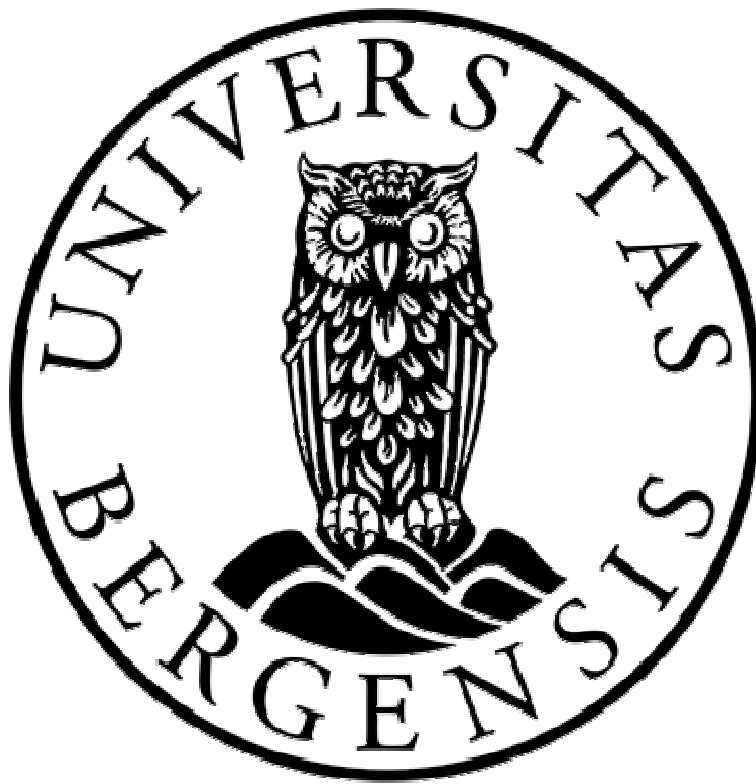


MASTEROPPGAVE

Favorittside og skalleasymmetri hos spedbarn - forebygging og helsefremming: Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell

Ingunn Marie Holsen



Masterprogram i helsefag
Studieretning fysioterapivitenenskap
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

VÅREN 2016

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg en del svar som jeg har lurt på i 20 år som barnefysioterapeut i kommunen og som jeg vil arbeide videre med. Det har også gitt meg inspirasjon og nye perspektiver på ting som jeg vil bringe med meg tilbake i møtet med nybakte foreldre og deres babyer med skalleasymmetri og i samarbeidet med andre helsepersonellgrupper.

Forskningsprosessen har av og til vært som en berg- og dalbane for meg. I noen perioder høyt oppe og svevet og i andre perioder langt nede og frustrert. Jeg har opplevd at «veien ble til mens jeg gikk» og at ingenting ble til av seg selv uten et jevnt og trutt arbeid. Innimellom var det liten fremdrift fordi jeg var avhengig av andres tilstedeværelse, og kunne lite gjøre selv for å påvirke den. Men det har for det aller meste vært en lærerik og givende prosess, både med hensyn til det faglige utbyttet og på det personlige plan.

Først vil jeg rette en stor takk til alle mine informanter som stilte opp og til deres ledere for «lånet» av dem. Dere bidro til innsamling av datamaterialet, og uten dere hadde ikke denne studien blitt til.

Videre vil jeg takke min enhetsleder i Ergo- og fysioterapitjenesten i Fana og Ytrebygda for støtte under masterutdanningen og tilrettelegging av jobben, slik at jeg kunne gjennomføre prosjektet. Jeg ønsker samtidig å takke mine gode kollegaer for all oppmuntring og nyttige innspill underveis, og for at jeg ble «frikjøpt» for en del oppgaver fra min heltidsstilling disse 4 årene.

En stor takk rettes også til min veileder Professor Dr. Philos Målfrid Råheim. Du har hele tiden støttet prosjektet mitt, funnet det interessant og veiledet meg trygt i mål. Dine innspill, kommentarer og gode diskusjoner har vært uvurderlige. Du fikk meg til å se «lyset i tunnelen» da jeg var som lengst «inne».

Jeg vil dessuten få takke mine medstudenter på masterstudiet som har kommet med nyttige og konstruktive innspill underveis i studiet og i løpet av oppgaveskrivingen både via e-mail, SMS og lange telefonsamtaler.

Til slutt vil jeg rette en takk til min familie; mann, barn og foreldre, som har oppmuntret og rost meg, og hatt tro på at jeg ville klare å gjennomføre masteroppgaven. Takk for all god støtte!

Bergen, 15. mai 2016

Ingunn Marie Holsen

«Det man hører glemmer man, det man ser husker man, det man gjør forstår man»

Loris Malaguzzi

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Definisjoner, årsaker og avgrensning	4
1.3	Sentrale helsepolitiske føringer og studiens teoretiske forankring	5
1.3.1	Helsepolitiske føringer i Norge i senere tid – Samhandlingsreformen	6
1.3.2	Teorier om helsefremmende og forebyggende arbeid	7
1.4	Tidligere forskning på området	11
2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER.....	17
2.1	Hensikt	17
2.2	Problemstillinger	17
3	METODE.....	18
3.1	Kunnskapsteoretisk forankring	18
3.2	Valg av forskningsdesign og metodisk tilnærming.....	19
3.3	Utvalg	20
3.3.1	Rekruttering	20
3.3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
3.3.3	Beskrivelse av og begrunnelse for utvalget	21
3.4	Forberedelse til og gjennomføring av gruppeintervjuene	22
3.5	Analyse av data	24
3.5.1	Transkripsjon	24
3.5.2	Valg av analytisk fremgangsmåte.....	25
3.5.3	Presentasjon av Malteruds 4 analysesteg og min bruk av disse.....	25
3.5.4	Et eksempel på de 4 analysetrinnene av eget datamateriale	31
3.6	Etiske hensyn og betraktninger	34
4	RESULTATER: Helsepersonells erfaringer og synspunkter på forebygging av skalleasymmetri hos spedbarn.....	36
4.1	Helseinformasjon og kunnskap	36
4.1.1	Tidspunkt for første møte: Ønsker og realiteter.....	36
4.1.2	Ideelle tidspunkter for formidling av helseinformasjon – om mottakelighet hos mor	39
4.1.3	Informasjonsflom – overveldende på foreldre? Tidlig inform. og hyppig repetisjon!	41
4.1.4	Prosedyrer for oppfølging og videre henvisninger	44
4.1.5	Opplyst og informert via helsepersonell	45
4.2	Formidling og mottak av helseinformasjon	46
4.2.1	Foreldreveiledning - sårbarhet, stress og mestring	46
4.2.2	Helsepersonellens fokus i 1. møte med foreldre.....	48
4.2.3	Foreldres fokus i 1. møte med helsepersonellet.....	50
4.2.4	Helseinformasjon - lydhørhet og lærevillighet hos foreldre	52

4.3	Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller.....	53
4.3.1	Bagatellisering av problemet	54
4.3.2	Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring	56
4.3.3	Tidsklemma og atferdsendring - påvirker foreldrerollen og barnet?	58
4.3.4	Rammevilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid	60
4.4	Etiske dilemma ved rådgivning – Statens Helsetilsyns dominerende rolle	63
4.4.1	Frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer	63
4.4.2	Tilrettelegging av fysisk miljø, variasjon i stillinger og håndtering av barnet	65
4.4.3	Bruk av forskjellig utstyr til barnet under søvn	66
4.4.4	Informasjon om mageleie i våken tilstand - betydning for motorikk	68
5	DISKUSJON.....	70
5.1	Innhold, mengde, formidling og mottak av informasjon – ulike roller og foki	70
5.2	Stress og mestring hos nybakte foreldre og mottakelighet for helseinformasjon	72
5.3	Mangel på kunnskapsoverføring og gode rollemodeller.....	74
5.4	Helseinformasjon og -kommunikasjon og atferdspåvirkning hos foreldre.....	76
5.5	Erfaringer fra tverrfaglige samarbeid innad og på tvers av linjenivåene	80
5.6	Etiske dilemma i spenningsfeltet mellom lojalitet og «sunn fornuft» og tanker rundt forekomsten av favorittside hos nyfødte.....	82
5.7	Metodediskusjon.....	83
5.7.1	Intern validitet - troverdighet	83
5.7.2	Ekstern validitet - overførbarhet	87
5.7.3	Forskerrollen og refleksivitet.....	89
6	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VEIEN VIDERE	91
7	REFERANSELISTE.....	93
	VEDLEGG 1.....	
	Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet	
	VEDLEGG 2.....	
	Intervjuguide 1: Jordmødre i kommunen.....	
	Intervjuguide 2: Helsesøstre	
	Intervjuguide 3: Barnefysioterapeuter i kommunen	
	Intervjuguide 4: Jordmor ved sykehus.....	
	VEDLEGG 3.....	
	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	

SAMMENDRAG

Studiens hensikt var å få frem helsepersonells tanker om og erfaringer med rollen som formidlere av tidlig helseinformasjon til vordende og nybakte foreldre. Dette med hensyn til å forebygge utvikling av favorittside og skalleasymmetri samt å synliggjøre deres opplevelser av foreldrene som mottakere av denne informasjonen. Hensikten var også å bidra til å styrke kunnskapsformidlingen til foreldre om forebygging av den aktuelle tilstanden hos spedbarn.

Materiale og metode: Det ble benyttet et eksplorerende tverrsnittsdesign med fokusgruppeintervjuer av barnefysioterapeuter, jordmødre og helsesøstre. Fire fokusintervjuer ble gjennomført med til sammen 15 deltakere. Analyse av transkriberte intervjuer ble utført ved bruk av Systematisk Tekst Kondensering som vist i Malterud (2011).

Resultater: Fire hovedtema med undertema ble analysert frem: **1. Helseinformasjon og kunnskap:** **Tidspunkt for første møte: Ønsker og realiteter; *Ideelle tidspunkter for formidling av helseinformasjon – om mottakelighet hos mor; *Informasjonsflom – overveldende på foreldre? *Tidlig informasjon og hyppig repetisjon!; *Prosedyrer for oppfølging og videre henvisninger; *Opplyst og informert via helsepersonell.* **2. Formidling og mottak av helseinformasjon:** **Foreldreveiledning - sårbarhet, stress og mestring; *Helsepersonellens fokus i 1. møte med foreldre; *Foreldres fokus i 1. møte med helsepersonellet; *Helseinformasjon - lydhørhet og lærevillighet hos foreldre.* **3. Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller:** **Bagatellisering av problemet; *Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring; *Tidsklemma og atferdsendring - påvirker foreldrerollen og barnet?; *Rammevilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid.* **4. Ethiske dilemma ved rådgivning – Statens Helsetilsyns dominerende rolle:** **Frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer; *Tilrettelegging av fysisk miljø, variasjon i stillinger og håndtering av barnet; *Bruk av forskjellig utstyr til barnet under søvn; *Informasjon om mageleie i våken tilstand - betydning for motorikk.*

Konklusjon: Deltakerne hadde ønsket å møte de gravide tidligere og fått babyer med favorittside henvist før. Erfaringen var at helseinformasjon ikke synes å nå inn hos foreldre. Ulike foki hos foreldre og helsepersonell, travelhet på føde- og barselavdeling og mangel på gode rollemodeller bidro antatt til dette. Gruppesamtalene antydte forskjeller i kunnskapsnivået om skalleasymmetri og variasjon i liggestilling hos helsepersonellet. Tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre i 1. linjen og jordmødre i 2. linjen samt undervisning innenfor temaet kunne vært bedre.

Tiltak som forebyggende informasjon i svangerskapet, hyppig repetisjon etter fødsel via brosjyrer med mye bilder samt muntlig formidling og å vise praktisk håndtering av babyen synes derfor avgjørende.

Nøkkelord: Skalleasymmetri, spedbarn, forebyggende helsearbeid, tverrfaglig samarbeid, helseatferd.

ABSTRACT

The aim of the study was to bring up health personells thoughts about and experiences with their role as purveyors of early health information to expectant and new parents. This to promote development of preferred sleeping positioning and skull asymmetry, as well as to highlight their experiences of the parents as recipients of this information, in purpose to strengthen the knowledge dissemination to parents about prevention of the condition in infants.

Material and Method: Exploring cross-sectional design with focus group interviews of child physical therapists, midwives and health sisters. Four interviews were carried out in the course of half a year, with a total of 15 participants. Analysis of the transcribed interviews were carried out by the use of Systematic Text Condensation (STC), as shown in Malterud (2011).

Results: Four main theme with subtopics were analyzed: **1. Health information and knowledge:** **First meeting: wishes and realities; *Ideal for the dissemination of health information - about the susceptibility of the mother; *The information flood - overwhelming on the parents? *Early information and frequent repetition!; *Procedures for follow-up and further referrals; *Enlightened and informed by health care professionals.* **2. The dissemination and receipt of health information:** **Parental guidance - vulnerability, stress and coping; *Health personells' focus in the 1.meeting with parents; *Parents' focus in the 1.meeting with health personells; *Health information - parents' responsiveness and willingness to learn.* **3. Factors that may affect the incidence of new cases:** **Belittling of the problem; *Lack of role models and knowledge transfer; *Time squeeze and behavior change - affects parents role and the child; *Framework conditions that hinder interdisciplinary collaboration.* **4. Ethical dilemma by consulting - the SHTs dominant role:** **Fear of SIDS and loyalty to SHTs guidelines; *Facilitation of the physical environment, variety in the positions and the handling of the child; *The use of different equipment to the baby during sleep; *Information about tummy time in the wakeful state - importance for physical and motor skills.*

Conclusion: Participants wanted to meet the pregnant women earlier, and that babies with skull asymmetry were referred quicker. Health information did not reach the parents assumed different focuses with parents and professionals, bustle on the birth clinic and lack of role models. Data customized differences in the level of knowledge about skull asymmetry and variation in sleeping position between the health care provider groups. Interdisciplinary cooperation between health sisters in the first line and midwives in the second line and education could have been better. Promotive information in pregnancy, frequent repetition after birth by brochures with pictures, oral disclosure and demonstration of the handling seems essential.

Keywords: Developmental Plagiocephaly (DP), Skull Asymmetry, Health Promotion and Information.

1 INTRODUKSJON

1.1 Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema

Historisk tilbakeblikk

Utvikling av skjev eller asymmetrisk hodeform i forbindelse med nyfødtp perioden har antakelig eksistert i århundrer, men i en lavere skala enn nå (Persing, James, Swanson & Kattwinkel, 2003). I tidligere tider, både før og etter Kristi fødsel, har det forekommet bevisst deformering av hodeskallen både av kulturelle og estetiske årsaker i ulike land og kulturer. Dette ble utført for å forstyrre normal vekst av hodeskallen mellom 1 og 6 måneders alder ved bruk av ytre kraft, for å gi spedbarnet en spesiell hodefasong man mente var «riktig». Flat, avlang eller høy/konisk hodeform var blant de mest utbredte, og ble blant annet formet ved å binde to plankebiter på hver side av hodet, eller presse ned en planke mot hodet/pannen eller surre tøy stramt rundt hodet. Kunstig forming av hodeskallen foregår fortsatt noen få steder, slik som i Vanuatu. I Toulouse ble hodebinding praktisert sporadisk opp til begynnelsen av det 20. århundre, som et resultat av en gammel medisinsk tradisjon hos bønder, for å beskytte babyen mot farer og ulykker (http://en.wikipedia.org/wiki/Artificial_cranial_deformation).

Vår tid og dagens situasjon

Endringer i anbefalte liggestillinger ved søvn, større fødselsvekt hos babyer, forkjært leie i livmoren, nye forløsningsteknikker og kulturelle variasjoner kan forklare insidensen av asymmetrisk hodefasong i dagens samfunn. På 1950-60-tallet sov spedbarn på ryggen og brukte hodeputer. Mødrene var opptatt av at barnet utviklet rund hodeform og at ørene ikke ble klemte eller utstående. Mange benyttet vende-skjema for passe på at det ble variasjon i leiet. På grunn av fare for kvelning ved gulping i ryngleie, ble barna plassert i mageleie fra 1970-tallet av og nesten hele 1980-tallet. Dette resulterte i en sterkt økende prevalens av plutselig spedbarns død under søvn. Barna ble derfor plassert i sideleie fra slutten av 1980-tallet i tråd med Rundskriv IK-36/97 (Statens Helsetilsyn (SHT), 1997). Men, til tross for sideleie døde fortsatt noen få spedbarn i krybbedød, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). Da sideleie-stillingen er den sovestillingen som er mest instabil og kan medføre mageleie dersom babyen velter rundt (Skadberg, Morild & Markestad, 1998), ble ryngleie på nytt gjeninnført 1996-97, men dog uten hodepute som 'støtdemping'. Denne anbefalingen kom som følge av Back-to-Sleep kampanjen i USA i 1992, og etter nye positive gjennombrudd i SIDS forskningen, blant annet i Norge (Øyen & Markestad, 1997; Wennergren, 2004). Enkelte hospitaler og klinikker for nyfødte i USA valgte likevel å fortsette anbefalingene om sideleie som sovestilling grunnet frykt for aspirasjon, og fordi det var et godt alternativ til mageleie. Dette gjorde mange foreldre usikre på hvilken liggestilling de skulle velge når de kom hjem fra klinikken med barnet (Colson, Bergman, Shapiro & Leventhal, 2001; Hein &

Pettit, 2001). Samtidig så man i fra 1997 en økende forekomst av babyer som utviklet asymmetrisk hodeform, og en favorittside som ønsket sovestilling ved ensidig plassering i ryggeleie. I følge senere studier er det liten eller ingen nedgang i disse nyoppståtte tilfellene av skalleasymmetri hos nyfødte, til tross for mange år med forebyggende helseinformasjon i 1. linjetjenesten. Prevalensen er på ca. 19,7 % ved 4 måneders alder (Hutchison, Hutchison, Thompson & Mitchell, 2004; Christensen, Østergaard & Norholt, 2003; Bialocerkowski, Vladusic & Wei Ng, 2008). Studier fra Nederland viser også høy forekomst av favorittside og skalleasymmetri hos spedbarn under 2-4 måneder (Boere-Boonekamp, Bunge van Lent, Roovers & Haasnoot-Smallegange, 2005; van Vlimmeren, Helden, van Adrichem & Engelbert, 2006). Andre studier viser til enda høyere insidens, opptil 48 % (Robinson & Proctor, 2009). Antall publiserte studier vedrørende skjev hodefasong og asymmetri av skallen, økte med over 407 % i fra 2004 til 2008 (White, Warner, Noons, McAlister, Solanki, Nishikawa & Dover, 2010).

Vi vet at babyens hode vokser mest i løpet av de seks første månedene etter fødsel og spesielt de første tre månedene, hvor også faren for å utvikle skjev hodefasong er størst og kan skje veldig raskt (Brofin, 2001). Det er en tydelig topp rundt 4 måneder for utvikling av asymmetrisk hodefasong (Hutchison et al., 2004; Robinson & Proctor, 2009). Det er ingen tvil om at babyer bør sove på ryggen ettersom dette har resultert i den tydelige nedgangen i antall SIDS-tilfeller (Wennergren, 2004). Samtidig er der negative sideeffekter ved anbefalingen om ryggeleie fra SHT. Eksempelvis velger noen foreldre sjelden eller aldri å legge barnet sitt i mageleie, selv ikke i våken tilstand (Majnemer & Barr, 2005; Mildered, Beard, Dallwitz & Unnwin, 1995). Dette øker igjen risikoen for skjevutvikling av hodeformen og sein motorisk utvikling (Öhman, Nilsen, Lagerkvist & Beckung, 2009). Forskning har vist at risikofaktorer for utvikling av asymmetrisk hodefasong er tilstede ved; mindre enn 3 timers mageleie per dag når barnet er våkent, torticollis, førstefødte, kjønn (gutter fremfor jenter), tvillinger, premature og sein utvikling av motoriske milepæler (Littlefield, Kelly, Pomatto & Beals, 2002; Hutchison, Thompson & Mitchell, 2003; van Vlimmeren, van der Graaf, Boere-Boonekamp, L'Hoir, Helden & Engelbert, 2007; Oh, Hoy & Rogers, 2009; Peitsch, Keefer, LaBrie & Mulliken, 2002; Joganic, Lynch, Littlefield & Verelli, 2009; Hutchison, Stewart & Mitchell, 2009; Golden, Beals, Littlefield & Pomatto, 1999; Rogers, Oh & Mulliken, 2009). Mange foreldre tror også det kan være farlig å legge barnet i sideleie i dag, dette uten å ha forstått sammenhengen med ustabiliteten stillingen gir (Carpenter, Irgens, Blair, England, Flemming, Huber, Jorch & Schreuder, 2004). Det viktigste tiltaket for å forhindre at babyer utvikler leiebetinget skalleasymmetri er å variere hodeposisjonen allerede fra fødselen av (Wilson, 2003). Ettersom babyer i større grad sitter mer i bilseter og bærestoler i dag enn før, blir det mindre tid til stimulering i mage- og ryggeleie på gulvet. Disse faktorene i kombinasjon med ensidig sovestilling i ryggeleie på harde underlag bidrar antakelig til å forsterke en

allerede begynnende skjevhet av hodeskallen eller utvikling av en favorittside og dernest skalleasymmetri.

Bruk av hodepute var vanlig før, og er interessant å se nærmere på

Barn født på 1950-60-tallet, som også sov på ryggen, men brukte hodeputer, utviklet ikke skjev hodefasong i et så stort omfang som man ser i dag. Hodeputene forsvant ut på 1970-tallet i Norge, antatt ved innføring av mageleiesoving, for så ikke å bli gjeninnført. Dette hadde kanskje sammenheng med innføring av de nye retningslinjene? Kanskje dagens bestemødre ikke formidler at det er viktig å passe på formingen av spedbarnets hodeskalle til sine døtre når de blir nybakte mødre, og at deres erfaringer derfor ikke blir overlevert til yngre generasjoner? Retningslinjer fra helsestasjon via helsesøstre og anbefalinger fra SHT blir muligens overskyggende i forhold til erfaringsbasert kunnskap og formidling av råd fra tidligere generasjoner. De «gamle» barnepleierne og jordmødrene ved nyfødtavdelingene er kanskje på vei ut, og erstattes av yngre jordmødre, som har liten tid, anledning eller erfaring til å formidle mer enn det som er aller viktigst, som ernæring og stell av barnet, når nybakte mødre er innlagt. Dagens travelhet, kort liggetid og bruk av faste prosedyrer medfører hard prioritering av hva som er viktigst å formidle. Dette kan antatt bidra til «fattig» kunnskapsformidling fra helsepersonell til foreldre.

Jeg arbeider som barnefysioterapeut i 1. linjetjenesten, og har behandlet babyer med skjev hodeform, også kalt skalleasymmetri, i 20 år. Jeg registrerte en markant økning i antall henvisninger av denne pasientgruppen i fra 1997, etter at SHT hadde anbefalt nybakte foreldre å la barna sove på ryggen på grunn av faren for SIDS. I vår bydel bruker vi fortsatt svært mye fysioterapiressurser på behandling av denne pasientgruppen og veiledning til deres foreldre. Spedbarn med skalleasymmetri og favorittside utgjør den største gruppen av henviste barn mellom 0-2 år, synliggjort i våre årlige statistikker. Vår fysioterapitjeneste er ikke enestående i så måte, noe Norheim (2010) fikk bekreftet da hun kontaktet barnefysioterapeuter i de fire største byene i Norge. Det er både etiske, moralske og økonomisk aspekter ved å bruke så mye tid på en pasientgruppe.

I denne studien ønsker jeg å bidra med mer kunnskap om hvilken og hvordan forebyggende helseinformasjon formidles av helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten til vordende og nybakte foreldre, i forhold til å forebygge leiebetinget favorittside og skjev hodefasong hos spedbarn. Spørsmål knyttet til hvordan helsepersonell best kan nå foreldre med informasjon og råd med hensyn til forebyggende tiltak overfor deres nyfødte babyer ligger til grunn.

Målet med min studie er å finne ut hva og hvordan forebyggende helseinformasjon formidles av helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten til vordende og nybakte foreldre, i forhold til å forebygge leiebetinget favorittside og skalleasymmetri hos spedbarn. Hvordan kan helsepersonell best nå foreldre

med informasjon og råd mht forebyggende tiltak overfor deres nyfødte babyer? Hvilke teorier kan anvendes i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid i 1. og 2. linjetjenesten vedrørende formidling og mottak av helseinformasjon? Hvordan er egentlig det tverrfaglige samarbeidet mellom helsepersonellet? Og i det hele tatt; hvorfor opplever vi ikke nedgang i antall henviste babyer med skjev hodefasong og favorittside? Disse spørsmålene håper jeg studien vil gi noen indikasjoner om og svar på.

1.2 Definisjoner, årsaker og avgrensning

Skjev/asymmetrisk hodefasong/ leiebetinget skalleasymmetri/favorittside er en tilstand hvor babyens hodeform er synlig avflatet på den ene siden eller i bakhodet. Plagiocephali (fra gresk; plagios = vridd/skjev/skrå, cephalo = hode). En deformasjon av hodeskallen uten sammenvoksing av skallebeina, betegnes på engelsk som; Plagiocephaly Without Synostosis (PWS) (Hunt, 1996). Tilstanden skyldes ytre modulerende krefter mot det voksende kraniet prenatalt eller postnatalt, og betegnes i nyere litteratur også for Developmental Plagiocephaly (DP) (Clarren, 1981; Littlefield, Kelly, Pomatto & Beals, 2002). En tredje betegnelse som blir benyttet i litteraturen er Nonsynostotic Plagiocephaly (NSP), som jeg oppfatter som synonymt med PWS.

I denne oppgaven vil navnene bli brukt synonymt og om hverandre, slik det også gjøres i litteraturen og i forskningsstudier. PWS og DP kan forårsakes av forkjært leie i livmoren, ulike forløsningsteknikker, favoritt-sovestilling med hoderotasjon mot en side på grunn av lys, lyd, mors lukt, amme/bære/stellestilling. Videre av liten variasjon i liggestilling, svakhet/ubalanse i halsmuskulaturen, som gir nedsatt evne/kraft til å snu på hodet, trolig også i kombinasjon med hard madrass uten bruk av hodepute (Biedermann, 2004; Lauritzen & Tarnov, 1999; Lindemann, 1999).

Leiebetinget skalleasymmetri har økt betydelig etter at det ble anbefalt at spedbarn skal sove på ryggen (van Vlimmeren, Helders, van Adrichem & Engelbert, 2004; Pogliani, Mameli, Fabiano & Zuccotti, 2011) og forekomsten av en asymmetrisk leiebetinget preferanse er ca. 12-18% hos alle nyfødte i løpet av de første 6 levemånedene (Nuysink, van Haastert, Takken & Helders, 2008). Dersom babyen tilbringer mesteparten av tiden etter fødsel i ryggliggende stilling med hodet rotert mot samme side, vil dette kunne føre til DP (McKinney, Cunningham, Holt, Leroux & Starr, 2009).

Studien avgrenses til forebygging av skjeve hoder, som har oppstått primært postnatalt hos friske spedbarn. Dette er spedbarn som er født med et tilsynelatende symmetrisk og rundt hode, men som utvikler en leiebetinget skalleasymmetri og eventuelt en muskulær ubalanse i kroppen i løpet av de første leveukene.

Forebyggende helsearbeid kan deles i helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid, hvor *Salutogenese* har som mål å fremme helse og innebærer demokratiske prosesser om mer

brukermedvirkning, og ønske om å gjøre folk i stand til å selv forbedre egen helse. *Patogenese* derimot har som mål å hindre sykdom, og innebærer strategiske prosesser og befolkningsrettede høringsrisiko tiltak, og er ekspertstyrt (Mæland, 2005). I denne studien er det altså helsefremmende og forebyggende helsearbeid som undersøkes.

1.3 Sentrale helsepolitiske føringer og studiens teoretiske forankring

Folkehelse handler om helsetilstanden i en avgrenset befolkning, land eller region, og ikke om enkeltindividets helsetilstand. Folkehelse omfavner også økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirker helsen (Store Medisinske Leksikon, 2013). Mål på folkehelse er dødelighet, spedbarnsdødelighet og sykkelighet. For 100 år siden døde 1 av 10 nyfødte spedbarn grunnet infeksjoner, dårlig hygiene og ernæring. Med tuberkulosevaksinering og bedre levekår har overlevelsen blant spedbarn stadig økt. I 2012 var spedbarnsdødeligheten i befolkningen på kun 2,5 %. Antall barn som dør i krybbedød hvert år utgjør bare en liten prosentandel av dette igjen. Socialstyrelsen i Sverige anslo i 2012 at forekomsten av SIDS hadde sunket fra over 1 barn per 1000 i 1995 til 0,2 per 1000 levende fødte spedbarn, blant annet på grunn av de forebyggende rådene om endring av anbefalt sovestilling fra mageleie til ryggleie (Socialstyrelsen, 2012). Folkehelseovens § 1 ønsker å fremme folkehelse og utjevne sosiale ulikheter, og Stortingsmelding nr. 20 beskriver en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Stortingsmelding nr. 34 *Folkehelsemeldingen 2013*; ønsker å sikre god helse for alle og sier at vi har et felles ansvar for det. Meldingen følger 5 grunnleggende prinsipper: 1. Utjevne sosiale forskjeller. 2. Helse i alt vi gjør. 3. Bærekraftig utvikling. 4. «Føre-var» og 5. Medvirkning. Stortingsmelding nr. 19 *Folkehelsemeldingen 2014-2015 Mestring og muligheter*; foreslår helt konkret økte ressurser til svangerskapsomsorgen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten i årene fremover. Videre plikter helsepersonell ifølge § 3-5 i Helsepersonelloven at: ”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene” (Helsepersonelloven, 1999).

Økonomiske og helsefaglige virkemidler er knyttet til forebygging og helsefremmende tiltak. Prioriteringsutfordringer er like fullt behandling versus forebygging, og herunder diskuteres flytting av sykdomsgrenser for hva som er normalt og hva som er sykdom (Mæland, 2005), noe som også berører denne studiens tema.

Helsestasjonsarbeidet hører inn under primærhelsetjenesten. De siste 10-årene har sterke helsepolitiske føringer betydd endringer både i rammevilkår, økonomi og perspektiver hva gjelder kommunenes ansvar og arbeid vedrørende befolkningens helse.

1.3.1 Helsepolitiske føringer i Norge i senere tid – Samhandlingsreformen

I januar 2012 ble første del av Samhandlingsreformen satt ut i livet, og reformen ble gradvis innført i løpet av en fire års periode. Målet med Samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Samhandlingsreformen skal vise vei fremover og gi helsetjenesten ny retning. Forebygge framfor å reparere ved å sette inn tidlig framfor sein innsats, og få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, er noen av målene med reformen. Reformen skal videre flytte tjenestene nærmere der folk bor. Flere oppgaver vil bli lagt til kommunene og dermed tilføring av penger for å kunne utføre dem. Kommunene har ansvaret for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer, samt for å føre tilsyn og kontroll.

Den nye Helse- og Omsorgstjenesteloven trådte i kraft 1. januar 2012. Samtidig ble Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven opphevet. På samme tid ble det gjort endringer i mange andre sentrale lover som Spesialisthelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) trådte også i kraft 1. januar 2012 og erstattet deler av Kommunehelsetjenesteloven og Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Den vektlegger i større grad forebyggende og helsefremmende arbeid overfor alle aldersgrupper. Å tilrettelegge for en sunn folkehelse og forebygging av livsstilssykdommer, slik at det blir lettere for folk å ta helsemessig rette valg, er sentralt. Dette er også nedfelt i The Ottawa Charter fra Verdens helse-organisasjon sin hånd fra 1986 (WHO, 2009). Dette dokumentet ønsker å fremme en prosess som setter folk i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse, også kalt «Empowerment» av den allmenne borger.

I denne sammenheng skal kommunene tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år, og tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til god oppfølging av gravide, til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Oppsummert i gode oppvekstvilkår som basis for utvikling av god helse og livskvalitet.

Samhandlingsreformen ønsker også å samle spesialiserte fagmiljøer og skape et bedre helsetilbud for pasientene gjennom sterkere brukervedvirkning. Brukervedvirkning er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste. Det gjenspeiles også i helse- og sosiallovgivningen, blant annet i pasientrettighetsloven og forskrift om Individuell Plan. Videre

vektlegges medbestemmelse og medvirkning gjennom Empowerment strategier i Folkehelsearbeidet. Tjenesteytere skal bidra til at brukermedvirkningen blir reell, ikke bare formell, slik at det blir brukermedvirkning i praksis (Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Forskrift 3. april 2003 nr. 450)).

Når det gjelder forebyggende helsearbeid preget av helsefremmende tenkning på helsestasjon i forhold til spedbarn, blir det viktig å bruke fora hvor vordende og nybakte foreldre samles, for å innhente deres synspunkter om brukermedvirkning. I min sammenheng vil det være interessant å få innsikt i hva de opplever som risikofaktorer i forhold til utvikling av favorittside og skjev hodefasong hos nyfødte. Utfordringen ligger i å lykkes med å få foreldre til å oppleve at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutninger tas, nye tiltak skal utformes og helseatferd eventuelt bør endres.

1.3.2 Teorier om helsefremmende og forebyggende arbeid

Mæland (2005) beskriver en generell samspillsmodell for helsepåvirkning hvor genetiske og biologiske forhold; atferd, kognisjon og emosjon; miljø og omgivelser samt helsetjenester, alle påvirker mennesket med tanke på sykdom, helse og livskvalitet. I min sammenheng er jeg opptatt av helseatferd og helserelaterte praksiser, samt hvordan forstå og fremme slike. Hva helseatferd er og hvilke teorier som er relevante for å forstå hva som skal til for å nå inn hos foreldrene og øke deres forståelse for helsefremmende og forebyggende arbeid, er altså viktig å avklare. Hvordan helseatferd påvirkes generelt er også vesentlig kunnskap. Jeg vil her beskrive og argumentere for relevante teoretiske perspektiver anvendt i studien.

Helseatferd brukes om atferd der epidemiologisk forskning har vist klar sammenheng mellom atferd og helse/sykdom/dødelighet (Magnus & Bakketeig, 2003). Helseatferd er potensielt modifiserbar og kan sies å være delvis under individuell kontroll. Helseatferdsteorier er verktøy for å gi mer generell forståelse av hvorfor helserelatert praksis eller atferd etableres, eventuelt hvorfor ikke (Bandura, 2004).

I min sammenheng er både helseinformasjon og helsekommunikasjon vesentlig. Individuell helseinformasjon så vel som offentlige helsekampanjer og informasjon via media benyttes i stort omfang for å endre/påvirke folks helseatferd over tid, og kan være mer eller mindre effektive (Bandura, 2004). Samfunnsmessige virkemidler som ulike former for helseopplysning kan også influere menneskelig atferd, skal vi tro Mæland (2005). For å kunne forebygge sykdom og drive helsefremmende arbeid er epidemiologisk kunnskap en forutsetning. Tre områder bør ifølge Magnus og Bakketeig (2003) være kjente før det iverksettes forebyggende tiltak; kartlegging av årsaksmønstre,

utbredelse av årsaksfaktorer og kunnskap om virkemidler som kan påvirke årsaksrekken, gjerne utprøvd i randomiserte kontrollerte studier (RCT).

Forebyggende arbeid kan være både person- og grupperettet. Helsearbeid som er grupperettet, kalt samfunnsmedisin, omfatter både primær, sekundær og tertiærforebyggende arbeid. Det primære arbeidet er rettet mot hele befolkningen, som for eksempel tilbud om hjemmebesøk til alle nybakte foreldre. Det sekundære arbeidet er rettet mot sårbare grupper som har et problem eller en sykdom. Eksempel på slike tiltak kan være å gi råd og veiledning til foreldre som har barn med favorittside. Det tertiære arbeidet har som mål og hindre forverring av en allerede eksisterende skade eller sykdom, for eksempel en etablert skalleasymmetri (Kvarme, 2007). I denne studien vil det være rådgivning på bakgrunn av epidemiologisk kunnskap som gis til vordende og nybakte foreldre i forhold til forebyggende helsearbeid som blir viktig, i form av å forhindre utvikling av skjev hodefasong.

Hvordan atferd og livstil formes kan også beskrives via ulike sosialpsykologiske atferdsteorier og modeller for å se hvilke implikasjoner disse har for atferdspåvirkning, enten det dreier seg om primær eller sekundærforebygging.

I følge Sosial-Kognitiv Teori (Bandura, 1977) handler vår atferd og måten vi takler nye situasjoner på mye om vår tidligere sosiale læring, inkludert forventninger til egen mestring. Bandura snakker om resiprok determinisme og mener at vi er i stand til å endre/regulere vår atferd selv og påvirke vårt miljø via tenkning og argumentasjon, og at vi ikke bare er prisgitt vårt (lærings) miljø (Bandura, 1998). Personens forventninger til egen atferd og mestring vil være av betydning for utfallet og resultatet. Bandura uttaler at mestringsforventningene (opplevd atferdskontroll) må være høye for at resultatforventningene (tiltro til at atferden vil føre til ønsket utfall) skal bli høye (Bandura, 1977). I følge sosial-kognitiv teori påvirkes altså vår mestringsforventning (self-efficacy) og atferdskontroll av en rekke faktorer som personlige erfaringer blant annet fra egen oppvekst eller tidligere opplevelser.

Med tanke på denne studien vil opplevelser fra foregående svangerskap og tidligere erfaring med spedbarn, kanskje kunne prege hvordan foreldre velger å håndtere barn nummer to og tre. «Det gikk bra med forrige baby, så det går sikkert bra med denne også».

Men hvordan oppnå effekt av mestringsforventningene? Bandura mener det avhenger av en rekke faktorer som; seleksjon- hvilke handlinger vi går i gang med å endre, målsetting- setter oss realistiske mål, visualisering- av suksess eller fiasko for å forebygge tilbakefall, styrke- hvor hardt vi prøver å endre vår atferd og utholdenhet, hvor godt vi takler vanskeligheter og motgang, og til sist hvor lett vi retter oss etter andres holdninger og meninger. I forhold til denne studien vil antatt opplevd atferdskontroll hos nybakte foreldrene være viktig å styrke, da mye av deres handlinger skjer på «autopilot», dvs. virker lite som veloverveide handlinger med målsetting om endring av praksis.

Observasjonslæring eller modell-læring er en viktig metode som påvirker helseatferd. Foreldre observerer andre rollemodellens atferd og tar gjerne i bruk deler av den. Effektive rollemodeller kan være folk på samme alder, eller litt eldre med erfaring. Det kan være ens mor, mormor, jordmor eller barnepleier på fødselsklinikken og venner som har fått barn. Noen av disse er lette å identifisere seg med, har kanskje en viss makt, posisjon og kompetanse, og er gjerne omsorgsfulle og positive. Teorier om ulike former for læring og tanker om gode rollemodeller vil derfor være viktig å diskutere i forhold til overføring av erfarings- og kunnskapsbasert praksis til nybakte foreldre i denne studien.

Påvirkning av helseatferd, i settingen av helseinformasjon i en krevende situasjon mht å bli foreldre, er utfordrende for mange. Foreldrene befinner seg plutselig i en ny og stressende rolle og skal ta hånd om et lite individ de ikke kjenner eller vet reaksjonsmønsteret til. Mange vil hevde at foreldre går inn i en egen «babyboble», hvor alt annet uvesentlig enn fokuset på babyen utestenges for en periode. Noen mødre betegner dette for «ammetåke» og kan bruke lang tid før de begynner å orientere seg igjen om det som skjer i samfunnet forøvrig. Andre kvinner strever med å få tilbake kontrollen over egen kropp kanskje pga. fødselstraumer både fysisk og psykisk, og kan derfor være lite mottakelige for blant annet helseinformasjon. Det synes å være svært individuelt hvor lenge denne perioden pågår. Enkelte mener at så lenge mor kun gir barnet brystmelk er de to i en egen symbiose som er vanskelig å trenge inn i. Ofte kan det virke som om nybakte foreldre kun husker en liten prosentdel av det som formidles etter fødsel, og spør mye opp igjen om ting som er fortalt tidligere.

Fra mitt perspektiv vil det være viktig å ta i betraktning foreldrenes situasjon, deres stressnivå og ressurser, hva som er viktig for dem i denne fasen, altså en forståelse av deres situasjon med tanke på hvordan man gir relevant helseinformasjon som er til hjelp i en krevende situasjon. Sagt med andre ord, brukeren i sentrum! Stress og mestring for de nybakte foreldrene kan også handle om opplevelsen av selvbestemmelse, brukermedvirkning og det å ta ansvar over egen situasjon. I det hele tatt det å gjøre foreldrene trygge på å mestre egen situasjon, oppsummert i begrepet «Empowerment».

Men hva kjennetegner egentlig Empowerment-tenkningen? Ordet «empowerment» kan oversettes til norsk med «myndiggjøring», «bemyndigelse», «styrking» og «maktmobilisering» (Jacobsen, 2007 s.125). Begrepet ble videreutviklet av samfunnsvitere og pedagoger som Paulo Freire (1974) og Robert Chabers (1977) og ble knyttet opp til ideer omkring behovet hos lavstatus grupper for å bedre sin sosiale posisjon i samfunnet, skaffe seg større grad av kontroll over egen skjebne, og en bedre utnyttelse av egne ressurser (Jacobsen, 2007). Det handlet om bevisstgjøring av sosial posisjon, skjebnen og årsaker til ens egen situasjon, som ble oppfattet som en forutsetning for at de undertrykte selv skulle finne veien ut av en maktesløs situasjon (Jacobsen, 2007). Det dreier seg altså om å

overføre makt fra den «overlegne» til den «underlegne» ved å overføre myndighet og 'gjøre noen i stand til noe' og 'gi fra seg kontroll til noen', som en form for maktoverføring.

I følge Stang (2001) kan maktoverføring sammenfattes i tre hovedelementer: å stimulere den hjelpetrequendes ressurser og muligheter; å fremme den hjelpetrequendes krefter og energi; å redusere forekomsten av stress hos den hjelpetrequende. Perspektivet er altså å ha brukeren i fokus, og initiativet er hos helsepersonellet som stimulerer ressurser og muligheter hos brukeren. Det innebærer videre at enkeltmennesker gis mulighet for selvbestemmelse og innflytelse i saker som angår de selv (Stang, 2001). Denne brukermedvirkningen og synet på at brukeren er ekspert på seg selv, medfører at fagutøveren bruker sin ekspertkompetanse i samhandling med brukeren. Fagutøvers rolle blir dermed en veilederrolle. Det blir viktig å belyse helsepersonellens rolle og syn på foreldres brukermedvirkning i studien.

