nå er altså at de tolker adferden og ivaretar adferden de møter i gjennomføring av de 18 observasjonspunkter eller regler i NBO-metoden (2007, s.5, 51-130). Mye av identifiseringen i NBO skjer slik med en tolkning via helsesøsters hender. I NBO fremheves at sensitivitet og egnethet i klinikerens teknikk og fremgangsmåte vil være avgjørende for om NBO som verktøy blir brukt slik ideen er (2007, s.

56). Det er hvordan helsesøster utfører undersøkelsene og ivaretar spedbarnets behov i sine praktiske handlinger som NBO metoden presiserer viktigheten av. Informantene fortalte at det å gjøre undersøkelsen med å dra spedbarnet opp i sittende stilling med sine hender var vanskelig, men at andre undersøkelser som å legge spedbarnet på magen var enklere. Slik forteller de om en kompleksitet rundt det å gjøre en neurologisk undersøkelse, at den kunnskapen de trenger i sine hender er utfordrende å tillegne seg og tar ulik tid å lære. Ved å praktisere og slik trene på utførelsen, lærer de denne bestemte måten å vurdere spedbarnets utviklingsmessige tilstand på.

Et annet aspekt ved de nevrologiske undersøkelsene er at de også er tenkt som en taus rollemodell læring som er viktig å ivareta ifølge NBO (2007, s. 56-59). Informantene fortalte om hvordan de kunne støtte et spedbarn med sine handlinger til å være i balanse for å forsøke å få til blikk-kontakt med foreldrene. Denne ivaretakelsen består i at de samtidig i sin egen utførelse, viser foreldrene med sine hender, hvordan spedbarnet kan oppnå bedre motorisk balanse. Hvordan helsesøster med sine handlinger undersøker, og støtter spedbarnet underveis vil slik ha overførelses verdi til foreldrene. Ivaretakelsen av et gråtende spedbarn er også en slik arbeidsteknikk som er viktig at foreldrene får adoptere etter helsesøster jamfør 6.1.2.1. Disse eksemplene gir et bilde av noe av den arbeidsteknikken som NBO-metoden vektlegger som viktige for klinikeren og som helsesøster nå er øvd i.

Vi kan si at helsesøster via sine handlinger får informasjon om hvordan spedbarnets adferd er, samt at de svarer på det spedbarnet uttrykker med sine hender. Helsesøster får slik observert gjennom sine hender hvordan kapasitet til spedbarnet er i sine ulike adferdssystemer. Ut fra dette kan man si helsesøstrene hadde fått en sansemessig kunnskap i hendene sine. Det er en ny praksis med en metode hvor helsesøster har et sansemessig møte mellom sine hender og spedbarnet, samtidig som de gjennomfører en neurologisk undersøkelse av spedbarnet. Sansemessig kunnskap handler om mer enn bare kunnskap via hendene, og er slik en del av en større sansemessig kunnskap. Sansemessig kunnskap løfter Benner frem som viktig for å få tak i og forstå pasientens symptomer. Benner (2004) skriver at sykepleier trenger sanselighet for å kunne presist identifisere og tolke pasientens symptomer i en klinisk hverdag. Det samme fremhever mine informanter, de må utvikle alle sine sanser. De må se hvordan spedbarnet responderer, de må høre etter gråt og de må kjenne på adferd i spedbarnets kropp. Slik tenker jeg informantene viser til den samme erfaringen som Benner har forsket frem.

6.1.2.3 Å samtale og samhandle

I NBO er spedbarnets adferd utgangspunktet for samtalen og samhandling. I observasjonen skal foreldrene inviteres inn som partnere i samtalen med kliniker (Nugent m.fl., 2007, s.133-137). Helsesøstre har fortalt om ny forståelse og språk som hjelper de å forstå og fortolke og formidle adferden spedbarnet uttrykker til foreldrene. Informantene har beskrevet samtalerne som en annen verden, en praksisendring som er verdt å belyse nærmere. Gadamer (2003, s.34) mener det er i samtalen hvor mennesket møtes at det kan skje et forståelsens under gjennom delaktighet i en felles mening. I NBO-metoden er det delaktighet i det å skape en felles mening om spedbarnets utvikling, hvor spedbarnet, foreldrene og helsesøster sammen er deltakende i samtalen.

Dette kan beskrives med Skjervheim (2002, s.20-22) som var opptatt av å skape en felles mening i treleddete samtaler. Ved en treleddet samtale er man opptatt av saken, eller det som binder de samtalede til hverandre. Det som resultatet i studien forteller er at helsesøstre har et annet fokus under samtalen med foreldrene nå enn de hadde tidligere. De fortalte at de sammens med foreldrene i fellesskap observerte, og samtalte om det de så hos spedbarnet. Saken er her spedbarnet, og selv om spedbarnet hadde vært i fokus tidligere også, gjorde de det på en annen måte nå. De hadde andre ting å samtale om, og vise hverandre. Dette var deres nye praksis inspirert av NBO-metoden. Helsesøstre beskrev hvordan de inviterer til den treleddete samtale relasjonen med følgende utsagn "la oss sammen se hva barnet viser oss i dag". Det forteller meg at helsesøstre nå forsøkte å få frem en felles fortolkning av spedbarnet. Deres tidligere praksis kan beskrives som en toleddet samtale, hvor de fortalte foreldrene hvordan stille spedbarnet, og foreldrene svarte på spørsmål fra helsesøster og kommuniserte tilbake i forhold til det helsesøster fortalte. De samtalte da seg imellom, med fokus på hverandre og ikke spedbarnet. Samtalen de hadde før kan slik forstås som en toleddet samtale slik Skjervheim (2002) beskriver dette. I NBO-metoden er det et tydelig fokus på at spedbarnet er i hovedfokus og da saken, men det foreldrene sier om spedbarnet skal lyttes til og anerkjennes, og brukes som en del av samtalen under NBO (2007, s. 133-137). NBO-metodens spedbarnsfokus forutsetter slik en treleddet relasjon slik jeg ser det. Helsesøstre fortalte om en ny praksis, der samtalen og samhandlingen mellom helsesøster og foreldrene kan forstås, som en treleddet samtale slik Skjervheim (2002) skriver.

