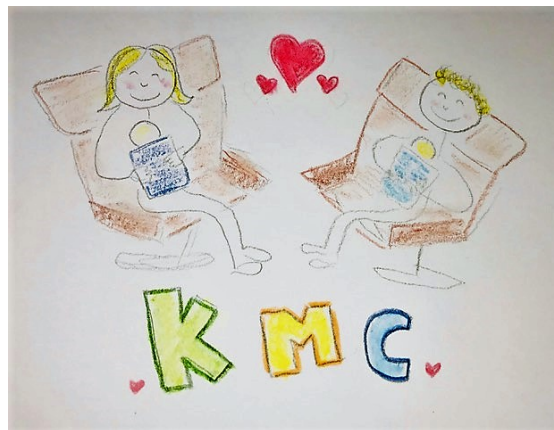


**MASTEROPPGAVE**  
**MASTERGRADSTUDIUM I BARNESYKEPLEIE**  
**MBARN5900**  
**November 2017**

Forslag til en implementeringsplan av fagprosedyren  
Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte.

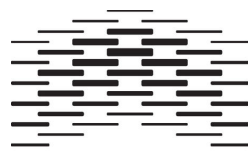
*Hvordan kan barnesykepleiere utvikle en kunnskapsbasert implementeringsplan for fagprosedyren:  
Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte, som kan anvendes på nyfødt intensivavdelinger?*



Christina Øyan Larsen, Malin Engebretsen og Pia Bloch

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid (SHA)**



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## FORORD

Våre erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert, og vår visjon om å gi den beste behandlingen til de minste barna på sykehus, har i lang tid engasjert oss. Det er til tider mye ansvar og en krevende hverdag vi har som barnesykepleiere, men samtidig er det svært lærerikt og givende. Etter to år videreutdanning i barnesykepleie har vi fått økt forståelse for barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder, noe som har inspirert oss til å ville skrive denne masteroppgaven. Vi opplever at det finnes mye god forskning og mange nye fagprosedyrer, men at disse ikke alltid blir anvendt til sitt fulle potensial på sykehusene vi jobber på. Ønsket var derfor å innhente kunnskap om kvalitetsarbeid og utvikle en implementeringsplan for en nylig publisert fagprosedyre, og på denne måten skape vedvarende endringer og mindre forskjeller mellom forskning og klinisk praksis.

Det har vært en spennende tid med mange gode opplevelser og mye faglig påfyll. Det har også vært en utfordrende periode i våre liv med fulltidsarbeid og familieliv ved siden av. Nå som slutten nærmer seg, ser vi frem til å bevege oss ut på arbeidsplassen vår med mange nye og nyttige arbeidsverktøy. Vi vil derfor benytte anledningen til å rette vår oppmerksomhet til de som har bidratt på vår reise, og ønsker å rette en ekstra stor takk til vår veileder Ingrid Helen Ravn, og våre private veiledere. Deres faglige bidrag, pedagogiske evner og støtte har gitt oss stå på-vilje gjennom tykt og tynt. Samtidig vil vi takke vår nærmeste familie for deres tålmodighet, støtte og oppmuntrende ord gjennom hele prosessen.

Vi håper at denne masteroppgaven kan gi noe tilbake til barna og sykepleiere på nyfødt intensivavdeling, og ikke minst til alle andre som leser den. Denne oppgaven har vi vært tre om og til slutt må vi få takke hverandre for et veldig godt samarbeid.

Oslo, 11.11.2017

Christina Øyan Larsen, Malin Engebretsen og Pia Bloch.

## SAMMENDRAG

**Prosjektets bakgrunn:** Kangaroo mother care (KMC) er et viktig tiltak for å fremme fysiologisk stabilitet hos premature og syke nyfødte barn. Likevel mangler omkring halvparten av nyfødte intensivavdelingene i Norge retningslinjer og foreldreinformasjon om KMC. Forskning viser at det er svært tidkrevende og vanskelig å implementere nye fagprosedyrer, og at dette er et område som det bør prioriteres å forske mer på.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med dette kvalitetsarbeidet er å utvikle en implementeringsplan, og dermed bidra til kunnskapsbasert praksis om KMC på nyfødte intensivavdelinger i Norge. Målet er derfor å sørge for at barn til enhver tid får den beste pleien ut i fra de nyeste anbefalingene som gis. Målgruppen for implementeringen er barnesykepleiere og annet helsepersonell på nyfødte intensivavdelinger. Følgende problemstilling er utarbeidet:

*Hvordan kan barnesykepleiere utvikle en kunnskapsbasert implementeringsplan for fagprosedyren: Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte, som kan anvendes på nyfødte intensivavdelinger?*

**Metode:** Metoden for å utvikle kvalitetsarbeidet baseres på forskning, litteratur, Modell for kvalitetsforbedring og Skolarus og Sales sin fem-trinns modell, erfarings- og pasientkunnskap.

**Resultater:** Arbeidet med masteroppgaven resulterte i en implementeringsplan utformet i en tabell med konkrete tiltak og aktiviteter for vellykket implementering. Før planen tas i bruk må den tilpasses lokale forhold og godkjennes av ledelsen på den aktuelle avdelingen.

**Konklusjon:** Implementeringsplanen kan bidra til fagutvikling og mindre uheldige variasjoner i praksis. Den kan gi sykepleiere mer kunnskap om KMC og fagprosedyren, bidra til tryggere omsorgspersoner og sørge for at premature og syke nyfødte barn får den beste anbefalte behandlingen.

**Nøkkelord:** Implementering, kvalitetsarbeid, kunnskap, barnesykepleie, KMC, premature, nyfødte.

## ENGLISH SUMMARY

**Project background:** Kangaroo mother care (KMC) is an important method to promote physiological stability to premature and sick newborns. Nevertheless, about half of the newborn intensive care units in Norway lack guidelines and parental information about KMC. Research shows that it is very time-consuming and difficult to implement new procedures, and that this is an area that should be better researched and prioritized.

**Purpose and problem:** The purpose of this quality work is to develop an implementation plan, and contribute to the knowledge-based practice on KMC in newborn intensive care units in Norway. The goal is to ensure that the child is always given the best care based on the latest recommendations. The target group for this implementation plan is paediatric nurses and other healthcare professionals in the newborn intensive care unit. With this in mind, the following theme has been prepared:

*How can a paediatric nurse develop a knowledge-based implementation plan for the procedure Kangaroo, skin-to-skin newborn, that can effectively be used in a newborn intensive care department?*

**Method:** The method for developing this quality work is based on research, literature, Model for Quality Improvement, Skolarus and Sales's five-step model, experience- and patient knowledge.

**Results:** This master thesis has resulted in an implementation plan with specific points for improvement measures. Before the plan is put to use, it must be adapted to local conditions and be approved by the management of the relevant department.

**Conclusion:** The implementation plan may contribute to quality improvement and less unfortunate variations in practice. It can give paediatric nurses more knowledge about the KMC procedure, provide caregivers the necessary tools to feel safe performing KMC, and at the same time give the best recommended treatment for premature and sick newborns.

**Keywords:** Implementation, quality work, knowledge, paediatric nursing, KMC, premature, newborn.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1 Presentasjon og bakgrunn .....	8
1.2 Hensikt .....	9
1.3 Avgrensing.....	9
1.4 Behov for kvalitetsarbeid.....	10
1.5 Disposisjon av oppgaven .....	11
<b>2.0 KANGAROO MOTHER CARE</b> .....	<b>12</b>
2.1 Identifisering av hemmende og fremmende faktorer for KMC .....	13
2.2 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for å ta i bruk KMC .....	15
<b>3.0 IMPLEMENTERING</b> .....	<b>18</b>
3.1 Forutsetninger for implementering.....	19
3.2 Barnesykepleierens funksjon og ansvar ved implementering .....	21
3.3 Aktuelt lovverk, stortingsmeldinger og retningslinjer.....	22
<b>4.0 KVALITETSARBEID I HELSETJENESTEN</b> .....	<b>24</b>
4.1 Fagutvikling .....	24
4.2 Tidligere kvalitetsarbeid .....	25
<b>5.0 METODE FOR KVALITETSARBEIDET</b> .....	<b>27</b>
5.1 Evaluering av fagprosedyren ved bruk av AGREE .....	27
5.2 Fagutvikling i komplekse systemer.....	29
5.3 Modell for kvalitetsforbedring.....	30
5.4 Modell av Skolarus og Sales .....	32
5.5. Litteratursøk og søkestrategi .....	33
5.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	37
5.7 Forskningskunnskap .....	39
5.8 Erfaringskunnskap .....	40
5.9 Pasientkunnskap .....	40
5.10 Kildekritikk .....	41
<b>6.0 ETISK REFLEKSJON</b> .....	<b>44</b>
6.1 Fire grunnleggende etiske prinsipper .....	44

<b>7.0 UTFORMING AV IMPLEMENTERINGSPLANEN.....</b>	<b>48</b>
<b>7.1 Forberede.....</b>	<b>48</b>
7.1.1 Felles erkjennelse av behovet for forbedring .....	48
7.1.2 Forankre og organisere forbedringsarbeidet.....	49
7.1.3 Klargjøre kunnskapsgrunnlaget- forskning, erfaring og brukerkunnskap.....	50
<b>7.2 Planlegge.....</b>	<b>53</b>
7.2.1 Kartlegge behov og dagens praksis.....	53
7.2.2 Sette mål.....	56
7.2.3 Velge måleverktøy .....	59
7.2.4 Finne/utvikle forbedringstiltak .....	63
<b>7.3 Utføre.....</b>	<b>65</b>
<b>8.0 PRESENTASJON AV IMPLEMENTERINGSPLANEN .....</b>	<b>67</b>
<b>8.1 Evaluere .....</b>	<b>73</b>
8.1.1 Måle og reflektere over resultater .....	73
8.1.2 Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere.....	74
<b>8.2 Følge opp.....</b>	<b>75</b>
8.2.1 Implementere ny praksis .....	75
8.2.2 Sikre videreføring.....	75
8.2.3 Dele erfaringene med forbedringene .....	76
<b>9.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>77</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>79</b>
Tabell 1: PICO-skjema.....	36
Tabell 2: Oversikt over kunnskapssøk i de ulike databasene.....	39
Tabell 3: Kategorisering av bøker, artikler og annen litteratur etter tema.....	40
Tabell 4: Hemmende og fremmende faktorer i kvalitetsarbeidet.....	51
Tabell 5: Implementeringsplan for fagprosedyren <i>Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte</i> .....	67
Figur 1: Modell for kvalitetsforbedring.....	31
Figur 2: Steps to systematic intervention design for implementation of evidencebased practices.....	32
Figur 3: Kunnskapspyramiden.....	35
Figur 4: Påminner.....	63

Vedlegg 1: Fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*.

Vedlegg 2: The AGREE Collaboration.

Vedlegg 3: Epost med tillatelse til å oversette Skolarus og Sales sin fem-trinns modell.

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon og bakgrunn

På verdensbasis dør det om lag 2,7 millioner nyfødte barn hvert år, og den største årsaken til dødsfallene er komplikasjoner forbundet med prematur fødsel (Chan, Labar, Wall & Atun, 2016). I Norge blir det årlig født cirka 60.000 barn, hvorav i underkant 6 prosent blir født prematurt (Folkehelseinstituttet, 2015a). I gjennomsnitt innlegges drøyt 10 prosent av alle fødte barn i Norge på en nyfødt intensivavdeling (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017).

Forskning viser at hud-mot-hud kontakt mellom premature- og syke nyfødte barn og deres omsorgspersoner, kan være med på å redusere dødelighet, ved at det blant annet bidrar til fysiologisk stabilitet hos barnet (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016). World Health Organization (WHO) anbefaler hud-mot-hud kontakt 24 timer i døgnet for premature barn (WHO, 2003), men funn i nyere forskning viser at norsk praksis ligger langt etter på dette området (Lode, Andersen & Eriksson, 2015). En av forklaringene kan være at det per i dag ikke er implementert en fagprosedyre angående hud-mot-hud kontakt på alle norske nyfødt intensivavdelinger. Det var først i 2016 at det ble publisert en fagprosedyre ved navn *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*, på nasjonalt nivå gjennom Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer på Helsebiblioteket (Kiplesund et al., 2016. Vedlegg 1).

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor og jobberfaring som barnesykepleiere fra nyfødt intensiv- og barnemedisinsk avdeling, ses det et stort behov for å innhente kunnskap om hvordan fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*, kan implementeres i praksis. Da fagprosedyren er publisert på Helsebiblioteket, er den allerede kvalitetssikret ved at metode og minstekrav for utvikling av prosedyrer er fulgt (Helsebiblioteket, udatert). For selv å kvalitetssikre fagprosedyren og metoderapporten, har den blitt vurdert individuelt av de tre masterstudentene via Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) (The AGREE Collaboration, 2013, vedlegg 2), dette forklares nærmere i kapittel 5.1. Det vil utvikles en implementeringsplan ved bruk av Modell for kvalitetsforbedring, samt en modell av Skolarus og Sales (Folkehelseinstituttet, 2015; Skolarus & Sales, 2015). Målgruppen for



implementeringen er barnesykepleiere og annet helsepersonell som gir pleie og behandling til premature og syke barn på nyfødt intensivavdelinger i Norge. Denne masteroppgaven er et kvalitetsarbeid og utarbeides som et fagutviklingsarbeid.

Ved å implementere denne fagprosedyren kan barnesykepleiere bidra til fagutvikling og minske uheldige variasjoner i praksis (Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015). Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for barnesykepleiere, sier at barnesykepleie skal ytes på grunnlag av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Barnesykepleiere har et selvstendig faglig ansvar i forhold til å drive fagutviklingsarbeid i den kliniske yrkesutøvelsen (Barnesykepleierforbundet NSF (BSF) 2017).

Følgende problemstilling har blitt utarbeidet:

*Hvordan kan barnesykepleiere utvikle en kunnskapsbasert implementeringsplan for fagprosedyren: Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte, som kan anvendes på nyfødt intensivavdelinger?*

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med dette kvalitetsarbeidet er å lage en planlagt og kontrollert implementeringsplan for den nevnte fagprosedyren, som kan komme barn, omsorgspersoner, sykepleiere og avdelingen til nytte. Målet er derfor ikke å utvikle ny teoretisk kunnskap, men å implementere allerede eksisterende kunnskap i praksis. I tillegg er det ønskelig å fremme lik klinisk praksis og bidra til å sikre faglig forsvarlig sykepleie.

## **1.3 Avgrensning**

Det er fordelaktig å forklare noen begreper og avgrensninger som blir brukt igjennom masteroppgaven for å gi leseren bedre forståelse. Kvalitetsarbeid omhandler tre forskjellige tilnærminger; kvalitetssikring, kvalitetskontroll eller fagutvikling, hvorav sistnevnte er fokus for denne oppgaven. Kvalitetsarbeid er begrepet som i hovedsak vil bli tatt i bruk. I fagprosedyren er kenguru hud-mot-hud kontakt definert som *“Det premature eller syke barnet ligger hud-mot-hud på foreldrenes bryst, kun iført bleie og eventuelt lue. Foreldre i*

*denne sammenheng innebærer også nære omsorgspersoner”* (Kiplesund et al., 2016, s. 4). Gjennom masteroppgaven vil den engelske forkortelsen KMC (Kangaroo mother care), bli anvendt i omtalen av kenguru hud-mot-hud, fordi det erfaringsmessig er det begrepet som blir mest brukt i Norge og i resten av verden. Prematur betyr umodent og begrepet brukes om alle barn født før svangerskapsuke 37 (Pammi, 2017). Tittelen barnesykepleiere vil for det meste bli brukt gjennom oppgaven, men benevnelsen vil også i flere sammenhenger omhandle sykepleiere både med og uten videreutdanning. Betegnelsen omsorgspersoner vil bli benyttet, og omhandler både foreldre, mor og/eller far, men også andre som kan ha rollen i KMC, for eksempel søsken, besteforeldre eller beredskapsfamilier. Noen steder i oppgaven vil fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud- nyfødte*, kun omtales som fagprosedyren, i stedet for å skrive navnet på prosedyren hver gang den omtales. Masterstudentene har laget forslag til sjekklister, spørreskjema og intervjuguide som er inkludert i selve oppgaveteksten, i stedet for som vedlegg. Dette for å gi leseren et helhetlig bilde av prosessen som forskning anbefaler skal ligge til grunn for en vellykket implementering i helsevesenet. I masteroppgaven benyttes allerede eksisterende forskning. Oppgaven skrives av barnesykepleiere, og det foreligger ingen habilitetsproblematikk eller interessekonflikter.

#### **1.4 Behov for kvalitetsarbeid**

Masterstudentene har i forbindelse med oppgaven hospitert et par uker på Rikshospitalet i København i Danmark. Gjennom disse ukene ble det erfart at det er forskjeller mellom landene vedrørende KMC. I København har de et stort fokus på foreldrebasert omsorg. Det finnes egne foreldrerom og foreldrene utfører mange prosedyrer på barnet sitt selv. Det kan blant annet være å kontrollere riktig beliggenhet av ernæringssonde, gi måltider og vitaminer. Dette kan erfaringsmessig gjøre at foreldrene opplever mestring. Barna selv hadde også muligheten til å ligge opptil 24 timer ute i KMC, og tilbakemeldingene fra omsorgspersonene var utelukkende positive. I 2015 fikk også nyfødt intensivavdelingen i København utarbeidet en klinisk retningslinje vedrørende KMC (Center for kliniske retningslinjer, 2015). En norsk studie fra 2015 konkluderte med at omkring halvparten av nyfødt intensivavdelingene i Norge mangler retningslinjer for, og foreldreinformasjon om KMC. Faktorer som praktiske forhold, sykepleiernes kunnskaper, holdninger og praksis, samt pleiekulturen i avdelingen påvirker også bruken av KMC (Lode et al., 2015). Syke nyfødte og premature barn innlagt på sykehus er sårbare, og dermed avhengig av sine omsorgspersoner. Det er viktig at det etableres et godt

samspill som danner grunnlag for en trygg tilknytning mellom dem (Kiplesund et al., 2016). Dette understøttes også av Barneombudet (2013), som påpeker at kvaliteten på omsorgen barna får av sine omsorgspersoner, vil være med på å fremme god helse, noe som igjen kan ha en betydning for deres kognitive utvikling. Funnene i disse studiene og hospiteringen i København ga inspirasjon til dette kvalitetsarbeidet, og bekrefter også hvorfor barnesykepleieres utarbeidelse av en implementeringsplan for fagprosedyren anses som nødvendig og viktig.

## **1.5 Disposisjon av oppgaven**

Frem til nå er kapittel *1.0 Innledning* presentert med fokus på presentasjon og bakgrunn, hensikt, avgrensning og behov for kvalitetsarbeidet. Videre i masteroppgavens neste kapittel *2.0 Kangaroo mother care* og *3.0 Implementering*, presenteres teori angående KMC, identifisering av hemmende og fremmende faktorer, implementering, forutsetninger for god implementering og barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder i forhold til disse temaene. I tillegg blir lovverk, stortingsmeldinger og retningslinjer omtalt. Videre i kapittel *4.0 Kvalitetsarbeid i helsetjenesten*, forklares begrepet fagutvikling og tidligere kvalitetsarbeid presenteres. I det påfølgende kapittelet *5.0 Metode for kvalitetsarbeidet*, vil det gis et innblikk i evaluering av valgt fagprosedyre ved bruk av instrumentet AGREE, deretter omtales temaet fagutvikling i komplekse systemer. Videre vil Modell for kvalitetsforbedring og Skolarus og Sales sin fem-trinns modell beskrives. Deretter presenteres kunnskapssøk og kildekritikk. *Etiske refleksjoner* drøftes i kapittel 6.0. Kapittel *7.0 Utforming av implementeringsplanen*, er utformet etter fasene i Modell for kvalitetsforbedring. Her vil store deler av forskningen, erfaringene og pasientkunnskapen, samt de valgte modellene for fagutvikling gjøres rede for og drøftes. Selve implementeringsplanen er utformet i kapittel *8.0 Presentasjon av implementeringsplanen* og her finnes også de siste fasene i Modell for kvalitetsforbedring. Masteroppgaven avrundes med kapittel *9.0 Konklusjon* som oppsummerer hovedfunnene i oppgaven og til slutt følger *Litteraturlisten*.

## 2.0 KANGAROO MOTHER CARE

KMC ble for første gang presentert av Dr. Edgar Rey Sanabria og Dr. Hector Martinez ved Instituto Materno Infantil i Bogotá, i Colombia, allerede i 1978. På den tiden var de på sykehuset i Bogotá rammet av økende plassmangel, økende infeksjonstall og de premature måtte dele senger, noe som igjen førte til økt dødelighet. De innførte derfor en ny metode i behandlingen av de premature. Mor skulle nå være barnets seng, temperaturregulator og trygghet. Mor skulle med andre ord fungere som en slags kuvøse. Mødrene satt i kenguruposisjon 24 timer i døgnet og dette medførte nedgang i antall infeksjoner og dødsfall. Metoden KMC er i dag utbredt og brukes overalt i verden (WHO, 2003; Nyquist, 2016; Steinnes, 2009).

KMC kan være med på å fremme fysiologisk stabilitet hos premature og syke nyfødte barn, samtidig som flere av de basale behovene til barnet blir dekket. Barnet får et lavere oksygenbehov, langsommere respirasjonsfrekvens og puls. Effektene er tidligere ammestart, bedre vektoppgang og utvikling, samt redusert antall infeksjoner som igjen kan føre til redusert dødelighet (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Moore et al., 2016). I følge lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 6-2, har barnet rett til samvær med omsorgspersonene sine såfremt det er medisinsk forsvarlig. KMC starter en positiv tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen gjennom tidlig bruk av hudkontakt, ved at barnet kjenner igjen omsorgspersonens stemme og lukt, samt opplever varme og nærhet (Tandberg & Steinnes, 2009). At omsorgspersonene inkluderes som en del av barnets behandling er et av målene innenfor familiebasert nyfødtomsorg. Det gjør at omsorgspersonene raskere tar del i stell, de lærer seg raskere å tolke barnets atferd og signaler, som igjen kan fremme tilknytning og samspill. Samspillet bevisstgjør deres kompetanse som barnets primære omsorgspersoner (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Kiplesund et al., 2016). Erfaring og forskning har vist at det i noen tilfeller kan gå opp til flere uker før barnet kommer ut i KMC, til tross for at man vet hvor helsefremmende det er.

I dagens praksis trekkes foreldre tidlig inn som omsorgspersoner i den prematures liv. WHO (2003) anbefaler, på bakgrunn av Dr. Ray og Dr. Martinez sine funn, KMC 24 timer i døgnet. Dette fordi KMC som tidligere nevnt tilfører noen fordeler som kuvøsen ikke kan gi. Ifølge

forskningen til Lode et al., (2015) ligger de premature barna i Norge i gjennomsnitt en til to ganger per dag på brystet til omsorgspersonene. Dette tilsvarer på det meste cirka seks timer per døgn. Forskningen avdekket også at barn med behov for kuvøse ved universitetssykehusene, hadde signifikant mindre KMC-tid med sine foreldre, enn kuvøsebarn ved de andre helseforetakene. Dette tilfredsstillter ikke WHO (2003) sine anbefalinger. Det er viktig å poengtere at selv om WHO sine anbefalinger er rettet mot hele verden, egner de seg mest for de mindre bemidlede- og ressurssterke sykehusene. Den bør derfor ses mer som en veileder enn en retningslinje. Drammen sykehus går frem som et godt eksempel for nyfødtintensiv omsorgen i Norge. De fikk i 2012 bygget en nyfødt intensivavdeling med fokus på KMC 24 timer i døgnet, med enerom til familiene (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Lode et al., 2015; Steinnes, 2009; WHO, 2003). Ikke alle nyfødt intensivavdelingene i Norge har midler til å gjøre det samme som Drammen sykehus, og det blir derfor desto viktigere å få implementere fagprosedyren om KMC. Ønsket må være at KMC gjennomføres selv om ikke fasilitetene er helt optimale, men fordi det er til det beste for barnet.