Hvordan grad av medbestemmelse, brukermedvirkning og bemyndigelse oppleves når nybakte foreldre møter retningslinjer fra SHT om hvordan de skal håndtere babyen, blir viktig å få nærmere kunnskap om. Det råder liten tvil om at mange foreldre er usikre på hvilke liggestillinger barnet bør sove i, spesielt dersom barnet er mye plaget med kolikksmerter. Enkelte foreldre blir tynget av skyldfølelse og dårlig samvittighet fordi de har valgt å legge barnet til å sove på siden eller magen, som den eneste stillingen som fungerte for å få babyen til å roe seg.

Å skape godt samspill og kommunikasjon med foreldrene blir derfor avgjørende. Noen måter å oppnå dette på kan være å innlede samtaler åpent, lytte uten å avbryte, være nærværende i stunden, å sammenfatte og klargjøre hva den andre har sagt og bekrefte følelser. Å etterspørre foreldrene om de har forstått informasjonen som ble formidlet, oppsummert i begrepet «Teach-Back», kan også være nyttig i denne settingen. Tanker om veiledning, samspill og helsekommunikasjon er derfor aktuelle å anvende i denne studien, da rådgivning om helseforebygging handler mye om å forstå og trygge foreldrene i foreldrerollen. Helsekommunikasjon innbefatter bruk av kommunikasjonsstrategier for å informere og påvirke enkeltindividets og samfunnets avgjørelser som kan forbedre helsen (Kreps, Bonaguro & Query, 1998). I denne sammenhengen vil også begrepet Health Literacy bli omtalt, som på norsk kan oversettes med helsereelatert kompetanse. Det handler om personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for den enkeltes evne til å få tilgang til, forstå og benytte seg av helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Pettersen, 2009).

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for at helsepersonell skal kunne gi et best mulig tjenestetilbud til brukerne. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som innebærer at ulike yrkesgrupper utfyller hverandre gjensidig for en mest mulig helhetlig tilnærming til brukernes behov. Men hvordan legge til rette for likeverd og respekt når ulike yrkesgrupper med ulik faglig tilnærming

skal jobbe sammen? Tanker om tverrfaglig samarbeid kan derfor bli relevante å trekke inn i denne studien. Tverrfaglig samarbeid innenfor helsevesenet omfatter samarbeid mellom flere faggrupper som med hver sin særegne faglige kunnskapsbasis samarbeider om tilbudet til pasienten (Romsland, 2006). Målet for samarbeidet er at man i felleskap skal lage målsettinger for behandlingen. For å nå målet må alle faggruppene bidra med sin respektive faglige kompetanse, ifølge Romsland (2006). Forskjellen på fagspesifikt og tverrfaglig arbeid ligger i å arbeide sammen mot et felles mål. Den grunnleggende hensikten med tverrfaglighet er at resultatet blir bedre enn summen av det enkelte fag. Mange helsepersonell ønsker å ha et ideal om at samarbeid er en måte å ivareta en helhetlig tilnærming på, som vil være til beste for pasient og bruker. Utøvelse av «beste praksis». Etter som velferdstjenestene har blitt mer spesialiserte, er det også større behov for profesjonell kompetanse og organisering i tjenestene. Dette har medført en fragmentering og oppløsning av virksomheter, og for å motvirke denne fragmenteringen beskriver Willumsen (2009) at det er behov for samarbeid for å integrere tjenester til brukerne. Samhandlingsreformen og kortere liggetid for fødende, medfører at et stadig større ansvar legges på kommunehelsetjenestens helsepersonell og at behovet for tverrfaglig samhandling øker.

Oppsummert kan aktuelle teoretiske perspektiver for denne studien innbefatte foreldres mestringsforventninger, atferdskontroll, personlige opplevelser tidligere i livet og affektive tilstander. Videre vil tanker om observasjonslæring, gode rollemodeller og evne til mestring og håndtering av stress i en ny situasjon være egnet. Foreldres opplevelse av brukermedvirkning, selvbestemmelse og evne til å stole på egne ressurser, samt helsepersonellens evne til å kommunisere, veilede og trygge foreldrene i foreldrerollen, vil også være viktig å belyse. Helsepersonellens utfordringer som kan handle om både indre og ytre rammefaktorer som påvirker deres arbeidssituasjon som; travelhet, større ansvar og faglig oppdatering, kunnskapsbasert praksis og tverrfaglig/etatlig samarbeid, taushetsplikt og etiske dilemma, vil være relevante tema å diskutere.

1.4 Tidligere forskning på området

Mange studier omhandler effekt av ulike behandlingsformer ved DP og PWS. Jeg har avgrenset søket til studier som hovedsakelig ser på forebygging av DP og PWS, hos friske babyer. Friske spedbarn trenger ikke fysioterapibehandling i utgangspunktet. Forebygging må skje via tiltak overfor foreldre så tidlig som mulig etter - og kanskje før fødsel? Jeg har så langt ikke funnet studier som omhandler helseinformasjon prenatalt med hensyn til å forebygge favorittside hos babyer. Studier som omhandler tidlig helseforebyggende informasjon antyder at for å nå nybakte foreldre er hyppig repetisjon avgjørende for at kunnskap skal adapteres og handlingsmønstre endre seg. Tiltak for hvordan skalleasymmetri kan forebygges kan med fordel allerede startes opp på føde- og barselklinikken (Chizawsky & Scott-Findlay, 2005).

Til tross for at man har registrert en markant økning i antall tilfeller av DP har fokus på mulighetene til å forebygge DP blitt vist liten oppmerksomhet. Informasjon vedrørende effektiviteten av preventive strategier er sparsomme til tross for at skolering av foreldre blir hyppig anbefalt for å forebygge DP. Aarnivala, Vuollo, Harila, Heikkinen, Pirttinicmi og Valkama (2015) gjennomførte derfor nylig en RCT studie i Finland hvor hensikten var å evaluere effektiviteten av tiltak i den nyfødtes miljø, posisjonering og håndtering samt utbredelsen av DP ved 3 måneder, og undersøke årsakssammenhengen mellom DP og cervikal ubalanse. Friske babyer n=111 ble randomisert i to grupper ved fødsel. Intervensjonsgruppen n=55 og kontrollgruppen n=56. Alle foreldrene mottok standard informasjon om posisjonering for å forebygge SIDS. Intervensjonsgruppen mottok i tillegg detaljert instruksjon vedrørende babyens miljø, posisjonering og håndtering, med mål om å skape et ikke-restriktivt miljø som fremmet spontane fysiske bevegelser og symmetrisk motorisk utvikling. To- og tredimensjonal fotogrammetri ble benyttet for å måle skalleformen og goniometer ble brukt for å måle cervikal rotasjon. 45 babyer ble til slutt analysert i intervensjonsgruppen og 51 i kontrollgruppen ved 3 måneders alder. Studien viste at forekomsten av DP var lavere i intervensjonsgruppen ved både 2D (11 vs 31%) og 3D analyse (15 vs 33 %) og asymmetrien var mildere i intervensjonsgruppen. Babyer med DP hadde også utviklet mer torticollis ved 3 måneders oppfølgings undersøkelse. Babyer som utelukkende sov på ryggen hadde ikke større risiko for utvikling av DP sammenliknet med babyer som sov på siden. Studien viste altså at tidlig helseforebyggende og opplærende tiltak for foreldre før de forlater fødeklubben kan redusere forekomsten av alvorlig DP, og gi forbedret bevegelsesutslag cervikalt ved 3 måneders alder. Utdanning av både foreldre og helsepersonell på nasjonalt nivå i riktig posisjonering av nyfødte, ville kunne minimere kostnadene i det offentlige helsevesenet.

Cavallier, Picot, Artiaga, Mazurie, Amilhau, Froye, Captier og Picaud (2011) viste i en tilsvarende prospektiv kontrollert studie at tidlig postnatal intervensjon var viktig. Innen 72 timer etter fødsel fikk foreldre anbefaling om å posisjonere barna for å forebygge SIDS. Intervensjonsgruppen (n=88) ble i tillegg anbefalt å stimulere til spontan og uhindret bevegelse. Resultatene viste at i intervensjonsgruppen var utviklingen signifikant bedre med hensyn til fri bevegelse enn i kontrollgruppen (n=51), og forekomsten av DP var signifikant lavere, 13 % vs. 31 %.

For å vite hva slags forebyggende tiltak som er effektive, kreves kartlegging av risikofaktorer. Knudsen, Christensen, Baagøe, Hoppe, Juhl, Buus og Jakobsen (2010) gjorde et systematisk litteratursøk, hvor det ble utarbeidet en oversikt over følgende risikofaktorer: ryggliggende sovestilling, barn med foretrukket hoderotasjon, ensidig håndtering, gutter, barn med sein motorisk utvikling, barn med nedsatt bevegelse i nakken, for lite aktivitet i mageleie, barn av førstegangsfødende, flerfødsler, og premature barn. Konklusjonen viste uenighet om diagnostiske redskaper og manglende klassifikasjon av PWS og ingen konsensus og klassifikasjon av risikofaktorer.

Knudsen et al. (2010) stadfestet også at det er utført få RCT studier i pasientgruppen med PWS. Studien ledet imidlertid til en rekke forebyggende tiltak mot plagiocephaly.

Det er viktig at helsepersonell har gode prosedyrer for undersøkelse og oppfølging av PWS når de kommer i kontakt med foreldre med nyfødte babyer. Persing et al. (2003) uttalte, i sin kliniske rapport, at pediatere må kunne diagnostisere hodedeformiteter tilfredsstillende og lære opp foreldre i forebyggende metoder. Rapporten gir retningslinjer om forebygging, diagnostisering og tiltak. Råd og informasjon til foreldre 2-4 uker postnatalt om variert sovestilling, mageleie i våkenperioder, unngå sitting i bilsete og stoler, samt stimulering til motsatt side av favorittsiden, er her inkludert.

Fokus på forebygging hadde også Lennartsson (2011) i sin pilotstudie, da hun testet effektiviteten ved retningslinjer, som var tenkt innlemmet i det svenske helsestasjonsprogrammet. Foreldre til 59 barn ble valgt ut til å få ekstra mye informasjon og fokus på å forebygge NSP (Nonsynostotic Plagiocephaly), mens foreldre til 40 barn i kontrollgruppen ikke fikk dette i samme grad. Resultatene viste at 8,5 % i intervensjonsgruppen viste NSP ved 6 måneders alder sammenliknet med 25,6 % i kontrollgruppen. Studien konkluderte altså med at tidlig implementering av retningslinjer hos helsesøstre kunne være en effektiv måte å forebygge NSP på.

I en nederlandsk RCT studie ble effekten av fysioterapi på leiebetinget skalleasymmetri undersøkt. Studien viste at et 4 måneders standardisert fysioterapiprogram, inkludert øvelser og veiledning til foreldrene, reduserte forekomsten av alvorlig plagiocephaly, sammenliknet med en kontrollgruppe som kun mottok en informasjonsbrosjyre med råd om grunnleggende forebygging. Motorisk utvikling var derimot ikke forskjellig i de to gruppene (van Vlimmeren, van der Graaf, Boere-Boonekamp, L'Hoir, Helders & Engelbert, 2008). Studien viste altså at kun utdeling brosjyrer ikke var nok til å forebygge leiebetinget plagiocephaly.

Socialstyrelsen i Sverige gjorde et systematisk litteratursøk, for å belyse de største vanskene og anbefalingene helsepersonell på føde- og barselklinikk og helsestasjon opplever når samtaler føres om å minske risikoen for SIDS, samt for å belyse foreldres syn på hva som trengs å forbedres. Litteratursøket gav få resultater og ledet derfor til fokusgruppeintervju av helsepersonell fra nyfødtsorgen og foreldre som hadde mistet barn i plutselig krybbedød. Resultatene av intervjuene munnet ut i følgende råd: Ta utgangspunkt i foreldrenes kunnskap og behov, skape en dialog med foreldrene, komplettere med skriftlig informasjon, gjenta samtalen i hele helsekjeden; barsel-fødeavdeling, barneklinnk, helsestasjon (Socialstyrelsen, 2011). Dette kan også bli viktige råd med tanke på foreldreveiledning og helseforebygging av skalleasymmetri, som er tema for denne studien.

Den største risikofaktoren for skalleasymmetri er at babyen tilbringer for mye tid på ryggen med hodet i samme posisjon, Derfor er det viktig at babyen ligger på magen flere ganger per dag når

det er våkent. Barn som ligger lite på magen når de er våkne, har øket risiko for leiebetinget skalleasymmetri viste Bialocerkowski et al. (2008). Men hvordan bevisstgjøre foreldrene på denne faren? Dette undersøkte Zachry og Kitzmann (2011) i en kvalitativ spørreundersøkelse om nybakte foreldres bevissthet i forhold til American Academy of Pediatrics (AAP) anbefalinger om mageleie i våken tilstand ved lek. Man undersøkte hovedkildene til hvor foreldre fikk anbefalingene ifra, og samtidig hvorfor noen barn ikke tilbrakte tid i mageleie når de var våkne. Resultatene viste at blant omsorgsgiverne var 25% ikke klar over anbefalingene om mageleie, og ¼ av disse igjen var ikke klar over potensielle komplikasjoner ved begrenset mageleietid. Hovedkildene til mageleieanbefalingene og mulige komplikasjoner, kom via opptrykte brosjyrer og fra pediaterne. Blant barna som ble undersøkt mottok 53% 30 minutters mageleie eller mindre per dag, og 35% av babyene var intolerante overfor/mislikte sterkt mageliggende stilling. Studien indikerte at mange foreldre ikke var klar over viktigheten av mageleietrening og betydningen dette kan få om barnet ikke får denne stillingsforandringen. Helsepersonell, inkludert terapeuter, bør derfor skolere foreldre om viktigheten av mageleie ved lek, og formidle informasjon og hvordan foreldrene kan øke barnets toleranse for å ligge på magen. Som et resultat av AAP's anbefaling om å la friske spedbarn sove på siden eller ryggen, gikk prosentandelen av babyer som sov på magen dramatisk ned.

I Norge anbefaler SHT i dag ryggsoving uten bruk av hodepute for nyfødte. I Sverige derimot, har Nasjonalstyrelsen for helse og velferd anbefalt spedbarn mellom 0-3 måneder å bruke hodepute i mange år, for å redusere trykk og deformasjon av skallen. I en svensk pilot studie av Öhman et al. (2009) hvor man sammenliknet om barn med torticollis stod i fare for å utvikle forsinkede motoriske milepæler sammenliknet med en frisk kontrollgruppe, ble uventet 40 % av babyene i kontrollgruppen vurdert til å ha skalledeformitet ved 2 måneders alder, de aller fleste hadde en lett asymmetri, tross bruk av hodepute. Dette indikerte at bruk av vanlig hodepute alene ikke var tilstrekkelig, og i Sverige anbefales derfor ikke hodepute lengre, på grunn av manglende evidens.

En prospektiv randomisert studie om preventive metoder ved posisjonell hodedeformitet ved bruk av fysioterapi versus posisjonerings pute, rapporterte derimot positiv effekt ved bruk av pute på skalleasymmetri, men denne studien var også liten (Wilbrand, Seidl, Wilbrand, Streckbein, Böttger, Pons-Kuehnemann, Hahn & Howaldt, 2013).

En svenske RCT pilotstudie antydte også positiv effekt på skalleasymmetri ved bruk av hodepute. I studien til Öhman (2013 a) hvor bruk av den spanskproduserte puten Mimos ble brukt, undersøkte man spedbarn 0-2 måneder mht å forebygge og redusere skalleasymmetri. 36 barn deltok i studien og ble delt i to randomiserte grupper, hvor intervensjonsgruppen fikk Mimos pute og kontrollgruppen skulle følge Nasjonale retningslinjer for sovestilling og kunne kjøpe en vanlig

hodepute. Babyene ble målt ved to anledninger, siste ved 3 måneders alder. Studien viste signifikant nedgang målt i CVAI (Cranial Vault Asymmetry Index) hos de barna som hadde redusert trykket mot skallen ved bruk av Mimos pute. Studien var imidlertid liten og det trengtes ytterligere studier for at effekt av putebruk ved skalleasymmetri skulle kunne fastslås eller avvises. En senere casestudie fra Öhman (2013 b) viste på to barn, som ble innlemmet i studien etter publisering, effekt av puten på behandling av DP. En større RCT studie av Öhman (2014) ble så utført på 81 nyfødte babyer frem til 2 måneders alder, hvor bruk Mimos pute antydte samme signifikante resultater som pilotstudien i 2013, og kunne redusere DP hos babyer og være et effektivt forebyggende virkemiddel mot DP.

Hva viser så forskning til vedrørende langtidseffekter hos barn som hadde PWS som babyer? Hutchison, Stewart, de Chalain og Mitchell (2010) gjennomførte en RCT studie i New Zealand, hvor de undersøkte om behandling med en spesielle Safe T Sleep samt et regime om posisjonering ved søvn, var mer effektivt for å forbedre plagiocephaly og brachycephaly (kraniet er forkortet i lengden og forøket i bredden og høyden, pga. bilateral sammenvoksning av coronal-suturene), enn bare rådgivning om posisjonering. 121 babyer under 1 år deltok, 61 fikk bare råd og 65 fikk sele og råd. Hodeskallene ble målt før studien begynte og ved 3, 6 og 12 måneder etter påbegynt studie. Resultatene viste ingen forskjell i forbedring av hodefasongen mellom de som fikk råd og sele versus de som kun fikk råd om posisjonering. De fleste, dog ikke alle, hadde forbedret seg 1 år senere vist i en oppfølgingsstudie. Det var vanskelig å fastslå om dette skyldes tiden som hadde gått, eller posisjoneringstiltakene foreldrene hadde implementert. Studien støtter uansett rådene om at barn med skalleasymmetri som tilbys tidlig behandling med posisjonering, antakelig vil forbedres mer enn de som får rådene presentert senere.

I nederlandske studier av spedbarn med asymmetri, viste det seg at 2,4 % av alle barna fremdeles hadde plagiocephaly eller nedsatt bevegelighet ved kontroller mellom 2 og 3 år (Boere-Boonekamp & van der Linden-Kuiper, 2001; van Vlimmeren et al., 2006). Dette var det motsatte av hva noen av de samme forskerne fant ut i 1999 (Boere-Boonekamp, van der Linden-Kuiper & Bungevan Lent, 1999). Andre studier viste til at en forverret skalleasymmetri kunne bli bestående, og at det derfor var viktig å forebygge tilstanden og sette inn tiltak direkte om man oppdaget en begynnende skalleasymmetri (Hutchison et al., 2004; Robinson & Proctor, 2009). Hutchison, Stewart og Mitchell (2011) gjorde også en oppfølgings studie av barn ved 3 og 4 års alder i forhold til hodefasjon, foreldrebekymring og nevromotorisk utvikling, og konkluderte med at hodefasongen bedret seg i de aller fleste tilfellene.

I en cross-sectional studie fra USA, der ungdommene som deltok var født etter Back-to-Sleep kampanjen (1992) og før modulerende terapi med ortopedisk hjelm var innført, var hensikten å

avdekke PWS og brachycephaly. Resultatene viste forekomst av PWS på 1,1 % og på brachycephaly på 1,0 %. Videre hadde 38,1 % abnormale ansikts-karakteristika. Studien viste signifikant lavere tall enn i andre studier, som har vist fra 20-48 % forekomst av PWS hos eldre barn. Man konkluderte med at de fleste ville vokse seg ut av tilstanden uten behandling. Men for å unngå overbehandling blir det derfor viktig å finne ut hvem som profiterer på behandling og hvem som blir bra uten (Roby, Finkelstein, Tibesar & Sidman, 2012).

Oppsummert antyd det flere av studiene at tidlig forebyggende helseinformasjon og opplæring av foreldre om variasjon i liggestilling og økende mageleietid når babyen er våken, hadde positiv effekt på å forhindre utvikling av PWS. Andre studier viste til ulike langtidseffekter ved ubehandlet PWS, og to studier indikerte at barn vokste seg ut av DP med økende alder. Studiene var imidlertid få og til dels små. Videre så det ut til at bruk av en spesial hodepute med grop i midten virket positivt på å unngå forverring ved etablert favorittside og på å forhindre utvikling av skalleasymmetri. Varierende resultater fra forskningslitteraturen med hensyn til effekt av forebyggende tiltak, gjør det aktuelt å se nærmere på forebygging av DP, da posisjonell skalleasymmetri oppfattes som et helseproblem blant foreldre, helsesøstre og fysioterapeuter i 1.linjetjenesten både nasjonalt og internasjonalt.

2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Forskningsmessig har vi altså sett indikasjoner på at helsefremmende og forebyggende arbeid har effekt overfor foreldre med nyfødte babyer i forhold til å forhindre utvikling av PWS, selv om det fortsatt er for lite forskning som med tyngde kan dokumentere dette. Det er uansett et faktum at omfanget av problemet med utvikling av skalleasymmetri hos ellers friske spedbarn er økende. Informasjonsbehovet hos nybakte foreldre synes altså å være stort i forhold til liggestilling og motorisk stimulering. Statistikk fra vår tjeneste viser årlig at den største forekomsten av henvisninger til Ergo- og fysioterapitjenesten for barn, kommer fra denne pasientgruppen. Tallene fra vår bydel er ikke enestående. Disse nyfødte babyene og deres foreldre opptar størstedelen av våre behandlingstimer sammenliknet med andre pasientgrupper i 1. linjetjenesten. Jeg har så langt ikke funnet studier hvor helsepersonell sine erfaringer og synspunkter i forhold til forebygging av skalleasymmetri hos nyfødte er utforsket. Det synes derfor å være et klart behov for å undersøke nærmere hva som skjer i møtet mellom vordende og nybakte foreldre og helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten, når det gjelder dette.

2.1 Hensikt

Hensikten med studien er derfor å få økt kunnskap om hvilke erfaringer og tanker helsepersonellet har i møte med vordende og nybakte foreldre når det gjelder forebygging av skalleasymmetri hos nyfødte. Jeg ønsker å få mer kunnskap om hva som formidles, samt når og hvordan helseinformasjon formidles når det gjelder å forebygge, og om mulig redusere utvikling av skalleasymmetri hos babyer. Studien kan forhåpentlig bringe ny kunnskap til nytte i arbeidet med å utvikle bedre forebyggende tiltak og tettere tverrfaglig samarbeid enn i dag, og kanskje bidra til tydeligere foreldreinformasjon vedrørende liggestillinger og motorikk hos nyfødte, samt forebygging og håndtering av skalleasymmetri.

2.2 Problemstillinger

- I. Hvilke erfaringer med og tanker om forebygging og oppfølging av DP/PWS hos babyer har helsepersonell i møte med deres foreldre?
- II. Hva er innholdet i helseinformasjonen som gis, og hvordan formidler helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten informasjon til vordende og nybakte foreldre vedrørende forebygging av DP/PWS hos nyfødte?
- III. Hvordan erfarer helsepersonellet at det tverrfaglige samarbeidet mellom etatene fungerer?

3 METODE

3.1 Kunnskapsteoretisk forankring

Med epistemologi menes erkjennelsesteori eller -lære. Epistemologiske spørsmål handler altså om kunnskap, om hva vi kan vite eller erkjenne (Thornquist, 2012). Hva er egentlig vitenskapelig viten, sannhet, gyldighet, og hvordan kan slik kunnskap oppnås? Bak valg av konkrete forskningsmetoder og -design ligger det alltid spørsmål av epistemologisk (og ontologisk) art. I dag er det enighet om at vitenskapelighet ikke er knyttet til en bestemt metodisk framgangsmåte, slik enhetsvitenskapelig tenkning tidligere hevdet. Å utvide vår erkjennelse er det primære målet med vitenskapelig virke, og en hovedregel for vitenskapelig virksomhet er derfor å benytte metoder som er velegnet i forhold til problemfeltet og problemstillingen man ønsker å studere (Thornquist, 2012). Innen forskning skiller man mellom tre nivåer; metodologi, metode og teknikk. *Metodologi* refererer til et grunnleggende epistemologisk nivå, det vil si å knytte forbindelse til spørsmål om forholdet mellom teori og empiri. Grunnleggende spørsmål som hva er vitenskapelig viten og hvordan oppnår man gyldig viten, er knyttet til metodologibegrepet. Min studie knyttes til en tenkning om kunnskap som kontekstuell og skapt i en fortolkende prosess i møte mellom forsker og informanter. *Metodebegrepet*, dekker framgangsmåtene som benyttes i innsamling og bearbeiding av informasjonen, selve datamaterialet. I denne studien er det fokusgrupper med halvstrukturerte intervjuer som har blitt benyttet som metode for å besvare problemstillingene. *Teknikk* dreier seg om å se på metodiske framgangsmåter som teknikk, for eksempel ulike intervjuteknikker. Det kan også handle om bruk av konkrete metodiske hjelpemidler (Thornquist, 2012), eksempelvis visuelle teknikker, bilder, case-beskrivelser mv. Teknikker til hjelp med hensyn til å bevare et materiale kommer i tillegg. I mitt tilfelle anser jeg metodisk tilnærming som langt mer enn teknikk, men at spesielle teknikker kan være nyttige, som for eksempel å være bevisst på å stille åpne, oppfølgende og validerende spørsmål. Jeg benyttet dessuten lydbåndopptak under intervjuene.

Teori om kunnskap påvirker altså hvordan forskningsintervjuer oppfattes og gjennomføres. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010) foreligger det to ulike epistemologiske oppfatninger av intervjuprosessen, henholdsvis kunnskapsinnhenting og kunnskapskonstruksjon. Oppfattes forskningsintervjuer som datautvinning (kunnskapsinnhenting) ligger det nær den dominerende oppfatning av moderne medisinsk vitenskap eller samfunnsvitenskap, der kunnskap er sett på som noe som allerede finnes, entydig og gitt, som bare venter på å bli funnet. Oppfattes intervju som kunnskapskonstruksjon ligger dette nærmere antropologien og en postmoderne, konstruktivistisk forståelse, som er forbundet med sam-produksjon av forskningsmaterialet og en samtaletilnærming i helsefaglig- og samfunnsfaglig forskning (Kvale & Brinkmann, 2010). For å illustrere de ulike epistemologiske oppfatningene av intervjuprosessen som henholdsvis kunnskapsinnhenting eller

kunnskapskonstruksjon bruker Kvale og Brinkmann (2010) metaforene om intervjueren som enten gullgraver/gruvearbeider eller reisende: Gullgraveren (intervjueren) henter opp «verdifulle metall», som intervjupersonen (informanten) har i sitt indre, og som venter på å bli avdekket. Gruvearbeideren graver frem gullkorn fra intervjupersonens erfaringer. Den reisende (intervjueren) derimot reiser til et fjernt land og vandrer gjennom landskapet og deltar i samtaler med folk han treffer på veien. Den reisende sanker inn informasjon ved å stille spørsmål til lokalbefolkningen og oppfordre dem til å fortelle sine egne historier, og konverserer med dem. Han har bidratt til kunnskapen han har lært om, og har mye å fortelle når han kommer hjem fra reisen. Metaforene representerer ulike idealtyper av intervjukunnskap som henholdsvis gitt eller konstruert (Kvale & Brinkmann, 2010).

Jeg støtter meg på Kvale og Brinkmann (2010) når jeg hevder at kunnskapsproduksjon som fremkommer av kvalitative forskningsintervjuer, som mine fokusgruppeintervjuer, er samprodusert viten. Kunnskap er sosialt produsert og situert, noe som medfører at kunnskapen er i stadig endring. Kunnskap skapes med andre ord i møtet mellom intervjuer og informant, og samtalerelasjonen innebærer et toveis-forhold hvor begge er viktige bidragsytere til informasjonen. Det foregår en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv, i en gitt kontekst. Kunnskapen fra intervjuene i denne studien er med andre ord også situert i konteksten erfaringer og synspunkter som kommer fram hører hjemme i, nemlig den helsefaglige og organisatoriske sammenheng de er del av. Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonskapittelet. Med synet på intervjuer som InterViews¹ (intersubjektive og samskapte) ble det viktig for meg som forsker å reflektere over hvilken forforståelse og oppfatninger av kunnskap jeg brakte med meg inn i intervjusituasjonen.

3.2 Valg av forskningsdesign og metodisk tilnærming

Når hensikten er å utforske grunnleggende kvaliteter ved utvalgte fenomener og sammenfatte informasjon fra mange ulike informanter, vil en kvalitativ metodisk tilnærming være egnet (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). Jeg ønsket å utdype helsepersonellens synspunkter og erfaringer knyttet til en bestemt tematikk i deres arbeidshverdag, nemlig forebygging av skalleasymmetri. Ifølge Malterud (2011, s. 26) bygger de kvalitative metodene på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitative forskningstradisjoner lener seg til teorier der forskeren anses, slik nevnt, som aktiv deltager i kunnskapsutviklingen, og metodene som brukes egner seg til beskrivelse og analyse av de fenomen som skal studeres (Malterud, 2011). I mitt tilfelle ville et eksplorerende tverrsnittsdesign med fokusgruppe-intervjuer derfor være egnet som kilde til å svare på problemstillingene. Fokusgruppeintervjuer involverer at meninger og erfaringer om et felles tema blir frembrakt og diskutert i mindre grupper (Polit & Beck, 2012). Dette er en hensiktsmessig

¹ Tittelen på Kvale og Brinkmanns bok fra 2008.

metodisk tilnærming å anvende når man ønsker mer kunnskap for eksempel om helsepersonells erfaringer i møte med en spesiell pasient- eller målgruppe, slik som i mitt tilfelle. Fokusgrupper som forskningsmetode er en rasjonell metodisk tilnærming for innhenting av kvalitative data. Den krever mindre tidsbruk enn individuelle intervjuer. Denne samtaleformen er godt egnet hvis man vil få kunnskap om holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012), slik jeg opplever at det er i helsevesenet. Ideen bak fokusgrupper som forskningsmetode, er at gruppeprosessen kan hjelpe til å utvikle, nyansere og klare informanternes synspunkter via samtale og diskusjon. Det er også hevdet at gruppediskusjoner er godt egnet når intervjueren har en rekke åpne spørsmål (ustrukturerte) og ønsker å oppmuntre informantene til og utforske det viktigste ved spørsmålene ved å lage egne spørsmål og forfølge sine egne prioriteringer (Kitzinger, 2006 s. 21-22). I mitt tilfelle ville trolig gruppesamtaler være mer effektive og generere mer informasjon enn ved enkeltintervjuer. Siden det heller ikke var sensitive tema det var snakk om i min studie, ville gruppeintervjuer være særlig egnet.

3.3 Utvalg

3.3.1 Rekruttering

Rekrutteringen av informanter skulle foregå via enhetsledere i kommunen, som skulle sende informasjonsskriv til aktuelle informanter via e-post. Informasjon om inklusjons- og eksklusjonskriterier samt informasjonsskriv om studien ble sendt ut til enhetsledere for helsesøstre og jordmødre i 8 bydeler, til 4 enhetsledere for Ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen, og til fagansvarlige jordmødre ved Føde- og Barselavdeling i spesialisthelsetjenesten (Informasjonsskriv, se Vedlegg 1).

Da kun 1 informant responderte før sommeren 2014, forstod jeg at rekrutteringen måtte skje på en annen måte. Jeg ba derfor om å få komme på et enhetsledermøte for henholdsvis Ergo- og fysioterapitjenesten og for helsesøstre og på et jordmor-møte, alle i kommunal regi. Dette for å informere om studien og fortelle hvorfor jeg ønsket deres ansatte som informanter. Det meldte seg umiddelbart på to helsesøstre og to jordmødre. For å skaffe stort nok antall og bredde i gruppene ble det nødvendig med individuelle forespørsler via e-post og telefon, som til slutt resulterte i flere informanter.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Deltakerne skal være helsepersonell som er i arbeid med nyfødte spedbarn og nybakte og/eller vordende foreldre

- Deltakerne skal ha erfaring med oppfølging av DP/PWS i minst 1 år
- Deltakerne skal favne de helsepersonellgrupper som jobber med forebygging av DP/PWS
- Deltakerne kan være privatpraktiserende barnefysioterapeuter

Eksklusjonskriterier:

- Deltakerne skal ikke være nyutdannede eller kun jobbe i skolehelsetjenesten
- Deltakerne skal ikke være fysioterapeuter i 1. linjetjenesten som arbeider i delte stillinger mellom barn og voksne

3.3.3 Beskrivelse av og begrunnelse for utvalget

Valg av yrkesgrupper

Jordmødre er i kontakt med gravide kvinner, vordende og nybakte foreldre, og kan bli viktige aktører i arbeidet fremover med å formidle tidlig helseinformasjon for å forebygge DP/PWS. Jordmødre i kommunen treffer vordende mødre og foreldre på svangerskapskontroller før fødsel, og jordmødre ved føde- og barselklinikk treffer barn og foreldre når de er innlagt der og evt. på jordmor-hjemmebesøk.

Helsesøstre kommer også tidlig i kontakt med babyer og nybakte foreldrene via hjemmebesøk, samt på faste kontroller på helsestasjonen første leveår. De henviser babyer med begynnende eller tydelig skalleasymmetri til barnefysioterapeutene. Helsesøstre vil antagelig være rimelig klar over omfanget og problematikken, kanskje mer enn jordmødrene. Begge disse helsepersonellgruppene arbeider helsefremmende og forebyggende overfor vordende og nybakte foreldre.

Barnefysioterapeuter får henvist babyer med asymmetrisk hodeform og favorittside til behandling, for kortere eller lengre oppfølging. De tilbyr tett foreldreveiledning og bruker svært mye behandlingstid og ressurser på denne pasientgruppen og deres foreldre.

Jeg ønsket derfor å undersøke nærmere hva og hvordan disse 3 helsepersonellgruppene formidlet forebyggende helseinformasjon, og håpet at intervjuene kunne gi meg svar på mine forskningsspørsmål.

Et strategisk utvalg, men også et bekvemmelighetsutvalg

Utvalget i denne studien kan sies å være en blanding av strategisk - og bekvemmelighetsutvalg. Strategisk fordi utvalget ble sammensatt for å fange opp «bredden» av helsepersonell involvert med foreldrene og deres spedbarn, og fordi jeg antok at informantene var informasjonsrike deltakere i form av at de hadde mye erfaring om det jeg ville vite mer om. Et bekvemmelighetsutvalg var det også fordi

jeg til slutt måtte ta dem jeg fikk tak i. Den geografiske fordelingen knyttet til mulig ulik praksis i ulike bydeler led under dette. Det gjorde også antall jordmødre i 1. og 2. linjetjenesten.

Fokusgruppene

Fokusgrupper består ifølge Malterud (2011) av 5-8 informanter som snakker sammen i en time eller to, under ledelse av en intervjuer, kalt moderator. Det er imidlertid beskrevet grupper på inntil 12 deltakere og mini-grupper ned til 4 deltakere (Krueger & Casey, 2009). Gruppene ble satt sammen homogent med tanke på yrkesgrupper. Dette for å få frem felles erfaringsgrunnlag for samtalen, og for å forebygge spenninger internt i gruppen. Blandede yrkesgrupper kan styre samtalen i retning av konkurranse og motsetninger (Malterud, 2011). Utvalget bestod av 15 helsepersonell fra 8 bydeler i 1. linjetjenesten samt 1 helsepersonell fra 2. linjetjenesten. Alle informantene var kvinner.

Fokusgruppe 1 bestod av 9 barnefysioterapeuter fra 1. linjetjenesten, med representanter fra 8 bydeler. De hadde alle lang og bred erfaring innen behandling av babyer med favorittside og skjev hodefasong. Kvinnene var i alderen 35 til 62 år. 10 terapeuter hadde sagt ja til å delta, 9 møtte opp, 1 meldte avbud.

Fokusgruppe 2 bestod av 4 helsesøstre fra 1. linjetjenesten med lang erfaring fra helsestasjonsarbeid og tett kontakt med nybakte mødre og deres spedbarn. Tre var fra samme bydel og en var fra en annen bydel. Kvinnene var i alderen 53-65 år. 7 helsesøstre hadde sagt ja til å delta, 4 møtte opp, 2 meldte avbud og 1 var blitt sykemeldt.

Det var vanskeligst å rekruttere jordmødre, og dette tok lang tid.

Gruppe 3 bestod til slutt av 2 erfarne jordmødre fra 1. linjetjenesten representert fra to bydeler. De hadde begge lang erfaring som jordmødre, over 10 år, og hadde også erfaring fra arbeid som jordmødre ved føde- og barselavdeling ved sykehus. De var i alderen 50-60 år. 4 jordmødre hadde sagt ja til å delta, 2 møtte opp, og 2 meldte avbud.

Det siste intervjuet var et enkeltintervju med en jordmor i 2. linjetjenesten. Hun hadde lang erfaring, vel 25 år som jordmor i kommunen og ved føde- og barselavdeling ved sykehus. Hun var i alderen 50-65 år.

3.4 Forberedelse til og gjennomføring av gruppeintervjuene

Et kortvarig tidsaspekt for dataproduksjon var tilfelle i min studie, ca. 1,5-2 timer pr. gruppeintervju og samtale med hver gruppe kun 1 gang. Det ble likevel flere ukers opphold mellom hvert intervju (1,5 måneder til sammen), fordi det gikk mye lengre tid å skaffe informanter enn jeg hadde beregnet. Ytterligere 5 måneder gikk frem til enkelt-intervjuet. Imidlertid førte dette til at jeg fikk bedre tid til å transkribere og bearbeide erfaringer fra første gruppeintervju og tilpasse intervjuguiden som forberedelse til andre, tredje og fjerde intervju. Jeg hadde ro til å konsentrere meg om transkripsjonen

av intervjuene raskt etter gjennomføring, noe som var en fordel med tanke på å huske intervju-situasjonene godt og å få sammenheng i det som ble brakt frem. Intervjuene ble teipet på to lydbandopptakere. Dette viste seg å være nyttig, da den ene bandopptakeren tok best opp lyden øverst ved bordet og tilsvarende for den nederst ved bordet. Lydopptakene utfylte dermed hverandre på en avgjørende måte.

Jeg ble inspirert av Malterud (2011; 2012) og Kvale og Brinkmann (2010) når jeg utarbeidet *Intervjuguiden*. Kvale anbefaler å lage to guider, den ene skal inneholde prosjektets viktigste tematiske forskningsspørsmål og den andre skal inneholde spørsmålene som stilles under intervjuet. Jeg valgte å slå disse sammen til en guide med hovedtema og underpunkter. I følge Kvale og Brinkmann (2010) blir den intervjuformen jeg anvendte kalt for *halvstrukturert intervju*, som er velegnet når det gjelder fokus-gruppeintervjuer (Intervjuguider, se Vedlegg 2). I et gruppeintervju må det være forberedte foki/over-gripende tema, ellers kan samtalene gli for mye ut (Krueger & Casey, 2009). Intervjuguiden som ble brukt i alle fokusintervjuene var inndelt i 3 hovedemner: *1. Tanker vedr. første møte med en nyhenvist baby med skalleasymmetri/favorittside og hans/hennes foreldre, 2. Tanker vedr. helsepersonells samarbeid med foreldre og formidling og mottak av helseinformasjon, 3. Tanker vedr. hvordan helsepersonell kan bidra til å forebygge utvikling av skjeve hoder og favorittside hos nyfødte babyer.*

I tillegg hadde jeg formulert oppfølgingsspørsmål under hvert av hovedemnene for å få informantene til å utdype sine utsagn. Spørsmål vedrørende tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonellet kom også inn naturlig under flere av hovedemnene i intervjuguiden. Derfor ble ikke dette et eget hovedemne i guiden.

Intervjuguiden ble testet ut i en liten pilotstudie med 2 fysioterapikolleger fra en annen kommune, for å prøve ut relevansen og forståelsen for temaene. Noen av spørsmålene ble justert i henhold til tilbakemelding fra «forsøkspersonene». Samme intervjuguide ble brukt som mal i samtlige intervjuer, med visse tilpasninger knyttet til intervjuene av de tre ulike faggruppene.

Jeg gjennomførte alle gruppeintervjuene på egen arbeidsplass, da dette passet for alle og tilkomsten og parkering var godt egnet. Møterommet var også skjermet og hyggelig innredet. Servering av kake og kaffe/te innbød til en avslappet atmosfære for både informanter og moderatorene.

Før intervjuet begynte presenterte alle informantene seg for hverandre. Deretter innledet jeg med å repetere informasjon om bakgrunnen for studien og tidligere forskningsstudier om PWS, samt avklaring av rollene til moderator og ko-moderator (veileder). Så fulgte en innledningsdel hvor informantene fortalte litt om egen erfaring med babyer med favorittside og skalleasymmetri, og besvarte spørsmål vedrørende svangerskapsforberedende kurs i egen bydel.

Gruppedynamikken avgjorde hvilke spørsmål som ble stilt under hvert hovedemne og i hvilken rekkefølge. Videre åpnet jeg opp for spørsmål utover dette, med et våkent blikk for at tema kunne dukke opp som jeg ikke hadde tenkt på i forkant. Min rolle var å oppmuntre deltakerne til å snakke fritt om temaene i guiden og lede diskusjonen i henhold til at alle hovedtema ble dekket, slik som beskrevet i metodebøkene (Polit & Beck, 2012; Malterud, 2012; Krueger & Casey, 2009). Jeg opplevde ikke at spørsmålene var for stramt definerte, men at de derimot førte til en god samtale og en avslappet atmosfære. Deltakerne snakket lite i munnen på hverandre, men var tålmodige og ventet på tur. Alle deltok aktivt, og mange hadde mye de ville formidle. Da fokusgruppesamtalene var gjennomført, oppsummerte ko-moderator de viktigste hovedpunktene, mens lydbåndopptaket ennå gikk. Dette fungerte ikke helt som planlagt i første intervju, fordi tiden til rådighet (2 timer) allerede var gått, og engasjementet til å drøye lenger var oppbrukt. Det kom derfor ikke utfyllende informasjon fra deltakerne knyttet til denne oppsummeringen. Ko-moderators rolle var planlagt, avtalt og klart definert på forhånd. Hun skrev feltnotater underveis i intervjuene med vekt på tema og samspill, som beskrevet hos Polit og Beck (2012). Jeg og ko-moderator hadde en debriefing rett etter intervjuene om stemningen, gruppedynamikken og det non-verbale, og om hvilke temaer som pekte seg ut som spesielt viktige. Ko-moderator renskrev sine feltnotater og leverte dem til meg kort tid etterpå. Hun var ikke tilstede ved det individuelle intervjuet. Dette intervjuet ble også tatt opp på lydbånd.