Dette er også et poeng hos Gadamer for å kunne utvikle en felles mening som han beskriver som en horisontsammensmeltning (2012, s.345). Jeg tolker at i det å utvikle en felles mening så må du kunne forstå noe av og være delaktig i den andres forståelses mening. Han skriver: "Forståelse er en prosess, der slike angivelig felles selvstendige horisonter smelter sammen" (Gadamer, 2012, s.345). Jeg forstår Gadamer slik at helsesøster har en forståelseshorisont og foreldrene en, altså to ulike horisonter. Under en NBO vil helsesøster og foreldre se på, holde opp og få spedbarnet til å vise seg frem, og slik har de spedbarnet som felles fokus for å forsøke få en felles forståelse av det de ser hos spedbarnet. Da må helsesøster forstå noe av det samme hos spedbarnet som foreldrene forstår og vise versa. Først da kan en horisontsammensmeltning skje slik jeg forstår Gadamer. I samtalen må på et vis noe av deres horisonter nærme seg hverandre, og delvis overlappe for å ha en felles mening omkring spedbarnet. Først da kan vi si at dialogen har ført til at de har delaktighet i en felles mening og forstår spedbarnet likt. For å få til en slik horisontsammensmeltning så beskriver helsesøstrene altså en treleddet samtale, der saken og fokus er på spedbarnet, og ikke slik at helsesøster fokuserer på foreldrene som fokuserer på helsesøster. Dette er deres nye samtalepraksis for å forstå og være delaktig i felles mening omkring spedbarnet og foreldrene.

Denne nye felles forståelsen som de hadde skapt sammen når de formidlet egen forståelse av spedbarnet til hverandre, fikk de mye positive tilbakemeldinger på. Alle informantene uttrykte stor glede over denne kunnskapen som bidro til engasjement og interesse for denne bestemte praksisen. Bang (2003) beskriver denne følelsen av glede som "rørt". Bang mener følelsen setter oss som mennesker bedre i stand til å se, være oppmerksom og åpen mot det andre mennesket. "Det er her empatien fungerer, den andre føler seg møtt" (Bang, 2003, s.86). Glede og forståelse hos foreldrene kan slik ha positiv betydning for hvordan helsesøstrene utvikler kunnskap og forståelse videre, og det kommer spedbarnet til gode.

6.1.3 Ny helsesøsterpraksis

6.1.3.1 Utvikling og ivaretagelse av NBO-kunnskap

Alle helsesøstrene beskrev at med NBO-utdanning og praksiserfaringen etterpå hadde de nå fått kunnskapen inn på ryggmargen som "et arsenal av kunnskap i kroppen". I starten av NBO-utdanningen fortalte de om at de følte usikkerhet og syntes ikke de fikk formidlet mye til foreldrene av det de observerte hos spedbarnet. Informantene beskrev at de fulgte metodens 18 punkter nesten slavisk i startfasen. Dette er i tråd med det Benner sier om de nyutdannede, novisen, som trenger regler å handle ut fra (1995, s.35-49). Dette fordi novisen manglet erfaring og da blir man mer regelstyrte i forhold til prosedyrer og har ofte handlinger som er lite fleksible. Benner (1995) har gjennom sin forskning vist til at sykepleier gjennom erfaring helst i samme jobb i to til tre år, utvikler evnen til å bruke faglig skjønn til å vurdere og vektlegge det som er av betydning i pasientens situasjon.

Det å øve og trene var blitt en viktig del av helsesøstrenes arbeidshverdag etter å ha lært NBO-metoden. Nå øvde de i NBO ved hvert nyfødte spedbarn de skulle følge opp i helsesøsterpraksisen. Informantene fortalte at de fikk et annet bilde av spedbarnet ved gjentatte øvelser og vurderinger. De deltar i veiing av spedbarnet og de utfører undersøkelsene i en til 18 i NBO-metoden. De trener på sin håndmotorikk når de tester spedbarnets håndgrep, når de vender spedbarnet fra rygg til mage for å teste kryperrefleksen, og når de drar spedbarnet forsiktig opp til sittende stilling. Helsesøstrene fortalte de kunne gjøre individuelle valg og vurderinger ved hver observasjon. En av informantene gjennomførte eksempelvis korte sekvenser av NBO på ti minutt på det de kalte "åpen veiedag" på helsestasjon. Alle gjorde individuelle vurderinger i forhold til det bestemte spedbarns behov for å bli testet, eksempelvis lystesten eller ikke. De lot seg ikke stresse om de bare fikk gjort deler av de 18 undersøkelsene. Noen av informantene syntes fortsatt det tidsmessig var vanskelig å få gjort alt de skulle gjøre på hjemmebesøk med NBO. Dette er beskrivelser som viser at informantene beveget seg fra det systematiske og planlagte, og til det mer ustrukturerte og individuelle der regler og rutiner ikke styrte deres valg. Jeg forstår det slik at NBO-metoden er integrert i kroppen deres og at de henter frem de elementene de trenger til det enkelte spedbarn. Etter seks måneders erfaring med NBO-metoden kunne de handle etter det som Benner (1995) beskriver som en sykepleier på ekspertnivå. En ekspert klarer å sette seg selv til side, fange inn helheten i løpet av kort tid og straks vite hva som er viktigst der og da (1995, s.44-46).

At de ble eksperter så raskt handler nok om at de hadde et utgangspunkt som ikke var på nybegynnerstadiet, men på ekspertstadiet. En av informantene fortalte jamfør kapittel 5.1.3 om en NBO samhandling som er beskrivende for denne nye praksisen. Informanten viser at hun vet hva som skal til. Informanten har fokus på spedbarnet sammen med mamma, og bruker konsekvent ordet "vi". Hun snakker ikke til men med mammaen. Hun bruker metoden praktisk, og med det mener jeg at hun spør spørsmål gjennom metodens 18 punkter mens hun observerer, når hun sier "vi gjør en NBO". Hun sa ingenting om hvordan hun handlet i situasjonen eller hva hun konkret gjorde. Kroppen hennes har tatt over ferdighetene og hun har utviklet kroppslig viten, intuisjon. Da er NBO-kunnskapen integrert i henne slik Benner (1995) beskriver en person med ekspertkunnskap etter mange års erfaring. Denne forskjellen fra Benner som jeg finner, kan nok være at Benner har forsket på sykepleiere og ikke spesialsykepleiere slik jeg har. Helsesøstrene har en spesialutdanning etter å ha praktisert som sykepleiere først.

I Holland og Watkins (2015) studien hadde elleve av 12 helsesøstre svart at de hadde fått adekvat trening, og følte seg trygge til å bruke metoden etter NBO-utdanningen. I Norge og Wales er mest sannsynlig ikke NBO-utdanningen helt lik, men det gir en antydning om at NBO-utdanningen i løpet av ett til to års tid klarer å få helsesøstrene opp på et høyt kompetanse nivå i forhold til å vurdere spedbarnets adferd, og veilede foreldrene slik at denne kompetansen også kan brukes av foreldre.