## **2.1 Identifisering av hemmende og fremmende faktorer for KMC**

Før en implementeringsplan utvikles og iverksettes er det nødvendig å identifisere barrierene angående implementering av KMC hos omsorgspersonene og barnesykepleiere. For å avdekke hvilke faktorer som kan være fremmende og hvilke som kan være hemmende for denne implementeringen, er det viktig å sikre at planen som utvikles er tilpasset den aktuelle situasjonen (Skolarus & Sales, 2015).

Seidman et al. (2015) og Smith, Bergelson, Constantian, Valsangkar og Chan (2017) har publisert hver sin systematiske oversikt der omsorgspersonenes barrierer rundt KMC avdekkes. Omsorgspersonene opplevde at de største barrierene var:

- knyttet til det fysiske miljøet
- mangel på praktisk hjelp fra de ansatte
- negative holdninger
- mors helsetilstand etter fødsel hadde innvirkning på hvor mye KMC barnet fikk

De viktigste faktorene for å fremme KMC var:

- mors og fars opplevelse av tilknytning med barnet sitt
- støtte fra familie og venner
- veiledningen og undervisningen omsorgspersonene fikk om KMC fra helsepersonellet.

KMC skal helst foregå over to til tre timer av gangen. Forflytningsprosessen fra seng til omsorgspersonen, kan være krevende for barnet. Dette tidspresset om langvarig KMC i stol/seng kan være utfordrende for omsorgspersonene, og krever god støtte fra barnesykepleieren. Dette er viktig for en optimal og vellykket gjennomføring av tiltaket, samt for opplevelsen mor eller far vil sitte igjen med (Seidman et al., 2015). Resultat fra en kvalitativ studie som retter seg primært mot fars-perspektivet viste at fedre hadde positive opplevelser med bruk av KMC, og at de følte seg like viktige som mor i KMC-rollen (Olsson, Eriksson & Anderzén-Carlsson, 2017).

Den systematiske oversikten *Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers* fra 2016, skrevet av Chan, G., Labar A. S., Wall S. og Atuna R., trekker frem forskjellige barrierer angående implementering av KMC som også inkluderer sykepleieperspektivet. Her blir følgende barrierer om implementering av KMC trukket fram:

- begrenset kunnskap om KMC blant de ansatte
- manglende tro på effekten av KMC blant de ansatte
- medisinsk behandling begrenser mulighetene for KMC
- høy arbeidsbelastning hos de ansatte gjorde at KMC ble nedprioritert
- manglende plass på avdeling til utførelse av KMC, med manglende støtte fra ledelsen til å endre på problemet
- manglende støtte og ressurser fra ledelsen
- ansatte med høyere utdanning og med erfaring om KMC, slutter ofte og starter i høyere stillinger.

De ovenstående barrierene oppleves forskjellig og varierer mye ut fra hvem som deltar i utførelsen av KMC. Artikkene konkluderer med at KMC er en kompleks intervensjon og at det derfor kreves et høyt brukerengasjement og involvering av den enkelte sykepleier for å oppnå suksess av KMC-gjennomføringen (Chan et al., 2016; Smith et al., 2017). Barneombudet (2014) påpeker at de fysiske forholdene på de ulike nyfødte intensivavdelingene i Norge kan variere, og enkelte steder kan avdelingene ha svært begrenset areal. De trange forholdene gjør det vanskelig å plassere stol og utstyr slik at KMC-posisjonen blir god for både barn og omsorgspersoner, og en optimal KMC situasjon kan utebli. Erfaringskunnskap bekrefter også dette i aller høyeste grad.

## **2.2 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for å ta i bruk KMC**

Barnesykepleierens ansvar i helsetjenesten består av ulike funksjoner av forskjellig karakter. Det er et selvstendig ansvar for barnesykepleieren å ivareta disse funksjonene, noe som hovedsakelig kan deles inn i to funksjonsområder. Det første defineres som direkte pasientrettet arbeid og omfatter behandlende-, lindrende-, forebyggende-, helsefremmende- og rehabiliterende/habiliterende funksjoner. Det andre funksjonsområdet; indirekte pasientrettet arbeid, består av lederskap/administrasjon-, undervisning/veiledning og fagutvikling. I praksis er de to funksjonsområdene en integrert helhet som barnesykepleieren utøver om hverandre avhengig av tid, sted og situasjon, samt hvilken målgruppe og praksisområde som barnesykepleieren står overfor. Med klinisk kompetanse skal barnesykepleieren ivareta barn som kan kategoriseres i forskjellige pasientgrupper, og i denne masteroppgaven trekkes premature og syke nyfødte med behov for behandling frem. Barnesykepleieren skal hele tiden vurdere hva som er til det beste for barnet (BSF, 2017).

Implementering av fagprosedyren er viktig, da forskning viser at KMC kan gi helsefremmende faktorer for barnet og omsorgspersonene (Smith et al., 2017). Selv om KMC blir anvendt på alle nyfødte intensivavdelinger i Norge, brukes KMC som tidligere nevnt, i varierende grad, og antall timer barnet ligger ute kan variere mye fra sykehus til sykehus (Lode et al., 2015). Dette kan skyldes at KMC enda ikke er godt nok implementert på nyfødteintensiv avdelingene i Norge, og at sykepleierne derfor ikke innehar tilstrekkelig kunnskap på feltet.

Barnesykepleie skal ytes på grunnlag av kunnskap, ferdigheter og holdninger.

Barnesykepleiere har et selvstendig faglig ansvar i forhold til den kliniske yrkesutøvelsen, samt i anvendelsen av fagfeltets nyeste kunnskap. En del av barnesykepleierens behandlende funksjon innebærer å ta ansvar ved å prioritere, vurdere, iverksette og evaluere relevante og nødvendige sykepleietiltak i forhold til pasientens tilstand (BSF, 2017). Å bli lagt hud-mot-hud på mors bryst for beskyttelse og varme har i et historisk perspektiv vært nødvendig for at det premature barnet skulle overleve. KMC vil kunne forebygge komplikasjoner og utviklingsskader, samt fremme modning, utvikling og vekst, og dette gir fordeler både for barn og omsorgspersoner (Lode et al., 2015; Smith, 2017; Steinnes, 2009).

Som en del av den forebyggende funksjonen, skal barnesykepleieren ivareta barnets individuelle behov. Dette innebærer blant annet at barnesykepleieren må være bevisst det fysiske miljøet i avdelingen rundt barnet, og skjerme barnet mot uønskete stimuli når det blant annet tas ut i KMC. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) er et omsorgsprogram hvor fokuset er å individuelt tilpasse pleien til barnet for å redusere stress, med tanke på barnets umodenhet. NIDCAP vektlegger det å lese barnets kroppsspråk for å forstå hva barnet prøver å uttrykke, for så å kunne respondere på barnets behov. Samtidig som NIDCAP fokuserer på at omsorgen skal tilpasses individuelt, så skal den også være familiesentrert og foreldrene skal være den viktigste deltageren i barnets liv (Sandtrø, 2009). Behandling av barn inkluderer alltid omsorgspersoner og deres rettigheter (BSF, 2017). Søsken til barn på sykehus kan oppleve utrygghet ved brudd i deres vante livsmønster. Deres egne bekymringer og foreldrenes fravær kan føre til savn, og de kan være engstelige for å bli syke selv. De kan også ha skyldfølelse for ting de har sagt eller gjort (Grønseth & Markestad, 2017). Søsken må derfor vies spesiell oppmerksomhet av barnesykepleieren.

Ved å benytte sin pedagogiske funksjon skal barnesykepleieren tilrettelegge for en situasjonstilpasset behandling, god informasjon og veiledning slik at familien kan oppleve trygghet, delaktighet, ansvar og mestring. Omsorgspersonene skal delta aktivt i pleien hvis barnets tilstand tillater det. Vurdering og tilrettelegging for bruken av KMC, knyttes til den kliniske yrkesutøvelsen og barnesykepleierens selvstendige funksjon (BSF, 2017). I en situasjon der KMC ikke kan utføres fordi barnets tilstand ikke tillater det, kan barnesykepleieren i stedet bruke omsorgspersonenes hånd til støtte under bleieskift, slik at



omsorgspersonene inkluderes og hudkontakt likevel finner sted. På den måten kan barnesykepleieren være med på å fremme tilknytning mellom omsorgspersonene og barnet, samt sikre at barnet får oppfylt sin rett til å ha minst en av omsorgspersonene hos seg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 3.0 IMPLEMENTERING

Studien til Sandvik, Stokke & Nortvedt (2011) påpeker at det sees utfordringer hos sykepleiere knyttet til det å implementere kunnskapsbasert praksis. Samtidig kan endringer på arbeidsplassen være noe av det mest krevende og stressende ansatte blir utsatt for (Løvsletten, 2013). Forskning på endringsprosesser viser også at norsk praksis står overfor et forbedringspotensial når det kommer til å implementere nye retningslinjer eller fagprosedyrer (Lode et al., 2015). Samtidig som det stilles et krav om at helsepersonell må være faglig oppdatert og jobbe kunnskapsbasert (Sandvik et al., 2011).

Implementering kan defineres som iverksetting eller realisering (Nordbø, 2017). Når en fagprosedyre er tilstrekkelig vurdert og har dokumentert for sine gunstige effekter på individer, populasjoner eller i helsevesenet, står man overfor spørsmålet om hvordan gå frem for å implementere prosedyren. Medical Research Councils (MRC) hevder at et sentralt element for vellykket implementering, er hvor stor vekt det legges på selve gjennomføringen. Implementering handler om å sette en nyskaping på plass, og skal være en aktiv prosess. Den skal inkludere effektive strategier som tilrettelegger og overvinner barrierer for å endre praksis. I de siste tiårene har implementering av tiltak, retningslinjer og fagprosedyrer generelt fått økt oppmerksomhet i helsevesenet (Achterberg, 2015).

Implementering av fagprosedyrer i helsevesenet har stadig blitt viktigere, noe som gjenspeiles i økningen av antall publiserte tidsskrifter som for eksempel International Journal of Quality of Healthcare, Implementation Science og British Medical Journal Quality and Safety (Achterberg, 2015). I tillegg til MRC, understreker sentrale politiske organisasjoner som WHO (2010) og European Science Foundation (ESF, 2011), viktigheten av å investere i implementering og kvalitetsforbedring innenfor helsevesenet. Samtidig påpeker forskere, politikere og organisasjonene nevnt tidligere, et stort behov for mer forskning rundt implementering (Achterberg, 2015). Dette kan forklares med at det tidligere er gjort feil prioriteringer i helsevesenet og at det har vært en ineffektiv bruk av de ansatte. Det viser seg at selv når helsepersonell har ny kunnskap om en effektiv pasientbehandling, ønsker de likevel ikke at praksisen deres endres. Utilstrekkelig bruk av den nyeste og oppdaterte forskningen i kliniske avgjørelser truer alle sentrale deler av helsevesenets kvalitet, nemlig

sikkerhet, effektivitet, aksept, pasientsikkerhet, aktualitet og tilgjengelighet (Achterberg, 2015).

### **3.1 Forutsetninger for implementering**

Modell for vedvarende forbedring utviklet av National Health Service (NHS), påpeker at en viktig forutsetning for god implementering og varig endring av praksis, økes markant hvis de ansatte opplever fordeler med forandringen. Med dette menes fordeler både for dem selv, pasientene og hele organisasjonen. Det er derfor nødvendig med en støttende og aktiv ledelse som tar ansvar for å forbedre avdelingen, gjennom å informere, motivere og gi de ansatte kompetanse til å bidra aktivt i forbedringsarbeidet. Dette utpekes som en av de største utfordringene i kvalitetsutvikling av helsetjenesten (Konsmo, 2015).

Innføring av en ny fagprosedyre representerer en endringsprosess, og endringer kan oppfattes som en trussel og skape usikkerhet hos de ansatte. Det er derfor helt vesentlig å legge til rette for en åpen samtale mellom de ansatte og ledelsen underveis i prosessen (Løvsletten, 2013). I samtalen bør lederen være tydelig angående formålet med endringen og be de ansatte bidra med sine ideer, vurderinger og holdninger. Det å styrke ansattes opplevelse av eierskap til fagprosedyren samt bygge ned motstand til endringer er helt grunnleggende, fordi negative holdninger kan føre til negative resultater for implementeringen (Konsmo, 2015). Man kan si at hver endring skal virke gjennom de personene som skal utøve endringen. Ledelsen bør motivere og tilrettelegge ressurser og organisasjonsmessige forhold kontinuerlig (Durlak & DuPre, 2008).

En forutsetning for vellykket implementering avhenger også av andre faktorer. Det forutsettes at en har fokus på kompetanseutvikling hos de ansatte, og faktorer knyttet til selve iverksettelsen av endringen. De som har ansvaret for implementeringen, må prioritere en grundig opplæring via undervisning og veiledning, samt ha felles diskusjoner med de ansatte (Konsmo, 2015). Det må også tildeles nødvendige ressurser i form av tid, utstyr, relevante samarbeidspartnere og tilrettelegging for å støtte oppunder de mål en ønsker å oppnå (Durlak & DuPre, 2008). Implementering innebærer samtidig å kartlegge barrierer, og deretter forsøke å fjerne disse for å kunne endre en daglig rutine (Achterberg, 2015; Helsedirektoratet, 2012). En endring av handlingsmønstre krever gjerne en oversiktlig, kontrollert og godt planlagt implementeringsstrategi (Helsedirektoratet, 2012).

I litteraturstudien til Sandvik et al. (2011) var hensikten å undersøke hvilke strategier som er effektive når det skal implementeres kunnskapsbasert praksis i sykehus. Deres funn er basert på elleve studier, hvorav tre av studiene er systematiske oversiktsartikler fra Cochrane Library, og åtte er enkeltstudier. Oppsummeringen er delt i fire hovedområder og understøtter det som er nevnt tidligere i dette kapittelet, nemlig betydningen av ressurser, barrierer, fagutvikling/kompetansebygging og ledelse. Funnene viser betydningen av å inneha tilstrekkelig kompetanse til å lese og forstå forskning. For at sykepleiere skulle se nytten av forskning i praksis, var det en fordel at forskningen hadde betydning for pasientpleien og var klinisk orientert. For å fremme bruken av kunnskapsbasert praksis, var det i tillegg viktig med positive og resultatorienterte ledere. Studiene viser videre at intervensjoner rettet mot ledelsen og organisatoriske infrastrukturer, samt tiltak mot lokale barrierer, synes å ha betydning for å lykkes.

Fretheim et al., (2015) har utarbeidet en rapport over systematiske oversikter på Kunnskapssenteret sin nettside. Denne rapporten oppsummerer forskningsresultater om effekten av tiltak rettet mot helsepersonell for implementering av faglige retningslinjer. De sannsynlige implementeringstiltakene som kan vise seg å være effektive er:

- kurs og møter
- klinisk beslutningsstøtte
- praksisbesøk
- monitorering og tilbakemelding
- lokale opinionsledere
- skreddersydde tiltak.

Tiltakene som er nevnt ovenfor, har moderat eller høy grad av tillit og kan føre til økt gjennomføring av retningslinjer og fagprosedyrer. Rapporten fant også mangelfull dokumentasjon og store variasjoner for enkelte andre tiltak om nettbasert læring, sjekklister, økonomiske insentiver og offentliggjøring av kvalitetsindikatorer. Det er dermed usikkert hvor stor gevinst en kan forvente seg ved å benytte disse tiltakene, og dermed er det vanskelig å si hvor effektive de vil være (Fretheim et al., 2015).

Erfaringskunnskaper understøtter i aller høyeste grad hva forskningsresultatene påpeker i dette kapittelet. Våre erfaringer viser at det ikke finnes et enkelt fasitsvar på hvordan man

vellykket kan implementere en ny fagprosedyre i praksis. Det ses store utfordringer knyttet til at det ikke er noen automatikk i at helsepersonell endrer praksis når det kommer ny kunnskap. Dette understøttes også som tidligere nevnt av Achterberg (2015). Erfaringer viser videre at mulige forklaringer kan være at det er manglende kapasitet og gjennomføringsevne på ledelsesnivå. De som jobber i avdelingen, må bli forklart fra ledelsen hvorfor fagprosedyrer er nyttig og ledelsen må motivere og samtidig få frem et tydelig budskap om behov for endring. Andre forklaringer kan være at det ofte er mange mennesker involvert i en slik prosess, at det er et lavt kunnskapsnivå om fagprosedyren eller at det er ulike verdier og holdninger på sykepleiernivå angående endring generelt. Det er også sannsynlig at det er et flertall av sykepleiere som ikke føler eierskap til fagprosedyrene, slik at de ikke tar på seg ansvaret for å implementere den nye kunnskapen til sine kollegaer i en travel jobbhverdag.

### **3.2 Barnesykepleierens funksjon og ansvar ved implementering**

Rapporten *I trygge hender 24-7*, av Skjellanger et al., (2015) påpeker at det er utfordrende og tidkrevende å implementere endringer som kan gi vedvarende forbedringer. § 3-4 a, i spesialisthelsetjenesteloven (1999) sier at enhver som yter helsehjelp etter denne lov, skal delta i arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Barnesykepleiere er med andre ord lovpålagt å drive med kvalitetsarbeid. Barnesykepleieren skal som tidligere nevnt, bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis og holde seg faglig oppdatert, inspirere til, og delta i kvalitetsutvikling og forskning innen eget fagområde. Dette utdypes i de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere. Der beskrives blant annet hva barnesykepleiere må strekke seg etter for å sikre god praksis innen profesjonen, og i møte med pasienten, pårørende, arbeidsstedet og samfunnet. Barnesykepleieren har et selvstendig ansvar for at ny kunnskap anvendes og at den skal bygge på forskning-, pasient- og erfaringsbasert kunnskap. Retningslinjene påpeker også at barnesykepleieren har et personlig ansvar for at sin egen praksis er juridisk og etisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Norsk Sykepleierforbund, 2013). Dette understøttes også i barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder hvor det står at barnesykepleieren må gjøre forskning tilgjengelig og ta initiativ til å implementere forskningsresultatene i praksis (BSF, 2017). Barnesykepleiere kan dermed bidra til å kvalitetssikre og forbedre klinisk pleie ved å utvikle et kvalitetsarbeid. Helsetjenester av god kvalitet sikres blant annet gjennom faglig kompetent helsepersonell som evner å ta pasientens behov på alvor og omsetter pålitelig kunnskap til gode tjenester, i et

system som fremmer helhet. Dette kan for eksempel være å implementere en fagprosedyre, slik som dette kvalitetsarbeidet. Her blir barnets behov for KMC ivaretatt, fagprosedyren baseres på pålitelig kunnskap og den implementeres ved bruk av to anerkjente modeller. For å oppnå helsetjenester av god kvalitet, trenger barnesykepleierne en god utdanning, riktige verktøy for beslutningsstøtte og lett tilgjengelig informasjon. Videre trengs det gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Den enkelte barnesykepleiers evne til å skape en god relasjon med pasient og omsorgspersoner og evnen til å handle etisk forsvarlig vil også være av stor betydning. Det å bli møtt med omtanke og respekt, i kombinasjon med faglig god behandling, er et uttrykk for god kvalitet (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### **3.3 Aktuelt lovverk, stortingsmeldinger og retningslinjer**

Barnesykepleiere har spesialkompetanse og skal bidra til å sikre kunnskapsbasert praksis, underlagt lov om helsepersonell (1999). Den påpeker at alt helsepersonell har et ansvar for å gi faglig forsvarlig pleie og behandling. I helsepersonelloven § 2-4 står det at: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". Ved å utøve faglig forsvarlig sykepleie styrkes barnets tilbud om trygg og sikker helsetjeneste, og barnesykepleieren er med på å redusere at barnet blir utsatt for unødvendige belastninger. Gjennom kunnskap, holdninger og ferdigheter kommer den sykepleiefaglige kompetanse til uttrykk, noe som igjen er blitt utviklet gjennom utdanning og erfaring hos den enkelte. Der hvor pasienter har en rett, har også helsepersonell på lik linje en plikt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonell har også et ansvar for å yte en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

Det å arbeide kunnskapsbasert er grunnleggende for å oppnå en tjeneste av god kvalitet.

Dette dreier seg både om det å utvikle og å ta i bruk pålitelig, relevant og oppdatert forskning. Stortingsmelding nummer 12; *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*, fremhever at det er grunnleggende viktig å lære av tidligere gode resultater og erfaringer, spesielt i helsevesenet, da det forebyggende aspektet i barnesykepleien har som mål å forhindre og redusere potensiell helsesvikt (Meld. St.12 (2015-2016), 2016). Kravet om at barn-, ungdommer-, og familiens rettigheter og interesser skal ivaretas, blir også enklere å oppnå når

barnesykepleieren opprettholder sin faglige kompetanse (BSF, 2017). Stortingsmelding nummer 11; *Nasjonal helse- og sykehusplan*, vektlegger samtidig viktigheten av videreutdanning og spesialisering som nødvendige tiltak for å imøtekomme dagens og fremtidens krav til helsetjenesten. Pasientene vil da få en moderne, trygg og effektiv behandling, noe som igjen vil være med på å sikre helsetjenester av en god kvalitet (Meld. St.11 (2015-2016), 2016). I retningslinjene om barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder påpekes det at man til enhver tid skal følge gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer/prosedyrer som gjør seg gjeldende i helsetjenesten. Samtidig skal man følge de yrkesetiske retningslinjer, ICNs kodeks for sykepleiere og Helsinkideklarasjonen (BSF, 2017). Dette vil utdypes nærmere i kapittel 6.0.

## **4.0 KVALITETSARBEID I HELSETJENESTEN**

I sosial- og helsetjenesten handler kvalitetsarbeid i hovedsak om tre forskjellige tilnærminger; kvalitetssikring, kvalitetskontroll eller fagutvikling, også kalt kvalitetsforbedring.

Kvalitetssikring har en faglig og klinisk tilnærming, mens kvalitetskontroll handler mer om å utvikle helhetlige og effektive systemer for kontroll. Fagutvikling dreier seg om å innføre nye eller bedre prosesser, systemer og tjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), noe som i hovedsak er fokus for masteroppgaven. Dette vil utdypes i kapittel 4.1.

En rapport fra kunnskapssenteret viser at helsetjenesten i Norge har flere forbedringsområder, og det erkjennes at tjenestene kan ha feil, mangler, svikt og uønsket variasjon (Haugum, Bjertnæs, Iversen, Lindahl & Nylenna, 2014). For å skape forbedringer i helsevesenet og sikre at tjenester er av god kvalitet, er det nødvendig med ulike tilnærminger og tiltak på forskjellige nivåer, det være seg samfunns- og systemnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, på mikrosystemnivå og i forhold til den enkelte utøver og bruker, i denne sammenheng barnesykepleier og pasient. På alle de forskjellige nivåene jobbes det med forbedring av kvaliteten på helsevesenet, og det jobbes mot et felles mål, herav tryggere og bedre helsetjenester for pasientene (Konsmo, 2009).

