



# Masteroppgave

Mastergradstudium i barnesykepleie

Mai 2022

Plan for implementering av et  
informasjonsprogram til foreldre ved  
nyfødtintensivavdeling

Et kvalitetsarbeid

Kandidatnavn: Elisabeth Lie Brasøy og Elisabeth Figenschou  
Emnekode: MBARN5900

Antall ord: 16001

**Fakultet for helsevitenskap**  
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord:**

Kandidatene ble gjennom videreutdanningen til barnesykepleiere gjort oppmerksomme på at nyfødte som er innlagt ved nyfødtintensiv har økt risiko for å bli utsatt for fysisk vold etter hjemreise under en forelesning holdt av RVTS Øst. Her ble det nevnt at informasjonsprogram til foreldre kunne ha en forebyggende effekt. Forelesning fra Kripos underbygget nødvendigheten og viktigheten av det voldsforebyggende arbeidet. Dette vekket et engasjement hos masterkandidatene som umiddelbart fikk støtte fra ledelse og fagledelse i avdelingen til valg av tema for masteroppgave.

Vi har fått god hjelp og støtte fra fagsykepleierne og avdelingssykepleier både i form av kunnskapsdeling, fristilling og i arbeidet med utformingen av plan for implementering.

RVTS Øst har bistått studentene innledningsvis med viktig og nyttig forskningslitteratur. Etter at valget av informasjonsprogram ble tatt, fikk kandidatene raskt nødvendig informasjon og bakgrunnskunnskap tilsendt fra Stine Sofies Stiftelse.

Kandidatene vil takke for god hjelp fra førsteamanuensis Nina M. Kynø ved OsloMet Storbyuniversitet, som har bistått med veiledning og faglige diskusjoner.

Å skrive masteroppgave ved siden av full jobb og familie har vært en utfordrende, krevende og lærerik prosess. Det hadde ikke vært gjennomførbart uten støtten fra våre kjære familier, kollegaer og venner som har heiet oss frem og støttet oss gjennom arbeidet med masteroppgaven. Vi vil derfor avslutningsvis rette en stor takk til våre tålmodige nærmeste.

<b>Navn:</b> Elisabeth Lie Brasøy og Elisabeth Figenschou	<b>Dato:</b> 11.05.2022
<b>Tittel og undertittel:</b> Plan for implementering av et informasjonsprogram til foreldre ved nyfødtintensivavdeling. Et kvalitetsarbeid	
<b>Sammendrag:</b> <b>Bakgrunn:</b> Barn som har vært innlagt ved nyfødtintensivavdeling kan ha økt risiko for å bli utsatt for fysisk vold etter utskrivelse. Dette fordi barna kan ha utfordringer knyttet til blant annet søvn og gråt. Gråt er identifisert som risikofaktor og trigger for at spedbarn blir påført vold. Studier kandidatene har funnet, antyder at vold mot spedbarn kan forebygges ved å gi foreldre informasjon og veiledning på gråt og trøst.	
<b>Hensikt og problemstilling</b> Hensikten med eksamensarbeidet har vært å lage en kunnskapsbasert og systematisk plan for implementering av et informasjonsprogram for foreldre ved nyfødtintensivavdeling, Vestre Viken HF, Klinikk Drammen Sykehus. Bakgrunnen for valg av tema var et ønske om at alle ansatte ved avdelingen skulle ha et felles verktøy de kan bruke når de veiledet barnas nærmeste omsorgspersoner i temaene gråt og trøst. Dette for å redusere graden av uønsket variasjon i informasjon og veiledning av foreldrene. Problem: Plan for implementering av et informasjonsprogram for foreldre ved nyfødtintensivavdeling. Et kvalitetsarbeid.	
<b>Metode:</b> Masteroppgaven er et kvalitetsarbeid. Plan for implementering er utarbeidet med Konsmo et al. (2015) sin modell for kvalitetsforbedring og Maher et al. (2016) sin modell for vedvarende forbedring. Plan for implementering er utarbeidet etter prinsipper for kunnskapsbasert praksis.	
<b>Resultat:</b> Resultatet er en plan for en lokalt tilpasset implementeringsplan av Stine Sofie Foreldrepakke ved nyfødtintensivavdeling, Vestre Viken HF, Klinikk Drammen sykehus.	
<b>Nøkkelord:</b> Implementering, kvalitetsarbeid, informasjonsprogram, foreldreveiledning, forebygging av fysisk vold, barrierer og motstand, implementeringsstrategier og opplæringsstrategier.	

<b>Navn:</b> Elisabeth Lie Brasøy og Elisabeth Figenschou	<b>Dato:</b> 11.05.2022
<b>Tittel og undertittel:</b> Plan for implementing an information program for parents in neonatal intensive care unit. A quality work.	
<b>Abstract:</b> <b>Background:</b> Infants who have been admitted in neonatal intensive care unit (NICU) may have a higher risk of experiencing physical violence after discharge. These children can have a higher risk of challenges associated with sleep and crying, among other things. Crying is identified as a risk factor and trigger for physical violence towards infants. The candidates have read studies which suggest that physical abuse against infants can be prevented by providing parents with information and guidance on crying and comforting.	
<b>Objective and problem:</b> The main objective of this master's thesis has been to create a knowledge-based and structured plan for implementing an information program for parents at the NICU, Vestre Viken HF, Klinikk Drammen Hospital. The reasoning behind our objective was a desire for all staff to have a common tool they can use when guiding the children's closest caregivers in the areas of crying and comforting. A common tool may reduce the degree of unwanted variation in information and guidance of the parents. Problem: Plan for implementing an information program for parents in neonatal intensive care. A quality work.	
<b>Method:</b> The master's thesis is a quality work. The plan for implementation has been prepared with Kongsmo et al. (2015)'s model for quality improvement and Maher et al. (2016)'s sustainability model. The plan for implementation has been drawn up according to principles for knowledge-based practice.	
<b>Results:</b> The result is a plan for a locally adapted implementation plan of Stine Sofie <i>Foreldrepakke</i> at the neonatal intensive care unit, Vestre Viken HF, Klinikk Drammen Hospital.	
<b>Keywords:</b> Implementation, quality work, information program, parental guidance, preventing physical violence, barriers and resistance, implementation strategies and training strategies.	

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	PRESENTASJON AV VALGT TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.2	MÅLSETTING OG MÅLGRUPPE	2
1.3	OPPGAVENS AVGRENSNING	2
1.4	BEGREPSAVKLARING	3
<b>2</b>	<b>TEORI</b>	<b>4</b>
2.1	FYSISK VOLD MOT BARN	4
2.2	PREMATURE OG SYKE NYFØDTE SOM RISIKOGRUPPE	5
2.3	GRÅT OG FOREKOMST AV VOLD MOT SPEDBARN	6
2.4	FOREBYGGING AV FYSISK VOLD MOT SPEDBARN	7
2.5	KVALITETSARBEID OG IMPLEMENTERINGSTEORI	9
2.5.1	<i>Kvalitetsarbeid og kunnskapsbasert praksis</i>	9
2.5.2	<i>Implementering</i>	10
2.6	BARNESYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR	11
<b>3</b>	<b>MODELLER FOR IMPLEMENTERING</b>	<b>13</b>
3.1	MODELL FOR KVALITETSFORBEDRING	13
3.1.1	<i>Den første fasen: Forberedelsesfasen</i>	14
3.1.2	<i>Den andre fasen: Planleggingsfasen</i>	15
3.2	MODELL FOR Å SKAPE VARIGE FORBEDRINGER	16
3.3	BARNESYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR FOR KVALITETSARBEID	17
<b>4</b>	<b>KUNNSKAPSGRUNNLAG</b>	<b>18</b>
4.1	BEHOVET FOR INFORMASJONSPROGRAM TIL FORELDRE	18
4.2	GJENNOMGANG AV INFORMASJONS-/VEILEDNINGSPROGRAM TIL FORELDRE I NORGE	19
4.3	ARBEIDSGRUPPE	22
4.4	KUNNSKAPSSØK	23
4.4.1	<i>Inklusjon og eksklusjon</i>	24
4.4.2	<i>Kildekritikk</i>	24
4.4.3	<i>Forskningkunnskap</i>	25
4.4.4	<i>Erfaringskunnskap</i>	34
4.4.5	<i>Pasientkunnskap</i>	34
<b>5</b>	<b>STINE SOFIE FORELDREPAKKE</b>	<b>35</b>
5.1	KUNNSKAPSGRUNNLAGET TIL STINE SOFIE FORELDREPAKKE	35
5.2	BEGRUNNELSE FOR VALG AV FORELDREPAKKA	36
5.3	BESKRIVELSE AV FORELDREPAKKA	37
5.3.1	<i>Foreldreveiledning på sykehus med tema gråt og trøst</i>	38
<b>6</b>	<b>UTFORMING AV IMPLEMENTERINGSPLANEN</b>	<b>40</b>
6.1	PROSESSEN	40
6.2	ANSATTE OG LEDERE	50
6.3	ORGANISASJON	57
<b>7</b>	<b>PRESENTASJON AV IMPLEMENTERINGSPLANEN</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>EVALUERING</b>	<b>66</b>
<b>9</b>	<b>ETISKE OVERVEIELSER</b>	<b>69</b>

ETISKE PERSPEKTIVER I KVALITETSARBEIDET	69
9.1 HABILITETSSPØRSMÅLET	71
<b>10 KONKLUSJON</b>	<b>72</b>
<b>11 LITTERATURLISTE</b>	<b>73</b>

Vedlegg 1: Tillatelse fra Mark Dias

Vedlegg 2: Evaluering av pilot: Stine Sofie Foreldrepakke (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b)

Vedlegg 3: Tillatelse fra Stine Sofies Stiftelse

Vedlegg 4: Godkjenning av kvalitetsforbedringsarbeid i ledelse

Vedlegg 5: Sjekkliste implementering og sjekkliste plan for implementering

Vedlegg 6: Caser til opplæring av personalet

Vedlegg 7: Skåring Mahers modell

Vedlegg 8: Spørreskjema til ansatte

Vedlegg 9: Tabell for kvalitetsvurdering av inkluderte studier

# 1 Innledning

Denne masteroppgaven er et kvalitetsarbeid, hvor kandidatene har utarbeidet en kunnskapsbasert plan for implementering av et informasjonsprogram til foreldre ved nyfødteintensivavdeling ved Drammen Sykehus.

I det følgende kapittel presenteres tema og problemstilling, før målsetting og målgruppe gjennomgås. Deretter følger oppgavens avgrensning og begrepsavklaring.

## 1.1 Presentasjon av valgt tema og problemstilling

Det har vært mange alvorlige tilfeller av grov vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn i Norge. I disse tilfellene har det blitt stilt spørsmål til om tjenesteapparatet rundt barna kunne ha forebygget eller forhindre dette. En av de største truslene mot folkehelsen er vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn (NOU (2017:12)).

Barn som blir utsatt for vold kan ha økt sannsynlighet for å oppleve både fysiske og psykiske helseproblemer i voksen alder, samt ulike atferds- og tilpasningsproblemer senere i livet (Gavril, 2020; WHO, 2020). En kostnadsanalyse utført for Barnevoldsutvalget i 2015 har vist at vold og overgrep koster samfunnet 33 milliarder kroner hvert eneste år, men utelukker ikke at reelle tall kan ligge så høyt som 75 milliarder kroner. Av disse utgjør om lag 8 milliarder kroner utgifter knyttet til statsbudsjettet i form av forebygging og behandling innenfor blant annet helsevesen, barnevern, politi og rettsvesen (NOU (2017:12)). WHO har identifisert syv strategier for å få slutt på vold mot barn. Disse er fremstilt i dokumentet INSPIRE. I dokumentet antydes det at konsekvensene et barn kan få etter å ha blitt utsatt for vold vil ha en høyere kostnad enn om det hadde blitt gitt forebyggende tiltak som foreldrestøtte (WHO, 2016).

Spedbarnets gråt har vist seg å kunne være en utløsende årsak til at spedbarn blir påført vold (Barr et al., 2006, Barr et al., 2018; Barr, 2021). Barn som er innlagt på en nyfødteintensivavdeling er premature og/eller syke nyfødte, ofte med utfordringer knyttet til søvn og gråt (Allen, 2014; Botha et al., 2019). Dette gjør at de har en økt risiko for å bli utsatt for vold, og understreker viktigheten av voldsforebyggende arbeid ved

nyfødtintensivavdelinger (Allen, 2014; Mason et al., 2019, Botha et al., 2019; Ionio et al, 2016).

Masteroppgaven er en utforming av en plan for implementering av et foreldreinformasjonsprogram som kan bidra til å forebygge forekomst av fysisk vold mot spedbarn etter utskrivelse fra nyfødtintensivavdeling. Studier viser at denne type program kan bidra til å gi helsepersonell nødvendig verktøy til å ta opp sensitive temaer og lettere bidra til refleksjon rundt dette (Altman et al., 2011; Tortolano et al., 2021).

## 1.2 Målsetting og målgruppe

Målet er å lage en kunnskapsbasert plan for implementering av et informasjonsprogram til foreldre. Målgruppen for implementeringen er de ansatte ved nyfødtintensivavdeling ved Vestre Viken HF, Klinikk Drammen Sykehus. Hensikten er at alle ansatte i avdelingen skal bruke et felles informasjonsprogram som har voldsforebyggende tema. Dette vil kunne bidra til at alle foreldre med barn innlagt på avdelingen mottar lik informasjon og veiledning på temaet. Dette reduserer uønsket variasjon i helsehjelpen som tilbys (Stubberud,2019, s.65).

## 1.3 Oppgavens avgrensning

Eksamensarbeidet er å lage en plan for implementering av et eksisterende informasjonsprogram til foreldre.

Implementeringsplanen avgrenses til nyfødtintensivavdeling ved Drammen sykehus.

Oppgaven avgrenses til informasjonsprogram som brukes til foreldre med barn under 2 år.

Med forebygging av vold avgrenses oppgaven til å omhandle forebygging av all fysisk vold.

Oppgaven relateres til tre av barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder som vurderes mest relevante i forhold til utformingen av plan for implementering. De aktuelle funksjons- og ansvarsområdene er “forebyggende”, “undervisende, kvalitetsutvikling og forskning” og “administrative” (BSF,2017; BSF, 2020).

Valgt makromodell for kvalitetsarbeidet er “*Modell for kvalitetsforbedring*” fra Konsmo et al. (2015). Implementeringsprosessen blir synliggjort ved mikromodell for ‘*Modell for*



*vedvarende forbedring* fra Maher et al. (2016). Øvrige modeller og metoder drøftes ikke. *Modell for kvalitetsforbedring* (Konsmo et al., 2015) avgrenses til trinn 1 og 2 grunnet oppgavens størrelse og tidsperspektiv.

#### 1.4 Begrepsavklaring

*Foreldreinformasjonsprogram* forkortes fortløpende i tekst til informasjonsprogram eller program.

*Abusive head trauma* (AHT) forstås som påførte hodeskader etter voldsom risting eller påført vold mot hode (Scholefield, 2021). I teksten omtales dette som påførte hodeskader.

*ACE* står for *Adverse Childhood Experiences* og er en samlebetegnelse på negative barndomsopplevelser som er potensielt traumatiske hendelser i alderen 0-17 år; vold, overgrep eller forsømmelse, være vitne til vold i hjemmet og selvmordsforsøk i nær familie. (National Center for Injury Prevention and Control, 2019)

*Mindre alvorlig fysisk vold* defineres som lugging, klyping og slag med flat hånd (Gavril, 2020).

*Alvorlig fysisk vold* defineres som slag med knyttneve, sparking, banket opp, voldsom risting, stump vold mot hode (abusive head trauma) og bruddskader (Gavril, 2020).

Begrepet '*risikofaktor*' brukes om forhold ved barnet, omsorgspersonene og miljøet rundt barnet som kan føre til at barnet har større risiko for å bli utsatt for vold, og foreldrene økt risiko for å bli voldsutøvere (Markestad, 2016, s. 418; Gavril, 2020).

Begrepet '*trigger*' brukes i oppgaven som en betegnelse på en utløsende faktor for voldsepisode (Barr, 2014).

*Simuleringsøvelse* beskrives som øvelser hvor en etterligner et klinisk miljø, der man kan trene på, ta beslutninger og drive kritisk tenkning ved hjelp av rollespill (Stubberud, 2019, s. 93).

*Opinionsleder* forstås som enkeltpersoner i avdelingen som har faglig autoritet og innflytelse på miljøet de tilhører (Stubberud, 2019, s. 144).

## 2 Teori

I dette kapitlet gjennomgås aktuell teori på temaene vold, premature som risikogruppe, gråt og forekomst av vold, forebygging av vold, kvalitetsarbeid/implementering og barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder.

### 2.1 Fysisk vold mot barn

Barnemishandling forekommer i alle sosiale lag (Markestad, 2016, s. 418). Spedbarn er den gruppen som er mest utsatt for alvorlige fysiske skader som følge av vold, og risikoen er høyest hos barn yngre enn 4 måneder. De hyppigst forekommende alvorlige skadene er bruddskader og påførte hodeskader (abusive head trauma). Slike skader kan påføres ved voldsom risting, stump vold mot hodet, slag eller en kombinasjon av disse (Gavril, 2020; NKVTS, 2018). Kripos-rapporten (2019) underbygget at barn under fem måneder er mer utsatt for alvorlige fysiske skader som følge av vold. Samtidig viser den til at flere av barna hadde enten en form for helseproblem, medfødt sykdom eller vansker knyttet til søvn, gråt og matinntak (Kripos, 2019).

Bruddskader er ifølge Kripos-rapporten (2019) den hyppigst forekommende fysisk påførte skaden hos barn under fire år. Så mange som halvparten av alle barna med bruddskader ble oppdaget da barna var fem måneder eller yngre. Forekomsten er høyest når barnet er 1-2 måneder. Bruddskadene forekommer oftest i lår og arm, i tillegg til brudd i ribben.

Bruddskader i hodeskallen og mistanke om voldsom risting er også former for fysisk vold som forekommer hyppigst hos barn under ett år. Brudd i ribben er overrepresentert hos barn der det har vært mistanke om at de har blitt utsatt for voldsom risting.

Voldsom risting er en alvorlig form for fysisk vold mot spedbarn (Scholefield, 2021).

Skadeomfanget av voldsom risting, vil være større jo yngre barnet er. Voldsom risting kan bli påført som konsekvens av risikofaktorer både hos foreldrene og barnet. Barn som har problemer med gråt, magevondt, søvn eller spising kan medføre økt belastning på foreldrene. Mye frustrasjon og lite søvn over tid kan føre til at foreldre mister kontrollen og ender opp med å riste barnet sitt. Dette kan gi varige fysiske skader på barnet og i alvorligste

konsekvens medføre død (Barr et al., 2018; Gavril, 2020; Kripos, 2019; Moen et al, 2018, s.39 og 125; Scholefield, 2021).

Risikofaktorer for at barn blir utsatt for vold kan være knyttet til foreldrene, barnet, relasjonen mellom foreldrene og barnet, og andre forhold innad i familien (Markestad, 2016, s. 418). Nyere forskning har gitt en bedre forståelse for hvem som er i risiko for å bli voldsutøver mot barna sine, og konsekvensen dette har for barnet. Denne kunnskapen har blant annet kommet fram fra forskning rundt Adverced Childhood Experiences (ACE) og økt kunnskap om tilknytningsteori mellom nærmeste omsorgspersoner og barnet (NOU (2017:12); Barne- og likestillingsdepartementet, 2018; Gavril, 2020). Kunnskapen om hvem som blir voldsutøver er sammensatt. Forskning har avdekket noen av faktorene som kan føre til at foreldre har økt risiko for å utøve vold mot barna sine. Likevel kan foreldre også utøve vold mot barna sine uten noen av disse kjente risikofaktorene. I tillegg til risikofaktorene hos foreldrene, finnes det også risikofaktorer hos barna som gjør de sårbare for å bli utsatt for vold (National Center for Injury Prevention and Control, 2019; Marie-Mitchell & Kostolansky, 2019; Gavril, 2020; WHO, 2020).

## 2.2 Premature og syke nyfødte som risikogruppe

De siste 20-30 årene har forskning både nasjonalt og internasjonalt økt forståelsen av foreldrenes unike rolle og betydning for sine barn. Det gjøres omfattende arbeid for å spre kunnskap, øke bevissthet og gjennomføre opplærings- og veiledningsprogrammer for foreldre både i inn- og utland (Den Norske Legeforening, 2010).

Det å bli foreldre setter i gang en psykologisk prosess for å forberede seg på rollen som mor/far. Allerede i svangerskapet starter arbeidet med å ta vare på barnet. Barnets helse påvirkes både av mors livsstil og stress i svangerskapet. Nyere forskning retter fokuset mot viktigheten av å ivareta både far og mor som barnets omsorgspersoner. Dette gjelder både under svangerskapet og i tiden etter fødsel (Sjøvold og Furuholmen, 2020, s. 28-29; Skjøthaug,2019).

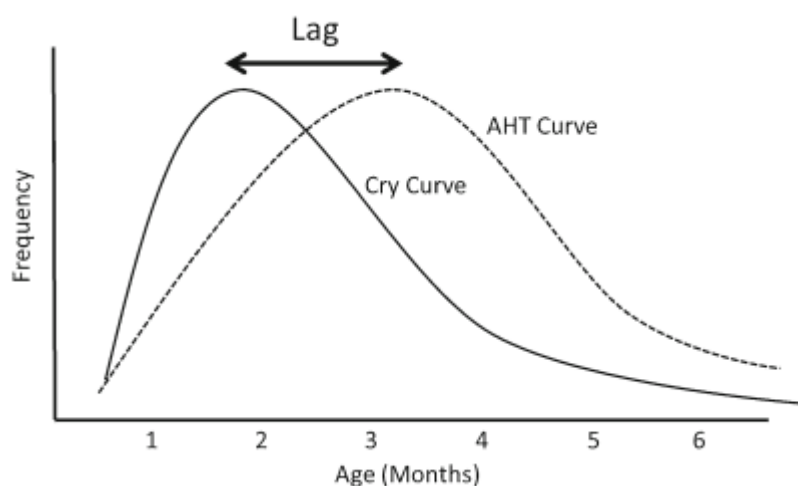
Forskning antyder at barn som har vært innlagt på nyfødtintensiv etter fødsel har økt risiko for å bli utsatt for vold etter utskrivelse (Allen, 2014; Mason et al., 2018). Innleggelsen på nyfødtintensiv kan medføre en bekymring for barnets helse og overlevelse, og ulike

utfordringer i behandlingsforløpet. I tillegg får ikke foreldrene vært sammen med barnet sitt på samme måte som hjemme (Kleberg & Westrup, 2017, s. 473-474; Gardner et al, 2016, s. 827-831). Studien til Iono et al. (2016) antydte at mødre og fedre til premature barn var mer slitne og maktesløse enn foreldre med fullbårne barn. Forskning belyser at innleggelse på nyfødteintensivavdeling kan føre til høyere stressnivå hos foreldrene. Belastningen foreldre til premature barn opplever kan føre til at de kan vise mer sinne, redsel og fiendtlighet, samt ha en dysfunksjonell måte å reagere på, som kan påvirke barnet (Iono et al., 2016).

### 2.3 Gråt og forekomst av vold mot spedbarn

Studier på risikofaktorer hos barnet, og triggere som kan utløse volden mot disse barna, har avdekket at spedbarnets gråt kan være en slik trigger (Barr, 2014; Botha, et al., 2019; Scholefield, 2021; Rabbit et al., 2018; WHO, 2020). Det er sett en sammenheng mellom intensiteten av gråt og forekomsten av fysisk vold mot spedbarn, særlig påførte hodeskader (Barr et al, 2018; Barr et al 2014; Dias et al., 2021; Scholefield, 2021). Et spedbarn som gråter mye, kan påføre familien en stor belastning som kan føre til en opplevelse av utilstrekkelighet og desperasjon. Den totale belastning i hverdagslivet kan gjøre foreldrene utslitt og maktesløse, både fysisk og psykisk. Forskning og nåværende kunnskap indikerer at dette kan føre til at barnet utsettes for fysisk vold (Botha et al., 2019; Barr, 2021; Scholefield, 2021; Rabbit et al., 2018; WHO, 2020).

Nyfødtes gråt øker frem mot to måneders alder (Barr et al., 2014; Barr et al., 2018; Barr, 2021). Hos de premature og syke nyfødte barna kan umodenhet og mageproblemer føre til mer gråt enn hos fullbårne friske barn. Dette er en utfordring som følger barnet og familien også etter hjemreise. Studier antyder på bakgrunn av dette at barn som er innlagt på nyfødteintensivavdelinger har økt risiko for å bli utsatt for vold i hjemmet (Allen, 2014; Botha et al., 2019; Gavril, 2020; Kripos, 2019; Rabbit et al., 2018). Figur 1 viser sammenhengen mellom gråt og påførte hodeskader. Kurven til påførte hodeskader ligger ved 8 ukers alder rett bak kurven til gråt (Dias et al., 2021).