Kompetanse handler, tenker jeg, også om det å føle faglig trygghet i utøvelsen av metoden. Helsesøstrene samtalte om ulike måter å vedlikeholde og utvikle sin NBO-kompetanse videre. Refleksjon hadde fått en større del av helsesøsterpraksisen deres. Molander skriver at den reflekterende praktiker er den oppmerksomme og lærende praktiker, og vektlegger refleksjon som en del av den kyndiges kunnskap i handling (1996, s.143). Det nye i helsesøsternes praksis var at de nå reflekterte og vurderte mer før de trakk konklusjoner om spedbarnet. De forsøkte i større grad å identifisere med refleksjon hva er det spedbarnet egentlig uttrykker med sin adferd. Informantene fortalte om kontinuerlige refleksjonssamtaler med foreldrene underveis i NBO. Å veilede foreldrene var fantastisk fordi de forstod hva de observerte hos spedbarnet og hvordan dette skulle videreformidles gjennom foreldrene selv. De har beskrevet det som en ny praksis med treleddet samtalerelasjon med foreldrene og spedbarnet. Informantene hadde slik refleksjon som en arena for kunnskapsutvikling rundt samhandlingen

av spedbarnet og foreldrene. De har fått en arena for å lære og være oppmerksomme som Molander (1996) beskriver det. De utvikler sin NBO-kompetanse i samhandlingen. Noen av helsesøstrene skulle utvikle kompetansen omkring det å systematisk gjennomføre NBO av for tidlig fødte barn. Ved en arena for gjentatte øvinger og refleksjon med NBO med for tidlig fødte vil fagkompetanse deres utvikles og utvides. NBO-metoden har tilført en øvingsarena gjennom systematikken i å øve, trene og reflektere som vil være verdifull for fagkompetansen videre. Man kan si at å ta en utdanning i NBO-metoden har gitt helsesøstrene den formelle trening i å observere spedbarnets adferd og vurdere foreldre-spedbarns relasjonen som etterlyses i Wilson (2008) studien.

Informantene ønsket refleksjons og diskusjonsmøter med NBO-kolleger for å vedlikeholde og utvikle egne NBO-kunnskaper. Å dele erfaringer, reflektere og diskutere utfordringer i praksis ble sett på som viktig støtte for å få til en implementering av NBO i Holland og Watkins studien (2015). Benner fremhever også at kunnskapsutvikling via fortellinger fra reell praksis situasjoner kan være kilder til læring (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011). Ved at helsesøstrene forteller hverandre om sine erfaringer og forståelse omkring spedbarnets adferd som eksempelvis stress signaler og vurdering av muskeltonus så er det med på å utvikle deres faglige forståelse i NBO-metoden. Samtidig vil de sannsynligvis dele erfaringer rundt hvordan de utføre vurderingene med sine hender. Det er erfaringer og fortellinger som vil vise frem NBO-praksisens ulike tenke- og handlemåter omkring spedbarnets adferd. Det er slik jeg tenker praksisfortellinger jamfør Benner kan være med å utvikle helsesøsters NBO-praksis.

Helsesøstrene fremhevet alle viktigheten av å veilede kollegaer som ikke kunne NBO-metoden og det å utvikle seg selv som NBO-helsesøster. En av informantene reflekterte omkring at man kanskje ikke klarte å være like oppmerksom og fokusert på hjemmebesøk uten tilskuere. Informantens refleksjon bringer meg til det faktum at helsesøstrene arbeider tradisjonelt mest alene. De har ingen som kan veilede de i sin utførelse av NBO-metoden i praksis. I kliniske virksomheter så er det alltid noen du arbeider med som kan noe bedre enn deg selv, og som man kan lære fra, ved å veksle egen oppmerksomhet mellom egen handling og den andres (Molander, 1996, s.155). Eksempelvis vil det å se hvordan en annen utfører det å dra et spedbarn opp i sittende stilling, ville være en slik praktisk handling hvor man kan lære noe av de andre. Det å få saken, sitt eget håndtverk og sin profesjonelle varen i fokus er

manglende, og muligheten til å lære på denne måten er liten for helsesøster (1996, s.155).

Manglende tilskuere og kollega veiledning i NBO-praksisen er viktig å ha fokus på, og forsøke finne andre måter for helsesøstrene å utvikle sin faglige identitet.

Informantene var altså opptatte av å endre sin praksis omkring det å veilede helsesøstre som ikke hadde NBO-utdanning. De så selv at de hadde et stort ansvar i å formidle kunnskap videre til kollegaer. Ved å lære kollegaer NBO-metoden vil det være en god mulighet til å trene seg i metoden. De vil da få tilbakemeldinger på hvordan de utfører handlingene og er på i sin profesjonelle væremåte fra sine kollegaer. Slik mener Molander helsesøster kan være i en dialogisk vekslings mellom læring og oppmerksomhet for å forstå sin egen praksis bedre (1996, s.155). Det å veilede helsesøstre i NBO-metoden på helsestasjonen vil også være en god motpol til den manglende kollegaveiledning i helsesøsters arbeidssituasjon.

Når helsesøstrene veilede kollegaer uten NBO-metoden blir de selv mestere i samhandlingen. NBO-helsesøstrene vil også trenge mestere å lære av for å viderutvikle og danne sin profesjonelle identitet (Molander, 1996, s.13, 152-157). I Holland og Watkins (2015) studien foreslås å utvikles en NBO-mester rolle. Der målene var å skape best mulig praksis av NBO-metoden ved å frigjøre tid for refleksjon og veiledning av en mester. I tillegg skulle en mester dele ny evidensbasert teori og forskning relatert til tilknytningsteori og identifisere tilknytningsutfordringer i foreldre-spedbarns relasjonen. Det å kunne diskutere og reflektere sine NBO-erfaringer med en mester tenker jeg er viktig. Da vedlikeholdes og utvikles kunnskapen om den adferden de ser hos spedbarnet, samt hvordan de som helsesøster forholder seg relasjonelt til familiene. Slik kan helsesøstrene få sjekket eksempelvis om de utfører de nevrologiske testene riktig og observere riktig adferd hos spedbarnet i forhold til det som er metoden, NBO. Det behøves også mestere som kan vise hvordan NBO-praksis på best mulig måte kan utføres som eksempelvis det å formulere åpne spørsmål, bruk av ansiktsmimikk og håndbevegelser i reelle kliniske situasjoner. Dette er viktig fordi det er kroppslig kunnskap som delvis er taus og kan vanskelig beskrives helt nøyaktig til NBO-helsesøster (1996). Derfor bør den jevnlig vises frem i praksis av en NBO-mester.

En NBO-mester som kunne støtte NBO-helsesøster faglig noen ganger i løpet av et år vil slik kunne være med på å trygge deres profesjonelle faglige utvikling i tråd med mester-elev tanken til Molander (1996). Dette vil også være i samsvar med Dahl og Clancy (2015) samt Pettit (2008) studiene som viste til et behov for dybdekunnskap innenfor helsesøstrenes spesialfagområder.