### **4.1 Fagutvikling**

Begrepet fagutvikling brukes om endringer i klinisk praksis, eksempelvis kan dette være forbedring av prosedyrer, rutiner, veiledning, undervisningsopplegg, implementering av ny kunnskap, ulike prosjekter, kvalitetsarbeid eller forskning (Sørås, 2007). I flere sammenhenger er fagutvikling det samme som kompetanseheving, og omfatter de ferdigheter, kunnskaper og holdninger som har betydning for å gjennomføre en oppgave tilfredsstillende. I den kliniske hverdagen er det viktig å påpeke behovet for å både ha fagutvikling og forskning i avdelingen (Løvsetten, 2013).

Fagutviklingsarbeid er viktig for å heve sykepleien, både kvalitetsmessig og faglig. Her er barnesykepleiere en sentral faggruppe på nyfødtintensiv avdelingene fordi de stiller med spesialisert kompetanse på sykepleie til akutt og/eller kritisk syke barn. Planlegging,



tilrettelegging og prioritering er avgjørende for å få til en positiv utvikling, samt sette fokus på å skape et miljø for utvikling og endring. Dette er en sentral og viktig lederoppgave i denne sammenhengen, men hvor god behandling og oppfølging pasientene får, er også avhengig av hvor dyktig hver enkelt barnesykepleier er. Kompetanseutvikling bør derfor omfatte både hver enkelt medarbeider og avdelingen som helhet. Ved å ha økt fokus på fagutvikling kan det gi bedre pasientbehandling og dyktigere medarbeidere (Løvsletten, 2013; Durlak & DuPre, 2008). Implementering av ny kunnskap eller rutiner og å få til varige endringer, kan være en utfordring (Løvsletten, 2013). Mange gode fagprosedyrer og retningslinjer har blitt avsluttet uten at man har klart å implementere dem. Uklare mål, stramt tidsskjema, dårlig ledelse og mangel på ressurser er ofte de vanligste hindringene for en vellykket implementering (Sørås, 2007). En forutsetning ligger derfor hos den enkelte barnesykepleier og beror på barnesykepleierens vilje til å øke sin egen kompetanse, samt at avdelingen har tilrettelagt for denne fagutviklingen. I funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere står det at den enkelte må ta ansvar for å kvalitetssikre faglige standarder gjennom sitt pedagogiske, forsknings- og fagutviklingsansvar (BSF, 2017).

#### **4.2 Tidligere kvalitetsarbeid**

For å få en oversikt over tidligere kvalitetsarbeid på temaene i masteroppgaven, ble det våren 2017 gjort søk etter internasjonale og nasjonale retningslinjer. Det ble først søkt etter retningslinjer for KMC. På nasjonalt nivå ble det søkt i Helsebiblioteket og Helsedirektoratets sine databaser, og det ble to relevante funn: *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen nytt liv og trygg barseltid for familien* (Helsedirektoratet, 2014) og *Faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn* (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). Retningslinjene forklarer bruk og effekt av KMC, samt hva KMC har å si for tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonene, men innholdet fokuserer generelt på å sikre god kvalitet i barselomsorgen og oppfølging av for tidlig fødte barn. Det finnes også en *Akuttveileder i pediatri* (Norsk barnelegeforening 2013), en *Generell veileder i pediatri* (Norsk barnelegeforening, 2011) og en *Metodebok i nyfødtdedisin* (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2017). Veilederne og metodeboken har først og fremst medisinsk innhold, og inneholder begrenset informasjon om KMC. Ingen av de overnevnte funnene er inkludert i oppgaven på grunn av manglende relevans.

På internasjonalt nivå ble det søkt etter tidligere kvalitetsarbeid om KMC i databasene Guidelines International Network og NICE clinical guidelines uten noen relevante funn. I National Guideline Clearinghouse ble det funnet én retningslinje kalt *Best evidence statement (BESt)*. *Skin to skin care in a level III-IV NICU*, som baserer seg på to Cochrane studier. Denne retningslinjen brukes som teori i denne oppgaven (Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 2013). I oppslagsverket BMJ Best Practice (Pammi, 2017) fantes en retningslinje om pleie til premature barn. Under hospiteringen i København ble det opplyst fra en barnesykepleier om en aktuell dansk retningslinje: *Klinisk retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellom præmature børn og deres forældre*, utgitt i 2015 av Center for kliniske retningslinjer. Denne danske retningslinjen er brukt som en av referansene i fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud, nyfødte*.

Videre ble det søkt etter nasjonale og internasjonale retningslinjer om implementering i Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Guidelines International Network og NICE clinical guidelines sine databaser, uten noen relevante funn. Søk i Kunnskapscenteret ga derimot ett relevant treff på en systematisk oversikt som brukes i masteroppgaven; *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer* (Fretheim et al., 2015), og ett treff på *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (Helsedirektoratet, 2012). I kapittel 5.5 presenteres litteratursøk og søkestrategi for utvalgt og inkludert kunnskap i masteroppgaven.

## 5.0 METODE FOR KVALITETSARBEIDET

Det blir benyttet flere forskjellige modeller til fagutvikling i helsetjenesten. Fellestrekk ved modellene er at de alle er relativt komplekse og inneholder forskjellige elementer som påvirker hverandre. Det er metodologisk utfordrende å dokumentere hvor effektive de ulike metodene er, og nettopp derfor kan det være viktig å få mer kunnskap på dette området. Til tross for disse utfordringene, viser det seg at når de ulike modellene sammenliknes, finnes det noen nødvendige forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av fagutvikling (Folkehelseinstituttet, 2015). Disse forutsetningene er;

- Fagutviklingsarbeidet må være forankret på alle nivåer i ledelsen
- Et engasjert og aktivt tverrfaglig helsepersonell
- At tiltakene som benyttes er helhetlige, skreddersydd og tilpasset konteksten i den enkelte avdeling
- At fagutviklingsarbeidet er integrert i og stemmer overens med sykehusets visjoner og mål
- Fagutviklingsarbeidet må være integrert i avdelingens daglige arbeid, både for ledere og ansatte. Nødvendig og tilstrekkelig opplæring må gis (Folkehelseinstituttet, 2015).

Modell for kvalitetsforbedring, som ble utarbeidet av Folkehelseinstituttet i 2015, benyttes som hovedmodell ved utarbeidelsen av implementeringsplanen i dette kvalitetsarbeidet. Den suppleres med en modell laget av Skolarus og Sales (2015), da masterstudentene ser behovet for å benytte to modeller for å sikre en vellykket implementering. Modellene utfyller hverandre, er godt kvalitetssikret og anses som godt egnede verktøy for implementering av fagprosedyrer i helsevesenet. Modellene beskrives ytterligere senere i kapittelet, men først en presentasjon av gjennomført fagprosedyrevurdering. Dette er gjort ved hjelp av verktøyet AGREE og beskrives nedenfor (The AGREE Collaboration, 2013).

### 5.1 Evaluering av fagprosedyren ved bruk av AGREE

AGREE er et instrument som gjør det mulig å gjøre en vurdering av retningslinjer og fagprosedyrers validitet. Ved bruk av AGREE-instrumentet evalueres ikke bare kvaliteten av

fagprosedyren, men også kvaliteten på de synspunktene som ligger til grunn for anbefalingen. På bakgrunn av det blir målet å oppnå en valid fagprosedyre av tilstrekkelig god kvalitet slik at den kan implementeres med visshet om dette. Dog skal det nevnes at AGREE ikke vurderer fagprosedyrens innflytelse på resultatet av pasientbehandlingen. AGREE er utarbeidet med den hensikt å bedømme nye, oppdaterte og allerede eksisterende retningslinjer på nasjonalt og internasjonalt nivå for ulike arbeidsgrupper. Den er beregnet til bruk på flere grupper, blant annet helsepersonell, som ønsker å gjennomføre en egen vurdering, før anbefalingene tas i bruk (The AGREE Collaboration, 2013).

AGREE-instrumentet består av 23 punkter fordelt på seks hovedområder:

- Avgrensning og formål
- Involvering av interessenter
- Metodisk nøyaktighet
- Klarhet og presentasjon
- Redaksjonell uavhengighet (The AGREE Collaboration, 2013).

Hvert hovedområde har som formål å kartlegge en særskilt side av fagprosedyren. Det anbefales at det er minst to personer som evaluerer, men helst fire for å øke påliteligheten. Fagprosedyren og den tilhørende metoderapporten ble i denne masteroppgaven evaluert individuelt av de tre masterstudentene. Det ble brukt en fire-punktskala, hvor: 4 = helt enig, 3 = enig, 2 = uenig og 1 = helt uenig. Svarene er ført inn i tabeller, der hver tabell representerer ett hovedområde. Det gjøres en summering etter hver enkelt tabell da de seks hovedområdenes poengsum er uavhengige, og ikke burde slås sammen. De uavhengige poengsummene kan være hensiktsmessige når man skal sammenlikne fagprosedyrer og dersom man skal bruke eller anbefale én, fremfor en annen. I veilederen til AGREE er det ikke fastsatt en bestemt grenseverdi på hva som er en god eller dårlig fagprosedyre. Det finnes derimot en samlet vurdering der de som har evaluert, kan diskutere om kvaliteten på innholdet og fagprosedyren kan anbefales (The AGREE Collaboration, 2013). Etter nøye gjennomgang med bruk av AGREE-instrumentet har masterstudentenes evaluering kommet frem til at fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*, er varmt å anbefale da det er enighet på alle punkter i AGREE-vurderingen (se vedlegg 2). Ytterligere vurderinger og eventuelle lokale tilpasninger med blant annet intern høring av prosedyren, vil ikke gjennomføres da dette anses til ikke å være relevant for denne masteroppgaven. Det presiseres likevel at dette er et

viktig punkt og det er derfor inkludert i selve implementeringsplanen. Fagprosedyren må da i tillegg overføres til den aktuelle avdelingens prosedyreoppslagsverk.

## 5.2 Fagutvikling i komplekse systemer

Som nevnt tidligere, er det lovbestemt at enhver som yter helsetjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for fagutvikling og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Fagutvikling i helsetjenesten gjennomføres i et såkalt komplekst system, noe som også er et sentralt element i tenkningen omkring Modell for kvalitetsforbedring (Kunnskapscenteret, 2015). Dette får noen konsekvenser for hvordan kvalitetsarbeidet bør drives for å lykkes og forklares derfor nærmere i dette avsnittet.

Kunnskapscenteret (2015) sier videre at komplekse systemer inneholder struktur, prosesser og kultur:

- Med struktur menes flere forskjellige områder, og i dette kvalitetsarbeidet er følgende områder relevante; bygninger, teknisk utstyr, antall ansatte, stillingsinstruksjoner, virksomhetsplaner, beskrivelse av rutiner og prosedyrer, lovverk og overordnede nasjonale føringer.
- Prosesser kan defineres på mange måter. Det kan for eksempel forstås som en rekke handlinger som er nødvendig for å løse en definert oppgave. Det omfatter de tjenestene som ytes overfor pasienter, og på hvilken måte det skjer.
- Kulturbegrepet er også komplekst og kan ha mange ulike definisjoner. Det handler om organisasjonskultur i denne sammenhengen og implementeringen av fagprosedyren vil påvirkes av organisasjonskulturen i avdelingen.

Organisasjonskultur kan beskrives ut fra tre nivåer:

1. Overflatekultur, det som kan observeres og som kommer til uttrykk blant annet gjennom kleskoder, atferd, arkitektur, møbler, med andre ord; det nivået som kan sanses.
2. Normer og verdier som uttrykkes, representerer det bildet organisasjonen ønsker å gi av seg selv.
3. Grunnleggende antakelser som har utviklet seg over tid, organisasjonens ubevisste oppfatning av virkeligheten. For eksempel hvordan beslutninger fattes, relasjoner skapes, makt utøves og uenighet takles. Dette kommer for

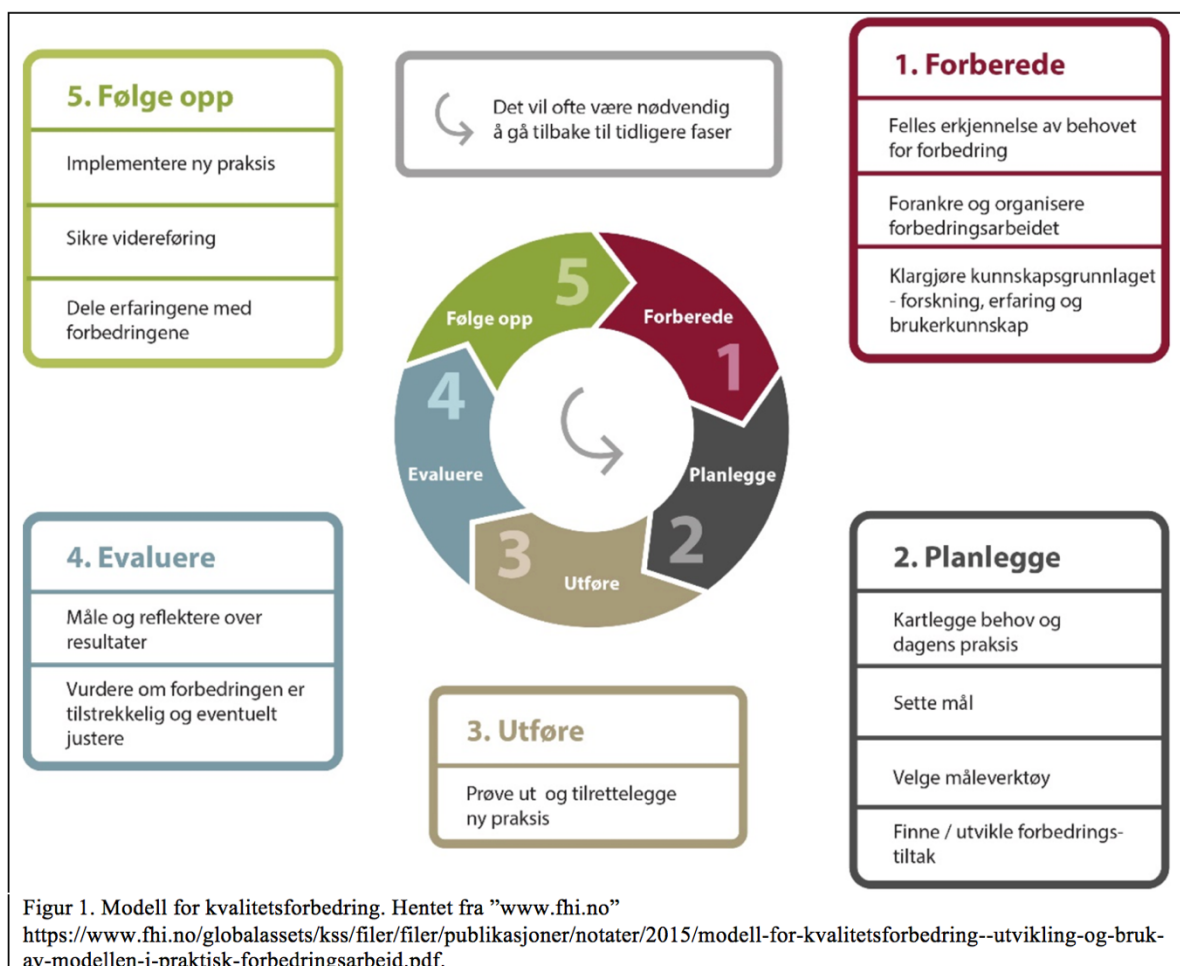
eksempel til syne i form av hvordan folk snakker til hverandre og hvilke holdninger de innehar (Kunnskapssenteret, 2015).

Det må være samsvar mellom de ulike nivåene i organisasjonskulturen for å unngå å skape utrygghet (Kunnskapssenteret, 2015). Dersom en avdelings visjon er å drive fagutvikling for å heve kompetansenivået til barnesykepleierne, men det i det daglige arbeidet ikke blir prioritert, kan det skapes utrygghet og muligens misnøye i arbeidsgruppen. Dette er av erfaring et kjent problem på mange avdelinger med høyt arbeidstempo og press på pasientinntaket. Ledelsen i organisasjonen må ha fokus på både struktur, prosess og kultur når tjenester skal forbedres. Det vil være viktig å følge med på hva som skjer på de to andre områdene når noe i prosessen endres; som når implementering av en fagprosedyre iverksettes. Med andre ord, når noe i prosessen endres, må man finne ut hvilke konsekvenser dette vil få for kulturen og strukturen i organisasjonen. En må følge med på og være bevisst hvilke personalgrupper som blir berørt, og på hvilken måte kulturen endres, samt hvordan implementeringen kan få konsekvenser for rutiner og retningslinjer (Kunnskapssenteret, 2015).

### **5.3 Modell for kvalitetsforbedring**

Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret ved Folkehelseinstituttet har utviklet en Modell for kvalitetsforbedring som benyttes som hovedmodell i utarbeidelsen av implementeringsplanen. Denne modellen er valgt fordi anbefalingene bygger på forskning, teori om forbedringsarbeid generelt og erfaring med praktisk forbedringsarbeid. Modellen er samtidig aktuell, da den er utviklet med bakgrunn i Demings sirkel, en anerkjent og mye brukt modell når det gjelder systematisk forbedringsarbeid. Den blir også kalt PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act). I Modell for kvalitetsforbedring er Demings sirkel utvidet og videreutviklet. Modellen kan fungere som en huskeliste for faktorer som forskning og erfaring har vist er nødvendig for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. Modellen kan benyttes i store og små forbedringsprosesser og kan dermed brukes i utarbeidelsen av implementeringsplanen (Folkehelseinstituttet, 2015).

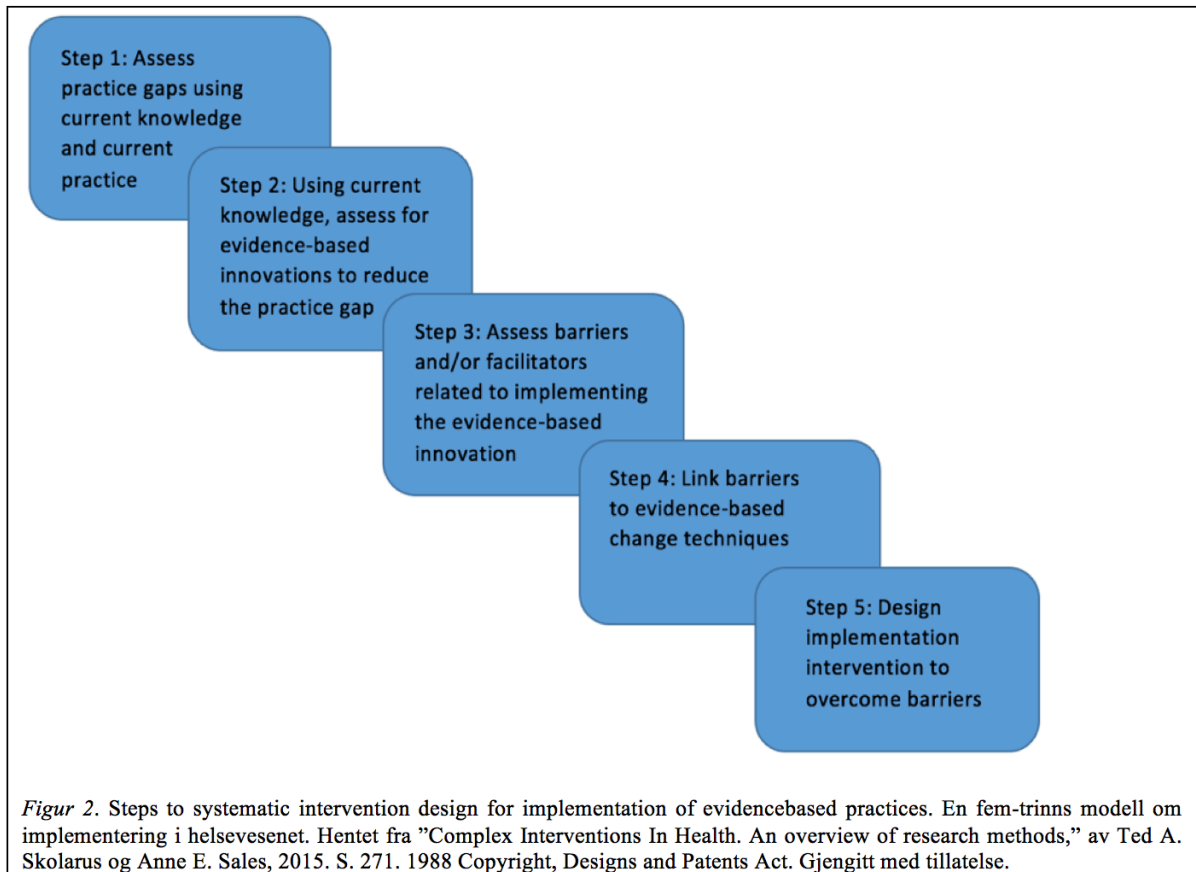
Modell for kvalitetsforbedring presenteres, i likhet med Demings modell, som en sirkel med piler som peker fra fase til fase. Dette er en måte å illustrere hvordan systematisk forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess. Selv om pilene i sirkelen peker i én retning, er det ofte nødvendig å gå tilbake til tidligere faser underveis i prosessen i systematiske forbedringsarbeid. Modellen er delt opp i fem faser som alle består av flere trinn og beskriver hvordan man kan gå fram for å oppnå forbedringer i tjenestene (Figur 1). De enkelte fasene må følges opp og eventuelt justeres for å opprettholde fokus, og endringer kan være nødvendig for å opprettholde resultatene (Folkehelseinstituttet, 2015). Fokuset i denne masteroppgaven vil primært være fase en og to i denne modellen. Fase tre, fire og fem forklares, men vil bli mer aktuelle ved realisering av implementeringen.



## 5.4 Modell av Skolarus og Sales

I boken *Complex intervention in health. An overview of research methods*, utgitt i 2015 av redaktørene David A. Richards og Ingalill Rahm Hallberg, er det et kapittel som handler om utfordringer angående implementeringsprosesser i helsevesenet. I dette kapittelet har professorene Anne E. Sales og Ted A. Skolarus utviklet en fem-trinns modell som kan øke sjansen for å oppnå en vellykket implementering. Denne modellen ble det først gjort kjennskap til via videreutdanningen i barnesykepleie og er aktuell å ta i bruk da den er nylig utviklet, samt tilpasset implementering i komplekse systemer i helsevesenet.

Modellen inneholder følgende punkter:



Modellen har blitt oversatt til norsk av masterstudentene:

*Trinn 1:* Vurder de manglene som finnes i avdelingen ved å se på nåværende kunnskap og praksis.

*Trinn 2:* Med utgangspunkt i dagens kunnskap, vurder evidensbaserte innovasjoner som kan redusere uheldige variasjoner i praksis.



*Trinn 3:* Vurder og kartlegg barrierer og/eller fasilitatorer (en tilrettelegger) som kan få betydning for implementering av evidensbasert innovasjon.

*Trinn 4:* Koble barrierer sammen med evidensbaserte endringsteknikker.

*Trinn 5:* Design en implementeringsintervensjon for å overvinne barrierene.