Figur 1. Fra “Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence?” av Dias et al. (2021), *Pediatric Radiology*, 51, 1093-1096 (<https://doi.org/10.1007/s00247-020-04819-6>). Gjengitt med tillatelse (Vedlegg 1).

## 2.4 Forebygging av fysisk vold mot spedbarn

Forebyggende tiltak mot vold kan deles inn i tre grupper; universelle (alle), selektive (rettet mot en avgrenset gruppe) og indikative tiltak (rettet mot enkeltpersoner med erfaring med vold). Hensikten med forebyggende tiltak rettet mot alle, uavhengig av risikofaktorer, er at vold forebygges før det oppstår. Dette kan gjøres ved tiltak som holdningsarbeid, aksjoner, kampanjer og informasjonsmateriell (Moen et al., 2018, s. 30-31).

NOU-rapporten ‘Svikt og svik’ (2017:12) undersøkte alvorlige saker av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot 20 barn i Norge. Rapporten angir at det ikke finnes veletablerte strategier for å avdekke foreldre med ACEr, slik at barn som kan være i risiko for å bli utsatt for vold fanges opp. Derfor kan det være nyttig at den forebyggende innsatsen er universell (Barr et al., 2018; National Center for Injury Prevention and Control, 2019; NOU (2017:12)).

Rapporten *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner* (Moen et al., 2018) beskriver forebyggende tiltak som å iverksette målrettede programmer og prosesser for å hindre vold i nære relasjoner før det har oppstått.

De regionale helseforetakene har et lovpålagt ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette innebærer å tilrettelegge for at spesialisthelsetjenesten skal kunne utføre dette arbeidet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1991, § 2-1f). Det

voldsforebyggende arbeidet er også forankret i Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021). I denne handlingsplanen er et av innsatsområdene målrettet forebygging. Det beskrives flere tiltak, hvor et av disse er foreldreveiledning (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021).

Foreldreveiledningsprogrammer som er laget med bakgrunn i universell tilnærming er foreldreveiledningsverktøy som skal brukes i møte med alle foreldre. Dette bidrar til å sikre at barnets nærmeste omsorgspersoner mottar samme veiledning og får samme verktøy. Ved at alle foreldre blir inkludert, uavhengig av risikofaktorer, kan det ha forebyggende effekt på flere av tilfellene enn ved å rette tiltak mot en konkret gruppe (Barr et al, 2018; National center for injury prevention and control, 2019).

I Norge er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) det største enkeltstående miljøet tillagt størst ansvar for forskning på vold og seksuelle overgrep mot barn (NOU (2017:12)). Rapporten *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner* (NKVTS (2:2018)) belyser viktigheten ved å bevisstgjøre foreldre på egne reaksjons- og tankemønstre og gi dem verktøy til å håndtere utfordringer i foreldrerollen. Dette kan bidra til å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt. Rapporten viser til at det i USA har blitt konkludert med at fysisk vold mot spedbarn kan reduseres ved at foreldre tidlig får informasjon om faren ved å filleriste barnet. NKVTS foreslår i denne sammenhengen at temaet tas opp på fødselsforberedende kurs, samtidig som foreldrene vises en film om konsekvenser ved voldsom risting av spedbarnet. I Norge er det ikke evaluert hvilken effekt et slikt tiltak vil ha i norsk kontekst (NKVTS (2:2018)).

*National Center on Shaken Baby Syndrome* utviklet et foreldreinformasjonsprogram kalt *The Period of PURPLE Crying Programme (PPCP)*, etter at det ble avdekket en sammenheng mellom spedbarnets gråt og forekomsten av påførte hodeskader hos disse barna (Barr et al., 2006; Barr, 2014; Stewart et al., 2011). Dette informasjonsprogrammet gir nybakte foreldre økt kunnskap om barnets gråt og veiledning i trøst og håndtering via videoer og samtaler. De blir også informert om faren ved å riste barnet sitt og hvordan håndtere sin egen frustrasjon (Stewart et al., 2011). Barr et al. (2018) har sett på effekten av denne foreldreveiledningen. Studien viser en reduksjon på 35% på sykehusinnleggelser med hodeskader for barn under 24 måneder. Utprøvinger av undervisningsprogram til foreldre har gitt gode resultater også fra en studie i Frankrike (Simmonet et al., 2014) og øvrige studier i USA (Allen, 2014; Dias et

al., 2021; Rabbit et al., 2018). Studien til Rabbit et al. (2018), går spesifikt inn på å gi mor undervisning fra *PPCP* mens de er innlagt på nyfødteintensivavdeling. I studien rapporterte mødre at undervisningen om påførte hodeskader og gråt gjennomført med video og informasjon skriftlig og muntlig, førte til økt kunnskap og gjorde dem sikrere på seg selv i håndtering av gråt. Programmet er prøvd ut og implementert i flere land (Power & Sharif, 2021). Resultatene fra studiene antyder at foreldreveiledning i håndtering av trøst og gråt kan virke forebyggende på forekomst av vold mot spedbarn som følge av økt kunnskap.

Fafo-rapporten "*Foreldreveiledning virker det?*" (2016) viser til studier som spesifikt undersøkte fars erfaringer med foreldreveiledning. Det ble belyst at tiltak som var rettet mot foreldre, burde ta hensyn til at det både var mødre og fedre som skulle motta veiledning. Dette kan medføre at de universelle tiltakene krever spesiell oppmerksomhet og tilpasning. Studiene synliggjør at forskning som ser på effekt av tiltak bør være opptatt av at foreldre er både mor og far (Bråten & Sønsterudbråten, 2016). Denne involveringen av far er viktig for å tilby barnet to jevnbyrdige omsorgspersoner, og kan ha positiv effekt på mor-barn forholdet (Filippa et al., 2021). Likevel opplever ikke fedre å bli jevnbyrdig inkludert av helsepersonell i omsorgen for barnet, til tross for at far vil oppleve mange følelser og spørsmål rundt sin rolle. Far kan ha et like stort behov for informasjon og veiledning, og i likhet med mor kan far oppleve depresjon (Skjøthaug, 2019). Kripes-rapporten (2019) belyser at det er noen flere fedre/stefedre enn mødre som blir anmeldt for fysisk vold mot barn. Dette underbygger hvorfor far bør inkluderes i veiledning på lik linje som mor. I tillegg viser studien til Simmonet et al. (2014) at fedre opplever informasjonen om gråt og veiledning i håndtering av denne som like nyttig som mødre.

## 2.5 Kvalitetsarbeid og implementeringsteori

### 2.5.1 Kvalitetsarbeid og kunnskapsbasert praksis

Kvalitetsarbeid er kontinuerlig utvikling og forbedring av helse og omsorgstjenestene gjennom systematiske tiltak med hensikt å gi bedre og trygge helsetjenester. Bruk av forskningskunnskap, systematisk erfaringskunnskap og pasient- og brukerkunnskap, kan bidra til at nye og bedre prosesser, systemer og tjenester innføres. Dette kalles kunnskapsbasert praksis (Stubberud, 2019 side, s.11-37).

Ferdigheter i å vurdere kvalitet på forskning krever kunnskap om vitenskapsteori og forskningsmetode (Pedersen et al, 2017, s.17-31 og 221-222). Barnesykepleiere skal inneha denne ferdigheten (BSF, 2017). Likevel må kunnskapsbasert praksis utvikles i samarbeid med de som styrer de organisatoriske ressursene. Det er ikke kun tilstrekkelig å gi sykepleiere ferdigheter i kunnskapsbasert praksis, men helt nødvendig at lederne har nødvendig trening og kompetanse. Ledelsen kan også være viktig for å etablere anerkjennelse og belønningssystemer for gjennomføring av kunnskapsbaserte prosjekter (Sandvik et al, 2011; Røkholt et al., 2017). De formelle lederne er forpliktet til å jobbe systematisk for kvalitetsforbedring. Dette innebærer også å sørge for at medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaringer utnyttes (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-4a; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017, §7d).

### 2.5.2 Implementering

Implementering vil si å omsette vitenskapen til klinisk praksis, slik at helsehjelpen som gis skal være kunnskapsbasert. Dette skal bidra til bedre og tryggere helsetjenester. Å omsette vitenskap til klinisk praksis kan være en utfordring (Pedersen et al, 2017, s.217-238; Røkholt et al., 2017; Stubberud, 2019, s.137). Ifølge Flottorp & Aakhus (2013) har vi i Norge ikke gode nok systemer for å sikre at helsetjenester er basert på den beste forskningen som er tilgjengelig. Årsakene til at det er vanskelig å skape et bindeledd mellom forskning og praksis, kan være lokale innenfor en avdeling eller generelt for et helseforetak.

Studier viser at endringsarbeidet kan være krevende og ta tid. Dette kan være en årsak til at varig implementering og endring er vanskelig å oppnå (Helsedirektoratet, 2018; Westerlund et al, 2016; Pedersen et al., 2017, 217-238). Mengden forskning som publiseres kan gjøre det vanskelig å holde seg faglig oppdatert, og mangel på tid til å innhente kunnskapen er en av faktorene belyst i forskning som en hindring for implementering av kunnskapsbasert praksis. Hver enkelt ansatt vil ikke ha tid til å sette seg inn i all forskningskunnskapen som publiseres, noe som kan gi uheldige variasjoner i praksis. Et tiltak kan være at helsepersonell lager retningslinjer basert på forskning, slik at nyere kunnskap er lett tilgjengelig for de ansatte og kan gi reduksjon i uheldig variasjon i praksis (Flottorp & Aakhus, 2013; Fretheim et al., 2015; Pedersen et al., 2017, s. 217-238; Røkholt et al., 2017).



Vellykket implementering av retningslinjer bør planlegges nøye for å oppnå varig endring. Planene må også kunne justeres etter behov. For å få til dette, må det anvendes ulike tiltak gjennom implementeringsprosessen. Ulike avdelinger og helseforetak kan ha forskjellige utfordringer. Da kan skreddersydde tiltak være nyttig for å overkomme hindringene til implementeringen (Pedersen et al, 2017, s.217-238; Røkholt et al., 2017; Sandvik et al., 2011; Kongsmo et al., 2015).

Det etiske perspektivet er viktig å ivareta både i planleggingen og utføringen av implementeringen (Stubberud, 2019, s. 96). Etikk foregår hele tiden i alt arbeid som gjøres, men ofte i stillhet. Det er fort gjort at andre problemfokus går foran det etiske perspektivet, som dermed kan bli neglisjert. Det kan føre til uheldige konsekvenser både for pasient, og for kvaliteten på forbedringsarbeidet. Etisk refleksjon er viktig for å forankre nødvendigheten og verdien av forbedringsarbeidet, samtidig er det nyttig for å identifisere barrierer. Det kan oppstå etiske problemstillinger underveis i implementeringen som det er viktig å imøtekomme for at implementeringen skal ha økt sannsynlighet for å bli vellykket (Eide & Aadland, 2020, s. 71-71 & 183; Pedersen et al., 2017, s. 226-230; Stubberud, 2019, s. 142-143; Sandvik et al, 2011; Røkholt et al., 2017; Evenstad et al., 2020).

## 2.6 Barnesykepleierens funksjon og ansvar

Barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder kan deles inn i direkte og indirekte pasientrettet arbeid (BSF, 2017; BSF, 2020).

Det direkte pasientrettede arbeidet omhandler det forebyggende aspektet. Dette innebærer at barnesykepleier skal ha kunnskap om risiko for at barn kan bli utsatt for vold eller annen omsorgssvikt av sine omsorgspersoner (BSF, 2017; BSF, 2020). Slik kunnskap innebærer kjennskap til hvilke risikofaktorer for vold som finnes i barnets oppvekstmiljø, samt triggere som kan føre til at volden utøves (Barr, 2014; Gavril, 2020; Marie-Mitchell & Kostolansky, 2019; Scholefield 2021; WHO, 2020). Dette kan for eksempel være faktorer som innleggelse på nyfødttintensiv som følge av prematuritet eller sykdom hos barnet, eller ha opphav i foreldrenes erfaringer fra egen oppvekst eller sosioøkonomiske forhold rundt familien (Allen, 2014; Botha et al., 2019; Den Norske Legeforening, 2010; Gavril, 2020; Scholefield, 2021).

Indirekte pasientrettet arbeid omhandler ansvaret barnesykepleier har for å undervise og veilede kollegaer. Samtidig har barnesykepleier ansvar for å ta initiativ til kvalitetsutvikling, og delta aktivt i forbedring av praksis. Det administrative aspektet innebærer at barnesykepleier ivaretar ansvaret for forsvarlig ressursbruk innenfor gitte økonomiske rammer. Ved å være med på å utforme en plan for implementering av et forbedringsarbeid bruker barnesykepleier denne kunnskapen aktivt til å utvikle de helsetjenestene som tilbys pasientene (BSF, 2017; BSF, 2020).

### 3 Modeller for implementering

I dette kapitlet presenteres valgte modeller for implementeringsarbeidet. Disse skal sikre den systematiske planen for implementeringsarbeidet og øke muligheten for vellykket implementering og vedvarende endring (Stubberud, 2019, s. 43-48 & 137-151).

Først presenteres valgt makromodell, *modell for kvalitetsforbedring* (Konsmo et al., 2015).

Deretter presenteres valgt mikromodell, *modell for vedvarende forbedring* (Maher et al., 2016). Modellene er valgt av kandidatene på bakgrunn av anbefalinger i gjennomgått teori og forskning, samt kunnskap om hvilke modeller som ofte blir brukt i Norge (Stubberud, 2019, s. 43-49 & 137-138; Sandvik et al., 2011; Westerlund et al., 2016).

#### 3.1 Modell for kvalitetsforbedring

Modellen består av fem faser; forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. I denne oppgaven er første og andre fase aktuelle. Øvrige faser som omhandler utføring, evaluering og oppfølging kommer utenfor oppgavens omfang (Konsmo et al., 2015).

Konsmo et al. (2015) sin modell kan brukes både til små og store forbedringsprosesser. Modellen er designet slik at man tar hensyn til at det i en forbedringsprosess kan være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen, og at mål som settes i planleggingsfasen kan måtte justeres underveis (Konsmo et al., 2015).

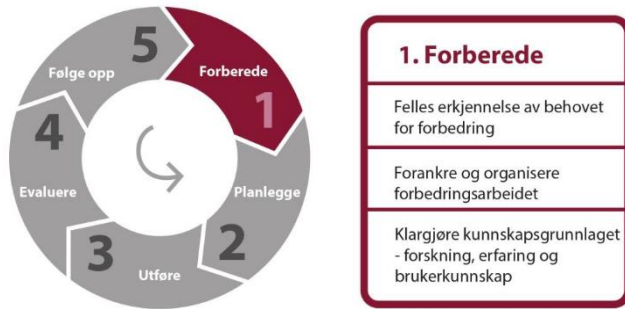


10.12.2020

Figur 2. Modell for kvalitetsforbedring, 2015, av Konsmo et al. ([Microsoft Word - Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid \(fhi.no\)](#))

### 3.1.1 Den første fasen: Forberedelsesfasen

*Forberedelsesfasen* innebærer refleksjon over helsehjelpen som ytes per i dag og behovet for forbedringsarbeidet. I denne fasen forankres forbedringsarbeidet i ledelsen, og denne forankringen danner grunnlaget for videre organisering av arbeidet. Ledelsen har en spesielt viktig rolle for at arbeidet startes, og må legge til rette for arbeidet med prosessen frem til ferdig resultat. Den må også legge til rette for kontinuerlig oppfølging. Slik tilrettelegging fra ledelsen er blant annet at arbeidet prioriteres, at det settes av tilstrekkelig ressurser og tid, samt møterom. Arbeidet i denne første fasen utdypes ved hjelp av mikromodellen til Maher et al. (2016) (Stubberud, 2019, s. 45-46; Konsmo et al., 2015).

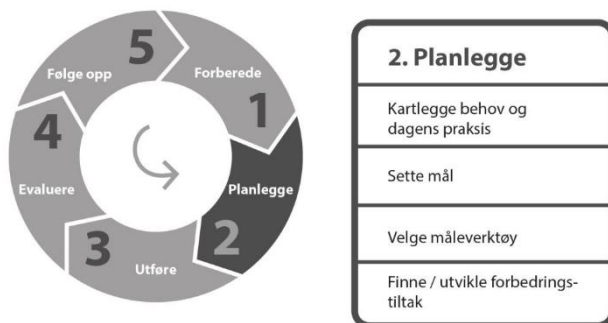


Figur 3. Modell for kvalitetsforbedring, 2015, av Kongsmo et al. ([Microsoft Word - Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid \(fhi.no\)](#))

### 3.1.2 Den andre fasen: Planleggingsfasen

I *planleggingsfasen* skjer kartleggingen av behov og dagens praksis. Slik får man oversikt over behovet for forbedringsarbeid og det avdekkes hva som må forbedres. Deretter nedsettes en arbeidsgruppe og det settes mål for forbedringsarbeidet. Målene som settes, bør være i tråd med virksomhetens visjon og mål. Målsettingen danner grunnlaget for at arbeidet kan kontrolleres på hvorvidt målene er oppnådd.

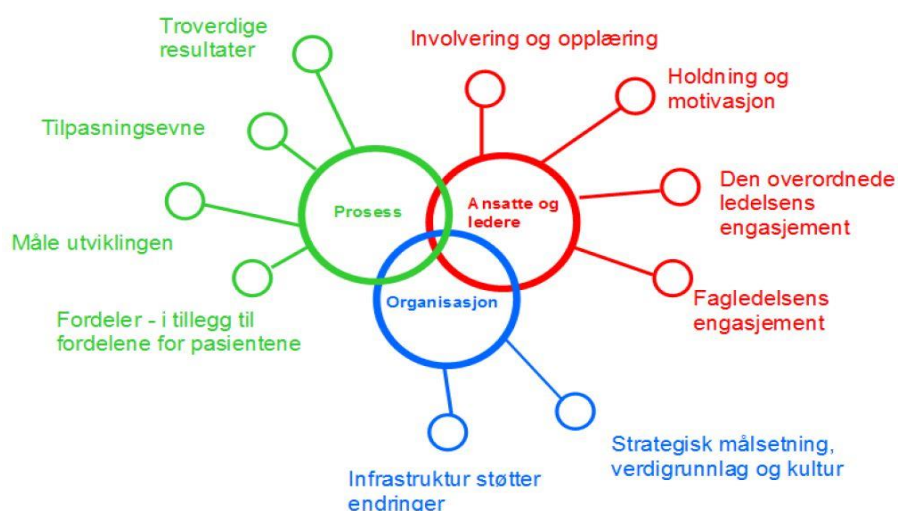
I denne fasen utføres også arbeidet med forankring i kunnskapssøk og klargjøring av kunnskapsgrunnlaget. Her søkes det dokumentasjon på hvorvidt tiltakene kan ha ønsket effekt (Stubberud, 2019, s. 47-48; Kongsmo et al., 2015). Arbeidet i denne andre fasen utdypes ved hjelp av mikromodellen til Maher et al. (2016) (Stubberud, 2019, s. 45-46; Kongsmo et al., 2015).



Figur 4. Modell for kvalitetsforbedring, 2015, av Kongsmo et al. ([Microsoft Word - Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid \(fhi.no\)](#))

## 3.2 Modell for å skape varige forbedringer

*Modell for kvalitetsforbedring* (Konsmo et al.,2015), som kandidatene har valgt som overordnet modell (makromodell), beskriver ikke konkret hvordan en implementeringsplan utarbeides eller hva denne skal inneholde. For å kunne utarbeide en systematisk implementeringsplan med konkrete tiltak og innhold, har kandidatene valgt *Modell for vedvarende forbedringer* (mikromodell) (Maher et al.,2016). National Health Service i Storbritannia har utviklet denne modellen til bruk i helsevesenet. For å få til varige endringer i implementeringsarbeidet beskriver de at det er forholdet mellom tre hovedfaktorer som er avgjørende. De tre hovedfaktorene er; *ansatte og ledere*, *prosess* og *organisasjon*. Disse faktorene påvirker hverandre ved å fremme eller hemme implementeringsarbeidet (Maher et al.,2016, Stubberud, 2019, s.137). Faktorene er fremstilt i figur 5:



Figur 5. Modell for vedvarende forbedring, 2016, av Maher et al.

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

For å kunne vurdere i hvilken grad nøkkelfaktorene blir ivaretatt, har Maher et al (2010) utviklet et skåringsverktøy. Skåringsverktøyet er utformet slik at de 10 nøkkelfaktorene er fordelt under hovedfaktorene *prosess*, *ansatte og ledere* og *organisasjon*. Hver er tildelt 4 svaralternativer som har en angitt verdi. Verdiene summeres til en totalskår. Slik identifiseres enkeltfaktorer man må jobbe med for å bedre mulighetene for vellykket implementering.

Skåringen gir i tillegg informasjon om hele implementeringsprosessen. Det er anbefalt å gjennomføre en slik skåring i begynnelsen av forbedringsarbeidet, underveis og før gjennomføring av implementeringen. Skåringsverktøyet brukes aktivt som huskeliste over hvilke faktorer som er viktige å ta vare på ved utformingen av implementeringsplanen (Maher et al, 2016).

### 3.3 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

Som barnesykepleier er man lovpålagt å arbeide med kvalitetsarbeid (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-4a). Lov om spesialisthelsetjenesten §3-4a (1999) som omhandler kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet sier at alle som gir helsetjenester etter denne loven skal sørge for at det blir arbeidet systematisk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Stubberud, 2019, s.15; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Barnesykepleieren skal holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap blir brukt i praksis. Innenfor sitt fagområde skal barnesykepleier inspirere til, og ta del i forskning og kvalitetsutvikling (BSF, 2017; BSF, 2020). Ifølge Norske helsemyndigheter skal fokus på områdene kvalitet og pasientsikkerhet økes (Meld.St. 10, (2012-2013); Meld.St.13, (2016-2017)).

## 4 Kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet gjennomgås behovet for informasjonsprogram til foreldre som ledd i det forebyggende arbeidet mot vold mot spedbarn. Kandidatene gjennomgår hvilke informasjonsprogram/foreldreveiledningsprogram som finnes fra før, og erfaringer som er gjort ved bruk av disse programmene. Videre presenteres kunnskapssøk og funn fra disse.

### 4.1 Behovet for informasjonsprogram til foreldre

Masterstudentene opplever at det ved nyfødttintensiv på Klinikk Drammen Sykehus gjøres systematiske og gode tiltak for å styrke den tidlige tilknytningen mellom foreldre og barn, noe forskning påpeker er svært viktig for barnets videre utvikling, helse og fungering. Dette kan også forebygge tilfeller av fysisk og psykisk mishandling (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 59-64; Den Norske Legeforening, 2010).

Likevel ser vi at det ikke gjøres systematisk og konkret arbeid direkte rettet mot forebygging av vold mot spedbarn. Forskning viser at gråt er en trigger for å bli utsatt for vold (Barr, 2014; Barr et al., 2018; Tortolano et al., 2021; Rabbit et al., 2018; WHO, 2020). I tillegg har forskningsfunn vist at veiledning av foreldre i trøst av barnet og håndtering av gråt er et viktig verktøy i det forbyggende arbeidet (Allen, 2014; Barr et al., 2018; Power & Sharif, 2021; Tortolano et al., 2021). Masterstudentene ser at det er stor variasjon på hvilken informasjon som gis til foreldre på dette området. Fagutviklingssykepleierne og ledelsen i avdelingen erfarer at det er behov for et systematisk informasjonsprogram som sikrer at alle foreldre får veiledning og lik informasjon. Dette for å bidra til å redusere uheldige variasjoner i praksis og forebygge vold mot spedbarn (Stubberud, 2019, s. 65).

Syke nyfødte og premature som er innlagt på nyfødttintensiv kan gråte mer enn andre barn (Allen, 2014). I tillegg kan innleggelse medføre en økt belastning på foreldrene (Kleberg & Westrup, 2017, s. 473-474; Gardner et al, 2016, s. 827-831; Ionio, 2016; Rabbit et al., 2018). Spedbarn som gråter mye, og foreldre som er utsatt for økt belastning, er faktorer som kan øke barnas risiko for å bli utsatt for vold etter hjemreise (Barr et al., 2018; Mason et al., 2018; Botha et al., 2019; Rabbit et al., 2018). Ledelsen ønsker derfor at det skal implementeres et informasjonsprogram for å sikre at foreldre får informasjon, verktøy og strategier for å håndtere krevende situasjoner.