Samtaler og rådata som lagres på lydbåndopptak fanger opp språklige og nærspråklige elementer (pauser, nøling, latter, tonen i det som blir sagt), men ikke non-verbal kommunikasjon. Non-verbale sider ved kommunikasjonen og informantenes felles erfaringsbakgrunn, kan representere en felles kunnskapskapital som former samtalen, men som ikke nødvendigvis finnes igjen på lydbåndopptaket (Malterud, 2011). Det var derfor svært nyttig at ko-moderator navnefestet replikker og noterte momenter og forhold som ikke kom tydelig frem på lydfilen.

3.5 Analyse av data

Analysen starter allerede mens forskningsmaterialet samles inn, men blir mer systematisk ettersom forskningsmaterialet vokser fram. Transkripsjon er også del av analysen (Malterud, 2011).

3.5.1 Transkripsjon

Jeg transkriberte, som nevnt, fortløpende hvert gruppeintervju (se s. 22). Transkripsjonen var en svært tidkrevende prosess som måtte gjøres for å omsette samtalene (rådata) til tekst på en måte som ble tilgjengelig og håndterbar for den videre analysen. Det ble i det videre arbeidet viktig og ikke forveksle teksten i utskriften med selve intervjusituasjonen. Som Malterud (2011) beskriver gir transkripsjon kun et avgrenset bilde av det som formidles der. Oversettelse innebærer ulike former for filtrering, der mening kan gå tapt. Jeg valgte å transkribere intervjuene selv da transkripsjonsprosessen

er en del av analysen (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2011). Jeg prøvde i størst mulig grad å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig måte ved å skrive ned ordrett det som ble sagt, jamfør Malterud (2011); Kvale og Brinkmann (2010). Pauser i utsagnene til informantene ble markert med prikkelinje og engasjement med utropstegn, og når det var latter blant informantene beskrev jeg dette i en parentes.

3.5.2 Valg av analytisk fremgangsmåte

Analysen videre bygget bro mellom rådata og resultatene, ved at materialet ble organisert, fortolket og sammenfattet. Analyse av data består i å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data, og gjenfortelle funnene på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud, 2011).

I studien ønsket jeg å sammenfatte erfaringer og praksisbeskrivelser fra mange ulike informanter og yrkesgrupper slik de uttrykte det i gruppesamtalene. Jeg valgte derfor å benytte Systematic Text Condensation (STC), som er et velegnet redskap for deskriptiv tverrgående analyse av erfaringer og synspunkter om en felles overordnet tematikk eller et fenomen, og for utvikling av nye beskrivelser og eventuelt nye begreper (Malterud, 2011). Ifølge Malterud (2012), grunnleggeren av STC, er analysemetoden enkel å bruke for nybegynnere. Metoden innebærer en systematisk og stegvis framgangsmåte som ivaretar deltakernes stemmer hvor målet er å abstrahere til et mer allment nivå. Relevant teori for å tolke sentrale tema som fremkommer i materialet vil kunne være sentralt i siste fase av analysen. Jeg kan, som Malterud (2011) beskriver, oppleve i analysefasen at tema som helsepersonellet er opptatt av faktisk er andre enn de jeg startet ut med.

Analysemetoden inkluderer en 4 trinns deskriptiv analyse. STC innebærer videre en analytisk reduksjon med bestemte skiftninger mellom dekontekstualisering og rekontekstualisering av tekstdata. Teoretiske perspektiver kan ofte bli lagt til, hvor forskeren beveger seg mellom identifisering eller nedbryting av spesielle teoretiske perspektiver i løpet av de ulike stegene i analyseprosessen (Malterud, 2012). I STC er det altså tilsiktet at empiri og teori skal ha et dynamisk forhold for å kunne bringe fram noe nytt, gjensidig. Jeg beskriver i det kommende de fire stegene i analysemetoden STC av Malterud (2011) og forklarer deretter hvordan jeg selv gikk frem i det videre analysearbeidet.

3.5.3 Presentasjon av Malteruds 4 analysesteg og min bruk av disse

Trinn 1. Å få et helhetsinntrykk - fra kaos til temaer

I første trinn av analysen er målet å bli kjent med materialet ved å lese gjennom de tettskrevne sidene, fra et fugleperspektiv, for å få et helhetsbilde og vurdere foreløpige temaer som kan skimtes i teksten. Det kan for eksempel være 4-8 tema man finner, som man gir midlertidige navn og tenker gjennom hvordan disse kan belyse problemstillingen(e). Malterud (2011) uttaler at helheten er viktigere enn

detaljene på dette trinnet, og at man som forsker aktivt må prøve å sette egen forforståelse og teoretisk referanseramme til side. Det er ifølge Malterud (2011, s.100) imidlertid et godt tegn på en kreativ analyse at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtemaene i intervjuguiden.

Helhetsinntrykk i denne studien

Etter å ha lest gjennom de 4 transkriberte intervjuene flere ganger og hørt på lydfilene igjen, forsøkte jeg å danne meg et helhetsinntrykk av tekstmaterialet. Jeg spurte: Er det noen bestemte temaer som peker seg ut og går igjen i alle de 4 intervjuene? Er det interessante temaer som er spesielle for hver enkelt av gruppesamtalene? Jeg noterte ned (i loggbok) de foreløpige temaene med utgangspunkt i arbeidet med de enkelte intervjuene og laget en oppsummering av hvert intervju i sin helhet. Dette fant jeg tjenlig både for å få ordentlig oversikt, og fordi jeg husket fra intervjuene at de ulike yrkesgruppene så problemfeltet fra ulikt ståsted. Denne måten å gjøre det på avviker fra Malteruds anbefalinger, der man går på tvers med en gang uten å lage oppsummeringer og/eller helhetsinntrykk av enkeltintervjuer. Dette grepet gjorde at jeg så klarere de ulike foki i enkeltintervjuene, for eksempel at tverrfaglig samarbeid og kunnskapsoverføring kom tydeligere opp i intervjuene med helsesøstrene og jordmor ved fødeavdeling enn hos de to andre yrkesgruppene, noe som overrasket meg. Diskusjon rundt bagatellisering fra legene i 2. linjen kom klart frem som et tema hos barnefysioterapeutene, og var kjent for meg, men dette kom ikke opp hos de andre faggruppene. Det var dessuten tydelig forskjell i kunnskap om skalleasymmetri mellom gruppene, noe som utfordret min forforståelse.

Jeg forsøkte deretter å danne meg et inntrykk av de viktigste temaene som kom frem på tvers av intervjuene, og noterte ned disse. Jeg undersøkte om temaene overlappet vel mye eller om de fanget åpenbare sentrale og ulike aspekter av relevans for problemstillingene. Et tema som gikk igjen i alle intervjuene var hvor lite de nybakte foreldrene virket å få med seg av det som ble formidlet av helsepersonellet, og ulike tanker rundt årsakene til dette. Dette bekreftet min egen kliniske erfaring, og var et av underpunktene i intervjuguiden. Forslag til andre måter å forebygge og håndtere skalleasymmetri på, kom opp som tema i alle intervjuene og var ikke uventet, da dette var et av hovedemnene i intervjuguiden. Jeg endte først opp med 5 foreløpige tema: *Tidlig helseinformasjon, Hva oppleves viktigst å formidle, Mottakelighet for tidlig helseinformasjon, Rådgivning ved asymmetrisk hodeform, Ideer til bedre måter å forebygge DP på.*

Trinn 2. Å identifisere og bryte ned de meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I andre trinn av analysen er målet å organisere den delen av materialet man ønsker å studere nærmere. Malterud (2011) anbefaler at man skiller relevant tekst fra irrelevant, og sorterer teksten man tenker kan brukes til å belyse problemstillingen(e). Man leter systematisk gjennom datamaterialet for å identifisere meningsbærende utsagn, og velger ut tekst som bærer med seg kunnskap om et eller flere

av de foreløpige temaene i trinn 1. Samtidig som man markerer de meningsbærende utsagnene i teksten, begynner man å systematisere dem. Det er dette som kalles koding, ifølge Malterud (2011). Hensikten med koding er å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten som har noe til felles med de foreløpige temaene, og merke dem med en merkelapp (kode). Her vil det ofte vise seg nye temaer innenfor de foreløpige temaene fra trinn 1, og ytterligere nye tema kan tegne seg når man ser nærmere på de meningsbærende enhetene. I trinn 2 bør man overveie hvorvidt kodene representerer fenomener av samme klasse. Egen for forståelse og teoretiske referanseramme kan bidra til å finne forskjeller i tema og koder og likheter mellom dem. Her kan man også fjerne tema og utsagn som ikke hører hjemme under hovedtemaene eller sier lite om problemstillingen. Som Malterud (2011, side 104) beskriver: «innebærer koding en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut av sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede utsagn i datamaterialet og den teoretiske referanserammen».

Identifisering – fra temaer til koder i denne studien

Her fant jeg frem alle de meningsbærende enhetene jeg mente hadde sammenheng med foreløpige tema identifisert i trinn 1, og plasserte utsagnene under de temaene jeg mente de passet under. Jeg brukte ulike fargekoder i Word for å skille tema og tilhørende utsagn fra hverandre i den transkriberte teksten. For å skape en bedre oversikt og struktur (jeg hadde et stort datamateriale) laget jeg en datamatrix med inndeling i hovedtemaer øverst langs horisontalaksen og med undertemaer og underpunkter langs vertikalaksen, alle med hver sine fargekoder. Hovedtema i rødt, undertema i blått og underpunkter i grønt. Matrisen bestod først av fem kolonner med tre nivåer/rader. Underpunktene i grønt, som i starten var aktuelle underpunkter til undertemaene i blått, viste seg ved nærmere analyse å la seg plassere inn under eller innlemmes i undertemaene i blått. Dermed bestod matrisen av to nivåer med 5 hovedtemaer og mange undertemaer. Interessante utsagn i teksten som jeg var usikker på hvor hørte hjemme ble merket med lilla fargekode.

Etter hvert så jeg behovet for å slå sammen to av de foreløpige temaene, nemlig *Hva oppleves viktigst å formidle og Mottakelighet for tidlig helseinformasjon* og følgelig også endre navn til *Å gi og motta helseinformasjon*, som senere igjen fikk navnet *Formidling og mottak av helseinformasjon* og ble endelig hovedtema 2. Dette ble gjort fordi disse to hovedtemaene overlappet hverandre for mye. Det handlet også om å få tydeligere fram hvordan de svarte på problemstillingene. Antall hovedtema var nå blitt til 4. Navnene på hovedtemaene ble endret flere ganger etterhvert som analysen tok form. Det ble også nødvendig å slå sammen de to siste foreløpige temaene nemlig *Rådgivning ved asymmetrisk hodeform*, og *Ideer til bedre måter å forebygge DP på*, da begge handlet om *Faktorer som kunne virke positivt på forekomsten av nye tilfeller*, som da ble det nye navnet på endelig

hovedtema 4. Denne overskriften ble også endret flere ganger, blant annet til *Faktorer som kan reduserer forekomsten av nye tilfeller*, ettersom jeg ikke var tilfreds med ordlyden, som lett kunne misforstås (Tabell 1).

Navn på og antall temaer endret seg altså flere ganger underveis etter hvert som teksten ble dekontekstualisert. Dette fordi noen av utsagnene kunne sorteres under flere tema. Jeg støttet meg også på feltnotatene fra ko-moderator for å få tydeligere frem hovedtema og undertema. Jeg benyttet ikke fysiske merkelapper eller klippet ut utsagnene fra selve tekstarket, slik som Malterud (2011) beskriver. I stedet kodet jeg utsagnene fra de ulike yrkesgruppene, som nevnt, ved å markere utsagn som omhandlet samme tema i den transkriberte teksten med like fargekoder, og samlet dem under aktuelle foreløpige tema. Her avviker jeg altså litt fra Malteruds anbefaling i forhold til å bryte ned tekstmaterialet. Grunnet materialets omfang opplevde jeg fargekoding som en effektiv metode å sile ut aktuelle meningsbærende enheter på. Malterud (2011) uttaler også at dersom arbeidet med STC skal være gjennomførbart og meningsfylt, er det viktig at ikke datamaterialet er for omfattende. Hun nevner at et håndterbart materiale kan være på ca. 40 sider. Mitt materiale var på hele 108 sider.

Hovedtema	1. Helseinformasjon og kunnskap	2. Formidling og mottak av helseinformasjon	3. Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller	4. Ethiske dilemma ved rådgivning -SHTs dominerende rolle
Undertema	1.1. Faktiske tidspunkt 1.2. Ideelle tidspunkt 1.3. Mengde – Informasjonsflom 1.4. Prosedyrer for oppfølging og videre henvisninger 1.5. Opplyst og informert via helsepersonell	2.1. Foreldreveiledning - Sårbarhet, stress og mestring 2.2. Helsepersonellets fokus i 1. møte med foreldrene 2.3. Foreldrenes fokus i 1. møte med helsepersonellet 2.4. Helseinformasjon - lydhørhet og lærevillighet hos foreldre	3.1. Bagatellisering av skalleasymmetri fra enkelte helsepersonellgrupper 3.2. Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring 3.3. Tidsklemma og endrede atferdsmønstre - påvirker foreldrerollen og barnet 3.4. Rammvilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid	4.1. Frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer 4.2. Tilrettelegging av fysisk miljø, variasjon i stillinger og håndtering av barnet 4.3. Bruk av forskjellig utstyr under søvn til barnet 4.4. Informasjon om mageleie i våken tilstand - betydning for motorikk 4.5. Tidlig og hyppig informasjon og repetisjon fra helsepersonellgruppene

Tabell 1. De fire hovedtemaer med påfølgende undertemaer. I Trinn 2 så dette slik ut.

Trinn 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, kondensering - fra kode til mening

I tredje trinn av analysen skal man abstrahere kunnskapen som ble etablert i 2. Trinn. Dette skjer ved å systematisk kondensere meningsinnholdet i meningsbærende enheter som er kodet sammen. Malterud (2011) bruker betegnelsen kodegrupper og subgrupper. Dette tilsvarer hovedtema og undertema i min studie. De meningsbærende utsagnene foreligger etter hvert for eksempel sortert i 3-6 kodegrupper, og empiriske data er blitt redusert til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter, som forhåpentlig kan fortelle noe nytt om problemområdet for studien. Malterud (2011) beskriver at denne prosedyren skal bidra til å fokusere spørsmålene man stiller til datamaterialet. Hver kodegruppe arbeides så videre med som en enhet (Malterud, 2012). Kanskje vil kodegruppene omfatte flere ulike nyanser som alle beskriver forskjellige meningsaspekt, særlig dersom materialet er innholdsrikt og relevant. Materialet sorteres i tilsvarende undertema/subgrupper før man fortsetter kondenseringsprosessen. Man tolker teksten ut fra et faglig perspektiv, og hver subgruppe man fester seg ved preges av perspektivet man leser materialet ut fra. Det er subgruppen som er analyseenheten, og i STC lager man på trinn 3 derfor et kondensat eller kunstig sitat i jeg-form, som samlet representerer de meningsbærende enhetene, altså slik deltakerne har uttrykt seg om dette aspektet. Man spør seg selv om hva disse tekstene kan fortelle relatert til problemstillingen(e). Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i subgruppen ved bruk av informantenes egne ord fra de meningsbærende utsagnene (Malterud, 2011 s. 106), altså en tekstnær fortolkning. Deretter lager man et «gullsitat» som illustrerer de meningsbærende enhetene i denne gruppen på en best mulig måte. Tilsvarende gjøres for de andre subgruppene og for de øvrige kodegruppene. Malterud (2011) understreker at kodegruppene kan bli justert etter hvert som subgruppene gir ny innsikt.

Abstrahering i denne studien

Det var altså nå fire hovedtemaer (*kodegrupper*). Tekstutdragene/de forskjellige meningsbærende enhetene var således sortert under disse hovedtemaene og videre i undertemaer (*subgrupper*). Jeg laget en kondensert og kortere fortelling i jeg-person av et utvalg av de meningsbærende enhetene i et undertema (*subgruppe*), der jeg samlet de ulike faggruppens utsagn og sammenfattet dem til et kunstig sitat. Da jeg fant mange og svært lange sitater under hvert undertema var det ikke mulig å ta med alle meningsbærende enheter fra alle faggruppene. Jeg samlet derfor meningsbærende enheter under samme undertema fra hver av de 4 ulike intervjuene/yrkesgruppene for seg, i håp om at alles stemmer ble godt nok hørt. Ikke alle utsagn var like naturlig å omgjøre til jeg-sitat, da mange av informantene talte på vegne av hele faggruppen, på egne vegne eller på legers vegne. Det var derfor en viss fare for at meningsinnholdet kunne bli fordreid ved bruk av jeg-formen. Meningsbærende enheter som ikke helt passet for omskriving til jeg-form, ble tatt med for kondensering på neste nivå.

Trinn 4. Å sammenfatte betydningen – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I fjerde trinn av analysen skal bitene settes sammen igjen, altså rekontekstualiseres. Man skal sammenfatte gjenfortellinger man har funnet som kan danne grunnlag for nye begreper og beskrivelser som kan deles med andre. Sammenfatningen skal formidles på en lojal måte i forhold til informantenes stemmer og gi leseren innsikt og tillit. Malterud (2011) anbefaler først å sammenfatte kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe (hovedtema) og subgruppe (undertema), og med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og utvalgte sitatene lager man en *analytisk tekst* for hver kodegruppe, som representerer resultatene i forskningsprosjektet. Denne sammenfatningen er de egentlige resultatene i studien. Her brukes 3. person-formen fordi rollen man har på dette trinnet er som gjenforteller. Gjenfortellingen må tydelig vise at man formidler essensen fra flere informanters historier, som man har sammenfattet gjennom analysen, og ikke bare presenterer en kjede av enkeltstående historier. Deretter vurderer man om «gullsitatene» som ble identifisert i trinn 3. fortsatt representerer en dekkende illustrasjon. Så gir man den analytiske teksten fra hver kodegruppe en *overskrift* som sammenfatter det som det handler om (Malterud, 2011, s.108). I mitt tilfelle handlet det om å bearbeide og lande på de ulike overskriftene i tillegg til å lage kondensat av meningsinnhold. Til slutt må resultatene rekontekstualiseres opp mot materialet. Funnene skal altså valideres i forhold til sammenhengen de ble hentet ut fra.

Sammenfatning i denne studien

Jeg forsøkte å få frem både forskjeller og likheter, uenighet og enighet hos informantene på tvers av og mellom gruppene. Det betydde også at jeg gikk tilbake til det enkelte intervjuet og laget et sammendrag av det, før jeg igjen gikk på tvers av intervjuene og havnet ned på fem foreløpige tema. Jeg jobbet altså ekstra grundig med trinn 1. Dernest arbeidet jeg med meningsbærende enheter knyttet til de foreløpige temaene identifisert i første runde, og fikk frem subgrupper. I denne runden ble også de første temaene bearbeidet, redusert til fire og fikk delvis endret navn. Subgrupper ble til undertema under de ulike hovedtemaene. Så formulerte jeg en tekst som samlet essensen av de meningsbærende utsagnene for hver av subgruppene/undertemaene identifisert i trinn 2, og oppsummerte innholdet i det hele i en mer abstrahert form (trinn 3 og 4).

Det var en omfattende runddans å utvikle og plassere subgruppene/undertemaene, siden flere av dem overlappet på tvers av eller over flere hovedtemaer. Det betydde at denne prosessen gikk på tvers av flere analysesteg. For eksempel vurderte jeg om temaer som tverrfaglighet og kunnskapsoverføring skulle være egne hovedtema, da de ikke var egne hovedemner i intervjuguiden. Jeg kom frem til at de falt naturlig inn som undertemaer; *Rammevilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid* og *Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring*, under det som til slutt ble hovedtema

3. *Faktorer som kan virke negativt på forekomsten av ny tilfeller, senere endret til; Faktorer som kan forsterke forekomsten av nye tilfeller og endelig til; Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller.*

Datamaterialet viste at det var sterke etiske dilemma knyttet til forebyggende rådgivning i forhold til DP, frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer. Jeg arbeidet lenge med å plassere etiske dilemma ved anbefalinger om endret liggestilling og bruk av utstyr i sengen for å forebygge utvikling av DP, versus det å gi råd som ikke gikk på tvers av SHTs retningslinjer. Rådgiving eller mangel på sådan kunne både medvirke til reduksjon og forsterkning av ny tilfeller, og dermed høre inn under både hovedtema 3. *Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller* og hovedtema 4. *Faktorer som kan forhindre forekomsten av nye tilfeller*. Jeg så det til slutt nødvendig å flytte underpunktet om *Frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer* fra hovedtema 3 til hovedtema 4, og navnet på hovedtema 4 ble endret nok en gang til; *Etiske dilemma ved rådgivning som kunne redusert forekomsten av ny tilfeller, men bryter med SHTs anbefalinger*, som til slutt ble hetende *Etiske dilemma ved rådgivning - SHTs dominerende rolle*. Flere eksempler på slik runddans med temaer fant sted. Da analysen var tilnærmet ferdig ble det nødvendig å fjerne undertema 4.5. *Tidlig og hyppig informasjon og repetisjon fra helsepersonellgruppene*, da data sammenfalt for mye med undertema 1.3. *Mengde –Informasjonsflom*. Dermed ble også overskriften på dette undertemaet endret til *Informasjonsflom – foreldre som er overveldet? Tidlig informasjon og hyppig repetisjon!* (Se Tabell 1 for oversikt over hovedtema og undertema.)

Undertemaene ble altså flyttet mange ganger frem og tilbake under de 4 hovedtemaene etter hvert som det ble tydeligere for meg hvor de egentlig hørte hjemme. Overskriftene på hovedtema og undertema ble også endret flere ganger for å fange essensen i innholdet i undertema og meningsbærende enheter i hovedtemaene, hvordan de svarte på problemstillingene og for å komprimere. Jeg forsøkte dessuten å la alle helsepersonellgruppenes stemmer komme til orde. Jeg vil hevde at denne runddans har ivaretatt å gå fram og tilbake mellom dekontekstualisering og rekontekstualisering, samt validering av felles og ulike, evt. motsetningsfylte, erfaringer og synspunkter.

3.5.4 Et eksempel på de 4 analysetrinnene av eget datamateriale

Eksempelet er hentet fra hovedtema 2. Erfaringer og tanker om å gi og motta helseinformasjon, og undertemaet: Hva var foreldrene mest opptatt av å formidle til helsepersonellet?

Trinn 1: Først trakk jeg ut foreløpige tema fra forskningsmaterialet. Et av dem var:

MOTTAKELIGHET - FORELDREFOKUS

Trinn 2: Deretter lette jeg i materialet etter meningsbærende utsagn som kunne høre til dette temaet, markerte dem og samlet dem:

De er opptatte av fødselen og ammingen, og ellers i svangerskapet er de veldig opptatte av plager, og det å ikke få sove, veldig mange som ikke får sove, at de er slitne rett og slett» (Kommunejordmor)

«Det er jo begrenset hva de tar inn og, i denne fasen, de er så opptatt av det tekniske rundt fødselen, at til og med det med amming som vi tar opp på svangerskapskurset - at bruk litt tid på det, fordi det vil lønne seg når barnet er født, for da blir det travelt - selv det er litt langt fremme i forhold til det de skal oppleve fysisk i forhold til fødselen» (Kommunejordmor)

«Det som ikke er aktuelt her og nå, de er jo opptatt med fødsel, førstegangsfødende, at det er begrenset hva de klarer å ta inn, at mengden med informasjon blir så stor, at de evner ikke å ta inn alt, kanskje noen få gjør det, men det store flertallet gjør ikke det» (Helsesøster)

«Samtidig så virker det som om de har lest veldig mye - mange er veldig oppleste på alt mulig, men når vi snakker om liggestilling så har de ikke reflektert over det, så jeg vet ikke hvor godt det er dekket i Nylander sin bok» (Helsesøster)

«Det kommer jo litt an på. Mødrene kan ha mye vondt, så da er de kanskje opptatt av det. De er slitne og trøtte og barnet er ...hvis du ammer mye..., så det er jo ofte det å få til teknikken på ammingen da, de fleste vil jo amme. Og det har vel også vi helsepersonell fokus på?» (Jordmor ved sykehus)

«Men jeg ser jo det at de egentlig er veldig opptatt av hodefasjonen til barnet, og det er jo første døgnet på en måte...for de er jo ofte litt sånn lang i bakhodet, sant, de fleste når de kommer ut. Og da sier vi jo: «Men det der endrer seg, og i morgen er det mye mindre». Og det er det jo, og det ser de, på en måte» (Jordmor ved sykehus)

«De er jo veldig opptatt av vekten og veldig spente på den, og så kan det jo være dersom det er noe med barnet litt gulsott eller huden som er tørr, eller navlestumpen som ikke har falt av, eller har falt av og blør, sant, sånne ting» (Helsesøster)

«Amming, sårhet og ammestilling, og å få det til, og rytmen kanskje» (Helsesøster)

«Det er nesten litt fælt å si det, men jeg syns ofte de er av opptatte av utseendet» (Fysioterapeut)

«Ja, det kosmetiske» (Fysioterapeut)

«Jeg tenker at vi kan ikke bare tenke funksjonalitet...for da får vi mange misfornøyde mødre og fedre. De er veldig opptatt av fasongen. Sånn er det bare!» (Fysioterapeut)

«Men jeg vil jo si at de fleste som er det, samtidig formidler at de er utrygge på om den skjeve fasongen, har en forbindelse med en mulig senere vansker, dysfunksjon. Det er ikke utseendet punktum!» (Fysioterapeut)

«Foreldre er veldig ofte opptatt av utseendet, mens vi prøver å fokusere på funksjon. Kanskje prøve å få foreldre til å skjønne at det vi er opptatt av er, at barnet skal kunne snu hodet mot begge veier og ikke bli stiv, og at de ser på begge hender, og utvikle det» (Fysioterapeut)

Trinn 3: Så laget jeg en kondensert og kortere fortelling i jeg-form:

Jeg synes spesielt 1. gangs fødende er opptatt av fødsel og amming i svangerskapet. De er også veldig opptatt av plager, det å ikke få sove og at de er slitne, spesielt hvis de har andre småbarn. Mitt inntrykk er at det er begrenset hva de tar inn i denne fasen når de er så opptatt av det tekniske rundt fødselen, at til og med amming, som jeg tar opp på svangerskapskurset, er litt langt fremme i forhold til det de skal oppleve rundt fødselen. Mengden med informasjon blir så stor at de ikke evner å ta inn alt rett etter fødselen heller. Det store flertallet gjør i alle fall ikke det. Det som ikke er aktuelt her og nå, går ikke inn. Jeg opplever også at mødrene kan ha mye vondt og er opptatt av smertene. De er slitne og trøtte og opptatt av å få til teknikken på ammingen. Jeg opplever også at de er opptatt av såre bryster og ammestilling, og det å få til rytmen. De fleste vil jo amme! Men, jeg ser jo at de også er veldig opptatt av hodefasonen til barnet det første døgnet, for babyene er ofte litt lange i bakhodet når de kommer ut. Da sier jeg at dette endrer seg, og i morgen er det mye mindre og det ser de. Jeg opplever at de er veldig opptatt av utseendet, det kosmetiske. Foreldrene formidler til meg at de er utrygge på om den skjeve hodefasonen har en forbindelse med en mulig senere vanske, dysfunksjon. Jeg prøver å fokusere på funksjon og forklare foreldrene at jeg er opptatt av at barnet skal kunne snu hodet mot begge sider, unngå å bli stiv i nakken og at barnet ser på begge hender og videreutvikler det. Jeg tenker også at de er veldig opptatt av vekten og spent på den, og så kan det jo være bekymringer dersom det er noe medisinsk med barnet, for eksempel gulsott, tørr hud osv. Mange er oppleste på alt mulig, men når jeg snakker om liggestilling så har de ikke reflektert over det, så jeg vet ikke hvor godt dette er dekket for eksempel i bøker de leser.

Trinn 4: Til slutt formulerte jeg en tekst som samlet essensen. Denne ble plassert under det endelige undertemaet: *4.2.3 Foreldrenes fokus i 1. møte med helsepersonellet*. Men ble senere omskrevet igjen.

Data viste at foreldre er preget av den nye situasjonen de har kommet i som vordende eller nybakte foreldre, og at informasjon som ikke er viktig der og da lett blir glemt eller ikke fester seg. De vordende mødre er naturlig nok mest opptatt av egen kropp, plager i forbindelse med graviditeten og selve fødselen. Videre er de fokusert på amming, vektøkning, søvn og rytme på barnet etter fødselen. Mødrene virker også lite mottakelige for mye informasjon de første dagene. Enkelte foreldre synes å være mest opptatt av hodefasonen og det kosmetiske i deres møte med helsepersonellet, og om endring av skalleformen kan få varige konsekvenser. Forebyggende informasjon blir formidlet av både jordmødre og helsesøstre, men det virker likevel som foreldrene ikke er nok bevisste på å forebygge utvikling av favorittside hos den nyfødte. Helsepersonellet opplevde i liten grad at foreldre hadde reflektert over barnets liggestilling, og det å forebygge utvikling av favorittside, til tross for at mange virket oppleste på mye. Man kan derfor spørre seg om litteraturen foreldre blir anbefalt å lese dekker dette området tilstrekkelig?

3.6 Etiske hensyn og betraktninger

Alle informantene i gruppene fikk utdelt informasjonsskriv om hensikten med studien og forespørsel om deltakelse, samt en samtykkeerklæring. Dette ble, som nevnt, formidlet videre av enhetsledere via e-mail, eller formidlet av meg på møter der aktuelle yrkesgrupper var samlet. Informanter som ønsket å delta sendte svar til meg på e-post. Informert samtykke til å delta i forskningsprosjektet ble senere innhentet via skannet vedlegg på e-post til meg, eller ved direkte overlevering før selve intervjuet startet. «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet» og Informert samtykkeerklæring» er vedlagt bakerst i oppgaven. (se Vedlegg 3).

Deltakelse i studien var basert på frivillighet og det ble informert om at intervjupersonene kunne trekke seg. Dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen av 1964-2008 om «Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker», § 11, 15 og 24 (WMA, 2008).

Studien trengte ikke søkes inn for godkjenning av Regional Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-Vest), da informantene var helsepersonell og ikke pasienter. Studien trengte heller ikke å meldes inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), da vi sørget for at det ikke fantes personopplysninger på båndet og det ikke var mulig å koble intervjudataene med navnelister. At studien ikke behøvde godkjenning fra NSD forsikret vi oss om før oppstart av studien ved personlig kontakt med rådgiver i NSD. Navnelistene ble ikke oppbevart etter at intervjuene var gjennomført og intervjumaterialet ble umiddelbart anonymisert (ingen navn, adresse, tlf.nr. eller andre personidentifiserbare opplysninger nevnes på lydopptaket eller i transkripsjoner). Anonymisering av datamaterialet ble selvsagt også overholdt i rapporteringen. Deltakerne ble oppfordret til å holde tema som eventuelt kunne være sensitive innenfor gruppen. Datamaterialet inneholdt imidlertid ikke sensitive tema. Materialet ble videre oppbevart forsvarlig og skal slettes når studien blir avsluttet.

Viktige etiske prinsipper ved kvalitative prosjekter er å vise respekt og nærhet slik at informantene kjenner seg trygge og ikke føler seg presset eller invaderte. Deltakerne skal kunne stole på at tilliten ikke blir misbrukt. Det kan likevel være at noen vil oppleve at yrkesidentitet, profesjon og ekspertise blir satt under lupen, og dermed føle seg ukomfortable med å «utlevere» sine erfaringer og synspunkter i en gruppe (Polit & Beck, 2012; Coar & Sim, 2006). Helsinkideklarasjonen omfatter beskyttelse av pasienter, og ikke av helsepersonell som utforskes, som i min studie. Jeg måtte likevel være forberedt på evt. utfordringer det kunne være å intervju profesjonelle/kolleger, og sørge for at de ikke følte seg kryssforhørte, kritiserte eller ettergått i sømmene for det arbeidet de utførte (Coar & Sim, 2006). Jeg forsøkte å bidra til å skape god dialog og var tydelig på at jeg ikke hadde de «rette» svarene på det jeg

ville vite noe om. Jeg var dessuten klar over at en samtale kunne sette i gang overveielser og ettertanker som kunne ha vært ubevisste, og som ledet til ny bevisstgjøring hos deltakerne – på godt og vondt.

I følge Malterud (2011) bør man bruke sitt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag. Det fins ulike belastninger informantene kan utsettes for i en kvalitativ studie som f.eks. psykisk uro, misbruk og fordreining (Malterud, 2011). I min studie er det lite trolig at informantene ble utsatt for slike belastninger. De var profesjonelle kollegaer og vil neppe ha kommet med sensitive erfaringer. Jeg reflekterte likevel over mulige positive eller negative sider ved å delta i studien. Av positive faktorer kunne deltakerne oppnå gjenkjennelse og større bevissthet om egen og medkollegaers hverdag og praksis på feltet. De fikk muligheten til å diskutere et aktuelt tema på tvers av arbeidsplasser med kollegaer fra samme yrkesgruppe. I tillegg kunne de oppnå økt forståelse for betydningen av å forebygge DP/PWS. Av negative faktorer var tapt arbeidstid, utgifter pga. reisevei og mulig ubehag i selve intervjusituasjonen, noe jeg måtte ta hensyn til. For å imøtekomme mulig tap av arbeidstid og utgifter til reise, valgte jeg møterommet på min arbeidsplass som intervjulokale ved alle intervjuene. Intervjuene ble gjort innenfor arbeidstid i et hyggelig, lyst og uforstyrret lokale og med en gjestfri atmosfære, med fri parkering og i akseptabel kjøreavstand for alle.

4 RESULTATER: Helsepersonells erfaringer og synspunkter på forebygging av skalleasymmetri hos spedbarn

Nedenfor presenteres de fire hovedtemaene, først med et kort sammendrag av essensen for hvert av dem, så følger undertemaene. Hvert undertema presenteres videre med et kondensat av innholdet i temaet, så illustrert med sitater og sammenbindende tekst. Mitt utgangspunkt presenteres som inngang til enkelte undertemaer. Dette for å illustrere at jeg/forsker har bidratt i prosessen.

4.1 Helseinformasjon og kunnskap

Tidspunktet helsepersonell faktisk treffer vordende og nybakte foreldre for 1. gang, og når de ideelt sett kunne tenkt seg og truffet dem, var sett på som en viktig del av konteksten for formidling av helseinformasjon. Mange av deltakerne ønsket å møte de gravide og nybakte mødrene tidligere, hatt bedre tid til å informere og veilede dem og at babyer med favorittside ble henvist før. Vordende og nybakte foreldres tilgjengelighet for informasjon ble intenst diskutert, og her var det ulike meninger om når mødrene var mest mottakelige og hvor det var best å formidle informasjonen. Helsepersonellet påpekte at jordmødrene både i 1. og 2. linjetjenesten hadde en viktig forebyggende rolle i den forbindelse. Mottakelighet ble også knyttet til om brosjyrer med helseinformasjon, som det deles ut flere av, mer enn noe virker overveldende på foreldrene. Deltakerne understreket at mange foreldre ikke fikk tid til å lese alle brosjyrene snarere enn at de ikke var mottakelige. Kriterier for henvisning av babyer med skalleasymmetri til barnefysioterapeut eller alternative behandlere ble også belyst. Ulikheter i helsepersonellens kunnskapsnivå vedrørende omfanget av favorittside og skjeve hoder hos nyfødte kom også tydelig frem i gruppesamtalene, noe som er interessant i seg selv. Essensielt i dette hovedtemaet var betydningen av å formidle informasjon tidlig, hyppig og variert fra flere yrkesgrupper i svangerskap og barseltid. Dette opplevde deltakerne som avgjørende for at helseinformasjon skulle nå inn hos mødrene/foreldrene.

Undertemaene er: *Tidspunkt for første møte: Ønsker og realiteter, Ideelle tidspunkt for formidling av helseinformasjon – om mottakelighet hos mor, Informasjonsflom – overveldende på foreldre? Tidlig informasjon og hyppig repetisjon!, Prosedyrer for oppfølging og videre henvisninger og Opplyst og informert via helsepersonell.*

4.1.1 Tidspunkt for første møte: Ønsker og realiteter

Studier antyder at tidlig helseinformasjon er viktig for å forebygge utvikling av skalleasymmetri hos spedbarn. Jeg ønsket derfor å samtale rundt det faktiske tidspunktet for hvor tidlig helsepersonellet møter vordende og nybakte foreldre, og synspunkter på det.

Gruppesamtalene synliggjorde at kommunejordmødrene gjerne ville ha truffet de gravide tidligere i svangerskapet, og at jordmor ved fødeklubben opplevde travelheten og den korte liggetiden

som et hinder for tilstrekkelig god veiledning. Helsesøstrene kom tidlig inn i bildet, gjerne i løpet av 1.-2. uken med hjemmebesøk eller kontroll på helsestasjon, avhengig av om mødrene hadde hjemmebesøk av jordmor eller ei. Barnefysioterapeutene fikk henvist babyer med skalleasymmetri alt i fra 4-6 ukers alder og frem til 4-5 måneders alder, som oftest fra helsestasjonen. Ulikheter i henvisningstidspunkt skyldtes kanskje forskjellig praksis hos helsesøstrene på bakgrunn av ulik erfaring, grad av trygghet og bruk av skjønn? Samtalene viste at enkelte bydeler hadde et Lavterskeltilbud mens andre ikke. Dette forebyggende tilbudet innebar at barnefysioterapeut var til stede noen timer hver uke, informerte og veiledet foreldre med babyer som hadde en begynnende favorittside.

Jordmødrene i kommunen møtte de gravide kvinnene til førstegangs undersøkelse i 2. trimester av svangerskapet. Videre på kontroller ca. hver 4. uke til uke 36, og så annenhver uke til termindato. På spørsmål om kommunejordmødrene hadde foretrukket å treffe de vordende mødrene tidligere, svarte en av dem slik:

«Det er ikke vanlig i andre kommuner å vente så lenge. Egentlig ville vi hatt dem inn så tidlig som mulig, en plass mellom uke 12-16. Vi møter dem vanligvis i uke 23-24, og det er i forhold til at kommunen har laget et program ut ifra nasjonale retningslinjer og tolket det slik»

Jordmor ved sykehuset traff de nybakte foreldrene første gang på føde- og barselklinikken, og evt. på jordmor-hjem besøk i løpet første uken, for de mødrene som reiste hjem innen første levedøgn. Alle som føder får dermed ikke tilbud om jordmor-hjem, da hovedtyngden blant de fødende fortsatt ligger to døgn på klinikken. Hun uttalte følgende i forhold til informasjonsformidling og møtepunkter på klinikken mellom barselkvinner og jordmødre:

«Det kan jo variere etter hvor travelt det er på jobb. Noen ganger føler vi at vi får altfor liten tid til barseldamene. Når du har kombinerte avdelinger med føde og barsel, blir fødslene prioritert. På noen vaktskift kan det hende at jeg bare har vært inne en gang og sagt hei! Mens andre ganger kan jeg ha gått inn 3-4 ganger. Men vi opplever at kvinner reiser hjem uten at vi har fått vist hvordan de skal bade barnet sitt, for det har vært så travelt»

Jordmødrene savnet altså kontakten over tid med de nybakte mødrene, og opplevde barseloppholdet som intensivt, og at de derfor måtte begrense antall tema de kunne formidle. De håpet at jordmødre og helsesøstre fikk snakket om blant annet liggestilling på deres hjemmebesøk. Helsesøstrene møtte mor og barn på hjemmebesøk i løpet av de første 7-14 dagene og foretok første veiing og gav informasjon før det var gått 3 uker. Regelen var hjemmebesøk innen 14 dager og dersom det ikke lot seg gjøre

innen de 10 første dagene tok de mor og barn inn på helsestasjonen for veiing og informasjon der, og så hjemmebesøk i etterkant. Hjemmebesøket gjaldt for alle mødre, ikke bare førstegangs fødende. Deretter traff helsesøstrene mor og barn minimum 6 ganger til det første halvåret, utenom ekstrakonsultasjoner. Denne helsesøsterens utsagn var representativ for alle:

«Sykehuset har oppfølgingsansvaret de første 5 dagene, men vi har ofte vært i kontakt med dem før de 5 dagene er gått, og da avtales hjemmebesøk. Hvis de har 2 jordmor-hjem besøk må vi skyve litt på det, men hvis ikke så er vi der innen første uka»

Barnefysioterapeutene fikk ofte henvist babyer med skalleasymmetri fra helsestasjon etter 4 eller 6 ukers kontrollen, mens hovedtyngden ble henvist ved 2-3 måneders alder. Enkelte ble først henvist ved 4-5 måneders alder. En sjelden gang kom det henvisninger av nyfødte direkte fra fødeklubben eller barneavdeling ved sykehuset. Terapeutene fulgte opp babyene fra en gang til gjentatte ganger over flere uker og måneder, avhengig av alvorlighetsgraden av skalleasymmetrien, om det var en torticollis-diagnose eller andre tilleggsdiagnoser. Barnefysioterapeutene hadde derfor forskjellige erfaringer med når de møtte babyer med skalleasymmetri første gang, og hvor de ble henvist fra. Dette er eksempler på deres erfaringer:

«Hvis det er en muskulær Torticollis så skjer det før, eller hvis barnet er henvist fra sykehuset, men som regel etter 6 ukers kontrollen»² «Nå er det Lavterskeltilbud på alle helsestasjoner vi har og fysioterapeut er tilstede der, så da får vi dem noen ganger før» «Det er alt ifra 6 uker, men vi har nok en opphopning på 3-4 mnd., når vi får dem henvist til oss» «De uerfarne og unge helsesøstrene henviser mye hyppigere enn de eldre eller mer erfarne»

På oppfølgingsspørsmål til barnefysioterapeutene om henvisningstidspunktet av og til opplevdes for seint, samtykket flere til dette, og fortalte at de hadde tatt opp i møter med helsestasjonen at de ønsket babyene henvist så tidlig som mulig. Barnefysioterapeutene opplevde ofte at foreldre hadde uttrykt bekymring på helsestasjonen flere ganger før de ble henvist. Foreldre fortalte dem om en «vente å se holdning», kanskje i god tro for ikke å bli uroet unødige? Andre foreldre hadde fortalt dem at personalet på helsestasjon mente at babyen ville vokse av seg skalleasymmetrien, og at det var ernæring som var viktigst å ha fokus på. Helsesøstrene i denne studien bekreftet at de selv hadde opplevd å henvise for seint (en sjelden gang), men uttalte derimot at de ikke hadde erfart at foreldre syntes at deres barn ble henvist for seint til barnefysioterapi. De lurte derfor på om foreldrene eventuelt klaget mer til barnefysioterapeutene over dette enn til helsesøstre, ettersom de skulle gå til oppfølging hos dem over

² Ved nytt hermetegn betyr det at en ANNEN person har sagt dette.

flere år? Her syntes altså å være en diskrepans mellom hva helsesøstrene opplevde at foreldre formidlet til dem, og hva barnefysioterapeutene opplevde at foreldrene formidlet til dem.