I denne modellen trekkes trinn tre, fire og fem frem som aktuelle for implementeringsplanen. Trinn en og to anses som allerede utført der kunnskapsgrunnlaget presenteres underveis i masteroppgaven.

## **5.5. Litteratursøk og søkestrategi**

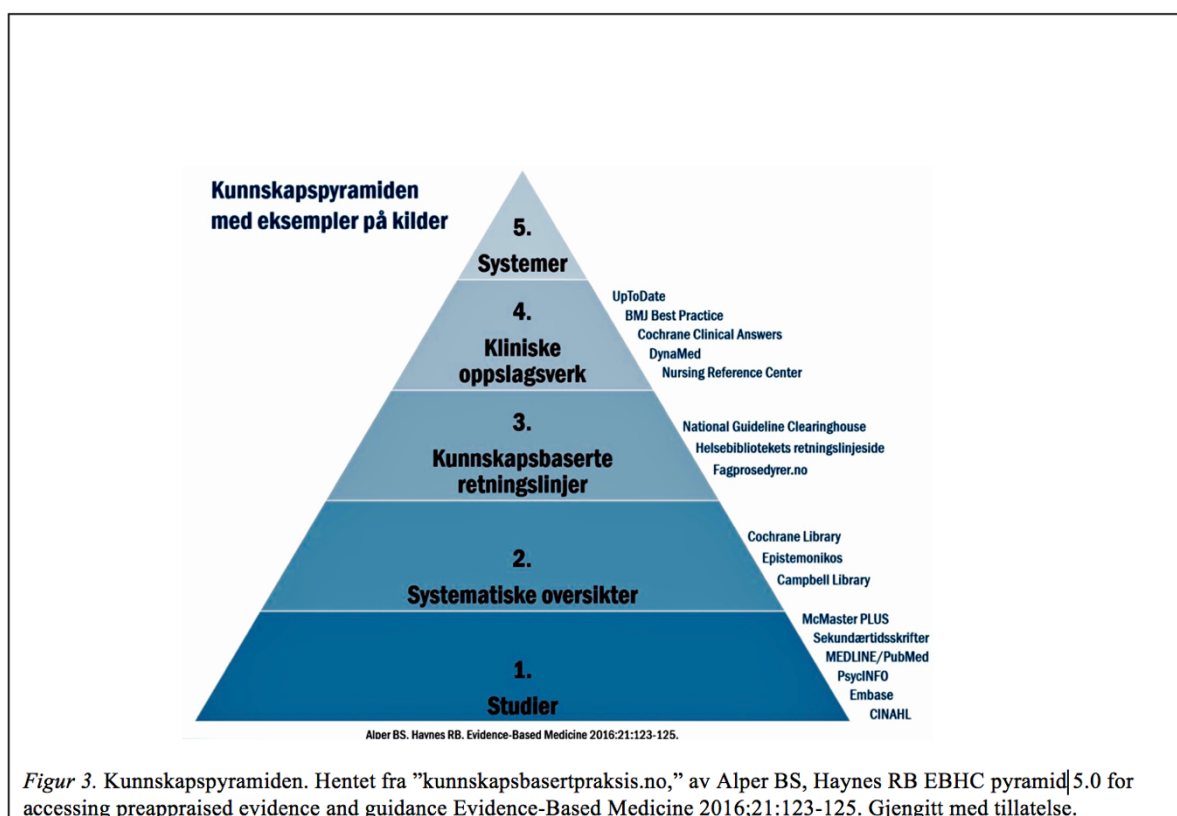
Kunnskapsbasert praksis har blitt mer integrert i dagens helsetjenester enn tidligere. Systematiske søk i litteraturen er nødvendig for at barnesykepleiere skal være faglig oppdaterte og jobbe faglig forsvarlig. Tilgang til den nyeste og oppdaterte forskning er avgjørende for gode kliniske beslutninger, og for å oppnå dette må søkeprosessen være organisert og omfattende (McGrath, Brown & Samra, 2012). Det er derfor anbefalt å starte og søke i kilder hvor oversikter og enkeltstudier allerede er godt kvalitetssikret med hensyn til vitenskapelig relevans og kvalitet. Samtidig vil konteksten eller miljøet som praksis foregår innenfor, samt prioriteringer, etiske vurderinger, faglig skjønn, pasient- og erfaringsbasert kunnskap, påvirke kvaliteten på pleie og behandling barnesykepleieren gir til barnet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Det holder derfor ikke bare at implementeringsplanen for fagprosedyren er forskningsbasert, den må også være gjennomførbar i praksis. Nedenfor redegjøres det for systematisk litteratursøk og søkestrategi.

Den forskningsbaserte kunnskapen til denne masteroppgaven er innhentet via databasesøk. I starten av året 2017 begynte søkeprosessen etter aktuell litteratur. Kunnskapspyramiden ble benyttet. Den representerer fem ulike nivåer av kunnskap og fungerer som et verktøy som kvalitetsvurderer og samler forskning, formet som en pyramide. Graden av oppsummert kunnskap og kvalitetsvurdering øker mot toppen av pyramiden og man bør man starte å søke så høyt oppe som mulig. Nivå fem, det øverste nivået i pyramiden representerer *systemer*. Her er kunnskap fra nivåene lengere ned i pyramiden innarbeidet i et beslutningsstøttesystem sammen med den elektroniske pasientjournalen. Slike systemer er ikke fullt utviklet i Norge, og tas derfor ikke i bruk enda. Nivå fire i pyramiden representerer *kunnskapsbaserte kliniske*

*oppslagsverk*, mens det på nivå tre finnes *kunnskapsbaserte retningslinjer*. I Norge skilles det mellom fagprosedyrer og retningslinjer, men begge deler tilhører dette nivået i

Kunnskapspyramiden. Da med forutsetning om at de er basert på systematisk innhentet og vurdert forskningsbasert kunnskap. Videre på nivå to finnes *systematiske oversikter*. Dette nivået inneholder både systematiske oversikter, oppsummeringer og kvalitetsvurderinger av systematiske oversikter. Nederst i pyramiden på nivå en, finnes *studier*. Her inkluderes bare studier som på en eller annen måte er utvalgt, oppsummert og/eller kritisk vurdert. Tidligere inkluderte dette trinnet også alminnelige enkeltstudier som ikke var vurdert.

Kunnskapspyramiden ble oppdatert i 2016, se figur 3, i denne nye versjonen ble disse studiene fjernet (Strømme, 2017). Dette betyr ikke nødvendigvis at alminnelige enkeltstudier ikke kan benyttes, men at det kreves mer kunnskaper av masterstudentene for å bedømme kvaliteten på metode og innhold i den enkelte studien. Samtidig må det tas hensyn til at de kunnskapsbaserte kliniske oppslagsverkene ikke alltid er nylig oppdatert, slik at den nyeste kunnskapen kan finnes i systematiske artikler og studier lengere ned i pyramidehierarkiet. Det er derfor gjort søk i alle delene av pyramiden i denne masteroppgaven. Viktige spørsmål å stille seg når søkeresultatene foreligger, er hvorvidt disse kan benyttes i praksis og om de er i samsvar med masteroppgavens tema og problemstilling. For å vurdere om en artikkel er aktuell, kan man begynne med å stille to essensielle spørsmål: Er temaet klart formulert? Er studiedesignet velegnet for temaet? Hvis svaret er nei på ett eller begge spørsmålene, bør man stille seg kritisk til videre bruk av denne artikkelen (Nortvedt et al., 2012).



Søkeprosessen startet i nivå tre og fire av Kunnskapspyramiden, hvor det ble søkt i UpToDate, Best Practice, EBM Guidelines, National Guideline Clearinghouse, Helsebibliotekets retningslinjer og fagprosedyrer.no. Videre ble det søkt i nivå to etter systematiske oversikter i The Cochrane Library. Litteratursøk etter studier er deretter gjennomført i McMaster PLUS, Pubmed og Chinal, samt håndsøk i ulike tidsskrifter som Sykepleien og Implementation Science, se tabell 2. Alle søkene i denne masteroppgaven ble strukturert ut fra rammeverket PICO for å gjøre de så presise som mulig. Bokstavene i PICO betegner bestemte elementer, se tabell 1. PICO anvendes blant annet for å formulere presise problemstillinger eller for å organisere og identifisere søkeord (Nortvedt et al., 2012). Det er brukt systematiserte søkeord som ofte omtales som MeSH-termer (Medical Subject Headings) (Helsebiblioteket, 2017), og søkeord på norsk samt engelsk. De presenteres i PICO-skjemaet nedenfor. MeSH-termene er identifisert ved hjelp av medisinsk bibliotekar. For å vurdere om artikler og enkeltstudier er av god kvalitet, er sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Kunnskapssenteret (2017) tatt i bruk.

Tabell 1:

PICO-skjema.

<b>P</b> <b>Person/pasient/ problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon/ eksponering</b>	<b>C</b> <b>Sammenlig ning</b>	<b>O</b> <b>Utfall: Nyfødte</b>	<b>Utfall: Mor/far/Fam ilien</b>	<b>Utfall: Helsepersonell</b>
Premature Newborn Infant Nurse Neonatal intensive careunit Nurses Experience Barriers Attitude Caregivers Families in NICU Low birth weight	Kangaroo mother care KMC Skin to skin contact Nursing Guidelines Clinical procedures Care Implementation /strategies	Mother/ father	Treatment outcome:  Vitale sign  Pain  Infection  Child  Development  Mortality  Patient discharge  Enviroment  Risk assessment  Gestational age  Breast feeding  Benefits	Mother- child relation.  Father-child relation.  Bonding  Attachement	Implementation/s trategies  Clinical competance  Guideline  Health knowledge, attitudes  Leadership  Ethics  Best practice  Quality Improvement models in healthcare settings  Evidence-based practice  Factors  Effectiveness

Prematur Nyfødte Sykepleier Nyfødtintensiv avdeling Sykepleie- erfaringer Barrierer Holdninger Omsorgspersoner Familier på Nyfødt avd. Lav fødselsvekt	Hud mot hud kontakt KMC Retningslinjer Prosedyrer Omsorg Implementering/ strategier	Mor/far	Behandlingsu tfall: Vitale målinger Smerte Infeksjon Barnets utvikling Dødelighet Utskrivelse Miljø Risiko vurdering Amming Fordeler	Mor-barn tilknytning Far-barn tilknytning Samspill	Implementering/ strategier Klinisk kompetanse Retningslinjer Kvalitet Kunnskapsgrun nlag, holdninger Lederskap Etikk Evidens baserte implementerings- modeller i helsevesenet Beste praksis Faktorer Fordeler
--	--	---------	--	--	--

## 5.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene og annen litteratur som er anvendt i oppgaven, er valgt ut på bakgrunn av følgende inklusjonskriterier:

- litteraturen er skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk
- forskning med resultater der overføringsverdien til Norge anses som god
- litteraturen er publisert etter år 2007
- forskning som omhandler premature barn født etter uke 28 og syke nyfødte barn innlagt på nyfødt intensivavdeling
- implementeringsmodeller som kan knyttes til helsevesenet.

Deretter ble følgende eksklusjonskriterier definert:

- forskning på intuberte premature- og nyfødte barn
- forskning på barn som får kjølebehandling eller har innlagt thorax-/pleuradren

- litteratur som ikke oppfyller kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler
- artikler som ikke er publisert i fulltekst.

Det anses som en fordel å velge litteratur på språk som masterstudentene behersker godt for å unngå størst mulig grad av feiltolkninger. Litteratur utgitt for mer enn ti år siden ekskluderes da det er viktig at forskningen er nylig oppdatert på området, slik at implementeringen gjenspeiler dagens anbefalinger. Litteraturen som velges skal også oppfylle metodiske krav. Dette anses som viktig ved bruk av vitenskapelige artikler for å undersøke om resultatene er til å stole på (Kunnskapssenteret, 2017). Forskning hvor overføringsverdien til Norge blir sett på som god, inkluderes uavhengig av hvilket land den er publisert i. Forskingen kan omhandle oppdatert forskning på KMC og implementering, og det er viktig å inkludere disse for å favne “hele” aspektet. Det ville derfor begrense antall funn dersom disse ble ekskludert. Det påpekes at forskningen muligens ikke gjenspeiler norske nyfødte intensivavdelinger fullstendig, med tanke på organisatoriske-, økonomiske- og/eller juridiske forhold.

Forskning på for tidlig fødte refererer ofte til en inndeling hvor barnet er født før eller etter uke 28. Pasientgruppen som er ekskludert i denne masteroppgaven og i fagprosedyren, er pasienter født før uke 28, definert som ekstremt premature. En svakhet ved å ekskludere denne gruppen er at erfaringskunnskap tilsier at det å være født før uke 28 i seg selv, ikke er et hinder for KMC. Det er også viktig å poengtere at denne pasientgruppen stadig blir større da flere barn født før uke 28 overlever (Pammi, 2017). Ustabile pasienter som for eksempel får kjølebehandling, eller har innlagt dren, ekskluderes da disse ikke er aktuelle for å tas ut i KMC i Norge.

Det er ønskelig med implementeringsmodeller som er publisert i nyere tid da implementering er et populært forskningsfelt og derfor stadig er i utvikling. Det er viktig å presisere at implementeringen må kunne knyttes til helsevesenet for å være relevant for dette kvalitetsarbeidet.

## 5.7 Forskningskunnskap

KMC og implementering er begge store temaer som det har blitt forsket mye på.

Litteratursøket omkring disse temaene ga derfor et stort antall treff i de ulike databasene, men få treff i kombinasjon sammen.

Tabell 2:

Oversikt over kunnskapssøk i de ulike databasene.

Database	Søkeår	Artikler til gjennomgang	Relevante artikler
Up to Date	2017	52	0
EBM Guidelines	2017	3	2
Best Practice	2017	1	1
Cochrane Library	2017	3	2
PubMed	2017	49	6
Implementation science	2017	23	2
Sykepleien	2017	12	5
Cinahl	2017	58	1
Tilsammen		202	19

Databasesøkene som er gjennomført til denne masteroppgaven, har vært omfattende og mange. Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av relevans for problemstillingen og fordi de innehar den nyeste forskningen på området. Masterstudentene fokuserte på tittel, sammendrag og konklusjon og leste disse fortløpende dersom artiklene oppfylte inklusjonskriteriene. Artiklene og annen litteratur som blir anvendt i masteroppgaven, men som ikke ble funnet via systematiske databasesøk, ble funnet i artiklers litteraturliste, gjennom tips fra veileder, kollegaer og bibliotekar på et medisinsk bibliotek. De aktuelle artiklene er sortert nedenfor i

en tabell sammen med annen litteratur. De er plassert i fire ulike kategorier basert på hva de omhandler:

Tabell 3:

Kategorisering av bøker, artikler og annen litteratur etter tema.

<b>Tema</b>	<b>Bøker, artikler og annen litteratur inkludert i oppgaven</b>
<b>Implementering/ Kvalitetsforbedring</b>	14
<b>KMC</b>	17
<b>Annet</b>	13

## 5.8 Erfaringskunnskap

Erfaringsbasert kunnskap er en viktig og sentral del av sykepleiefaget. Med erfaringskunnskap menes erfaringer fra klinisk praksis. Den anerkjennes også som taus kunnskap, intuisjon, det kliniske blikk og ekspertise. Erfaringskunnskap er en essensiell del av kunnskapsbasert praksis, hvor barnesykepleieren implementerer denne sammen med forskning og brukerkunnskap i møte med det enkelte barnet (Nortvedt et al., 2012).

Erfaringskunnskap som presenteres i masteroppgaven, er tilegnet gjennom fem års praksis på en nyfødt intensivavdeling og åtte års praksis på en barnemedisinsk avdeling, samt som studenter på videreutdanningen i barnesykepleie.

## 5.9 Pasientkunnskap

Når beslutninger om helse og behandling skal iverksettes, skal pasientens syn og ønsker vektlegges og imøtekommes så langt det er forsvarlig. Det er viktig at pasienten innehar nok informasjon til å ta et individuelt valg. I praksis handler det om å anerkjenne pasientens



deltakelse og ivareta pasientens perspektiv i sin egen behandling (Nortvedt et al., 2012). Det premature og nyfødte barnet er åpenbart ikke gammelt nok til å forstå hva de opplever eller beskrive opplevelsen verbalt. Pasientkunnskap er derfor dessverre ikke alltid like tilgjengelig. Barn regnes også som en utsatt eller sårbar gruppe i forskningssammenheng (Fossheim, Hølen & Ingierd, 2013). Barnesykepleierforbundet (2017) inkluderer barnets nærmeste, foreldre og søsken i deres definisjon av barnesykepleierens målgruppe. Det er derfor riktig og naturlig at begrepet pasientkunnskap også omfatter barnets omsorgspersoner (BSF, 2017). Det er i denne masteroppgaven inkludert fire artikler som omhandler omsorgspersoners erfaringer og barrierer angående det å ta barnet sitt ut i KMC (Chan et al., 2016; Olsson et al., 2017; Seidman et al., 2015; Smith et al., 2017).

## **5.10 Kildekritikk**

Kildekritikk er kritisk vurdering av valgt litteratur. Høgskolen i Oslo og Akershus (2017), anbefaler blant annet å reflektere over vurderingskriteriene; nøyaktighet, troverdighet, synsvinkel og egenhet i forbindelse med kildekritikk. Artikkene som er anvendt i oppgaven er som nevnt tidligere, systematisk gjennomgått og vurdert via et avkrysningskjema med ti kritiske spørsmål (Kunnskapssenteret, 2017). Søkene knyttet til temaene for oppgaven ga mange treff, og krever derfor utvelgelse. Da omfanget er stort, kan det være en svakhet at aktuelle studier ikke har blitt inkludert og disse kunne ha påvirket oppgavens resultat.

Det var ønskelig å finne relevant forskning som inneholdt implementering av fagprosedyrer angående KMC. Søkeresultatene på dette teamet endte ikke opp med noen relevante funn og anses som en svakhet. Dette i seg selv aktualiserer behovet for dette kvalitetsarbeidet. Systematiske oversiktsartikler ble foretrukket fremfor enkeltstudier da forfatteren(e) allerede har gjort en kritisk vurdering av resultatene samt de inkluderte studiene (Strømme, 2017). Dersom forskningen belyste samme tema, ble den nyeste utgivelsen valgt, så fremt den tilfredsstilte de metodiske kravene. Det ble også tatt i bruk mange enkeltstudier. Ved gjennomlesning var målet å luke ut studier hvor resultatene ikke var til å stole på, samt studier som ikke var relevante for problemstillingen. Funnene i valgt forskning korrelerer også i stor grad med vår erfaringskunnskap innenfor KMC. En svakhet ved dette kan være at en muligens velger ut kunnskap på bakgrunn av det en selv ønsker å få som resultat, og dermed ser seg blind på forskning som har negative utfall for teamet.

Faglitteraturbøkene *Nyfødsykepleie 1 og 2, Syke nyfødte og premature barn*, med redaktørene Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes er inkludert i oppgaven. Bøkene er åtte år gamle, men vurderes som relevant for masteroppgaven da masterstudentene ikke har funnet nyere norsk litteratur på området. Deler av valgt litteratur faller utenfor inklusjonskriterienes tidsramme som er satt. WHO sin internasjonale anbefaling, *Kangaroo mother care: A practical guide*, er fra år 2003, men benyttes likevel da disse internasjonale retningslinjene er med på å skape grunnlaget for fagprosedyren som skal implementeres.

Den systematiske oversikten *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants* (Moore et al. 2016), er relevant da det primære utfallet i studien viser en statistisk signifikant positiv effekt ved tidlig KMC og amming hos den premature. Derimot er den metodiske kvaliteten på studien blandet og preget av ulikheter for noen utfall som blant annet redusert dødelighet i bruken av KMC. Slike motstridende resultater kan svekke studiens validitet og reliabilitet (Polit & Beck, 2012). Brukerperspektivet hos det premature eller syke nyfødte barnet ivaretas i høy grad av omsorgspersonene deres. Det ble derfor søkt spesifikt etter studier med tanke på omsorgspersonenes opplevelser og holdninger til KMC. De fleste funnene inkluderte bare mors uttalelser, men ett treff var en kvalitativ studie som omhandlet fars uttalelser om KMC (Olsson et al., 2017). Dette anses som en styrke da det viktig å ha med begge omsorgspersoners syn.

Ved gjennomgang av enkeltstudiene og de systematiske oversiktene ble flere av artiklene ekskludert da de ikke var direkte overførbare til inklusjonskriteriene. Pasientgruppen i de respektive forskningsartiklene omhandlet intuberte, ekstremt premature født før uke 28, og barn med innlagte navlevene- eller navlearteriekatetere, men også friske terminfødte. Likevel var det flere fordelaktige funn som underbygger betydningen av KMC til de nevnte gruppene. Det ville derfor vært av stor interesse å utforske om implementeringsplanen ville vært gjeldene for flere.

Det var relativt enkelt å finne ny og tilgjengelig forskning om fordelene ved KMC, men det var derimot en utfordring å finne modeller for hvordan en kan implementere KMC i praksis. På den ene siden var ønsket å finne modeller som er hyppig i bruk innen implementering, og som samtidig kan vise vedvarende forbedring i praksis. På den andre siden var det viktigere at

den var rettet mot implementering av fagprosedyrer og retningslinjer i helsetjenesten. Derfor ble diverse modeller som rettet seg mot andre fagfelt, ekskludert. Valg av hovedmodell til denne masteroppgaven falt derfor naturlig på en godt kvalitetssikret, nasjonal modell fra kunnskapssenteret; Modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015). En styrke ved denne modellen er at den som nevnt er rettet direkte mot helsetjenesten, den er på norsk og dermed lett forståelig. Den blir revidert med jevne mellomrom og i år 2014 ble brukerperspektivet styrket. Videre er det en fordel at den bygger på en annen anerkjent modell, PDSA-sirkelen.

På dette tidspunktet ses ingen tydelige svakheter ved å velge Modell for kvalitetsforbedring, men det betyr ikke, at det ikke kan oppstå svakheter underveis i selve implementeringen. Det oppfattes av masterstudentene at innholdet i fasene er noe gjentakende, men som modellen påpeker jobber man i praksis gjerne med flere faser parallelt. For å supplere og underbygge den norske modellen, er det valgt å ta med en engelsk implementeringsmodell fra boken *Complex interventions in health. An overview of research methods* (Richards & Hallberg, 2015) da denne modellen har svært aktuelt innhold for dette kvalitetsarbeidet. En styrke er at modellen finnes i en bok som er nokså nylig utgitt, i år 2015. Masterstudentene har kontaktet forfatterne (vedlegg 3), og de har gitt tillatelse til å oversette deres modell til norsk. En svakhet er at en slik oversettelse kan føre til mistolkninger og feil oversettelse underveis.

En artikkel som er publisert i tidsskriftet *International Breastfeeding Journal*, viser at de i Storbritannia klarer å spare opptil 20 millioner kroner hvert år ved bruk av hyppig KMC fordi dette gir gevinster som fører til tidligere utskrivelse av barn (Lowson, Offer, Watson, McGuire & Renfrew, 2015). Dette kunne være et svært interessant og nyttig funn å fortelle om til ledelsen i de aktuelle avdelingene. Da funnene i denne artikkelen kanskje kunne bidratt til å øke mulighetene for å få flere ressurser og økonomisk støtte under implementeringen. Likevel vil ikke dette gjennomføres her og artikkelen vil i denne omgang ekskluderes, da masteroppgaven ikke fokuserer på økonomiske interesser, men barnets beste.