6.2 Metoder for å sikre studiens kvalitet

I kvalitativ forskning hvor forsker ikke kan telle eller måle sine data, blir det ekstra viktig at forsker synliggjøre sine egne valg igjennom forskningsprosessen (Malterud, 2011). Gjennom min forskerprosess har jeg brukt en sjekkliste for å tilstrebe pålitelighet i prosjekter med kvalitativ innholdsanalyser slik mitt studie er (S. Elo m.fl., 2014). Dette har jeg opplevd som gode spørsmål å stille seg selv og reflektere rundt underveis i alle deler av prosessen.

Jeg støtter meg også til Malterud som beskriver "grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap i punktene refleksivitet, overførbarhet og validitet i forskerprosessen" (Malterud, 2011, s.17).

6.2.1 Refleksivitet

Malterud (2011) beskriver at refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsrammer, og er viktig for prosjektets troverdighet. Hun beskriver refleksivitet som en aktiv holdning hvor "forskeren vedkjenner seg egne spor og overveier betydningen av disse underveis i den kunnskapsproduserende prosessen" (Malterud, 2011, s.19).

Refleksivitet er en aktiv prosess som forsker hele tiden bør oppsøke og vedlikeholde (2011). Jeg vil forsøke å vise til egen refleksivitet. Nidcap-utdanningen har vært med meg gjennom alle ledd av forskningsprosessen, slik at jeg eksempelvis kunne utforme intervjuguiden og forstå helsesøstrenes erfaringer. Uten Nidcap-utdanningen hadde jeg nok ikke hatt den interessen eller forståelsen for feltet til å skrive om dette temaet.

Min nærhet til tematikken som jeg har forsket på vil påvirke mine evner til kritisk refleksjon som forsker (2011, s.18-20). Min forforståelse og bakgrunn, min interesse og arbeidserfaring har betydning for hvilket felt som ble forsket på. Min forforståelse har hatt betydning hele veien for de valg jeg har gjort gjennom analysen og forståelse av funn. Jeg kom inn i feltet med en erfaring fra spesialisthelsetjenesten og har forsket i primærhelsetjenesten. Så en annen person med en annen bakgrunn ville mest sannsynlig funnet andre temaer å fokusere på. Vi ser med ulike briller og forståelsehorisont og det har betydning for de valg vi tar som forskere underveis i hele prosessen (2011).

For forskerens troverdighet beskrive Malterud (2011) viktigheten av å innta en metaposisjon, det betyr å trekke seg tilbake å forsøke å se på det du gjør fra siden med nye øyne. Kanskje

kan materialet da vise seg annerledes. Man bør dele egen forforståelse og forsøke å se seg selv utenfra for å tilstrebe refleksivitet gjennom prosessen. Å bruke spørsmålene fra Elo m.fl (2014) ga meg nye perpektiver og refleksjoner for å forsøke å se studien med annerledes øyne. Eksempelvis fikk spørsmålet om forsker hadde kategorier som dekket dataene godt nok meg til å reflektere om hvordan jeg har gått frem i utforming av kategorier noe som er viktig for å få datamaterialet så presist presentert som mulig. Spørsmålet om dataene er presentert slik informantene fortalte det medførte at jeg reflekterer og vurderer dataene flere ganger for å sikre en mest mulig nøyaktig gjengivelse av informantenes erfaringer.

Det at jeg valgte to kvalitative metoder for å belyse mine forskerspørsmål har jeg hele tiden kjent på og vurdert som en god avgjørelse. Det har tilført studien både dybde- og breddeforståelse omkring forskerspørsmålene noe som jeg tenker har vært positivt. Jeg har etter beste evne forsøkt å være etterrettelig og nøyaktig i hele prosessen. Da jeg rekrutterte til og utførte intervju presenterte jeg meg som barnesykepleier og masterstudent, og ikke Nidcap-profesjonell. Dette fordi jeg ønsket at informantene skulle forklare så grundig og detaljert som mulig omkring spørsmålene på intervjuguiden. Det var ikke ønskelig å få fokuset til helsesøstrene mot premature og syke nyfødte under intervjuene. I ettertid er jeg usikker på om dette var nødvendig.

Jeg gjennomførte to dybdeintervju som telefonintervju noe som ikke var planlagt fra starten. Dette var godt gjennomførte intervju mye på bakgrunn av erfarne informanter som hadde mange erfaringer å dele omkring forskerspørsmålene. Å ha dybdeintervjuene to uker før fokusgruppeintervjuet opplevdes som en god start for å komme seg inn i språket og forståelsen i forskerfeltet, og som en god test på intervjuguiden.

Som moderator under fokusgruppeintervjuet opplevde jeg at sekretæren fikk med seg det informantene samtalte om og gjorde med sine hender i større grad enn meg. Mitt fokus var på gjennomføringen der og da. Jeg tenker det er en viktig del av kvalitetssikringen av datamaterialet at vi var to personer tilstede. Jeg skrev tekster etter hvert intervju for å sikre dataene på best mulig måte (Polit & Beck, 2012).

Med min forforståelse har jeg forsøkt å la datamaterialet vise seg frem for meg. Den kvalitative innholdsanalysen hjalp meg å forstå datamaterialet mitt og påvirket også mine

fortolkninger. Datamaterialet ble tolket av meg og med min kunnskap. Jeg forsøkte å være så åpen jeg kunne for datamaterialet mitt.

I transcribering og analyse er det en risiko for at utsagn kan bli fortolket annerledes enn det informantens mening var. Den transkriberte teksten ble sjekket flere ganger opp mot lydbånd før analysen startet. Jeg har flere ganger gått tilbake til analysen og intervjuetekst for å sjekke. Spesielt i fokusgruppeintervjuet der jeg måtte lese lengre avsnitt for å se hvem av informantene som mente hva. På et tidspunkt hadde jeg ordlagt meg med ordet entydig i resultatdel, og jeg stusset på om det stemte. Jeg vendte tilbake til datamaterialet og så jeg hadde ordlagt meg litt feil.

Gjennom å klargjøre analyseprosessen og dele sitater fra informantene får leseren bedre tilgang til materialet, og forståelsen som ligger til grunn for resultat og diskusjonen. Jeg har valgt å bruke sitater for å få informantenes stemmer tydeligere frem og det kan også være med på å øke dataenes troverdighet.

I resultatdel skriver jeg ofte alle informantene og dette er fordi informantene i stor grad var samstemte på det de sa. Dette forsøkte jeg å sjekke nøye underveis og jeg har med sitatene forsøkt å vise de nyanseforskjellene som finnes i datamaterialet.