## 4.2 Gjennomgang av informasjons-/veiledningsprogram til foreldre i Norge

Masterkandidatene har ikke funnet studier på at nevnte programmer i tabell 1 er utført på nyfødteintensivavdelinger i Norge. Derfor har det vært nødvendig å undersøke informasjon/veiledningsprogram som har vært gitt i kommunene. Dette har ikke vært en del av forskningssøket, men funnet via Fafø-rapporten “*Foreldreveiledning virker det?*” (2016). I følgende tabell (tabell 1) fremstilles en oversikt over ulike foreldreveiledningsprogram/foreldrestøttende tiltak som tilbys.

<b>Informasjonsprogram/foreldreveiledningsverktøy:</b>	<b>Beskrivelse:</b>	<b>Relevans:</b>	<b>Resultat:</b>
<b>Trygge Hender</b>	Informasjonsprogram laget til helsesykepleiere, for å gi dem et verktøy til å avdekke og avverge vold mot barn. Animasjonsfilm og veiledningshefte brukes i samhandling med foreldrene.	Samtalene foregår på helsestasjon og eventuelt ved hjemmebesøk av helsesykepleiere, for å avdekke og avverge vold mot barn.	Vurderes nærmere. Voldsforebyggende perspektiv.
<b>Nurse Family Partnership</b>	Program rettet mot familier med risiko for å utvikle problemer. Målet er å styrke mødrenes helse under graviditet og barnets helse etter fødsel.	Programmet følger opp mødre fra graviditet til barnet er to år. Omhandler ikke far.	Vurderes nærmere. Følger svangerskap, fødsel og tiden etter fødsel.
<b>International Child Development Programme</b>	Informasjonsprogram som skal styrke alle foreldre/omsorgspersoner sin omsorgskompetanse.	Programmet brukes i primærhelsetjenesten, skole og krisesentre, samt frivillige organisasjoner. Har ingen spesifikk del for svangerskap, barselomsorg eller	Ikke aktuell.

		for foreldre til nyfødte på sykehus.	
<b>Circle of Security (Trygghets sirkelen)</b>	Et foreldreveiledningskurs som skal gi foreldre verktøy til å forstå barnas behov, signaler og hvordan møte disse behovene bedre. For foreldre til barn i alderen 0-12 år. Informasjonssider oppgir at foreldre ikke bør ha behov for tolk dersom de ønsker å delta.	Tenkt brukt på pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), helsestasjon, barnevernstjeneste og familiesentre, BUP og DPS. Veiledere må være høyskoleutdannet. Det beskrives ingen spesifikk del for foreldre til nyfødte på sykehus, under svangerskap eller barselomsorg.	Ikke aktuell.
<b>Marte Meo</b>	Veiledningsmetoden har som formål å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn. Målet er hjelp til selvhjelp.	Brukes forebyggende i helsestasjonstjenesten, innenfor barnevern, fosterhjem, barne- og ungdomspsykiatri og habiliteringsavdelinger. Det beskrives ingen spesifikk del for svangerskap, barselomsorg og foreldre til nyfødte på sykehus.	Ikke aktuell.
<b>De utrolige årene (DUÅ)</b>	Utviklingsstøttende, forebyggende, behandlende tiltak for barn, familie, skole, SFO/AKS og barnehage for å hjelpe barn med atferds- og sosiale	Målgruppen er barn og foreldre 0-12 år der tidlig tiltak kan forebygge atferds- og sosiale vansker, styrke positivt foreldreskap og	Ikke aktuell.

	vansker samt deres familier.	styrke sosial kompetanse. Det beskrives ingen spesifikk del for svangerskap, barselomsorg og foreldre til nyfødte på sykehus.	
<b>Home Start Hjemmebesøksprogram</b>	Supplement til offentlig hjelpetilbud. Tilbys familier med sparsomt nettverk, alene med omsorg, minoritetsspråklige, barn med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne.	Tilbys familier som er identifiserte risikogrupper.	Ikke aktuell.
<b>Stine Sofie Foreldrepakka</b>	Informasjonsprogram til foreldre. Utformet med bakgrunn i livsløpsperspektiv. Skal styrke foreldre i foreldrerollen. Temaene i programmet har som formål å forebygge at barnet blir utsatt for vold.	Har egne temaer som skal tas opp under svangerskapet, på sykehuset og oppfølging av helsestasjon etter utskrivelse.	Vurderes nærmere. Voldsforebyggende. Egne temaer for svangerskap, fødsel og tiden etter utskrivelse.

Tabell 1.

Vi har avgrenset relevans til foreldreveiledningsprogrammer som tilbys til familier med barn under 2 år, da dette er nærmest mulig overførbart til familiene på nyfødtintensiv. De tre programmene som er vurdert nærmere på bakgrunn av dette, er “*Nurse family partnership*” (Pedersen et al., 2019), verktøyet “*I Trygge hender*” (NSF, 2022) samt ‘*Stine Sofie Foreldrepakka*’ (Stine Sofies Stiftelse, 2020).

*Nurse family partnership* er et tiltaksprogram for helse- og psykososiale utfordringer hos førstegangsfødende mødre og barna deres. Det er et hjemmebesøksprogram hvor spesialopplærte sykepleiere følger opp familiene i hjemmet sitt fra de blir gravide til barnet er 2 år. *Nurse family partnership* er tenkt å skulle bidra til å øke foreldrenes

omsorgskompetanse, samt forebygge vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. Det skal bidra til at familier med økt sårbarhet får tidlig innsats. Programmet nevnes som det eneste evidensbaserte programmet som tilbyr forebygging og støtte fra graviditet og frem til barnet er 2 år. Fordi tiltaket tilbys fra svangerskap til barnet er 2 år har vi sett nærmere på dette. Tiltaket er kun iverksatt mot risikoutsatte grupper, og er ikke blitt gitt generelt som forebyggende foreldreveiledningsprogram. Likevel fremheves det i tiltaksplanen at barns forutsetninger og opplevelser de første leveårene har stor betydning for deres utvikling, og at forebygging generelt skal bidra til trygg tilknytning med foreldrene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017; Pedersen et al, 2019).

*I trygge hender* er laget av en gruppe med helsesykepleiere, og ble lansert i 2018. Dette er utviklet for helsesykepleiere og anbefales i bruk for helsestasjon 0-5 år (Helsedirektoratet, 2019). *I trygge hender* er helsesykepleierenes eget informasjonsmaterieell som de bruker for å forebygge, avdekke og avverge vold. Det inneholder veiledningshefte og animasjonsvideo. Det er tenkt at programmet skal tas i bruk på helsestasjonen så fort som mulig etter fødsel, ved hjemmebesøk, i barselgruppe og ved 6 ukers kontroll (NSF, 2022).

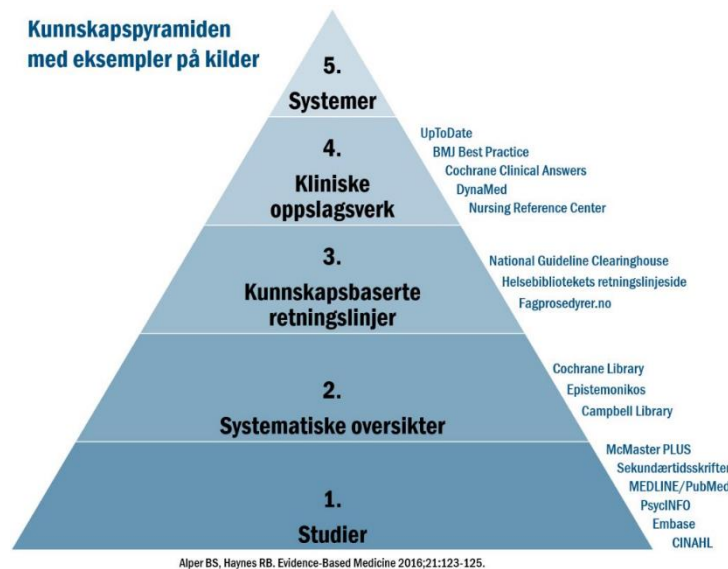
Stine Sofie *Foreldrepakke* er et informasjonsprogram som tar opp temaer som skal styrke foreldrene i foreldrerollen sin. Programmet har egne temaer som skal tas opp under svangerskapet, på sykehuset, og under oppfølging av helsestasjonen etter hjemreise fra sykehuset. Den delen som er tenkt å bruke på sykehuset handler om gråt og trøst, hvor førstnevnte blir belyst i forskning som en trigger for å bli utsatt for vold (Barr,2014; Botha et al., 2019; WHO, 2020). *Foreldrepakka* ser på forebygging i et livsløpsperspektiv, noe som forskning underbygger er viktig. Samtidig har de ekstra fokus på involvering av far (Stine Sofies Stiftelse, 2020).

### 4.3 Arbeidsgruppe

I et forbedringsarbeid kan det være hensiktsmessig å nedsette en arbeidsgruppe som skal være ansvarlige for gjennomføringen. Arbeidsgruppen bør ha en formell leder, og enhetsleder/fagleder er et naturlig valg. Sentrale yrkesgrupper bør representeres, sammen med representanter for ansatte, Det må settes av ressurser til å skrive innkalling og referater, samt gjennomføre målinger av resultater. Arbeidsgruppen bør følge en fast møteplan (Konsmo et al., 2015). Arbeidsgruppen presenteres i oppgavens kapittel 6.1.

## 4.4 Kunnskapssøk

Kunnskapssøkene som ble utført var omfattende da de skulle dekke flere ulike temaer relatert til utformingen av implementeringsplanen. Kandidatenes kunnskapssøk hadde som formål å finne forskning på vold mot barn og spedbarn (risikofaktorer/trigger), aktuelle forebyggende tiltak samt implementering av disse i helsevesenet. Det var derfor nødvendig å lage to PICO-skjemaer, og dele søkene inn i to kategorier; (1) risikofaktorer for vold/risikogruppe for vold/forebygging av vold og (2) implementering/erfaringskunnskap helsepersonell/foreldrekunnskap. Av hensyn til formål og relevans med søket ble kolonnen for Comparison i PICO ikke inkludert. Søkeordene gjorde det mulig å lage de ulike kombinasjonene som var nødvendig for å gjøre utfyllende søk og relevante funn. Søkeordene i PICO-skjemaene ble kombinert med AND og OR, samt trunkering med \*, for å øke antall treff som kunne være relevante for oppgaven. Bibliotekar fra universitetsbibliotek med kompetanse på kunnskapssøk veiledet kandidatene i søkene og utforming av PICO-skjemaene. Søkene ble utført i henhold til Kunnskapspyramidens trinn 1-4, da det øverste trinnet i pyramiden per dags dato ikke er tilgjengelig for kunnskapssøk (Folkehelseinstituttet, 2016b).



Figur 7. Kildevalg, 2016 b, av Folkehelseinstituttet

(<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>)

#### 4.4.1 Inklusjon og eksklusjon

Inklusjonskriteriene som ble satt for å finne relevant forskning er; forskningsresultater må være overførbare til norsk befolkning med liknende sosioøkonomiske forhold, fortrinnsvis forskning fra Europa/Norden. Studiene må være publisert på engelsk/norsk/dansk/svensk og helst være nyere enn 10 år. Søk på temaene vold og forebygging måtte omhandle nyfødte fortrinnsvis på nyfødtintensivavdeling eller føde/barsel avdeling, sykepleiere på nyfødtintensivavdeling eller forebygging av vold mot spedbarn. Søk på implementering omhandlet implementering av informasjonsprogrammer/veiledningsprogrammer og implementeringsmodeller/erfaringer fra implementering knyttet til helsevesenet.

Eksklusjonskriterier som ble satt for å utelukke forskning er; forskning basert på foreldreinformasjonsprogram utført kun til familier i risikogrupper, forskning der barna er eldre enn 2 år, foreldreveiledning i familier der det allerede pågår mishandling, studier eldre enn 10 år, implementeringsmodeller/teori designet for andre områder enn helsevesenet.

#### 4.4.2 Kildekritikk

Kunnskapssøkene ble utført i henhold til kunnskapspyramiden (Folkehelseinstituttet (b), 2016). Ved søk på enkelttema fikk kandidatene mange treff. Når søket ble avgrenset spesifikt til nyfødtintensivavdeling var det lite funn. Derfor var det nødvendig å søke bredt i tillegg for å få tilstrekkelig med funn.

Søkene ble først utført med tanke på funn fra Norge og Norden. Der det var lite funn fra Norden, ble det nødvendig å søke internasjonalt. På grunn av lite funn fra Norden har kandidatene inkludert fire studier og en rapport som er eldre enn 10 år. Dette som følge av at de inneholdt relevant informasjon som kandidatene ønsket å inkludere i oppgaven.

Søk på forebygging av vold mot spedbarn ved nyfødtintensiv og føde-barsel avdeling ga få treff. Det var derfor nødvendig å utføre søk både innenfor forebyggende arbeid mot mishandling av barn generelt og risikofaktorer/triggere for vold. Dette ga mange treff på et bestemt voldsforebyggende program fra USA, *Period of Purple Crying*. Programmet er forsøkt utprøvd i flere land og også spesifikt ved nyfødtintensivavdelinger. Kandidatene gjorde derfor et tilleggssøk på programmet for å få økt kunnskap om dette og studier på

effekten av det. Det kan tenkes at det finnes andre undervisningsprogram som er nyttige til bruk på nyfødttintensivavdelingen som kandidatene ikke fant.

Kandidatene søkte på forskning generelt om implementeringsarbeid i helsevesenet. Dette for å få økt kunnskap om hvilke faktorer som er viktige å ivareta for å ha økt sannsynlighet for vellykket implementering. Deretter søkte kandidatene spesifikt på implementering av foreldreveiledningsprogram med fokus på gråt og trøst. Det var få eller ingen forskningsfunn på implementering av informasjonsprogram/ veiledning av foreldre på nyfødttintensivavdeling i Norge og Norden. Derfor har kandidatene inkludert funn fra forskning på foreldreveiledning utført utenfor rammene til nyfødttintensiv.

Internasjonalt finnes det mer forskning på foreldreveiledning/informasjonsprogram utført på nyfødttintensivavdelinger og føde/barsel. Kandidatene har derfor inkludert internasjonal forskning. Manglende funn rundt tematikken fra Norge og Norden kan antyde at dette er en relativt ny problemstilling som det er forsket lite på. Fra andre land er det gjort betydelig større funn i søkene. Dette kan indikere at det er et behov for mer forskning på vold mot spedbarn og forebygging i Norge.

En del av forskningen og annen teori er funnet ved hjelp av snøballmetoden. Denne forskningen er funnet ved gjennomgang referanselista til aktuell forskning for å se om det finnes ytterligere kilder til relevant litteratur i disse. Noe av forskningslitteraturen har blitt foreslått av fagpersoner innenfor voldsforebyggende arbeid og tilsendt til kandidatene per e-post.

Søk på forskning og funnene er fremstilt i tabellene som følger i kapittel 4.4.3. Inkluderte studier er vurdert etter sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur, og vurderingen ligger som vedlegg (vedlegg 9) (Folkehelseinstituttet c, 2016).

#### 4.4.3 Forskningskunnskap

PICO-skjema: Søk på risikogruppe for vold/risikofaktorer for vold/forebygging av vold mot nyfødte:

PICO-skjema søk på risikogruppe for vold/risikofaktorer for vold/forebygging av vold mot nyfødte			
	P	I	O
Norsk	Barn; Foreldre; Barn som gråter; Nyfødte; Syke nyfødte; Nyfødtintensivavdeling; Sykepleier; Nyfødt sykepleier; Foreldre/familier på nyfødtintensiv; Påførte hodetraumer; Neglekt; Oppdragelse; Foreldre og stress; Prematur fødsel; Mishandling; Filleristing; Spedbarnsgråt; ACE; Foreldreferdigheter	Foreldreveiledning; Forebygging av vold mot barn; Utdanning; Implementering; Foreldrestøtte; Informasjon om gråt;	Redusert forekomst av vold; Foreldre ferdigheter
Engelsk	Infant; Newborn; Premature; Sick newborn; Neonatal intensive care unit; Care givers/families in NICU; Neonatal; Nurse; Abusive head trauma; Neglect; Parents; Parenting; Parental distress; Preterm birth; Maltreatment; Shaken baby; Infant crying; Parenting skills; ACE	Information programme; Parent guiding; Information about crying; Education; Implementation; Parental support programme	Parenting skills; Prevention

Tabell 2.

Tabell: Funn på kunnskapssøk om vold/risikofaktorer for vold/forebygging:

	Databaser:	Dato for søk:	Antall treff:	Relevante funn tatt med i oppgaven:
4. Kliniske oppslagsverk	BMJ Best Practice		14	Gavril, (2020) Scholefield, (2021)
	Up To Date		11	0
	Helsebibliotekets retningslinjeside	27.10.-21	0	0
3. Kunnskapsbasert retningslinjer	Fagprosedyrer.no	27.10.-21	0	0
	2. Systematiske oversikter	Cochrane Library	27.10.-21	28
Epistemonikos		27.10.-21	31	Barr (2021)



<b>1. Studier</b>				Power & Sharif (2021) Filippa et al. (2021)
	Medline Ovid	27.10.-21	18	0
	SveMed+	27.10.-21	8	Botha et al. (2019) Sandvik et al. (2018)
	PubMed	27.10.-21	470	Simmonet et al. (2014) Allen (2014) Barr et al. (2018)
	Ebscohost	27.10.-21	245	Tortolano et al. (2021) Altman et al. (2011) Adama et al. (2021) Pavuluri et al. (2021)

Tabell 3.

PICO-skjema søk på implementering/erfaringskunnskap helsepersonell/foreldre kunnskap:

PICO-skjema søk på implementering/erfaringskunnskap helsepersonell/foreldre kunnskap			
	P	I	O
Norske	Nyfødtintensiv; Helsepersonell; Foreldre; Gråt; Nyfødte; Barn; Barnemishandling; Sykepleier	Implementering; Identifisering av barrierer; Implementeringsstrategier; Kvalitetsforbedring; Identifisere sykepleieres evne til å lære/endre arbeidsmåte; Modell for vedvarende forbedring; Foreldreopplæring; Informasjonsprogram; Forebyggende program	Vellykket implementering; Varig endring av praksis; Ansatte kan veilede foreldre
Engelske	NICU; Parents; Healthcare workers; Child abuse; Child; Nurse; Newborn; Crying	Identify nurse's capability to learn/change their way of doing; Sustainability model/guide; Implementation; Parent education; Information programme; Prevention programme; Implementation strategies; Implementation science; Identify barriers	Increased clinical competence; Sustained improvement; Increased parent competence

Tabell 4.

Tabell: Funn på kunnskapssøk på implementering/erfaringskunnskap helsepersonell/foreldrekunnskap:

4. Kliniske oppslagsverk	Databaser:	Dato for søk:	Antall treff:	Relevante funn tatt med i oppgaven
	BMJ Best Practice	27.10.-21	2	0
	Up To Date	27.10.-21	0	0
3. Kunnskapsbaserte retningslinjer	Helsebibliotekets retningslinjeside	27.10.-21	3	Helsedirektoratet (2014) Fretheim et al. (2015) Helsedirektoratet (2019) Nasjonal faglig retningslinje for nyfødt intensivavdelinger
	Fagprosedyrer.no	27.10.-21	0	0
2. Systematiske oversikter	Cochrane	27.10.-21	80	0
	Epistemonikos	27.10.-21	35	0
1. Studier	EbscoHost	27.10.-21	2	0
	MedLine Ovid	27.10.-21	12	Dias et al., (2021)
	SveMed+	27.10.-21	4	Westerlund et al. (2016)
	Pubmed	27.10.-21	263	Barr et al. (2018)

Tabell 5.

Tabell: Kunnskap funnet på respektive tema gjennom usystematiske søk/snøballmetoden/tilsendte artikler som er inkludert i oppgaven:

Snøballmetoden	Navn på artikkel	Funnet via:
	Barr. (2014)	Ved gjennomgang av andre artikler fra Barr, R.G.
	Flottorp & Aakhus (2013)	Litteraturliste fra annen gjennomgått forskning
	Sandvik et al (2011)	Litteraturliste fra annen gjennomgått forskning
	Marie-Mitchell & Kostolansky (2019)	Litteraturliste fra annen gjennomgått forskning
	Røkholt et al. (2017)	Nordisk Sygeplejeforskning via Norsk Sykepleierforbund
	Evenstad et al. (2020)	Sykepleien Forskning
	Den Norske Legeforeningen (2010)	Ved gjennomgang av litteraturliste

	National Center for Injury Prevention and Control (2019)	Ved gjennomgang av litteraturliste
	Child maltreatment WHO, 2020	Funnet via Gavril (2020)
	INSPIRE, seven strategies for ending violence against children, 2016 WHO	Funnet via Gavril (2020)
<b>Usystematisk søk</b>	Rabbit et al. (2018)	Søkeord: Period of purple crying
	Stewarts et al. (2011)	Søkeord: Period of Purple Crying
	Barr et al, (1996)	Søkeord: crying curve preterm
<b>Anbefalt fra fagpersoner</b>	Mason et al. (2018)	Tilsendt fra Regionalt ressurscenter mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
	Ionio et al. (2016)	Tilsendt fra regionalt ressurscenter mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
	Skjøthaug (2019)	Tilsendt fra Stine Sofies Stiftelse

Tabell 6.

Tabell: Aktuelle lovverk, retningslinjer, yrkesetiske retningslinjer og offentlige rapporter/utredninger som er inkludert i oppgaven:

<b>Yrkesetiske retningslinjer</b>	<b>Tittel /utgiver /</b>
	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i> Norsk Sykepleierforbund.
	<i>Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver.</i> Digiblad . Norsk Sykepleier Forbund.
<b>Lovverk</b>	Spesialisthelsetjenesteloven. (2020). <i> Lov om spesialisthelsetjenesten</i> (§2-1f og 3-4a). Lovdata.no
	<i>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.</i> (2017). Lovdata.no.
	Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). <i> Lov om pasient- og brukerrettigheter</i> (§§3-2 og 3-4). Lovdata.no.
	Helsepersonelloven. (2001). <i> Lov om helsepersonell</i> (§10). Lovdata.no.
	Meld.St.10. (2012-2013). <i> God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.</i> Helse- og omsorgsdepartementet.
	Meld.St.13. (2016-2017). <i> Kvalitet og pasientsikkerhet 2015.</i> Helse- og omsorgsdepartementet.

<b>Offentlige rapporter/utredninger</b>	Helsedirektoratet. (2018, 06.10.2021). <i>Forbedringsguiden</i> Pasientsikkerhetsprogrammet.no
	Justis og Beredskapsdepartementet. (2021). <i>Frihet fra vold</i> . Regjeringen.no
	Norges offentlige utredninger 2017: 12. (2017). <i>Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt</i> . Departementenes sikkerhets- og Serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.
	Fretheim et al. (2015). <i>Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer</i> . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
	Barne- & likestillingsdepartementet. (2018). <i>Trygge foreldre - trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)</i> .
	Bråten & Sønsterudbråten, (2016). <i>Foreldreveiledning - virker det?</i> (20591). FAFO.no.
	Kripos. (2019). <i>Alvorlig vold mot små barn</i>
	Helsedirektoratet. (2019). <i>Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet</i> . Nasjonal faglig retningslinje.
	Moen et al (2018) <i>Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner, kartlegging av kunnskap for veien videre (02/2018)</i> .
	NKVTS (2018) <i>Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner</i> .

Tabell 7.

Tabell: Oversikt over gjennomgått kunnskapslitteratur på respektive temaer som danner bakgrunnskunnskap for oppgaven:

<b>Forebygging</b>	<b>Gjennomgått litteratur:</b>	<b>Inkludert i oppgaven:</b>
	Agic & Samuelsson, T. (2015). Föräldrastödsprogram för utrikesfödda föräldrar. Vad händer när manualbaserade föräldrastödsprogram översätts och implementeras i svensk kontext?	Ikke inkludert.
	Wiley, M., Schultheis, A., Francis, B., Tiyyagura, G., Leventhal, J. M., Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C. & Bechtel, K. (2020). Parents' Perceptions of Infant Crying: A Possible Path to Preventing Abusive Head Trauma. <i>Acad Pediatr</i> , 20(4), 448-454.	Ikke inkludert.