## **6.0 ETISK REFLEKSJON**

Forskere har forpliktelser som er regulert gjennom lover og forskrifter. Et eksempel på en slik forpliktelse er Helsinkideklarasjonen fra 1964, som er et sett etiske retningslinjer med grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. Norsk lov stiller seg bak Helsinkideklarasjonen og tillater ikke forskning på sårbare grupper, som barn, med mindre det gagnar gruppen som helhet (Helseforskningsloven, 2008; Helsinkideklarasjonen, 2014). Det drives ikke forskning i denne masteroppgaven, da dette er et kvalitetsarbeid. Det er likevel viktig å være oppmerksom på nevnte retningslinjer og lovverk i alt arbeid som omhandler barn og pasienter generelt.

Sykepleiere har sitt etiske fundament i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, og etikk er helt avgjørende som grunnlag for å bli en kompetent og dyktig sykepleier. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal barnesykepleieren bidra aktivt til å utvikle en kjerne av profesjonell kunnskap basert på forskning (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det å arbeide mot en kunnskapsbasert praksis er et mål, og for å nå målet er en avhengig av både fagutvikling og undervisning som en del av barnesykepleieres funksjons- og ansvarsområder (BSF, 2017). På en annen side står helsetjenestene stadig overfor større kompleksitet og tempoendringer, og derfor kan etiske hensyn ofte bli nedprioritert. På bakgrunn av dette bør det alltid åpnes opp for etiske refleksjoner på de stedene hvor det utøves sykepleie. Dette da en reflektert praksis fremmer en moralsk praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### **6.1 Fire grunnleggende etiske prinsipper**

Ved utarbeidelse og utførelse av implementeringsplanen må barnesykepleieren sørge for å ivareta etiske prinsipper. Barnesykepleierens kunnskap om de etiske prinsippene står sentralt i møte med de premature og syke nyfødte barna på sykehus og deres familie. Ut fra Brinchmanns (2016) teori om etiske prinsipper kan man si at det er fire grunnleggende prinsipper som gjelder i alle mellommenneskelige relasjoner. Det dreier seg om autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet (Brinchmann, 2016).

*Autonomiprinsippet* bygger på prinsipper om at mennesket eier seg selv, sin kropp, sitt liv og har personlig handlingsfrihet i saker som gjelder en selv (Brinchmann, 2016). Ivaretagelse av autonomiprinsippet kan derimot være vanskelig når barnesykepleieren arbeider med premature og syke nyfødte, da de selv ikke har mulighet til å uttrykke seg på lik linje med andre. Det kan derfor være utfordrende å se de reelle opplevelsene og behovene hos et nonverbalt prematurt- og sykt nyfødt barn. Det fullbårne barnet kan for eksempel fysisk trekke seg unna en situasjon og gråte som et tegn på ubehag eller smerte. Den premature innehar derimot umoden motorikk, et umodent nevrologisk system og svake muskler, noe som muligens gjør det enda vanskeligere å tyde signalene barnet gir (Tandberg & Steinnes, 2009). For å ivareta barnets autonomi må barnesykepleieren derfor gjøre systematiske observasjoner for å fange opp barnets reaksjoner. Samtidig må barnesykepleieren bruke sin pedagogiske funksjon til å veilede og undervise omsorgspersonene i å observere barnets tegn på ubehag eller misnøye underveis i bruk av KMC. En barriere som kan true autonomiprinsippet, er hvis sykepleieren har en oppfatning av at “jeg vet best”, og dermed velger å ikke respektere omsorgspersonenes meninger og erfaringer. Barnesykepleiere må derfor inneha kunnskap om at foreldrene har samtykkekompetanse på vegne av barnet sitt til det er seksten år (Helsedirektoratet, 2017).

Erfaringskunnskap har vist at det kan oppstå tilfeller hvor omsorgspersonene motsetter seg KMC. Hvor det på den ene siden handler om at barnesykepleieren må respektere omsorgspersonene sine egne valg. De har en rett til å bli hørt og respektert. De har også en rett til å bli informert og ta egne valg med frihet fra ytre press (Olsson & Sørensen, 2009). På den andre siden er det forskning som understreker viktigheten av å tilstrebe KMC på grunn av alle de helsemessige fordelene det kan gi (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Moore et al., 2016). Erfaring viser at det i slike tilfeller er viktig å gi tilpasset og god informasjon angående KMC til omsorgspersonene, og på denne måten kan man unngå at et etisk dilemma oppstår. Deretter må barnesykepleieren åpne opp for dialog og en felles avgjørelse, slik at man oppnår reell medvirkning fra omsorgspersonene. Det kan også være nyttig å få avklart hvorfor omsorgspersonene ikke ønsker KMC. Erfaringer har vist at annen nær familie av barnet kan tre inn i KMC-rollen dersom foreldrene ikke selv ønsker å delta.

*Det etiske prinsippet velgjørenhet* gjør seg også gjeldende i dette kvalitetsarbeidet. Ønsket om å implementere fagprosedyren er for at barn skal tilbys den best tilgjengelige pleien, og for at omsorgspersonene skal få den støtten og hjelpen de trenger som pårørende til sitt barn. Velgjørenhetsprinsippet innebærer at man har en plikt til å fremkalle nytte, og balansere nytte mot risiko. Barnesykepleieren må derfor kontinuerlig overveie om barnet er stabilt nok til å tas ut, om forholdene er lagt til rette for KMC og om barnet oppfyller inklusjonskriteriene i fagprosedyren. På denne måten balanseres alltid nytte mot risiko. Det er også viktig å være oppmerksom på at det kan oppstå situasjoner hvor barnesykepleieren utfører en handling med den hensikt å påføre minst mulig skade, men hvor barnet likevel påføres skade fordi barnesykepleierens kunnskapsgrunnlag ikke er godt nok. Iverksetting av tiltak som kan øke kunnskap hos den enkelte, blir derfor svært viktig. Det bør skapes et felles kunnskapsgrunnlag slik at barnesykepleierne med deres nye felles forståelse, sikrer pasientene god og lik behandling. Ved å implementere en fagprosedyre kan forekomsten av KMC øke, samtidig som man ivaretar *ikke-skadep prinsippet* der barnesykepleierens handlinger alltid skal være til det beste for barnet (Brinchmann, 2016).

Erfaring viser at hvordan barnesykepleiere planlegger og tilrettelegger for den premature eller det syke nyfødte barnet kan variere fra barnesykepleier til barnesykepleier. Til tross for at barnesykepleiere har lik utdanning, kan likevel valget i en gitt situasjon bli forskjellig, da de for eksempel har ulik erfaringskunnskap. Hvor mye erfaring en har, samt hvor lang tid man har arbeidet som barnesykepleier, kan spille en viktig rolle i arbeid med barn. Slik sett kan *rettferdighetsprinsippet*, som innebærer plikten til å behandle like tilfeller likt, bli truet. Gjennom tiltak som gir økt kunnskap og informasjon, kan man være med å bidra til at forskjellene mellom arbeidet til de enkelte barnesykepleierne blir mindre (Brinchmann, 2016). Hvilken behandling et barn får bør ikke være avhengig av hvilken barnesykepleier som er på jobb, eller hvilket sykehus barnet er innlagt på. Ønsket er derfor at alle premature og syke nyfødte barn mottar den beste behandlingen uavhengig av hvilken barnesykepleier som er på vakt. Ved å implementere en ny og oppdatert fagprosedyre, kan en være med til å unngå at det oppstår forskjeller i behandlingen til barnet (Sandvik et al., 2011).

Erfaringskunnskap og forskning viser at det ofte er et stort tidspress når man jobber på sykehus, og at den totale arbeidsmengden gjør at barnesykepleiere noen ganger ikke

prioriterer å ta barnet ut i KMC (Chan et al., 2016). Det er derfor viktig å ha en støttende ledelse som tilrettelegger og prioriterer kunnskapsbasert praksis. Samtidig som det er viktig å spre budskapet om alle de fysiologiske fordelene KMC kan ha å si for barnet, bør det også opplyses om fordeler det kan ha for barnesykepleierne. Når barnet først er lagt ut i KMC, skal det optimalt sett ligge ute i flere timer, og barnesykepleieren har da mulighet til å få gjort andre arbeidsoppgaver samtidig som de observerer barnet i KMC.

## 7.0 UTFORMING AV IMPLEMENTERINGSPLANEN

Modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015) brukes som hovedmodell i dette kvalitetsarbeidet. Kapitlene nedenfor er delt inn og oppkalt etter de ulike fasene som denne modellen inneholder. Trinn fra Skolarus og Sales (2015) sin modell er nevnt der de faller naturlig inn underveis i prosessen og understøtter hovedmodellen. I de ulike underkapitlene trekkes det inn relevant innhold fra begge modellene, forskning, erfarings- og pasientkunnskap, og valg som er tatt for utviklingen av implementeringsplanen presenteres. Implementeringsplanen (se kapittel 8.0) er basert på beskrivelser i kapittel 7.0, men også fra underkapitlene 8.1 *Evaluere* og 8.2 *Følge opp*, som kommer etter at selve planen er presentert. Det er valgt å utforme masteroppgaven på denne måten fordi det er naturlig at planen presenteres i den tredje fasen i Modell for kvalitetsforbedring som er *å utføre*, i stedet for til slutt i masteroppgaven.

### 7.1 Forberede

Den første fasen i Modell for kvalitetsforbedring er *å forberede*, og den har følgende underpunkter:

- Felles erkjennelse av behovet for forbedring
- Forankre og organisere forbedringsarbeidet
- Klargjøre kunnskapsgrunnlaget- forskning, erfaring og brukerkunnskap. (Folkehelseinstituttet, 2015).

#### 7.1.1 Felles erkjennelse av behovet for forbedring

Utgangspunktet for alt forbedringsarbeid er å erkjenne behovet for forbedring av kvaliteten på tjenesten (Folkehelseinstituttet, 2015). Som nevnt i innledningen, ses et stort behov for forbedring da vår erfaringskunnskap tilsier at bruken av KMC ikke er i tråd med nasjonale retningslinjer og faglige anbefalinger. Dette understøttes av forskning som viser at det gjøres store forskjeller i utførelsen av KMC på de ulike nyfødte intensivavdelingene i Norge (Lode et al., 2015). Dette kan forklares som et resultat av ulik ledelse, struktur, kultur, omsorgspersonenes behov og ønsker, mangel på kunnskap hos de ansatte, holdninger,



barrierer og evaluering av tjenestene (Chan et al., 2016; Durlak & DuPre, 2008; Smith et al., 2017).

### *7.1.2 Forankre og organisere forbedringsarbeidet*

Forankring handler om å sikre at dette kvalitetsarbeidet er i tråd med organisasjonens mål og visjon, og at det synliggjøres. Forankring i ledelsen, fagmiljøet og andre involverte parter er avgjørende for å lykkes med fagutviklingsarbeid. Sentrale aktører i vårt tilfelle er fagutviklingssykepleier, nærmeste ledere, barnesykepleiere, andre spesialsykepleiere, sykepleiere, leger og fysioterapeuter. For å implementere den aktuelle fagprosedyren, vil det lages en avtale med nærmeste avdelingsleder, da forskning viser at lederen har en avgjørende rolle i å legge til rette for og starte opp fagutviklingsarbeid. Det er lederne som har ansvar for å sørge for at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til arbeidet og at alle som berøres involveres. Avtalen kan bidra til å sikre avsatt tid til for eksempel å skrive referater, møteinnkallinger og til å måle resultater (Durlak & DuPre, 2008; Folkehelseinstituttet, 2015).

Kvaliteten på tjenestene er et lederansvar, men som barnesykepleier har man kunnskaper, kompetanse og erfaringer og dermed muligheter for å påvirke og bidra til forbedringer (Folkehelseinstituttet, 2015; Konsmo, 2015). Dette understøttes i barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder som påpeker at den enkelte barnesykepleier har ansvar for å sikre god kvalitet på tjenestene til pasientene (BSF 2017), og i de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleiere skal være oppdatert innen forskning, utvikling og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Gjeldende lover og forskrifter som ble omtalt i kapittel 3.3, stiller også konkrete krav til kvalitet som skal oppfylles (Folkehelseinstituttet, 2015). For å innhente ytterligere kunnskap om implementeringsprosessen som skal iverksettes, er det ønskelig at masterstudentene drar på praksisbesøk til Sykehuset Innlandet, Elverum, som har utviklet fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*, og som nylig har implementert den selv. Fretheim et al., (2015) anbefaler praksisbesøk som ett av sine tiltak rettet mot helsepersonell som har god dokumentasjon for vellykket implementering av faglige retningslinjer.

Når kvalitetsarbeidet skal organiseres, anbefales det å opprettes en arbeidsgruppe på avdelingen som er ansvarlig for gjennomføringen. Det er avgjørende med en tverrfaglig

arbeidsgruppe som inneholder barnesykepleiere, avdelingsleder, fagutviklingssykepleier, leger og fysioterapeuter. Avdelingsleder kan utnevnes som formell leder av arbeidsgruppen da dette er et naturlig valg ifølge teorien. Det er også ønskelig å inkludere omsorgspersoner som tidligere har hatt barn på nyfødt intensivavdeling som brukerrepresentanter.

Brukerorganisasjoner og omsorgspersonene er spesielt viktige fordi de har andre perspektiv og erfaringer enn barnesykepleierne (Folkehelseinstituttet, 2015). Det poengteres at dette kan gi en stor etisk utfordring da disse menneskene er i en svært sårbar situasjon når deres barn er innlagt på sykehus. En kan derfor vurdere om det riktige vil være å kontakte Prematurforeningen for å undersøke om de kan stille med en brukerrepresentant. Denne foreningen drives frivillig av foreldre til premature barn, og de jobber for at alle interessenter skal få den beste informasjonen om deres barn (Prematurforeningen, 2017).

Det bør settes av tid til å informere involvere alle berørte parter, både før oppstart av forbedringsarbeidet og underveis (Durlak & DuPre 2008; Folkehelseinstituttet, 2015). Dette kan gjennomføres ved å informere de ansatte om den nye fagprosedyren som skal implementeres. Arenaer for å dele informasjonen kan være på møter som morgenmøter, fagdager eller personalmøter (Fretheim et al., 2015). Samtidig må det fortløpende opplyses om implementeringsarbeidet ved å sende epost til de ansatte.

### *7.1.3 Klargjøre kunnskapsgrunnlaget- forskning, erfaring og brukerkunnskap*

Kunnskapsgrunnlaget for dette kvalitetsarbeidet er basert på kunnskapsbasert praksis. Det vil si forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap; med dette menes erfaringer fra klinisk praksis, og pasientkunnskap, som i dette tilfellet omhandler omsorgspersoner (Nortvedt et al., 2012).

For å klargjøre og bevisstgjøre kunnskapsgrunnlaget, er det ønskelig å presentere de ulike faktorene som kan være hemmende, samt hvilke faktorer som er fremmende for implementering av KMC i praksis. Dette er anbefalt i trinn tre i Skolarus og Sales (2015) sin fem-trinns modell som sier at det må oppnås en forståelse av ulik atferd, kunnskaper, holdninger og beslutninger som utgjør dagens praksis. Det er presentert teori på denne tematikken tidligere i masteroppgaven (kapittel 2.1), og hovedpunktene fra teorien oppsummeres her i en tabell med to kolonner, der den ene viser faktorer som anses som

fremmede,- og den andre viser hemmende faktorer i kvalitetsarbeidet. Faktorene er identifisert via forskning på blant annet pasientkunnskaper; her omsorgspersoner, og vår egen kliniske erfaringskunnskap.

For å tydeliggjøre hva som er forskningskunnskap og hva som er erfaringskunnskap i tabellen, er forskningen markert med: ^ og erfaringskunnskapen med: \*. Ved enkelte faktorer vil begge tegnene være tilstede, da erfaringskunnskapen stemmer overens med forskningen. Kildehenvisningene vil bli presentert under modellen.

Tabell 4:

Hemmende og fremmede faktorer i kvalitetsarbeidet.

Fremmede faktorer:	Hemmende faktorer:
Positiv forankring hos ledelsen ^	Manglende støtte/ressurser fra ledelsen ^*
Kunnskapsbasert fagprosedyre på nasjonalt nivå ^	Manglende avsatt tid til undervisning av sykepleierne ^*
Fokus på fagutvikling/ undervisning ^*	Det fysiske miljøet i avdelingen ^ *
KMC er kjent- skal bare perfektioneres ^	Mangel på praktisk hjelp fra sykepleiere ved utførelse av KMC *
Motivert helsepersonell ^ *	Lavt kunnskapsnivå om nyfødte og effekten av KMC blant helsepersonell ^*
Erfarne sykepleiere med mye kunnskap ^ *	Negative holdninger til endring av praksis/ manglende tro på effekten av KMC * ^
Godt tverrfaglig samarbeid ^ *	Tilgjengelighet, det tar tid å finne frem prosedyren elektronisk ^ *
Positive holdninger til fagprosedyren som implementeres ^ *	Risiko for utvikling av ulik praksis/utførelse av KMC ^

Nye sykepleiere med velvilje til å endre praksis *^	Helsepersonell har ikke eierskap til fagprosedyren som skal implementeres*
Øreklokker som tillater omsorgspersoner å ha barnet i KMC, selv om det for eksempel er legevisitt ^ *	Mangel på stoler, øreklokker, plass, skjerm Brett til å utføre KMC i avdelingen *
Benytte seg av påminnere/ sjekklister som lages til hjelp for sykepleierne ^*	Akutte situasjoner/legevisitt/vaktskifte i avdelingen, kan være et hinder for KMC *
Dersom flere prosedyrer (bleieskift, blodprøver, ultralyd av hodet og så videre) kunne utføres i KMC, gir det vært færre avbrytelser i KMC tiden *	Noen bioingeniører/radiologer tar ikke blodprøver/ultralyd i KMC (grunnet dårlig arbeidsstilling) *
Sykepleier opplever at KMC bidrar til tilknytning mellom omsorgspersonene og barnet. * ^	Usikkerhet og utrygghet hos sykepleiere for å løfte ut barnet i KMC^*
Omsorgspersoner som opplever støtte fra familie, venner eller helsepersonell, fremmer KMC ^	Omsorgspersonene opplever manglende støtte fra familie, venner eller helsepersonell hemmer bruken av KMC ^
Å ha superbrukere på KMC i avdelingen	Høy arbeidsbelastning gjør at KMC blir nedprioritert ^*
	Medisinsk behandling kan begrense mulighetene for KMC ^ *
	Mors helsetilstand kan ha innvirkning på KMC, samt varigheten barnet er ute i KMC ^ *
	Personell med erfaring om KMC slutter eller starter i høyere stillinger. ^

(Achterberg, 2015; Chan et al., 2016; Durlak & DuPre, 2008; Folkehelseinstituttet, 2015; Fretheim et al., 2015; Lode et al., 2015; Løvsletten, 2013; Seidman et al., 2015; Skolarus & Sales, 2015; Smith et al., 2017).

## 7.2 Planlegge

Den andre fasen i Modell for kvalitetsforbedringer er å *planlegge*, og dette innebærer å:

- Kartlegge behov og dagens praksis
- Sette mål
- Velge måleverktøy
- Planlegge forbedret praksis
- Finne/utvikle forbedringstiltak (Folkehelseinstituttet, 2015).

### 7.2.1 Kartlegge behov og dagens praksis

For å kartlegge pasientenes behov for KMC og hva som kan forbedres på området, er det nødvendig å få en oversikt over dagens praksis av KMC i Norge. Kartleggingen vil først skje ved å innhente data som er registrert i Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister (NNK). Dette er et register som ble opprettet på slutten av 1980-tallet og hvor data vedrørende behandling av syke eller premature barn som er innlagt på norske nyfødtavdelinger, samles. Formålet med NNK er forskning og kvalitetsforbedring innen nyfødtmedisin i Norge. I årene 2003-2005 ble det videreutviklet en ny form for elektronisk registrering, Neonatalprogrammet (NEO), og den ble en mer brukervennlig og funksjonell løsning. I løpet av årene 2005-2012 tok alle nyfødtavdelinger i Norge i bruk NEO. Data som for eksempel KMC-tid, bruk av intravenøs antibiotika og antall dager med respiratorbehandling (mekanisk ventilasjon) skrives på barnets dokumentasjonsskjema av sykepleieren. Deretter gir sykepleieren denne informasjonen til legen som videre registrerer disse dataene i NEO. Dataene sendes deretter videre til NNK (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017).

Erfaringsmessig ser en likevel at ikke alle leger ved nyfødt intensivavdelingene i Norge registrerer KMC i NEO, og dette må tas hensyn til under kartleggingen. Ved nærmere ettertanke ville det vært fordelaktig om KMC-registreringen i NEO var en sykepleieroppgave, istedenfor en legeoppgave, da sykepleierne uansett registrerer KMC-tiden på barnets dokumentasjonsskjema. Et informasjonsledd ville da bli kuttet og sykepleierne kunne bli mer bevisst KMC-tiden. Dataene fra NNK kan brukes som et sammenligningsgrunnlag underveis i implementeringsprosessen. Kartleggingen synliggjør hvor mye KMC brukes per pasient før start av implementeringen, underveis, for å se om bruken av KMC øker, og til slutt for å se om implementeringen har vært vellykket; om ønsket KMC-tid per døgn oppnås.

Barnesykepleieres holdninger til endring må også kartlegges. Dette anbefales både i Modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015) og under trinn fire i Skolarus og Sales (2015) sin modell. I dette kvalitetsarbeidet velges det å kartlegge via en selvutviklet spørreundersøkelse (se neste side), noe som ifølge Skolarus og Sales (2015) kan være et nyttig verktøy å ta i bruk for å få tilgang til barnesykepleiernes holdninger til endringer og implementering.

## **SPØRREUNDERSØKELSE**

*Denne spørreundersøkelsen gjennomføres i forbindelse med implementering av fagprosedyren Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte, på nyfødt intensivavdeling. Målgruppen er sykepleiere med og uten videreutdanning. Formålet er å kartlegge målgruppens holdninger rundt det å endre, fornye og forbedre prosesser.*

*Spørreundersøkelsen tar ca. 2-4 minutter å svare på. Alle respondenter er anonyme, og svarene kan ikke tilbakeføres til enkeltpersoner. Datainnsamlingen vil benyttes til forbedringsarbeid rundt hvordan en kan implementere nye fagprosedyrer.*

- 1. Har du noen gang vært uenig med innholdet i en fagprosedyre?**
  - Ja
  - Nei
  
- 2. Hvis ja på forrige spørsmål, har du kommet med et/flere forslag til forbedring av fagprosedyren?**
  - Ja
  - Nei
  
- 3. Har du selv vært en bidragsyter til endring/forbedringer i avdelingen?**
  - Ja
  - Nei
  
- 4. Er du positiv til nye endringer?**
  - Ja
  - Nei
  
- 5. Ser du på endringer som en mulighet for nye forbedringer i avdelingen?**
  - Ja
  - Nei
  
- 6. Ser du på endringer som "nok et tiltak" du ikke ser effekten av?**
  - Ja
  - Nei
  
- 7. Hvilke tiltak/endringer i avdelingen må til for at du skal benytte deg av en ny fagprosedyre?**
  - Beskriv i korte trekk

*Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen!*

Funnene fra spørreundersøkelsen må deretter analyseres. Det bør diskuteres hvordan en kan endre holdninger hos den enkelte barnesykepleier, og dermed kan eventuelle barrierer brytes. Det kan være nyttig å benytte seg av forskning på endringsteknikker i denne fasen (Skolarus & Sales, 2015). Neste steg vil være å innkalle til et nytt møte med ledelsen og arbeidsgruppen, hvor funnene fra spørreundersøkelsen legges frem, og forslag til hvordan dagens praksis kan forbedres belyses.