Min teoretiske referanseramme som ligger til grunn for analysen og diskusjonen har selvsagt også betydning for hvordan man skriver frem resultat. Jeg valgte teoretisk perspektiv for studien først etter at analysen var klar. Flere burde vært tatt med i diskusjoner omkring analysen og resultat som man velger å fokusere på, men rammer for oppgaven setter sine begrensinger. Utvalgets størrelse og sammensetning har også betydning for resultat. Dette vil jeg diskutere under studiens overførbarhet og troverdighet.

Min motivasjon for å gå i gang med studien har vært egen faglig interesse for veiledning mellom helsepersonell og foreldre med spedbarn. Jeg hadde med meg kunnskap om Nidcap og NBO som positive metoder i slike situasjoner.

I diskusjonsdelen forsøker jeg å diskutere resultat mot relevant forskning og teori for å bidra til å skape en større forståelsessammenheng. Jeg skulle gjerne hatt med mer forskning fra et

helsesøsterperspektiv for å belyse resultatene bedre. Malterud (2011) beskriver at virkemidlene til forvaltning av refleksivitet er en systematisk refleksjon om forskningsmetoden og kunnskapens relevans og validitet. Derfor videre til disse.

6.2.2 Overførbarhet

Overførbarhet handler om prosjektet har funnet ny kunnskap, hva kunnskapen kan brukes til og i hvilken grad resultatene i prosjektet kan overføres til andre grupper (Malterud, 2011, s.20-21). Overførbarhet er knyttet til validitet som jeg omtaler i 6.2.3.

Med bakgrunn i at en masteroppgave har et begrenset omfang er utvalgets størrelse begrenset og konklusjoner om resultatet vanskelig. Utvalget består av syv helsesøstre. Det som styrker utvalget er at de har lang erfaringstid som helsesøstre og lik erfaringslengde med NBO-metoden som forskes på. Utvalget hadde slik god erfaring innen forskerspørsmålene mine. Utvalget på syv arbeider ved fem ulike helsestasjoner i Norge. Dataene bringer på denne måten med seg en liten variasjon i erfaringen fra ulike helsestasjoner. Dette kan tyde på at man kan argumentere for at resultatene kan ha overføringsbetydning for samme helsepersonell gruppe som utvalget. Andre helsesøstre vil kunne få noenlunde samme kunnskapen ved å gå NBO-utdanningen. Andre helsepersonellgrupper som er i liknende arbeidssituasjon, eksempelvis jordmødre og barnesykepleiere vil man også kunne si ville få noe av den samme erfaringen gjennom NBO-utdanningen. Studien kan slik ha en viss overførbarhet.

Dette er overførbarhet som Malterud (2011) skriver har betydning for studiens relevans. En viss relevans er forskningen avhengig av. Litteratursøket viste kun til en artikkel på NBO-metoden sett fra helsesøsters perspektiv. Holland og Watkins (2015) studien fra Wales var metodemessig kvantitativ og derfor ikke hensiktsmessig å sammenligne resultatene med mitt studie. Det samme gjelder for McManus og Nugent studien (2011). Forskningens troverdighet er avhengig av en viss overførbarhet som jeg nå har forsøkt å vise til (2011). Resultatet av studien vil kunne overføres til andre helsesøstre som tar samme NBO-utdanning i Norge.

6.2.3 Validitet

Malterud (2011) beskriver validitet som et kvalitetskriterium. Om forsker har forsket på det som var besluttet å forskes på og om du som forsker svarer på ditt forskerspørsmål (2011). Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (2011). Jeg brukte intervjuguide til å systematisere og strukturere innsamling av data i intervjuene. Intervjuguiden var basert på et forskerspørsmål som etter at analysen var utført ble endret til å være mere passende for hvordan datamaterialet viste seg frem gjennom innholdsanalysen.

En forutsetning for validitet er å vise frem metodene for datainnsamling og analyseprosessen (2011). Leseren skal kunne følge dataene fra rådata til tolkningen (2011). Denne prosessen har jeg synliggjort i metodekapittelet. Kunnskapens gyldighet viser seg i teori og diskusjons delen som presenteres. Jeg har i tillegg reflektert og vurdert egen fremgangsmåte i forhold til spørsmålene i sjekklisten til Elo m.fl (2014) for å kvalitetssikre valgene underveis i arbeidet med dataene. Dette på en slik måte at jeg har stoppet opp ved hver fase, forberedelse, organisering og rapporteringsfase og gått igjennom alle spørsmålene i hver fase et par ganger. Slik har jeg stilt spørsmål og reflektert om egne valg for å kvalitetssikre prosessen med dataene gjennom hele arbeidet med studien.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

I studien har jeg vært interessert i hvilken kunnskap helsesøstre har fått gjennom NBO-metoden og hvordan helsesøstrene anvender kunnskapen i praksis. Resultatene i studien viser at NBO-metoden har gitt helsesøstre kunnskapsformene epistemé, techné, og fronesis til Aristoteles (1999).

I det første hovedtemaet fremhevet helsesøstrene at det å få en forskningsbasert og vitenskapelig metode som gav de spesifikke og systematiske kunnskaper om spedbarnets adferd samt tilknytningsteori var viktig for å kunne veilede i spedbarns adferd og samspill. Videre i det første temaet hadde NBO-metoden gitt helsesøstrene ny kunnskap i relasjonell kompetanse. Denne ble beskrevet som en grunnholdning preget av respekt og anerkjennelse i måten å være på og kommunisere på med familiene. Helsesøstrene hadde også fått en kunnskap som en generell oppmerksomhet. De hadde fått et større fokus på å klargjøre seg selv som kliniker via refleksjon før de skulle møte familiene og de reflekterte med foreldrene underveis i NBO-metoden.

I tema to kom denne oppmerksomheten til uttrykk spesielt rettet mot å ha fokus og forstå spedbarnets adferd, og det å ivareta adferden når helsesøstrene undersøkte spedbarnet i en NBO. Helsesøstrene hadde fått en ny kunnskap i hendene til å utføre nevrologisk undersøkelse av spedbarnet. En ny kunnskap som de kunne bruke for å undersøke, vurdere og ivareta spedbarnets utvikling. Til slutt i hovedtema to var resultatet om den nye treleddete samtalen en ny kunnskap og praksis som er viktig å fremheve.

I hovedtema tre ble helsesøstrene raskt eksperter og trygge i å utøve den nye praksisen, NBO-metoden. NBO-metoden skulle aktivt brukes til alle nyfødte, og kollegaer skulle få veiledning. Helsesøstrene ønsket å ivareta og utvikle NBO-kunnskap videre sammens med NBO-kollegaer.