4.1.2 Ideelle tidspunkter for formidling av helseinformasjon – om mottakelighet hos mor

Som forsker var jeg interessert i å få vite hva informantene tenkte ville vært ideelle tidspunkt for formidling av forebyggende helseinformasjon til vordende og nybakte foreldre.

I gruppesamtalene ble det antydnet at de vordende mødrene ville være mest tilgjengelige for forebyggende informasjon i uke 32-36 i svangerskapet. Veiledning av gravide i forbindelse med kjøp av babyutstyr kunne også være et egnet veiledningstidspunkt. På klinikken virket ikke mødrene så tilgjengelige for informasjon første døgnet, men mer tilgjengelige 3.- 4. døgnet, og aller mest på hjemmebesøk hvor de ble mindre pasientgjorte. Informasjon ble best formidlet på hjemmebesøk og på tidlige kontroller frem til 6 ukers alder, ifølge helsesøstrene. Fysioterapeutene formidlet at de ønsket en veilederrolle tidlig på helsestasjonen og i slutten av svangerskapet i samarbeid med jordmor. Men de var ikke deltakende ved svangerskapskurs i dag. Når mødrene egentlig er mest mottakelige var altså et gjennomgående tema. Her er kommunale jordmødres erfaringer om når de tenkte at gravide var mest mottakelige:

«De kan jo være tilgjengelige i uke 32 eller 36, for i uke 38 og 40 er de blitt lei og vil bare få ut barnet. Men i uke 36 er de mer mottakelige, og vi kan styre dem litt dit vi vil» «Den beste perioden fysisk sett for de fleste i et svangerskap er gjerne ifra uke 28-36 eller 24-32. Da er de ferdige med kvalmen og kommet på plass i arbeidslivet igjen, før de kanskje begynner å få kynnere eller bekkenplager, som kan komme i siste trimester. Men om de på det stadiet er klare for å snakke om barnet og hodestillingen, det tror jeg er veldig langt frem»

Jordmor ved sykehuset hadde også tanker om ideelle tidspunkter for formidling på barselavdeling og på jordmor-hjem besøk:

«De er kort tid på klinikken, så vi må ikke øse på med altfor mye informasjon, for de klarer ikke ta det inn. De spør ofte om igjen om det de allerede har fått informasjon om. Det er utrolig travelt og mye som skjer de to døgnene. Jeg merket at spørsmålene ofte kom da jeg var på hjemmebesøk 3.- 4. dagen. Da var mødrene mer åpne og hadde spørsmål som de ikke hadde når de lå på sykehuset og var veldig 'sånn pasient'»

Helsesøstrene tenkte at foreldre var mest mottakelige for forebyggende informasjon på hjemmebesøket og der var denne lettest å formidle. De fortalte videre at foreldre var opptatt av praktisk utstyr til barnet

og at det kunne være en innfallsvinkel for formidling før fødselen. Innføring en ny kontroll ved 4 ukers alder i tillegg til 6 ukers kontrollen, ville begge være egnede tidspunkt til informasjonsformidling.

Barnefysioterapeutene uttalte at svangerskapskurs, kontroller hos jordmor før fødsel, via jordmor på barselavdelingen og jordmor-hjem, ville alle være ideelle tidspunkt å formidle tidlig helseinformasjon på. Flere pekte på eget og helsesøstres ønske om en rolle før fødsel overfor vordende mødre:

«Jeg var i kontakt med en fysioterapeut på sykehuset og hun var klar på hva de ønsket av oss, blant annet at vi ble mer aktive i forhold til vordende mødre på helsestasjonen, og at vi burde komme inn tidligere» «Når barnet er født, og de har begynt å amme og stå i den travle hverdagen, er de ikke så mottakelige for den informasjonen som vi ønsker å gi. Men mot slutten av svangerskapet har de veldig fokus på hvordan ting skal bli»

Men ikke alle barnefysioterapeutene var av samme oppfatning:

«Noen jordmødre sier at å snakke om amming når de er gravide, går ikke inn det heller, fordi de er så opptatt av at ungen skal ut. Så selv ammingen, som er så livsviktig, har de ikke plass til å ta inn. Hvis de ikke klarer å ta inn informasjon om amming, hvordan skal de da høre om hode- og nakkeasymmetri?» «Jeg synes det ville være best hjemme, for på klinikken skjer det veldig mye. Bedre når barnet er ute og mor har glemt sin kropp, og kan begynne å fokusere på barnet. For det må jo tas action med en gang barnet er født!»

Under fokusintervjuene kom det frem at ingen av barnefysioterapeutene underviste på svangerskapskurs ved helsestasjoner i kommunen. Disse kursene ledes av jordmødre, evt. i samarbeid med helsesøstre. Kursene ble arrangert for 1. gangsfødende. Ved føde- og barselklinikken ble det arrangert svangerskapskurs i regi av jordmorforeningen, ledet av jordmødre. Dette tilbudet var for alle gravide, men ble naturlig nok mest benyttet av 1. gangsfødende. Innholdet i svangerskapskursene hadde fokus på amming, fødselsforberedende informasjon, selve fødselen og omstilling i familien. Sovestilling og forebygging av skalleasymmetri hos barnet var ikke inkludert. Jordmødrene savnet ikke andre faggrupper inne i undervisningen, og så ikke hvordan dette tidsmessig og praktisk skulle blitt gjennomført. På denne bakgrunn kan det virke som om dagens svangerskapskurs er et lite egnet fora for formidling av tidlig helseinformasjon, til tross for at mange av barneterapeutene mente dette ville være et bra tidspunkt og en arena for tidlig forebygging.

Jordmødrene ved sykehuset følger som nevnt opp mor og barn i løpet av den første uken etter fødsel, men da har kanskje ikke barnet utviklet skjev hodefasong ennå? Derfor er det trolig

helsesøstrene som oppdager skalleasymmetrien først hos barnet, og det blir ekstra viktig at disse er tidlig ute med å informere foreldrene om forebygging av favorittside.

4.1.3 Informasjonsflom – overveldende på foreldre? Tidlig informasjon og hyppig repetisjon!

Vordende og nybakte foreldre er opptatte av å sette seg inn i de viktigste tingene rundt sitt kommende og nyfødte barn. Alt er nytt, det er mye å skaffe seg informasjon om, og det er ikke sikkert at forebygging av skalleasymmetri ved å variere sove- og liggestilling står øverst på huskelisten? I min praksis har jeg hatt inntrykk av at foreldre opplever å bli overøst med brosjyrer med skriftlig informasjon, særlig etter fødselen. Som forsker var det derfor interessant å få frem helsepersonellens erfaringer i forhold til dette, samt ideer og tanker om hvordan tidlig helseinformasjon kunne formidles via yrkesgruppene på en mer effektiv måte enn i dag.

Gruppesamtalene viste at det er nødvendig å kritisk vurdere hvilken informasjon som gis ut og hvorfor. Kommunejordmødrene var positive til å snakke om forebygging av skalleasymmetri i uke 36 på kontroller i svangerskapet. På klinikken var det antatt de sprekeste mødrene som leste brosjyrene, og det ble der stilt spørsmål ved om foreldrene fikk nok forebyggende informasjon før hjemreise? På helsestasjonen opplevde ikke helsesøstrene at foreldre klaget over for mange brosjyrer, men problemet var heller at de ikke fikk tid til å lese dem. En ny brosjyre fra Norsk Fysioterapi Forbund (NFF) ble likevel anbefalt å dele ut på første hjemmebesøk sammen med brosjyrer med mindre tekst og mer bilder som ville være lettere å huske. Samtlige helsepersonellgrupper så behovet for hyppig forebyggende informasjon og mange repetisjoner gjennom graviditet, fødsel og barseltid som helt avgjørende for å få foreldrene til å huske og å endre håndtering av sitt nyfødte barn. Datamaterialet synliggjorde at det var behov for bedret informasjon om forebygging av skalleasymmetri via nettsider, og at dette burde styres sentralt via kommunen. Jordmor ved sykehuset hadde følgende å si om informasjonsmengden og tidlig formidling og repetisjon:

«De fleste har nok med seg selv de dagene de ligger på klinikken. Vi føler på om mor har fått nok forebyggende informasjon til å reise hjem? Det hadde vært ypperlig å utvide brosjyrene vi har og flettet inn dette temaet, så vi kan gi ut informasjonen. Det er mest tekst i brosjyrene våre nå, men jeg ville tro at bilder var mer i øyenfallende!»

Hun foreslo at de kommunale jordmødrene kunne ha delt ut informasjonen om forebygging av skalleasymmetri på slutten av graviditeten i uke 32-34. Da er mødrene mindre opptatt av seg selv og de erfarer spark og hodets stilling inni magen, og ting er mer realistiske for dem. Kommunejordmødrene hadde liknende tanker om at informasjon som deles ut etter fødsel av de andre helsepersonellgruppene kunne vært distribuert før fødsel av egen yrkesgruppe og uttalte:

«Ikke sånn at vi har tenkt at det skulle være et tema i svangerskapet, men det kan det sikkert bli» «Jeg tror vi også har en viktig rolle i svangerskapet, når det er så mange prosent som får et skjevt hode. Men da må det automatisk inn i hodet vårt slik at det blir naturlig å spørre i en eller annen setting»

De understrekte videre at: *«Vi deler allerede ut veldig mye før fødselen» «Vi må være obs! på hva vi gir ut av brosjyrer, effekten det har og hvorfor vi gjør det!»* Barnefysioterapeutene pekte blant annet på at Samhandlingsreformen bør synliggjøre at helsepersonell i kommunen må ta mer ansvar for informasjon og informasjonsmengde, og det ble for eksempel vist til helsesøstrene om hva de bør se etter og informere om på første hjemmebesøk, og at de snur barnet og ser på bakhodet om det har blitt skjevt. Helsesøstrene opplevde også at det var mange brosjyrer og mye informasjon som skulle formidles og deles ut i starten. Brosjyrer som for noen helsepersonellgrupper syntes viktige, druknet kanskje i mengden av alle de andre brosjyrene som også var viktige. Mange gikk raskt igjennom brosjyrene, men kunne så velge å si mer eller mindre om de forskjellige og forsterke fokuset på enkelte av dem. En av helsesøstrene fremhevet nytten av å dele ut brosjyren som kommunefysioterapeutene hadde. Flere av helsesøstrene hadde ikke fått negative tilbakemeldinger fra foreldre vedrørende mengden av informasjon og brosjyrer som ble delt ut, men viste til følgende når de etterspurte om foreldrene hadde sett på brosjyrene eller oppfattet informasjonen:

«Foreldre klager ikke på det, men hvis vi henviser til noe som vi har vist før, så har de mer dårlig samvittighet for at de har ikke fått lest igjennom alt, sant?» «Det er så utrolig lite informasjon som skal til, hvis det bare blir nevnt...det kan forebygge mye. De er ikke helt mottakelige for en lang leksjon om motorikk»

Helsesøstrenes erfaringer var at foreldre trolig ikke fikk tidlig nok informasjon om liggestilling selv om det ble delt ut mange brosjyrer. Det virket som informasjonen ikke festet seg hos de nybakte foreldrene. Noen av helsesøstrene uttrykte frustrasjon over dette. En helsesøster viste til at det nå var en mer sammenhengende helsestasjonstjeneste, som gav mulighet for informasjon også før fødsel. Det ble også lagt vekt på den forebyggende betydningen av «de mange drypp» og viktigheten av repetisjon av tidlig helseinformasjon fra alt helsepersonell som er involvert med vordende og nybakte foreldre og nyfødte. Informantene understreket også at brosjyrer med lite tekst og tydelige bilder ville være gunstige samtidig som innholdet ble formidlet muntlig når de ble delt ut. Å dele ut brosjyrer alene syntes ikke nok.

Flere av helsesøstrene uttalte at ansvaret for formidling av tidlig informasjon i svangerskapet og første uken etter fødsel i forhold til å forebygge favorittside burde deles mellom de kommunale

jordmødrene, jordmødrene ved føde- og barselavdeling og jordmor-hjem tjenesten. De understreket at jordmor-hjem tjenesten kunne bidratt med å lage rutiner, da de gjerne er på hjemmebesøk to ganger og har en gylden anledning til å informere de nybakte foreldrene. En annen helsesøster nevnte at mange skal inn å ta Føllings prøve eller ny vekt på barselavdelingen, og at jordmor og lege der kunne si to ord om å forebygge skalleasymmetri. Hun foreslo også at jordmor-hjem kunne delt ut noen tips fra fysioterapeuten sammen med brosjyren: 'Hvordan ammer du ditt barn?', som ble delt ut på klinikken eller av jordmor. Kommunejordmødre hadde følgende tanker om rollen og ansvaret til jordmødrene ved sykehuset for å nå flest mulig barselkvinner og nybakte foreldre på klinikken: «*Jordmødrene er jo alltid inne i et stell i løpet av tiden mødrene er innlagt, og må sikre at de som er på barsel får den samme informasjonen.*»

Jordmor-hjem tjenesten ble opprettet i 2007 som et prøveprosjekt, hvor målet var å tilby hjemmebesøk i perioden etter fødsel og før helsesøster kom på første hjemmebesøk. Tidligere kunne det gå opptil 3 uker før helsepersonell møtte mor og barn. Tilbudet er i dag permanent, men kun et tilbud til dem som har hatt «normal fødsel» og velger å reise hjem innen 1. levedøgn. Dermed blir det begrenset hvem som får tilbudet, og eventuelt mottar forebyggende informasjon i forhold til skalleasymmetri. Desto viktigere blir at de som er innlagt 2-3 dager på føde- og barselavdeling får nødvendig informasjon der eller på 1. hjemmebesøk med helsesøster. Jordmor ved sykehuset fortalte hvordan hun formidlet helseinformasjon til de foreldrene som ikke fikk tilbud om jordmor-hjem slik:

«Foreldrene kommer gjerne tilbake 4.-5. dagen på poliklinikken, og da er spørsmålet om vi får tid til å snakke om det der? Noen ganger får du tid til det, men så har du en mor som har problemer med ammingen og såre brystknopper, så da blir fokuset der, og en halvtime går fort, sant? Mens andre ganger kan du være innom alle felt, så det er klart at det blir litt tilfeldig»

På sykehuset ble det utdelt mye informasjon under barseloppholdet, men å informere om variasjon i liggestilling var ikke noen rutine.

En helsesøster og en jordmor ønsket at barnefysioterapeutene kunne vært til stede ved oppstarten av de selvdrevne barsel- eller nettverksgruppene, og informert om forebygging av skalleasymmetri og motorisk utvikling til mødrene. Disse gruppene kommer vanligvis i gang ved 1-2 måneders alder. En av barneverapeutene uttrykte at deres erfaring med å delta på 2 måneders grupper var lite vellykket ettersom mødrenes fokus var på søvn og mat. Hun foreslo i stedet at: «*dersom det blir et frivillig gruppetilbud for kvinner som er i slutten av svangerskapet der vi kan komme med informasjon, tenker jeg at det kan være noe som kan gå inn mer enn ved 2 måneder etter fødsel.*» En annen helsesøster formidlet at hun savnet kontakten med barnefysioterapeutene som hun hadde

tidligere via 4 måneders grupper på helsestasjon. Hun understreket: «*Det var ikke bare det at fysioterapeuten var med i gruppene, men det var en veldig fin måte å holde ved like dette med motorikk.*» Barnefysioterapeutene uttalte på sin side at å informere på barselgrupper ved 4 måneders alder var for seint i forhold til å forebygge skalleasymmetri, mens informasjon om motorisk utvikling generelt kunne formidles da. De fleste bydelene har gått bort ifra dette tilbudet i dag.

4.1.4 Prosedyrer for oppfølging og videre henvisninger

Min erfaring som barnefysioterapeut er at vi antakelig behandler for mange spedbarn, samtidig som det er noen vi ikke får henvist. Jeg ønsket å få frem hvilke babyer helsepersonellet henviste videre til barnefysioterapeut og til andre fagpersoner, og hvilke kriterier de la til grunn.

Det kom frem at helsesøstrene ikke henviste til andre behandlere enn barnefysioterapeuter. Helsesøstrene la vekt på grad av skjevhet eller når de anså at foreldre trengte forsterkning av informasjon om skalleasymmetri. De kunne også henvise på bakgrunn av foreldres bekymring. Andre helsesøstre beskrev at de undersøkte babyene nøye på 6 ukers kontrollen ved å holde dem opp, kjenne hvordan de var i kroppen, sjekke følgebevegelser av blikket, om de la seg i C-fasong når de ble lagt ned igjen på benken og om de hadde en favorittside. Ved avflatning av skallen eller dersom de ikke klarte å få lokket babyen til å snu hodet over til andre siden, henviste de til barnefysioterapeut og veiledet samtidig på leie og hvordan foreldre kunne stimulere. Enkelte av fysioterapeutene henviste til alternative behandlere dersom de ikke selv oppnådde resultater etter 2-3 behandlinger, og dersom barnet manglet passiv nakkerotasjon, skrek mye eller viste vegetative problemer. Henvisningskriteriene var heller ikke her tydelig definerte.

Noen helsesøstre gav først råd og så situasjonen an før de henviste til barnefysioterapeut. Helsesøstrene utalte følgende vedrørende om barn forverret seg til neste kontroll etter først «bare» å ha fått rådgivning, og utdypet dette med erfaringer og tanker rundt videre henvisninger:

«Du skal balansere det, for hvis det er ventetid hos fysioterapeuten, og vi har utsatt det i to uker, så er det nesten litt kjørt» «Jeg har ringt til barnefysioterapeut hvis jeg er veldig bekymret for et barn, før det er tid i Lavterskel timeboken. Og de barna har jeg sett at fysioterapeuten har fulgt opp også. Det er en bekreftelse på at mine øyne ser, og jeg blir tryggere på mine vurderinger»

Helsesøstrene svarte avkreftende på om de henviste babyer direkte til andre behandlere. De samsnakket med legene på helsestasjon om babyer som burde henvises til barnelege/nevrolog eller røntgen undersøkelse, dersom de var bekymret for utvikling av hodeomkrets, utviklingsforstyrrelse, ernæring eller motorikk. Barnefysioterapeutene henviste av og til babyer til manuell terapeut eller

kiropraktor for å få en vurdering av om babyen kunne ha en eller annen form for blokkering av virvlene i ryggstøtten, eller til andre terapeuter i forhold til reguleringsvansker. Ofte hadde barneterapeutene et tett samarbeid med disse yrkesgruppene om det aktuelle barnet. Kriterier for når terapeutene henviste barna videre var ikke definerte. Dette uttalte to av barnefysioterapeutene:

«Hvis jeg har hatt et barn to eller tre ganger og jeg er sikker på at dette er artikulært og barnet ikke kommer lengre i rotasjonen, så tar jeg kontakt med manuell terapeut» «Vi henviser både til manuell terapeut og osteopat, og henvisningskriterier når det gjelder osteopat er om barnet har veldig mye vegetative problemer med gulping, avføring, skriking eller skalleasymmetri»

4.1.5 Opplyst og informert via helsepersonell

I fokusgruppene etterspurte jeg helsepersonellet om deres kompetanse på området skalleasymmetri og forebygging av dette.

Samtalene viste tydelig forskjell i kunnskap blant helsepersonellet. Jordmødrene var i mindre grad klar over at skalleasymmetri ble oppfattet som et stort problem blant helsesøstre og barnefysioterapeuter, og ble overrasket over forekomsten. Jordmødrene satte pris på informasjonen og ønsket mer fokus og undervisning om dette. Helsesøstrene og barnefysioterapeutene opplevde omfanget og problemet daglig, og var naturlig nok mer informert om temaet. Disse yrkesgruppene erfarte at de veiledet og informerte foreldre i høy grad, men at dette ikke virket forebyggende. «Skaden» oppstod likevel. Hyppig repetisjon gjennom graviditet, barsel- og spedbarnstid syntes avgjørende.

Jordmødrene traff de vordende og nybakte foreldrene først. Kompetansen om skalleasymmetri-faren varierte fra ingen bevissthet om dette til å ta det opp «naturlig» i sammenheng med still av barnet mens mor og barn ennå var på klinikken. Kommunejordmødrene satte pris på å få undervisning i temaet på fellesmøte for jordmødre i kommunen, og understreket at de ikke hadde visst før at skalleasymmetri var et så omfattende problem. Jordmødrene på føde- og barselavdeling hadde også lite kunnskap om omfanget av problemet, ifølge jordmor ved sykehuset, og hun uttrykte:

«Det er viktig at vi får informasjon om at dette er et problem! For vi har ikke sett på det som det. Hvis du hadde kommet og fortalt om dette..., for jeg tror ikke vi vet om at det er så mye feilstillinger..., så hadde vi fått mer fokus på det!»

Alle babyer skal ha en legesjekk etter fødsel før de reiser hjem fra sykehuset. Jordmødrene mente at barnelegene heller ikke hadde noen rutine på å informere foreldre eller sjekke babyen mht variasjon i

liggestilling og virket ikke informert om omfanget av problemet. Jordmor ved sykehuset fortalte om barnelegenes rolle at:

«De sier det av og til, litt tilfeldig. Vi er jo ofte med dem, og de sier det helst hvis barnet ser ut til å ha ligget skjevt inni magen, sant? At han da bemerker at det kommer seg litt etter hvert, og foreldrene kan stimulere fra side til side. Men det blir ikke lagt så veldig vekt på. Da må det være veldig uttalt. Hadde barnelegen tatt opp tema, tror jeg kanskje det hadde gått mer inn!»

Når barnefysioterapeutene treffer babyen og foreldre første gang, er barnet som oftest blitt asymmetrisk i hodeform og evt. kroppsholdning allerede. Informasjon om forebygging opplevdes derfor i seneste laget. Barneterapeutene mente at: *«Jo flere som repeterer det – jo bedre! Viktig at både jordmor og helsesøster snakker om det!»*, og fysioterapeutene var mer enn villige til å informere de andre helsepersonellgruppene. Det var altså stor forskjell i kunnskap om det aktuelle problemet hos yrkesgruppene, noe som i seg selv er interessant å se nærmere på.

4.2 Formidling og mottak av helseinformasjon

Dette hovedtemaet handler om hvordan helsepersonellet forholdt seg til nybakte foreldre i en sårbar situasjon, hvor manglende mestringsfølelse, fysisk og mentalt stress kan gjøre dem lite tilgjengelige. Mødrene virket opptatt av egne plager i svangerskapet og det tekniske rundt fødselen. På klinikken var de mer fokusert på å få til ammingen, finne rytmen og det praktiske rundt stellet. Etter hjemkomsten var mange spent på vekt, hodeomkrets, søvn og ernæring hos babyen. Ved henvisning til barnefysioterapeut viste det seg at foreldrene var mest opptatt av om barnet var normalt, om skjev hodefase var farlig og det kosmetiske ved skalleasymmetrien. Det virket altså å være ulike foki mellom foreldre som mottakere og yrkesgruppene som givere av informasjon. Helsepersonellens syn på foreldres evne til å ta til seg og integrere kunnskap og informasjon med tanke på forebygging og behandling av favorittside, var også del av diskusjonen rundt dette.

Disse undertemaene hører hjemme her: *Foreldreveiledning - sårbarhet, stress og mestring, Helsepersonellens fokus i 1. møte med foreldre, Foreldres fokus i 1. møte med helsepersonellet, og Helseinformasjon - lydhørhet og lærevillighet hos foreldre.*

4.2.1 Foreldreveiledning - sårbarhet, stress og mestring

Min kliniske erfaring etter 20 år tilsier at det kan være utfordrende å fastslå når ideelle tidspunktet for formidling er, og forstå hvorfor foreldre ikke virker mottakelige for helseinformasjon. Det var derfor interessant å høre hva helsepersonellet tenkte rundt dette.

Fra svangerskapskurs var det erfaringer fra at de gravide var svært opptatt av det tekniske og fysiske rundt fødselen, så informasjon som amming virket også for tidlig å snakke om. Barselkvinnene

opplevdes også for sårbare like etter fødsel til å ta imot informasjon, men virket mindre preget av stress og hadde flere spørsmål på hjemmebesøkene. Det handlet altså om oppfatninger av mors kapasitet, stressnivå og mestring, og ikke om bestemte «typer» av foreldre som ikke tok inn eller handlet på bakgrunn av informasjon. Ammevansker, babyer som skriker og sover lite, kunne også forklare foreldres manglende mottakelighet. Repetisjon av informasjon var derfor et gjennomgangstema hos helsepersonellet samt å ikke gi foreldre dårlig samvittighet for manglende oppfølging av «hjemmelekser», men heller trygge dem i foreldrerollen.

Jordmor ved sykehuset hadde følgende tanker å dele i forhold til foreldreveiledning:

«Mødrene klarer ikke å ta inn alt...og hvis vi da begynner å snakke om hodefasjonen... Jeg fikk gitt en helt annen informasjon når jeg var på hjemmebesøk enn på sykehuset. Når de kommer hjem og har hatt en natt eller to og erfart ting, så er de mer mottakelige og kommer med de rette spørsmålene. Da tror jeg også det gikk mer inn, enn om vi ett døgn etter at de har født melder om mange tema, da får ikke mødrene dette inn»

Helsesøstrene hadde noen tilsvarende tanker rundt rollen som giver av informasjon, om brosjyrene de delte ut ble lest, og om foreldres grad av mottakelighet. De uttrykte deg på denne måten:

«Det er begrenset hva de klarer å ta inn i denne fasen, de er så opptatte av det tekniske og fysiske rundt fødselen, at til og med amming er langt fremme. Det som ikke er aktuelt her og nå, blir glemt inntil de har bruk for det» «Det må gjentas både på hjemmebesøk og 1. gang på helsestasjon. Det er alltid noen som ikke har fått det med seg, for de har hatt fokus på noe annet vi snakket om. Da veileder jeg igjen i forhold til leie og viser hvordan de kan holde og bære og snu hodet den andre veien»

Helsesøstrene understreket samtidig at mange foreldre virket oppleste, spesielt på nettet, mens når de snakket med dem om liggestilling så hadde de ikke reflektert over problemet. En helsesøster undret seg derfor om dette temaet ikke var godt nok dekket i spedbarnsboken til Britt Nylander. En annen refererte til Magne Raundalens undersøkelse hvor han undersøkte om foreldre leste brosjyrene som ble delt ut på helsestasjon, og resultatene hans viste til at det faktisk var en stor andel av brosjyrene som ble lest. Barnefysioterapeutene hadde mange erfaringer å dele og utdypet noen av tankene vedrørende foreldres grad av mottakelighet etter fødsel slik:

«Det er jo forskjellig hvordan man tar imot... Det kan være en unge som skriker mye og ikke vil ta melk fra brystet, som gjør at man ikke klarer å ta imot informasjonen. Så kommer vi og spør

om hvordan det har gått med hjemmeleksen? Det er viktig at vi ikke gir foreldrene dårlig samvittighet!» «Det viktigste er å få nok mat i ungen, ikke om han kan snu hodet begge veier?»

Som forsker undret jeg på om helsepersonellet hadde erfart at det var visse karakteristika ved foreldre som fikk barn som utviklet favorittside, eller om det var tilfeldigheter uavhengig av tidligere fødsler, utdanning og sosial status? Jeg ønsket også å få fram informantenes tanker om grad av stress påvirket evnen til å huske på variasjon i barnets sove- og liggestilling? Helsesøstrene avviste at det var spesielle karakteristika ved foreldre som fikk barn med skjeve hoder, men sa blant annet dette:

«Jeg har ikke tenkt at det er noe mønster, jeg synes det er mer tilfeldig, men jeg ser jo at der mor er veldig sliten og utkjørt, sover dårlig og har mye nattamning, blir dette med liggestilling lett glemt» «Så har du de som er så stresset og engstelige at de glemmer seg selv, men gjør alt som barnet trenger. Og så har du de som ikke har kapasitet og har nok med seg selv etter fødselen»

Det kom tydelig frem i intervjuene med kommunejordmødrene og jordmor ved sykehuset, at de snakket med mødrene om første tiden hjemme etter fødsel både på svangerskapskontroller og på barselavdelingen. Samtalen rettet søkelyset ikke bare på amming, men også på å styre besøk, ikke stresse for mye og om mulig svangerskapsdepresjon.

4.2.2 Helsepersonellens fokus i 1. møte med foreldre

Som forsker var jeg også interessert i å få mer kunnskap om helsepersonellens fokus i deres 1. møter med vordende og nybakte foreldre.

Gruppesamtalene synliggjorde at faggruppene vektla det å lytte til hva foreldrene selv ønsket å formidle og ta opp og vise dem at de var en ressurs for barnet sitt, var viktige tema i deres første møter med foreldrene. Helsepersonellet opplevde ikke at foreldre var opptatt av å forebygge skalleasymmetri mens de var gravide, men at de visste om at ryngleie var anbefalt sovestilling. Spørsmål om liggestilling kunne som nevnt komme opp i forbindelse med samtaler om krybbedød. Foreldre virket mer opptatt av liggestilling og hodeform på klinikken, men likevel usikre på hvilke stillinger som var tryggest. På tidlige hjemmebesøk ble det ofte fokusert på brosjyren om 'liggestilling for forebygging av favorittside' samt å vise konkret håndtering av babyen. Fokus på ernæring, amming, vekt og styrking av foreldrerollen samt forklare forskjellen mellom asymmetrisk hodefasong og bevegelsesfunksjon var også forhold som helsepersonellet vektla. Noen av helsesøstrene uttrykte seg slik:

«Du må se situasjonen an når du kommer hjem. For noen er det å få veid, målt hodeomkrets og fokusere i forhold til amming altoverskyggende. Da må vi nøye oss med å se på og holde barnet når vi veier det, og sette opp ekstra konsultasjon. Andre ganger går du gjerne gjennom flere brosjyrer. Men nesten uansett tar vi frem brosjyren fra fysioterapeuten, om hode og liggestilling, fordi vi vet at dette skjer akkurat da» (*Brosjyren 'Tips fra fysioterapeuten')*

Andre helsesøstre understrekte at samspill og tilknytning, samt ernæring alltid var i fokus, som noe livsnødvendig, men at liggestilling også var berørt i første møte. Barnefysioterapeutene hadde klare oppfatninger av hva som var viktig å formidle i deres første møte med mor og barn. Det var enighet om at: *«Den viktigste oppgaven er å trygge foreldrene, at de er en ressurs, at det er deres barn og man skal støtte opp om for å gjøre foreldre trygge.»* Når det gjaldt å øke foreldrenes kunnskapsnivå, ble dette også trukket frem:

«Noe av det jeg synes er viktig å formidle er å skille mellom asymmetrisk hodefasjon og asymmetrisk funksjon. Klargjøre for dem hva som kan være uheldig hvis det får bli ubehandlet, forverrer seg og blir etablert i forhold til hodefasjonen, men samtidig fortelle at det ikke er farlig, og at hodeskallen i seg selv ikke forteller hvor avvikende funksjonen er»

Et tema som foreldre ofte tok opp i deres første møtet med barnefysioterapeut, var nettopp bekymring over hodefasjonen. Det er altså seinere i forløpet som regel at foreldre møter fysioterapeuten. Noen av terapeutene mente at skjev hodeskalle mest var et kosmetisk problem, som ikke påvirket selve nakkefunksjonen. Andre mente at avflatet hodeform også kunne påvirke det funksjonelle og barnets frihetsgrad i nakken. Her er et eksempel på det siste:

«Noen ganger har jeg sett at hodefasjonen blir så flat på den ene siden, at det nesten blir en kant bak i bakhodet, og da er det mekanisk nesten vanskelig å snu hodet rundt» «I utgangspunktet er ikke fasongen noe farlig, men det påvirker bevegelsesfunksjonen»

Jordmødrene i kommunen traff ikke mødrene etter fødselen rutinemessig, og hadde heller ikke fokus i deres første møter på betydningen av tidlig informasjon mht forebygging av hodeasymmetri. På jordmor-kontrollene tok de opp tema ut ifra hvilken uke kvinnene var i svangerskapet, og litt etter hva de gravide selv var opptatt av å snakke om. Mye handlet om kvinnens tanker og følelser rundt det å være gravid, fødsel evt. fødselsangst, amming og endring i tilværelsen, jobb/familieliv og fysiske og evt. psykiske plager den gravide hadde. Informasjon om fysisk aktivitet, sunt kosthold og rusmidler var også tema som ble berørt i deres første møter.

I løpet av intervjuene kom det frem at hverken jordmødre eller helsesøstre i kommunen hadde inntrykk av at foreldre var opptatt av variasjon i liggestilling og forebygging av skalleasymmetri på kontrollene. De beskrev sine erfaringer for eksempel slik:

«Jeg har aldri hørt at noen har snakket om det» «Eneste som evt. handler om liggestilling er i forhold til krybbedød. Det var det mye mer spørsmål om tidligere. Krybbedød er ikke tema lengre, fordi det heldigvis ikke er like stor forekomst av det. Det går litt i glemmeboken fra min side også, for jeg var mye mer klar på dette før. Men i forhold til skjevt hode, så har jeg vel aldri fått et eneste spørsmål»

Jordmor ved sykehuset hadde ikke helt samsvarende erfaringer om foreldre virket opptatt av og ble informert om anbefalt liggestilling og variasjon i liggestilling på klinikken. Hun mente at de fleste var litt opptatt av temaet. Jordmødrene tillot gjerne at babyen ble lagt på siden dersom foreldre mente den helst ville ligge slik. Men de understreket samtidig at de måtte støtte opp på siden og variere mellom sidene. Hun fortalte at pga. tidspress på føde- og barselavdelingen var det begrenset hva de rakk å formidle av forebyggende helseinformasjon som omhandlet barnet, og at det ble en hard prioritering mellom hva de skulle bruke tiden på, med den konsekvens at dette med liggestilling lett kom i bakleksen. Mye av det som før ble tatt opp på klinikken måtte vike til fordel for å bli tatt opp på hjemmebesøk. Det kom også frem i intervjuet med jordmor ved føde- og barselklinikken at arbeidsdagen til jordmødre på hjemmebesøk var svært travel. De skulle blant annet ta Føllings blodprøve, hørselstest, måle vekt, vurdere mor mht sting i underlivet, amming, stell og bading av babyen. Videre delte også de ut flere informasjonsbrosjyrer, men det fantes ingen fast prosedyre på å snakke med foreldrene om forebygging av skalleasymmetri på hjemmebesøkene, selv om de gjerne snakket om anbefalt ligge- og sovestilling.

4.2.3 Foreldres fokus i 1. møte med helsepersonellet

Ingen studier har vært gjort av nybakte foreldres fokus i deres første møter med ulike helsepersonellgrupper mht å forebygge skalleasymmetri. Da foreldreintervjuer ble for omfattende å innlemme i denne studien, ble det interessant å få mer kunnskap om hva helsepersonellet erfarte at foreldrene hadde fokus på i deres første møter med dem.

Gruppesamtalene synliggjorde at helsepersonellet så at mødrene på barsel ofte hadde vondt og var slitne etter fødselen, og da var fokuset deres der. En generell oppfatning var også at mødrene var opptatt av søvnrytmen og å få til teknikken på ammingen. Ernæring, måling av vekt og hodeomkrets var det foreldrene hadde størst fokus på etter hjemkomsten. Foreldrene virket mer opptatt av utseendet og det kosmetiske når de kom til behandling hos fysioterapeut med barnet. Helsepersonellet hadde

erfaringer fra at de uroet seg for om skjevheten kunne påvirke hjernefunksjonen og gi varig skade. Foreldrene syntes i liten grad å være klar over at symmetrisk utvikling var viktig for bevegelsesfunksjonen, samspillet og synet. Foreldrefokuset varierte naturlig nok ut ifra hvilke helsepersonellgrupper de forholdt seg til.

Jordmødrene i kommunen pekte på at mødrene var opptatt av selve fødselen og amming, samt plager som søvnproblemer under svangerskapet. Når det gjaldt nybakte mødre og hva de var opptatt av å formidle til jordmødrene på sykehuset, kom det frem at mødrene hadde mye plager og at de ofte var slitne, men at ammingen uansett var viktigst. Jordmor ved sykehuset hadde tenkt en del på hvordan hun kunne flette inn variasjon i liggestilling på en naturlig måte i samtalene med foreldrene. Hun uttalte:

«Jeg ser jo at foreldre er veldig opptatt av hodefasongen det første døgnet. Babyene er ofte litt lange i bakhodet når de kommer ut. Så det kan hende om vi hadde sagt noe akkurat når de var opptatt av hodet og fikk informasjonen der at det ville gått inn? Vi har jo barnet avkledd på benken på hjemmebesøk, så der er en ypperlig anledning til å snakke om det temaet, sant?»

Helsesøstrenes erfaringer var at amming stod veldig i sentrum fra mødrenes side, sammen med barnets vekt. Om barnet hadde gulsott var dette også ofte gjenstand for spørsmål. En av helsesøstrene understreket at dersom ingen hadde snakket med foreldrene om hodets stilling i forkant, så visste de ikke at de trengte informasjon om det, men at de derfor ble mer opplyste om det når helsesøster snakket om det. Barnefysioterapeutene opplevde derimot at foreldrene var opptatt av hodefasongen når de kom til første konsultasjon hos dem. Enkelte var opptatt av det kosmetiske, at barnet var normalt osv., men ikke bare det:

«De fleste formidler samtidig at de er utrygge på om den skjeve hodefasongen har en forbindelse med senere vansker, dysfunksjon» «Vi fokuserer mer på funksjon og prøver å få foreldre til å skjønne at vi er opptatt av at barnet skal kunne snu hodet begge veier, se på begge hender, ikke bli stiv og utvikle seg videre»

Barnefysioterapeutene fikk ofte spørsmål fra foreldrene om skalleasymmetrien kom til å bli helt bra eller om hodet ville forbli skjevt. For terapeutene kunne det være et dilemma å formidle kunnskap om usikkerheten her:

«Jeg sier at det som tar lengst tid er hodeskallen, den retter seg og retter seg lenge» «Men det er ikke alltid at den blir helt bra...» «Men barnet kan ha det bra for det» «Og bevegelsesfunksjonen og mønsteret er det viktigste» «Og håpe på at de får tykk hårvekst!»

Datamaterialet synliggjorde at forebyggende helseinformasjon ikke syntes å nå inn hos foreldrene dagene rett før og rett etter fødselen. Helsepersonellet burde derfor velge ut få tema, fokusere på og gjenta dem både i graviditeten, på barselavdeling og på hjemmebesøk. Det som ikke opplevdes aktuelt der og da ble lett glemt, og mødrene søkte først kunnskap når situasjonen krevde det.

4.2.4 Helseinformasjon - lydhørhet og lærevillighet hos foreldre

Før studien startet opp, hadde jeg tanker om at foreldre kanskje ikke var så lydhøre eller villige til å ta imot informasjon fra fagfolk, men heller ønsket 'å prøve og feile' selv? Jeg ønsket derfor å få frem helsepersonellens erfaringer om hvordan de opplevde foreldres atferd og mottakelighet overfor råd.

I samtalene kom det frem at noen unge foreldre ble opplevd som lite lydhøre og svært oppleste på internett, mens de fleste var lærevillige og pliktoppfyllende i forhold til veiledning og rådgivning. Spesielt 1. gangsfødende trengte å bli vist variasjon i håndtering. Foreldrene var stort sett interesserte og takknemlige for konkrete råd og hjemmeøvelser, spesielt de som hadde takket ja til å bli henvist for oppfølging. Noen foreldre kunne oppleves litt ufokuserte spesielt dersom eldre søsken tok mye av oppmerksomheten. Det ble igjen understreket at informasjon og veiledning måtte repeteres gjentatte ganger før den gikk inn, og her ble særlig formidling av helseinformasjon overfor fremmedspråklige påpekt, hvor kommunikasjonen lett kunne misoppfattes og være en særlig stor utfordring.

Helsesøstre hadde varierte erfaringer og tanker vedrørende foreldres evne og vilje til å ta imot råd for å endre håndtering av spedbarnet. Her er eksempel på hva noen av dem sa: *«Det er noen, kanskje de litt unge, som er veldig oppleste på nettet og i grunnen kan det meste? De har ikke bruk for oss og føler seg utlærte. Det er kanskje de som ikke tar til seg rådene?»* Men de fleste helsesøstre hadde den oppfatning av at foreldrene var lydhøre, slik uttrykt her:

«De takker for god og nyttig informasjon, er veldig takknemlige for råd og at vi viser hvordan de skal holde babyen, ikke bare på ene skulderen, men på den andre også. Det er ikke så lett når hodet begynner å forme seg og huske hvordan ting var?» «Førstegangsfødende trenger iallfall å bli vist variasjon i bæring!»

Helsesøstre understreket altså at de opplevde det som svært viktig å være gode rollemodeller og vise i praksis hvordan foreldre kunne bære og håndtere sitt barn på andre måter som fremmet motorikken og motvirket skalleasymmetrien, for eksempel i mageleie over foreldres underarm eller i sideleie.

Barnefysioterapeutene hadde også mange erfaringer å dele vedrørende om foreldre tok til seg informasjon eller ei. Det ble pekt på at terapeutene måtte anstrenge seg for å treffe dem «hjemme», og at de fleste var lydhøre. For at informasjonen skulle nå inn kunne det imidlertid kreves ulik innsats:

«Det er litt varierende hvor mange ganger vi trenger å gjenta, ut ifra hvor de er hen, språk og andre belastninger i livet. Unge foreldre versus eldre erfarne. Der må det gjerne repeteres flere ganger, ta dem inn igjen en ekstra gang, for de må høre det flere ganger» «Og litt varierende på avslutningen, at man da kan bli litt bekymret...»