Turner, T. L. & Palamountain, S. (2018). <i>Infantile colic: Clinical features and diagnosis</i> . UpToDate. Hentet 27.10.2021 fra	Ikke inkludert.
Power, E. & Sharif, F. (2021). Period of Purple Crying Program for the Prevention of Abusive Head Trauma/Shaken Baby Syndrome. <i>Irish Medical Journal</i> , 114(7).	Inkludert.
Groisberg, S., Hashmi, S. S. & Girardet, R. (2020). Evaluation of the Period of PURPLE Crying: An Abusive Head Trauma Prevention Programme. <i>Child Abuse Review</i> , 29(3), 291-300.	Ikke inkludert.
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten; Nasjonal faglig retningslinje	Ikke inkludert.
Sørlandet Sykehus. (2021). Barn under Radaren. Et tiltak for tidlig avdekking av omsorgssvikt og barnemishandling. S. Dam. <a href="https://dam.no/prosjekter/barn-under-radaren/">https://dam.no/prosjekter/barn-under-radaren/</a>	Ikke inkludert.
Skjøthaug, T. (2019). Becoming fathers: adverse childhood experiences, partner attachment and mental health before childbirth as related to later perception of their own children [Doktorgrad Universitetet i Oslo].	Inkludert.
Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & J.S., M. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults .The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 14(4), 245-258. <a href="https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8">https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8</a>	Ikke inkludert.
Barr, R. G. (2021). Why Does My Baby Cry So Much? The Period of Purple Crying. Hentet 27.10.2021 fra <a href="http://purplecrying.info/sub-pages/crying/why-does-my-baby-cry-so-much.php">http://purplecrying.info/sub-pages/crying/why-does-my-baby-cry-so-much.php</a>	Inkludert.
Pedersen, E., Ballo, J. G. & Nilsen, W. (2019). Uprøving av familie for første	Inkludert.

	gang - Sluttrapport fra en 4-årig følgeevaluering av "Nurse Family Partnership" i Norge (06-2019). Oslo Metropolitan University Storbyuniversitetet.	
	Stine Sofies Stiftelse. (2018). Vold og overgrep mot barn i et livsløpsperspektiv - en kunnskapsoppsummering. Stine Sofies Stiftelse.	Inkludert.
	Stine Sofies Stiftelse. (2018). Foreldrepakka.	Inkludert.
	Stine Sofies Stiftelse. (2020). Stine Sofie Foreldrepakke: Information til blivende og nybakte foreldre - Prosjektrapport våren 2020.	Inkludert.
	Helsedirektoratet. (2014). <i>Nytt liv og trygg barseltid for familien</i> <i>Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057).</i>	Inkludert.
<b>Implementering/foreldreveiledning erfaring helsepersonell/ foreldre- kunnskap</b>	Waszak, D. L., Mitchell, A. M., Ren, D. & Fennimore, L. A. (2018). A Quality Improvement Project to Improve Education Provided by Nurses to ED Patients Prescribed Opioid Analgesics at Discharge. <i>Journal of Emergency Nursing, 44(4)</i> , 336-344.	Ikke inkludert.
	Tacia, L., Biskupski, K., Pheley, A. & Lehto, R. H. (2015). Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. <i>Clinical nursing studies, 3(2)</i> .	Ikke inkludert.
	Prouhet, P. M., Gregory, M. R., Russell, C. L. & Yaeger, L. H. (2018). Fathers' Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. <i>Adv Neonatal Care, 18(2)</i> , 105-120.	Ikke inkludert.
	Merritt, L. (2021). An Integrative Review of Fathers' Needs in the Neonatal Intensive Care Unit. <i>J Perinat Neonatal Nurs, 35(1)</i> , 79-91	Ikke inkludert.
	Hauck, S., Winsett, R. P. & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. <i>J Adv Nurs, 69(3)</i> , 664-674.	Ikke inkludert.

<p>Maher, L., Gustafson, D. &amp; Evans, A. (2016). Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis Defactum. Hentet 19.oktober fra <a href="https://www.defactum.dk/publikationer/ShowP">https://www.defactum.dk/publikationer/ShowP</a></p>	Inkludert.
<p>Maher, L., Gustafson, D. &amp; Evans, A. (2010, 30.11.2017). Sustainability model and guide. NHS <a href="https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/sustainability-model-and-guide/">https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/sustainability-model-and-guide/</a></p>	Inkludert.
<p>Folkehelseinstituttet. (2015, 20.08.2015). Modell for kvalitetsforbedring. Helsebiblioteket.no. <a href="https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring">https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring</a></p>	Inkludert.
<p>Snibjør, A. K., Olsen, N. R., Espehaug, B. &amp; Nortvedt, M. W. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. Sykepleien Forskning, 3(7), 234-241. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf">https://doi.org/10.4220/sykepleienf</a></p>	Ikke inkludert.
<p>Folkehelseinstituttet. (2016, 26.09.2019). Sjekkliste og skåringsskjema. Helsebiblioteket.no.</p>	Inkludert.
<p>Helsedirektoratet. (2017, 10.06.2021). Sjekkliste og plan for implementering. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7,</p>	Inkludert.
<p>Folkehelseinstituttet. (2016, 07.06.2016). Kildevalg. Helsebiblioteket.no</p>	Inkludert.
<p>Folkehelseinstituttet. (2016, 03.06.2016). Sjekklistene. Helsebiblioteket.no</p>	Inkludert.
<p>Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. &amp; Vege, A. (2015). Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten.</p>	Inkludert.
<p>Stine Sofies Stiftelse. (2018). Til deg som er helsepersonell - Stine Sofie Foreldrepakke.</p>	Inkludert.
<p>Stine Sofies Stiftelse. (2020). Evaluering av pilot: Stine Sofie Foreldrepakke PWC.</p>	Inkludert.

Tabell 8.

#### 4.4.4 Erfaringskunnskap

Erfaringsbasert kunnskap vil si hvilken erfaring og kunnskap klinikeren har lært gjennom yrkeslivet ved å praktisere. Denne erfaringen er viktig når behovet for helsehjelp skal vurderes (Stubberud, 2019, s. 24-25).

Kandidatene har henholdsvis 15 års og 13 års yrkeserfaring som sykepleiere, og har tidligere deltatt i forbedringsarbeid og utforming av plan for implementering av disse.

Kandidatene har tidligere erfaring med å utføre samspillsamtaler med foreldre.

Samspillsamtaler er en del av et foreldreveiledningsprogram i avdelingen som skal styrke foreldrenes kunnskap om og relasjonen til sitt premature barn født før uke 32. Dette gir oss erfaring innenfor mange ulike områder ved foreldreveiledning, blant annet amming, stell, sondeernæring og det nye livet som foreldre. Klinisk erfaring fra foreldreveiledningen er at det ses stor forskjell på hvordan de ansatte veileder foreldrene og hvordan foreldre mottar denne veiledningen. Denne forskjellen kommer tydeligere frem når temaet er sårbart og oppleves vanskelig å ta opp.

#### 4.4.5 Pasientkunnskap

Pasientbasert kunnskap er den erfaringen eller opplevelsen pasient eller bruker har i møte med helsetjenesten (Stubberud, 2019, s. 25).

Dette er en implementeringsplan som vil henvende seg mot de ansatte i første omgang. Det vil ikke bli hentet inn kunnskap fra foreldre på dette tidspunktet. Likevel bør erfaringene som beskrives i noen studier tas hensyn til ved utformingen av implementeringsplanen (Adama et al., 2022; Fillippa et al., 2021; Pavuluri et al., 2021; Simmonet et al., 2014, Skjøthaug, 2019; Stine Sofies Stiftelse, 2020 b).



## 5 Stine Sofie *Foreldrepakke*

I dette kapittelet går kandidatene gjennom valgt informasjonsprogram, Stine Sofie *Foreldrepakke* og kunnskapsgrunnlaget. Deretter beskrives *Foreldrepakka*, for så å gå inn på den delen som er tenkt til bruk på sykehuset. Denne delen handler om temaene gråt og trøst.

### 5.1 Kunnskapsgrunnlaget til Stine Sofie *Foreldrepakke*

Stine Sofie *Foreldrepakke* er et program som er tenkt til alle foreldre (Moen et al,2018, s. 30-31; Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

Kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelse av *Foreldrepakka* er blant annet kunnskap tilegnet via kunnskapsoppsummeringen ‘Vold og overgrep mot barn i et livsløpsperspektiv’.

Livsløpsperspektivet vil si at barn som utsettes for vold i ulike livsfaser kan få ulike konsekvenser senere i livet. Et eksempel er når barn under fem år blir utsatt for vold, vil de ha økt risiko for påvirkning av blant annet affektregulering, mentalisering og utrygg og desorganisert tilknytning (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a). Stiftelsen har gjennomgått et utvalg av relevant litteratur knyttet til vold og overgrep, norske dommer hvor det er utført vold mot spedbarn, veiledende retningslinjer for svangerskap, barsel og helsestasjon, intervjuer av fagpersoner samt forskningslitteratur. Kunnskapsgrunnlaget er hentet både fra Norge og internasjonalt (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

I utarbeidelsen av *Foreldrepakka* beskrives rapporten ‘Svikt og svik’ (NOU (2017:12)) som svært viktig. For å forebygge og komme i forkant av vold har Stiftelsen sett på Kripas sin rapport (2019) og samarbeidet med Sosialpediatrisk seksjon ved OUS og rettsmedisinsk fag ved OUS (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

For å få ytterligere kunnskap om hva som kjennetegner vold mot de minste, hvilke grupper som har økt forekomst av vold og hvem voldsutøveren er, har Stiftelsen innhentet kunnskap fra forskning på disse områdene (Stine Sofies stiftelse, 2020a). Sammen med funnene fra studier som har undersøkt oppfølging av svangerskap, fødsel og spedbarntiden, danner dette grunnlaget for utviklingen av informasjonsprogrammet *Foreldrepakka*. Innhold og tekst i informasjonsprogrammet er også gjennomgått og godkjent av Norsk barnelegeforening som støtter innholdet (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

Den delen av *Foreldrepakka* som er lagt opp til bruk på sykehuset inneholder informasjon om hva som er normal gråt og hvilke strategier som kan være nyttig for foreldre for å håndtere vanskelige situasjoner (Stine Sofies Stiftelsen, 2018 b). Det ble fra høsten 2019 til våren 2020 gjennomført pilotstudie på informasjonsprogrammet *Foreldrepakka* (Vedlegg 2). Denne viste at helsepersonell mener programmet har viktig informasjon, at veilederen er nyttig og opplever at foreldre synes informasjonen er relevant og viktig (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b). Stiftelsen viser til at Kripos-rapporten (2019) belyser at det er noen flere fedre/stefedre enn mødre som utøver vold mot barna. Samtidig viser forskning inkludert i kunnskapsgrunnlaget at far ikke føler seg inkludert i føde/barsel omsorgen. Stiftelsen har sett nærmere på betydningen av fars rolle, omsorgssituasjonen og nødvendigheten av å inkludere far for å forebygge vold mot de yngste barna. Viktigheten av familieperspektivet ved oppfølging under svangerskap, fødsel og tiden etter spedbarnstid belyses (Stine Sofies Stiftelse, 2020 a).

## 5.2 Begrunnelse for valg av *Foreldrepakka*

Forskning og teori beskriver risikofaktorer som kan øke risikoen for å bli voldsutøver (Gavril, 2020; Scholefield, 2021; WHO, 2020). Samtidig belyser den at noen foreldre ikke blir voldsutøvere til tross for risikofaktorer, mens andre blir voldsutøvere uten at det er registrert noen risikofaktorer. Dette kan gjøre det vanskelig å oppdage hvilke barn som står i risiko for å bli utsatt for vold, og en universell forebyggende tilnærming har blitt foreslått (National Center for Injury Prevention and Control, 2019; Sjøvold & Furuholmen, s. 39-41; Barr et al., 2018; Moen et al., 2018, s. 30-31; Marie-Mitchell & Kostolansky, 2019).

Forskning har identifisert at spedbarn har en økt risiko for å bli utsatt for vold som følge av foreldrenes opplevelser knyttet til barnets gråt (Barr, 2014; Scholefield, 2021; Botha et al., 2019; WHO, 2020). En innleggelse på nyfødtintensiv øker denne risikoen (Allen 2014; Marie-Mitchell & Kostolansky, 2019; Mason et al., 2018). Forskning antyder at det er viktig med jevnbyrdig involvering av mor og far i omsorg av barnet, men studier antyder at far ikke føler seg inkludert. Far bør derfor få samme veiledning og informasjon som mor. (Skjøthaug, 2019; Filippa et al., 2021). Justis- og beredskapsdepartementet (2018) beskriver i handlingsplanen mot vold at innsatsen skal økes på den målrettede forebyggingen, og angir foreldreveiledning som ett av tiltakene. Dette underbygges av et strategidokument for å stoppe vold mot barn, publisert av World's Health Organization (2016).

På bakgrunn av disse funnene er det ønskelig at et informasjonsprogram som favner alle foreldre kan tilbys på nyfødttintensiv, og rettes mot kjente utløsende faktorer for vold. Informasjonsprogrammet må ha gode strategier som forskning har antydnet kan være virkningsfulle (Adama et al., 2022; Allen, 2014; Altman et al., 2011; Barr, 2014; Barr et al., 2018; Ionia et al., 2016; Stewart et al., 2011; Power & Sharif, 2021; Simmonet et al., 2014; Tortolano et al., 2021).

*Foreldrepakka* velges på bakgrunn av en helhetsvurdering etter gjennomgang av aktuelle voldsforebyggende intervensjoner/programmer i Norge (kapittel 4.2), funn fra kunnskapssøk og aktuell teori. Flere av veilednings-/informasjonsprogrammene i Norge har noen av elementene som forskning viser er viktig i det voldsforebyggende arbeidet. Dette har også Stine Sofie *Foreldrepakke*. Samtidig legger den vekt på at begge omsorgspersoner skal motta samme informasjon og veiledning. Programmet har en egen del utviklet med spesifikke temaer som skal tas opp på sykehuset. Disse temaene omhandler gråt og trøst. I tillegg har det et eget veiledningshefte utformet for helsepersonell som gjør det lettere for ansatte å gi standardisert veiledning. Informasjonen foreldrene mottar er både muntlig, skriftlig og visuell. Det er utarbeidet en egen nettside som inneholder nyttige tips til foreldrene. På denne nettsiden kan foreldrene finne veiledningsfilmene som blir vist av helsepersonell under innleggelsen på nyfødttintensivavdelingen. I veiledningen av foreldrene kan helsepersonell bruke en dukke for å demonstrere trøsteteknikker og faren ved å riste barnet (Stine Sofies Stiftelse, 2018).

### 5.3 Beskrivelse av *Foreldrepakka*

Stine Sofies Stiftelse har sammen med Gjensidigestiftelsen dannet livsløpsprogrammet. Dette har resultert i en tredelt voldsforebyggende pakke (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

- 1) Stine Sofie Foreldrepakke
- 2) Stine Sofie Barnehagepakke
- 3) Stine Sofie Hverdagspakke (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a).

*Foreldrepakka* er et nasjonalt informasjonsprogram, som er et gratis tilbud til alle som skal bli foreldre. Programmet er utviklet gjennom samarbeid mellom helsepersonell, myndigheter, foreldre og Stiftelsen (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a). Programmet skal gi familien støtte

og samtidig gi foreldrene et verktøy som hjelper dem å håndtere det som er krevende. Det skal forebygge situasjoner som kan være farlige og utrygge for barnet. *Foreldrepakka* er delt inn i tre områder; før fødselen, på sykehuset og hjemme. På grunn av oppgavens omfang omtales kun den delen som omhandler informasjon og veiledning på sykehuset.

### 5.3.1 Foreldreveiledning på sykehus med tema *gråt og trøst*

Målet med denne delen av informasjonsprogrammet er å lære de nybakte foreldrene om spedbarnets gråt, gi dem konkrete verktøy for hvordan de kan trøste barnet, og hvordan de kan håndtere sin egen frustrasjon når barnet gråter. Det er en egen veileder for helsepersonell for hvordan man kan bruke *Foreldrepakka*. Veiledningen fra *Foreldrepakka* gis muntlig av helsepersonell, det deles ut et informasjonshefte til foreldrene og de får se videoer som omhandler temaet trøst og gråt. Foreldrene får informasjon om hvilke konsekvenser det kan føre til om man rister eller skader spedbarnet. Informasjon som har blitt gitt tidligere i svangerskapet kan repeteres og bidra til å gjøre foreldrene trygge før de skal dra hjem med det nyfødte barnet.

Det anbefales at foreldrene får informasjon om nettsiden «10 smarte tips til alle småbarnsforeldre» (Stine Sofies Stiftelse, 2018 d). I denne kan de finne ‘*trøstetrappen*’, som er en del av temaet trøst og gråt. Her finner de også tre veiledningsfilmer om *promp*, *rap*, og *trøst*. Disse videoene viser foreldrene hvordan de kan svøpe babyene og ulike teknikker for hvordan trøste babyen. Filmene er korte og informative, med varighet på 3-4 minutter. På nettsiden kan foreldrene også finne kontaktinformasjon til hjelpetelefon (Stine Sofies Stiftelse, 2018 d).



Figur 9. Fra *Foreldrepakka* av Stine Sofies Stiftelse (2018). Gjengitt med tillatelse (vedlegg 3).

Temafilmen som kan brukes i samtalen med foreldre i en veiledningssituasjon, omhandler temaet *gråt og trøst*. Den forteller at en av barnets måter å kommunisere på er ved gråt. Her får foreldrene informasjon om at barnet gråter for å vise følelser, be om hjelp eller når det bare lurer på hvor foreldrene er. Ved å trøste barnet, styrkes båndet mellom barnet og foreldrene. Filmen forteller innledningsvis at foreldre må finne gode strategier for å håndtere barnegråt, og at det er helt normalt å bli sliten og frustrert. Den viser hvordan stress, søvnmangel og frustrasjon kan føre til at foreldre mister kontrollen. I filmen får foreldrene informasjon om hvordan de kan håndtere denne situasjonen, og hvor de kan få hjelp (Stine Sofies Stiftelse, 2018 d).

Informasjonsheftet foreldrene får utdelt i forbindelse med veiledningen gir informasjon om hva man kan forvente når barnet er født. Foreldrene får informasjon om at det er normalt at barnets gråt øker frem mot 6 ukers alder og at gråten etter dette vanligvis vil avta igjen. Den inneholder også en sjekklister for foreldrene når barnet gråter, informasjon om kolikk, amming og flaskemating (Stine Sofies Stiftelse, 2018 c).

Veilederen til helsepersonell inneholder informasjon om hvor viktig det er å huske at det å få et prematurt eller sykt barn vil være en ekstra belastning for foreldrene. Dette gjør at de er mer sårbare og trenger god oppfølging. Når tilstanden til barnet er avklart og foreldrene er klare, er det fornuftig å ta kontakt med fastlege, jordmor eller helsesykepleier for å kartlegge hvilke behov familien har (Stine Sofies Stiftelse, 2018 b).

## 6 Utforming av implementeringsplanen

I dette kapittelet gjennomgås arbeidsprosessen med utforming av implementeringsplanen for *Foreldrepakka*. Implementeringsplanen er utformet i tråd med makromodellen *modell for kvalitetsforbedring* og mikromodellen *modell for vedvarende forbedring*. Ved å bruke disse to modellene inkluderes funn fra implementeringsforskning og implementeringsteori, som har pekt på viktige nøkkelfaktorer for å oppnå en vellykket implementering og vedvarende endring (Stubberud, 2019, s. 44 og 137; Maher et al, 2016; Kongsmo et al, 2015).

### 6.1 Prosessen

I *prosessen* er følgende nøkkelfaktorer ved implementeringsplanen blitt kartlagt og gjennomgått:

- A) Få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen
- B) Nedsette arbeidsgruppe
- C) Vurdere ressursbruk for implementering av verktøyet
- D) Lage sjekklister for implementeringsprosessen
- E) Lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan
- F) Pilotering
- G) Barrierer, motstand og holdning til endring
- H) Holdning og motivasjon til å bruke *Foreldrepakka*
- I) Lokal tilpasning
- J) Monitorering av utviklingen til implementeringsprosessen
- K) Skåring av *prosessen*

#### *Ad A) Få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen*

Kvalitetsarbeidet ble innledningsvis drøftet med avdelingssykepleier og fagsykepleiere. Det kom frem at forebygging av vold mot spedbarn allerede var et tema som ledelsen ønsket å ha fokus på i avdelingen. En felles erkjennelse for forbedringsarbeidet var raskt på plass, og mastergradsarbeidet ble forankret skriftlig i ledelsen ved avdelingssjef for Barne- og Ungdomsavdelingen (vedlegg 4) (Kongsmo et al., 2015; Stubberud, 2019, s. 139; Westerlund et al., 2016; Maher et al., 2016).

Deretter ble kunnskapsgrunnlaget for forbedringsarbeidet klargjort (Konsmo et al., 2015). I forkant av kunnskapssøket ble det avtalt et møte med bibliotekar ved universitetet. Funn fra søkene, sammen med aktuell pensumlitteratur og annen aktuell faglitteratur ble gjennomgått. Kunnskapsgrunnlaget ble drøftet med ledelsen, og funnene dannet grunnlaget for valg av informasjonsprogram.

Ledelsen og masterkandidatene ønsket med bakgrunn i funn fra kunnskapssøket å se nærmere på *Foreldrepakka*. Det var derfor nødvendig å innhente kunnskapsgrunnlaget bak utformingen av informasjonsprogrammet og gjøre en nøye vurdering av dette. Kunnskapsgrunnlaget til *Foreldrepakka* ble gjennomgått, og dette styrket ledelsens ønske om implementering av programmet. Det ble en felles enighet om at *Foreldrepakka* skal implementeres.

Forbedringsarbeidet ble lagt inn som målsetting i avdelingen, og er lagt inn i fagdager høsten 2022. Erfaring viser at dette øker muligheten for at arbeidet blir prioritert og gjennomført (Konsmo et al., 2015).

#### *Ad B) Nedsette arbeidsgruppe*

Behovet for å nedsette en arbeidsgruppe ble drøftet tidlig med ledelse og fagledelse. Dette resulterte i dannelse av arbeidsgruppen. Gruppen skulle være tverrfaglig, med ulike fagkompetanse, ansiennitet og erfaring. Dette for å sikre engasjement og inkludering, god diskusjon, samt nyttiggjøre seg de ulike fagkompetansene. Det var også enighet om at gruppen måtte være stor nok til at arbeidet kan fortsette selv om det skjer strukturelle endringer i avdelingen eller personalet (Konsmo et al., 2015; Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s. 143-144; Westerlund et al., 2016).

Fagsykepleier/stedfortredende avdelingsleder er formell leder av arbeidsgruppen (Stubberud, 2019, s. 143).

Masterkandidatene leder utformingen av implementeringsplanen i samarbeid med arbeidsgruppen.

Jordmor i avdelingen er valgt med bakgrunn i kompetanse, men også som bindeledd mellom nyfødttintensiv og føde/barsel ved sykehuset. Dette anses som viktig for å få til et godt samarbeid mellom føde/barsel og nyfødttintensiv i forhold til familiene. Per i dag brukes ikke *Foreldrepakka* aktivt på føde/barsel avdelingen. Pilotstudien til Stine Sofies Stiftelse viser til at det kan være en fordel om programmet brukes både på føde/barsel og nyfødttintensivavdeling (Stine Sofies Stiftelse, 2020).

Psykolog har lang erfaring med foreldrene på nyfødttintensiv og utfordringer man kan møte i samtaler med foreldre. Psykolog blir en ressurs for arbeidsgruppen og de ansatte i situasjoner der man synes dialogen er vanskelig eller utfordrende, eller der man avdekker utfordrende familiesituasjoner.

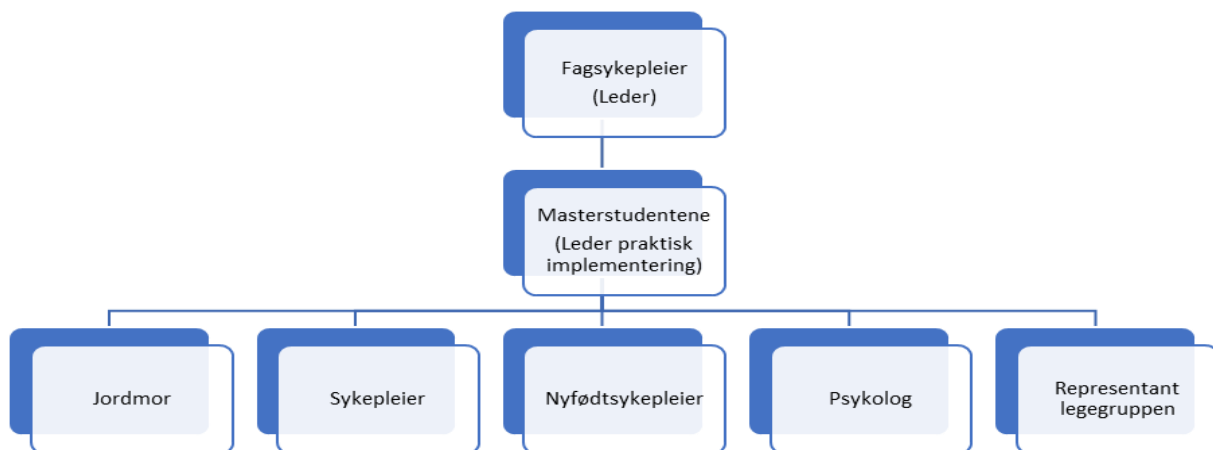
Nyfødtsykepleier har spesialisering fra pasientgruppen og deres utfordringer. Den aktuelle nyfødtsykepleieren har lang erfaring i avdelingen og har stort engasjement for arbeid med sårbare familier i avdelingen.