Resultatene samsvarer langt på vei med egne erfaringer med bruk av Nidcap og NBO-metoden i egen praksis. Jeg tror en del helsepersonell kan kjenne seg igjen i behovet for spesialkunnskap i eget arbeidsfelt. I studien til Dahl og Clancy (2015) ble det beskrevet at

helsesøstrene hadde behov for mer spesifikk dybdekunnskap innenfor det store fagområdet de har. Dette er velkjent også innenfor barnesykepleierfaget som har ansvar for for tidlig fødte barn født fra svangerskapsuke 23 og til ungdom på 18 år. Det å ha en konkret arbeidsmetode til å avdekke avvikende utvikling er også et resultat som helsepersonell kjenner seg igjen i. Det spesielle her er at helsesøster i hovedsak bruker sine hender og sin kropp og minimalt med instrumenter i undersøkelsen. Slik vil helsesøsters oppmerksomhet i egne handlinger være en viktig kunnskapsform (Molander, 1996).

Å få trening i relasjonelle ferdigheter og bruke oppmerksomheten sin riktig når man arbeider er også et resultat som kan være almenngyldig. Det er en kunst gjennom hele livet som foreldre, helsesøster og kollegaer å ha oppmerksomhet mot den samme tingen å forstå noe felles når man møtes i dialogen (Gadamer, 2012). Derfor er det å utøve veiledning av foreldre med spedbarnet som et felles fokus i den treleddete samtalen en viktig praksis å se til og trekke lærdom av. Å sette bruker i fokus med respekt og anerkjennelse, og ha oppmerksomheten på brukerens behov er essensielt i NBO-metoden (Nugent m.fl., 2007). Dette er et resultat som er viktig å sette fokus på fordi det har et viktig brukerperspektiv for alle sosial og helseprofesjoner uavhengig av fagområde.

Helsesøstrenes nye kunnskap i epistemé, techné og fronesis vil brukes som en del av deres nye profesjonelle identitet som helsesøster i alle typer konsultasjoner med spedbarn, barn og ungdom. Dette fordi de har kunnskapen i sin kropp, sin væremåte og den er blitt deres kroppslige kunnskap som Molander sier det (1996). Kunnskapen blir ikke borte i kroppene deres selv om de ikke gjør en NBO. Det er kunnskap som en oppmerksomhet i kroppen og vil være der med de i alt de gjør (1996). Eksempelvis hvordan de arbeider med å klargjøre seg selv før hver nye konsultasjon er en faktor for å klare å se og forstå og ivareta det mennesket som kommer til konsultasjonen. Hvordan man kommuniserer under en konsultasjon med åpne, lukkede spørsmål og refleksjon vil også være en kunnskap som kan anvendes i alle konsultasjoner. Slik vil mye av NBO-kunnskapen bli brukt kontinuerlig for helsesøstrene.

7.2 Konsekvenser for praksis

Helsedirektoratets (2004, 2014) veiledere til helsesøstre er mangelfulle i forhold til hvordan veilede og kunnskapen som er fremkommet i studien kan være veiledende for valg for å tydeliggjøre helsesøster praksisen videre.

Å ha felles fokus mot spedbarnet og forsøke å få til en treleddet samtale ville være en viktig praksisendring med tanke på at helsesøster og foreldre da har spedbarnet som felles utgangspunkt og fokus på en annen måte enn det som er dagens helsesøsterpraksis.

NBO-metoden har gitt helsesøstrene en spesifikk kunnskap, både teoretisk og praktisk, innenfor spedbarns fagområdet som er viktig å ivareta videre. Her tenker jeg en NBO-mester rolle, slik som foreslått i Holland og Watkins studien (2015) kan være viktig å forsøke å få til i Norge også. Dette fordi en NBO-mester som bidrar med teori og praksis om spedbarnet adferd og tilknytning vil være med å utvikle språket i virksomheten til NBO-helsesøstrene (Molander, 1996). Slik vil helsesøstrene kunne ivareta og utvikle sine NBO-kunnskaper, og kunne fortsette å veilede foreldre og kollegaer på en faglig god måte. Noe som er en investering i spedbarns helse og utvikling.

7.3 Videre forskning

Resultatene i studien gjør det interessant å undersøke NBO-metoden i et større omfang i Norge. Et større antall informanter ville vært hensiktsmessig for å få både bredere og dypere forståelse for NBO-metoden blant helsesøstre i Norge. I et fremtidig studie ville det vært hensiktsmessig å belyse kvalitativt, men også i en kombinasjon med kvalitativt og kvantitativt slik som eksempelvis Holland og Watkins (2015) studien viser til. Holland og Watkins (2015) skriver at de skulle komme med en artikkel nr to basert på et kvalitativt studie, hvor de planla å ha fokus på hvordan bruken av NBO-metoden kunne utvikles i helsesøstertjenesten i Wales. Holland og Watkins metodiske valg og resultatene deres vil være viktige å følge med på om man skal forske videre innenfor samme fagområde.

Det ville også være interessant å forske kvalitativt og kvantitativt på helsepersonell med ulik bakgrunn, som jordmødre og barnesykepleiere som bruker NBO-metoden i sin praksis, både i primær og spesialisthelsetjenesten. Det ville gi et variert og større bilde av hvilken kunnskap helsepersonell får gjennom NBO-metoden og hvordan de anvender den i praksis. Det er også viktig med mer forskning på verdien av NBO-metoden som veiledningsmetode for foreldre og spedbarn med utgangspunkt i norske forhold. Dette spesielt med tanke på førstegangsfødende som helsesøstrene i Nilsen (2015) studien viste til. Voksne som ikke har erfaring med spedbarn med seg inn i sin nye rolle som foreldre er ekstra sårbare og det ville være positivt med mer forståelse omkring deres situasjon og NBO-metoden.

8 Referanser

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243. doi: 10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H
- Als, H. (1986a, 22.03.2016). *Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Nidcap)*. fra <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2015/10/Program-Guide-Rev-22Mar2016-Final.pdf>
- Als, H. (1986b). A Synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*(6), 3-55.
- Aristoteles. (1999). *Den nikomakiske etikk* (Ø. Rabbås & A. Stigen, Overs.). Oslo: Bokklubben dagens bøker.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet : faglig vekst gjennom veiledning* (L. Nilsen, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis* (From novice to expert). København: Munksgaard.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199. doi: 10.1177/0270467604265061
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd. ed. utg.). New York: Springer Publ.
- Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 324-332. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0132
- Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 679-687. doi: 10.1111/scs.12196
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kaariainen, M., Kanste, O., Polkki, T., Utriainen, K., & Kyngas, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 4/1/2158244014522633. doi: 10.1177/2158244014522633
- Forskningsetiske komiteer. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter* (H. Jordheim, Overs.). Oslo: Cappelen.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs.). Oslo: Pax.
- Goyal, N. K., Teeters, A., & Ammerman, R. T. (2013). Home visiting and outcomes of preterm infants: a systematic review. *Pediatrics*, 132(3), 502. doi: 10.1542/peds.2013-0077
- Helsedirektoratet. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonen og skolehelsetjenesten*. Hentet fra