Pasientperspektivet, i denne sammenheng barnets omsorgspersoner, må synliggjøres i arbeidet med kartlegging av dagens praksis (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette gjøres ved hjelp av forskning på området, og som nevnt tidligere ønskes det innspill fra en brukerrepresentant i Prematurforeningen. Det kan ofte være nyttig å tenke helt nytt og annerledes for å skape vesentlig bedre tjenester. En god kartlegging fører ofte til et godt grunnlag for å gjennomføre endret praksis da den svært ofte vil være bevisstgjørende og virker motiverende hos ledere og medarbeidere (Folkehelseinstituttet, 2015). Det ville selvfølgelig vært interessant å synliggjøre pasientperspektivet direkte via et intervju og/eller spørreundersøkelse av omsorgspersonene, men igjen påpekes det at dette ikke alltid anses som etisk forsvarlig. Erfaring viser at omsorgspersonene kan stå i en situasjon der de er avhengig av barnesykepleierne i flere uker og måneder, og at de derfor kan være redde for å takke nei til studien i redsel for at det vil påvirke barnets behandling. Rekruttering av omsorgspersonene til en studie vil dermed utgjøre et etisk dilemma. På den ene siden vil studien kunne gi bedre forståelse for hvordan omsorgspersonene opplever å bli sett og inkludert av barnesykepleierne. På den andre siden risikerer man å utnytte omsorgspersonene i en sårbar situasjon, da de er redde for å påvirke barnets behandling i negativ retning.

### *7.2.2 Sette mål*

På veien mot en implementert fagprosedyre er det viktig å opprette mål som man skal jobbe mot. Erfaringsmessig er målsetting motiverende og felles mål kan skape godt samarbeid i en gruppe. Hensikten med målsetting og å gjøre målinger i forbedringsarbeid, er å lære av egen praksis, vise og vite om endringene som er gjennomført har ført til forbedringer, samt dokumentere forbedringene (Folkehelseinstituttet, 2015).



Kvalitet måles ofte ved hjelp av ulike typer kvalitetsindikatorer da kvalitet kan være vanskelig å måle direkte (Frich, 2017). Indikatorer er en målbar variabel og deles i struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Det kan ofte være meningsfullt å følge indikatorer på flere områder samtidig da det som måles får oppmerksomhet og blir viktig (Kunnskapssenteret, 2015).

- *Strukturindikatorer* innebærer helsevesenets rammer og ressurser. For eksempel helsepersonellens kompetanse og tilgjengelighet på utstyr.
- *Prosessindikatorer* belyser de prosesser som leder frem til resultater og konkrete aktiviteter i et pasientforløp. For eksempel at implementeringen fører til at flere sykepleiere tar i bruk KMC i tråd med fagprosedyren.
- *Resultatindikatorer* sier noe om sluttresultatet og pasientens gevinst, i denne sammenheng i form av antall timer barnet er ute i KMC i løpet av et døgn og antall sykepleiere som benytter fagprosedyren (Frich, 2017).

I denne masteroppgaven vil alle de ovenstående indikatorene gjøre seg gjeldende. Målene for dette kvalitetsarbeidet skal være i tråd med den enkelte avdelings visjon og strategi.

Utgangspunktet for å sette målene, er kartlegging av nåværende praksis, se punkt 7.2.1.

Målene som utarbeides bør oppfylle kravene til å være *SMARTE*. Denne betegnelsen er satt sammen av forbokstaven til ord som de oppnevnte målene skal innfri, se nedenfor. De overordnede målene bør konkretiseres i delmål, de skal være:

*Spesifikke* – konkret, klar, entydig angivelse av forventet resultat, helst tallfestet.

*Målbare* – en skal kunne vite om målet er nådd.

*Ansporende* – være utfordrende, inspirere til nytenkning og gi mulighet til egenutvikling.

*Realistiske* – oppnåelig i forhold til ressurser og andre oppgaver.

*Tidsbestemt* – angi når resultatet skal være nådd.

*Enighet* om målet – forankring i arbeidsgruppen, hos ledelsen og medarbeiderne (Folkehelseinstituttet, 2015).

Følgende SMARTE, overordnede mål med tilhørende undermål er utarbeidet:

1. Kvalitetsarbeidet resulterer i at fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte* er implementert innen to år, og 90 prosent av sykepleierne på avdelingen benytter seg av fagprosedyren.
  - Seks måneder etter implementeringsstart benytter cirka 50 prosent av sykepleierne fagprosedyren. Etter tolv måneder er det ønskelig at cirka 70 prosent benytter seg av fagprosedyren.
  - KMC-tid etterstrebes til en varighet på totalt åtte timer i døgnet, og barnet tas ut to til tre ganger per døgn.
  - Implementeringen resulterer i at alle sykepleiere innehar kunnskaper om KMC og benytter seg av fagprosedyren.
  
2. Barnet får oppfylt sin rett til å ha minst en av omsorgspersonene sine hos seg under oppholdet og helst begge.
  - Barna og deres omsorgspersoner skal ut fra sine forutsetninger og behov, tilbys kunnskapsbasert praksis og omsorg innen allment aksepterte etiske rammer.
  - Mål for KMC-timer per døgn, avtales med omsorgspersonene og dokumenteres i barnets behandlingsplan.
  
3. Det skal i forkant, underveis og i etterkant av implementeringen benyttes data fra Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister til å monitorere forekomsten av KMC.
  - KMC timene skal dokumenteres og summeres av sykepleier på barnets dokumentasjonsskjema og legene registrerer KMC-tiden i Neonatalprogrammet daglig.

Erfaringskunnskap tilsier at KMC i åtte timer per døgn er realistisk. Tidsbruk for gjennomføring er kun estimert, det samme er prosenttallene nevnt i målene ovenfor. For eksempel er tallet 90 prosent satt da det alltid vil være noen sykepleiere som av forskjellige grunner ikke deltar i implementeringen, uansett på hvilken måte de motiveres. Derfor kan det forventes at de siste 10 prosent av pasientene ikke tas ut i KMC (Folkehelseinstituttet, 2015).

Det er ønskelig at sykepleierne skal registrere avvik dersom barnet ikke kommer ut i KMC på en vakt hvor det burde ha vært prioritert. Dette for å få et innblikk i årsakene til at barnet ikke fikk komme ut i KMC. Det er kjent fra Lode et al., (2015) sin forskning at det er forskjell på hvilke barn den enkelte sykepleier er komfortabel med å løfte ut i KMC. Erfaring fra klinisk praksis viser at noen sykepleiere velger ikke å løfte barnet ut da det blir en ekstra stressende belastning for dem selv, i en allerede travel hverdag. Det er ønskelig å få innsikt i de tilfeller som ligner de nevnte for å bidra til å øke kunnskapen og skape trygghet blant sykepleierne. KMC er en helsefremmende, kostnadseffektivt og trygg metode som er relativt enkel å gjennomføre (Lowson et al., 2015; Moore et al., 2016).

### *7.2.3 Velge måleverktøy*

Et måleverktøy er et praktisk hjelpemiddel som kan hjelpe til med å analysere kvaliteten på implementeringen. Eksempler på dette er spørreundersøkelser (som er tatt i bruk ved kartlegging av sykepleierens holdninger til endring i kapittel 7.2.1) eller sjekklister. Sjekklister velges også som måleverktøy da de ofte er nyttige for å være sikker på at tiltakene man har iverksatt blir gjennomført. De kan fungere som et verktøy for opplæring av nyansatte, og bidra til at sykepleiere lettere tar i bruk fagprosedyrer, retningslinjer og kommuniserer bedre seg imellom (Folkehelseinstituttet, 2015).

På nyfødt intensivavdeling erfares det at nyansatte som får utdelt sjekklister, raskere innarbeider rutiner rundt temaet som sjekklister tar for seg. Dette er fordi sjekklister kan fungere som en slags påminner. Fretheim et al., (2015) sier at påminnere kan vise seg å gi positive resultater i klinisk praksis. Erfaringskunnskap viser også at sykepleiere med lang fartstid har nytte av sjekklister, da de kan ha vansker med å tilegne seg ny kunnskap fordi de allerede har sine egne rutiner og holdninger omkring diverse temaer. Forskning understøtter at sjekklister bidrar til mindre uønskede variasjoner, og at de passer til avdelinger der det er mange som utfører de samme oppgavene (Folkehelseinstituttet, 2015). På neste side i masteroppgaven er det utarbeidet et egenprodusert førsteutkast til hvordan en sjekklister kan se ut.

## **SJEKKLISTE FOR BRUK AV FAGPROSEDYREN KENGURU, HUD-MOT-HUD-NYFØDTE.**

**Dato:**

**Vakt:**

*Kryss av for passende svaralternativ.*

**1. Har du brukt fagprosedyren i løpet av arbeidsdagen?**

- Ja
- Nei

**1.1 Hvis svaret over var nei, hva var årsaken til at du ikke brukte fagprosedyren?**

- For liten tid til å finne den frem på vekten
- Barnet var for ustabil til å komme ut i KMC
- Det var for mange andre prosedyrer denne vekten, KMC er utsatt til senere
- Barnet var i KMC, men jeg glemte å bruke prosedyren
- Omsorgspersonene var ikke tilstede
- Annet

**2. Føler du deg trygg på å utføre KMC?**

- Ja
- Nei

**2.2 Hvis svaret over var nei, hva kan gjøres for at du blir trygg?**

- Undervisning om KMC på fagdag
- Superbruker veileder en- til- en i bruk av KMC i avdelingen
- Informasjonsbrosjyre om KMC
- Ytterligere informasjon om fagprosedyrens innhold av en i arbeidsgruppen

**3. Har du gjennomgått lokal standardisert opplæring om KMC?**

- Ja
- Nei

**4. Har du gjennomført KMC i tråd med omsorgsmodellen NIDCAP?**

- Ja
- Nei

**5. Hvor lenge har barnet ligget ute i KMC i løpet av vekten?**

Spesifiser antall timer:

**6. Har omsorgspersonene til barnet fått individuell og tilpasset veiledning om praktisk og trygg gjennomføring av KMC?**

- Ja
- Nei

Det er tenkt at sjekklisten skal utleveres på starten av vekten til alle sykepleierne på jobb (med unntak av nattevakt, da KMC som regel ikke utføres på natten), hvor sykepleierne vil krysse av på de aktuelle spørsmålene. På slutten av vekten vil sjekklisten samles inn. Sjekklisten vil utleveres daglig i begrensede perioder underveis i implementeringsprosessen. Resultatene fra målingene kan presenteres som før og etter- målinger, og i tidsserier slik at man kan følge prosessen over tid for å bidra til at forbedringene vedvarer og få synliggjort variasjon (Folkehelseinstituttet, 2015). Sjekklisten kan videreutvikles med svaralternativer som tildeles poeng, for eksempel: Utført/Ja= 2 poeng, Ikke utført/Nei = 0 poeng.

Det er ønskelig å ta i bruk statistisk prosesskontroll (SPC) som måleverktøy for å gjennomgå resultatene av sjekklisten. SPC er ifølge Skjellanger et al., (2015) mye brukt og nyttig i forbedringsarbeid. Verktøyet presenterer data grafisk i tidsserier og som gir informasjon om nivået på prosessen (Folkehelseinstituttet, 2015). For å bruke SPC, vil det søkes hjelp hos kolleger med erfaring med å bruke dette verktøyet.

I tillegg til de kvantitative målingene som skal utføres via sjekklistene og spørreundersøkelsen, vil det ifølge Folkehelseinstituttet (2015) og Sandvik et al., (2011) være nyttig å supplere med kvalitative målinger. Det velges å utføre dette i form av et fokusgruppeintervju av mellom 10-15, fortrinnsvis barnesykepleiere, da dette egner seg spesielt godt hvis man ønsker å lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samarbeider. Intervju i grupper kan sørge for felles diskusjoner og belyse ulike erfaringer (Malterud, 2013). På denne måten kan en få innblikk i flere av barnesykepleiernes opplevelser av implementeringen (Folkehelseinstituttet, 2015). Intervju vil i dette tilfellet kun være aktuelt i forhold til barnesykepleierne og brukeropplevelsene vil ikke belyses. Erfaring tilsier at omsorgspersonene på nyfødt intensivavdeling kan være i en ny og vanskelig situasjon. Det vil ikke være etisk akseptabelt å belaste de ytterligere, og det kan ikke forventes at de har kapasitet til å intervjues. Se eksempel på tentativ intervjuguide som kan benyttes i implementeringsprosessen:

## TENTATIV INTERVJUGUIDE, FOKUSGRUPPEINTERVJU

Tema	Spørsmål	Formål og notater
<b>Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke kunnskaper innehar du om KMC?</li> <li>- Hvilke helsemessige fordeler ses ved å ta et barn ut i KMC?</li> <li>- Er det noe som kan være til hinder for å ta et barn ut i KMC? Spesifiser?</li> <li>- Har du lest og brukt fagprosedyren: <i>Kenguru, hud-mot-hud nyfødte</i>?</li> <li>- Hvis ja, fortell litt om din oppfatning av fagprosedyren. Hvis nei, hvilke tiltak må til for at du leser den?</li> </ul>	<p>Formålet er å kartlegge barnesykepleierens kunnskapsnivå angående KMC.</p> <p>Kartlegge i hvilken grad fagprosedyren er lest, brukt og forstått.</p>
<b>Fordeler/ulempes med endring.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du si kort hva du synes om endringer generelt på arbeidsplassen?</li> </ul> <p>Hvis du ikke synes endringer fungerer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke tiltak skal til for at du motiveres til endring?</li> <li>- Har du forslag til hvordan endringsprosesser kan forbedres?</li> </ul>	<p>Formålet er å avdekke i hvilken grad barnesykepleierens syn på endring påvirker valget om å ta i bruk fagprosedyren.</p> <p>Få innspill/forslag til nye endringer/forbedringer av barnesykepleierne.</p>
<b>Implementering av fagprosedyren <i>Kenguru-hud-hud-nyfødte</i>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er din opplevelse av implementeringen av fagprosedyren så langt?</li> <li>- Hvordan vil fokus på implementering av fagprosedyren påvirke kvaliteten på pleien for barna?</li> <li>- Ser du noen positive/negative effekter som følge av implementeringen av fagprosedyren?</li> </ul>	<p>Formålet er å få spesifikke svar rundt implementering av fagprosedyren.</p> <p>Kartlegge barnesykepleierens opplevelser implementeringen.</p>

#### 7.2.4 Finne/utvikle forbedringstiltak

Det er viktig å søke etter dokumentasjon for at tiltakene man velger virker når man planlegger å iverksette forbedringstiltak. Dersom det finnes solide holdepunkter for at et tiltak vil være effektivt, kan det innføres med større trygghet (Folkehelseinstituttet, 2015), og bidra til å redusere uheldige variasjoner i praksis (Fretheim et al., 2015). I denne masteroppgaven har forbedringstiltakene kommet frem gjennom teori og forskning, identifisering av det som fungerer bra på egne avdelinger i henhold til KMC, kreative tankeprosesser og målinger og ideer hentet fra helsepersonell som tidligere har lyktes på området. Deler av forbedringstiltakene er blant annet omtalt i kapitlene 3.1, 7.1.2 og 7.1.3. Nedenfor beskrives enkelte utvalgte tiltak som er inkludert i implementeringsplanen i kapittel 8.0.

Underveis i implementeringen vil det bli tatt i bruk påminnere. Fretheim et al., (2015) beskriver dette som et verktøy for klinisk beslutningsstøtte. Det kan blant annet innebære et datasystem som gir anbefalinger, eller nettopp påminnere til helsepersonell. Eksempel på dette kan være en elektronisk påminner som dukker opp på PC-skjermen eller på papir. Dette har vist seg å kunne resultere i forbedringer i praksis. Figur 4 viser en egenutviklet påminner. Denne vil henges opp på flere steder i avdelingen der de ansatte ofte ferdes, for eksempel på pasientstuer, personalrom, i korridorene og på toalettene.



Figur 4. Påminner. Laget fritt.

Praksisbesøk er et annet tiltak som trolig kan være med på å forbedre praksis, og det er som nevnt tidligere, ønskelig å dra på praksisbesøk til en avdeling som nylig har implementert fagprosedyren. Praksisbesøk innebærer at helsepersonell møtes ansikt til ansikt på et arbeidssted, der formålet er å dele informasjon og bidra til kvalitetsforbedring (Fretheim et al., 2015; Kongsmo, 2015).

Monitorering og tilbakemelding er også et av tiltakene som beskrives som effektive i rapporten til Fretheim et al., (2015). I implementeringsplanen vil monitorering og tilbakemelding omtales som superbrukere. Erfaring sier at det er denne benevnningen som ofte tas i bruk i praksis. Tiltaket vil gjennomføres ved at en gruppe på ti barnesykepleiere fungerer som eksperter på KMC. De skal veiledere og undervisere sykepleiere i den daglige driften angående fagprosedyren. Superbrukerne skal gå foran som gode forbilder og være med på å fremme bruken av KMC. Rapporten påpeker videre at etterlevelsen av tiltak vil være høyere når den som gir tilbakemeldinger er en praksisveileder eller en erfaren barnesykepleier, samt sørger for å gi tilbakemeldinger både i skriftlig og muntlig form (Fretheim et al., 2015). Dette vil derfor tilstrebes i implementeringsplanen.

Det er inkludert sjekklister i implementeringsplanen. Dette til tross for at Fretheim et al., (2015) ikke kunne trekke noen klar konklusjon om nytteverdien ved bruk av sjekklister med tanke på bruken av retningslinjer. De viser blant annet til lav eller svært lav tillit til dokumentasjonen. Sjekklister vil likevel trekkes fram som aktuelt og brukes i denne masteroppgaven da Modell for kvalitetsforbedring hyppig anbefaler bruk av sjekklister. (Folkehelseinstituttet, 2015). Samtidig tilsier erfaringskunnskap som forklart tidligere at sjekklister er et effektivt tiltak.

Folkehelseinstituttet (2015) anbefaler at ideer og forslag til kvalitetsarbeid samles inn bredt og systematisk. I tillegg til å bruke teori og forskning er det viktig å benytte seg av kunnskap og erfaring til de ansatte, omsorgspersoner og ledere. Ledelsen må hele tiden være involvert ved iverksetting av nye tiltak, da en deltagende og godt forankret ledelse gir økt sjanse for at barrierer som er avdekket, brytes ned (Durlak & DuPre, 2008). Organisatoriske og praktiske forutsetninger må også ligge til grunn for god etterlevelse og gjennomføring av KMC (Kiplesund et al., 2016).



Videre i kvalitetsarbeidet må det sikres at man benytter og utnytter de ulike faggruppens kompetanse. Det må diskuteres hvilke oppgaver som bør utføres av hvilke yrkesgrupper. I denne sammenheng vil yrkesgruppene som er involvert være sykepleiere, leger og fysioterapeuter. Det vil for eksempel være ønskelig å benytte fysioterapeuter til å utføre riktig forflytningsteknikk når barnet forflyttes fra kuvøse eller seng, over til omsorgspersonen for å leires i KMC. Erfaring viser at når det gjelder posisjon og leiring av barnet ute i KMC har enkelte fysioterapeuter konkrete tips og råd angående denne stillingen. Fysioterapeuter er ofte spesielt opptatt av at barnet er i en posisjon som synes å være behagelig for både barnet og omsorgspersonen, men også i en stilling som sikrer blodtilførselen til barnets hjerne. Fysioterapeuter har mer omfattende kunnskaper enn sykepleieren angående dette, og kan supplere med informasjon til omsorgspersonene dersom de skulle ha noen spørsmål. Sammen med fysioterapeutens råd, bør sykepleieren fokusere på miljøet rundt barnet og tenke NIDCAP. Faktorer som støy, stress, lys og synsinntrykk, temperatur samt optimal leiring bør derfor vurderes av sykepleieren før utførelse. Det gjelder i starten og underveis for en optimal opplevelse KMC for barnet (Sandtrø, 2009).

Forskning viser at endringslogg er et annet tiltak som kan være nyttig for å kartlegge når de ulike endringene er iverksatt, i hvilket omfang endringene ble gjennomført i forhold til implementeringsplanen og om det oppsto uventende episoder underveis (Folkehelseinstituttet, 2015). Endringslogg vil derfor tas i bruk i løpet av implementeringsplanen. Det er viktig å poengtere at når det iverksettes flere tiltak samtidig er det sannsynlig at kvaliteten på tiltakene øker. Dette er gunstig, men det kan være vanskelig å vite med sikkerhet hvilket av de iverksatte tiltakene som har gitt positiv effekt (Folkehelseinstituttet, 2015).

### **7.3 Utføre**

Den tredje fasen i Modell for kvalitetsforbedring er å *utføre*, i form av å tilrettelegge ny praksis. Nedenfor er det en kort og nødvendig oppfriskning på viktige punkter som en bør tenke igjennom når en skal iverksette implementeringsplanen, og før planen presenteres i neste kapittel (Folkehelseinstituttet, 2015):

- God informasjon til alle sentrale aktører om hva man ønsker å oppnå med implementeringen, samt skape en opplevelse av eierskap til fagprosedyren hos de ansatte (Konsmo, 2015; Folkehelseinstituttet, 2015).
- Grundig opplæring av sykepleierne via undervisning og veiledning.
- Klargjøring av rollefordeling og tydelighet på hvordan forbedringstiltakene skal gjennomføres.
- Ressurser som sikrer nødvendige strukturindikatorer er på plass. Det vil si alt av materiell, utstyr og hjelpemidler som ørekløkker, skjerm Brett, kengurutopper og lenestoler (Folkehelseinstituttet, 2015)
- Implementering krever en deltagende og støttende ledelse og arbeidsgruppe for å være sikker på at tiltakene utføres som planlagt (Durlak & DuPre, 2008).
- Benytte sjekklister og/eller andre tiltak som spørreundersøkelse, påminnere, intervju for å se om og sikre at endringene følges (Folkehelseinstituttet, 2015).

## 8.0 PRESENTASJON AV IMPLEMENTERINGSPLANEN

Det er nedenfor designet en implementeringsplan. Dette er den siste fasen i Skolarus og Sales (2015) sin fem-trinns modell: *Design en implementeringsintervensjon for å overvinne barrierene*. Planen er nå klar for implementering i praksis.

Tabell 5:

Implementeringsplan for fagprosedyren *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*.