Sykepleier med bachelorgrad har relativt kort erfaring fra avdelingen, men stort engasjement for pasientgruppen og den helsehjelpen som ytes i avdelingen. Den aktuelle sykepleieren har vist engasjement for arbeid med sårbare familier i avdelingen.

Det er drøftet hvorvidt implementeringen også bør forankres i legegruppen, og om en representant fra legene skal være med i arbeidsgruppen. Legene vil også bli berørt av endringen. Forbedringsarbeidet skal inn i informasjons- og utskrivingsrutiner som legene er en del av. Det kan oppstå familiære forhold som krever ekstra tiltak som legene aktivt må delta i. Det er derfor viktig at forbedringsarbeidet forankres også i legegruppen, og at denne kommer med innspill i prosessen (Sandvik et al., 2011; Stubberud, 2019, s. 141).

Arbeidsgruppen presenteres i følgende tabell:





Figur 10.

#### Ad C) Vurdere ressursbruk for implementering av verktøyet

En implementering krever økonomiske ressurser for å anskaffe utstyr, opprette stillinger og utvikle ressurspersoner (Sandvik et al., 2011). Implementeringen ble tidlig forankret i ledelsen. Denne forankringen er viktig også med tanke på ressurstildeling (Stubberud, 2019, s. 139; Sandvik et al., 2011).

Arbeidsgruppen har gjennomgått forventet ressursbruk. Denne er fremstilt i kapittel 7.0, tabell 9.

For å utarbeide implementeringsplanen må arbeidsgruppen fristilles fra arbeid én dag per måned fra januar 2022 frem til mars 2022. Før fagdage må arbeidsgruppen fristilles én dag for planlegging. Masterstudentene fristilles for deltakelse alle dager med fagdag. Fagdage trenger egnet rom for undervisningen. Etter fagdage går arbeidsgruppen gjennom tilbakemeldinger og forbereder opplæring av de ansatte. Arbeidsgruppen har erfart at opplæring av personalet i grupper er en god måte å gjennomføre opplæringen på. Opplæring planlegges gjennomført i grupper på 5 ansatte før og etter lunsj (Stubberud., 2019, s. 146-147; Fretheim et al., 2015). Undervisning og opplæring gjennomføres av to representanter fra arbeidsgruppen. Ansatte og arbeidsgruppen må fristilles tilsvarende dette. For å følge opp arbeidet med *Foreldrepakka* og videre utvikling etter endt implementering, vurderer arbeidsgruppen at de bør møtes hver 6. måned.

I starten er *Foreldrepakka* ny og de ansatte vil trenge litt tid på å bli kjent med verktøyet og gjøre det til sitt eget. Dette kan medføre behov for litt økte ressurser i starten. I denne fasen er det viktig at representantene fra arbeidsgruppen får muligheten til å være tilgjengelig for dialog og diskusjon (Sandvik et al., 2011; Westerlund et al., 2016). Etter hvert som de ansatte får erfaring og blir trygge på programmet, kan det bidra til selvstendighet.

#### *Ad D) Sjekkliste for implementeringsprosessen*

Etter at arbeidsgruppens møter var gjennomført, utfylte kandidatene to sjekklister for implementering (Folkehelseinstituttet, 2016 a; Helsedirektoratet, 2017; Stubberud, 2019, s. 140). Dette for å få en indikasjon på hvordan implementeringsprosessen forløper og om det er klart for å begynne implementering (Vedlegg 5). Resultatene fra sjekklisten *Plan for implementering* viser at arbeidet med implementeringsplanen er godt i gang, men mangler utformingen av en skriftlig prosedyre.

Resultatene fra *Sjekkliste for implementering* viser at det ikke har vært gjennomført tilstrekkelig utprøving av forbedringsarbeidet. Forutsetningene er til stede, men utprøvingen faller utenfor oppgavens omfang (vedlegg 5).

#### *Ad E) Lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan*

Arbeidsgruppen utformet en interessentanalyse og en kommunikasjonsplan.

Interessentanalysen gir en gjennomgang av personer som skal involveres i utformingen av implementeringsplanen og den praktiske implementeringen. Den synliggjør hvem som blir berørte parter av implementeringen, mulige samarbeidspartnere og hvordan resultatene fra arbeidet kan spres. Interessentanalysen presenteres i kapittel 7.0, tabell 12 (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s.141).

Kommunikasjonsplanen sikrer at nøkkelpersoner som er viktige for implementeringen skal oppleve at de er godt informert slik at de støtter opp om arbeidet. Planen sikrer også samtlige ansattes delaktighet. Kommunikasjonsplanen viser hva som skal kommuniseres til de ulike partene i interessentanalysen, hvem som har ansvaret og tidspunkt for kommunikasjonen. Dette er viktig for å oppnå varig endring (Maher et al., 2016; Sandvik et al., 2011; Westerlund et al., 2016; Stubberud, 2019, s. 141-142). Kommunikasjonsplanen fremstilles i kapittel 7.0, tabell 13.

### *Ad F) Pilotering*

Arbeidsgruppen ble enige om å prøve ut den planlagte ansattundervisningen i gruppen. Dette ble gjennomført på tredje arbeidsgruppemøte. Kandidatene har laget to caser (vedlegg 6). Disse beskriver gjenkjennelige veiledningssituasjoner. Det ble deretter gjennomført en simuleringsovelse fra de aktuelle casene. På denne måten fikk arbeidsgruppen erfaring med hvordan undervisningsopplegget kan oppleves av de ansatte og hvilke endringer som bør gjøres umiddelbart. Etter utprøvingen gjorde arbeidsgruppen nødvendige justeringer i undervisningen (Helsedirektoratet, 2017; Stubberud, 2019, s. 140).

### *Ad G) Barrierer, motstand og holdning til endring*

Arbeidsgruppen har identifisert lokale barrierer, nøkkelpersoner og suksessfaktorer basert på erfaring fra tidligere endringsarbeid og implementering i avdelingen (Pedersen et al., 2017, s. 226-230; Stubberud, 2019, s. 142-143; Sandvik et al, 2011; Røkholt et al., 2017; Evenstad et al., 2020). Faktorene for barrierer og motstand som arbeidsgruppen på forhånd kunne identifisere og drøfte, er også kjent fra teori og forskning på implementering. I tillegg har masterkandidatene fått tilsendt evaluering av pilotstudien utført på *Foreldrepakka* (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b). Denne kan gi oss innspill på mulige barrierer og motstand som kan oppstå (Fretheim et al., 2015; Maher et al., 2016; Pedersen et al, 2017, s. 17-31 & s. 217-238; Stubberud, 2019, s. 142-143 & s.137-153 Westerlund et al., 2016; Stine Sofies Stiftelse, 2020).

Holdninger til forandringer kan ha betydning for hvor vellykket implementeringen blir. En avdeling som er negativ til endringer vil kunne hemme implementeringen (Maher et al., 2016; Røkholt et al., 2017). Arbeidsgruppen er enige om at det generelt er positive holdninger til forbedringsarbeid og implementeringsprosesser i avdelingen. Noe av dette kan ha grunnlag i at avdelingen er flink til å gi ansatte muligheter for å utvikle seg, ta videreutdanning og bidra til kvalitetsarbeid i avdelingen. Likevel kan det oppleves at enkelte ansatte synes det er vanskelig at noen får et økt ansvar og synliggjøres i slikt arbeid, og det er derfor viktig å utarbeide strategier for å imøtekomme dette (Fretheim et al., 2015; Sandvik et al., 2011; Westerlund et al., 2016).

Arbeidsgruppen har drøftet at avdelingen de siste årene har vært gjennom mange endringer både av rutiner, prosedyrer og ikke minst endring i personalgruppa og ledelsen. Dette kan

påvirke personalets holdninger og motivasjon (Røkholt et al., 2017). Endringer i ledelsen medfører at arbeidsgruppen ikke er kjent med ny leders holdninger og innstilling til forbedringsarbeidet. Forbedringsarbeidet kan også oppleves som ekstraarbeid for de ansatte, og det er ikke nødvendigvis slik at alle ansatte ser en nytteverdi av eller nødvendighet for forbedringsarbeidet. Å tilpasse seg nye arbeidsrutiner kan for noen oppleves som en belastning, særlig dersom forbedringsarbeidet ikke er kompatibelt til avdelingen. Endrede oppgaver ovenfor foreldre og økt selvstendigjøring av foreldre kan også oppleves ulikt av de ansatte (Westerlund et al., 2016; Røkholt et al., 2017).

Arbeidsgruppen har diskutert at noen ansatte kan oppleve det vanskelig å skulle veilede foreldre i sårbare temaer (Altman et al., 2011; Tortolano et al., 2021). Dette kan gi utslag i at noen ønsker at kun representanter fra arbeidsgruppen skal stå for denne veiledningen.

Arbeidsgruppen antar at en eventuell faglig uenighet innad i legegruppen på viktigheten av *Foreldrepakka* kan medføre usikkerhet i ansattgruppen. Dette fordi legegruppen representerer viktige opinionsledere (Fretheim et al., 2015; Røkholt et al., 2017; Stubberud., 2019, s. 144).

Kandidatene har erfart at det kan være vanskelig å gjennomføre veiledning til foreldre som motsetter seg informasjon. Ved veiledning kan de ansatte også oppleve at det avdekkes familiære forhold som gjør at det vekkes en bekymring rundt barnets oppvekstmiljø.

Familiene som er innlagt i avdelingen blir tildelt en primærgruppe med sykepleiere som har hovedansvar for den enkelte familie. Tanken er at primærgruppene skal ha hovedansvar for at informasjonsprogrammet gjennomføres hos familiene. Dersom primærgruppefunksjonen ikke fungerer, kan det føre til at det ikke blir sikret at foreldrene får informasjonsprogrammet.

Arbeidet med forbedringsarbeidet krever ressurser i form av tid, lokaler og informasjons- og veiledningsmateriale (Stubberud, 2019, s. 139; Sandvik et al., 2011). Kandidatene har erfart at de ansatte trenger lett tilgjengelig verktøy for å gjøre det mindre ressurskrevende å ta i bruk informasjon og veiledningsmateriell. Dette kan føre til at opplevelsen av tidspress reduseres (Flottorp & Aakhus, 2013; Fretheim et al, 2015). Det kan oppleves negativt av ansatte dersom tildeling av ressurser og tid avsatt til opplæring går på bekostning av annen viktig opplæring i avdelingen. Vurderingen av ressursbruk er gjennomgått i kapittel 6.1 *ad C*.

Det voldsforebyggende arbeidet er ikke forankret i avdelingens verdigrunnlag (Stubberud, 2019, s. 147). Forskning antyder at anbefalinger som konkurrerer med avdelingens fagtradisjoner og verdier kan skape barriere for implementeringen (Evenstad et al., 2020). Det

kan derfor være en barriere at avdelingen ikke har forebygging av vold mot spedbarn i sitt verdigrunnlag.

Strategier for å imøtekomme barrierer og negative holdninger fremstilles i kapittel 6.2 *ad C*. Der belyses også hvordan de positive holdningene i avdelingen og viktige identifiserte faktorer for vellykket implementering kan vekke motivasjon og brukes i arbeidet med å overkomme barrierer og imøtekomme negative holdninger.

#### *Ad H) Holdning og motivasjon til å bruke Foreldrepakka*

Informasjonsprogrammet er ikke introdusert for de ansatte på nåværende tidspunkt. Derfor vet kandidatene ikke hvilke holdninger og motivasjon de ansatte vil ha til å bruke informasjonsprogrammet. Arbeidsgruppen har laget en plan for hvordan personalet skal involveres og hvordan innhente tilbakemeldinger. Dette gjennomgås i kapittel 6.2 *ad E*

#### *Ad I) Lokal tilpasning*

Arbeidsgruppen har drøftet hvordan implementeringen og bruken av *Foreldrepakka* kan tilpasses lokalt til vår avdeling. Det er viktig med en slik lokal tilpasning, da hver enkelt avdeling har forskjellige individer med ulik utdannelses- og erfaringsbakgrunn, kulturer og ledelsesformer (Pedersen et al., 2017, s. 227-231). Ved å tilpasse tiltak mot lokale barrierer som er identifisert, vil en kunne ha økt sjans for at forbedringsarbeidet blir vellykket (Fretheim et al., 2017; Røkholt et al., 2017; Westerlund et al., 2016).

Implementeringen av *Foreldrepakka* og utføringen av foreldreveiledningen tilpasses lokalt til avdelingens allerede eksisterende systemer og infrastruktur (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s. 147-148). Arbeidsgruppen har kommet frem til at dette gjøres best ved å implementere *Foreldrepakka* i følgende eksisterende systemer og prosedyrer:

- Overordnet fagprosedyre
- Rutine for inntakssamtale
- Behandlingsplan
- Rutine for utreisesjekk
- Avdelingens daglige tavlemøter (Puls-møter)

- Avdelingens Foreldrekafé
- Infoskjermer i avdelingen
- På oppslagstavler og informasjonstavler
- Tilgjengelig som e-læring i avdelingens eksisterende e-læringsportal

Selv om *Foreldrepakka* har en egen veileder med forslag til hvordan samtalen bør utføres, kan det likevel bli nødvendig å tilpasse samtalen til individuelle behov. Foreldrene vil derfor få tilbud om å få samtale i grupper eller individuelt.

*Foreldrepakka* er prøvd ut på flere sykehus hvor erfaringen var at det var viktig å øve på bruken og at hver enkelt ansatt gjør det til sitt eget. Derfor har arbeidsgruppen valgt å kombinere teoretisk undervisning med praktisk øvelse. I den praktiske øvelsen tar de ansatte i bruk Ipad hvor fagutviklingssykepleier har lastet ned informasjonsprogrammet og tilhørende videoer (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b; Pavuluri et al., 2021).

Informasjonen om gråt er basert ut fra terminfødte barn, hvor høyeste punktet på gråtekurven er ved 6 ukers alder før den reduseres igjen. På nyfødteintensivavdeling vil det være mange premature barn. Kandidatene har ut fra forskning sett nødvendigheten av at informasjonen om prematures gråt må korrigeres for alder når man informerer om gråtekurven til disse familiene (Barr et al., 1996).

Tidligere erfaringer med opplæring av ansatte i avdelingen har vist gode resultater med gruppevis opplæring. De ansatte har tidligere blitt delt inn i grupper på fem ansatte, der opplæringen er innledet med undervisning, for deretter å ha en praktisk øvelse på veiledning. Opplæring i grupper reduserer ressursbruken og gir færre opplæringsdager med fristilling av ansatte i avdeling. Dette kan være en god løsning for å møte støtte fra ledelsen til de ressursene som er nødvendige, samtidig som man forsøker å lage praktiske løsninger som ledelsen kan imøtekomme (Pedersen et al., 2017, s.227-231; BSF, 2017).

I etterkant av opplæringen har kandidatene erfart at det er nyttig med oppfriskning av den tilegnede kunnskapen. Et e-læringsverktøy kan benyttes i denne sammenhengen (Stubberud, 2019, s.146-147). Lommekort kan også være nyttig, da de vil gi korte påminnere om temaer som skal gjennomgås. Lommekort er små kort som inneholder en kort beskrivelse av et utvalgt tema.

Ordningen med ansvarlige primærgrupper medfører at disse har hovedansvar for at familiene får samspillssamtaler og utviklingssamtaler. Arbeidsgruppen er enige om at primærgruppene også skal ivareta at foreldrene får veiledning fra *Foreldrepakka*. Dette fordi det er sårbare temaer, som erfaring viser er lettere å gjennomføre for ansatte med relasjon til foreldrene.

I avdelingens rutiner er det avsatt dager for ulike fokusområder, slik som for eksempel ernæringsfokus på tirsdager og Foreldrekafe på torsdager. Fokusområdene nevnes på avdelingens faste tavlemøter på de aktuelle dagene. Arbeidsgruppen har kommet frem til at det vil være hensiktsmessig å innføre en liknende fokusdag for foreldrekompetanse. Slik kan de ansatte få påminnelse om bruken av *Foreldrepakka*. *Foreldrepakka* vil også jevnlig være tema for Foreldrekafeen.

Avdelingens infoskjerm henger både på personalets pauserom og i kantinen der foreldre oppholder seg. Arbeidsgruppen anser det som viktig å ha informasjonen til *Foreldrepakka* på infoskjermene, fordi dette kan være viktige påminnere for de ansatte. Samtidig kan det bidra til å rette foreldrenes oppmerksomhet til avdelingens bruk av *Foreldrepakka*. Avdelingens oppslagstavler vil også kunne fungere som slike daglige påminnere.

#### *Ad J) Monitorering av utviklingen til implementeringsprosessen*

For å overvåke implementeringsprosessen kontinuerlig og effektivt, er det nødvendig med målinger og systematisk dokumentasjon (Maher et al., 2016). Arbeidsgruppen har drøftet dette, og kommet frem til at *Foreldrepakka* skal legges inn i pasientenes behandlingsplan som eget tiltak. I denne dokumenteres når veiledning blir gitt og hvilke av foreldrene som mottar veiledningen. I tillegg skal det krysses av på pasientenes sjekkliste for utreise at informasjonen er gitt til begge foreldre. Dette kan bidra til å fange opp hvorvidt foreldre mottar informasjon, samt sikre at dette blir utført før hjemreise.

For å kunne overvåke bruken av *Foreldrepakka*, har arbeidsgruppen vurdert at dette best gjøres ved å foreta stikkprøver. Ved gjennomføring av stikkprøvene går arbeidsgruppen inn i journaler til inneliggende pasienter som forventes utskrevet innen nærmeste dager og undersøker om veiledning er gitt. Den første tiden etter implementering vurderer arbeidsgruppen at det bør gjennomføres stikkprøver hver tredje måned, første uken i hvert kvartal. Denne frekvensen kan evalueres når arbeidsgruppen ser at *Foreldrepakka* brukes

jevnlig. Arbeidsgruppa anser det som tilstrekkelig å møtes hver 6. måned for å gå igjennom funn.

#### *Ad K) Skåring av prosessen*

Masterkandidatene har skåret nøkkelfaktorene i *prosessen* i tråd med Maher sin modell (Maher et al., 2010). Skåringen ble gjennomført etter første og siste arbeidsgruppemøte ved utformingen av implementeringsplanen (Vedlegg 7). Total skår ved første skåring var 17,7. Etter videre arbeid med prosessen økte skåren ved siste arbeidsgruppemøte til 24,5. Dette tyder på forbedring i viktige nøkkelfaktorer i *prosessen*.

## 6.2 Ansatte og ledere

I *ansatte og ledere* belyser Maher (2016) følgende nøkkelfaktorer ved implementeringen:

- A) Samhandling med ledelse og ansatte
- B) Engasjere ledelsen
- C) Utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer
- D) Informasjon til personalet
- E) Involvering av personalet
- F) Opplæring av personalet
- G) Opplæringsstrategier
- H) Innhold i undervisningen
- I) Plan over opplæringen
- J) Skåring av *ansatte og ledere*

#### *Ad A) Samhandling med ledelse og ansatte*

I kommunikasjonsplanen og interessentanalysen (Kapittel 7, tabell 12 & 13) er samhandlingen med ledelsen synliggjort. Samhandlingen med ledelsen er utformet slik at ledelsens engasjement ivaretas (Røkholt et al, 2017; Maher et al, 2016).

Ledelsen har tildelt arbeidsgruppen ressurser til gjennomføring av implementeringen. Det er også ønskelig at ledelsen tildeler midler for å vise at de verdsetter at ansatte gjennomgår



opplæring. Dette kan være i form av kursbevis for gjennomgått opplæring. Det er også satt av midler til bevertning og trivselstiltak på fagdager.

Samhandlingen med de ansatte ivaretas både ved sammensetningen av arbeidsgruppen, i interessentanalysen og i kommunikasjonsplanen. I interessentanalysen belyses hvilke ansatte som blir berørt av forbedringsarbeidet, og hvordan de kan inkluderes. Kommunikasjonsplanen viser en detaljert oversikt over hva som skal kommuniseres til de ansatte, når og hvordan. Samhandlingen ivaretas i plan for opplæring og involvering av personalet. Dette redegjøres for i kapittel 6.2 ad E & F.

#### *Ad B) Engasjere ledelsen*

For å synliggjøre hvor viktig det er at ledelsen er engasjert, har arbeidsgruppen tatt hensyn til dette ved utformingen av kommunikasjonsplanen (Kapittel 7, tabell 13). Ved å formidle fordelene ved forbedringsarbeidet tydelig og regelmessig til ledelsen, bidrar det til en kontinuerlig fastholdelse av ledelsens engasjement. Kommunikasjonsplanen sikrer en kontinuerlig involvering av ledelsen ved at arbeidsgruppen jevnlig gir tilbakemeldinger til ledelsen og har kontinuerlig dialog med denne (Maher et al., 2016).

At ledelsen gir de ansatte anerkjennelse for deltakelsen i forbedringsarbeidet, er en viktig faktor for å oppnå støtte og tilslutning blant ansattgruppen (Maher et al., 2016). Dette understreker nødvendigheten av at ledelsen er engasjert under hele prosessen (Fretheim et al., 2015; Røkholt et al., 2017; Stubberud, 2019, s.144).

#### *Ad C) Utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer*

Arbeidsgruppen har drøftet de ulike barrierene, holdningene og motstanden mot endringer vi kan forvente å møte på i implementeringen (Kapittel 6.1 ad G). På bakgrunn av dette har arbeidsgruppen utarbeidet strategier for å imøtekomme de mulige utfordringene som ble avdekket.

For å imøtekomme utfordringen med at relasjoner mellom ansatte kan endres i en implementeringsprosess, anser arbeidsgruppen det som viktig å vise verdsettelse av hele ansattgruppens innsats. Der noen får mer fremtredende roller, må andre ta et annet ansvar og oppgaver som er mindre synlige. Verdsettelsen av hele ansattgruppen viser at alle er viktige

(Maher et al.,2016; Stubberud, 2019, s. 144-145). Dette kan gjøres ved å skape en opplevelse av delaktighet fra alle.

For å skape opplevelse av delaktighet er det viktig at sykepleierne deltar i diskusjon, planlegging, gjennomføring og evaluering (Kunnskapssenteret, (nr.10-2015); Sandvik et al., 2011). Arbeidsgruppen er sammensatt med representanter fra de ulike faggruppene i avdelingen. Dette muliggjør en tverrfaglig diskusjon i utformingen av implementeringsplanen. En annen måte å øke ansattes opplevelse av delaktighet på, kan være å hente inn informasjon fra de ansatte via spørreskjemaer, samt tid til diskusjon på fagdager og opplæringsdager (Konsmo et al., 2015.; Maher et al., 2016; Stubberud,2019, s.143-144; Westerlund et al., 2016).

Arbeidsgruppen ser det som nyttig å undersøke personalets opplevelser både innledningsvis ved implementeringen av *Foreldrepakka* på fagdage, og i etterkant av gjennomført implementering. Dette gjøres ved at de mottar samme spørreskjema (vedlegg 8) på slutten av fagdagen og etter endt implementering. Samtidig vil det være fortløpende dialog med mulighet for diskusjon under opplæringen. Dette gir et overblikksbilde av personalets opplevelser i starten og etter gjennomført implementering. Det er viktig å synliggjøre for de ansatte hvem som er i arbeidsgruppen og hvilke roller de har, slik at de ved spørsmål kan finne frem til riktig kontaktperson (Maher et al., 2016; Sandvik et al., 2011; Westerlund et al, 2016; Tortolano et al., 2021).

Opinionsledere kan bidra til å skape motivasjon for forbedringsarbeidet og tillit til at dette er viktig (Stubberud, 2019, s.144). Ledelsen og fagledelsen er viktige i denne sammenhengen, sammen med legene. Dette er enkeltpersoner som har tillit og innflytelse i avdelingen. Ved at legegruppen er aktive i arbeidsgruppen, forankres forbedringsarbeidet der. Dette kan bidra til at legegruppen som opinionsledere fremstår samstemt om viktigheten av forbedringsarbeidet (Fretheim et al., 2015; Røkholt et al., 2017; Stubberud, 2019, s.144). Et annet virkemiddel som kan øke tilslutning til forbedringsarbeidet blant de ansatte er å ha fagsykepleier som deltar aktivt i arbeidsgruppen som formell leder, da også fagsykepleier kan være en viktig opinionsleder i avdelingen (Sandvik et al, 2011; Røkholt et al., 2017). Både fagsykepleier og øvrige sykepleiere i arbeidsgruppen bør være tilgjengelig for personalet vedrørende tilbakemeldinger og spørsmål relatert til *Foreldrepakka*. Dette kan bidra til at ansatte føler seg anerkjent og verdsatt og kan øke motivasjon til å investere krefter i forbedringsarbeidet (Sandvik et al., 2011; Maher et al., 2016).