- <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=Forskrift%20om%20kommunenes%20helsefremmende%20og>
Helsedirektoratet. (2004). *En veileder til Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal Strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og Helsetjenesten, Veileder IS-1162*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinjer for barselomsorgen, Veileder IS-2057*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>.
- Helseregion Øst & Sør, Regionsenter for barn og unges psykiske helse,. (2015, 081115). *Regionsenter for barn og unges psykiske helse* fra [http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/\(\\$all\)/939C3FB0680034F4C1257DA20050087C?open](http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/($all)/939C3FB0680034F4C1257DA20050087C?open)
- Holland, A., & Watkins, D. (2015). Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 88(6), 33.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1605/01.301-0011350872.2010
- Landsem, I. P. (2012). *En bedre start : for deg og din baby : hvordan forstå ditt nyfødte barn*. Tromsø: Landsem forl.
- Landsem, I. P. (2016). *Results from the Tromsø Intervention Study on Preterms until children's age of nine : the influence of structured early parental guidance on behavior-emotional development and well-being among children born preterm and parenting stress in their families*. UiT The Arctic University of Norway, Faculty of Health Science, Department of Clinical Medicine, Tromsø.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McAtamney, R. (2011). Health visitors' perceptions of their role in assessing parent-infant relationships. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 84(8), 33-37.
- McManus, B., & Nugent, K. J. (2011). Feasibility study of early intervention provider confidence following a neurobehavioural intervention for high-risk newborns. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(No. 4), 8.
- McManus, B., & Nugent, K. J. (2014). A Neurobehavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated with Higher Perceived Quality of Care Among Parents of High-Risk Newborns. *Official Publication of the National Council for Community Behavioral Healthcare*, 41(3), 381-389. doi: 10.1007/s11414-012-9283-1
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.

- Nilsen, H. K. (2015). *Er det behov for veiledning av førstegangsførelde som et universelt forebyggende tiltak?* (Mastergradsoppgave i barnevern). Hentet fra <http://munin.uit>
- Nortvedt, M. W., & Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Tidsskriftet sykepleien*.
- Nugent, J. K., Keefer, H. C., Minear, S., Johnson, C. L., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior & early relationships : the newborn behavioral observations (NBO) system handbook*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes.
- Pettit, A. (2008). Health visitors' experiences of using a tool in assessing infant attachment.(PROFESSIONAL). *Community Practitioner*, 81(11), 23.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Skjervheim, H. (Red.). (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforl.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smithbattle, L., Lorenz, R., & Leander, S. (2013). Listening with care: using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention with teen mothers. *Nurs Inq*, 20(3), 188-198. doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00606.x
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg, 2.opplag 2013 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilson, P., Barbour, R. S., Graham, C., Currie, M., Puckering, C., & Minnis, H. (2008). Health visitors' assessments of parent-child relationships: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1137-1147. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.006

9 Vedlegg nr 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Inger Jorunn Danielsen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 02.07.2015

Vår ref: 43842 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Harald Hørlaages gate 21
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

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43842 *Helsesøstres erfaring med å arbeide med Newborn Behavioral Observation metoden. Dette er en metode med fokus på relasjonsbygging. Viktigst å oppnå kontakt med foreldre, og gjennom felles observasjon og samspill med barnet, utvikle en forståelse for barnet, som deles med foreldrene.*

Behandlingsansvarlig *UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Inger Jorunn Danielsen*
Student *Mariann Høyland*

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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Audjelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD - Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TROMSØ: NSD - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kymr.sarvas@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD - UiT - Universitetet i Tromsø, 9012 Tromsø. Tel: +47-77 63 82 90 nsd@uit.no

10 Vedlegg nr 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Helsesøstres erfaring med å arbeide etter Newborn Behavioral Observation (NBO) metoden med fokus på klinisk forståelse og samhandling.

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om deltakelse i et prosjekt med fokus på helsesøstres erfaring med å arbeide med Newborn Behavioral Observation metoden.

Studiet gjennomføres som en del av en avsluttende masteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Nyere forskning viser til viktigheten av sensitive og oppmerksomme foreldre for å stimulere og utvikle det nyfødte barnet på best mulig måte. Helsesøstre veileder foreldrene i forståelsen av sitt eget barn. NBO som veiledningsmetode til foreldre med nyfødte barn er relativt nyetablert i Norge, og det er lite forskning på helsepersonells erfaring med dette.

Til studiet ønskes beskrivelser fra helsesøstres daglige arbeide med nyfødte barn og deres foreldre etter NBO metoden, som kan skape ny forståelse og kunnskap i denne viktige veiledningsprosessen.

Fokus i intervjuet vil være dine erfaringer med å arbeide etter NBO metoden omkring klinisk forståelse av barnet og det å samhandle med foreldrene i disse situasjonene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Et dybdeintervju på 1 time som vil omhandle hvordan NBO metoden brukes i praktisk arbeide. Før oppstart av intervjuet vil du bli bedt om å fylle ut et skjema med personopplysninger som navn, arbeidssted, arbeidserfaring som helsesøster og når du ble NBO utdannet.

NB! Det kreves at du anonymiserer, slik at det ikke kommer frem identifiserbare pasientopplysninger i samtalen.

Under intervjuet vil det bli brukt lydopptaker via mobiltelefon for å samle inn data.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Notatene fra intervjuene, lydfiler og utskrift fra disse vil bli behandlet som fortrolige opplysninger og oppbevart forsvarlig.

Prosjektet er planlagt fullført september 2016, og lydfiler og tekst vil bli slettet. Du kan ikke identifiseres i den tekst som vil bli offentliggjort i masteroppgaven.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studiet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykke erklæringen som følger denne informasjonen og sender den til studenten.

Student: Mariann Høyland, mariann.hoyland@uit.no mobil: 41 21 21 17

Veileder: Inger Danielsen, inger.danielsen@uit.no mobil: 91 66 32 78

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

I

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

11 Vedlegg nr 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet Helsesøstres erfaring med å arbeide etter Newborn Behavioral Observation (NBO) metoden med fokus på klinisk forståelse og samhandling.

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om deltakelse i et prosjekt med fokus på helsesøstres erfaring med å arbeide med Newborn Behavioral Observation metoden. Studiet gjennomføres som en del av en avsluttende masteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Nyere forskning viser viktigheten av sensitive og oppmerksomme foreldre for å stimulere og utvikle det nyfødte barnet på best mulig måte.

NBO som veiledningsmetode til foreldre med nyfødte barn er relativt nyetablert i Norge, og det er lite forskning på helsepersonells erfaring med dette.