Som forsker undret jeg på om barneterapeutene hadde erfart noen sammenheng mellom endring av skalleasymmetrien over tid og evnen til å motta rådgivning? En av barneterapeutene hadde følgende tanker rundt veiledning av foreldre og fysioterapibehandling for denne gruppen: *«Det er forskjell på om de har ett barn og kan fokusere og følge opp tiltakene, versus de som har flere barn som virker som uromomenter mye av dagen.»* En annen terapeut tenkte dette om hjemmeleksen i oppfølgingen fra foreldrene:

«Foreldre er veldig glade i konkrete hjemmelekser, hvor mange ganger og på hvilken måte, så det gir jeg nesten uten unntak sammen med å vise praktisk og at de skal gjøre det selv. Det blir lettere å forholde seg til det, og da går det an å spørre neste gang om hva har du gjort og hvordan gikk det? De fleste er veldig pliktoppfyllende»

Barnefysioterapeutene understrekte at foreldrene ikke alltid så at skalleasymmetrien hadde forbedret seg og fra gang til gang, og måtte tydeliggjøre denne forskjellen for dem dersom de fortsatt strevde med det.

4.3 Faktorer som kan påvirke forekomsten av nye tilfeller

I tredje hovedtema er helsepersonellens synspunkter og opplevelser av tverrfaglig samarbeid det sentrale, både med leger og noen av de grupper helsepersonell som deltok i studien. Det kan dreie seg om ulike opplevelser av bagatellisering og erfaringer av samarbeid på tvers av yrkesgruppene. Barnefysioterapeutenes opplevelser av samarbeid med leger, spesielt i 2. linjen, virket svært negative sammenliknet med helsesøstrenes erfaringer, som var positive. Helsesøstrene savnet likevel et tettere samarbeid både med jordmødre i kommunen og på sykehus, mens kommunejordmødrene opplevde at de hadde et tilfredsstillende tverrfaglig samarbeid med alle. Journalføring i ulike journaler og systemer kunne sperre for samarbeid, samt lite felles undervisning i 1. og 2. linjen. Rammefaktorer som kunne bidra til manglende kunnskapsoverføring mellom helsepersonell og nybakte foreldre ble belyst. Mangelfullt nettverk av familie og avtroppende barnepleiere som gode rollemodeller, samt utrygghet og liten erfaring i forhold til «naturlig» håndtering av nyfødte, ble trukket fram som mulige

forklaringer på dette. Helsepersonellet var også opptatt av at endring i foreldreatferd som følge av tidsklemma og krav om tilgjengelighet på sosiale medier, kunne gi endret fokus på babyen og mindre variasjon i bevegelsesmønstre både hos foreldrene og barnet.

Undertemaene er: *Bagatellisering av problemet, Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring, Tidsklemma og atferdsendring - påvirker foreldrerollen og barnet? og Rammevilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid.*

4.3.1 Bagatellisering av problemet

Studien til Norheim (2010), hvor hun intervjuet manuellterapeuter, barnefysioterapeuter og en pediater, gav indikasjoner på at det var et etablert samarbeid og forståelse mellom mange barnefysioterapeuter og manuellterapeuter når det gjaldt begrepsforståelse, diagnostisering og behandling av spedbarns asymmetri. Pediatere som ble intervjuet i studien brukte helt andre begreper og forklaringsmodeller, og hadde et ganske annet syn på behovet for oppfølging av denne gruppen babyer. Det var derfor interessant å samtale med helsepersonellet om de opplevde at skalleasymmetri ble bagatellisert av andre helsepersonellgrupper.

Gruppesamtalene viste at helsesøstrene opplevde godt samarbeid med helsestasjonslegene i 1. linjen, og at disse henviste barn videre til fysioterapi eller sykehus om nødvendig. Legene på føde- og barselavdeling virket å ha lite fokus på skalleasymmetri, ifølge jordmødres erfaringer, og henviste sjelden barn videre til kommunefysioterapeut. Barnefysioterapeutene opplevde heller ikke at legene i 2. linjetjenesten var særlig opptatt av problemet, men at noen t.o.m. bagatelliserte farene ved skalleasymmetri og behovet for fysioterapioppfølging. Med innføring av Samhandlingsreformen ble det understreket at terapeuter og leger burde ha et godt samarbeid med hensyn til tidlig helseforebygging både i 1. og 2. linjen. Det ble antydning en forskjell i helsepersonellens oppfatninger av samarbeidet med leger i 1. og 2. linjetjenesten, og i deres måte å vurdere alvorlighetsgraden av DP på.

Det fremkom altså ulike erfaringer i forhold til samarbeid med leger. Ikke alle informantene erfarte at problemet med spedbarns asymmetri ble tatt på alvor. Noen av barnefysioterapeutene uttrykte seg for eksempel slik:

«Jeg synes vi har et stort dilemma i forhold til det med asymmetriske hodeskaller. Jeg føler det er en uenighet i det medisinske miljøet om dette skal problematiseres eller ikke» «Det er mange ting leger ikke er bekymret for, som vi følger opp og har kompetanse på. Vi har en erfaring som gjør at dette må vi passe på, for det kan forverre seg når de vokser og kommer opp i vertikalen og blir eldre»

Mange av barneterapeutene virket frustrerte over sykehuslegers bagatellisering og manglende bekymring over den økende forekomsten av skalleasymmetri. En terapeut fremhevet betydningen av Samhandlingsreformen og viktigheten av å skape interesse blant legene i 1. linjetjenesten, for å få dem til forstå omfanget av DP og bidra til å forebygge skalleasymmetri. Et ønske om mer tilstedeværelse av legene på helsestasjonene var en del av dette. Det ble også understreket av flere fysioterapeuter at leger burde vært aktivt med i «prosjektet», da det er «leger som har bestemt» at babyer skal ligge på ryggen. De burde derfor kommet med mottiltak for å forhindre at flere utvikler DP, og ikke være passive aktører. Andre fysioterapeuter uttrykte bekymring om de og legene faktisk kunne stå mot hverandre?:

«Jeg tror vi jobber litt mot hverandre, og det tror jeg ikke er lurt» «Legene som uttaler seg jobber med de mest alvorligste ting, og da er jo dette en bagatell» «De stiller kanskje spørsmål om hvor mye ressurser vi bruker på denne gruppen, og det kan vi gjerne stille spørsmåltegn ved selv også?»

Som forsker undret jeg på hvordan de andre yrkesgruppene opplevde helsestasjonslegers holdninger vedrørende skalleasymmetri, ettersom dette virket å være et hett tema blant barnefysioterapeutene. Helsesøstrene var entydige på at legene de kjente til på helsestasjonene var raske med å henvise ved oppdaget skjevhet, og at de IKKE bagatelliserte problemet. Jeg spurte utdypende om helsesøster og lege på helsestasjon så på babyer med 'samme øyne' eller om det kom litt an på den enkelte legen? En helsesøster uttrykte: «Jeg har jobbet mye med en lege med lang erfaring, så jeg tenker at vi ser det samme.» En annen sa: «Vi har hatt litt ymse, men den legen jeg samarbeider med nå, går det veldig greit med.» Lignende utsagn kom fra flere. Helsesøstrene hadde altså et tett samarbeid med helsestasjonslegene vedrørende henvisninger til barnefysioterapi og sykehus, og opplevde at de tok spedbarns asymmetri på alvor. De diskuterte aktuelle barn for nærmere oppfølging og utredning med legene, men gjorde også egne vurderinger på hvem de henviste videre til barnefysioterapi.

Jordmødre ved sykehuset uttrykte derimot at barnelegene deres var lite informerte om problemet og derfor heller ikke formidlet bekymring overfor foreldrene, dersom de oppdaget et spedbarn med skalleasymmetri på sykehuset. Mange av babyene utvikler heller ikke skalleasymmetri før det har gått flere uker, og da ser ikke legene på sykehuset dem lenger. Etter fødsel og hjemreise er i utgangspunktet barnelege og jordmor ferdig med å behandle dem. Jordmor ved føde- og barselavdeling fortalte at legene kunne formidle til foreldre at hodefasjonen ofte endret seg og at man derfor skulle vente og se det an noen uker om den forbedret seg. Hun uttrykte dette rundt dilemmaet: «Så jeg vet ikke egentlig hva slags erfaring de har med det, dette er jo første døgnet på en måte...?»

4.3.2 Mangel på rollemodeller og kunnskapsoverføring

Liggetiden på føde- og barselavdelinger har blitt stadig kortere, samtidig som jordmødrene blir pålagt flere og nye oppgaver. Som forsker ønsket jeg å vite mer om mulige årsaker til manglende overføring av erfaringsbasert kunnskap. Jordmødrene var en gruppe jeg antok hadde mange tanker vedrørende kunnskapsoverføring til nybakte foreldre, i lys av den økende travelheten.

Samtalene synliggjorde at informasjon som formidles på klinikken ble av (livs)nødvendig karakter på grunn av tidspresset. Barseltilbudet fra fysioterapeut til nybakte mødre var i ferd med å legges ned pga. kort liggetid. Videre var barnepleierne som gruppe på vei ut. De hadde størst fokus på barnet mens jordmødrene hadde mest fokus på mor. Foreldre flytter kanskje mer i dag og noen har lite nettverk og familie rundt seg. Mindre tid til informasjon gjør at mer kunnskap må tilegnes via nettet, som ikke alltid er den beste informasjonskilden. Besteforeldregenerasjonen har antatt mindre tid til å overføre kunnskap til dagens unge foreldre. Det kan også handle om liten erfaring med pass av spedbarn eller yngre søsken og usikker håndtering. Betydningen av å bruke seg selv som rollemodell og vise praktisk håndtering og stimulering overfor de nybakte foreldrene ble derfor sterkt vektlagt. At jordmødrene som gruppe hadde en viktig forebyggende rolle på fødselsforberedende kurs, svangerskapskontroller og jordmor-hjem besøk, ble derfor understreket gjentatte ganger av deltakerne.

Barnefysioterapeutene hadde allerede registrert konsekvensene av nedskjæringer og travelhet på klinikken, og hadde følgende erfaringer og dele mht dagens barselopphold:

«Fokuset er på kvinnens kropp, trening, tiden etterpå og lite på selve barnet» «Fysioterapeuten på sykehuset snakket om at de vurderer å legge ned tilbudet fordi det er så få barselkvinner som benytter seg av det. De prioriterer ikke å delta når de kun skal være der 1 dag. Hun håpet at vi ville ta opp tråden...»

Dagens tidspress og krav om høyere utdanning innen alle yrkesgrupper, medfører nedskjæringer i stillinger og uttrangering av enkelte faggrupper, samt en stadig økende akademisering. Jordmor ved sykehuset tenkte dette om hvorfor nybakte foreldre ikke får overført kunnskap fra gode rollemodeller lengre:

«Barnepleierne var en yrkesgruppe som var veldig fokusert på barnet, og mye av informasjonen har forsvunnet med dem. Nå skal jordmødrene også ha de oppgavene som barnepleierne hadde. Det tror jeg ikke vi klarer å fylle slik vi hadde ønsket. Barnepleierne var opptatt av å bade barnet og fortelle om stell. I dag får noen godt badestell mens andre kanskje ikke får i det hele tatt. Jordmødrene har mor mer i fokus. Vi snakker stadig om hvem skal erstatte barnepleierne?»

Hun hadde også tanker om hva mangel på kunnskapsoverføring kunne skyldes og sa: «*Folk flytter mer i dag, har ikke de tette foreldrebåndene og får ikke råd i situasjonen via mor-datter informasjon, fordi foreldrene bor på en annen side av landet. Så informasjon skaffes ofte via internett.*» Helsesøstre hadde også tenkt mye på det med travelheten, gode rollemodeller og overføring av kunnskap og en av dem uttalte:

«De ligger for kort tid der. Når de lå der i tre dager hadde de mer fokus på det og fikk mer informasjon. Når de kommer ut dagen etter, har det ikke vært snakket om. De skal ha flere runder med jordmor-hjem før vi kommer på banen, så jeg tenker at den fasen er utrolig viktig og at jordmor tar opp disse tingene»

Erfaringsbasert kunnskap og de gode gamle rollemodellene virket altså å være på vikende front. Jeg ønsket likevel å få tak i helsepersonellens tanker om andre årsaker til at informasjonen ikke ser ut til å nå foreldrene? En annen helsesøster tenkte at det handlet mer om manglende formidling enn travelhet og påpekte: «*Det går litt på kunnskap, at det er noe foreldre ikke vet. De har ikke fått så mye informasjon om dette med leie og liggestilling annet enn at de skal ligge på ryggen.*» Andre helsesøstre mente at det også kunne skyldes manglende overføring av erfaring og kunnskap fra foreldregenerasjonen og uttalte:

«Besteforeldregenerasjonen har heller ikke den påvirkningen, for de er ikke vant til å tenke på det de heller» «Bestemødrene er i jobb og travelt opptatt» «Eller de er i Syden?» «Det er ikke mange som har besteforeldre som stiller opp lengre!»

Noen av barneterapeutene mente imidlertid at det handlet om hvordan man kulturelt sett håndterer nyfødte både i forhold sove- og bærestillinger. En av dem sa: «*Min mor sa at når vi var spedbarn måtte de huske å legge oss en gang på ene siden og neste gang på andre siden for at hodet skulle bli fint. Det virker som noe har forsvunnet her?*» Andre terapeuter opplevde at usikker håndtering og liten erfaring med pass av babyer/barn kunne være noe av forklaringen. Det ble blant annet pekt på at med barn i barnehage og mødre på jobb er behovet for «trillepiker» og barnepass i hjemmet mindre enn før. Helsesøstre var enige i at å vise håndtering av babyen i praksis og være gode rollemodeller derfor var svært viktig, og en av dem delte sin erfaring slik:

«Når de er 6 uker så ser vi etter blick-kontakt, at du beveger deg litt fra side til side, og at du kobler på den derre bonding, bonding, sant?» «Jeg tror veldig på å bruke seg selv som rollemodell i måten å håndtere de på»

Barneterapeutene hadde også tanker om viktigheten av gode rollemodeller og kunnskapsoverføring for at nybakte foreldre skal kunne ta til seg budskapet. Noen av dem uttrykte dette slik:

«De blir jo veldig skjeve mange, selv om helsesøster har snakket om det. Så det må være et sted det glipper? Kanskje fordi at 1 gang er for lite, og den ene gangen er det 9 andre tema som er like viktige?» «Jordmødrene og de som driver fødselsforberedende kurs må ha fokus på at skalleasymmetri er et økende problem, som jo også beskrives i internasjonal litteratur»

Andre fysioterapeuter understreket at man må finne ut av hvem, hvordan og når forebyggende informasjon skal formidles. Helsesøstrene har mange andre oppgaver de skal fylle og barnefysioterapeutene burde derfor hatt en rolle inn mot helsestasjon for å informere om forebygging av DP. Ulik rollefordeling og håndtering kunne også handle om ulik erfaring.

Jordmor ved sykehuset påpekte blant annet at det å vise håndtering av babyen til nybakte foreldre, kunne arte seg forskjellig blant de eldre og unge jordmødrene på barselavdelingen:

«Vi har blitt fortalt at de skal ligge på ryggen, og jeg ser at de eldre jordmødrene legger de litt sånn på siden og dytter liksom dynen rundt de, sant? Jeg vet ikke helt hva de unge gjør, om de legger dem mer på rygg og sånn..., men vi gjør jo alle i utgangspunktet det?»

4.3.3 Tidsklemma og atferdsendring - påvirker foreldrerollen og barnet?

Å være ung i dag innebærer et press om å være tilgjengelig, og å få bekreftelse fra andre via sosiale medier. I tillegg ser man en dreining i samfunnet mot større inaktivitet og mangel på hverdagsaktivitet. Mange foreldre sitter mer og er i større grad opptatt av interaktive medier. TV-er i dag er store i omfang og ofte påskrudde store deler av dagen, noe som gir sterke lyd- og lysstimuli overfor babyen. En helsesøster på Østlandet gikk høsten 2015 ut i bladet 'Foreldre & Barn' og advarte mot trenden som brer seg i samfunnet med at nybakte foreldre er mer opptatte av å sjekke mobiltelefonen enn av å kommunisere med sitt nyfødte barn. Både endret bevegelsesmønster og opptatthet av mobiltelefoner og nettbrett påvirker fokuset foreldre har på babyen og hvordan den blir stimulert. Det var derfor interessant å finne ut av hva helsepersonellet tenkte om dette temaet.

Samtalene synliggjorde at mødrene ofte valgte rask hjemreise og at dette gav gode resultater i forhold til amming og det å komme fortere i gang med bevegelse. Men travelhet i samfunnet, kort liggetid på klinikken og krav om tilgjengelighet kunne også gi endret oppmerksomhet og håndtering av barnet. Foreldrene glemte, ifølge jordmødre, å 'lukke seg inn i hiet', og fokuset på å dokumentere babyen via mobiltelefon ble enkelte ganger antatt viktigere enn å mate barnet og gi det oppmerksomhet. Babyer som ble liggende for mye for seg selv i en sofa/seng fikk mindre variert

hodestilling enn ved bæring inn mot foreldres bryst. Det ble antydnet i gruppene at dette, i tillegg til ensidig sovestilling, kunne forklare den økende forekomsten av skalleasymmetri.

I følge jordmor ved sykehuset var det altså positive resultater ved tidlig hjemreise, dersom man fikk besøk av jordmødre etter hjemkomst i eget miljø. Hun beskrev travelheten og barselkvinnene slik:

«De fleste mødre tenker at de skal inn og føde og raskt hjem! De synes det er kjedelig å ligge på det rommet, så det er etterspurt å få reise hjem. Det er gode resultater med jordmor-hjem ordningen i forhold til amming, komme i gang med bevegelse og i hjemmet blir de ikke så «syke». Men det må være nok jordmødre som går hjem, slik at det ikke blir en ny gruppe, som sykepleiere, som tar den jobben!»

Hun hadde erfaringer med at noen mødre stresset og var for aktive etter fødselen, og uttrykte at hennes oppgave var å formidle betydningen av å roe ned og fokusere på babyen:

«Noen føler seg litt for spreke, så vi må holde dem igjen og si at de ikke må åpne huset for fullt besøk og shoppe 2. dagen. Noen har allerede vært på handlesenter 3. dagen og da blir jeg helt oppgitt (god latter), sant? Kan de ikke være litt i ro? Det er liksom bare inn å løfte på foten og få ut barnet, og så er de tilbake til trening, shopping og kafe!»

Hun hadde også noen oppfatninger av de unge foreldrenes tilgjengelighet og endrede levevaner, og mente at de alltid skulle være oppdaterte og være der folk er, og at de hadde glemt å lukke seg inne og «være i hiet». Videre tenkte hun at dersom mødrene fartet mye ut og jogget med babyen i vognen, så ble babyen båret for lite inntil mors bryst. Hun oppfattet at barselkvinnens levemåte var annerledes i dag, og formidlet videre sin bekymring over det hun opplevde på føde- og barselavdelingen blant de nybakte foreldrene slik:

«Vi har de derre bildene i hodet at foreldrene er veldig opptatt av å sende meldinger. Vi har laget oppslag hvor vi ikke anbefaler bruk av mobiltelefon de første timene etter fødselen. Det er jo veldig få som klarer å holde seg. Da ser du ofte en baby som er veldig sulten, og så er moren på mobilen i istedenfor? Det er noe med fokuset!»

Hun understreket samtidig at det fortsatt fantes gode trauste mødrene som flommet over med melk og ikke brydde seg om data, og som hun hverken nådde per telefon eller via andre medier. Jordmor ved sykehuset hadde også tanker om hva endret atferdsmønster mht kroppsbevegelser hos foreldrene kunne medføre i forhold til babyen og uttrykte:

«Jeg tenker på hvordan vi beveger oss i rommet, at vi er mer stillesittende, og at barnet kanskje ligger mer i hjørnet på en sofa og får stimulering fra ene siden, og ofte blir liggende der? For når mor eller far går rundt i rommet vil det være naturlig at barnet beveger hodet i forskjellige retninger. Mens i dag når foreldre gjerne sitter mye med mobilen eller data, om det kan bety noe? Mødrene har gjerne en favorittside som de holder barnet sitt på, og det kommer lydssignaler fra mobilen som kanskje ikke vi hører, men som kanskje babyen hører?»

Barnefysioterapeutene fortalte at de stadig observerte foreldre på vogntur mens de scrollet eller snakket i mobiltelefonen, og virket å ha lite fokus på barnet oppi vogna. Boere-Boonekamp et al. (2005), fant i sin studie en overvekt av høyreotasjon av hodet på 67,5 % hos barn med asymmetrisk hodefasing. De fleste mennesker er høyrehendte (ca. 70-95 %) og bærer kanskje babyen i venstre arm når mobilen anvendes, noe som gir babyen en naturlig høyreotasjon ved fokus på foreldres ansikt eller høyre arm. Om det er noen sammenheng mellom mobilbruk og hvilken side barnet utvikler skalleasymmetri på, blir kun spekulasjoner, men det er likevel observasjoner av endret atferd til ettertanke, og som kunne vært interessant å sett nærmere på.

4.3.4 Rammevilkår som hindrer tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid vil være viktig for flyt og kontinuitet i informasjonsutvekslingen mellom faggruppene, og for beste praksis overfor vordende og nybakte foreldre og deres babyer. Jeg ønsket å samtale med informantene om hvordan de opplevde tverrfaglig samarbeid innad i 1. og mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Deltakerne fortalte at informasjon ikke ble sendt elektronisk, men via postgang som tok lang tid. Noen opplevde mangelfull kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten når det gjaldt informasjonsflyt og overføring av pasientopplysninger, og ønsket en forbedring. Det viste seg vanskelig å finne tidspunkter for samtaler per telefon på grunn av travelhet. Få møtepunkter og mangel på felles fagmøter for erfarings- og kunnskapsutveksling, ble også nevnt som mulige hindre for godt tverrfaglig samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Mer utfyllende rapporter fra barselopphold og jordmor-hjem besøk ble etterlyst. Helsesøstrene og jordmødrene er utdannet innenfor ulike kulturer, men med felles undervisning ved etterutdanningene som i dag, ble det antydnet at dette kunne være en arena for å nærme seg hverandre, en arena som kunne vært bedre utnyttet til dette formålet. Datamaterialet viste at det skrives i mange journalsystemer og i ulike journaler. Det var erfaring fra at taushetsplikten, hensynet til pasientvernet og tilgangen som må gis via mors samtykke, kunne hemme det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet.

En av helsesøstrene hadde tenkt mye rundt det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen og føde- og barselpost og uttalte: *«Det hadde vært kjekt om vi fikk mer rapport fra jordmor og*

jordmor-hjem tjenesten, det er så lite de skriver.» En annen helsesøster uttrykte: «Er det mors eller barnets helse?» På fødselsrapporten står det om mor har hatt jordmor-hjem tilbud og status vedrørende bilirubin, hørselstest etc. Hun mente at det fortsatt er en stor diskusjon om hvor mye informasjon helsestasjonen skal få fra sykehuset og fra fødsel- og barseltid og uttalte: «Der har vi nok litt ulikt syn!» På spørsmål til jordmor ved sykehuset om hvordan helseinformasjon ble utvekslet mellom klinikken og kommunen, fortalte hun at de selv skrev i sykehusets journalsystem både ved føde- og barselpost og på jordmor-hjem besøk, og sendte dette videre til helsesøstrene i kommunen. Hun virket mest frustrert over treg postgang, at informasjonen ikke ble sendt elektronisk og at helsesøstrene var vanskelige å få tak i per telefon på grunn av travelhet. Hun hadde også noen erfaringer å dele vedrørende tverrfaglig samarbeid og møtepunkter mellom etatene. Selv var hun ikke deltakende på fellesmøtene mellom 1. og 2. linjetjenesten:

«De har vel ett eller to samarbeidsmøter i halvåret. Det er ofte lederne som går, og så er det helsesøstre og jordmødre fra kommunen som samles og treffer jordmødre på sykehuset. Innholdet i møtene er vel sikkert mye i forhold til hvem som får hvilken informasjon, og om de får nok informasjon om både mor og barn.»

Som forsker tenkte jeg at det måtte være viktig å formidle mest mulig informasjon på tvers av faggruppene og etatene, og ønsket å få frem helsesøstrenes erfaringer på området. De uttrykte: «Vi tenker litt det samme, men jordmødrene tenker ikke sånn.» Andre helsesøstre påpekte at det var mange journaler i sving og at overføring av informasjon fra kommunejordmor om graviditeten til helsesøster på helsestasjonen ikke var en enkel sak:

«Svangerskapsjournalen blir lukket når mor avslutter der, så blir det opprettet en ny journal når barnet er født. Det er ikke gitt at vi får den informasjonen som er kommet frem i svangerskapet hvis ikke jordmor tar initiativ og definerer sammen med mor at informasjonen kan være nyttig for oppfølgingen fra helsesøster inn mot både barn og familie. På enkelte hjemmebesøk tror noen mødrene at vi har fått den informasjonen som de har gitt gjennom hele svangerskapet»

Jordmødre og helsesøstre i kommunen skrev altså i HsPro, men i egne journaler på mor og barn, uten gjensidig innsyn/tilgang. Helsesøstrene understrekte at de kom fra veldig ulike kulturer, og hadde ikke jobbet seg godt nok sammen enda i forhold til samarbeidet, men at det var ting på gang. De nevnte også at det fantes prosedyrer i kommunen for overføring av journalopplysninger, men at de ikke opplevde at dette ble brukt. Det var i så henseende gjerne spesifikt bare på tidligere ammeerfaring og lignende. Jordmødrene i kommunen opplevde imidlertid ikke at det tverrfaglige samarbeidet med

helsesøstrene i kommunen eller jordmødrene ved sykehuset var mangelfullt, og uttrykte ikke behov for tettere samarbeid:

«Vi har jo godt samarbeid med sykehuset mens de er gravide» «Jeg synes vi har et godt samarbeid med helsesøstrene også, men det er jo noe med at vi ikke kan gi opplysninger til helsesøster om ting som vi ikke har snakket med den gravide om» «Og hun kan ikke opplyse oss om ting uten å ha snakket med de, så det er jo enkelte ting som ikke formidles...»

Som forsker ønsket jeg å få utdypet hvilken informasjon kommunejordmødrene og helsesøstrene mottok fra barselklinikken etter at barnet var født. Kommunejordmødrene fortalte at de fikk fødselsmeldingen og at helsesøstrene fikk melding fra jordmor-hjem. De opplevde at informasjon fra helsesøster videre til dem fungerte fint. Jordmødrene uttrykte at det skulle ligge en fødselsrapport fra fødeavdelingen hjemme hos foreldrene, hvor jordmor-hjem fører på fra begge hjemmebesøkene. Helsesøster får denne når hun kommer på hjemmebesøk for videre utfylling. En av kommunejordmødrene tilføyde:

«Mange helsesøstre uttaler at de ikke finner fødselsmeldingen som mødrene har hjemme. Foreldrene får jo med seg kopi av fødselsmeldingen når de reiser hjem som de skal vise til helsesøster. Men når helsesøster kommer har foreldrene enten aldri sett den, eller vet ikke hvor de har gjort av den. Det kan jo skje med jordmor-hjem papiret også, at de forlegger det, det går i papirbosset eller ikke husker det, for det er så mye»

Jordmødrene i kommunen er underlagt samme enhetsleder som helsesøstrene, selv om de har forskjellige profesjoner. Så mulighetene for godt tverrfaglig samarbeid innad i enheten burde være tilstede. Jeg undret likevel på om helsepersonellet opplevde at taushetsplikten kunne stenge for det tverrfaglig samarbeidet. Jordmødrene i kommunen hadde ikke erfaring med at dette hindret tverrfagligheten og uttalte derimot:

«Hvis vi anbefaler kvinnen om lov til å gi helseinformasjon til helsesøster, så får vi stort sett det» «Det går litt på forståelse for hverandres jobber og yrker» «Vi er tross alt mer med kvinnen og har kjent henne i 5 måneder. Helsesøster begynner på nytt og ser i stor grad barnet og ammingen og i mindre grad kvinnens fysiske plager. Vi har et veldig godt samarbeid med helsesøstrene, og selv om vi har forskjellige profesjoner så snakker vi mye med hverandre»

Helsesøstrene opplevde tvert om at taushetsplikten kunne være til hinder for tverrfaglig samarbeid og uttrykte: *«De (mødrene) får veldig blanke ark å starte opp med hos oss» «Det er sånn misforstått taushetsplikt kanskje?» «Selv innenfor helsestasjonen er det to ulike journaler.»* Her kom det altså

frem litt ulike oppfatninger hos kommunejordmødrene og helsesøstrene om det tverrfaglig samarbeidet fungerte bra mellom dem eller kunne bli bedre. Som forsker ønsket jeg derfor å få frem helsesøstrenes ideer om hva de tenkte kunne bedret det tverrfaglige samarbeidet fremover. En av dem sa: «*Vi er oppdratt og utdannet i to veldig ulike kulturer, men skal jo samarbeide og jobbe med å bli bedre på overgangen fra jordmor til helsesøstertjenesten.*» Hun understreket at felles undervisning på høyskolen kunne vært en fin arena for tilnærming, hvor en jordmor fra en føde- og barselklinikk og en helsesøster fra kommunen underviser jordmor- og helsesøsterstudentene.

4.4 Etiske dilemma ved rådgivning – Statens Helsetilsyns dominerende rolle

Foreldres frykt for krybbedød og usikkerhet i forhold til sove- og liggestilling og håndtering av babyen var essensielt i det siste hovedtemaet. Deltakerne i studien fortalte om foreldre som var så redde for SIDS at de ikke våget å la babyen ligge på magen eller siden i sofaen, selv om de satt ved siden av. Helsepersonellet mente det burde vært rom for bruk av skjønn og sunn fornuft versus det å følge SHTs retningslinjer slavisk. Dette kom imidlertid frem som et stort dilemma både for fagpersoner og foreldre. Ulik praksis hos deltakerne som følge av varierende yrkeserfaring og lojalitet/pliktfølelse, samt ulik håndtering av etiske utfordringer som omhandler liv og død, var sentrale i dette. Forslag og ideer vedrørende variasjon i stillinger og håndtering av babyen, tilrettelegging av fysisk miljø og utstyr ble også belyst. Deltakerne fortalte om usikre foreldre, og noen av deltakerne formidlet selv ulik praksis. Viktigheten av å informere om mageleie når barnet var våkent ble også berørt. Foreldre fra andre kulturer kunne ha oppfatninger av at babyen aldri skulle ligge på magen, og kanskje misforstå bruken av T-skjorten med skriften «denne siden opp». Å stille kontrollspørsmål ble derfor viktig overfor foreldre.

Disse undertemaene presenteres; *Frykt for SIDS og lydighet overfor SHTs retningslinjer, Tilrettelegging av fysisk miljø, variasjon i stillinger og håndtering av barnet, Bruk av forskjellig utstyr til barnet under søvn og Informasjon om mageleie i våken tilstand - betydning for motorikk.*

4.4.1 Frykt for SIDS og lojalitet overfor SHTs retningslinjer

En av årsakene til at forekomsten av skalleasymmetri er på 18-20 % hos nyfødte, skyldes den vellykkede kampanjen om endret sovestilling fra mageleie til ryggleie, som medførte en drastisk nedgang i antall SIDS tilfeller i den vestlige verden. Jeg ønsket å samtale om retningslinjer knyttet til SIDS samt fange helsepersonellens erfaringer rundt anbefaling og bruk av varierte sove- og liggestillinger, og høre deres tanker om at ryggsoving har skapt et nytt problem, nemlig en økning av spedbarn med skalleasymmetri.

I samtalene kom det frem at helsepersonell flest ikke våget å anbefale alternative liggestillinger andre enn SHTs retningslinjer og prosedyrer, både av lojalitet til og frykt for SIDS. Mange foreldre

fryktet også krybbedød og virket redde og usikre på hvilke stillinger de skulle plassere barnet i, utover å ligge på rygg, til og med når barnet og de selv var våkne. Deltakerne påpekte at det burde vært mer rom for bruk av sunn fornuft og at ikke alle babyer trengte og håndteres på samme måte. Jordmødrene i studien antok at yngre jordmødre fulgte retningslinjene for liggestilling mens mor og barn var på sykehuset temmelig slavisk, og var redde for påpakninger ved avvik. Sjansen for at mor oppfattet at dette var et absolutt «must» også når barnet kom hjem, kunne slik sett være stor. Jordmødrene mente imidlertid at de eldre jordmødrene med lang erfaring gjerne benyttet seg mer av skjønn.

Noen av barneterapeutene hadde følgende tanker rundt foreldres frykt for SIDS og liggestillinger:

«Kurven med krybbedød har gått ned til 0, så det har jo hatt en hensikt, men ryggeleie er ikke løsningen på alt, for vi har jo fått et nytt problem» «Krybbedød er sånt spøkelse for foreldrene, mange virker usikre på om de kan legge barnet på sidene - de er faktisk litt redde for det!»

Andre terapeuter var ueneige i at alle burde følge de samme retningslinjene fra SHT og understrekte sterkt at alle barn ikke trenger det samme, og dermed ikke behøver og håndteres på lik måte hverken mht hodeputer og dyner og hvilken vei de skal sove. At dette fort blir for strengt og kategorisk!

Helsesøstrene formidlet på sin side disse tankene om foreldres frykt for SIDS, om det å være «lydig» som helsepersonell, og om å våge og anbefale alternative liggestillinger og utstyr i sengen:

«Foreldre tenker mye på krybbedød» «En del foreldre er redde for å legge babyen på siden, selv om de nesten sitter ved siden av og ser på dem» «Jeg tror ikke at vi tør å anbefale noe annet fordi vi er lojale mot hva vi får beskjed om, sant?» «Vi er veldig ordentlige»

Jordmor ved sykehuset opplevde også at foreldre virket engstelige og usikre på hvordan babyene burde plasseres ved søvn og formidlet at mange mødre lurte på om barnet kunne sove på siden i sengen når de ammet. Informasjon om ryggeleie gjorde altså foreldrene 'litt sånn hysteriske' i forhold til sovestilling og krybbedød. Jordmorens anbefaling var at barnet kunne sove på siden i sengen, og ville skyve seg bort hvis det ble for tett, men mor burde legge dynen inntil, slik at babyen ikke vipper over på magen. Hun uttrykte samtidig frustrasjon over at de ikke lenger hadde lov til å bruke 'sunn fornuft' i faget sitt mht å følge faste prosedyrer og at det var ulik praksis blant de unge og eldre jordmødrene:

«Den unge generasjonen er veldig opptatt av og mye strengere på å følge det som står i prosedyrene! I vår generasjon var det lov å bruke hodet! De unge jordmødrene er reddere for påpakninger. I den normale fødsel må man kunne tenke litt selv, men nå har det kommet veldig mye restriksjoner, og det skal være en prosedyre for alt!»

Det varierte altså i hvor stor grad helsepersonellet oppfattet retningslinjene og prosedyrene for SIDS like bokstavelig. Jeg var derfor interessert i å få vite hva helsepersonellet anbefalte av liggestillinger når de møtte spedbarn med veldig skjeve hodeskaller i forhold til dilemmaet sove- og liggestilling. Noen av helsesøstrene svarte at foreldrene kunne vippe babyen litt opp og legge et teppe bak i ryggen, slik at de la hodet mot motsatt side og bevisst styrte dem. De anbefalte også sideleie på trilletur hvor barnet ble lagt inn mot kanten av bagen med en pute foran magen så de ikke veltet, for å endre trykket mot skallen. Andre helsesøstre understrekte at: «*En del av disse små har luftproblematikk der foreldrene selv spør om de kan legge babyen i sideleie.*» Dette var en anledning til å si at sideleie var ok bare de byttet på sidene og fulgte med, men vektla likevel sterkt at det var forskjell på om de la dem til å sove for natten, eller bare hadde dem rett ved siden av seg på dagtid. De fremhevet at: «*Men på natten da sier vi på rygg!*»

4.4.2 Tilrettelegging av fysisk miljø, variasjon i stillinger og håndtering av barnet

Endring av miljøfaktorer og variert håndtering av barnet, er nevnt i litteraturen for å påvirke en etablert favorittstilling hos spedbarnet. Det var derfor interessant å få vite mer om hvordan helsepersonellet formidlet dette til foreldrene, og hva de tenkte rundt dette mer generelt.

Gruppesamtalene viste at helsepersonellet hadde fokus på tilrettelegging av miljøet etter fødsel. Tanker om at informasjon om sove- og liggestilling i forhold til lyd og lys i rommet, utstyr og endring av stelleposisjon på stellebordet kunne vært formidlet på slutten av graviditeten, kom tydelig frem. Deltakerne mente at det var litt tilfeldig hvem som fikk informert foreldre om variasjon i sove- og liggestilling på klinikken i dag. Det kunne derfor med fordel blitt mer bevisstgjøring rundt dette på føde- og barselavdelingene. Flere eksempler på aktuelle tiltak på å informere om og vise foreldre var for eksempel variasjon i ammestillinger og ulike bærestillinger ved trøsting av barnet. Det siste mente man kunne stimulere til variert hoderotasjon og antatt motvirke skalleasymmetri. Deltakerne pekte på at å bære barnet inn til brystet for eksempel i bæresjal, kunne bidra til å øke melkeproduksjonen hos mor, og gi barnet større variasjon i kroppsbevegelser og hoderotasjon.

Kommunejordmødrene hadde noe erfaring med at de tok opp nevnte tema: «*Vi presiserer og viser de at det er viktig at babyen snur på hodet annenhver gang, at de gjerne snur seg mot lyset.*» Men de var like fullt overrasket over at budskapet ikke så ut til å nå inn hos foreldrene: «*Vi trodde faktisk at foreldre hørte på det, at det var viktig, men det er ikke sikkert at det var det?*» De fortalte også dette vedrørende anbefaling av utstyr:

«Utstyr og hva de skal ha med på klinikken, spør foreldrene om. Hvor sengen står i forhold til foreldrenes seng og vinduet i forhold til lys, og tilknytningen til barnet etterpå snakker vi om.

Men vi kan sikkert bevisstgjøre oss på å smette inn noe i uke 36, 38, eller 40. Det er individuelt hva de er opptatt av, hva slags erfaring de har og hvilke problemer og utfordringer de har»

Som forsker ønsket også jeg å vite hva jordmødrene ved klinikken anbefalte foreldre på barselavdeling eller hjemmebesøk vedrørende sove- og liggestilling for å endre trykket mot hodet, dersom skallen var flat på en side. Jordmoren ved sykehuset fortalte da dette:

«Vi sier at foreldre må være obs! på at barnet skal få stimulering fra begge sider, variere og ligge på hver side, at det er veldig lett å forme dem så tidlig, men vi poengterer det sikkert ikke nok. Det kan være tilfeldig hvem som får snakket om temaet. På hjemmebesøk sier vi at det er viktig å ha barnet inn mot brystet og at de ikke ligger så mye i vognen, sengen eller voggen»

I løpet av intervjuene ble det også diskutert om foreldre fra ulike kulturer håndterer babyer ulikt, og om dette kunne påvirke utviklingen av skallefasongen. Her er jordmorens erfaring: *«Afrikanerne bærer barna mer inn på kroppen enn oss, og da er barnet mer bevegelig med hodet og blir sterkere! Noen gikk med de i tørklær på hjemmebesøk. Men om de alltid ligger med ansiktet ene veien når de bæres slik...?»*

Noen barnefysioterapeuter hadde erfart at babyer fra afrikanske land hadde mer ovale og runde hoder enn etnisk norske barn, mens andre terapeuter mente at afrikanske babyer også kunne utvikle skalleasymmetri, hvis de lå tilstrekkelig mye med hodet rotert til en side. Terapeutene var likevel enige om at bæresjal og -sele gav variert trykk og mer variasjon i bevegelsen av hodet hos barnet, enn ved ensidig ryggleie i seng eller sofa. Ettersom babyer i dag skal sove på ryggen, utvikler mange derfor skalleasymmetri. Et avflatet bakhode på ene siden kan hindre fri bevegelse av hodet til motsatt side.

4.4.3 Bruk av forskjellig utstyr til barnet under søvn

Nylig ble det publisert en amerikansk artikkel hvor det vises til en klar økning i antall rapporterte dødsfall knyttet til bruk av sengekant, en myk polstring som festes på innsiden av sprinkelsengen. Dette har ført til at amerikanske barneleger nå ønsker å forby bruk av sengekant i babysengen (Scheers, Woodard & Thach, 2015). Tidligere studier har også vist til farene ved bruk av sengekant, kosedyr, ekstra pynt og puter som befinner seg i sengen til babyer. Jeg ønsket derfor å samtale med helsepersonellet om deres erfaringer og tanker rundt bruk av utstyr under søvn hos babyer.

Deltakerne antydte at klær kunne ha noe å si for håndtering av barnet. Bruk av body uten knytting i sidene kunne bidra til mindre variert håndtering på stellebordet og dermed mindre mageleietrening hos babyen. T-skjortene som deles ut på føde- og barselklinikken fremstod som effektive virkemiddel i kampen mot SIDS, for å få foreldre til å huske hvordan barnet skulle ligge ved

søvn. Spørsmål om foreldre med annen kulturell bakgrunn og språk kunne misforstå bruken av T-skjorten og ikke ble informert like godt ble også antydnet. Bruk av babynest, samt oppbygging og støtte med håndklær rundt hodet og dynen som støtte ved sideleie, fremkom som andre forslag til forebygging av skalleasymmetri. Anbefaling av hodepute i sengen syntes ikke utbredt, men noen våget likevel å anbefale en tynn hodepute. Å heve sengeenden ved hodet slik at babyen ble liggende i skråplan ble anbefalt av andre. Noen anbefalte en litt vipplet sovestilling i ryggeleie med støtte i ryggen, eventuelt sideleie på dagtid, men ikke om natten. Utfordringene til helsepersonellet var altså å anbefale bruk av utstyr på tross av SHTs anbefalinger.

Helsepersonellet var enige i at T-skjorten hadde preventiv effekt i forhold til SIDS. Jordmor ved sykehuset foreslo at det kanskje skulle vært skrift på begge sider: ‘denne side opp når du er våken’ på ryggen, og ‘denne side opp når du sover’ på magen, for å fremme mageleie i våken tilstand. De fryktet at Fremmedspråklige og foreldre fra andre kulturer, ikke forstod teksten eller hvilken vei T-skjorten skulle anvendes. Da kunne denne i verste fall brukes mot sin hensikt. På spørsmål om de oppfattet at foreldre generelt var informert om anbefalt sovestilling, hadde jordmor ved sykehuset følgende tanker:

«Lederen vår sa at nå måtte vi dele ut T-skjortene igjen, for det var ikke allment kjent at de skulle ligge på ryggen lenger. Det var en ny tanke for meg, for vi har tenkt at alle vet det. Men vi har mange fra andre kulturer, som kanskje ikke har fått den samme informasjonen?»