For at personalet skal oppleve å føle motivasjon og fordel med implementeringen, er det også nødvendig at innføringen av forbedringsarbeidet tilpasses avdelingen (Westerlund et al., 2016). Den lokale tilpasningen er fremstilt i kapittel 6.1 *ad I*.

For å underbygge viktigheten med *Foreldrepakka* i avdelingen, ønsker arbeidsgruppen at programmet inkluderes i en fagprosedyre. Fagprosedyren henviser til pålitelig dokumentasjon og gode forskningsresultater på området. Dette kan gi de ansatte økt kunnskap og bidra til å sikre støtte, aksept og engasjement til implementering av forbedringsarbeidet. Økt kunnskap og forståelse kan motivere de ansatte til å ta i bruk programmet (Sandvik et al., 2011, Maher et al., 2016).

Det kan være vanskelig å ta opp sårbare temaer, derfor kan et standardisert verktøy og god opplæring bidra til å styrke de ansattes selvtillit på dette området (Tortolano et al., 2021; Sandvik et al., 2018). Kandidatene har erfaring med at lommekort kan være nyttige når de ansatte skal ta i bruk prosedyrer og gjennomføre samtaler med foreldre. Lommekortet kan inneholde kort informasjon om i hvilken rekkefølge informasjonsprogrammet bør gis. Det kan også lages egne lommekort for temaet gråt og trøst. Lommekort vil gjøre informasjonen som skal gis til foreldrene lettere tilgjengelig og kan derfor bidra til at barrieren for å ta i bruk programmet blir mindre fordi (Sandvik et al., 2011).

Det er viktig at de ansatte finner sin egen måte å bruke verktøyet på i veiledning av foreldrene (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b). Ved å gi opplæring i grupper der de ansatte kan øve sammen, får de mulighet til å reflektere over hvordan det gikk og hva som kan gjøres annerledes. Dette kan bidra til innspill og støtte fra kollegaer på en trygg arena (Fretheim et al., 2015; Sandvik et al., 2011). Dette er tatt hensyn til i utformingen av opplæringsplanen (Kapittel 7.0, tabell 10 & 11). Arbeidsgruppen anser at bruk av Ipad med informasjonsvideoer sammen med veiledningsheftet, kan gjøre det lettere for ansatte å veilede foreldrene. Dette fordi videoene kan bidra til å åpne opp samtaler mellom foreldre og sykepleier (Pavuluri et al., 2021; Stine Sofies Stiftelse, 2020 b).

En strategi for å møte barrieren ved at voldsforebyggende arbeid ikke er forankret i avdelingens verdigrunnlag, vil være å gjøre endringer i verdigrunnlaget til avdelingen. Dette er diskutert i arbeidsgruppen, og fagutviklingspsykepleier som er leder i gruppen ønsker å jobbe videre for dette.

Dersom personalet opplever vanskelige veiledningssituasjoner, som at foreldre motsetter seg informasjonsprogrammet, kan arbeidsgruppens psykolog brukes til å løse disse situasjonene.

Dette kan psykologen gjøre ved å bruke sin lange erfaring med vanskelige samtaler om sårbare temaer med foreldre (Sandvik et al., 2011; Kongsmo et al., 2015).

Arbeidsgruppen har vurdert hvordan opplæring av de ansatte kan utføres mest mulig kostnads- og tidseffektivt. Denne vurderingen er basert på tidligere erfaringer. Vurderingen er viktig for å unngå at implementeringen og bruk av *Foreldrepakka* går på bekostning av annet viktig fagarbeid i avdelingen. Forventet ressursbruk fremstilles i kapittel 7.0, tabell 9.

#### *Ad D) Informasjon til personalet*

Arbeidsgruppen har erfart fra tidligere implementeringsarbeid at det er viktig at personalet får rett informasjon til rett tid. Dersom personalet får stykkevis og delt informasjon på et tidlig tidspunkt i utformingen av implementeringsplanen fra enkeltpersoner i arbeidsgruppen, kan dette svekke engasjementet og oppslutningen på sikt. Dette fordi personalet kan få ulik muntlig informasjon og engasjementet kan bli trettet ut før implementeringen starter.

Arbeidsgruppen har på bakgrunn av denne erfaringen bestemt at personalet får lik informasjon innenfor samme tidsperiode gjennom fagdage høsten 2022, og fremover i henhold til kommunikasjonsplanen (kapittel 7, tabell 13) og opplæringsplan (kapittel 7, tabell 12).

#### *Ad E) Involvering av personalet*

Involvering av personalet er en viktig faktor for vellykket implementering. Dette ivaretas gjennom tidlig involvering i utformingen av implementeringsplanen, gjennom deltakelse i arbeidsgruppen, underveis i implementeringen og ved tilstrekkelig opplæring (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s.146-147). Involveringen av personalet er synliggjort i kommunikasjonsplanen (kapittel 7.0, tabell 13).

Involvering skjer gjennom innhenting av personalets opplevelser under fagdager og ved diskusjon under opplæring. Ved at de ansatte i arbeidsgruppen er tilgjengelig for å motta tilbakemeldinger, muliggjøres en åpen og imøtekommende dialog. På den måten kan personalets holdninger, innstillinger og overbevisninger involveres i implementeringsarbeidet. Tilbakemeldingene tas med til fastsatte møter i arbeidsgruppen både underveis i implementeringen og i oppfølgingsfasen. Arbeidsgruppen er enige om å møte det som kan

oppfattes som ‘negative tilbakemeldinger’ som konstruktive og viktige tilbakemeldinger fra kunnskapsrike kollegaer. Dette kan gi oss i arbeidsgruppen viktig informasjon om hva som bør endres på for å bedre personalets opplevelser (Westerlund et al, 2016; Tortolano et al., 2021; Sandvik et al., 2011; Maher et al., 2016).

#### *Ad F) Opplæringsstrategier og opplæring av personalet*

Personalet introduseres for *Foreldrepakka* på fagdager som er lagt inn i personalets turnus. Slik får man oversikt over ansatte som har mottatt undervisningen, og kan sikre at lik undervisning gis til alle.

På fagdagene vil personalet bli presentert for kunnskapsgrunlaget til *Foreldrepakka* og hvorfor det er viktig å ta i bruk programmet. Representant fra Stine Sofies Stiftelse presenterer informasjonsprogrammet i sin helhet og hvorfor den er utviklet som et satsningsområde for stiftelsen (Stine Sofies Stiftelse, 2018 a). Presentasjonen blir utformet i samarbeid mellom arbeidsgruppen og representanten. Det er ønskelig fra arbeidsgruppen at *Foreldrepakka* legges frem på en engasjerende måte, tilpasset avdelingen. Det tas i bruk visuelle hjelpemidler i form av filmer fra *Foreldrepakka* både på fagdagene og under opplæringen av personalet. Personalet får utdelt veiledningshefte på opplæringsdagen (Stubberud, 2019, s. 144-147; Stine Sofies Stiftelse, 2018 c). Siste del av undervisningen på fagdagen settes av til spørsmål, dialog og utfylling av skjemaer for tilbakemelding. Avdelingens psykolog, legegruppen og fagsykepleiere fra føde/barsel avdeling inviteres til deltagelse på fagdagene (Stubberud, 2019, s. 144-147).

Etter fagdag får de ansatte opplæring i bruk av *Foreldrepakka* gruppevis, ved hjelp av simuleringsøvelser. Dette er øvelser der man kan prøve ut opplæringsopplegget før de ansatte skal bruke verktøyet i veiledningen av foreldrene (Stine Sofies Stiftelse, 2020 b; Stubberud, 2019., s. 93 og 146-147).

Ved simuleringsøvelser vil gruppene øve på bruk av *Foreldrepakka* gjennom presenterte caser (vedlegg 6). Opplæring på denne måten gir de ansatte mulighet til å øve på veiledning, og kan bidra til at de blir tryggere og opplever økt nytte av programmet (Tortolano et al., 2021). Etter øvelsene kan de ansatte komme med tilbakemeldinger som kan bidra til diskusjon og etisk refleksjon (Eide & Aadland, 2020, s. 70-71). Tilbakemeldingene drøftes der og da, og

senere i arbeidsgruppen. På denne måten vil en kunne vurdere om ansatte opplever verktøyet som nyttig og hva som er utfordringene. Hensikten er at personalet skal føle en konstruktiv dialog, og kan gi nyttig informasjon om mulige barrierer og utfordringer. Det er også et viktig verktøy for at de ansatte skal gjøre informasjonsprogrammet til sitt eget (Maher et al, 2016; Stine Sofies Stiftelse, 2020).

#### *Ad G) Innhold i undervisningen til personalet*

Det er enighet i arbeidsgruppen om at temaene det undervises om skal underbygge hvorfor det er viktig med et informasjonsprogram som *Foreldrepakka*. Ved å gi de ansatte kunnskap om hvorfor forbedringsarbeidet er viktig, sikrer man støtte og aksept og bidrar til økt engasjement (Stubberud, 2019, s. 145; Sandvik et al, 2011; Maher et al, 2016).

For å kunne ta i bruk *Foreldrepakka*, er det nødvendig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring i verktøyet, og kan øve på bruken (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s.146-147; Stine Sofies Stiftelse, 2020 b). Det er også viktig at de ansatte gjennom undervisningen får synliggjort hvem som er i arbeidsgruppen og roller disse har (Maher et al., 2016; Westerlund et al., 2016).

Arbeidsgruppen har på bakgrunn av disse vurderingene blitt enige om at undervisningen bør inneholde følgende tema:

- Vold mot barn
- Identifisering av nyfødte som risikogruppe
- Gråt og forekomst av vold mot spedbarn
- Forebygging ved hjelp av foreldreveiledning
- Den positive effekten foreldreveiledning kan gi på foreldrekompentansen
- Undervisning om *Foreldrepakka*
- Undervisning om *Gråt og Trøst* som er den delen av *Foreldrepakka* som hovedsakelig skal brukes på nyfødteintensiv Drammen Sykehus
- Informasjon om samarbeid med leger og psykolog
- Avklaring og definering av roller og ansvar
- Informasjon om nøkkelpersoner i implementeringen
- Informasjon om, og opplæring i hvordan verktøyet skal brukes hos oss
- Praktisk øving på bruk av *Foreldrepakka* og emnet *Gråt og Trøst*

Plan over opplæringen presenteres i kapittel 7.0, tabell 10 & 11.

### *Ad H) Skåring av ansatte og ledere*

Masterkandidatene har skåret nøkkelfaktorene fra *ansatte og ledere* i tråd med Maher sin modell (Maher et al., 2010). Skåringen ble gjennomført etter første arbeidsgruppemøte og i siste arbeidsgruppemøte i utformingen av implementeringsplanen (Vedlegg 7). Total skår ved første skåring var 23,1. Etter videre arbeid med implementeringsplanen økte skåren ved siste arbeidsgruppemøte til 35,3. Dette tyder på en forbedring i arbeidet og styrking i faktorene fra første skår til andre skår. Økningen indikerer en bedret sannsynlighet for vellykket implementering.

## 6.3 Organisasjon

I *organisasjon* er følgende nøkkelfaktorer gjennomgått og drøftet:

- A) Sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur
- B) Sende implementeringsplan til høring
- C) Sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet
- D) Skåring av samhandling med organisasjonen

### *Ad A) Sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting, verdigrunnlag og kultur*

Masterkandidatene har etterspurt ledelsen om avdelingens verdigrunnlag (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s. 147-148). Tilbakemelding fra ledelsen er at det ikke finnes skriftlig verdigrunnlag for voldsforebyggende arbeid i avdelingen. Ledelsen ytrer at det burde være et slikt verdigrunnlag, og at de ønsker å endre dette på sikt. Ledelsen har godkjent forbedringsarbeidet på avdelings- og seksjonsnivå, selv om voldsforebyggende arbeid ikke er forankret i et vedtatt verdigrunnlag.

Da forbedringsarbeidet har større sannsynlighet for å lykkes dersom det samsvarer med avdelingens strategiske målsetting, legges informasjonsprogrammet inn som mål i avdelingen. Slik kan det på tross av manglende forankring i verdigrunnlag likevel sikres at det blir gjennomført (Stubberud, 2019, s. 147-148).

Arbeidsgruppen har drøftet avdelingens kultur for endringsprosesser og åpenhet for nye ideer. Det er enighet om at avdelingen har tradisjon for å være lærevillig, ønske ny kompetanse velkommen og har god erfaring med å implementere ny kunnskap. Avdelingen har kultur for å involvere foreldre i omsorgen til barna sine. Dette innebærer å gi foreldrene informasjon og veiledning på ulike temaer (Maher et al., 2016; Stubberud, 2019, s. 147-148).

#### *Ad B) Sende implementeringsplan til høring*

*Foreldrepakka* er et informasjonsprogram til foreldre. Den vil ikke bli en egen fagprosedyre, men det er ønskelig at den forankres i en overordnet fagprosedyre. Dette medfører ikke en vesentlig endring i behandlingstilbudet familiene får, men kommer som et tillegg.

Bruken av programmet får derfor en lokal innvirkning på det arbeidet som utføres i avdelingen. Implementeringen medfører ingen vesentlig endring av klinisk praksis slik den utføres i dag. *Foreldrepakka* innlemmes i allerede eksisterende arbeidsrutiner, men endrer ikke på de eksisterende rutinene i avdelingen.

Arbeidsgruppen har kommet frem til at det er tilstrekkelig å sende implementeringsplanen av *Foreldrepakka* på høring innad i avdelingen til de fagsykepleierne som ikke allerede er deltakere i arbeidsgruppen og til fagjordmødrene på føde-barsel for innspill og erfaringer (Stubberud, 2019, s. 149-151).

#### *Ad C) Sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet*

Det er viktig at infrastrukturen i avdelingen støtter opp om implementeringen av *Foreldrepakka* (Stubberud, 2019, s. 150). Når personalet har fått opplæring og *Foreldrepakka* tas i bruk i avdelingen, er det nødvendig at man alltid har nok informasjonsmaterieil tilgjengelig på arbeidsstasjonene i avdelingen. Dette gjelder både veiledningsheftet til de ansatte og informasjonsmaterialet som skal gis til foreldre. Det vil også være viktig at *Ipader* med nedlastet program er tilgjengelig for bruk når personalet trenger det. Dersom det opprettes et e-læringsprogram, må dette være tilgjengelig i avdelingens e-læringsportal.

#### *Ad D) Skåring av organisasjon*



Masterkandidatene har skåret nøkkelfaktorene fra *organisasjon* i tråd med Maher sin modell (Maher et al., 2010). Skåringen ble gjennomført etter første arbeidsgruppemøte og siste arbeidsgruppemøte i utformingen av implementeringsplanen (Vedlegg 7). Total skår ved første skåring var 6,6. Etter videre arbeid med *organisasjon* økte skåren ved siste arbeidsgruppemøte til 11,4. Dette tyder på en forbedring på områder som er viktige nøkkelfaktorer i *organisasjon*.

## 7 Presentasjon av implementeringsplanen

Forventet ressursbruk ved implementeringen:

Forventet ressursbruk		
Hvem/hva	Hyppighet	Varighet
Representantene i arbeidsgruppen fristilles for utforming av implementeringsplanen	Månedlig	Til og med september 2022 (ikke i sommerferien)
Masterstudentene i arbeidsgruppen fristilles til fagdage	Fagdage høsten 2022	3 dager
Representantene i arbeidsgruppen fristilles til opplæring av personalet	Høsten 2022	15 dager
Fristilling av personalet til opplæring	Høsten 2022	3 timer per ansatt
Kaffe, te, frukt, kake, snacks og øvrig drikke til fagdage og opplæringsdage	Høsten 2022	3 fagdager med full bevertning Opplæringsdager med kaffe/te og snacks
Kursbevis og gave	Høsten 2022	Etter gjennomført opplæring
Lokaler til fagdager	Høsten 2022	3 dager med tilstrekkelig plass
Lokaler til opplæring av personalet	Høsten 2022	Utenfor avdelingen. Tilstrekkelig stort møterom. Eventuelt ledig pasientrom. 15 dager.
Representantene i arbeidsgruppen fristilles til oppfølging av <i>Foreldrepakka</i>	Én gang hvert halvår	Kontinuerlig
Representantene i arbeidsgruppen gis rom til å ta opp nødvendige problemstillinger fortløpende	Ved behov	Kontinuerlig

Tabell 9.

Undervisning som skal gis på fagdage:

Tema	Tidspunkt	Hvordan	Foreleser	Utstyr
Vold mot spedbarn og forebygging	Fagdag 08.00-09.00	Klasseromsundervisning	Tone Emilie Spinnangr (Stine Sofies Stiftelse)	Auditorium med mikrofon og tilgang til powerpoint presentasjon  Kake, kaffe, te, twist og frukt  Penn og papir til notater for de ansatte

Stine Sofie Foreldrepakke	Fagdag 09.15-11.30	Klasseromsundervisning	Tone Emilie Spinnangr (Stine Sofies Stiftelse)	Auditorie, med mikrofon og tilgang til å vise powerpoint presentasjon  Dukke fra Stine Sofies Stiftelse til demonstrasjon  Kake, kaffe, te, twist og frukt  Penn og papir til notater for de ansatte
Dialog, spørsmål og refleksjon	12.00-13.00	Klasseromsundervisning	Arbeidsgruppe for implementering	Penn og papir til notater for de ansatte  Mikrofon og tilgang til notater på whiteboard tavle

Tabell 10.

Undervisning som gis i grupper på 5 ansatte per gruppe:

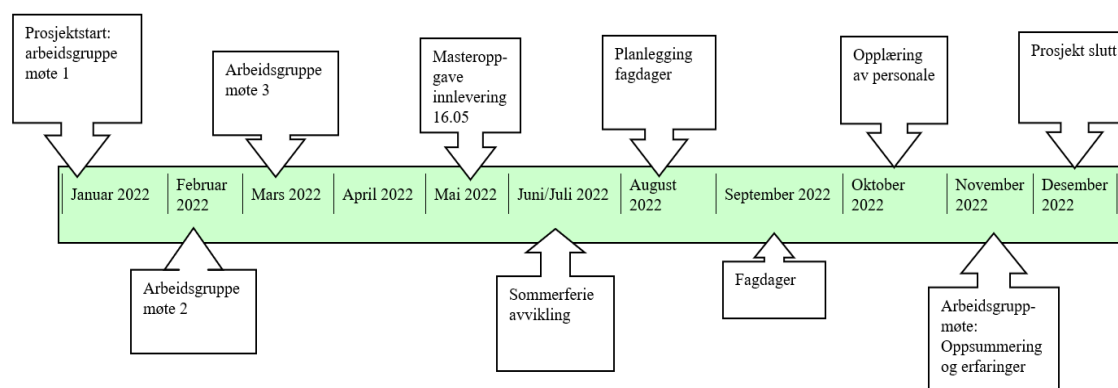
Tema	Tidspunkt	Hvordan	Utstyr	Veileder
Foreldreveiledning på nyfødtintensivavdeling  <i>Gråt og trøst</i>  Informasjonsfilmer  veiledningsfilmer	08-09.30	Ta opp igjen tema fra fagdag  Reflektere over vanskelige situasjoner	Ipad med nettsiden "10 smarte tips"  <i>Veiledningshefte for helsepersonell og 10 smarte tips</i> til utdeling	To sykepleiere fra arbeidsgruppen
<b>Simuleringsøvelser</b>  Sykepleierne fra arbeidsgrupper har roller som foreldre med barn på nyfødtintensiv som skal få informasjon og veiledning av de ansatte om gråt og trøst.	9.45-10.30		To ferdig utformede caser med ulik problemstilling  Instruksjonsdukke	To sykepleiere fra arbeidsgruppen
Evaluerer simulerings- øvelser	10.45-11.30		Kaffe og te  Kursbevis etter endtl opplæring i	To sykepleiere fra arbeidsgruppen

			Foreldrepakka med liten premie	
--	--	--	--------------------------------	--

Tabell 11.

Presentasjon av tidslinje for implementeringen:

## Tidslinje for implementering



Figur 11.

Interessentanalyse:

	Hvem skal involveres?	Hvordan skal de involveres?	Når i prosessen skal de involveres?
<b>Hvem får på det nåværende tidspunkt fordel av eller blir berørt av forandringene?</b>	Ledelse/ansatte Fagutviklingssykepleiere Barsele Legene Psykolog	Veiledning Opplæring Oppdatering Tverrfaglig samarbeid	Utarbeidelse av plan for implementering (arbeidsgruppa) Fagdager og opplæring

<b>Hvilke andre grupper eller enkeltpersoner kan dra fordel av forandringene?</b>	Fagjordmødrene på føde-barsel avdelingen	Fagdager høsten 2022  Jordmor i arbeidsgruppa informerer føde/barsel om implementeringen	Fagdager  Under arbeidsgruppemøter
<b>Finnes det nøkkelpersoner som kan ta på seg en rolle? Hva slags rolle?</b>	Jordmor  Masterstudenter  Lege  Avdelingsleder  Fagutviklingssykepleier  Psykologen (bistå personalgruppen i møte med vanskelige situasjoner)  Ansattrepresentantene i arbeidsgruppa	Deltagelse i arbeidsgruppa  Opplæring/veiledning   Kontaktes når personalgruppen møter utfordrende etiske situasjoner (psykolog/lege)	I utforming av implementeringsplan og i implementeringsprosessen  Fortløpende i oppfølgingsfasen  Evaluering
<b>Hvilke sentrale beslutningstakere og opinionsdannere kan innta en mer aktiv rolle?</b>	Ledelse  Lege  Fagutviklingssykepleiere (alle)	Involvere de aktivt  Etterspørre engasjement og tilbakemeldinger  Avklare støtte	Kontinuerlig og ved behov  I henhold til kommunikasjonsplan
<b>Finnes det personer eller grupper, som ikke ønsker en aktiv rolle på nåværende tidspunkt, men som gjerne vil holdes informert?</b>	Stine Sofies Stiftelse sin representant  Klinikkledelsen  Føde-barsel avdelingen  Barnesykepleieforbundet	Gi informasjon og oppdatering i prosessen  Dele erfaring med føde/barsel  Skrive artikkel etter endt masteroppgave 2023	Kontinuerlig der dette er aktuelt  I etterkant av implementeringsarbeidet
<b>Hvilke nye grupper eller enkeltpersoner kunne vi gi</b>	Andre nyfødttintensivavdeling	Publisering av artikkel	Kontinuerlig

<b>økt kunnskap til om implementeringsarbeidet?</b>	er og føde-barsel avdelinger i fylket/landet Helsestasjon i fylket Stine Sofies Stiftelse Regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge i Helse SørØst	Involvering av fagforbundet  Være tilgjengelig ressurs for andre som ønsker å implementere dette	I etterkant av implementeringsarbeidet
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Tabell 12 «Et eksempel på en interessentanalyse» er hentet fra Maher et al. (2016).