Til studiet ønskes beskrivelser fra helsesøstres daglige arbeide med nyfødte barn og deres foreldre etter NBO metoden, som kan skape ny forståelse og kunnskap i denne viktige veiledningsprosessen.

Da metoden som ønskes belyst er relativt ny i Norge så er det få helsepersonell i en samlet virksomhet som har samme utdanningen. Din kommune er en virksomhet som hadde mange helsesøstre på NBO kurs i 2014, og ble derfor valgt.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju på 5-8 helsesøstre fra egen kommune. Det vil være en gruppe helsesøstre som alle har ca 6 måneders erfaring med å arbeide etter NBO metoden etter sertifisering til NBO veileder.

Sammen med student og hennes veileder vil gruppen samtale om konkrete erfaringer du har omkring NBO metoden. Fokus vil være din kliniske forståelse av nyfødte og din erfaring med samhandling med foreldre og barn. NB! Det kreves at du anonymiserer, slik at det ikke kommer frem identifiserbare pasientopplysninger i samtalen.

Gruppen samles 1 gang i 2 timer, forhåpentligvis i slutten av september 2016.

Før oppstart av intervjuet vil du bli bedt om å skrive under et samtykke skjema for studien, og et skjema med personopplysninger som navn, arbeidssted, arbeidserfaring som helsesøster og

når du ble NBO utdannet. Under intervjuet vil det bli brukt lydopptaker via mobiltelefon for å samle inn data.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Notatene fra gruppesamtalene, lydfiler og utskrift fra disse vil bli behandlet som fortrolige opplysninger og oppbevart forsvarlig.

Prosjektet planlagt fullført september 2016. Alle lydfiler og tekst vil da bli slettet. Du kan ikke identifiseres i den tekst som vil bli offentliggjort i masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studiet. Du kan senere trekke tilbake ditt samtykke og enkelthistorier uten noen begrunnelse. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student: Mariann Høyland, mariann.hoyland@uit.no mobil: 41 21 21 17

Veileder: Inger Danielsen, inger.danielsen@uit.no mobil: 91 66 32 78

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

I

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

12 Vedlegg nr 4

Intervjuguide til dybdeintervju

Ønske velkommen til intervjuet. Takke for oppmøte.

Gjennomgå studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling.

Fyll ut samtykke skjema om dette ikke er tilsendt, og personopplysninger på skjema fra student.

1. Kan du fortelle om noen av dine erfaringer med å bruke NBO metoden i klinisk praksis?

a) i forhold til din kliniske forståelse av barnet?

Eksempelvis barnets autonome system, motoriske system, organisasjon og responsivitet?

b) med tanke på din samhandling med barnet og foreldrene?

Eksempelvis hvordan du kommuniserer med foreldrene for at de skal forstå sitt eget barn?

2. Hvilke erfaringer har du omkring den relasjonsbyggende tanken omkring foreldrene i NBO metoden?

a) Kan du beskrive erfaringer fra det å ha foreldrene som deltakere og likeverdige i relasjonen?

3. Hvilke erfaringer har du omkring å jobbe med barnet som utgangspunkt?

4. Hvilke erfaringer har du omkring å ha felles fokus på barnets individuelle utvikling?

a) fokus på individualitet

b) fokus på det friske hos barnet

c) høy risiko barn, ex premature.

5. Hvilke erfaringer har du omkring at det er et familiesentrert system?

a) bygge broer med familiens sosiale nettverk, noen erfaringer med dette?

6. Hvilke erfaringer har vært bra og hva har vært utfordrende med å bruke NBO metoden?

7. Hvordan tenker du i dag omkring dine egen kliniske forståelse av nyfødte barn?

8. Har du gjort deg noen andre erfaringer med NBO som du kan tenke deg å dele?

9. Avslutningsspørsmål

Hvordan kan din kunnskap med NBO metoden brukes best innenfor forebyggende helse for nyfødte barn?

Tusen takk for din tid, engasjement og beskrivelser fra deres arbeid med NBO som metode.

13 Vedlegg nr 5

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Ønske velkommen til intervjuet. Takke for oppmøte!

Gjennomgå studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling.

Samtykke skjema og personopplysninger fylles ut på skjema fra student.

1. Kan dere fortelle om noen av deres erfaringer med å bruke NBO metoden i deres kliniske praksis?

a) i forhold til deres kliniske forståelse av barnet?

Eks: barnets autonome system, motoriske system, organisasjon og responsivitet ?

b) med tanke på deres samhandling med barnet og foreldrene?

Eksempelvis hvordan dere kommuniserer med foreldrene for at de skal forstå sitt eget barn?

2. Hvilke erfaringer har dere omkring den relasjonsbyggende tanken omkring foreldrene i NBO metoden?

3. Hvilke erfaringer har dere omkring å ha felles fokus på barnets individuelle utvikling?

a) fokus på individualitet.

b) fokus på det friske hos barnet.

c) fokus på høy risiko barn, ex premature.

4. Hva har vært bra med å bruke NBO omkring klinisk forståelse?
og samhandling?

5. Hva har vært utfordrende med å bruke NBO omkring klinisk forståelse?
og samhandling ?

6. Har dere gjort dere noen andre erfaringer med NBO som dere kan tenke dere å dele med oss?

7. Avslutningsspørsmål

Hvordan kan deres kunnskap med NBO metoden brukes best innenfor forebyggende helse for nyfødte barn?

Tusen takk for deres tid og engasjement og beskrivelser fra deres arbeid med NBO som metode.

14 Vedlegg nr 6

Personopplysningskjema for dybde og fokusgruppeintervju

Navn:

Arbeidssted:

Yrkesbakgrunn:

Erfaringstid som helsesøster:

Erfaringstid med NBO:

Emailadresse:

15 Vedlegg nr 7

Fullstendig oversikt over NBO-metodens 18 observasjonspunkter

Følgende momenter er en oversikt over de 18 punktene som forsøkes gjennomføres i NBO-metoden.

1. Tilvenning til lys
2. Tilvenning til lyd
3. Muskeltonus i armer og ben
4. Søkerefleks
5. Sugerespons
6. Håndgrep
7. Skulder og nakketonus
8. Kryperefleks
9. Respons på ansikt og stemme
10. Respons på visuell stimuli, ansikt.
11. Evne til å orientere seg etter lyd, stemme.
12. Evne til å følge visuell stimuli, rød ball.
14. Gråting
15. Trøsting
16. Tilstandsregulering
17. Respons på stress;endring i farge, skjelvninger, rykninger
18. Aktivitetsnivå

Gjennomgang av alle 18 punktene, med beskrivelser og diskusjon, kan ta alt fra 10 minutter til 30 minutter å gjennomføre. Noen observasjoner vil vare lengre tid, andre kortere.