<b>Implementeringsplan for fagprosedyren <i>Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte</i></b>		
<b>2018</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Formålet:</b>
<b>Januar</b>	Innkalle til et møte med ledelsen og sentrale aktører.	For å lykkes med implementering, er det essensielt å ha ledelsen i ryggen med støtte til ressurser, avsatt tid til gjennomføring, samt eventuell økonomisk støtte (Durlak & DuPre, 2008; Skolarus & Sales, 2015).
	Hente fagprosedyren fra helsebiblioteket.no. Gjøre lokale tilpasninger og få fagprosedyren publisert i det aktuelle prosedyreoppslagsverket til avdelingen.	Fordi tilgangen til prosedyren skal være lett tilgjengelig. Fagprosedyren er kvalitetssikret med AGREE II som verktøy (vedlegg 2).  Ytterligere vurderinger og eventuelle lokale tilpasninger av fagprosedyren gjøres for å skreddersy den til den aktuelle avdelingen, da pasientgruppene kan variere fra sykehus til sykehus. En intern høring av prosedyren må gjennomføres (Fretheim et al., 2015; Helsebiblioteket, utdatert; The AGREE Collaboration, 2013).
	Masterstudentene drar på praksisbesøk til nyfødt intensivavdelingen på Sykehuset Innlandet, Elverum.	Elverum har nylig implementert den samme fagprosedyren. De kan bidra med råd og innspill til prosessen (Fretheim et al., 2015; Kiplesund et al., 2016; Kongsmo, 2015).

<b>Februar</b>	<p>Sende epost til alle ansatte på nyfødt intensivavdeling med informasjon om den nye fagprosedyren og implementeringen som skal forgå. Samtidig informere på morgenmøter, personalmøter og fagdager.</p>	<p>Det er derfor nødvendig at alle ansatte innehar tilstrekkelig informasjon før oppstart av implementeringen (Folkehelseinstituttet, 2015; Konsmo, 2015).</p>
	<p>Det må opprettes en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av avdelingsleder, barnesykepleiere, fagutviklingssykepleier, leger og fysioterapeuter. Avdelingsleder utnevnes som formell leder for arbeidsgruppen.</p> <p>Få innspill fra en brukerrepresentant i Prematurforeningen.</p> <p>Ti barnesykepleiere må velges som superbrukere. Samtidig er det ønskelig å samarbeide med en brukerrepresentant fra Prematurforeningen.</p>	<p>Arbeidsgruppen bør være tverrfaglig. De ulike yrkesgruppene innehar forskjellig kompetanse og vil være viktige nøkkelpersoner for gjennomføring av dette kvalitetsarbeidet (Folkehelseinstituttet, 2015).</p> <p>Brugerorganisasjoner er spesielt viktige fordi de har andre perspektiv og erfaringer enn barnesykepleierne.</p> <p>Superbrukere vil gå foran som gode forbilder og er eksperter på KMC. De vil veilede, undervise og fremme bruken av KMC til de ansatte. Det at superbrukerne får eierskap til implementering av fagprosedyren, kan være en fordel for hvor vellykket implementeringen blir (Fretheim et al., 2015; Helsedirektoratet, 2012).</p>
	<p>Kartlegge allerede registrert KMC-tid per pasient i Neonatalprogrammet (NEO) ved å innhente data fra Norsk Nyfødtmedisinsk kvalitetsregister (NNK).</p>	<p>Det må sikres tilgang til systemet NNK, slik at data kan innhentes før implementeringen starter (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017). Det er viktig å ha et utgangspunkt for hvor mye KMC som faktisk blir benyttet. På den måten får man mulighet til å følge med på hvor stor endring implementering av fagprosedyren vil ha underveis og til slutt (Folkehelseinstituttet, 2015).</p>

<b>Mars</b>	Dele ut spørreundersøkelse for å avdekke holdninger til endring.	Kartlegge sykepleiernes holdninger til implementering av fagprosedyrer og deres holdninger til endringer generelt, via en spørreundersøkelse (Folkehelseinstituttet, 2015; Skolarus & Sales, 2015).
	Funnene fra spørreundersøkelsen skal analyseres og diskuteres.	Å få tilgang til sykepleiernes holdninger, gir kvalitetsarbeidet en gylden mulighet til å bryte barrieren ”negativ holdning til endring”. En kan dermed prøve å tilpasse implementeringsplanen ut i fra hvilke tilbakemeldinger en får (Achterberg, 2015; Chan et al., 2016; Durlak & DuPre, 2008; Folkehelseinstituttet, 2015; Skolarus & Sales, 2015; Smith et al., 2017).
	Legge frem resultatene fra spørreundersøkelsen for ledelsen, og den tverrfaglige arbeidsgruppen.	For å øke interessen og eierskapet til implementeringen (Fretheim et al., 2015).
<b>April</b>	Sikre at nødvendige strukturindikatorer er på plass før oppstart av implementeringen. Dette innebærer utstyr som øreklokker, skjerm Brett, lenestoler, kengurutopper.	Dette er viktig utstyr for at implementeringen skal bli vellykket (Folkehelseinstituttet, 2015; Kiplesund et al., 2016).
	Gjennomføre undervisning på fagdager i samarbeid med de sentrale aktørene. Tema: KMC, fagprosedyren og implementeringsprosessen. Presentere hva arbeidsgruppen ønsker å oppnå med denne implementeringen.	Undervisning er vesentlig. Det kan ikke forventes at sykepleierne praktiserer KMC riktig dersom de ikke innehar kunnskap på feltet (Erfaringskunnskap).

<b>Mai</b>	<p>Starte opp med sjekklister som skal deles ut til alle sykepleiere etter hver dag- og aftenvakt i en periode på en uke.</p> <p>De ansatte skal begynne å benytte seg av fagprosedyren aktivt.</p>	<p>Sjekklister kan bidra til at sykepleiere lettere tar i bruk fagprosedyrer, retningslinjer og kommunisere bedre seg imellom (Erfaringskunnskap; Folkehelseinstituttet, 2015).</p> <p>Veilederen... ”å bedre skal det bli”, understreker viktigheten å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen som finnes (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).</p>
	<p>Registrere resultatene fra sjekklisten i statistisk prosess kontroll (SPC).</p>	<p>Resultatene kan presenteres som før- og ettermålinger og i tidsserier slik at man kan følge prosessen over tid samtidig som man får synliggjort variasjoner (Folkehelseinstituttet, 2015; Frich, 2017).</p>
<b>Juni</b>	<p>Reflektere over om implementeringen går som den skal. Innkalle til møte med arbeidsgruppen.</p>	<p>Modell for kvalitetsforbedring sine fem faser må følges opp. Det vil ofte være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser underveis i prosessen for å se om målene er nådd. Endringer kan være nødvendig for å opprettholde resultatene (Folkehelseinstituttet, 2015).</p>
	<p>Ta i bruk endringslogg.</p>	<p>En endringslogg viser når de ulike endringene er iverksatt, i hvilken grad endringene ble gjennomført i henhold til planen og om det oppstod uventede hendelser underveis (Folkehelseinstituttet, 2015).</p>
	<p>Alle ansatte får oppdatering på hvordan implementering av fagprosedyren ligger an via epost. Det må gis skryt og konstruktiv kritikk.</p> <p>Avdelingsleder informerer om foreløpige resultater fra implementeringen.</p> <p>Kake og feiring på personalrommet.</p>	<p>Viktig å holde de ansatte informert, oppdatert og motivert (Durlak &amp; DuPre, 2008; Erfaringskunnskap).</p>

<b>Juli</b>	<p>Ferieavvikling. Viktig å ikke miste fokus på KMC under ferieavviklingen.</p> <p>Ta i bruk superbrukere som kan veilede og undervise.</p> <p>Henge opp påminnere.</p>	<p>Superbrukerne og påminnerne vil være viktige bidragsyttere (Fretheim et al., 2015).</p> <p>Superbrukerne er eksperter på området KMC og de vil veilede og undervise de ansatte under ferieavviklingen (BSF 2017; Fretheim et al., 2015).</p> <p>Påminner er et verktøy for klinisk beslutningsstøtte som kan bidra til forbedringer i praksis (Fretheim et al., 2015).</p>
<b>August</b>	<p>Etter ferieavvikling, fra midten av august: dele ut sjekklister i en ukes tid.</p> <p>Minne de ansatte på at fagprosedyren skal brukes.</p>	<p>Sjekklisten bidrar til at sykepleiere lettere tar i bruk fagprosedyrer, retningslinjer og kommunisere bedre seg imellom (Folkehelseinstituttet, 2015).</p>
<b>September</b>	<p>Fokusgruppeintervju: det vil inkluderes cirka 10-15 barnesykepleiere.</p>	<p>Intervju i grupper kan sørge for felles diskusjoner og belyse ulike erfaringer. På denne måten kan en få innblikk i flere av barnesykepleiernes opplevelser av implementeringen, og identifisere lokale barrierer (Folkehelseinstituttet, 2015; Malterud, 2013; Sandvik et al., 2011).</p>
	<p>Undervise nyansatte sykepleiere som mangler kunnskap om KMC.</p>	<p>Det er ønskelig at alle ansatte til enhver tid innehar kunnskap om KMC og fagprosedyren (BSF, 2017).</p>
<b>Oktober</b>	<p>Analysere svarene fra fokusgruppeintervjuene og sammenligne dem med resultatene fra sjekklister i SPC.</p>	<p>Det er av betydning å fortsett å måle over tid for å sikre at forbedringene vedvarer (Folkehelseinstituttet, 2015; Skjellanger et al., 2015).</p>

	Oppdatere endringslogg.	En endringslogg viser når de ulike endringene er iverksatt, i hvilken grad endringene ble gjennomført i henhold til planen og om det oppstod nye uventede hendelser siden siste endringslogg (Folkehelseinstituttet, 2015).
<b>November</b>	Møte med ledelse og arbeidsgruppen: Resultater fra SPC-målingene legges frem.	Oppdatere aktuelle parter om hvordan implementeringen ligger an. Samtidig opprettholde interessen og eierskapet til implementeringen (Fretheim et al., 2015).
<b>Desember</b>	Kartlegge KMC-tid i neonatalprogrammet, ved å innhente data fra NNK.  Ut i fra kartleggingen kan man stille seg følgende spørsmål: -Hvor står man nå? -Har implementeringen fungert? -Er målene nådd? -Hva må jobbes videre med? -Gjøre eventuelle justeringer.  Registrere på nytt i SPC.	Resultatindikator: Resultatene kan presenteres som før- og ettermålinger og i tidsserier slik at man kan følge prosessen som har vart over tid. Samtidig vil det bli synliggjort variasjoner (Folkehelseinstituttet, 2015; Frich, 2017).
<b>2019 Januar</b>	Feire med de ansatte og alle involverte parter. Takke for vel gjennomført arbeid og bidrag underveis i implementeringen av fagprosedyren.  Resultatene synliggjøres via en plakat på veggen på personalrommet. For å feire henges det opp ballonger og det tas med kake på personalrommet.	Erfaringsmessig er det positivt for det kollegiale felleskapet å synliggjøre resultater med en liten feiring på personalrommet.
<b>Februar</b>	Implementeringen fortsetter.	Sikre videreføring og eventuelt dele gode erfaringer med andre sykehus (Folkehelseinstituttet, 2015).



Implementeringsplanen er nå ferdigstilt og klar til å brukes i praksis. Dette vil som nevnt ikke utføres i denne masteroppgaven, og de neste fasene blir derfor i realiteten ikke aktuelle før selve implementeringen er utført. Planen inneholder allikevel teori fra kapitlene nedenfor, dette for at planen skal være et fullverdig produkt.

## 8.1 Evaluere

Den fjerde fasen i Modell for kvalitetsforbedring er å *evaluere*, og dette innebærer å:

- Måle og reflektere over resultater
- Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere (Folkehelseinstituttet, 2015).

### 8.1.1 Måle og reflektere over resultater

Ved å måle og analysere data som er satt for kvalitetsarbeidet, kan man få innblikk i om målene er nådd og om endringene har ført til forbedringer. Dette kan gjøres ved å analysere og sammenlikne nye målinger med utgangsdatabe (Folkehelseinstituttet, 2015). Denne fasen blir som sagt først aktuell når implementeringen er utført, men følgende resultater vil det være nyttig å måle og reflektere over:

- *Registrering i NNK*. Har KMC-tiden økt? Har registreringene økt?
- *Spørreundersøkelse*. Har sykepleiernes holdninger til endringer forandret seg?
- *Sjekkliste*. Resultatene analyseres i SPC, og vil gi svar på om sykepleierne bruker fagprosedyren aktivt og om det er flere som bruker den nå enn tidligere.
- *Endringslogg*. Reflektere over hvorfor eventuelle endringene ble iverksatt. I hvilken grad endringene ble gjennomført i henhold til planen og om det oppstod uventede hendelser underveis.
- *Fokusgruppeintervju*. Resultatene kartlegger sykepleiernes opplevelser av implementeringen og om det er behov for endringer/justeringer i forhold til den nåværende implementeringsplanen.

Jevnlige målinger vil vise hvordan kvaliteten på implementeringen og bruken av fagprosedyren utvikler seg over tid, om det er store og uakseptable variasjoner og om nivået

er godt nok. Fokusgruppeintervjuene av barnesykepleierne utført underveis i implementeringen må ses i sammenheng med de kvantitative målingene i spørreundersøkelsen og sjekklisten for å undersøke kvaliteten og om endringene er forbedringer. De kvalitative intervjuene og kvantitative tilnærmingene kan utfylle hverandre da de belyser ulike momenter (Folkehelseinstituttet, 2015).

### *8.1.2 Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere*

Resultatene av målingene forklart over, burde nå diskuteres og synliggjøres med ledelsen og arbeidsgruppen. Følgende spørsmål vil kunne være aktuelle å stille: Er det behov for ytterligere forbedringer og er målene nådd? Denne drøftingen kan trolig skape motivasjon og engasjement. Den kan også bidra til forankring og ikke minst til at forbedringene kan vedvare over tid. Det er også en realistisk mulighet for at evalueringen kan avsløre at kvalitetsarbeidet ga uventede konsekvenser (Folkehelseinstituttet, 2015). For eksempel at enkelte av de premature barna som blir tatt ut i KMC ikke klarer å holde tilfredsstillende kroppstemperatur, og dermed blir ustabile. Eller kan fokuset på bruk av fagprosedyren føre til at sykepleiere for enhver pris ønsker å oppfylle implementeringens mål om åtte timers KMC, og dermed glemmer å vurdere om barnet faktisk er stabilt nok til å tåle forflytning? Barnesykepleiere skal kontinuerlig arbeide etter kravet om faglig forsvarlig sykepleie som omtales i Helsepersonelloven (1999). De må av den grunn bruke sine kunnskaper til å veilede sine kollegaer i det daglige arbeidet. Dette er en del av barnesykepleierens pedagogiske funksjon (BSF, 2017).

Dersom kvalitetsarbeidet viser seg å ikke fungere tilfredsstillende og ikke gi ønskede resultater, kan det være lurt å gå tilbake til forberedelses- og planleggingsfasen. Det må diskuteres i arbeidsgruppen og med ledelsen om andre forbedringstiltak skal prøves ut. Finnes det noe i organisasjonskulturen som motvirker endringene? Har ikke forankring i ledelsen og organiseringen vært bra nok? Har utprøving vist at målene bør endres? Dette er spørsmål det vil være aktuelt å stille underveis. Det kan også være at tiltakene har virket i for kort tid til å gi de ønskede resultatene, og da kan det være nødvendig å gi prosessen noe lenger tid før man gjør justeringer. Dersom målene er nådd, fortsetter man til neste trinn i prosessen som er å følge opp (Folkehelseinstituttet, 2015).

## 8.2 Følge opp

Den femte fasen i Modell for kvalitetsforbedring er å *følge opp*, og den har følgende punkter:

- Implementere ny praksis
- Sikre videreføring
- Dele erfaringene med forbedringene (Folkehelseinstituttet, 2015).

Deler av denne fasen er ikke aktuell i denne masteroppgaven da man ikke kan følge opp uten faktisk å ha utført implementeringen. Fasen har relevant innhold som kan brukes videre i arbeid med fagutvikling.

### 8.2.1 Implementere ny praksis

Det er viktig å sikre at forbedringer som fungerer tilfredsstillende opprettholdes over tid og implementeres i avdelingen. Dette kan gjøres ved hjelp av den utarbeidede implementeringsplanen, og som nevnt tidligere er det vesentlig at fagprosedyren ikke bare er publisert på helsebiblioteket, men også i oppslagsverket for prosedyrer som brukes på den aktuelle avdelingen (Folkehelseinstituttet, 2015).

### 8.2.2 Sikre videreføring

For at kvalitetsarbeidet skal videreføres over tid, vil det være nødvendig å få på plass et system som overvåker at den nye praksisen fortsatt fungerer optimalt. Dette kan for eksempel gjøres ved å fortsette å måle så ofte det vurderes å være nødvendig, og deretter synliggjøre og drøfte resultatene med ledere, arbeidsgruppen og sykepleierne i avdelingen. Det er ifølge Modell for kvalitetsforbedring, et lederansvar å sørge for at dette gjøres, samt at resultatene brukes videre (Folkehelseinstituttet, 2015).

### *8.2.3 Dele erfaringene med forbedringene*

Det utarbeides mange gode fagutviklingsarbeid i helsetjenesten, men et flertall forblir ukjente for andre sykehus. Dersom resultatene fra dette arbeidet fortsatt er gode, bør de derfor spres til andre tilsvarende avdelinger og enheter som vil ha nytte av implementering av KMC. Det er også mulig at implementeringsplanen kan overføres til implementering av andre typer fagprosedyrer (Folkehelseinstituttet, 2015).

## 9.0 KONKLUSJON

Hensikten med dette kvalitetsarbeidet er å bidra til å sikre faglig forsvarlig sykepleie og lik praksis til pasienter, gjennom et kunnskapsbasert fagutviklingsarbeid. Selve arbeidet resulterte i en implementeringsplan med konkrete punkter basert på oppdatert forskning og kliniske erfaringskunnskaper. Eksisterende kunnskap kan nå implementeres i praksis og bidra til at kravet om at barnesykepleie skal være basert på kunnskapsbasert praksis oppfylles.

Fagutvikling er del av en kontinuerlig prosess mot forbedringer i helsevesenet der barnesykepleiere kan bidra med sin spesialiserte kompetanse og kunnskaper. Dette kvalitetsarbeidet kan muligens brukes som et hjelpemiddel i andre implementeringsprosesser, og dermed bidra til en vellykket implementering av andre fagprosedyrer som er og vil utvikles. Samtidig kan det kanskje bidra til å minske det uheldige spriket mellom klinisk praksis og gitte anbefalinger. Før planen kan tas i bruk må den tilpasses lokale forhold og godkjennes av ledelsen på den aktuelle avdelingen.

I et eventuelt videre arbeid med denne implementeringen vil oppfølging med gjentatte målinger og synliggjøring av disse resultatene være nødvendig. Dersom målinger viser at forbedringene fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sørge for at disse opprettholdes over tid. De må bygges inn i avdelingens systemer og infrastruktur (Folkehelseinstituttet, 2015). Videre vil det være viktig med praktisk trening av sykepleierne for å kvalitetssikre KMC. Simulering og ferdighetstrening har av erfaring vist seg å være nyttig. Sykepleierne kan da forsøke og feile under helt trygge forhold før de skal ta i bruk KMC til pasientene. Alternativt kan den praktiske treningen videreutvikles og suppleres med et elektronisk læringskurs. Resultatene Fretheim et al., (2015) henviser til i sin forskning, viser at nettbasert læring muligens bidrar til mer kunnskap, bedre ferdigheter og forbedret atferd blant helsepersonell, og dermed også bedre pasientbehandling.

I ettertid ser vi at det kunne vært hensiktsmessig å benytte seg av forskning på endringsprosesser og teknikker for atferdsendringer hos sykepleiere, og deretter koble disse til kartleggingen som er gjort av barrierer. Denne type forskning kunne bidratt til mer fokus på hvordan sikre vedvarende forbedringer og anbefales i Skolarus og Sales (2015) sin fem-trinns

modell. Det kunne også vært fornuftig å prøve ut den nye implementeringsplanen i liten skala via et pilotprosjekt, da dette kan være relevant med tanke på innhold og gjennomføringsevnen av implementeringsplanen (Folkehelseinstituttet, 2015). I pilotprosjektet burde det inkluderes sykepleiere med variert arbeidserfaring og kompetanse siden dette kan være med på å sikre gode tilbakemeldinger (Fretheim et al., 2015). Deretter måtte en ha evaluert dette pilotprosjektet grundig, eventuelt gjort justeringer, for så å iverksette implementeringen i hele avdelingen.

Kvalitetsarbeidet har forsøkt å belyse og drøfte etiske prinsipper, og det er en overordnet tankegang underveis i hele masteroppgaven om at det skal bidra til positive, etiske konsekvenser for de mest sårbare pasientgruppene vi som barnesykepleiere møter i vår jobb. Kunnskap opparbeidet gjennom denne masteroppgaven har vekket vår interesse for kvalitetsarbeid, og det vil være interessant å fortsette å drive fagutvikling på våre respektive avdelinger.

## LITTERATURLISTE

Achterberg, T. V. (2015). Introduction to section 4. I D.A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex Interventions in Health. An overview of research methods* (s.261-264). Abingdon, New York: Routledge.

Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser*. Barneombudets fagrapport. Hentet 09.02.17 fra: [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse\\_på\\_barns\\_premisser.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_på_barns_premisser.pdf)

Barnesykepleierforbundet, NSF, BSF. (2017). *Barnesykepleier- funksjons- og ansvarsområder*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20171309161006/Barnesykepleier – funksjons- og ansvarsområder 2017.pdf](https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20171309161006/Barnesykepleier_-_funksjons-og_ansvarsområder_2017.pdf)

Brinchmann, B. S. (Red.) (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Center for kliniske retningslinjer (2015). *Klinisk retningslinje om hud-mod-hud- kontakt mellom præmature børn og deres forældre*. Hentet 09.02.17 fra: [http://www.cfkr.dk/media/347128/hud\\_mod\\_hud\\_h\\_ringseksemplar.pdf](http://www.cfkr.dk/media/347128/hud_mod_hud_h_ringseksemplar.pdf)

Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S. & Atun, R. (2016). *Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers*. Bull World Health Organ 2016;94:130–141J. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.157818>.

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2013). Best evidence statement (BEST). Skin to skin care in a level III-IV NICU. *National Guideline Clearinghouse*. Hentet 15.10.17 fra: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/46460?search=kangaroo>

Conde-Agudelo, A. & Diaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(8), s.1-154. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4

Durlak J.A. & DuPre E.P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. Volume 41, Issue 3-4, pages 327–350. Doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

European Science Foundation (ESF). (2011). *Forward Look- Implementation of Medical Research in Clinical Practice*. Hentet 09.02.17 fra:  
[http://archives.esf.org/fileadmin/Public\\_documents/Publications/Implem\\_MedReseach\\_ClinPractice.pdf](http://archives.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Implem_MedReseach_ClinPractice.pdf)

Folkehelseinstituttet. (2015a). *9 av 10 barn fødes etter fullgatte svangerskap*. Hentet 08.02.17 fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2015/9-av-10-barn-fodes-etter-fullgatte/>

Folkehelseinstituttet (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet 04.05.17 fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Fossheim, H., Hølen, J. & Ingierd, H. (2013). *Barn i forskning. Ethiske dimensjoner*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetiske komiteer.

Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10 – 2015). Hentet 08.02.17 fra:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer>

Frich, J. (2017). *Kvalitetsindikatorer*. Hentet 22.09.17 fra:  
<https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>



- Grønseth R. & Markestad T. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I B.S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn* (s. 14-26). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Haugum, M., Bjertnæs, Ø. A., Iversen., Lindahl, A.K., Nylenna, M. (Red). (2014) *Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16/2013) Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/commonwealth-funds-undersokelse-av-helsetjenestesystemet-i-11-land-norske-resultater-i-2013-og-utvikling-siden-2010>
- Helsebiblioteket. (2017). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet 01.05.17 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (udatert). *Ferdige fagprosedyrer*. Hentet 14.10.17 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/?index=60>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. (Veileder IS-1870/2012) Hentet 08.02.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen- nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet 15.10.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Taushetsplikt og samtykke*. (Veileder IS-2651) Hentet 26.10.17 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsinkideklarasjonen (2014). Hentet 09.02.17 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdenslegeforening/>

Høgskolen i Oslo og Akershus (2017). *Litteratursøk og kildekritikk*. Hentet 14.10.17 fra:

<https://student.hioa.no/litteratursok-kildekritikk>

Kiplesund, I., Engeland, J., Kleppen, S., Tveiten, L., Lundby, H. K., Lund, L. C. & Bing, R. (2016). *Kenguru, hud-mot-hud-nyfødte*. Hentet 08.02.17 fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kenguru-nyf%C3%B8dte>

Konsmo, T. (2009). *Kvalitetsforbedring - Hva er kvalitetsforbedring?* Hentet 08.02.17 fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hva-er-kvalitetsforbedring>

Konsmo, T (2015). *Hvordan skape vedvarende forbedringer*. Hentet 22.09.17 fra

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>

Kunnskapssenteret. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Hentet 09.02.17 fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid?vis=sammendrag>

- Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. Hentet 09.02.17 fra:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lode, I. U., Andersen, R. D. & Eriksson, M. (2015). Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger. *Sykepleien forskning* 2015 10(2)(152–160). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.54359
- Lowson, K., Offer, C., Watson, J., McGuire, B. & Renfrew, M. J. (2015). The economic benefits of increasing kangaroo skin-to-skin care and breastfeeding in neonatal units: analysis of a pragmatic intervention in clinical practice. *International Breastfeeding Journal*. 2015 10:11. Doi: 10.1186/s13006-015-0035-8.
- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien* 2013, 101 (2):47-49. Doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0002
- Malterud, K. (2013). *Kvalitativ metode i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. 2. opplag. Universitetsforlaget.
- McGrath, J. M., Brown, R. E. & Samra, H. A. (2012). Before you search the literature: how to prepare and get the most out of citation databases. *Volume 12, number 3. Newborn and infant nursing reviews, September 2012*.
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Meld. St. 12 (2015-2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>
- Moore, E.R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(11), s. 1-163. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2017). *Norsk nyfødtemedisinsk kvalitetsregister*. Hentet 23.10.17 fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-nyfodtmedisinsk-kvalitetsregister>

Nordbø, B. (2017). *Implementere*. Store Norske Leksikon. Hentet 16.07.17 fra: <https://snl.no/implementere>

Norsk barnelegeforening. (2011). *Generell veileder i pediatri*. Hentet 08.02.17 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/forside>

Norsk barnelegeforening. (2013). *Akutt veileder i pediatri*. Hentet 08.02.17 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/akuttveileder-i-pediatri/forside?hideme=true>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 08.02.17 fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet 08.02.17 fra: [https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig\\_forsvarlighet.pdf](https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. (2.utg). Oslo: Akribe AS

Nyqvist, K. H. (2016). Given the benefits of Kangaroo mother care, why has its routine uptake been so slow? *Foundation Acta Pædiatric. Volume 105, Issue 4, Pages 341–342*. Doi: 10.1111/apa.13236

Olsson, E., Eriksson, M., Anderzén-Carlsson, A. (2017) *Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective*. Journal of

- Pediatric Nursing. Hentet 10.03.17 fra :  
[http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(17\)30130-6/pdf](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(17)30130-6/pdf)
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2009). *Forskningprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pammi, M. (2017). Premature newborn care. The right clinical information, right where it's needed. *BMJ best practice (2017)*, 1-62. Hentet 15.10.17 fra:  
<http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/671/pdf/671.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (Ninth Edition. ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prematurforeningen (2017). *Om oss*. Hentet 27.10.17 fra:  
<https://www.prematurforeningen.no/om-oss/>
- Richards, D. A. & Hallberg, I. R. (Red.). (2015). *Complex Interventions in Health. An overview of research methods*. Abingdon, New York: Routledge.
- Sandtrø, H. P. (2009). Sykepleie til premature barn. I B.S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 27- 56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sandvik, G. K, Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning* 2011 6(2)(158-165). doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098

Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B. & Engmann, C. (2015). Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review. *PLOS ONE* 10(5). doi:[10.1371/journal.pone.0125643](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125643).

Skjellanger, A. G., Deilkås, E. T., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik, M., Schreiner, M., Fredheim, N., Longva, K. W., Austdal, C., Lemser, M. & Nikolaisen, J. (2015). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender*. 2011-2013. Hentet 08.02.17 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>

Skolarus, T. A. & Sales, A. E. (2015). Implementation issues. Towards a systematic and stepwise approach. I D.A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex Interventions in Health. An overview of research methods* (s. 265- 273). Abingdon, New York: Routledge.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. (Veileder IS-1162). Hentet 08.02.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419/2007). Hentet 08.02.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/274/Nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn-IS-1419.pdf>

Smith, E.R, Bergelson, L., Constantian, S., Valsangkar, B., & Chan. G.J. (2017). Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatrics* (2017) 17:35. s 1-16. doi: 10.1186/s12887-016-0769-5

- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B.S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 27- 56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Strømme, H. (2017) Kunnskapspyramiden-ny versjon. Hentet fra: <https://smhbloggen.wordpress.com/2017/09/04/kunnskapspyramiden-ny-versjon/>
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus – en kort innføring i viktige begreper - forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tandberg, B. S., & Steinnes, S. (Red.). (2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tandberg, B. S., & Steinnes, S. (Red.). (2009). *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- The AGREE Collaboration. (2013). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument*. Hentet 10.10.17 fra: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2017). *Metodebok i nyfødtdisin*. Hentet 08.07.17 fra: [https://unn.no/Documents/Metodeb%C3%B8ker/Metodebok%20i%20nyf%C3%B8dtmedisin/Metodebok\\_nyf%C3%B8dtmedisin\\_5-utgave\\_juni2017.pdf](https://unn.no/Documents/Metodeb%C3%B8ker/Metodebok%20i%20nyf%C3%B8dtmedisin/Metodebok_nyf%C3%B8dtmedisin_5-utgave_juni2017.pdf)
- World Health Organization (WHO) (2003). *Kangaroo Mother Care- a practical guide*. Hentet 08.02.17 fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2010). *WHO`s role and responsibilities in health research*. Hentet 09.02.17 fra: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R21-en.pdf)



## Kenguru, hud-mot-hud – nyfødte

**Utgitt av:**

Sykehuset Innlandet

**Versjon:**

1.0

**Siste litteratursøk:**

25.01.2016

**Helsepersonell prosedyren gjelder for:**

Sykepleiere, barnepleiere og leger som har ansvar for barn innlagt ved Nyfødtintensiv avdeling

**Pasienter prosedyren gjelder for:**

Premature og syke nyfødte barn fra og med svangerskapsuke 28+0 som ikke er intuberte

---

### Hensikt og omfang

- Prosedyren gjelder for premature og syke nyfødte barn fra og med svangerskapsuke 28+0 som ikke er intuberte
- Sikre kunnskapsbasert praksis ved Kenguru hud-mot-hud, dvs. at innholdet bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (2, 8).
- Fremme fysiologisk stabilitet hos barnet (4, 9, 10, 11, 12).
- Fremme tidlig ammestart og lengst mulig ammeperiode (2, 3, 9, 11, 13).
- Fremme bonding, tilknytning og samspill mellom foreldre og barn (2, 3, 4, 8, 10).
- Sikre at barnet får oppfylt sin rett til å ha minst en av foreldrene hos seg, og foreldrene sin rett til å være sammen med sitt alvorlig syke barn under sykehusoppholdet (5,11,14)

Det tilstrebes å starte Kenguru hud-mot-hud direkte etter forløsning og å gjennomføre Kenguru hud-mot-hud under hele innleggelsen (9, 15).

**Opplæring/kompetanse**

**Helsepersonell**

- skal ha gjennomgått lokal, standardisert opplæring for Kenguru hud-mot-hud



- skal gjennomføre Kenguru hud-mot-hud i tråd med Barn - Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell, NIDCAP (<http://ek.sihf.no/docs/pub/dok27945.pdf>) (16)

### Foreldre

- skal ha individuell, tilpasset veiledning om følgende:
  - Gjennomgang av informasjonsbrosjyre, registreringsskjema og dagsplan (2)
  - Praktisk og trygg gjennomføring av Kenguru hud-mot-hud (2)
  - Barnets signaler på velbefinnende eller stress

---

## Fremgangsmåte

### Vedlegg

#### Definisjoner

(1,3,6,9,17,18,19)

### Utstyr

(1,3)

- Komfortabel lenestol med muligheter for fleksibel stilling, ev. seng med sengehest
- Varm tøybleie/teppe/dyne
- Lue
- Puter for komfortabel stilling
- Kengurutopp
- Åpen skjorte
- Overvåkningsutstyr (etter forordning)
- Speil slik at foreldrene lettere kan følge med på barnets uttrykk og signaler under Kenguru hud-mot-hud
- Øreklokker for å unngå avbrutt Kenguru hud-mot-hud samtidig som taushetsplikten ivaretas ved legevisitt hos andre barn i avdelingen

### Gjennomføring

(1, 2, 12, 15, 16, 17)

- Tilstreb ro i rommet. Unngå direkte lys i barnets øyne.
- Foreldre utfører håndhygiene og er ikledd kengurutopp og eventuelt åpen skjorte.
- Sikre utstyr tilkoblet barnet. Innganger skal være godt fiksert.
- Den som skal sitte med barnet løfter selv barnet og plasserer det hud-til-hud. Veiled og assister

foreldrene i å løfte barnet skånsomt ut av kuvøse/seng.

- Forelderen sitter komfortabelt i halvt tilbaketrukket posisjon i stol eller seng.
- Barnet plasseres i en komfortabel, oppreist stilling med mage og brystkasse mot forelderens brystkasse.
- Barnets og forelderens hud er i direkte kontakt med hverandre over så store hudområder som mulig.
- Barnets armer og bein er i lett bøyd posisjon, unngå trykk over magen for å fremme abdominal pust
- Hodet støttes og vendes til siden uten at nakken strekkes. Forebygger obstruktiv apné og drag på skjøre blodkar og muskel/senefester.
- Overkroppen skal være strekt for uhindret tarmpassasje.
- Sikre barnets posisjon i kengurutoppen slik at det ikke kan skli ut. Foreldrene er, i samarbeid med personalet, oppmerksomme på barnets behov for leieendring.
- Dekk barnets kropp og hode etter modenhet og individuelt behov. Hindre avkjøling og væsketap.
- Overvåk etter forordning, og alltid hvis foreldrene dør/sover under Kenguru hud-mot-hud. EKG-elektroder bør settes på barnets rygg. Forhindre at de løsner eller fester seg på foreldrene.
- Observer og dokumenter barnets fysiologiske status.
- Gi foreldrene støtte og veiledning i å ha hovedfokus på barnet, og være oppmerksomme på barnets signaler. Samtidig kan det tilrettelegges for rolige aktiviteter som kan bidra til å forlenge tiden i Kenguru hud-mot-hud (for eksempel se på film, høre på lydbok osv.).
- Barnet bør ligge i Kenguru hud-mot-hud lengst mulig og minst en time om gangen.
- Ved forflytning mellom rom/avdelinger skal barnet transporteres i seng, eller ligge i Kenguruposisjon hos foreldrene som da forflyttes i rullestol.
- Avbryt Kenguru hud-mot-hud hvis barnets tilstand tilsier dette.

## Risikofaktorer

### Forsiktighetsregler

- Forflytning fra kuvøse eller seng kan være energikrevende/risikofyllt for et prematurt/sykt nyfødt barn og føre til fysiologisk ustabilitet (16). Ved kritisk sykdom skal lege vurdere om forflytning er forsvarlig.
- Navlekateter kan løsne ved forflytning/friksjon og dermed føre til blødning, hindre kontinuerlig blodtrykksovervåking og sikker tilførsel av væske og ernæring.
- Dersom foreldre er påvirket av sløvende medikamenter, f.eks mødre etter sectioforløsning (20).

### Når barnet har navlekateter (NK)

- Fikser kateteret etter lokal prosedyre og barnet kan legges i Kenguru hud-mot-hud 24 timer etter innleggelse.
- Lege og sykepleier skal sammen kontrollere fiksering og posisjon av NK hver gang barnet er planlagt ut til foreldre.
- Plasser barnet med ene siden av kroppen mot foreldrenes bryst med god støtte for hodet og strekt overkropp (1, 21).
- Overvåk kateterinngangen med tanke på korrekt kateterposisjon og ev. blødning i henhold til lokal prosedyre.

### Kontraindikasjoner

- Thoraxdrenasje (17)
- Nedkjøling i forbindelse med asfyxi (17)
- Barn som ikke kan forflyttes, f.eks. etter kirurgi
- Foreldre er påvirket av alkohol eller andre rusmidler (20)

### Intervensjoner som kan gjennomføres under Kenguru hud-mot-hud:

- Samspillsveiledning
- Amming
- Bleieskift/stell
- Sondenedleggelse
- Sondemåltid
- Blodprøvetaking
- Lysbehandling
- Ultralyd
- Mor kan benytte brystpumpe
- Enkelte legeundersøkelser

### Dokumentasjon og registrering

- Mål for timer per døgn avtales og registreres i dags- og behandlingsplanen og evalueres ukentlig. Dokumenter årsak om målet ikke oppnås.
- Foreldrene registrerer antall timer pr. døgn på eget skjema.
- Timene summeres, dokumenteres på ukekurven og registreres i Nyfødtmedisinsk kvalitetsregister daglig.

---

## Definisjoner

### Definisjon av Kenguru hud-mot-hud:

Det premature eller syke nyfødte barnet ligger hud-mot-hud på foreldrenes bryst, kun iført bleie og eventuelt en lue (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

«Foreldre» brukes her også i betydningen annen nær omsorgsperson.

### Internasjonale betegnelser:

- Kangaroo Mother Care (KMC)
- Kangaroo Care (KC)
- Skin-to-Skin Contact (SSC)

- Skin-To-Skin (STS) (1)

---

## Referanser

1. Blomqvist YT og Nyqvist KH. Vård enligt kängurumetoden Kap 3 I: Lundqvist P. Omvårdnad av det nyfödda barnet. Studentlitteratur, Lund 2013.
2. Engelke Z, Schub T, Pravikoff D. Parent/Family Teaching: Providing Education about Kangaroo Care By: CINAHL Nursing Guide, May 1, 2016. Nursing Reference Center.
3. Engelke Z, Schub T, Pravikoff D. Parent/Family Teaching: Providing Education about Kangaroo Care. Skill Competency Checklist. CINAHL Nursing Guide, May 1, 2016. Nursing Reference Center.
4. Woten M, Hurst A, Pravikoff D Mother-Infant Attachment in the Neonatal Intensive Care Unit: Supporting By: CINAHL Nursing Guide, February 26, 2016 Database: Nursing Reference Center.
5. Helse og omsorgsdepartementet 2000. (Lovdata) [Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon].
6. Kiplesund I og Engeland J. Erfaringsbasert kunnskap, Nyfødt Intensiv Sykehuset Innlandet Elverum 2016.
7. Inger Johanne Tølløfsrud, fagsykepleier Nyfødt Intensiv OUS Ullevål, erfaringsbasert kunnskap, Nyfødt Intensiv OUS Ullevål (epost 13.04.2016)
8. Athanasopoulou E, Fox JR. 2014. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant mental health journal*. 2014;35(3):245-62. Hentet 18.05.2016.
9. Center for Kliniske Retningslinjer 2015. Klinisk retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellom premature barn og deres foreldre. Hentet 18.05.2016.
10. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Hentet 18.05.2016.
11. Dovland, RA, Eriksson, M. Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødt intensivavdelinger. *Sykepleien Forskning* 07/2015; 10(2):152-160. Hentet 19.05.2016.
12. Nyqvist, K. H. 2016. Given the benefits of Kangaroo mother care, why has its routine uptake been so slow?. *Acta Paediatrica*, 105: 341–342. (Editorial) Hentet 18.05.2016.
13. *Pediatrics*. 2016;137(1) Hentet 18.05.2016.
14. Barneombudet (2014). Helse på barns premisser. Hentet 18.05.2016.
15. WHO Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes 2015. Kangaroo Mother Care. A practical guide. Hentet 19.05.2016.
16. Hurst A, Caple C, Pravikoff D. Developmental Care of the Newborn. CINAHL Nursing Guide, April 29, 2016. Nursing Reference Center. Hentet 12.05.2016
17. Laila Kristoffersen, barnesykepleier og PhD stud., erfaringsbasert kunnskap, Nyfødt Intensiv St.Olavs Hospital (epost 13.04.2016)
18. Kerstin Hedberg Nyqvist, RN, PhD, erfaringsbasert kunnskap, Akademiska sjukhuset Uppsala (epost 01.04.2016).
19. Helsenorge.no 2014. Omsorgen for det nyfødte barnet. Hentet 18.05.2016.

20. Landsforeningen for uventet barnedød 2012. Trygt sovemiljø for spebarnet. Hentet 18.05.2016.
21. Karlsson V, Heinemann AB, Sjörs G, Nyberg KH, Ågren J. 2012. Early Skin-to-Skin Care in Extremely Preterm Infants: Thermal balance and Care Environment.

---

## Utarbeidelse

### Utgitt av:

Sykehuset Innlandet

Godkjent av: Toril Kolås, fagdirektør.

### Forfatter(e):

Ingvild Kiplesund, barnesykepleier, Nyfødtintensiv, Sykehuset Innlandet HF, Elverum - June Engeland, sykepleier, Nyfødtintensiv, Sykehuset Innlandet HF, Elverum - Sylva Kleppen, nyfødtisykepleier, Nyfødtintensiv, Sykehuset Innlandet HF, Elverum - Lars Tveiten, seksjonsoverlege, Nyfødtintensiv, Nyfødtintensiv, Sykehuset Innlandet HF, Elverum - Hanne Kristine Lundby, prosessveileder for kunnskapsbaserte fagprosedyrer, Avd. Kvalitet og pasientsikkerhet, Stab Helse, Sykehuset Innlandet HF - Line Cathrine Lund, overlege, Barneavdelingen, SIHF Elverum - Randi Bing, barnesykepleier/MSc/rådgiver, KDS, Avd. Kvalitet og pasientsikkerhet, Stab Helse, Sykehuset Innlandet HF.

- Metoderapport (PDF, 198 KB)  
([http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/\\_attachment/250526?\\_ts=157f1ed4b5f&download=true](http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/_attachment/250526?_ts=157f1ed4b5f&download=true))
- Dokumentasjon av litteratursøk (PDF, 384 KB)  
([http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/\\_attachment/250527?\\_ts=1570993979f&download=true](http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/_attachment/250527?_ts=1570993979f&download=true))
- PICO (PDF, 130 KB) ([http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/\\_attachment/250528?\\_ts=1570994e3d6&download=true](http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/_attachment/250528?_ts=1570994e3d6&download=true))

### Vilkår for bruk

*For at du som helsepersonell skal kunne bruke denne prosedyren, må den være godkjent i helseforetaket ditt. Dokumentene på Fagprosedyrer.no er utarbeidet av helsepersonell i helsetjenesten i Norge i deres arbeidstid. Vanlige regler for kildehenvisninger til dokumentene gjelder.*

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kenguru-nyf%C3%B8dte>

## Vedlegg 2.

### Vedlegg 2: The AGREE Collaboration

<b>Hovedområdet 1: Avgrensning og formål</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
1. Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet	Helt enig	Helt enig	Helt enig
2. Det kliniske spørsmål er klart beskrevet	Helt enig	Helt enig	Helt enig
3. Pasientgruppen fagprosedyren gjelder er klart beskrevet	Helt enig	Helt enig	Helt enig
<b>Total poengsum:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

<b>Hovedområdet 2: Involvering av interessenter</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper	Helt enig	Helt enig	Enig
5. Pasientenes synspunkter og ønsker er forsøkt inkludert	Enig	Enig	Enig
6. Fagprosedyrens målgruppe er klart definert	Helt enig	Helt enig	Helt enig

7.Fagprosedyren har blitt utprøvd i målgruppen	Uenig	Uenig	Uenig
<b>Total poengsum:</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>12</b>

<b>Hovedområdet 3: Metodisk nøyaktighet</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
8. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget	Helt enig	Helt enig	Helt enig
9. Kriteriene for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Helt enig	Helt enig	Helt enig
10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet.	Helt enig	Helt enig	Helt enig
11.Helsemessige fordeler, bivirkninger og risiko er tatt i betraktning ved utarbeidelse av anbefalingene.	Helt enig	Helt enig	Helt enig
12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskap	Helt enig	Helt enig	Helt enig

13. Blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering	Helt enig	Helt enig	Helt enig
14. Prosedyrer for oppdatering av fagprosedyren er beskrevet	Helt uenig	Helt enig	Helt enig
<b>Total poengsum:</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

<b>Hovedområdet 4: Klarhet og nøyaktighet</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
15. Anbefalingene er spesifikke og entydige	Helt enig	Helt enig	Helt enig
16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet	Enig	Enig	Enig
17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere	Enig	Enig	Enig
18. Fagprosedyren er støttet med verktøy for bruk i praksis	Helt enig	Helt enig	Helt enig
<b>Total poengsum:</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>



<b>Hovedområdet 5: Anvendbarhet</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
19. Potensielle organisatoriske hindringer for bruk av anbefalingene er drøftet	Helt uenig	Helt uenig	Helt uenig
20. Potensielle kostnadsmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning	Helt enig	Helt enig	Helt enig
21. Retningslinjen inneholder viktige vurderingskriterier for monitorering/ evalueringsformål	Helt enig	Helt enig	Helt enig
<b>Total poengsum:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

<b>Hovedområdet 6: Redaksjonell uavhengighet</b>	<b>Evaluerer 1</b>	<b>Evaluerer 2</b>	<b>Evaluerer 3</b>
22. Fagprosedyren er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans	Helt enig	Helt enig	Helt enig
23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer	Helt enig	Helt enig	Helt enig
<b>Total poengsum:</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

## Vedlegg 3.



Skolarus, Ted <tskolar@med.umich.edu>

Mon 2/13, 8:08 PM

You: Sales Anne (salesann@med.umich.edu); salesann@umich.edu ✕



Sounds fine, thank you for asking and good luck!  
Ted

-----Original Message-----

From: Sales, Anne

Sent: Monday, February 13, 2017 2:29 PM

To: christina øyan; salesann@umich.edu

Cc: Skolarus, Ted

Subject: RE: Permission to use your implementation modell for master thesis

That would be fine with me-- thank you for asking! I'm copying my colleague, Ted Skolarus, to be sure that this would be alright with him as well.

Thanks!

Anne

-----Original Message-----

From: christina øyan [<mailto:christinaoayan@hotmail.com>]

Sent: Monday, February 13, 2017 2:01 PM

To: salesann@umich.edu

Subject: Permission to use your implementation modell for master thesis

Hi Anne Sales,

we are writing a master thesis in pediatric nursing and would like to translate to norwegian your inspiring modell on implementation (A systematic approach) from «Complex Interventions In Health» as a reference.

Would this be alright with you?

Best regards,

Master student at Hioa Oslo.

Pia Bloch

Christina Øyan Larsen

Malin Engebretsen