Presentasjon av kommunikasjonsplan:

## Kommunikasjonsplan

Plan for hvordan budskapet om endring skal kommuniseres til hvem, hvorfor og hvordan

Virksomhet: Nyfødtintensivavdeling vestre viken, klinikk Drammen sykehus HF

Sist oppdatert: 22.04.2022

<i>Målgruppe</i>	<i>Hva</i>	<i>Hvordan</i>	<i>Hvorfor</i>	<i>Når</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Ansvar</i>
Hvilken interessentgruppe er målet for budskapet?	Hva er hovedbudskapet til denne målgruppen?	På hvilken måte skal budskapet leveres?	Hva ønsker vi å oppnå ved å rette oppmerksomhet mot denne målgruppen?	Når skal kommunikasjonen foregå, hva er deadline?	Hva må konkret gjøres for at budskapet skal kommuniseres godt?	Hvem har ansvar for at dette gjøres?
<i>Interne</i>						
Avdelingssjef barne- og ungdomsklinikken	Involvering Forankring	Mail	Forankring av implementering i klinikkledelsen Ressurstildeling	Ved oppstart av forbedringsarbeid oppdatere	Informasjon er informativ, kortfattet og faglig.	Masterstudentene
Avdelingssykepleier	Involvering Forankring Opinionsleder	Mail Møtevirksomhet Fagdag	Støtte fra ledelsen Engasjement Ressurstildeling	Ved oppstart Fortløpende	Informativ, kortfattet og faglig informasjon	Masterstudentene
Fagutviklingssykepleiere	Informere Involvere Opinionsledere	Mail Fagdag Intern opplæring	Støtte fra opinionsledere Faglige innspill Faglig diskusjon	Fortløpende	Kortfattet og faglig informasjon	Arbeidsgruppen og masterstudentene

Sykepleiere/spesialsykepleiere i avdelingen	Involvering Økt kunnskap Dialog	Fagdag Intern opplæring	Involvere, øke engasjement, motivere, avdekke/overkomme barrierer og motstand	Fagdager Opplæringsdager Kontinuerlig tilgjengelig for muntlig dialog	Informativ og faglig informasjon Imøtekommende dialog	Avdelingssykepleier Arbeidsgruppen
Legene tilknyttet nyfødintensiv avdeling	Involvering, Informasjon Opinionsledere	Fagdag Arbeidsgruppa Muntlig dialog	Involvering Opinionsledere	Arbeidsgruppe Fagdager Ved behov	Informativ, kortfattet og faglig informasjon	Arbeidsgruppen Fagutviklingssykepleier
Psykolog ved nyfødintensiv avdeling	Involvering, oppdatering, øke kunnskap	Mail Deltakelse i arbeidsgruppa	Bistand til å håndtere vanskelige situasjoner Veiledning av ansatte	Arbeidsgruppe Fortløpende	Informativ, kortfattet og faglig dialog	Masterstudentene
<b>Eksterne</b>						
Fagjordmødre på føde-barsel avdelingen ved Drammen Sykehus	Informasjon Involvering	Møtevirksomhet Mail fagdager	Samarbeid mellom avdelingene på sykehuset som yter helsetjenester til nyfødte og deres omsorgspersoner	Under utforming av implementeringsplanen Fagdager høsten 2022	Informativ og faglig informasjon	Jordmor i arbeidsgruppa Masterstudentene
Stine Sofies Stiftelse	Samarbeid Informasjonsdeling	Mail	Kunnskapsdeling Opplæringen av personalet	Fortløpende og ved behov	Oppdatering og tilbakemeldinger	Masterstudentene
Barnesykepleierforbundet	Publisere erfaring med arbeidet	Posterbidrag	Dele erfaringer fra kvalitetsarbeidet	Barnesykepleierforbundet årlige seminar	Utforming av poster	Masterstudentene
Regional Kompetansetjeneste for vold og seksuelle overgrep mot barn og unge i Helse Sør-Øst	Dele kunnskap	Mail	Dele erfaring fra kvalitetsarbeidet	Etter gjennomført implementering våren 2023	Dele erfaringer fra arbeidet	Masterstudentene

Tabell 13 “Kommunikasjonsplan” er hentet fra Helsedirektoratet (2017).

## 8 Evaluering

Forebygging av vold mot barn er et omfattende emne, som strekker seg over mange ulike fagområder. Hvem som blir voldsutøver og hvorfor, er fortsatt ikke fullstendig kartlagt (NKVTS, 2018; Gavril, 2020). Forskning har identifisert at nyfødte som begynner livet på nyfødtintensivavdeling har økt risiko for å bli utsatt for vold etter hjemreise (Mason et al., 2018; Allen, 2014; Botha et al., 2019; Scholefield, 2021; Gavril, 2020). Gråt er identifisert som en spesifikk risikofaktor for vold mot spedbarn (Barr et al., 2018; Barr et al., 2006; Barr, 2021; Scholefield, 2020; WHO, 2020). Som et tiltak mot dette har forskning antydnet at veiledning til foreldre om hvordan håndtere barnets gråt og gi trøst, kan bidra positivt i det voldsforebyggende arbeidet (NKVTS, 2022; Barr et al., 2018; Scholefield, 2021; WHO, 2020). Forskning belyser viktigheten av at begge foreldre inkluderes jevnbyrdig i dette arbeidet (Filippa et al., 2021; Skjøthaug, 2019). Disse funnene utelukker ikke at det også er andre temaer enn gråt og trøst som er viktige områder å veilede foreldre på i det voldsforebyggende arbeidet på nyfødtintensivavdeling.

Valg av informasjonsprogram til foreldre ble gjort på bakgrunn av teori og funn fra systematiske kunnskapssøk. Disse funnene er hovedsakelig fra land utenfor Norge/Norden, og flere av funnene omhandler et bestemt informasjonsprogram for foreldre som heter *Period of Purple Crying*. Programmet er utviklet med formål å lære foreldre om hva som er normalt mønster for spedbarnsgråt, teknikker foreldrene kan bruke for å trøste barnet når det gråter, og faren ved å riste et spedbarn (Barr et al., 2021). Dette programmet har flere likheter med *Foreldrepakka*. Selv om funnene har antydnet at informasjonsprogram for foreldre på temaene trøst og gråt kan ha voldsforebyggende effekt, er det vanskelig å si om man vil se liknende resultater i Norge. For å vite mer om den voldsforebyggende effekten i Norge, er det nødvendig med flere studier på dette.

Implementeringsplanen bygger på kunnskap om hvilke nøkkelfaktorer som er viktig å ivareta når et kvalitetsarbeid implementeres. Kunnskapen er innhentet fra aktuell forskning og teori (Konsmo et al., 2015; Maher et al., 2010; Stubberud, 2019, s. 43-49 & 137-138; Sandvik et al., 2011; Westerlund et al., 2016; Fretheim et al., 2015; Pedersen et al., 2017, s. 217-238; Røkholt et al., 2017). Implementeringsplanen er utformet på en slik måte at den er kostnads-



og ressurseffektiv med bakgrunn i tidligere erfaringer fra forbedringsarbeid. (BSF,2017; BSF, 2020). Planen er basert på nåværende kjente faktorer. At den er systematisk utformet i modeller for implementering, sikrer at den kan justeres ved behov (Maher et al.,2010; Konsmo et al., 2015; Stubberud, 2019, s. 45).

Undervisningen som planlegges å gis til de ansatte, er prøvd ut innad i arbeidsgruppen. Masterkandidatene har vurdert at utprøvingen som ble gjennomgått er tilstrekkelig for å vurdere at undervisningsplanen inneholder nødvendig informasjon for opplæringen. Likevel vet arbeidsgruppen ikke per dags dato hvilke konkrete utfordringer man vil møte ved opplæring av personalet. Fagdage vil kunne gi arbeidsgruppen en tilbakemelding på noen av disse utfordringene, slik at plan for opplæring kan justeres ved behov.

Implementeringsplanen ble forankret i avdelingens forrige ledelse. Forbedringsarbeidet ble deretter lagt inn som målsetting i avdelingen, og det er satt av tid til fagdager. Arbeidsgruppen har fått nødvendige ressurser og fristilling for å utarbeide plan for implementering. Etter denne forankringen har både avdelingsleder og stedfortredende sluttet i sine stillinger. En forankring i ledelsen er en av nøkkelfaktorene for vellykket implementering. Planen bør forankres på nytt hos ny avdelingssykepleier (Stubberud, 2019, s. 139; Westerlund et al., 2016; Maher et al., 2016).

Endringen i ledelsen medførte at leder for arbeidsgruppen måtte tre inn i rollen som stedfortredende avdelingsleder. Deltakelsen til fagsykepleieren ble som følge av dette svært redusert. Masterkandidatene ledet derfor arbeidsgruppemøtene. Fagsykepleier har blitt holdt oppdatert gjennom referatene fra disse møtene. Slik ble det mulig for fagsykepleier å komme med nødvendige tilbakemeldinger og innspill. Likevel ser kandidatene at fagsykepleierens fravær på arbeidsgruppemøtene har medført at den ønskede forankringen av *Foreldrepakka* i fagprosedyre ikke er gjennomført. Det har også vært vanskelig å involvere legegruppen som ønsket. Leder for arbeidsgruppen er det naturlige bindeleddet i kommunikasjonen mellom avdelingen og legegruppen. Siden leder for arbeidsgruppen har hatt andre arbeidsoppgaver, har det vært vanskelig å inkludere legegruppen i arbeidsgruppen. Dette vil kandidatene fortsette å jobbe med, slik at forbedringsarbeidet er forankret hos legene ved implementeringsstart, og nødvendige innspill blir innhentet.

Implementeringsplanen ble påbegynt i en periode da avdelingen gjennomgikk store strukturelle endringer i ledelsen. Samtidig var pandemien fortsatt pågående. Dette medførte høyt sykefravær blant ledelsen og de ansatte. Initialt skulle implementeringen iverksettes før sommeren 2022, på avsatte fagdager i mai. Erfaringer fra tidligere er at forbedringsarbeider som har oppstart rett før sommerferieavvikling er vanskelig å opprettholde i ferien. Derfor har arbeidsgruppen vurdert at de store endringene i avdelingen og det høye sykefraværet har ført til en slitasje på de ansatte. På bakgrunn av dette anses det derfor mest hensiktsmessig å avvente implementeringen til høsten 2022 (Westerlund et al., 2016; Røkholt et al., 2017).

Implementeringsplanen ble skåret med skåringsverktøyet i *Modell for vedvarende forbedring* (Maher et al., 2010). Skåringene er presentert avslutningsvis i kapittel 6.1, 6.2 og 6.3 (vedlegg 7). Totalskår i begynnelsen av arbeidet med utformingen av implementeringsplanen var 47,4 av 100 mulige poeng. Det var nødvendig at arbeidsgruppa jobbet videre med de nøkkelfaktorene som fikk lav skår. Dette førte til en økning i skår etter siste arbeidsgruppemøte til 71,2. Dette indikerer at det fortsatt er områder som bør forbedres. Ett av disse områdene er at voldsforebygging ikke er med i verdigrunnet til avdelingen og seksjonen. Masterkandidatene har gjort ledelsen oppmerksom på dette, og vil være pådrivere for at dette endres.

Kandidatene benyttet også to sjekklister utarbeidet av pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 (Folkehelseinstituttet a, 2016). Ved gjennomgang av sjekklister for implementering (vedlegg 5) har det ikke vært mulig å krysse ja på oppnådd/gjennomført på alle punkter. Dette gjelder forankring av tiltakene hos de ansatte. Vi har forankret tiltak i arbeidsgruppen og har deres tiltro til at endringene som skal gjennomføres vil være til det beste for pasientene. Forankring til resten av ansattgruppen gjøres på fagdager og opplæring i etterkant høsten 2022. Resultater fra implementeringen vil heller ikke kunne ses ennå, da disse må undersøkes underveis i implementeringsprosessen.

Implementeringsplanen er tilpasset nyfødtintensivavdeling på Drammen sykehus. Dette er en nyfødtintensivavdeling med enerom og familiebasert omsorg. Dette kan medføre at planen må tilpasses andre nyfødtintensivavdelinger som er utformet annerledes.

## 9 Etiske overveielser

I dette kapittelet gjennomgås etiske overveielser relatert til utformingen av implementeringsplanen.

### Etiske perspektiver i kvalitetsarbeidet

Som barnesykepleier har man et ansvar for å utføre arbeidet sitt etisk forsvarlig og medvirke til etisk refleksjon. Dette er forankret i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019; BSF, 2017, s. 10). Når et forbedringsarbeid skal gjennomføres er det viktig å ha et våkent blikk for etiske utfordringer. Dette ansvaret ligger i første rekke hos ledelsen som bør lede med sikte på å øke den etiske kvaliteten i arbeidet (Eide og Aadland, 2020, s.183).

Beauchamp og Childress utviklet fire etiske prinsipper. I noen tilfeller kan man havne i etiske dilemmaer der prinsippene kommer i konflikt med hverandre:

- Velgjørhetsprinsippet
- Ikke skade prinsippet
- Autonomi prinsippet
- Rettferdighetsprinsippet

(Nortvedt, 2016, s. 96-99).

For å ivareta disse fire etiske prinsippene er kvalitetsarbeid en forutsetning (Stubberud, 2018, s. 16). Implementeringen av *Foreldrepakka* kan anses å være et slikt etisk forbedringsarbeid. Informasjonsprogrammet er utviklet med et overordnet formål om å bidra til å forebygge forekomsten av vold mot spedbarn i Norge. Det overordnede formålet med utformingen av *Foreldrepakka* er forankret både i de etiske prinsippene om ikke-skade og velgjørhet, i tillegg til gjeldende nasjonale anbefalinger (Justis og beredskapsdepartementet, 2021). Den konkrete målsettingen med implementeringen av *Foreldrepakka* i avdelingen er at alle

foreldre skal motta lik informasjon i veiledning av hvordan håndtere situasjoner med *gråt og trøst*. Dette er i tråd med rettferdighetsprinsippet.

Det kan tenkes at noen foreldre vil oppleve det krenkende, stigmatiserende eller belastende å skulle motta veiledning i hvordan trøste barnet sitt når det gråter. Velgjørenhetsprinsippet kommer da i konflikt med autonomiprinsippet (Nortvedt, 2016, s.98). Ved å informere foreldrene om at informasjonen og veiledningen gis til alle foreldre, kan det oppleves som en mindre belastning og redusere opplevelsen av krenkelse og stigmatisering (Stine Sofies Stiftelse, 2018 b). Informasjonsprogrammet skal hjelpe foreldre å håndtere gråt og bidra til økt foreldrekompentanse. Velgjørenhetsprinsippet vil i denne sammenhengen være at informasjon til foreldre kan bidra til å redusere risikoen for at foreldrene skader barnet sitt når det gråter (Gavril, 2020; Barr et al.,2018; Simmonet et al.,2014). Samtidig vil det i utvidet forstand også være å gjøre godt for foreldrene, ved å forebygge at de blir skyldig i en kriminell handling mot barnet fordi de ikke har fått nok kunnskap til å håndtere barnegråt (Barr et al., 2018; Allen., 2014; Simmonet et al, 2014; Altman., 2011).

I møte med familier med ulik kultur og språk er det viktig å forsikre seg om at riktig informasjon blir gitt, og at denne blir forstått slik det er ønsket. Det må vurderes nødvendigheten for bruk av tolk (Helsedirektoratet, 2019). Det jobbes med å utforme *Foreldrepakka* på flere språk, men foreløpig er informasjonsheftet og veiledningen kun utformet på engelsk og norsk. Dette kan anses som en foreløpig svakhet ved *Foreldrepakka*. Retten til å motta informasjon er forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven (§§3.2 og 3.4, 2001) og Helsepersonelloven (§10, 2001).

Hvis ansatte motsetter seg implementeringen kan dette komme i konflikt med ikke skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet, da familier får ulikt kompetansegrunnlag for å yte omsorg for barnet sitt. Dette kan føre til uheldige konsekvenser for barnet (Nortvedt, 2016, s.97-98). Derfor er det viktig å identifisere slike mulige etiske utfordringer ved implementeringen. Det bør legges til rette for refleksjonsgrupper og andre former for etisk refleksjon, som er en god måte å identifisere utfordringer på (Eide & Aadland, 2020, s.70-71). Dette har arbeidsgruppen gitt rom for i utformingen av opplæringsplanen ved at opplæringen av personalet gjøres i grupper med avsatt tid for diskusjon og refleksjon (kapittel 6.2 *ad F*).

Etisk kvalitet på helsetjenesten som gis vil også kunne bidra til økt trivsel og motivasjon blant de ansatte, noe som igjen kan føre til at ansatte trives bedre i jobben sin, og bidrar til lavere sykefravær (Eide & Adland, 2020, s.37).

## 9.1 Habilitetsspørsmålet

Habilitet handler om tillit til at forbedringsarbeidet utformes upartisk. Dersom det er en tilknytning mellom to av partene, vil dette kunne medføre usikkerhet om habiliteten. Masterkandidatene har ikke egeninteresse i saken og heller ingen tilknytning til Stine Sofies Stiftelse. Derfor foreligger det ingen habilitetskonflikt- eller interessekonflikt (Helsedirektoratet 2012, s. 19).

## 10 Konklusjon

Hensikten med eksamensarbeidet har vært å lage en kunnskapsbasert og systematisk plan for implementering av et informasjonsprogram til foreldre ved nyfødtintensivavdeling, Vestre Viken HF, Klinikk Drammen Sykehus. Bakgrunnen for valg av tema var et ønske om at alle ansatte ved avdelingen skal bruke et felles verktøy når de veileder barnas nærmeste omsorgspersoner i temaene gråt og trøst. Dette for å redusere graden av uønsket variasjon i informasjon og veiledning av foreldrene.

Gråt er identifisert som en risikofaktor og trigger for vold mot barn av Verdens Helseorganisasjon. Studier kandidatene har funnet, antyder at fysisk vold mot spedbarn kan forebygges ved å gi foreldre informasjon og veiledning på gråt og trøst. *Foreldrepakka* er et informasjonsprogram til foreldre som setter fokus på nettopp dette. Programmet har likheter med programmer implementert i andre land, som forskning antyder har ført til en reduksjon i forekomst av påførte hodeskader. Det er ikke forsket mye på temaet i Norge. For å få kunnskap om den voldsforebyggende effekten av et foreldreinformasjonsprogram, må dette forskes mer på. Likevel anbefaler norske myndigheter foreldreveiledning som et ledd i det voldsforebyggende arbeidet. Derfor anser kandidatene at implementering av *Foreldrepakka* vil være et nyttig tiltak ved nyfødtintensivavdeling på Drammen Sykehus.

Ved hjelp av en kunnskapsbasert og systematisk utformet plan for implementering, anser kandidatene at det er gjennomførbart å implementere *Foreldrepakka* ved nyfødtintensivavdelingen. Ved å ivareta viktige identifiserte nøkkelfaktorer styrker man muligheten for en vellykket implementering som gir varig endring. Planen må godkjennes av ledelsen før den kan tas i bruk.

Kandidatene har tilegnet seg ny kunnskap og kompetanse på hvordan implementering av kvalitetsarbeid kan gjøres for å øke sannsynligheten for at denne blir vellykket. Dette er erfaringer som kan tas med i senere implementeringsprosesser.

## 11 Litteraturliste

- Allen, K. (2014). The Neonatal Nurse's Role in Preventing Abusive Head Trauma. *Advances in Neonatal Care*, 14(5), 336-342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ANC.000000000000117>
- Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K. & Brand, D. A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, 128(5), e1164-1172. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3260>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). *Trygge foreldre - trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)*. <https://www.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004590>
- Barnesykepleierforbundet. (2017). *Barnesykepleier – funksjons- og ansvarsområder*. Barnesykepleierforbundet Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20182204005356/Barnesykepleier%20-%20funksjons-%20og%20ansvarsomr%C3%A5der%202017.pdf>
- Barnesykepleierforbundet NSF. (2020). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver* [Digiblad]. Norsk Sykepleier Forbund. [https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet\\_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/files/assets/common/downloads/Barnesykepleierens%20kompetanse,%20ansvar%20og%20oppgaver.pdf?uni=2df50a1fb496357a18b808a9f98dc428](https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/files/assets/common/downloads/Barnesykepleierens%20kompetanse,%20ansvar%20og%20oppgaver.pdf?uni=2df50a1fb496357a18b808a9f98dc428)
- Barr, R. G. (2014). Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol*, 44 Suppl 4, S559-564. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3100-3>
- Barr, R. G. (2021). *Why Does My Baby Cry So Much*. The Period of Purple Crying. Hentet 27.10.2021 fra <http://purplecrying.info/sub-pages/crying/why-does-my-baby-cry-so-much.php>
- Barr, R. G., Barr, M., Rajabal, F., Humphreys, C., Ian, P., Brant, R., Hlady, J., Colbourne, M., Fujiwas, T. & Singha, A. (2018). Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child Abuse and Neglect*, 84, 106-114. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.004>
- Barr, R. G., Chen, S., Hopkins, B. & Westra, T. (1996). Crying patterns in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(4), 345-355. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb12100.x>
- Barr, R. G., Trent, R. B. & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Negl*, 30(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.009>
- Botha, E., Joronen, K. & Kaunonen, M. (2019). The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scand J Caring Sci*, 33(4), 779-790. <https://doi.org/10.1111/scs.12702>
- Bråten, B. & Sønsterudbråten, S. (2016). *Foreldreveiledning - virker det?* (20591). FAFO.no. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/foreldreveiledning-virker-det>
- Den Norske Legeforening. (2010). *Da Lykkeliten kom til Verden - Om belastninger i tidlige livsfaser*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/da-lykkeliten-kom-til-verden/>
- Dias, M. S., Cappos, M. K., Rottmund, C. M., Reed, M. E., Smith, K. M., deGuehery, K. A. & Wang, M. (2021). Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence? *Pediatric Radiology*, 51, 1093-1096. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04819-6>
- Eide, T. & Aadland, E. (2020). *Etikk - Håndboka Refleksjon, Organisasjon og Ledelse*. Kommuneforlaget AS.
- Eventstad, B., Sverresdatter-Larsen, L. & Gravningen, K. (2020). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82573>
- Filippa, M., Saliba, S., Esseily, R., Gratier, M., Grandjean, D. & Kuhn, P. (2021). Systematic review shows the benefits of involving the fathers of preterm infants in early interventions in neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 110, 2509-2520. <https://doi.org/DOI: 10.1111/apa.15961>
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187-196. <https://doi.org/https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 19.01.2015). *Hvordan skape vedvarende forbedringer?* Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>
- Folkehelseinstituttet (a). (2016, 26.09.2019). *Sjekkliste og skåringsskjema*. Helsebiblioteket.no. Hentet 23.02.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/221967.cms>

- Folkehelseinstituttet (b). (2016, 07.06.2016). *Kildevalg* Helsebiblioteket. Hentet 23.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Folkehelseinstituttet (c). (2016, 03.06.2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet 24.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A. D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>
- Gardner, S. L., Voos, K. & Mills, P. (2016). Family in Crisis. Theoretical and Practical Considerations. . I S. L. Gardner, E. Hines & J. A. Hernández (Red.), *Merenstein's & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (8. utg.). Elsevier Inc.
- Gavril, A. R. (2020, 14.02.2020). *Child Abuse- Straight to the point of care*. BMJ Best Practice. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/846/pdf/846/Child%20abuse.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet (Meld.st. 10 (2012)). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester.Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld.st. 10). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (Meld.st. 13 (2015)). (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057). <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/forord>
- Helsedirektoratet. (2017, 10.06.2021). *Sjekkliste og plan for implementering*. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7, . Hentet 21.01.2022 fra <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/verktoy/sjekkliste-og-plan-for-implementering>
- Helsedirektoratet. (2018, 06.10.2021). *Forbedringsguiden* Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Hentet 20.10.2021 fra <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. Helsebiblioteket.no.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (§10). Lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F. & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol*, 12(4), 604-621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Justis og Beredskapsdepartementet. (2021). *Frihet fra vold*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2dda3b36640d4dfbbac11598a1dc792/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>
- Kleberg, A. & Westrup, B. (2017). Utveklingsstødjande neonatalvård enligt NIDCAP. I H. Lagerkrantz, L. Hellströms-Westas & M. Norman (Red.), *Neonatalogi* (2:2. utg.). Studentlitteratur AB.
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 23.03.2022 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn* <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A. (2010, 30.11.2017). *Sustainability model and guide*. NHS <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/sustainability-model-and-guide/>
- Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A. (2016). *Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis* Defactum. Hentet 19.oktober fra <https://www.defactum.dk/publikationer/ShowPublication?publicationId=431&pageId=309986>



- Marie-Mitchell, A. & Kostolansky, R. (2019). A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(5), 756-764. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.030>
- Markestad, T. (2016). *Klinisk Pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Mason, S. M., Schnitzer, P. G., Danilack, V. A., Elston, B. & Savitz, D. A. (2018). Risk factors for maltreatment-related infant hospitalizations in New York City, 1995-2004. *Ann Epidemiol*, 28(9), 590-596. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.010>
- Meld.St.10. (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>
- Meld.St.13. (2016-2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Moen, L. H., Bergman, S. & Øverli, C. (2018). *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner, kartlegging av kunnskap for veien videre* (02/2018). Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress.
- Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress. (2018, 15.05.2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner* NKVTS. Hentet 03.02.2022 fra <https://vold sveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/konsekvenser-av-vold-og-overgrep/>
- National Center for Injury Prevention and Control - Division of Violence Prevention. (2019). *Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence*. Center for Disease Control and Prevention.
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke* (2. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Norges offentlige utredninger 2017: 12. (2017). *Svipt og svipt. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvipt*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Norsk Sykepleier Forbund. (2022). *I trygge hender* Norsk Sykepleier Forbund, . Hentet 20.04.2022 fra <https://www.nsf.no/fg/helsesykepleiere/i-trygge-hender-0>
- Norsk Sykepleierforbund. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer* Norsk Sykepleierforbund. Hentet 16.02.2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (§§3-2 og 3-4). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Pavuluri, H., Grant, A., Hartman, A., Fowler, L., Hudson, J., Springhart, P. & Kennedy, A. B. (2021). Implementation of iPads to Increase Compliance With Delivery of New Parent Education in the Mother–Baby Unit: Retrospective Study. *Jmir Pediatrics and Parenting*, 4(2). <https://doi.org/10.2196/18830>
- Pedersen, E., Ballo, J. K. & Nilsen, W. (2019). *Utprøving av familie for første gang - Sluttrapport fra en 4årig følgeevaluering av "Nurse Family Partnership" i Noreg* (06-2019). Oslo Metropolitan University Storbyuniversitetet. [https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/familie\\_samliv/utprovingen\\_av\\_familie\\_for\\_forste\\_gang\\_sluttrapport\\_fra\\_en\\_rearig\\_folgeevaluering\\_av\\_nurse\\_family\\_partnership\\_i\\_norge-.pdf](https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/familie_samliv/utprovingen_av_familie_for_forste_gang_sluttrapport_fra_en_rearig_folgeevaluering_av_nurse_family_partnership_i_norge-.pdf)
- Pedersen, P. U., Larsen, P., Håkonsen, S. J. & Bjerrum, M. B. (2017). *Fra Forskning til Praksis* (1. . utg.). Forfatterne & Munksgaard.
- Power, E. & Sharif, F. (2021). Period of Purple Crying Program for the Prevention of Abusive Head Trauma/Shaken Baby Syndrome. 114, 7.
- Rabbit, A. L., Bretl, D., Parker, M., Yan, K. & Zhang, L. (2018). Assessment of Maternal Knowledge and Confidence About Abusive Head Trauma and Coping With Infant Crying Before and After Infant Safety Education in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal and neonatal nursing*, 32(4), 373-381. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000362>
- Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(7), 195-208. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2017-03-03>