Noen av deltakerne nevnte at bekledningen og håndteringen av nyfødte har endret seg. En barnefysioterapeut uttrykte seg slik om denne endringen:

«En kollega trodde klær hadde noe å si. I ‘gamle dager’ brukte man omslagsbodyer, man snudde babyen på siden og snudde dem tilbake for å kle på. De snudde babyene veldig mye når de kledde på dem, mens nå tas bodyene rett over hodet»

Jordmor ved sykehuset samtykket også til at babyene før i tiden ble liggende mer på magen under av- og påkledning, og at dette var gunstig for variasjon i håndtering og liggestilling, og kanskje for forebygging av favorittside? Hun uttalte følgende om dagens bekledning og håndtering: «Vi var mye mer obs! på hvordan vi skulle vende dem over på siden før, og lære foreldrene det. Men nå trenger vi ikke det, for de har på seg en sånn body med trykknapp, sant?» I samtalen kom vi også inn på om bruk av hodepute og annen type madrass kunne forhindret utvikling av skalleasymmetri. Hun formidlet da at madrassene på klinikken var steinharde og lurte på om disse burde vært mykere? Hun fikk av og til telefonspørsmål fra foreldre i uke 32-34 i svangerskapet, når de var opptatt av å kjøpe utstyr, om babyen skulle bruk av pute, men sa nei fordi hun var redd for at babyen skulle bli liggende med bøy i

nakken, haken nedover og ikke få åpne luftveier ved gulping etc. Jordmødre på hjemmebesøk anbefalte heller ikke hodeputer for å forebygge skalleasymmetri, men kunne anbefale en høyere plassering av madrassen for enkelte spedbarn. Jordmor som arbeidet ved føde- og barselklinikk uttalte:

«Vi sier at de kan legge barnet med hodeenden litt høyere, at de kan legge et flatt håndkle under madrassen, sånn at selve sengen blir høyere ved hodet. Det anbefaler vi hvis babyene er kvalme og gulper. De fleste ligger helt flatt, men om man hadde endret trykket litt hvis de hadde ligget høyere med hodeenden?»

Helsesøstrene formidlet at mange foreldre var engstelige for bruk av pute dersom babyen kastet opp og det ble for fluffy rundt dem slik at de ikke fikk puste. De formidlet dette vedrørende bruk av hodeputer: *«Jeg fikk et spørsmål om hodepute, og da sa jeg nei! For jeg har ikke hørt at vi skulle innføre den igjen, det er ikke noe i retningslinjene hvor det står at vi skal bruke den.»* En annen helsesøster understreket at: *«Hvis foreldre spør - så sier jeg at en tynn liten hodepute er helt greit! Men det er ikke noe vi anbefaler!»* De påpekte videre at det må ny forskning til før at man eventuelt kan gjeninnføre hodeputen, og at det så langt ikke har kommet mye forskning på området.

Det var klare etiske dilemma å forholde seg til innen nyfødtdmedisin når det gjaldt anbefalinger som berører liv og død både for foreldre og helsepersonell. Her opplevdes gjerne klinisk erfaring å være på kollisjonskurs med rådende forskning?

4.4.4 Informasjon om mageleie i våken tilstand - betydning for motorikk

Mageleie gir variasjon i liggestilling, styrker barnets bakside-muskulatur og motorikk, og kan forhindre at skalleasymmetrien forverrer seg. Dette beskrives i litteratur og kan observeres av klinikere, og blir viktig for helsepersonellet å formidle til vordende og nybakte foreldre.

Samtalene synliggjorde at informasjon om viktigheten av å ligge på magen i stellesituasjonen og på gulvet når babyen var våken, ofte ble formidlet litt tilfeldig i graviditet og på barselpost, og at det ikke var noen fast rutine på om dette ble formidlet. Jordmødrene var imidlertid positive til å legge dette inn som et fast punkt på svangerskapskontrollene og på klinikken. Frykten for SIDS gjorde at mange foreldre ikke våget å ha babyen i andre stillinger enn på ryggen når de sov, og knapt nok i side- og mageleie når de var våkne, fordi de oppfattet dette som «farlige» stillinger. Deltakerne antydte at noen utenlandske foreldre trodde at barnet ikke skulle ligge på magen i det hele tatt, og mange foreldre var så engstelige for krybbedød at de glemte å la barnet ligge på magen når det var våkent.

Helsesøstrene hadde erfaringer med å formidle variasjon i liggestilling, som mageleie, på dagtid:

«Det er en del foreldre som spør om babyen kan få ligge på magen oppå brystkassen, og om det er farlig hvis de sovner? Jeg sier at så lenge foreldrene er våkne og følger med så går det greit, men de kan ikke la babyen ligge på natten oppi sengen tett inntil, for foreldre sovner lett selv» «Mange foreldre, særlig utenlandske, tror at de ikke skal ligge på magen i det hele tatt»

Kommunejordmødrene uttrykte at de også informerte om betydningen av mageleie i våken tilstand overfor vordende mødre, men kanskje litt mer tilfeldig. En av dem formidlet seg slik:

«Vi snakker jo en del om mageleie i våken tilstand, når de selv er der og er oppmerksomme, og at det kan være helt i fra første tiden. Men jeg har ikke noe fast rutine på at jeg snakker med alle om det, det blir mer tilfeldig, og hvordan samtalen løper av gårde»

Jordmor ved sykehuset hadde også erfaring med at informasjon ikke var basert på faste rutiner, men forsøkte å formidle informasjon i naturlige stellesituasjoner på barselavdelingen. Hun prøvde å oppfordre til litt mageleietid mens barnet ble stelt, og viste dette på klinikken til foreldrene. Hun understrekte at foreldre måtte bruke god tid på stellet slik at babyen fikk ligge naken og bruke kroppen. Hun uttrykte samtidig at: *«Jeg tror foreldrene er så opptatt av dette med krybbedød og liggestilling, at det at de kan ligge på magen av og til om dagen, bare går litt ut. Noen er veldig redde for akkurat det.»*

5 DISKUSJON

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse ytterligere de mest sentrale funnene fra samtalene knyttet til helsepersonellens erfaringer og tanker vedrørende formidling av forebyggende helseinformasjon overfor vordende og nybakte foreldre. Funnene vil bli diskutert opp imot aktuell teori og tidligere forskning og med studiens problemstillinger som retningsgivende. Noe av det som kom fram både i hovedtema 1 og 4 var faktabasert kunnskap som jeg vil komme tilbake til under *Implikasjoner for helsepersonells praksis og veien videre*, under konklusjonen i kapittel 6. Funn som fremkom i hovedtema 2 og 3 vil derfor bli mest vektlagt i diskusjonen. Det handler om hvordan helsepersonell skal nå frem til foreldre med helseinformasjon, her informasjon om faren for utvikling av skalleasymmetri, og videre hvordan de kan styrke troen til foreldre på at de har de ressurser som trengs for å klare den nye og utfordrende situasjonen som vordende og nybakte foreldre. Diskusjon av det forskningsmetodiske i studien avslutter diskusjonskapittelet.

5.1 Innhold, mengde, formidling og mottak av informasjon – ulike roller og foki

Helsepersonellet erfarte at forebyggende informasjon ikke syntes å nå inn og at det virket som om foreldrene ikke husket hva som hadde blitt fortalt dem. Flere mente at de brukte mye tid på å informere om hvordan foreldrene skulle unngå utvikling av skalleasymmetri, men skaden oppstod likevel. Hvorfor gjorde den det? Samtalene i studien antydte at dette kunne skyldes fokuset på her-og-nå-situasjonen, sårbarhet og stress i den nye rollen som foreldre, manglende mestringsfølelse og usikker håndtering samt travelhet på sykehuset og i samfunnet generelt. Det fremgikk også av gruppesamtalene at det var ulike tema foreldrene var opptatt av å formidle i deres første møte med helsepersonellet, sammenliknet med hva helsepersonellet var opptatt av å formidle i deres første møter med foreldrene. Før fødselen var vordende mødre mest opptatt av å snakke om endringer ved egen kropp og plager, det tekniske rundt fødselen samt innkjøp av babyutstyr. På klinikken og hjemmebesøkene var de mer opptatt av amming, ernæring, hodeomkrets og vekten hos barnet. Etter henvisning til barnefysioterapeut syntes mange opptatt av det kosmetiske ved skalleasymmetrien, om hjernen ble påvirket eller om hodefasongen kom til å bli helt «normal» igjen. Ikke uventet kom det frem ulike foki mellom giver og mottaker av helseinformasjon, og også ulike foki yrkesgruppene seg imellom.

Men ulikt fokus for foreldrene og helsepersonellet alene kan antatt ikke forklare hvorfor informasjon om forebygging ikke så ut til å nå inn til de nybakte foreldrene. Det ble understreket at situasjonens karakter som høygravid og nybakt mor tilsier at det ikke er helt plass til mer enn «det viktigste». Kanskje må informasjonen gis i mange omganger og i ulike situasjoner før og etter fødsel sammen med å vise praktisk håndtering og tips? Det er i alle fall hva deltakerne understreket sterkt.

Konklusjonen fra helsepersonellet var å sikre små drypp i alle faser de møter kvinnene både før og etter fødsel.

Å gjøre foreldrene trygge på å mestre egen situasjon, var noe helsepersonellet vektla sterkt i deres 1. møter med foreldrene. Det å sette foreldre i stand til å ta kontroll over og mestre egen situasjon kan, som nevnt, oppsummeres i begrepet «Empowerment», og oversettes til norsk med «myndiggjøring», «bemyndigelse», «styrking» og «maktmobilisering» (Jacobsen, 2007, s. 125). Det handler om en form for maktoverføring, og i dette tilfellet fra helsepersonellet til foreldrene ved å ansvarliggjøre dem og sette dem i stand til å ta ansvaret for seg selv og barnet sitt. Initiativet er hos helsepersonellet som er ment å stimulere ressurser og muligheter hos brukeren, og perspektivet deres er å ha brukeren i fokus. Enkeltmennesker kan på den måten gis mulighet for selvbestemmelse og innflytelse i saker som angår dem selv (Stang, 2001). Brukermedvirkning, som også innebærer synet på at foreldrene som mottaker av helsehjelp og helseinformasjon generelt, er eksperter på seg selv og sin situasjon, medfører at helsepersonellet bruker sin ekspertkompetanse i samhandling med foreldrene. Helsepersonellets rolle blir dermed en veilederrolle.

Hvordan oppleves så medbestemmelse, brukermidvirkning og bemyndigelse når nybakte foreldre møter helsepersonellet og retningslinjer fra SHT om hvordan de skal håndtere babyen? Politikk på nasjonalt nivå og innføring av regler og påbud på regionalt nivå knyttet til liggestilling og krybbedød har påvirket foreldrenes handlinger. Håndheving av retningslinjer i forhold til det en kan kalle «nyfødt-helsepolitikk» foregår på barselklinikkene, ved at alle nyfødte babyer får utdelt en T-skjorte de skal bruke, med en sol på magen hvor det står skrevet: «denne siden opp». Foreldrene får under det korte barseloppholdet beskjed om at barnet skal sove på ryggen for å forhindre krybbedød. Anbefalingen om ryggeleie ved søvn gjentas på første hjemmebesøk av jordmor eller helsesøster og senere på helsestasjonskontroller, etter SHTs rundskriv og anbefalinger om å forebygge SIDS. Dette er imidlertid en nødvendig konsekvens av forskning, som viste til at krybbedød hos nyfødte ble betydelig redusert som følge av endring i liggestilling under søvn, fra mageleie til ryggeleie (Øyen & Markestad, 1997; Wennergren, 2004). Min studie antyder at det fortsatt råder stor usikkerhet og forvirring blant foreldre, angående trygge versus farlige liggestillinger for barnet. Sideleie handler om instabilitet, og ikke om en farlig sovestilling i seg selv. Det var tross alt den anbefalte sovestillingen fra slutten av 1980-tallet og frem til slutten av 1990-tallet, selv uten hodepute og sidestøtte. Min forforståelse av at det fortsatt er mange foreldre som tror at sideleie og mageleie er farlig uansett, ble styrket etter fokusintervjuene med helsepersonellet. Deltakerne hadde erfaring fra at mange foreldre heller ikke var klar over viktigheten av side- og mageleie i våken tilstand i forhold til utvikling av motorikk, ei heller med tanke på forebygging av skalleasymmetri.

Ifølge deltakerne i studien så de tilfeller av at foreldre kunne ha dårlig samvittighet om de la barnet på siden for å roe det e.l. På den måten skaper SHTs retningslinjer etiske dilemma overfor fortvilte foreldre og angst for at noe galt kan skje, dersom de går på tvers av anbefalt sovestilling. Det er ikke urimelig å tenke at deres eget skjønn og dermed bemyndigelse i situasjonen kan bli svekket. Kampanjen om å sove på ryggen har i så måte vært effektiv.

Dette kan også handle om ulike normer som vordende og nybakte foreldre påvirkes av. Foreldre gjør gjerne det de tror at andre forventer av dem, i alle fall om de ikke har barn fra før. De fleste foreldre blir heldigvis gradvis mer trygge på egne valg og vurderinger i løpet av spebarnstiden. Helsepersonellet etterlyste i den sammenheng også mer rom for bruk av sunn fornuft i arbeidet sitt. De opplevde at tjenestene i dag var for styrt av retningslinjer, prosedyrer og regimer og at lite ble overlatt til utvikling av godt skjønn gjennom årelang erfaring i møte med bruker. Dette er en fare i dagens helsevesen generelt, så også i feltet denne studien handler om (Thornquist, 2009, s. 64).

5.2 Stress og mestring hos nybakte foreldre og mottakelighet for helseinformasjon

Det var ikke uventede funn at helsepersonellet opplevde at foreldre som nylig har fått barn befant seg i en stressende og sårbar situasjon, preget av kaos og forvirring og virket lite mottakelige etter fødselen. Empowerment eller maktoverføring kan, ifølge Stang (2001), sammenfattes i tre hovedelementer: å stimulere den hjelpetrengendes ressurser og muligheter; å fremme den hjelpetrengendes krefter og energi; å redusere forekomsten av stress hos den hjelpetrengende. Det kan ofte være vanskelig å fremme mestring hos foreldre dersom de er utslitte på grunn av søvnmangel, ammevansker og skriking hos babyen og har problemer med å se positivt på situasjonen. Helsesøstrene fremhevet i samtalen at tilgjengeligheten hos mødrene kom mye an på mors mestringsevne, hennes ressurser og hvordan hun ble avlastet og klarte å ivareta babyens og egne behov, spesielt knyttet til mat og søvn. Ofte var mors tilstand avgjørende for omfanget av hjemmebesøkene og/eller kontroller på helsestasjonen hvor ting ble tatt opp og repetert.

Mestring kan sees på som en stadig prosess der individet prøver å håndtere livets utfordringer og krav (Helseth, 2007). I forhold til spedbarnsomsorg stilles det mange krav til foreldrene på forskjellige områder. Det dukker stadig opp utfordringer som følge av det å få omsorgen for et spedbarn. For å takle dette må foreldrene ha ulike ressurser, både indre og ytre. Mange foreldre vil ha behov for ulike former for støtte og veiledning for å kunne gi barnet sitt en god omsorg. Dette fordi ressursene ikke til fulle alltid er til stede, for eksempel på grunn av manglende erfaring med spedbarnsomsorg. Deltakerne i min studie oppfattet det slik at mange unge mødre i dag har manglende erfaring i å håndtere babyer. Indre ressurser kan her være selvsikkerhet, trygghet og tro på at man skal mestre situasjonen. Ytre ressurser kan være det sosiale nettverket rundt foreldrene som familie, venner

og helsepersonell på helsestasjonen (Helseth, 2007). Jordmødrene i studien nevnte at mangel på ytre ressurser som gode rollemodeller i form av barnepleierne, foreldre og nettverk i nærområdet eller travle besteforeldre kunne være et problem i dag mht kunnskapsoverføring og støtte. Foreldrene blir da prisgitt å stole på sine indre ressurser. Å motta god veiledning fra helsepersonellet fremstår derfor som desto viktigere både på sykehuset og i kommunen; i hjemmet og på helsestasjonen.

Veiledning er en sentral arbeidsmetode innenfor de fleste helsefag, og er en metode relatert til den pedagogiske funksjonen en person med helseutdanning har. Veiledning er også et viktig middel i empowerment-prosessen (Tveiten, 2007). Det handler om at fagpersonen skal legge til rette for at brukeren selv skal komme frem til gode løsninger. Tveiten (2007) tenker at veiledning kan sees på som en igangsettingsprosess der målet er å øke mestringskompetansen hos brukeren gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Veiledning som prosess handler om en oppdagelse, en bevisstgjøring, læring og en eventuell forandring hos den andre. Relasjonen mellom helsepersonellet og bruker er vesentlig i veiledningen (Tveiten, 2007). Innenfor helsepersonells praksis kan veiledningsprosessen innebære både informasjon, undervisning og rådgivning. Disse tilnæringsmåtene kan altså inngå i veiledningsprosessen, ifølge Tveiten (2007). Dette betyr at innenfor veiledningsprosessen av foreldre til spedbarn med favorittside, kan helsesøster informere om DP, undervise om gode måter og håndtere barnet på samt komme med råd i forhold til tiltak som kan prøves ut, for eksempel endre bære- og liggestilling. Samtidig kan hun oppfordre til at foreldrene selv tilpasser, prøver ut og finner gode løsninger for seg og sitt barn, altså styrker deres tro på at dette får de til. Å ikke lytte ordentlig, å ikke bekrefte den andre i samtalen eller skape avstand til den andre, kan derimot svekke mulighetene for en virkningsfull samtale og lukke igjen for en god kommunikasjon.

Jordmødrene lurte på om foreldre fra andre kulturer kunne misforstå informasjonen på T-skjortene som ble delt ut på klinikken. Helsesøstrene beskrev at enkelte utenlandske foreldre trodde at babyen ikke skulle ligge på magen i det hele tatt, selv ikke i våken tilstand. Tydelig og forståelig veiledning også av disse foreldrene i graviditet, barsel- og spedbarnstid synes derfor å være svært viktig.

En helt annen grunn til at helseinformasjon i gitte situasjoner ikke oppfattes som aktuell for noen av foreldrene, kan være fordi de ikke finner den relevant for sin situasjon og sitt barn. Helsepersonellet hadde imidlertid erfaring fra at foreldre lett ser seg blind på sine egne barn, og ikke oppdager at skallen gradvis blir skjevere. Helsesøstrene hadde erfaring med at foreldre ble overrasket når de påpekte at barnet hadde skjev hodefasong. Dersom foreldrene ikke fanger opp dette, vil de heller ikke endre måten å håndtere barnet på. Helsepersonellens rolle blir i så fall å fange opp endret hodeform så raskt som mulig, informere om og hjelpe foreldrene i hvordan de skal forholde seg.

Forskning viser i den sammenhengen til at jo tidligere barnet kommer i gang med behandling, jo raskere oppnår man resultater (Hutchison et al., 2010). Dette er i alles interesse, og i Samhandlingsreformens ånd, der forebygging framfor reparasjon er sterkt vektlagt.

5.3 Mangel på kunnskapsoverføring og gode rollemodeller

Et funn i studien var at kunnskapsoverføring og erfaringsbasert viten kanskje syntes å være på vikende front grunnet kort liggetid og mindre tid til opplæring av mødrene på klinikken, og at barnepleiere som gruppe var på vei ut. Barnepleierne hadde størst fokus på barnet, mens jordmødrene har mer fokus på mor. Jordmødrene måtte derfor utføre både egne og barnepleiers oppgaver på enda kortere tid enn før. Med en slik effektivisering blir det liten tid til lærer-svenn-modellen mellom helsepersonell og de nybakte foreldrene. Det ble også antydnet at mange foreldre kanskje ikke hadde familie (mor, tanter og bestemødre) boende i nærheten. I så fall hadde de begrenset nettverk rundt seg, og muligheten for kunnskapsoverføring fra andre med erfaring ble redusert. Det ble altså antydnet at flere foreldre enn tidligere ble for mye overlatt til seg selv for å finne ut av ting i forhold til håndtering av den nyfødte. Foreldrene må uansett kaste seg ut i prøve-og-feile-metoden og bli kjent med og finne rytmen til barnet sitt. Filosofen og psykologen John Dewey (1859) var den som innførte begrepet 'learning by doing and to do by knowing'. Altså å lære ved å handle og reflektere i nye situasjoner, det vil si at mennesket er aktivt under problemløsningen. Det handler om en deltakerstyrt problemløsningsmetode. Læring er dermed en aktiv prosess som bør ta utgangspunkt i foreldres eget ståsted, deres ressurser og interesser. Ved å prøve og feile seg frem kan kanskje foreldrene oppdage at de er gode på ting de ikke visste? I denne sammenhengen vil det være helsepersonellet som kan ha en enda større rolle enn før i å hjelpe og støtte foreldrene i problemløsningen. Denne læringsteorien står ikke i motsetning til nytten det er i gode rollemodeller og erfaringsbasert kunnskapsoverføring.

Observasjonslæring er et annet navn for lærer-svenn modellen (modelllæring) som kan påvirke foreldres helseatferd. Her skjer læring ved observasjon snarere enn først ved direkte erfaring. Men observasjonslæring er noe mer enn imitasjon (etteraping) av den observerte atferden. Observatøren lærer noe om atferden i forhold til situasjonen den inntreffer i. Foreldrene observerer andre rollemodellers atferd og tar gjerne i bruk deler av atferden dersom de opplever at handlingen gir positive konsekvenser, og bedømmer det slik at disse konsekvensene vil bli tilsvarende for seg som for rollemodellene, for så å prøve det ut. Helsepersonellet vil i denne sammenhengen kunne være effektive rollemodeller. I gruppesamtalene kom det fram at helsepersonellet vektla sterkt betydningen av selv å vise håndtering og stimulering av babyen i praksis overfor de nybakte foreldrene. Men det var ikke alltid at dette ble gjort til fulle! Med barnepleierne som gruppe nærmest ute av bildet, fortalte altså jordmødrene at de ikke klarte å utføre alt som nå pålegges dem på klinikken, og måtte derfor prioritere hardt.

Foreldres helseatferd kan også påvirkes av emosjoner og verbal overtalelse. I forhold til helsefremming og forebyggende arbeid vil helsepersonell som oppmuntrer, motiverer, styrker og roser nybakte foreldre kunne tilby et positivt læringsmiljø, bidra til mestring uten å legge for stort press på dem. Dette kom også godt frem i intervjuene da helsepersonellet vektla dette. Ifølge Bandura har det vist seg å være lettere å endre helseatferd dersom man får sosial støtte fra andre som kan hjelpe en videre i prosessen (Bandura, 2004). Et eksempel på dette var de selvdrevne barselgruppene under ledelse av helsesøster, hvor mødre utvekslet erfaringer og råd, og hvor helsesøstrene bidro ut fra behov. Det var helsesøstrenes erfaringer at disse gruppene kunne bidra til endret atferd.

Råd som viser til kortsiktige fordeler/konsekvenser ved endret helseatferd, gir større motivasjon for endring enn langsiktige fordeler/konsekvenser, ifølge Bandura (2004). Enkelte affektive tilstander kan derimot påvirke helseatferden negativt, som for eksempel engstelse og bekymring, og vil dermed redusere sannsynligheten for endret helseatferd (Bandura, 2004). Foreldre som engster seg mye i forhold til krybbedød og pustestans hos den nyfødte, vil kanskje ha større motforestillinger mot å endre håndtering og liggestilling hos barnet for å stoppe utviklingen av en begynnende skalleasymmetri. Deltakerne mente at foreldre generelt fryktet krybbedød sterkt, og var usikre i forhold til sove- og liggestillinger og stimulering av motorikk, også når spedbarnet var våkent.

Helsepersonellet uttrykte i samtalene at noe av det viktigste i deres møter med foreldre, var å styrke foreldrenes selvtillit og bidra til utvikling av mestringstro. Dette er i tråd med Banduras sosial-kognitive-teori. Å gjøre foreldrene trygge nok i foreldrerollen til å ivareta sitt eget barn og stimulere det på best mulig måte, var viktige fokusområder for deltakerne. I denne sammenhengen vil det være avgjørende at helsepersonellet har kunnskap om og kompetanse i kommunikasjon og samspill. Måten de møter foreldrene på kan være avgjørende for hvordan de nybakte mødre lytter og tar inn budskapet, eller om de lukker igjen og stenger av for informasjon, og ikke kommer inn i en god samtale med helsepersonellet og får tillit til dem. Prosjektet til Sosialstyrelsen (2011) med fokusgruppeintervjuer av helsepersonell og foreldre som hadde mistet barn i SIDS viste til nettopp dette og munnet ut i følgende råd: Ta utgangspunkt i foreldrenes kunnskap og behov, skap en dialog med foreldrene, kompletter med skriftlig informasjon og gjenta samtalen i hele helsekjeden; føde- og barselavdeling, barneklipp og helsestasjon (Sosialstyrelsen, 2011). Dette er viktige råd som igjen handler om brukermedvirkning med tanke på foreldreveiledning, som har relevans også med hensyn til forebygging av skalleasymmetri.

Helseinformasjon via internett var et tema i gruppene. Problemet med helseinformasjon via internett, er at det finnes mange upålitelige nettsteder og mye feilaktig informasjon. Det blir derfor viktig at helseinformasjon som formidles via internett er korrekt. Her mente deltakerne at

helsepersonellgruppene har en viktig oppgave med å bidra til å påvirke, slik at foreldre tilbys gode informative nettsteder og riktig helseinformasjon. Kommunen har i så måte en viktig rolle med å sile, organisere, samle og spre budskapet, slik at alle bydelers brukere får frem samme informasjon på informative nettsteder. Studien til Aarnivala et al. (2015) understrekte i tråd med dette betydning av å informere foreldre og helsepersonell i tilstrekkelig posisjonering av spedbarn, på et nasjonalt nivå som igjen ville kunne redusere kostnadene i det offentlige helsevesenet. En annen studie viste til at utdeling av skriftlig informasjon alene ikke var nok, men at informasjon måtte formidles muntlig samtidig (van Vlimmeren et al., 2008). Gruppesamtalene synliggjorde at helsepersonellet var opptatt av å skape god kommunikasjon og godt samspill med foreldrene. I studien til Socialstyrelsen (2011) fremkom det nyttige råd for hvordan helsepersonell kan skape nettopp dette med foreldrene for å forebygge SIDS. Rådgivning om helseforebygging bør ifølge disse forskerne handle om å forstå og trygge foreldrene i foreldrerollen. Derfor vil det å innlede samtaler åpent, lytte uten å avbryte, være nærværende i stunden, sammenfatte og klargjøre hva den andre har sagt og bekrefte den andres følelser, kunne være aktuelle råd å anvende på forebyggende samtaler med foreldre i forhold til forebygging av favorittside også. Dette er i det hele tatt gode generelle råd i møter mellom helsepersonell og brukere.

Flere råd og gode grep er beskrevet ved formidling av helseinformasjon. Å stille kontrollspørsmål eller be brukeren å gjenta informasjonen som har blitt formidlet med egne ord, såkalt «Teach Back», er en effektiv metode som er beskrevet i relevant litteratur (Larson, 2007). Dette for å øke forståelsen av helseinformasjon for eksempel hos pasienter med lav Health Literacy eller lav helserelatert kompetanse (Safeer & Keenan, 2005; Villare & Mayer, 2007; Williams, Davis, Parker & Weiss, 2002). Teknikker som er anbefalt av 'Health Literacy' eksperter er blant annet å vise og tegne bilder, begrense og repetere informasjon, bruke video, piktografi, tegninger der budskapet har en humoristisk vinkling og å fremme en atmosfære der brukeren ikke skammer seg for å ha lav health literacy (Schwartzberg, Cowett, van Geest & Wolf, 2007). Dette samsvarer med undersøkelser som viser at personer med særlig lav health literacy lettere forstår helserelatert informasjon gjennom TV og radio (Hironaka & Paasche-Orlow, 2007). Osborne (2004) fremhever betydningen av at mennesker har ulike læringsstiler, der bruk av digitale verktøy kan være ett alternativ for at brukeren skal få ett bedre læringsutbytte. Det er derfor av stor betydning at leger og helsepersonell har interaktive kommunikasjonsferdigheter (Chow, 2003).

5.4 Helseinformasjon og -kommunikasjon og atferdspåvirkning hos foreldre

Hva skal så til for at helseinformasjon blir oppfattet og etablert og gir atferdsendring hos folk flest? Hvilke virkemidler og teknikker benyttes ved generell formidling for å favne store deler av befolkningen? Media og offentlige helsekampanjer kan ha større eller mindre effekt over tid på folks helsevaner. Helsekommunikasjon innbefatter, ifølge Kreps et al. (1998), studiet og bruk av

kommunikasjonsstrategier for å informere og påvirke enkeltindividets og samfunnets avgjørelser som kan forbedre helsen. Helsekommunikasjon har videre fokus på hvilken innvirkning mennesket har på formidling av helserelevant kommunikasjon. Begrepet innebærer også hvordan kommunikasjonen kan forbedre kvaliteten på helsevesenet og helsefremmende arbeid (Kreps et al., 1998). WHO's (1998) definisjon på helsekommunikasjon tilsier at det benyttes ulike kanaler for helsekommunikasjon, ikke minst bruk av digitale verktøy. En norsk studie utført av Andreassen, Wangberg, Wynn, Sørensen og Hjortedal (2006) viste at over halvparten av et utvalg bestående av 1007 nordmenn over 15 år, benyttet internett som kilde for helseinformasjon. På tross av disse funnene, utgjør imidlertid trolig leger og annet helsepersonell fortsatt den viktigste kanalen for helseinformasjon her i landet, og det er derfor viktig at helsepersonell har gode kommunikasjonsegenskaper (Andreassen et al., 2006). Andre mulige kanaler anvendt i helsekommunikasjon, foruten digitalt verktøy og møte med helsepersonell, er aviser, blader, reklame, film, tv og radio (Kreps et al., 1998). Bruken av ulike kommunikasjonskanaler til å drive helsekommunikasjon, fordrer det å kunne være kritisk sorterende overfor både medisinske og ikke-medisinske påstander som kan versere i mediene (Finbråten & Pettersen, 2009). Mange av deltakerne i studien foreslo å lage brosjyrer med mest bilder samt å vise korte videoer på helsestasjon og tilby gode nettsteder. Andre deltakere opplevde at media, via legers uttalelser, bagatelliserte problemet med skalleasymmetri og fremstilte behovet for oppfølging og behandling som unødvendig.

Ordene informasjon og kommunikasjon blir ofte brukt som synonymer påpeker Jarlbro (2004). Informasjon blir, ifølge Jarlbro (2004), fremstilt som selve innholdet i kommunikasjonsprosessen og blir betegnet som en enveiskommunikasjon. Palm og Windahl (1989) hevder at ordet informasjon gir inntrykk av kontroll og påvirkning i større grad enn ordet kommunikasjon gjør. Med dette som utgangspunkt, konkluderer Jarlbro (2004) med at kommunikasjonsbegrepet gir et «demokratisk» inntrykk, der alle parter deltar, eksempelvis helsepersonell og foreldre, og viser dermed til en toveiskommunikasjon som fordrer aktiv deltakelse fra begge parter. Dette er i tråd med deltakernes engasjement med tanke på å nå frem til mødre (og fedrene) ut fra situasjonen de befinner seg i.

Men hva styrer foreldrenes egen indre motivasjon for atferdsendring? I dette tilfellet vil indre motivasjon være avgjørende for at foreldre skal ha tro på å mestre situasjonen ved selv å skulle håndtere barnet sitt, og oppleve rådene helsesøster og fysioterapeut gir som relevante, og følge dem opp. Samtalene viste ulike erfaringer hos helsepersonellet med tanke på om foreldre klarte å følge opp. Mye avhang av mors helse og tilgjengelighet, og familiesituasjonen mht oppnåelse av atferdsendring.

Atferdsteoretikeren Albert Bandura (1925) videreutviklet sosial læringsteori til en sosial-kognitiv teori. I teorien understrekes de kognitive aspektene knyttet til våre valg og til et kontinuerlig samspill mellom atferd og kognitive prosesser (Mæland, 2005). I følge Mæland (2005) tenker Bandura

at man ikke bare handler utfra konkrete erfaringer man har gjort, men også i samsvar med kognitive forestillinger som gjør oss i stand til å observere andre og utnytte andre menneskers erfaringer. Vår atferd og måten vi takler nye situasjoner på har altså mye med vår tidligere sosiale læring å gjøre, som observasjonslæring og våre egne forventninger til egen mestring. Menneskers motivasjon og handling bestemmes dermed i stor grad gjennom forhåndsvurderinger av hva en bestemt handling vil føre til (resultatforventning) og hvor kapabel man er til å gjennomføre handlingen (mestringsforventning), ifølge Bandura (1986). Resultatforventninger påvirker motivasjonen til å handle mens mestringsforventninger påvirker beslutningen og gjennomføringen av handlingen.

Mestringsforventninger er særlig betydningsfulle når mennesker skal endre inngrodde vaner og atferd. Positive mestringsforventninger gjør at man gjerne anstrenger seg hardere for å gjennomføre en endring selv om det medfører prøvelser og nedturer (Mæland, 2005). I denne studien vil antatt belønningen om å plassere barnet i ryggeleie i forhold til å forebygge SIDS virke mer effektivt, enn belønningen om å unngå at barnet utvikler en skjev hodefasong ved å variere stilling. Samtidig vil eventuell erfaring fra håndtering av spedbarn i tidligere spedbarns-perioder virke inn på både mestrings- og resultatforventning når et nytt barn kommer til verden.

Et annet begrep som benyttes mye innenfor folkehelsearbeidet er, som nevnt, Health Literacy eller på norsk; helserelatert kompetanse. Brukermedvirkning er avhengig av mulighet for medvirkning, tilgang til pålitelig kunnskap og helserelatert kompetanse. I en bredere definisjon av folkehelse relatert kompetanse av WHO (1998, s. 357) nevnes det avslutningsvis at: *«ved å forbedre folks tilgang til helseinformasjon og deres kapasitet til å anvende denne effektivt, vil health literacy være avgjørende for empowerment»*. Pettersen (2009) beskriver at det handler om personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for den enkeltes evne til å få tilgang til, forstå og benytte seg av helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse. Videre handler det om å skaffe seg kunnskap, kommunisere med andre og vite hva man kan bruke de ulike instanser i helsevesenet til, samt å vurdere den helseinformasjonen man får på en kritisk måte (Pettersen, 2009). Evnen til å skille relevant og forskningsbasert informasjon fra annen informasjon av dårligere kvalitet, kommer herunder. Hva den enkelte forstår, og hvordan han eller hun uttrykker seg og gjør seg forstått har altså betydning. Det kan være et gap mellom hva den enkelte forstår av informasjon som blir gitt, og hva fagpersonene tror den enkelte har forstått (Pettersen, 2009). Mine data viste at jordmødrene og helsesøstrene trodde at foreldrene hadde forstått betydningen av det de hadde sagt om variasjon i liggestilling for å forebygge skalleasymmetri, men ble overrasket over at det ikke så ut til å nå inn hos dem. De var også bekymret over om foreldre fra fremmede kulturer, som gjerne ikke snakket norsk, forstod hva som ble sagt og hva det skriftlig ble informert om. Mangel på kunnskap og ferdigheter kan føre til sosial ulikhet, det motsatte av hva Folkehelseloven legger til rette for. Helserelatert kompetanse innbefatter derfor

ferdigheter og kunnskaper utover det å tilegne seg, forstå og ta i bruk helseinformasjon. Den har altså kompetanseheving som mål og omfatter hele befolkningen i et folkehelseperspektiv. Deltagerne antydte videre at foreldre var veldig opptatt av sosiale medier og det å dokumentere sine liv via slike, og kanskje også på bekostning av å fokusere på for eksempel å bære barnet inntil seg. Mæland (2005) beskriver at fremveksten av kommunikasjonssamfunnet gjennom de nye mediene likevel åpner opp for flere muligheter når det gjelder å nå store grupper i samfunnet, så som vordende og nybakte foreldre som er ivrige brukere av internett. Men aller viktigst er kanskje den kommunikasjonen som skjer direkte mellom mennesker via meningsklimaet som skapes i det sosiale miljøet (Mæland, 2005). Forutsetninger for at et helsebudskap skal påvirke mottakerens holdninger er at budskapet må få mottagerens oppmerksomhet, mottakeren må forstå budskapet og akseptere det og integrere dette i egne holdninger. Men det er ikke sikkert at mottakeren endrer sine holdninger selv om han/hun har forstått og akseptert budskapet. Holdningsendringer avhenger blant annet av om mottakeren opplever at budskapet er relevant for egen del, om argumentene blir vurdert som viktige og om han/hun er motivert for eller i stand til å forholde seg til informasjonen. I følge Mæland (2005, s.127) er følgende punkter viktige for at (befolkningsrettet) helsekommunikasjon skal lykkes: 1. Budskapet må nå frem til mottagerne gjentatte ganger og helst gjennom flere kanaler. Effekten av helseopplysning forsterkes altså når den kommer fra flere kilder. Dette viste og gruppesamtalene i studien til, og ikke bare repetisjon etter fødsel, men også hyppig informasjon i svangerskapet. 2. Folks oppfatning av hvem som sender budskapet, avgjør ofte hvor mye det påvirker dem. Budskap fra en respektert person får ofte større troverdighet enn om avsenderen er et offentlig og anonymt kontor. Her har helsepersonellet en uvurderlig rolle som avsendere både på grunn av nærkontakt, erfaring og autoritet. 3. Kampanjen bør stimulere til debatt og økt mellommenneskelig kommunikasjon. Forutinntatte holdninger og myter kan brytes ved en god diskusjon og budskap som engasjerer emosjonelt og får folk til å stille spørsmål. Dette synes å være mer effektivt enn formidling av autoritative konklusjoner, uttaler Mæland (2005). Deltakerne uttrykte i studien at SHTs retningslinjer på mange måter er autoritative og oppleves som påbud overfor foreldre og helsepersonell. Alvorlighetsgraden av budskapet om liggestilling og krybbedød var likevel vurdert som helt avgjørende. 4. Budskapet bør legge størst mulig vekt på de umiddelbare positive følgene av atferdsendring. Her kan synlige resultater av en skalleasymmetri i rask bedring være motiverende. Mæland (2005) understreker videre at forebyggende kampanjer neppe vil lykkes dersom det ikke er mulig for målgruppen å oppleve kortsiktige positive endringer enten dette er reelle eller symbolske belønninger. Gruppesamtalene synliggjorde at foreldrene var svært opptatt av det kosmetiske ved skalleasymmetrien og om det var skadelig for hjernen at hodeskallen var avflatet. Kanskje kan belønningen ved å forebygge og gi i variasjon i liggestilling være en «symmetrisk» baby med et kosmetisk fint og rundt hode, for foreldrene?

5.5 Erfaringer fra tverrfaglige samarbeid innad og på tvers av linjenivåene

For at helsepersonell skal bli trygge i egen rolle med å undervise og veilede foreldre, trenger de som nevnt opplæring og undervisning, samt å utveksle erfaringer med andre helsepersonellgrupper i samme situasjon. Samtalene viste at tverrfaglig samarbeid og samhandling innad og på tvers av linjenivåene var opplevd som en utfordring. Helsepersonellet hadde ulik skoleing, var utdannet innenfor ulike kulturer og utøvde derfor ulik praksis. Det ble for eksempel opprettet ny pasientjournal i et nytt journalsystem hos alle helsepersonellgruppene, og de forskjellige etatene skrev i ulike data- og journalsystemer. Journalnotat ble sendt per post, ikke elektronisk, og internposten tok lang tid. Helsepersonellet var naturlig nok mye på farten og var ofte vanskelige å nå per telefon. Sensitive opplysninger kan, som kjent, ikke sendes elektronisk grunnet pasientvern og taushetsplikt, og det ble derfor antatt at informasjonsutveksling mellom tjenestene ble mindre, og kanskje av og til rett og slett utilstrekkelig. All informasjon måtte gå via mor og ingenting ble overført uten hennes samtykke. Taushetsplikten kunne i enkelte tilfeller derfor oppleves å være til hinder for et tett og tverrfaglig samarbeid. Selv om det er en viss adgang til å utveksle opplysninger mellom forskjellige fagfelt innen rammen av reglene om taushetsplikt, skal samarbeidet, i den grad det er praktisk mulig, søkes gjennomført uten at vedkommendes identitet gjøres kjent for de øvrige deltakerne (NOU 2004: 18, kap. 12.3). I Helsepersonelloven § 21 heter det at helsepersonell skal hindre at andre får «adgang eller kjennskap til taushetsbelagte opplysninger». Et unntak fra taushetsplikten er dersom det foreligger samtykke fra den det gjelder. Til tross for taushetsbestemmelser er det i et formalisert og forpliktende samarbeid stort behov for å kommunisere og utveksle informasjon, og samarbeidet vil være mer effektivt når de ulike tjenestene kan dele informasjon med hverandre (Harker, Dobel-Ober, Berridge & Sinclair, 2004). Det arbeides derfor med å få etablert elektronisk journaltjeneste (e-journal) mellom sykehusene og kommuner i dag, og det er et håp om at dette vil kunne forenkle informasjonsflyten mellom helsepersonellet til beste for pasienten, og at det tverrfaglig samarbeidet dermed kan bli bedre uten at dette blir en trussel mot personvernet. Ikke bare taushetsplikten kan være til hinder for tverrfaglig samarbeid, også manglende kunnskap om hverandres tjenester kan hindre samarbeidet (Andersson, Ose, Pettersen, Røhme, Sitter & Ådnanes, 2005). Gruppesamtalene synliggjorde at ikke alle deltakerne var like godt informerte om arbeidsoppgavene hos de ulike yrkesgruppene mht forebygging av skalleasymmetri.

Flere av barnefysioterapeutene nevnte i den forbindelsen betydningen av Samhandlingsreformen som legger større ansvar over på kommunene, og endring av ansvar og roller både hos helsesøstre og jordmødrene og i forhold til tverrfaglig samarbeid med legene. Samtalene antydte også at jordmor-hjem tjenesten kan bli kommunal på sikt, og at nye ressurser da evt. må tilføres dagens kommunejordmødre. Samhandlingsreformen ønsker nettopp å samle spesialiserte

fagmiljøer og skape et bedre helsetilbud for pasientene gjennom sterkere brukermedvirkning. Samhandlingsreformen har videre til hensikt å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har derfor blant annet oppfordret til å samarbeide i tverrfaglige team, via St. meld. nr. 47 (2008-2009), for sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. Meldingen beskriver videre at dette kan bidra til å bygge opp et tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene. Formålet med teamene er blant annet å medvirke til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene (St. meld. nr. 47, 2008-2009). I følge Enerstvedt (2011) er følgende områder viktige for et teamsamarbeid; en administrativ leder, ulik profesjonssammensetning, felles målsetting, engasjement og organisatorisk forankring. Konklusjonen i studien til Enerstvedt (2011) er at dersom tverrfaglige team skal brukes i iverksettelsen av Samhandlingsreformen, vil det være nødvendig med omorganisering av arbeidsmåten til de aktuelle helsearbeiderne. Dette innebærer videre at kommunene må frigjøre mer arbeidskraft og spesialisthelsetjenesten må være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut til kommunene, noe som igjen krever politisk forankring, blant ledere og fagfolk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Enerstvedt, 2011).

Gruppesamtalene viste at noen av forslagene til bedre forebygging av skalleasymmetri krever betydelig tettere samarbeid mellom helsepersonellet både innad i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenesten, for å la seg gjennomføre. Andre forslag er enklere å innføre raskt, men avhenger av økonomiske ressurser, økt bemanning og koordinering i fra kommunalt hold.

I grunnutdanningen til helsepersonell lærer man at tverrfaglig samarbeid er den beste måten å hjelpe pasienter og brukere av helsetjenestene på. Dette i motsetning til tidligere hvor man kanskje arbeidet mer fagspesifikt og var alene med ansvaret for brukeren. Tverretatlig samarbeid omhandler i denne oppgaven samarbeid på tvers av eller mellom etatene i 1. og 2. linjetjenesten. Tverrfaglig samarbeid forutsetter at flere yrkesgrupper med ulike fagbakgrunn går sammen om en oppgave. Det forutsettes at den enkelte yrkesgruppes kompetanse er tydelig og kjent for alle parter. De ulike yrkesgruppene kjenner grensene for sin egen kompetanse og må kunne bruke og utfylle hverandre (NOU 2000: 12, avsnitt 2). Flerfaglig samarbeid innebærer at flere yrkesgrupper arbeider med samme oppgave, men på hvert sitt område, side om side (NOU 2000: 12, avsnitt 2). Flerfaglighet er en samarbeidsform hvor den enkelte fagperson hver for seg tar ansvar for å utføre sine deloppgaver. Her mangler en dialog mellom faggruppene der hensikten er å utveksle fagkunnskap og aktuelle innfallsvinkler. Tverrfaglighet derimot, krever en dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom (Lauvås & Lauvås, 2004). Samtalene viste at innad i tjenestene i de enkelte bydelene opplevde mange at samarbeidet fungerte tilfredsstillende, men på tvers av enhetene og mellom

linjenivåene var der fortsatt en vei å gå for å bedre det tverrfaglige samarbeidet. Gruppesamtalene synliggjorde videre at det fantes få fagmøter og møteplasser for å bli kjent og bedre tverrfaglig samarbeid på tvers av etatene, og det var et sterkt ønske om flere felles fag- og samarbeidsmøter mellom dem som jobbet med spedbarn i 1. og 2. linjen. Dette medfører altså en utfordring vedrørende samhandling på tvers av linjenivåene, arbeid i tverrfaglige team, økte ressurser til kommunene osv. Å få dette til er både et kommunalt og statlig ansvar, da det handler om fordeling av økonomi, politikk og kompetanseheving hos helsepersonellet både innenfor stat og kommune.

5.6 Ethiske dilemma i spenningsfeltet mellom lojalitet og «sunn fornuft» og tanker rundt forekomsten av favorittside hos nyfødte

Helsemyndighetene i Norge anbefaler i dag at alle spedbarn legges på ryggen når de skal sove. Det har medført at ca. 1/5 av alle nyfødte utvikler en leiebetinget favorittside. Anbefalingene fra STH står, slik nevnt, i et motsetningsforhold til behovet hos helsepersonell og foreldre om å forebygge skalleasymmetri. Samtalene viste at det per i dag ikke finnes noen standard prosedyrer hverken for undersøkelse, henvisning og oppfølging av babyer med leiebetinget skalleasymmetri, og det foreligger få RCT studier om effekt av tiltak for å forebygge og redusere forekomsten av DP. Det blir derfor vanskelig å endre tilnærming og retningslinjer, så fremt det ikke foreligger god nok dokumentasjon på hva som gir effekt. Mange kommuner og bydeler forsøker derfor å lage sine egne prosedyrer og retningslinjer for undersøkelse og oppfølging, men dette kan igjen skape usikkerhet blant foreldre ettersom tiltak ikke formidles og gjøres likt rundt om i landet. I enkelte byer er derfor helsepersonell involvert i å lage forslag til retningslinjer. Hva betyr det i så fall for foreldrene dersom helsepersonellet virker usikre på hva de kan og bør formidle mht ligge- og sovestilling, stimulering av babyen og anbefaler forskjellige tiltak? Hundre prosent lojalitet overfor retningslinjer fra SHT versus utøvelse av et visst skjønn er altså spørsmålet her, evt. også utvikling av retningslinjer som ikke er fullt så rigide. Kan en «oppmyking» overfor de rigide SHT retningslinjene skape usikkerhet i foreldrehåndteringen og påvirke utfallet av både SHT og DP? Foreldre snakker mye sammen både via sosiale medier og ansikt til ansikt, og det blir derfor viktig at helsepersonellet er trygge i sin rolle i forhold til det forebyggende arbeidet, hva som formidles og på hvilken måte.

Studier viser at ca. 18-20 % av alle nyfødte utvikler en eller annen grad av skalleasymmetri i løpet av de første 3-4 levemåneder. Som forsker lurer jeg på hva som skjer med de resterende ca. 80 % av nyfødte som ikke utvikler skalleasymmetri? Hva gjør disse foreldrene annerledes med sine babyer? Benytter de mer variert form for håndtering, er 80 % av foreldrene mer tilstede og oppmerksomme overfor barnet, eller er de mer mottakelige for informasjon, eller er alle disse elementene til stede samtidig? Er utsatte grupper ekstra utsatte generelt, også mht ikke å implementere informasjonen de får fra helsepersonellet? Deltakernes erfaringer var at skalleasymmetri rammer alle typer foreldre

uansett utdanning og sosial status. Er det tilfeldigheter hos babyen som har med årsaker rundt svangerskap og fødsel å gjøre som gjør at 20 % utvikler DP, eller skyldes det en ubalanse i muskulaturen som gir ulikheter i utvikling av postural kontroll, og/eller når ikke informasjonen inn hos foreldre mht håndtering av barnet? Mange spørsmål forblir ubesvarte og gjenstår å forske videre på.

Deltakerne i studien var klare på at forebyggende helseinformasjon overfor vordende og nybakte foreldre burde skje tidligere og med hyppigere repetisjon av temaet enn det som gjøres i dag. Forskningsstudier nevnt under kapittel 1.4. antyder også effekt av tilsvarende tiltak (Chizawsky & Scott-Findlay, 2005; Lennartsson, 2011; Cavallier et al., 2011). Forebyggende helseinformasjon fra flere helsepersonellgrupper, også før fødselen via kommunale jordmødre på graviditetskontroller, synes derfor å være høyaktuelle tiltak. Mye taler for at det bør bli et nasjonalt ansvar å lage nasjonale retningslinjer for tidlig forebygging, undersøkelses- og henvisningskriterier, behandling og oppfølging av leiebetinget skalleasymmetri. Det finnes per i dag ingen gullstandard!

5.7 Metodediskusjon

Kvalitativ forskning i helsefaglig – eller sosialfaglig sammenheng bruker noen av de samme begrepene som kvantitativ forskning anvender, men gjør justeringer for å tilpasse seg målet om å søke dypere forståelse og innsikt i tema knyttet til menneskers erfaringer og handlinger (Krueger & Casey, 2009). For eksempel er det en større debatt om man skal bruke begrepene validitet og generaliserbarhet i kvalitativ forskning, og begreper som troverdighet og overførbarhet er for eksempel i bruk (Polit & Beck, 2012, s. 582-586). Jeg velger å holde fast på begrepene intern og ekstern validitet, men forholder meg også til begreper som er brukt i metodelitteraturen i kvalitativ forskning. I denne studien vil det være aktuelt å diskutere; *intern validitet*, hvor de fleste aspekter kan knyttes til *troverdighet* i kvalitativ forskning og *ekstern validitet* også kalt *overførbarhet*. Spørsmålet om *relevans* kan linkes til både intern og ekstern validitet. Videre er det viktig å diskutere *refleksivitet*, som handler om *forskerrollen*.

5.7.1 Intern validitet - troverdighet

Spørsmål å stille i forhold til intern validitet er om; forskningsspørsmålene har relevans mht å bringe ny kunnskap i feltet, om den metodiske fremgangsmåten for å få svar på disse er relevante og om analysemetoden er et relevant valg i forhold til type forskningsmateriale i studien (Malterud, 2011). I tillegg vil det også dreie seg om forskningsmaterialet er «rikt» med tanke på å besvare problemstillingene og om fremstilling av analysens resultat er dekkende og levende (Polit & Beck, 2012). Grundighet gjennom hele forskningsprosessen og gjennomsiktighet er dessuten viktige aspekter.

Jeg har så langt ikke funnet andre studier av helsepersonellgrupper som undersøker erfaring med forebyggende arbeid for å forhindre utvikling av skalleasymmetri hos spedbarn, og mener derfor

at forskningsspørsmålene var relevante for å tilføre ny kunnskap til området. Tidligere forskning støtter imidlertid enkelte sentrale funn i denne studien. Det vil si at tidlig, variert og hyppig repetert helseinformasjon var sett på som nødvendig fra helsepersonellets side for å nå fram til brukergruppen det her var snakk om, noe tidligere forskning også har vist på andre felt enn forebygging av skalleasymmetri hos spedbarn.

Fokusgruppeintervjuer er velegnet når målet er å få fatt i erfaringer med og synspunkter på et tema alle deltakerne har utbredt erfaring med, og som ikke er av særlig sensitiv karakter (Malterud, 2012). I min studie ønsket jeg å få kunnskap om helsepersonellets tanker om og erfaringer med forebygging av skalleasymmetri hos spedbarn, som oppfyller begge disse «kriteriene». Fokusgruppeintervjuene gav mye informasjon og valget av tre høyaktuelle yrkesgrupper gjorde mangfoldet enda større. Samtalene gav et godt innblikk i helsepersonellets kunnskapsnivå, erfaringer og praksis og deres arbeid med kvinner både før og etter fødsel. Jeg opplevde at informantene bidro til mye informasjon og diskusjon av stor relevans for forskningsspørsmålene. Forskningsmetoden opplevdes derfor velegnet og effektiv til innhenting av mye informasjon fra mange deltakere samtidig.

Det er likevel viktig å spørre seg ytterligere om kvaliteten på intervjumaterialet er tilfredsstillende. Malterud (2011) uttaler at informasjonsrikdom er et adekvat kriterium for et godt forskningsmateriale, som dels er avhengig av komponeringen av utvalget, dernest av hvordan intervjuet forløper. Et spørsmål er om deltakerne i gruppene kom frem med bredden av relevante erfaringer de satt inne med, som er knyttet til gruppedynamikken. Det er knyttet til spørsmålene som ble stilt (åpne versus førende, validerende osv.), til stemningen i intervjuet (om det kjentes lov å komme med frustrasjoner, motstemmer til evt. dominerende deltakere osv.) og det faktum at det var profesjonelle informanter som ble intervjuet. Som moderator hadde jeg et ekstra ansvar for å bidra til en atmosfære der en kunne komme med det man hadde på hjertet om temaet. Jeg har forsøkt å synliggjøre rollen som moderator underveis i gruppesamtalene, og jeg kommer mer tilbake til diskusjon av forskerrollen nedenfor. Bevissthet om å stille validerende spørsmål underveis i intervjuene bidro til at dette ble rimelig godt ivaretatt. Den avsatte tiden gikk imidlertid svært fort, og det ble derfor ikke tid til utdypende spørsmål eller kommentarer etter oppsummeringene til slutt, som hadde vært ønskelig. Her burde tiden vært disponert bedre. Jeg opplevde uansett at informantene svarte troverdig på det de ble spurt om, var meddelsomme og lyttende, og at det også kom frem frustrasjoner. Jeg kan likevel ikke være sikker på at alle relevante erfaringer og synspunkter kom frem. Ikke minst kan det være knyttet til at dette var gruppeintervjuer med profesjonelle. I studien til Coar & Sim (2006), der både forsker og deltakere var profesjonelle helsearbeidere, kom det frem at deltakerne følte at gruppeintervjuet fungerte som en test av deres profesjonelle kunnskap. Dette kan ha vært tilfelle

også i min studie, og at informantene dermed kan ha holdt informasjon tilbake. Imidlertid var det også deltakere som tydelig formidlet at de hadde for lite kunnskap om betydningen av forebygging av skalleasymmetri hos spebarn. Det antyder at denne type informasjon ikke opplevdes som truende å «avsløre».

Et aspekt å diskutere er om man kan kalle et intervju med to informanter for et fokusgruppeintervju? På den annen side kan det ikke kalles dybdeintervju av den enkelte heller, så fremt begge fikk rom og utfylte hverandre med opplysninger og erfaringer, slik som mine to informanter gjorde. Datamaterialet fra helsesøstre hadde rot i en gruppediskusjon, mens for jordmødrene hadde data ikke rot i en gruppediskusjon. Det studien har fra jordmødrene er basert på en samtale med henholdsvis to kommunejordmødre og en jordmor ved sykehus. Individuelle intervju gir et annet datamateriale enn gruppeintervju. Det kan gå mer i dybden hos den ene informanten, men profitterer heller ikke på diskusjon med andre med lignende erfaringer. Ettersom informanten i enkeltintervjuet, med sin brede og lange erfaring fra føde- og barselavdeling, jordmor-hjem tjenesten og jordmor i kommunen, også arbeidet tett sammen med gruppen av jordmødre i 2. linjetjenesten, kan det hun kom med av erfaringer og tanker sies å understøtte, utfylle og informere de andre jordmødrenes stemmer. Hun brakte noe mer til studien enn om jeg hadde avsluttet dataproduksjonen uten å inkludere henne.

Bruk av STC som analysemetode sikret en grundig bearbeiding av datamaterialet, og var god å ty til for en nybegynner. Ifølge Malterud (2012), grunnleggeren av STC, er denne framgangsmåten enkel å bruke for nybegynnere og den har fått positiv respons vedrørende brukervennlighet, gjennomførbarhet, gjennomsiktighet og intersubjektivitet. Det var en møysommelig og svært tidkrevende prosess, men den gav til gjengjeld god oversikt over materialet, og endte ut i en gjennomarbeidet tematisk struktur med tanke på det innholdsmessige. Datamaterialet var svært stort og det var en utfordring å følge metoden nøyaktig slik Malterud (2011) beskriver den. Den ble tilpasset etter datamaterialets omfang og karakter. Dette har jeg imidlertid beskrevet nøye og begrunnet under analysen i metodekapittelet. I STC er det tilsiktet at empiri og teori skal ha et dynamisk forhold for å kunne bringe fram noe nytt, gjensidig. Før analysen var ferdig vurderte jeg derfor mine funn opp mot foreliggende teori. Malterud (2011) understreker at en systematisk gjennomgang av datamaterialet til slutt ofte vil lede til andre konklusjoner enn dem man syntes å se ved samtals slutt. Dette kunne utfordret problemstillinger og eventuelt også teoriperspektiver i studien. Forskningsprosessen har så langt gitt meg svar på problemstillingene, men funn i data har utfordret min forforståelse og ledet til en del overraskende funn. Jeg måtte også ta stilling til hvilken rolle den teoretiske referanserammen skulle spille i analysen, og betydningen den skulle ha for en relevant og kreativ tolkning av empirien.

Den teoretiske referanserammen består av fysioterapifaglig basert kunnskap om helse, funksjon og bevegelse samt teorier fra feltet helsefremmende og forebyggende arbeid. Den teoretiske referanserammen ble strammet opp etter at analysen av datamaterialet var gjennomført. Dette fordi den ble vurdert i forhold til hva som var mest relevant å trekke inn i diskusjon av sentrale funn. Teoriene jeg har anvendt fra det helsefremmende og forebyggende feltet har vist meg nye måter å tolke og fordype forståelsen av sentrale funn på, ikke minst med hensyn til å forstå hvorfor det kan være så vanskelig å nå frem med tidlig forebyggende informasjon til vordende og nybakte foreldre.

Grundighet gjennom hele forskningsprosessen er vesentlig med tanke på troverdigheten i studien, og jeg har allerede vært inne på aspekter ved dette. Grundighet i forberedelsen til intervjuene ble sikret ved å utforme og teste ut *Intervjuguiden* i to pilotintervjuer, som førte til visse endringer. Videre ble det laget 4 ulike intervjuguider ut ifra at det var ulike yrkesgrupper jeg skulle samtale med. Datamaterialet/båndopptakene ble videre transkribert så ordrett som mulig kort tid etter hvert intervju. I den forbindelse lyttet forsker til båndene flere ganger, samt spolte tilbake hver gang det var nødvendig under selve transkripsjonen. Transkripsjonen ble utført av meg som forsker, som også var til stede og ledet gruppeintervjuene. Dette er regnet som en fordel med tanke på transkripsjonsreliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg har i resultatkapittelet forsøkt å gi en analytisk og etterrettelig fremstilling av datamaterialet. Det vil si at jeg har ivaretatt bredden av funn. Det var videre en god hjelp i den abstraheringen de to siste trinnene i STC gir, når det gjelder det analytiske. Det betyr at en komprimert fremstilling av de viktigste funnene innleder hvert hovedtema. Jeg har også prøvd å binde sammen fremstillingen med en tekst som ikke bare er oppramsende, men oppsummerende og «løftet». Det siste har betydd at jeg har forsøkt å bidra med innsikt, ikke bare oversikt. Jeg har dessuten innledet hvert undertema med henvisning til forskning eller til spørsmål jeg undret meg på. Dette for å vise at jeg som forsker også er aktør i analysen. I diskusjonsdelen har jeg bestrebet meg på å fremstille funnene nyansert og ikke ensrettet, og gi troverdige kunnskapsforslag ved bruk av aktuelle teorier og forskning på feltet.

Gjennomskinnlighet /transparency) var viktig å ta høyde for i hele fremstillingen av forskningsprosessen. Dette for at leserne av oppgaven skulle forstå og følge hvilken vei forskeren har gått (Malterud, 2011, s. 111 og s. 185; Carter et al., 2011, s. 171). Jeg har hele veien begrunnet mine valg og beskrevet grundig forskningsdesignet, hvordan jeg forberedte rekrutteringen, begrunnelsen for utvalget og selve valget av analysemetoden og hvordan denne ble fulgt. Jeg har også forsøkt å fremvise dynamikken mellom valg av teori og empiri; teorien var delvis valgt i forkant ut fra feltet dette dreier seg om og delvis valgt i forhold til hva som kom fram i gruppesamtalene. Jeg har også prøvd å være bevisst på i fra starten at masteroppgaven skulle bli forståelig og leseverdig for andre,

som beskrevet hos Kvale og Brinkmann (2010, s. 277). Jeg har i så måte vært så etterrettelig som mulig, slik at resultatene skulle bli troverdige.

Punktene nevnt over må være oppfylt i stor grad mht til å kunne snakke videre om *ekstern validitet*.

5.7.2 *Ekstern validitet - overførbarhet*

Relevans, som referert til nedenfor av Malterud (2011), kan knyttes til om kunnskapen har relevans utover den konteksten den er produsert i, dens brukbarhet eller nytteverdi. Dette handler først og fremst om: *Kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. Men jeg vil også kort berøre analytisk generalisering.*

Alle disse begrepene handler om ekstern validitet, eller i hvilket monn funnene er overførbare til sammenlignbare sammenhenger og om funnene viser til noe mer allment. Men, først vil jeg kort reflektere litt over komponeringen av utvalget, og frafall i studien.

Komponeringen av utvalget var godt gjennomtenkt med tanke på vesentlige bakgrunnsforhold. Gruppene helsepersonell som treffer gravide og nybakte mødre tettest på var inkludert, samt de som treffer mødre og spedbarn når skalleasymmetri hos barnet er et faktum. Både omfang av erfaring, ulike og aktuelle praksis-arenaer (i primær- og sekundærhelsetjenesten) var tatt høyde for. Det faktum at flere informanter meldte avbud like før intervjuet blant helsesøstrene og jordmødrene, medførte imidlertid at utvalget ble mindre enn planlagt og bredden av erfaringer og synspunkter kan derfor ha blitt redusert. Dette er en svakhet ved utvalget i studien. Målet var å få med 1-2 representanter fra 8 bydeler innen hver yrkesgruppe, for å få frem variasjoner og mulige ulikheter. Dette ble kun realisert i fokusgruppen med barnefysioterapeuter. Jeg fikk likevel intervjuet de yrkesgruppene jeg hadde planlagt. Faren var der altså for at variasjon i viktige erfaringer og fellestrekk ble mindre, da utvalget blant helsesøstre og jordmødre ble så sterkt redusert. På den annen side følger alle bydeler de samme retningslinjer og prosedyrer i svangerskapsomsorgen og helsestasjonsarbeidet, tilsvarende for jordmødre ved sykehus, så anvendt praksis burde ikke variere alt for mye.

I studien ble det bare kvinner som deltok i fokusgruppeintervjuene. Dette var ikke overraskende, da disse er i overvekt i alle de tre yrkene. Magnus og Bakketeig (2003), nevner at dersom man sender ut et spørreskjema, vil man oppleve at kvinner svarer oftere enn menn, yngre oftere enn eldre og godt utdannende oftere enn mindre godt utdannede. I dette prosjekt hadde alle informantene minimum 3 års høyskole utdanning, helsesøstre og jordmødre har tilleggsutdanninger på 1-2 år. De fleste barnefysioterapeutene var også spesialister i barne- og ungdomsfysioterapi, og hadde flere år med etterutdanning og kurs bak seg. Gjennomsnittsalderen var høy hos informantene noe jeg anså som positivt, da dette innebar variert og lang erfaring og antatt mye kompetanse på feltet. Mæland

beskriver (2005, s.133) at dersom man gjennomfører flere fokusgrupper om samme tema, vil man som oftest få et inntrykk både av bredden av problemet og hvilke oppfatninger som er mest rådende. Med det bakteppet ville jeg antatt ikke fått større variasjon i data med flere informanter og større geografisk bredde i gruppene.

Informantene arbeidet i ulike bydeler og på sykehus, og møter derfor vordende og nybakte foreldrene med ulik geografisk tilhørighet, sosiokulturell tilknytning og økonomi. Det er stor forskjell mellom bydelene mht antall innvandrere og fremmedkulturelle, eldre versus studenter og grad av tilflytting av småbarnsfamilier og utbyggingsområder. Informantene kan ha vært preget av dette mht hvilke erfaringer og opplevelser de hadde fra egen jobbsituasjon, og hvilke tilbud som formidles i egen bydel. Kunnskapen vil i så måte kunne sies å være noe påvirket av hvor materialet ble hentet fra.

Vurdering av om kunnskap som er fremkommet i en kvalitativ studie er nyttig og har overføringsverdi utover konteksten studien er gjennomført i, gjøres ved å vurdere kunnskapens relevans og validitet. Dette er to begreper som ifølge Malterud (2011) er noen av grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap. *Relevans* handler om hva kunnskapen kan brukes til; i hvilken grad kunnskapen som fremkommer lærer oss noe nytt på en eller annen måte, eller er viktig. Malterud (2011) er opptatt av at relevans like mye kan handle om prosjektets problemstilling som de resultater som kommer ut av prosjektet, slik allerede antydnet. Om kunnskapen som fremkom i denne studien oppleves som relevant og dermed tas i bruk av de aktuelle helsepersonellgrupper som møter gravide og nybakte mødre og kanskje også til nybakte foreldre, henger sammen med prosjektets *kommunikative validitet* og om det oppfattes at kunnskapen har en nytteverdi (*pragmatisk validitet*). Kommunikativ validitet handler, ifølge Kvale og Brinkmann (2010, s. 258) om forskerens evne til å kommunisere sin forskning til dem forskeren vil nå, som den antatt har relevans for, gjennom å gjøre rede for prosessen, prosjektets resultater og konklusjoner på en måte som også blir forstått av andre. Det handler også om å gi en oversiktlig og innsiktsfull fremstilling og diskusjon av kunnskapsbidraget i studien (Polit & Beck, 2012). Jeg har gjort nøye rede for viktige valg og hvordan jeg har gjennomført studien. Jeg har også forsøkt å gi en oversiktlig og analytisk fremstilling av funnene, samt å løfte diskusjonen ved hjelp av relevant teori og tidligere forskning. Om jeg har klart å få det hele frem også på en tilgjengelig og innsiktsfull måte, må leseren bedømme. Et annet forhold er hvordan gjøre kunnskapen ikke bare tilgjengelig, men også relevant slik at den når ut til dem som kunnskapen antatt har relevans for, slik at den kan bli tatt i bruk. Kunnskapens nytteverdi eller brukbarhet kalles av Kvale og Brinkmann (2010) for *pragmatisk validitet*, og omhandler «å gjøre sant», altså om kunnskapens handlingspotensiale. I dette tilfellet er det altså viktig å spørre om kunnskapsbidraget oppleves relevant i praksisfeltet, og fører til handling og dermed har «nytte». Pragmatisk validitet, sier Kvale og

Brinkmann (2010, s. 261-262), kan videre forstås som «sannhet som hjelper oss til å handle slik at vi oppnår et ønsket resultat». Tenkningen bak er at pragmatisk validering av kunnskap erstatter begrunnelse med anvendelse, ut i fra tanken om at «handlinger sier mer enn ord». Kunnskapen og tolkningen av den må altså valideres gjennom handling, gjennom å ta den i bruk. For at kunnskapen skal tas i bruk må den imidlertid oppleves som relevant og nyttig av dem som er involvert i feltet det dreier seg om. I den grad denne studiens kunnskap har pragmatisk validitet vil det handle om at kunnskapen når ut til dem det gjelder, først og fremst til jordmødre og leger i 1. og 2. linjetjenesten, men også til helsesøstre og barnefysioterapeuter og forhåpentligvis til vordende og nybakte foreldre. *Analytisk generalisering* handler om bruk av egnede teorier kan løfte forståelsen av funnene eller om studien bidrar til utvikling av nye begreper eller teorier (Malterud, 2011 s. 174-176). I denne studien er teorier brukt på et mer allment nivå som løfter mine funn i retning av noe mer allmenngyldig enn ved enkeltstående tilfeller. Fra mitt perspektiv var det viktig å ta i betraktning foreldrenes situasjon, deres stressnivå og ressurser, hva som var viktig for dem i denne fasen, - altså en bottom-up tilnærming med brukeren i sentrum. I en induktiv tilnærming går slutningsrekken fra det spesielle til det generelle. Kunnskap fra enkeltstående tilfeller benyttes til å si noe på et allment nivå. Man går, ifølge Malterud (2011), fra de empiriske data nedenfra og opp for å finne svar, og det er datamaterialet som leverer nye begreper og kategorier. Disse kan videre brukes til å klassifisere fenomener som ennå ikke har blitt beskrevet eller tydelig avgrenset. Min studie har ikke bidratt til utvikling av nye begreper eller teori. Jeg har imidlertid argumentert for at de teorier jeg har anvendt i studien er relevante, og at de ble delvis tilpasset materialet etter endt datainnsamling. Disse teoriene har utvilsomt økt forståelsen min som forsker av det helsefremmende feltet, og har bidratt til en dypere forståelse av sentrale funn.

5.7.3 Forskerrollen og refleksivitet

Det er sterkt vektlagt i kvalitativ forskning at forskeren er medprodusent av kunnskap, og refleksivitet knyttet til forskerrollen er dermed også knyttet til kvalitetskriterier i kvalitativ forskning (Malterud, 2011, Kvale & Brinkmann, 2010, Finley, 2002). Medprodusent-rollen forskeren har er for eksempel fremhevet i tittelen på Kvale og Brinkmanns bok om kvalitative forskningsintervjuer, 'InterViews'. Kvale og Brinkmann (2010, s. 247) stiller spørsmål ved om kunnskap som er produsert via intervjuer kan være «objektiv»? De nevner flere former for objektivitet, hvor en er *refleksiv objektivitet*. Denne formen for objektivitet betyr å reflektere over sitt bidrag som forsker til produksjon av kunnskap og ens streben etter sensitivitet med hensyn til egne fordommer, altså egen *subjektivitet og forforståelse*. Forskerens rolle og balansen mellom forforståelse og åpenhet, nærhet og distanse er altså svært viktig å forholde seg til og diskutere i kvalitativ forskning. Det samme er refleksivitet i forhold til hvordan egen posisjon kan farge hvordan en deltar i forskningsfeltet, tilblivelsen av en tekst i et forskningsmateriale som skal danne grunnlag for detaljert analyse osv. Dette er avgjørende for god

vitenskapelig kvalitet. Man må, ifølge Malterud (2011), i det hele tatt ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, slik at man lojalt kan gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold uten å tillegge egne tolkninger som fasit. I motsatt fall ville forskeren kun fått bekreftet sin forforståelse. Det er imidlertid ikke nok å lojalt gjenfortelle deltakeres stemmer. Funn skal løftes, bindes sammen og deres betydning skal tolkes videre i forhold til relevant teori. Også her blir det viktig å holde førforståelsen «i tømme». I denne studien handlet dette konkret om balanse mellom nærhet og distanse, både i intervjusituasjonen og under bearbeiding av datamaterialet. Jeg som forsker hadde mye kunnskap i feltet, som i utgangspunktet var positivt for å kunne stille relevante spørsmål. Samtidig hadde jeg 'briller' på, som kunne gjøre blind og bekrefte det jeg allerede trodde og forventet. For å unngå denne selvoppyllende profetien, arbeidet jeg mye med å aktivt stille meg åpen for informantenes tanker og erfaringer før og i løpet av samtalene og under selve analysen (Finley, 2002, Malterud, 2011).

Mine egne holdninger og det at jeg tidvis ikke klarte å skjule egne meninger og forforståelse, kan ha svekket eller påvirket innholdet i data. Dette gjaldt særlig i fokusgruppeintervjuet med barnefysioterapeutene, hvor jeg ble revet med i samtalene og deltok med innspill i diskusjonene ettersom som jeg innehar samme kliniske posisjon som deltakerne. Det er derfor mulig at jeg innvirket på situasjonen ved til tider å være aktiv på tema, og ikke bare leder av gruppeintervjuet. På den annen side prøvde jeg å være våken og følge opp tråden på nye innspill, ikke virke anklagende, belærende eller irettesettende, men derimot lyttende og bekreftende overfor informantenes ståsted og uttalelser. Mine innspill kan således ha medvirket til å utdype faglige spørsmål eller diskusjoner som dukket opp i dette intervjuet. Jeg holdt meg likevel bevisst tilbake da jeg ble klar over at engasjementet tok litt over. Generelt kan en hevde at min kunnskap (inkludert kunnskap om tidligere forskning) og interesse for feltet kan ha bidratt til at jeg stilte relevante spørsmål, og dermed fikk frem viktig kunnskap hos informantene. Jeg tilstrebet underveis i intervjuene å være bevisst min tette tilknytning og interesse til feltet som kliniker, og det at jeg kjente flere av deltakerne. I tråd med en fenomenologisk tankegang forsøkte jeg å sette egen forforståelse til side, slik også Malterud anbefaler (2012). Jeg har tidligere pekt på at det å intervju kollegaer/profesjonelle har særlige utfordringer. For min del var jeg tydelig på at jeg ikke var ute etter «rette svar», men at alles tanker og erfaringer var viktige. Jeg forsøkte også å etterprøve underveis om min oppfattelse av hva de brakte frem var riktig. Likevel kan det være at disse kollegaene i feltet kan ha holdt tilbake informasjon om de har følt at jeg var ute etter å teste deres kunnskap, som nevnt hos Coar & Sim (2006). Selv om jeg altså opplevde at deltakerne var åpenhjertige og virkelig diskuterte viktige temaer, vil ikke det si at jeg kan være sikker på at noe kan ha blitt holdt tilbake. Jeg vil videre hevde at den nitidige og grundige fremgangsmåten jeg benyttet i analysen, holdt meg fast i forhold til å «jump to conclusions» når det gjaldt hva som var sentrale funn.

6 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VEIEN VIDERE

Målet med studien var å bidra til mer kunnskap om hva helsepersonell, som er involvert med spedbarn og deres foreldre, tenker om forebygging og forekomsten av skjeve hoder hos nyfødte, og om at prevalensen av DP/PWS holder seg uforandret, tross mange år med informasjon. Hensikten var også å analysere helsepersonells fortellinger om erfaringer fra praksis. Helsepersonellens erfaringer var at foreldrene ikke var særlig mottakelige for mye og omfattende informasjon hverken i svangerskapet eller tidlig i barseltiden. En konklusjon fra studien er at helsepersonellet bør porsjonere ut informasjonen etter hva foreldrene klarer å ta inn, og repetere informasjonen på flere måter, i flere sammenhenger og mange ganger, muntlig og skriftlig både før og etter fødsel. Å skape tillit og være åpne i møtet med foreldrene ble lagt vekt på, samt å diskutere ulike oppfatninger om man merker uenighet, å informere og vise praktisk for å øke kunnskapsnivået. Dersom foreldrene i tillegg er fremmedspråklige eller fra andre kulturer, blir det viktig å bruke tolk som gjerne har erfaring fra nyfødte og helsestasjonsarbeid for å sikre at informasjonen blir rett formidlet og forstått.

Når det gjelder helsefremmende arbeid på helsestasjonen i forhold til spedbarn, kan det være viktig å bruke fora hvor vordende og nybakte foreldre samles for å innhente deres synspunkter om brukermedvirkning, og hva de opplever som risikofaktorer i forhold til utvikling av favorittside og skjev hodefasong hos nyfødte. Det kan for eksempel være nettverksgrupper med foreldre eller spedbarns-grupper i regi av helsesøster, og kanskje nettsted hvor småbarnsforeldre utveksler erfaringer. Utfordringen ligger i å lykkes med å få foreldre til å oppleve at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutninger tas og nye tiltak skal utformes med mål om at helseatferd endres.

Helsepersonell og foreldre som mottakerne av kunnskap må også oppleve informasjonen som relevant og nyttig for seg. Hvordan kunnskap formidles kan være avgjørende for hvordan den blir mottatt og anvendt, noe funn i denne studien også antydte. Kunnskapen kan videre bidra til et metaperspektiv på egne erfaringer, men også til å få innsikt i medkollegaers tanker og erfaringer. Jordmødrene satte stor pris på å bli undervist i temaet skalleasymmetri og ønsket ytterligere informasjon om dette i fremtiden. For helsepersonellet handler det også om opplevelse av relevans og nytte og evt. endret praksis. Endring av retningslinjer er imidlertid ikke noe helsepersonellet kan iverksette på egen hånd, men må i første omgang avklares og samkjøres med øverste ledelse, og selvsagt i tråd med nasjonale retningslinjer fra SHT.

Det er fortsatt et paradoks for meg som forsker og kliniker at barn født på 1950-60-tallet, som også i hovedsak sov på ryggen, ikke utviklet skjev hodefasong i et så stort omfang som man ser i dag. Kan dette bare skyldes at de brukte hodeputer? Hodeputene forsvant ut på 1970-tallet ved innføring av mageleiesoving, og ble aldri gjeninnført. Eller, kanskje hodeputen ble glemt ved endring og innføring

av nye retningslinjer for anbefalt sovestilling? Retningslinjer og anbefalinger fra SHT blir antatt overskyggende i forhold til erfaringsbasert kunnskap og formidling av råd fra erfarne rollemodeller og foreldregenerasjonen. De «gamle barnepleierne» ved nyfødtafdelingene er på vei ut og erstattes av nye og yngre jordmødre, som hverken har tid eller erfaring til å formidle mer enn det som er aller viktigst, nemlig amming og stell av barnet. Økende travelhet, kort liggetid og innføring av stadig strammere prosedyrer på klinikken, gir lite rom for denne type forebyggende helseinformasjon.

Klinisk opplever barnefysioterapeuter og foreldre fortsatt ulike holdninger blant helsepersonell vedrørende alvorlighetsgraden av skalleasymmetri og betydningen av å forebygge dette. Det er også til dels usikkert hvor alvorlig en begynnende asymmetrisk hodeskalle vil være i det lange løp. Dette er del av konteksten helseinformasjon om dette gis i, og som det er viktig å ta tak i med mer forskning. Min studie har antydnet noe om foreldres mottakelighet for forebyggende helseinformasjon på området, og hva helsepersonellet i studien mente kunne være bedre måter å nå frem på. Det er imidlertid behov for ytterligere forskning på området, som kan bidra til at foreldreinformasjon vedrørende sove- og liggestillinger og motorisk stimulering/utvikling blir bedre. I den forbindelse ville det vært interessant og nyttig å gjennomføre en fokusgruppestudie der småbarnsforeldre deltok, eller par der mor er blitt gravid. Dette for å få frem foreldres perspektiv. Også gruppeintervjuer med foreldre som har vært til fysioterapioppfølging med spedbarnet sitt kan være aktuelt. Dette for å få vite hva de tenker bør gjøres for å bevisstgjøre vordende og nybakte foreldre tidligst mulig, og hva som kunne vært gjort for å unngå at spedbarnet deres hadde utviklet leiebetinget skalleasymmetri. Dette ville vært tanker de gjør seg i «etterpåkløkskapens» lys. Slike studier kunne styrket kunnskapsgrunnlaget med tanke på å bedre det forebyggende informasjonsarbeidet.

7 REFERANSELISTE

- Aarnivala, H., Vuollo, V., Harila, V., Heikkinen, T., Pirttiniemi, P. & Valkama, A.M. (2015). Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *Eur. J. Pediatr.*, 174, 1197-1208.
- Andersson, H.W., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. & Ådnanes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. Oslo: SINTEF Helse Rapport 3/05.
- Andreassen, H.K., Wangberg, S.C., Wynn, R., Sørensen, T. & Hjortedal, P. (2006). Helsereelatert bruk av internett i den norske befolkningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(22), 2950-2952.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2000). *Samarbeidskompetanse i barnevernet*. (NOU 2000:12). Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- Bialocerkowski, A.E., Vladusic, S.L. & Wei Ng, C. (2008). Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.*, 50(8), 577-86.
- Biedermann, H. (2004). *Manuell Therapy in Children*. (Kapittel 24-25). University of Michigan. Edinburg: Churchill Livingstone.

Boere-Boonekamp, M.M., Bunge van Lent, F.C.G.M., Roovers, E.A. & Haasnoot-Smallegange, M.E. (2005). Voorkeurshouding bij zuigelingen: prevalentie, preventie en anpak. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*; Vol. 37(5), 92-97.

Boere-Boonekamp, M.M. & van der Linden-Kuiper, A.T. (2001). Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*, 107, 339-343.

Boere-Boonekamp, M.M., van der Linden-Kuiper, A.T. & Bunge-van Lent, F.C. (1999). No asymmetry of head rotation and shape found in three quarters of 2-3 year olds exhibiting postural preference in infancy. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 143, 569–71.

Brofin, D.R. (2001). Misshapen heads in babies: Position or pathology. *The Ochsner Journal*, 3, 191-199.

Carpenter, R.G., Irgens, L.M., Blair, P.S., England, P.D., Flemming, P., Huber, J., Jorch, G. & Schreuder, P. (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*, 363(9404), 185-91.

Carter, E.R., Lubinsky, J. & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research. Principles and Applications*. Missouri: Elsevier. Saunders.

Cavallier, A., Picot, M.-C., Artiaga, C., Mazurier, E., Amilhau, M.-O., Froye, E., Captier, G. & Picaud, J.-C. (2011). Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Human Development*, 87(8), 537-543.

Chizawsky, L.L.K. & Scott-Findlay, S. (2005). Tummy time! Preventing unwanted effects of the “Back to Sleep” campaign. *AWHONN Lifelines*, 9(5), 382-387.

Chow, K.M. (2003). Information recall by patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(7), 370.

Christensen, L., Østergaard, J.R. & Norholt, S.E. (2003). Lejringsbetinget plagiocephali. *Ugeskrift for Læger*, 165, 46-50.

Clarren, S.K. (1981). Plagiocephaly and torticollis: Etiology, natural history and helm treatment. *Journal of Pediatrics*, 98, 92-95.

Coar, L. & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 251-256.

Colson, E.R., Bergman, D.M., Shapiro, E. & Leventhal, J.H. (2001). Position for Newborn Sleep: Associations with Parents' Perceptions of Their Nursery Experience. *Birth*, Vol. 28(4), 249-253.

Davis, B.E., Moon, R.Y., Sachs, H.C. & Ottolini, M.C. (1998). Effects of sleep position on infant motor development. *Pediatrics* 102(5), 1135-1140.

Enerstvedt, Camilla (2011). *Samhandling i tverrfaglige team: hvordan kan man få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan kan dette brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?* (Masteroppgave, Universitetet i Agder). Kristiansand: Universitetet i Agder.

Finbråten, H. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 79(5), 60-63.

Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, Vol.12(4), 531-45.

Golden, K.A., Beals, S.P., Littlefield, T.R. & Pomatto, J.K. (1999). Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: their relationship to positional plagiocephaly. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 36, 256-261.

Harker, R.M., Dobel-Ober, D., Berridge, D. & Sinclair, R. (2004). More than the sum of its parts? Inter-professional working in the education of looked after children. *Children & Society*, 18(3), 179-193.

Hein, H.A. & Pettit, S.F. (2001). Back to sleep: Good advice for parents but not for hospitals? *Pediatrics*, 107, 537-539.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted- til rett tid.* (Stortingsmelding Nr. 47). Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene- Taushetsplikt og personvern.* (NOU 2004:18). Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell.* LOV-1999-07-02-64.

Helseth, S. (2007). *En mestringsmodell.* I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. (forf.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten.* (1. utg.). Oslo: Akribe AS.

Hironaka, L.K., Paasche - Orlow, M.K. (2007). The implications of health literacy on patient provider communication. *Archives of Disease in Childhood*, 93(5), 428-432.

Hunt, C.E. & Puczynski, M.S. (1996). Does supine sleeping cause asymmetric heads? *Pediatrics*, 98, 127-131.

Hutchison, B.L., Stewart, A.W. & Mitchell, E.A. (2011). Deformational plagiocephaly: a follow-up of head shape, parental concern and neurodevelopment at ages 3 and 4 years. *Arch. Dis. Child.*, 96, 85-90.

Hutchison, B.L., Stewart, A.W., de Chalain, T.B. & Mitchell, E.A. (2010). A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. *Acta Pædiatrica*, 99, 1556–1560.

Hutchison, B.L., Stewart, A.W. & Mitchell, E.A. (2009). Characteristics, head shape measurements and developmental delay in 287 consecutive infants attending a plagiocephaly clinic. *Acta Pædiatrica*, 98, 1494-1499.

Hutchison, B.L., Hutchison, L.A.D., Thompson, J.M.D. & Mitchell, E.A. (2004). Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: A prospective cohort study. *Pediatrics*, 114(4), 970-80.

Hutchison, B.L., Thompson, J.M. & Mitchell, E.A. (2003). Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: A case-control study. *Pediatrics*, 112, e316.

Jacobsen, F.F. (2007) *Empowerment og styringsformer i pleie- og omsorgsarbeid*. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (forf.). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation - en introduksjon*. Lund: Studentlitteratur.

Joganic, J.L., Lynch, J.M., Littlefield, T.R. & Verrelli, B.C. (2009). Risk factors associated with deformational plagiocephaly. *Pediatrics*, 124, e1126-e1133.

Kitzinger, J. (2006) *Chapter 3. Focus groups*. I: Pope, C. & May, N. (forf.). *Qualitative research in health care*. (3. utg.). Blackwell Publishing Ltd.

Knudsen, B., Christensen, K., Baagøe, S., Hoppe, P., Juhl, C., Buus, L. & Jakobsen, T.L. (2010). Lejringsbetingede skæve hoveder hos spædbørn kan forebygges. *Ugeskrift for Læger*, 173(9), 644-48.

Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Forskrift 3. april 2003 nr. 450)

Kreps, G.L., Bonaguro, E.W., Query, J.L. (1998). *The history and development of the field of health communication*. I: Jackson, L.D. & Duffy, B.K. (Red.). *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (s. 1-15.). Westport, CT: Greenwood Press.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus groups: A Practical Guide for Applied Research*. (4. utg.) Los Angeles, Calif.: Sage.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvarme, L.G. (2007). *Forebyggende og helsefremmende arbeid*. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. (forf.). *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.

Larson, L. (2007). Health literacy: How are your patients reading you? *Trustee*, 60(5), 8-12.

Lauritzen, C., & Tarnov, P. (1999). Sneda barnskallar? Still rett diagnose i tid! Leiebetingede skalledeformasjoner går at undvika. *Lækartidningen*, 96, 1404-1405.

Lauvås, K. & Lauvås P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lennartsson, F. (2011). Testing Guidelines for Child Health Care Nurses to Prevent Nonsynostotic plagiocephaly: A Swedish pilot Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(6), 541-551.

Lindemann, R. (1999). Skal barnets hodeform standardiseres? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 119, 3174-3175.

Littlefield, T.R., Kelly, K.M., Pomatto, J.K. & Beals, S.P. (2002). Multiple-birth infants at higher risk for development of deformational plagiocephaly: II. Is one twin at greater risk? *Pediatrics*, 109, 19-25.

Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2003). *Epidemiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Majnemer, A. & Barr, R.G. (2005). Influence of supine sleep positioning on early motor milestones acquisition. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 370- 376.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Malterud, K. (2012). Systematic Text Condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

McKinney, C.M., Cunningham, M.L., Holt, V.L., Leroux, B. & Starr, J.R. (2009). Case-control study of infant, maternal and perinatal characteristics associated with deformational plagiocephaly. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 332-345.

Mildred, J., Beard, K., Dallwitz, Z. & Unwin, J. (1995). Play position is influenced by knowledge of SIDS sleep position recommendations. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 499-502.

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norheim, B. I. (2010). *Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn? Hvilke erfaringer har barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter med begrepsbruk, diagnostisering og behandling?* (Mastergradsoppgave i Manuell terapi for fysioterapeuter, Universitetet i Bergen). Bergen: Universitetet i Bergen.

Nuysink, J., van Haastret, I.C., Takken, T. & Helders, P.J. (2008). Symptomatic asymmetry in the first six months of life: differential diagnosis. *Eur. J. Pediatr.*, 167, 613-619.

Oh, A.K., Hoy, E.A. & Rogers, G.F. (2009). Predictors of severity in deformational plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*, 20, 685-689.

Osborne, H. (2004). *Health Literacy from A to Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.

Palm, L. & Windahl, S. (1989). *Kommunikation. Teorin i Praktiken*. Uppsala: Konsultförlaget.

Peitsch, W.K., Keefer, C.H., La Brie, R.A. & Mulliken, J.B. (2002). Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*, 110, e72.

Persing, J., James, H., Swanson, J. & Kattwinkel, J. (2003). Prevention and management of positional skull deformities in infants. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological Surgery. *Pediatrics*, 112, 199-202.

Pettersen, S. (2009). *Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon*. I: Holthe, A. & Wilhelmsen, B.U. (forf.). *Mat og helse i skolen - en fagdidaktisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Pogliani, L., Mameli, C., Fabiano, V. & Zuccotti, G.V. (2011). Positional plagiocephaly: what the pediatrician needs to know. A review. *Childs Nevr. Syst.*, 27, 1867-1876.

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robinson, S. & Proctor, M. (2009). Diagnosis and management of deformational plagiocephaly. A review. *Journal of Neurosurgery Pediatrics*, 2009, 3(4), 284-295.
- Roby, B.B., Finkelstein, M., Tibesar, R.J. & Sidman, J.D. (2012). Prevalence of positional plagiocephaly in teens born after the “Back to sleep” campaign. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 146(5), 823-828.
- Rogers, G.F., Oh, A.K. & Mulliken, J.B. (2009). The role of congenital muscular torticollis in the development of deformational plagiocephaly. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 123, 643-652.
- Romsland, G. I. (2006). *Tverrfaglig samarbeid og etikk*. I: Slettebø, Å & Nortvedt, P. (Red.). *Etikk for helsefagene* (1. utg., s.149-169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Safeer, R.S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap between Physicians and Patients. *The American Family Physician*, 72(3), 463-457.
- Scheers, N.J., Woodard, D.W. & Thach, B.T. (2015). Crib Bumpers Continue to Cause Infant Deaths: A Need for a New Preventive Approach. *The Journal of Pediatrics*, 169, 93-97e.1.
- Schwartzberg, J.G., Cowett, A., van Geest, J. & Wolf, M.S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 96-104.
- Skadberg, B.T., Morild, I. & Markestad, T. (1998). Abandoning prone sleeping: Effect on the risk of sudden infant death. *J. Paediatr.*, 132, 340-343.
- Socialstyrelsen. (2013). *Minska risken för plötslig spedbarnsdöd*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19300/2013-12-25.pdf>
- Socialstyrelsen. (2012). *Dödsorsaker. (Causes of Death)*. Sveriges officiella statistik Hälso- och sjukvård 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/List/Artikelkatalog/Attachments/19175/2013-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Tobakksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning*. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggende metoder 2011.

Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse - om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal.

Statens Helsetilsyn. (1997). *Nyfødte - Tilvenning til ryggeleie for å forebygge plutselig uventet spedbarnsdød (krybbedød)*. Rundskriv IK-36/97.

Store Medisinske Leksikon. (2013). Norge: SNL AS.

Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (5. opplag). Bergen: Fagbokforlaget AS.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2007). *Veiledning*. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. (forf.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.

van Vlimmeren, L.A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M.M., L'Hoir, M.P., Helders, P.J.M. & Engelbert, R.H.H. (2008). Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. *Arc. Pediatr. Adolesc. Med.*, 162, 712-718.

van Vlimmeren, L.A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M.M., L'Hoir, M.P., Helders, P.J.M. & Engelbert, R.H.H. (2007). Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at seven weeks of age: A prospective cohort study. *Pediatrics*, 119, e408-e418.

van Vlimmeren, L.A., Helders P.J.M., van Adrichem, L.N.A. & Engelbert, R.H.H. (2006). Torticollis and plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. *Pediatric Rehabilitation*, 9, 40-46.

van Vlimmeren, L.A., Helders P.J.M., van Adrichem, L.N.A. & Engelbert, R.H.H. (2004). Diagnostic strategies for the evaluation of asymmetry in infancy. A review. *Eur. J. Pediatr.*, 163, 185-191.

Villare, M. & Mayer, G. (2007). Low Health Literacy. The Impact on Chronic Illness Management. *Professional Case Management*, 12(4), 213-216.

Wennergren, G. (2004). Prevention of sudden infant death syndrome. *Pediatric Pulmonology*, 37, 110-111.

White, N., Warner, R.M., Noons, P., McAlister, E.M., Solanki, G., Nishikawa, H. & Dover, M.S. (2010). Changing referral patterns to a designated craniofacial center over a four-year period. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 921-925.

http://en.wikipedia.org/wiki/Artificial_cranial_deformation s.1-5. Utskrift 09.09.2014.

Wilbrand, J.-F., Seidl, M., Wilbrand, M., Streckbein, P., Böttger, S., Pons-Kuehnemann, J., Hahn, A. & Howaldt, H.-P. (2013). A prospective randomized trial on preventive methods for positional head deformity: physiotherapy versus a positioning pillow. *J Pediatr.*, 162(6), 1216-1221.

Williams, M.V., Davis, T.C., Parker, R.M. & Weiss, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34(5), 383-389.

Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wilson, J.M. (2003). The other side of «Back to sleep». *Neonatal Network*, (22), 49-53.

WMA (World Medical Association) Declaration of Helsinki (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

World Health Organization (WHO). (2009). *Milestones in Health Promotion*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (1998). Health promotion glossary1. DON NUTBEAM. *Health Promotion International, Oxford University Press, Vol.13(4)*, 349-364.

Zachry, A.H. & Kitzmann, K.M. (2011). Caregiver awareness of prone play recommendations. *The American Journal of Occupational Therapy, 65(1)*, 101-105.

Öhman, A. (2014). A specially designed pillow can decrease developmental plagiocephaly in young infants. *Health, 6(9)*, 1092-1098.

Öhman, A. (2013 b). A specially designed pillow may be used as treatment for young infants with developmental plagiocephaly. *Health, 5(12)*, 2064-2067.

Öhman, A. (2013 a). A pilot study, a specially designed pillow may prevent developmental plagiocephaly by reducing pressure from the infant head. *Health, 5(6A2)*, 32-37.

Öhman, A., Nilsson, S., Lagerkvist, A.-L. & Beckung, E. (2009). Are infants with torticollis at risk for having a delay in achieving early motor milestones compared with a control group of healthy infants? *Developmental Medicine & Child Neurology, 51*, 545-550.

Øyen, N. & Markestad, T. (1997). Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden death infant syndrome. The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Pediatrics; 100*, 613-639.

VEDLEGG 1

1. Til Enhetsleder for Ergo- og fysioterapitjenesten i.....
2. Til Enhetsleder ved helsestasjoner i.....
3. Til Privatpraktiserende institutt som arbeider med spedbarn.....

Bergen, 10.06.14.

Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet

«Favorittside og skjeve hoder hos spedbarn - forebygging og helsefremming. Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell»

Dette er en invitasjon til ansatte, som arbeider med spedbarn i alderen 0-1 år med favorittside skjev/asymmetrisk hodefasong, om å delta i fokusgruppeintervju vedrørende forskningsprosjektet som starter høsten-14 og avsluttes våren-16. Undertegnede er Masterstudent på 2. året ved Studieretning fysioterapivitenenskap ved Universitetet i Bergen (UIB), og skal i den forbindelse gjøre et forskningsstudie med påfølgende Masteroppgave.

Bakgrunn: Denne gruppen babyer utgjør i mange bydeler den største gruppen av henviste barn mellom 0-2 år. Vi bruker årlig store fysioterapiressurser på å behandle disse babyene og veilede deres foreldre. Til tross for mange år med forebyggende virksomhet i 1.linjetjenesten, synes prevalensen å være like høy, ca. 18-20 % av alle nyfødte både i Norge, Europa og USA. Forskningsstudier antyder at det er behov for bedret foreldreinformasjon, kanskje tidligere og på annen måte, samt andre metoder å forebygge og behandle favorittside, asymmetrisk /skjev hodefasong på, enn i dag.

Formål: Du skal ikke skrive under på noe, men svare meg direkte ja eller nei om du vil/kan hjelpe meg med å spre denne invitasjonen videre til egnede informanter, for å få informasjon fra helsepersonell om hva og hvordan de tenker rundt problemstillingen:

«Hvordan formidles og anvendes forebyggende informasjon overfor vordende foreldre og foreldre med nyfødte babyer, for å forebygge utvikling av favorittside og skjev/asymmetrisk hodefasong?»

Det er også interessant å få vite mer om henvisningskriterier og oppfølgingsrutiner for denne pasientgruppen. Forhåpentlig vil studien kunne bidra med økt kunnskap om hvordan helseinformasjon i 1.linjetjensten formidles til foreldre i dag, og medvirke til bedret foreldreinformasjon om liggestilling og motorisk utvikling, som igjen vil kunne forebygge utvikling av favorittside og skjev hodefasong. Kanskje får vi også noen indikasjoner på hvorfor forekomsten har holdt seg lik høy de siste 15-20 år? Jeg behøver 5-10 barnefysioterapeuter, 5-10 helsesøstre/helsestasjonsleger og 5-10 jordmødre fordelt på tre ulike fokusgrupper, for å få nok datamateriale til denne studien. Intervjuene vil ta ca.1-2 timer på hver fokusgruppe og vil bli avholdt i arbeidstiden i et egnet sentralt lokale, og tas opp via lydbånd. Datamaterialet vil deretter bli transkribert, analysert og munne ut i en oppgave. Materialet vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig skrevet, og all informasjon og intervjuer vil bli håndtert etter gjeldende etiske retningslinjer og informert samtykkeerklæring. For å få tak i de personene jeg tror kan bidra med mest informasjon og erfaring til denne studien, har jeg lagt ved noen inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:

1. Deltakerne skal være helsepersonell som er i arbeid med nyfødte spedbarn og nybakte og/eller vordende foreldre
2. Deltakerne skal ha erfaring med oppfølging av favorittside og skjev/asymmetrisk hodefasong i minst 1 år
3. Deltakerne skal favne de helsepersonellgrupper som jobber med forebygging av favorittside og skjev/asymmetrisk hodefasong
4. Deltakerne kan være privatpraktiserende barnefysioterapeuter

Eksklusjonskriterier:

5. Deltakerne skal ikke være nyutdannede eller kun jobbe i skolehelsetjenesten
6. Deltakerne skal ikke være fysioterapeuter i 1.linjetjenesten som arbeider i delte stillinger mellom barn og voksne

Jeg har lagt ved "Forespørsel om deltakelse til Forskningsprosjekt og Samtykke til deltakelse i studien", som den enkelte informant må få utdelt, undertegne og returnere til meg på e-mail eller adressen under, før prosjektet starter. **Se vedlegg 3.**

Jeg setter stor pris på din hjelp med å spre tilbudet til informanter og ser frem til å høre fra dere snarest mulig.

Mvh

Ingunn Marie Holsen

Ergo- og Fysioterapitjenesten i Fana og Ytrebygda, Postboks 10, Nordås, 5864 Bergen.

e-post: ingunnmarie.holsen@bergen.kommune.no

tlf. 94500128 / 41651583

VEDLEGG 2

Intervjuguide 1: Jordmødre i kommunen

BAKGRUNN FOR TEMA OG FOKUSGRUPPE-INTERVJUET

- Forekomst og antall henviste barn mellom 0-2 år med PWS i bydelene
- Betydningen av forebyggende informasjon til gravide og nybakte foreldre
- Viktigheten av variasjon i sove- og liggestilling jfr. motorisk utvikling

Innledende spørsmål til informantene:

- Hvor lenge har dere arbeidet som jordmødre i kommunen? Har noen av dere erfaring fra sykehus også?
- Er det fødselsforberedende kurs i deres bydel? Dersom JA:
- Hvem underviser på kursene og hva formidles?
- Hva fokuseres det på? (mor, fødsel, amming, babyen, forebygging i forhold til sove- og liggestillinger?)
- Hva tenker dere om deres rolle på fødselsforberedende kurs?
- Savner dere andre faggrupper på kursene mht å formidle forebyggende informasjon vedr. mor og barn, pre- og postnatalt?
- Er det tid og rom for å ta inn andre helsepersonellgrupper på sv.sk. kursene?

Tanker vedr. første møte/konsultasjon med den gravide kvinnen

- Når møter dere vanligvis den gravide kvinnen første gang? I hvilken uke?
- Hvor mange ganger og i hvilke graviditetsuker treffer dere de gravide før fødsel?
- Hva skjer på disse kontrollene og hva snakker dere om?
- Treffer dere mødre/foreldre på kontroller etter fødsel?
- Hva snakker dere evt. om da?
- Hva opplever dere at den gravide kvinnen er mest opptatt av før fødselen, og så evt. etter fødselen?
- Får dere spørsmål vedr. amming, krybbedød, ligge/sovestilling og skjev hodefasong/favorittside fra mødre/foreldrene?
- Hva formidler dere og hva snakkes det evt. om i slike samtaler?
- Når tenker dere at foreldre har best tid og er mest mottakelige for informasjon?

Tanker vedr. helsepersonells samarbeid med foreldre og formidling og mottak av helseinformasjon

- I hvilken grad oppfatter dere at foreldre er informerte om anbefalt sovestilling og informerte om å forebygge skjevt hode hos barnet når det er født?
- Hva tenker dere vedr. foreldreinformasjon både muntlig og skriftlig? Brosjyrer, plakater på vegg kontor/venterom, tv/video, internett-info., utdeling av T-Skjorter?
- Hvor mottakelige opplever dere at foreldre er? Når er de minst mottakelige?
- Når tror dere beste tidspunktet er for formidling av forebyggende helseinformasjon?
- Kan det bli for mye informasjon postnalt?
- Kunne informasjon prenatalt vært et alternativ?
- Er forebyggende helseinformasjon noe som dere kunne ha formidlet?
- På hvilke måter evt.?
- Opplever dere at foreldre får med seg og husker det dere har fortalt, i ettertid?
- Hender det at dere treffer nyfødte babyer med favorittside/skjev hodefasong på etterkontroller?
- Bemerket dere det da, og gir noen råd om endring av leie? Evt. andre råd?
- Hender det at dere anbefaler sideleie dersom en baby har blitt skjev på ene siden av hodet? Bruk av hodeputer?

Tanker vedr. helsepersonells bidrag for å forebygge utvikling av skjeve hoder og favorittside hos nyfødte babyer

- Hva er deres oppfatning av at så mange spedbarn utvikler asymmetrisk hodefasong postnalt i dag? Årsaker?
- Hvilke tanker har dere vedr. mødrenes liggetid, utskrivingsamtaler og hjemreise etter fødsel og «Jordmor-hjem tjenesten» (JHT)?
- Hvilken rolle kunne JHT hatt mht å forebygge hodeasymmetri?
- Hva tenker dere om rollen til jordmødrene ved føde- og barselavdeling?
- Tanker vedr. mange små drypp av info. vs. å høre det første gang fra helsesøster?
- Hadde dere ønsket et tettere samarbeid med: jordmødrene på sykehuset og JHT? helsesøstrene på helsestasjonen? barnefysioterapeuter i bydelene?
- Hvilke tanker har dere vedr. en nasjonal innføring av hodeputer for alle nyfødte?
- Andre tanker/ideer om hvordan vi bedre kan forebygge utvikling favorittside/skjev hodefasong, enn det som gjøres i dag?
- Er det noe mer som er viktig for dere som jordmødre å formidle vedr. dette temaet?

Intervjuguide 2: Helsesøstre

BAKGRUNN FOR TEMA OG FOKUSGRUPPE-INTERVJUET

- Forekomst og antall henviste barn mellom 0-2 år med PWS i bydelene
- Betydningen av forebyggende informasjon til gravide og nybakte foreldre
- Viktigheten av variasjon i sove- og liggestilling jfr. motorisk utvikling

Innledende spørsmål til informantene:

- Hvor lenge har dere arbeidet som helsesøstre ved helsestasjon?
- Hvor mange babyer møter dere med favorittside/hodeasymmetri pr. uke/mnd. ca.?
- Er det vanlig med fødselsforberedende kurs i deres bydel? Dersom JA:
- Hvem underviser på kursene og hva formidles?
- Hva fokuseres det på? (mor, fødsel, amming, babyen, forebygging i forhold til sove- og liggestillinger?)
- Hva tenker dere evt. om deres rolle i forhold til et evt. fødselsforberedende kurs?

Tanker vedr. første møte med en baby med hodeasymmetri/favorittside og dens foreldrene

- Hvor tidlig (når) treffer dere babyen og foreldre første gang etter fødselen, og hvor?
- Hva snakker dere vanligvis om på første hjemmebesøk?
- Deler dere ut informasjons brosjyrer i forhold til forebygging av favorittside? Hvilke?
- Deler dere ut andre brosjyrer, evt. hvor mange, ca.?
- Har dere inntrykk av at brosjyrer blir lest av foreldrene?
- Opplever dere at foreldre får for mye informasjon etter at barnet er født?
- Kunne noe av informasjon vært gitt før fødsel eller formidlet på et annet tidspunkt?
- Hvor mange ganger møter dere vanligvis den nyfødte babyen og mor/far i løpet av de første 6-7 mnd.?
- Benytter dere bestemte prosedyrer dersom et spedbarn skal henvises til undersøkelse/behandling hos barnefysioterapeut?
- Hvilke barn velger dere å henvise videre til behandling hos barnefysioterapeut?
- Kriterier for grad av flatthet eller innskrenket bevegelighet i nakke hos babyen ved videre henvisning?
- Gir dere først noen råd og ser det hele litt an før dere henviser, eller henviser dere med en gang dere oppdager en begynnende asymmetri?

- Får dere kommentarer på at noen barn blir henvist for seint?
- Hender det at dere henviser babyer direkte til manuell terapeut eller kiropraktor, eller til lege for videre henvisning til rtg.us. eller annen us. ved barneklubben på sykehuset?
- Tanker om årsaker til favorittside?

(Body vs. omslagsbody, sitte- og bærestoler og mye på farten i bil og vogn og mindre hjemme på gulvet i mageleie? Større babyer siste 10 år med vanskeligere forløsninger og mer komplikasjoner ved fødselen? Stress vs. mestring? Vellykkethet? Hodeputer og ryggeleie var vanlig på 1960-tallet, i 1997 ble ryggeleie gjeninnført, men hodeputene ble fjernet, hvorfor? Gammel mødre-kunnskap går ikke videre til neste generasjon mødre?)

Tanker vedr. helsepersonells samarbeid med foreldre og formidling og mottak av helseinformasjon

- Hva formidler dere i samtaler med foreldre vedr. spørsmål om krybbedød, ligge/sovestilling, favorittside evt. ammestilling?
- Hva tenker dere er viktigst å formidle til de nybakte foreldrene i deres møte med dem?
- Hvordan opplever du at foreldre får med seg og husker det du har fortalt, i ettertid?
- Hva opplever dere at mor/foreldre er mest opptatt av å snakke om like etter at babyen er født og de første månedene etterpå?
- Hva forteller foreldre vedr. om de har mottatt info. om forebygging av skjevt hode før eller etter fødsel fra andre instanser?
- Hvordan opplever dere at foreldre er informert om anbefalt sovestilling?
- Hvordan opplever dere at foreldre er opptatt av å forebygge skjevt hode hos babyen?
- Hvordan opplever dere at foreldre vet om betydningen av variasjon i liggestilling og mageleietid når barnet er våkent?
- Gjør foreldre bare som de selv vil/synes er rett uavhengig av deres råd?
- Tenker dere at hodeasymmetri er noe barnet vokser av seg med alderen?
- Opplever dere at andre helsepersonell (eller foreldre) bagatelliserer problemet?
- Tanker om endring av foreldres atferd mht forebygge utvikling av asymmetri?

Tanker vedr. helsepersonells bidrag til å forebygge utvikling av skjeve hoder og favorittside hos nyfødte babyer

- «Beste tidspunkt» for formidling av helseinformasjon til vordende og nybakte foreldre?
- «Beste måte» å formidle helseinfo. på? Internett, brosjyrer, kurs, T-skjorter?
- Liggetid ved klubben og foreldres mottakelighet for informasjon på barselavdeling?

- Foreldres tilgjengelighet for informasjon når de har fått et nytt barn? «Ammetåke»?
- «Informasjonsflommen» som gis foreldre etter at barnet er født?
- Tror dere jordmødre kunne hatt en viktig forebyggende rolle mht forebygging?
- Bedre tid før fødsel? Forebyggende helseinformasjon prenatalt til vordende foreldre via jordmor kontroller i kommunen og på fødselsforberedende kurs via jordmor?
- Forebyggende info. postnatalt via barselavdeling og via «Jordmor-hjem tjenesten»?
- anbefaler dere av og til sideleie som sovestilling, med støtte foran magen og bak i ryggen, dersom hodefasongen er svært skjev? Også om natten?
- anbefaler dere av og til bruk av hodepute i sengen?
- Tanker om nasjonal innføring av hodepute som standard utrustning til alle nyfødte som forebyggende tiltak for utvikling av skjev hodefasong?
- Andre tanker om hvordan helsepersonell bedre kan forebygge utvikling av favorittside/skjev hodefasong, som er viktig for dere som helsesøstre å formidle?

Intervjuguide 3: Barnefysioterapeuter i kommunen

BAKGRUNN FOR TEMA OG FOKUSGRUPPE-INTERVJUET

- Forekomst og antall henviste barn mellom 0-2 år med PWS i bydelene
- Betydningen av forebyggende informasjon til gravide og nybakte foreldre
- Viktigheten av variasjon i sove- og liggestilling jfr. motorisk utvikling

Innledende spørsmål til informantene:

- Hvor lenge har du arbeidet som barnefysioterapeut?
- Hvor mange babyer undersøker/behandler du med favorittside/hodeasymmetri pr. uke/mnd.?
- Er det vanlig med fødselsforberedende kurs i din bydel? Dersom JA:
- Hvem underviser på kursene og hva formidles?
- Hva fokuseres det på? (mor, fødsel, amming, babyen, forebygging i forhold til sove- og liggestillinger?)
- Hva tenker du om din rolle i forhold til fødselsforberedende kurs?

Tanker vedr. første møte med en nyhenvist baby med hodeasymmetri/favorittside og dens foreldrene

- Hvor tidlig treffer du babyen og foreldre første gang etter fødselen, og hvor?
- Opplever du å få henvist babyene senere enn ønskelig?
- Hva snakker dere vanligvis om på første konsultasjon?
- Deler du ut informasjons brosjyrer? Nyeste NFF brosjyren? Andre?
- Benytter du deg av skriftlige oppfølgingsrutiner/prosedyrer når et spedbarn har blitt henvist til undersøkelse/behandling?
- Vurderer du noen babyer kun en gang, evt. hvilke barn følges opp videre? Kriterier?
- Hvor ofte og lenge behandler du nyfødte babyer med favorittside og skjev hodefasong? (ca. hyppighet og varighet)
- Kriterier for videre henvisning av babyen til manuell terapeut, kiropraktor, osteopat, naprapat eller til fastlege for rtg.us. eller us. ved Barneklubben?

Tanker vedr. helsepersonells samarbeid med foreldre og formidling og mottak av helseinformasjon

- Hva formidler du i samtaler med foreldre vedr. spørsmål om krybbedød, ligge/sovestilling, favorittside evt. ammestilling?
- Hva tenker du er viktigst å formidle til de nybakte foreldrene i ditt møte med dem?

- Hva opplever du at mor/foreldre er mest opptatt av å snakke om like etter at babyen er henvist til deg, og de første ukene/mnd. etterpå?
- Hva forteller foreldre på spørsmål fra deg vedr. om de har mottatt info. om forebygging av skjevt hode før eller etter fødsel fra andre instanser?
- Hvordan opplever du at foreldre får med seg og husker det du har fortalt, i ettertid?
- Opplever du at foreldre er informert om anbefalt sovestilling?
- Opplever du at foreldre er opptatt av å forebygge skjevt hode hos babyen?
- Opplever du at foreldre vet om betydningen av variasjon i liggestilling og mageleietid når barnet er våkent? Eller gjør de bare som de selv vil/synes er rett?
- Tenker du at hodeasymmetri er noe barnet vokser av seg med alderen?
- Opplever du at helsepersonell eller foreldre bagatelliserer problemet?
- Tanker om endring av foreldres atferd mht forebygge utvikling av asymmetri?

Tanker vedr. hvordan helsepersonell kan bidra til å forebygge utvikling av skjeve hoder og favorittside hos nyfødte babyer

- «Beste tidspunkt» for formidling av helseinformasjon til vordende og nybakte foreldre?
- «Beste måte» å formidle helseinfo. på? Internett, brosjyrer, kurs, T-skjorter?
- Liggetid og foreldres mottakelighet for informasjon på føde- og barselavdeling?
- Foreldres tilgjengelighet for informasjon når de har fått et nytt barn? «Ammetåke»?
- «Informasjonsflommen» som gis foreldre etter at barnet er født?
- Forebyggende helseinformasjon prenatalt til vordende foreldre via jordmorkontroll i kommunen og på fødselsforberedende kurs via jordmor?
- Bedre tid før fødsel? Utdeling av info. brosjyre på svangerskapskurs /kontroller?
- «Jordmor-hjem tjenesten» etter utreise fra klinikken?
- Anbefaling av sideleie som sovestilling dersom hodefasongen er svært skjev?
- Anbefaling av sideleiepute eller bruk av hodepute? Evt. hvilke?
- Tanker om innføring av hodepute (med grop i midten) eller en sideleiepute som forebyggende tiltak for utvikling av skjev hodefasong?
- Andre tanker om hvordan helsepersonell bedre kan forebygge utvikling av favorittside/skjev hodefasong, som er viktig for deg som barnefysio. å formidle?

Intervjuguide 4: Jordmor ved sykehus

BAKGRUNN FOR TEMA OG INTERVJUET

- Forekomst og antall henviste barn mellom 0-2 år med PWS i bydelene
- Betydningen av forebyggende informasjon til gravide og nybakte foreldre
- Viktigheten av variasjon i sove- og liggestilling jfr. motorisk utvikling

Innledende spørsmål til informanten:

- Hvor lenge har du arbeidet som jordmor ved føde- og barselklinikk? Arbeidet i kommunen?
- Når startet tilbudet opp med «Jordmor-Hjem»?
- Hvor arbeider du nå? Hvor lange vakter har jordmødrene vanligvis?
- Er det fødselsforberedende kurs ved sykehuset? Dersom JA: hvor mange par deltar pr. kurs? Tilbud kun for førstegangsfødende?
- Hvem underviser på kursene? Hva tenker du om jordmødrenes rolle på disse kursene?
- Hva er fokuset i undervisningen? (*mor, fødsel, amming, babyen, forebygging i forhold til sove- og liggestillinger?*)
- Savnes andre faggrupper på kursene mht å formidle forebyggende informasjon? Tid og rom for å ta inn andre helsepersonell på kursene?
- Har du noen tanker vedr. at gruppetilbudet med fysio. på sykehuset planlegges nedlagt?

Tanker vedr. første møte/konsultasjon med den vordende/fødende kvinnen

- Når møter dere vanligvis den gravide eller nybakte moren første gang?
- Hvor mange ganger ca. er du i kontakt med de nybakte foreldrene i løpet av oppholdet?
- Hva skjer i disse møtene og hva snakker dere om?
- Hva tenker du om rollen til jordmødrene ved føden og barsel?
- Treffer dere mødre/foreldre og babyen på etterkontroller?
- Hva samtaler dere evt. om da?
- Hva opplever du at de nybakte foreldrene er mest opptatt av før fødselen, og spesielt etter fødselen?
- Får du spørsmål vedr. krybbedød, ligge/sovestilling og skjev hodefasong/favorittside fra mødre/foreldrene?
- Hva formidler du og hva snakkes det evt. om i slike samtaler?
- Blir det tid til å se litt ekstra på babyens hode og ligge/sovestilling på klinikken? Skjer det via legeus. eller av jordmor?

- Hva tenker du om at babyen kun skal sove på ryggen i dag?

Tanker vedr. helsepersonells samarbeid med foreldre og formidling og mottak av helseinformasjon

- I hvilken grad oppfatter du at foreldre er informerte om anbefalt sovestilling og å forebygge skjevt hode hos barnet når det er født?
- Hva tenker du vedr. forebyggende foreldreinformasjon? (*muntlig, skriftlig, brosjyrer, plakater på vegg kontor/venterom, tv/video, internett-info., T-Skjorter?*)
- Deler dere ut brosjyrer, evt. hvilke? Mye tekst eller mest bilder?
- Hvor mottakelige opplever du at foreldre er? Når er de minst mottakelige?

Når tenker du at foreldre har best tid og er mest mottakelige for informasjon?

- Når tenker du er beste tidspunktet er for formidling av forebyggende helseinformasjon? Før fødsel eller etterpå?
- Kan det bli for mye informasjon postnatalt?
- Kunne informasjon prenatalt vært et alternativ?
- Tenker du at de kommunale jordmødre kunne hatt en viktig rolle i dette arbeidet?
- Er forebyggende helseinformasjon noe som dere kunne ha formidlet på svangerskapskursene eller på barsel på klinikken? På hvilke måter?
- Opplever du at foreldre får med seg og husker det du forteller?
- Hender det du treffer på nyfødte babyer med favorittside/skjev hodefasong?
- Bemerket du det, og gir noen råd om endring av leie? Evt. andre råd?
- Hender det du anbefaler sideleie dersom en baby er medfødt skjev på ene siden av hodet, evt. har torticollis?
- Hender det du anbefaler bruk av hodeputer?
- Hender det dere henviser barn videre til oppfølging hos barnefysioterapeut?

Tanker vedr. helsepersonells bidrag for å forebygge utvikling av skjeve hoder og favorittside hos nyfødte babyer

- Hvilke tanker har du vedr. mødrenes korte liggetid, utskrivingsamtaler og «Jordmor-hjem tjenesten» (JHT)?
- Hvor mange kvinner pr. år får tilbud om JHT?
- Hvor raskt kommer jordmor hjem til de nybakte foreldrene?

- Hva tas opp i samtalene og hva skjer på hjemmebesøkene?
- Hvor mange hjemmebesøk er vanlig?
- Deles det ut brosjyrer i hjemmet, evt. hvilke?
- **Hvilken rolle tenker du JHT kunne hatt mht å forebygge hodeasymmetri?**
- Hadde du ønsket et tettere samarbeid med jordmødrene i kommunen, helsesøstrene eller barnefysioterapeuter i bydelene?
- Ønskelig med samarbeid med barnefysio. om info. i brosjyrene som deles ut i dag?
- Hva er din oppfatning av at så mange spedbarn utvikler asymmetrisk hodefasong postnatalt i dag? Årsaker?
- Hvilke tanker har du vedr. en nasjonal innføring av hodeputer for alle nyfødte?
- Andre tanker/ideer om hvordan vi bedre kan forebygge utvikling av favorittside/skjev hodefasong, enn det som gjøres i dag?
- Er det noe mer som er viktig for deg som jordmor å formidle vedr. dette temaet?

VEDLEGG 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Favorittside og skalleasymmetri hos spedbarn - forebygging og helsefremming.

Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg som helsepersonell om å delta i en forskningsstudie for å oppnå økt kunnskap om hvordan helsepersonell i 1.linjetjenesten arbeider for å forebygge at nyfødte barn ikke utvikler en favorittside og skjev hodefasong.

Dere er forespurt på grunnlag av at dere er blant de første som er i kontakt med denne pasientgruppen og deres foreldre enten før fødsel, via hjemmebesøk, på helsestasjon eller som følge av tidlig behandling. Det er en forutsetning at du har lyst til å delta i prosjektet.

Undertegnede er masterstudent ved Masterprogram i helsefag, Studieretning fysioterapivitenskap, og er utdannet fysioterapeut og spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi MNFF. Jeg har 20 års erfaring med arbeid med barn med skjeve hoder og skalleasymmetri, og andre barn med behov for regelmessig trening og oppfølging. Undersøkelsen er en mastergradsoppgave i regi av Universitetet i Bergen.

Studiens hensikt

Vi har lite systematisk kunnskap om hva som må til av helsefremming og forebyggende tiltak overfor foreldre som bidrar til å redusere utvikling av favorittside og skjev hodefasong etter fødsel.

Målsettingen med studien er å få mer informasjon om hva og hvordan helsepersonell som er i kontakt med målgruppen, tenker og informerer om denne problematikken, og ellers handler i forhold til dette.

Økt kunnskap om hva helsepersonell tenker og hvordan de arbeider, kan bidra til mer effektive forebyggende tiltak for å redusere antall nye tilfeller som utvikler favorittside og skjev hodefasong. Prevalensen er i dag på ca. 20 % av alle nyfødte babyer, og barnefysioterapeuter bruker årlig store ressurser på behandling av disse babyene og veiledning av deres foreldre.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer at du blir med på et ca. 1-2 timers gruppeintervju en gang sammen med andre som møter denne gruppen og deres foreldre i deres daglige arbeid som helsepersonell.

Det er tenkt 3 ulike fokusgruppeintervjuer: gruppe A) består av helsesøstre, gruppe B) består av jordmødre i kommunen og på sykehus, og gruppe C) består av fysioterapeuter som arbeider med behandling av spedbarn.

Det innebærer videre at intervjuer/masterstudent er moderator for intervjuene, mens en co-moderator fra universitetet vil være med som medhjelper under intervjuene. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert etter etiske og datatekniske retningslinjer.

Mulige fordeler og ulemper

En fordel med studien vil være at du som helsepersonell vil få mulighet til å fortelle om dine erfaringer i forhold til denne pasientgruppen og deres foreldre, og dele tanker rundt forebygging med andre som også har erfaring med dette. Dermed kan du bidra til økt kunnskap med tanke på hva som blir gjort og eventuelt hva en mener må til for å forebygge fenomenet, og kanskje bidra til at insidensen reduseres.

En ulempe kan være at du må ta deg fri 1-2 timer fra normal arbeidstid, og må beregne reisetid/utgifter for å komme til angitt lokale for å delta på intervjuet. (Det kan evt. vurderes å ha intervjuet etter arbeidstid, hvor f.eks. parkering er gratis og uten problem).

Hva skjer med informasjonen om og fra deg?

All informasjon om deg og lydbåndopptak av intervjuet og tekstmaterialet fra intervjuene, vil bli oppbevart forsvarlig og makulert når prosjektet er avsluttet sommeren 2016. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke bli opprettet kodet navneliste, og det vil ikke være mulig å knytte deg direkte til opplysninger i forskningsmaterialet. Det er kun masterstudent og veileder (co-moderator) som er knyttet til prosjektet, som har tilgang til intervjumaterialet under prosjektperioden. All informasjon som rapporteres i studien vil være anonymisert. Dersom du/dere ønsker det, kan du/dere få kopi av Masteroppgaven, som studien munner ut i, når den foreligger. Undertegnede vil bestrebe seg på å formidle de samlede, anonymiserte resultatene av studien videre til helsestasjons- og barnefysioterapimiljøet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side, og sender den til: Ingunn Marie Holsen, Grimstadveien 169, 5252 Søreidgrend. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

Dersom har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede: på telefonnummer: 41651583.

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Hensikten med dette prosjektet er å finne mer ut av hva og hvordan helsepersonell i 1.linjetjenesten tenker og handler i forhold til vordende foreldre og foreldre med nyfødte babyer, for å forebygge utvikling av favorittside og skjev hodefasong hos spedbarn.

Jeg ønsker å få frem synspunkter, erfaringer og håndteringen av målgruppen sett fra helsepersonells perspektiv. Studien kan eventuelt bidra til å antyde alternative måter å drive helsefremmende og forebyggende arbeid på overfor denne pasientgruppen.

Inklusjonskriterier:

- Deltakerne skal være helsepersonell som er i kontakt med nyfødte spedbarn og nybakte foreldre eller vordende foreldre
- Deltakerne skal ha erfaring fra vurdering av babyer med skjeve hoder i min. 1 år
- Deltakerne skal favne de helsepersonellgrupper som kan ha tanker om forebyggende tiltak i forhold til favorittside og skjev hodefasong
- Deltakerne kan være privatpraktiserende barnefysioterapeuter

Eksklusjonskriterier:

- Deltakerne skal ikke være nyutdannede eller kun jobbe i skolehelsetjenesten
- Deltakerne skal ikke være fysioterapeuter som jobber i delte stillinger mellom barn og voksne

Tidsplan:

Prosjektet vil bli gjennomført som et deltidstudium over 2 år. Ferdigstilling våren 2016. Høsten 2014 vil bli brukt til å rekruttere et strategisk utvalg for fokusgruppeintervjuene. Datainnsamling vil foregå høsten 2014 og/eller våren 2015. Deretter vil datamaterialet bli analysert og bearbeidet, for så å sammenfattes i form av en masteroppgave.

Kostnader:

Deltakelse i studien vil ikke medføre kostnader for deltakerne.

Personvern og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres fra gruppen er muntlig materiale som blir transkribert til skriftform. Lydopptaket krypteres ved overføring til PC. Både lydopptak og transkripsjoner er det kun masterstudent/forsker og veileder som har tilgang til. Alt materialet vil bli slettet ved prosjektslutt. Informasjon fra intervjuene vil bli anonymisert ved rapportering i den ferdige masteroppgaven.

Intervjumaterialet skal ikke kobles mot noen former for registre, journaler eller lignende.

Masterstudent/forsker og veileder har taushetsplikt.

Veileder er professor Målfrid Råheim ved Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hun står formelt ansvarlig for prosjektet.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, i dette tilfellet innsyn i utskrifter av intervjuene/samtalene. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene du har gitt. Dersom du trekker deg fra studien, vil det være mulig å ikke sitere dine kommentarer direkte i presentasjonen av materialet.

Forsikring

Deltakelse i fokusgruppe innebærer ikke noen spesiell risiko for deltakerne, og det er ikke aktuelt med spesifikke forsikringsordninger knyttet til studien.

Informasjon om utfallet av studien

Kopi av Mastergradsoppgaven kan formidles dersom dette er ønskelig.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, masterstudent/prosjektleder i studien, dato)