- Sandvik, B. M., Dybdahl, R. & Hauge, S. (2018). Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis *Sykepleien Forskning* 2018, 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217>
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, (2), 158-165. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>
- Scholefield, B. (12.10.2021). *Abusive head trauma in infants and young children- Straight to the point of care*. BMJ Best Practice. Hentet 27.10.2021 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/688/pdf/688/Abusive%20head%20trauma%20in%20infants%20and%20young%20children.pdf>
- Simmonet, H., Laurent-Vannier, A., Yuanb, W., Hullya, M., Valimahomeda, M., Bourennane, M. & Chevignard, M. (2014). Parents' behavior in response to infant crying: Abusive head trauma education. *Child Abuse and Neglect*, 18(12), 1914-1922. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.002>
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme - Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Skjøthaug, T. (2019). *Becoming fathers: adverse childhood experiences, partner attachment and mental health before childbirth as related to later perception of their own children* [Doktorgrad Universitetet i Oslo]. Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (§§2-1 f og 3-4 a ). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stewart, T. C., Polgar, C., Gilliland, J., Tanner, D. A., Girotti, M. J., Parry, N. & Fraser, D. D. (2011). Shaken Baby Syndrome and a Triple-Dose Strategy for Its Prevention. *The Journal of Trauma*, 71(6). <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31823c484a>
- Stine Sofies Stiftelse (a). (2018). *Vold og overgrep mot barn i et livsløpsperspektiv - en kunnskapsoppsummering*. Stine Sofie Stiftelsen. [stinesofiesstiftelse.no](http://stinesofiesstiftelse.no)
- Stine Sofies Stiftelse (a). (2020). *Stine Sofie Foreldrepakke: Informasjon til blivende og nybakte foreldre - Prosjektrapport våren 2020*. [www.stinesofiesstiftelse.no](http://www.stinesofiesstiftelse.no)
- Stine Sofies Stiftelse (b). (2018). *Til deg som er helsepersonell - Stine Sofie Foreldrepakke*. Hentet 03.02 fra <https://www.stinesofiesstiftelse.no/tema/til-deg-som-er-helsepersonell>
- Stine Sofies Stiftelse (b). (2020). *Evaluering av pilot: Stine Sofie Foreldrepakke* PWC. Vedlegg 2.
- Stine Sofies Stiftelse (c). (2018). *Foreldrepakka*. <https://www.stinesofiesstiftelse.no/foreldrepakke>
- Stine Sofies Stiftelse (d). (2018). *10 smarte tips til alle småbarnsforeldre*. Stine Sofies Stiftelse. Hentet 07.04.2022 fra <https://10smartetips.no/>
- Stubberud, D. G. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tortolano, R., Neuman, M. E. & Simonovich, S. D. (2021). Prevention of Shaken Baby Syndrome Among High-Risk Neonates: Program Implementation and Evaluation. *Neonatology Today*, 16(6), 3-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.51362/neonatology.today/20216166312>
- Westerlund, A., Garvare, R., Nyström, M. E., Eurenus, E., Lindkvist, M. & Ivarsson, A. (2016). Managing the initiation and early implementation of health promotion interventions: a study of a parental support programme in primary care. *Scandinavian journal of caring science*, 31(1), 128-138. <https://doi.org/DOI: 10.1111/scs.12329>
- WHO. (2016, 26.10.2016). *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. World Health Organization. Hentet 07.04.2022 fra <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
- WHO. (2020, 08.06.2022). *Child maltreatment*. World Health Organization, . Hentet 07.04.2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Örtenstrand, A. (2015). *Familjecentrerad Neonatalvård*. I H. Lagerkrantz, L. Hellströms-Westas & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. utg.). Studentlitteratur.



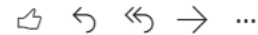
## Vedlegg 1



Elisabeth Figenschou

on. 26.01.2022 12.36

Til: msd12@psu.edu



Hi,

We are two students of master's degree in pediatric nursing. We are implementing of an information programme for the prevention of infant violence after discharge from neonatal intensive care. We are using one of your research articles, "Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence?", as part of the research basis. We would like to use one of your illustrations from this research, to illustrate the connection between infant crying and abusive head trauma. We therefor ask for permission to use the "Fig. 1 Illustration of crying and abusive head trauma (AHT) curves. The AHT curve lags behind the crying curve by about 8 weeks" on page 1094.

Best regards,

Elisabeth Figenschou and Elisabeth Lie Brasøy

Oslomet Metropolitan University Norway  
Students of master's degree in pediatric nursing

## About research article "Preventing abusive head trauma"



Dias, Mark <mdias@pennstatehealth.psu.edu>

on. 26.01.2022 13.05

Til: Elisabeth Figenschou



Det er ikke ofte du mottar e-post fra [mdias@pennstatehealth.psu.edu](mailto:mdias@pennstatehealth.psu.edu). [Les hvorfor dette er viktig.](#)

I provide my permission, good luck!!

*Mark*

Mark S. Dias, MD, FAANS

Professor of Neurosurgery and Pediatrics

Vice Chair of Neurosurgical Education, Director of Pediatric Neurosurgery

Penn State Health Children's Hospital

Penn State University College of Medicine

30 Hope Drive, Suite 2750

Hershey, PA 17033

Phone: 717-531-8807

Cell: 717-580-4107

Fax: 717-531-3858

Email: [mdias@pennstatehealth.psu.edu](mailto:mdias@pennstatehealth.psu.edu)

# Stine Sofie Foreldrepakke: Informasjonprogram til blivende og nybakte foreldre

Prosjektrapport, våren 2020



## Forord

Denne prosjektrapporten oppsummerer arbeidet med prosjektet «Informasjonsprogram til blivende og nybakte foreldre», som er ett av tre prosjekter i Stine Sofies Stiftelses Livsløpsprogram.

Prosjektet er et resultat av et forprosjekt som pågikk våren 2018, og beskrevet i prosjektmandat fra juni 2018. Fra august 2018 til september 2019 har prosjektet vært i en fase med utvikling av informasjonsprogrammet som tiltak. Denne rapporten oppsummerer utviklingsfasen. Det vil også bli utarbeidet en egen rapport som dokumenterer erfaringer fra tiltakets pilotfase, midtveis i 2020.

Prosjektgruppen har bestått av John Are Bjerge Jonassen (prosjektleder), Tone Emilie Spinnangr, og Helene Kløcker. Kathrine Leirkjær Støve fra PricewaterhouseCoopers (PwC) har bistått som prosjektstøtte. Prosjektet har hatt en referansegruppe som har fulgt prosjektet gjennom hele perioden.

Dette prosjektet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten bred involvering av fagpersoner og foreldre utenfor Stine Sofies Stiftelse. Vi ønsker derfor å rette en stor takk til alle som har bidratt i prosjektet, gjennom referansegruppe, innsiktsintervjuer, fokusgrupper og testing av prototyper under tiltakets utforming.

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>1.0 Prosjektets bakgrunn og målsetting</b> .....	<b>4</b>
1.1 Målsetting med tiltaket .....	4
<b>2.0 Prosjektets mandat</b> .....	<b>5</b>
.....	5
2.1 Forutsetninger og betingelser for tiltaket .....	5
<b>3.0 Prosjektorganisering</b> .....	<b>6</b>
<b>4.0 Gjennomføring av prosjektet</b> .....	<b>7</b>
4.1 Etablere prosjekt .....	7
4.2 Innsiktsfase .....	8
4.3 Gjennomgang av faglitteratur .....	8
4.3.1 Vold mot de minste barna .....	8
4.3.2 Utløsende faktorer for vold .....	10
4.3.3 Fokus på far/partner .....	11
4.3.4. Forebyggende tiltak mot vold .....	12
<b>5.0 Empatiintervjuer</b> .....	<b>13</b>
<b>6.0 Defineringsfase</b> .....	<b>13</b>
6.1 Foreldrenes behov .....	13
6.2 Fagfolkenes behov .....	14
<b>7.0 Idéfase</b> .....	<b>14</b>
<b>8.0 Prototype</b> .....	<b>15</b>
<b>9.0 Formidle</b> .....	<b>18</b>
<b>10.0 Piloteringsfase</b> .....	<b>20</b>
10.1 Prosessevaluering .....	21
10.2 Effektevaluering .....	21
<b>11.0 Prosjektrapportering</b> .....	<b>22</b>
<b>12.0 Interessenter og kommunikasjon</b> .....	<b>23</b>
<b>13.0 Økonomi</b> .....	<b>24</b>
<b>14.0 Erfaringer som kan være nyttige for andre prosjekter</b> .....	<b>24</b>
<b>15.0 Ideer som kan følges opp i senere utviklingsarbeid</b> .....	<b>25</b>
15.1 Juridisk påvirkningsarbeid .....	25
15.2 Andre tiltak .....	25
<b>16. 0 Referanser</b> .....	<b>26</b>



<b>17.0 Vedlegg .....</b>	<b>28</b>
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide til ansatte i barselavdelinger på sykehus .....</i>	<i>29</i>
<i>Vedlegg 2: Intervjuguide til ansatte ved helsestasjon .....</i>	<i>30</i>
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide til foreldre.....</i>	<i>31</i>
<i>Vedlegg 4: Rapport etter intervju, oppsummert av Innoventi.....</i>	<i>32</i>
<i>Vedlegg 5: Sluttprodukt, Stine Sofie Foreldrepakke .....</i>	<i>33</i>
<i>Vedlegg 6: Innsiktsoppsummering: Informasjonsprogram til nybakte foreldre, Pwc .....</i>	<i>36</i>





## 1.0 Prosjektets bakgrunn og målsetting

Høsten 2017 utarbeidet Stine Sofies Stiftelse en strategi for perioden 2018 – 2023 og staket ut kurs for fremtidige satsingsområder som skal bidra til å oppnå stiftelsens visjon – *En barndom uten vold og overgrep*. Som et ledd i strategiprosessen ble det innhentet et solid kunnskapsgrunnlag om vold og overgrep mot barn, som blant annet identifiserte udekkede behov blant ulike målgrupper som omfattes av stiftelsens arbeid (Stine Sofies Stiftelse, 2018). Strategien inneholder tre prioriterte satsingsområder: forebygge vold og overgrep mot barn, avdekke vold og overgrep mot barn og ivareta volds- og overgrepsutsatte barn.

I strategiprosessen er det etablert et samarbeid med Gjensidigestiftelsen for realisering av strategiens hovedmål og tiltakene knyttet til forebygging og avdekking. Gjensidigestiftelsen har vært koblet tett på prosessen og det ble raskt etablert en styringsgruppe bestående av to medlemmer fra Gjensidigestiftelsen, Stine Sofies Stiftelse samt en representant fra Barneombudet. Videre har en ekstern referansegruppe bestående av fagpersoner med ulik faglig bakgrunn og erfaring bidratt med faglige innspill underveis i prosessen.

Siden våren 2018 har stiftelsen arbeidet med å konkretisere initiativer som skal bidra til å realisere strategien innenfor to prioriterte satsingsområder: forebygge at vold og overgrep skjer første gang og avdekke vold og overgrep mot barn så tidlig som mulig. Arbeidet har ledet ut i tre forslag til initiativ, som skal bidra til å nå stiftelsens overordnede målsettinger:

- Tverrfaglig ivaretagelsesteam (forebygge)
- Utvikling av informasjonsprogram for nybakte foreldre (forebygge)
- Opplæringsprogram for å styrke handlingskompetanse (avdekke)

Høsten og våren 2018 har det blitt arbeidet med prosjektet Utvikling av informasjonsprogram for nybakte foreldre (forebygge).

### 1.1 Målsetting med tiltaket

Stine Sofies Stiftelse har i dag et velfungerende informasjonsprogram, Nybakte Foreldres Informasjonsprogram (NFIP), bestående av informasjonsmateriell og video, instruksjoner og manus for helsepersonell, i tillegg til et utstrakt distribusjonsnettverk bestående av helsestasjoner og fødeavdelinger over hele landet. Programmet har fokus på Shaken Baby Syndrome, og man kan gjøre når barnet gråter. På bakgrunn av stiftelsens gode erfaring med NFIP, og anbefalinger gitt i NOU 2017:12, ønsket vi å etablere et nytt universelt forebyggende tiltak for forebygging av vold mot barn, og spesielt spedbarn, som omfatter et bredere spekter av vold enn dagens program (Ann-Kristin Olsen et. al, 2017). Målsettingen med tiltaket er at alle nybakte



foreldre skal få kunnskap om hvor skadelig vold mot barn er, og strategier for å ikke utøve vold i krevende situasjoner skal oppstå når man har omsorg for barn. Tiltaket skal også være til hjelp for helsepersonell når de skal snakke med foreldre om vold. På lang sikt er målsettingen at dette skal kunne bidra til å redusere forekomsten av vold mot barn.

Målgruppen for tiltaket er hele befolkningsgruppen gravide og nybakte foreldre, og er et universelt forebyggende tiltak.

## 2.0 Prosjektets mandat

Prosjektgruppen fikk følgende mandat:

“Prosjektgruppens oppgave vil være å utarbeide et universelt forebyggende informasjonsprogram for nybakte foreldre, med alle underliggende elementer. Programmet skal omfatte et bredere spekter av vold enn filleristing. I utarbeidelsen skal det være utstrakt involvering av målgruppene for tiltaket, herunder nybakte foreldre, helsesøstre og jordmødre, for å sikre at tiltaket treffer målgruppens behov både når det gjelder innhold, utforming og distribusjonsform.

I tiltaket blir det særskilt viktig at relevante aktører involveres. Foreløpig tenkes dette i to ulike faser. I utviklingsfasen er forbund (Landsgruppen av helsesøstre NSF, Norsk barnelegeforening, Den norske jordmorforening) og offentlige myndigheter (HOD, HD) sentrale for å sikre involvering og forankring. Involveringen og forankringen hos disse er også viktig for fase 2; implementering og distribusjon. Dagens distribusjonsnettverk kan i stor grad benyttes, men det bør også utvides slik at alle vordende og nybakte foreldre mottar programmet. Bruk av programmet kan være en del av retningslinjene fra HOD og det vil også bli viktig at programmet oppleves som godt av de utøvende tjenestene. Tilbakemeldinger stiftelsen mottar knyttet til dagens program, er at det oppleves som en god måte for å ta opp temaet vold mot barn på i møtet med nybakte foreldre.”

### 2.1 Forutsetninger og betingelser for tiltaket

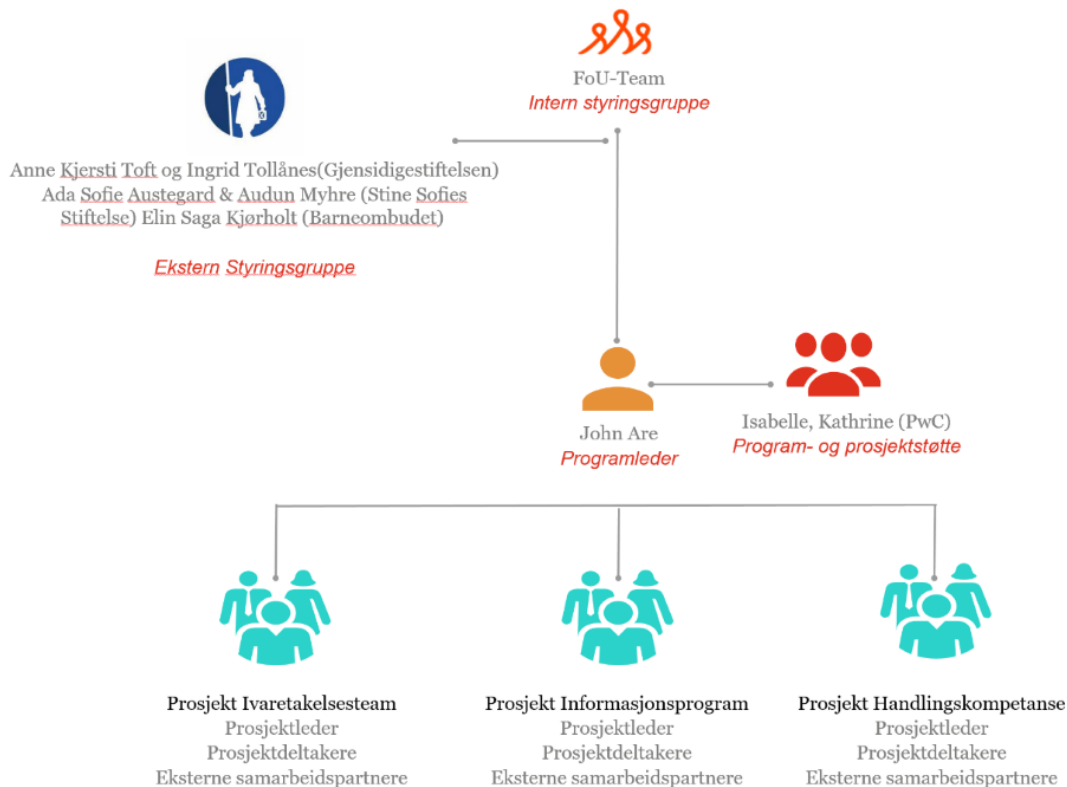
- Tiltaket skal bygges på god og relevant forskning knyttet til universelle forebyggende tiltak
- Tiltaket skal omfatte de mest relevante formene for vold små barn blir utsatt for (fysisk, psykisk, omsorgssvikt)
- Tiltaket skal sikre at samtlige nybakte foreldre mottar forebyggende informasjon
- Tiltaket skal være tilgjengelig på flere språk
- Innholdet må være relevant for målgruppen (vordende og nybakte foreldre)



- Tiltaket skal være i tråd med samarbeidsavtalen med Gjensidigestiftelsen og tilhørende vedtak
- Tiltaket skal ivareta, og gjerne bygges på, Stine Sofies Stiftelses verdier
- Tiltaket skal utvikles med bidrag fra relevante samarbeidspartnere

### 3.0 Prosjektorganisering

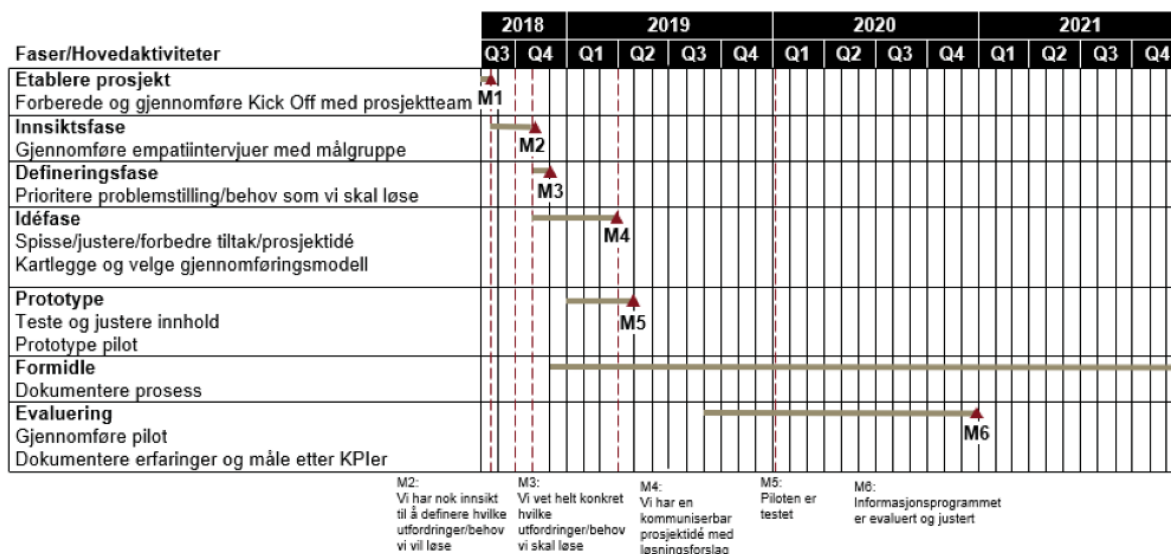
Prosjektet er ett av tre prosjekter som inngår i Livsløpsprogrammet. Programmets organisering fremkommer av figuren nedenfor.



John Are B. Jonassen har fungert som prosjektleder for Prosjekt Informasjonsprogram til nybakte foreldre. Prosjektdeltakerne har vært Tone Emilie L. Spinnangr og Helene Kløcker. Kathrine Støve fra PwC har også fulgt prosjektgruppen tett og deltatt i både planlegging og gjennomføring av prosjektet. Som planlagt ved oppstart, har prosjektgruppen har hatt faste workshops annen hver uke på fredager, med tre timers varighet. Workshopene har blitt benyttet til å presentere arbeidet som er gjort av medlemmene, drøfte relevante problemstillinger og utforme løsninger. Dersom det har vært behov for å møtes oftere, eller fredager ikke har passet, har vi funnet alternative dager. Mellom workshopene har prosjektmedlemmene utført planlagte aktiviteter.

## 4.0 Gjennomføring av prosjektet

Det ble utarbeidet en overordnet fremdriftsplan for prosjektet i forkant av oppstart.



Prosjektteamet utarbeidet en mer detaljert prosjektplan i Excel som omfattet Innsiktsfasen, defineringsfasen og idéfasen ved prosjektets oppstart, høsten 2018. Ved overgangen fra en fase til den neste, utarbeidet vi mer detaljerte faseplaner for neste fase. Etersom vi arbeidet ut ifra tjenestedesign, som følger en iterativ prosess, har det vært utfordrende å planlegge på et detaljert aktivitetsnivå for hele prosjektperioden ved oppstart, fordi erfaringer fra én aktivitet, har lagt føringer for neste aktivitet.

I det følgende beskriver vi i korte trekk arbeidet som er gjort i hver fase av prosjektet.

### 4.1 Etablere prosjekt

Prosjektet startet opp august 2018. Prosjektgruppen holdt en kick-off med alle prosjektmedlemmene for å sikre forståelse for mandatet og målsettingen med prosjektet, samt rolleavklaring og forventninger. Vi hadde også en seanse rundt hvordan vi skulle arbeide som team, og hva som er viktig for hver enkelt i teamet. I denne fasen utarbeidet vi også interessentanalyse og kommunikasjonsplan og foretok en risikoanalyse for prosjektet med tilhørende tiltak for å redusere risiko. Vi arbeidet også med å få på plass medlemmer til en referansegruppe for prosjektet.

Referansegruppen var klar i desember 2018 og bestod av:

- Julie Leivestad, pediatrik sykepleier, Regional kompetansetjeneste om vold og overgrep mot barn og unge, Sosialpediatrisk seksjon, Ullevål Universitetssykehus.



- Kristin Håland, jordmor/ psykiatrisk sykepleier med PhD (Vold i svangerskapet ved Gøteborg Universitet), Seniorrådgiver ved KoRus-Sør. (Kompetansesenter for rus - Helse Sør)
- Kåre Svang, Etterforskningsleder, Fagspesialist alvorlig vold mot barn, Kripes
- Jens Grøgaard, barnelege og lang erfaring på dette fagfeltet

Dette var en kompetent, variert og engasjert referansegruppe som arbeidet godt på de tre møtene som ble satt opp fra januar til mai. Gruppen kom med innspill og forslag til forbedringer og endringer underveis som ble tatt med videre i prosessene. Første møte ble innsikten og ideer presentert, andre møte gikk med til å teste prototyper (først hver for seg og deretter dele synspunkter i gruppen) og på møte i mai kom de med innspill på et mer ferdig tiltak. Samarbeidet med referansegruppen ble videre besluttet å fortsette til evalueringsprosessen av implementering er fullført.

#### 4.2 Innsiktsfase

Formålet med innsiktsfasen er å forstå behovet, ønskene, holdningene og adferden til våre potensielle interessenter og brukere. I denne fasen gjennomførte vi i hovedsak to datainnsamlingsaktiviteter:

- Gjennomgang av relevant faglitteratur
- Empatiintervjuer med tiltakets målgrupper

#### 4.3 Gjennomgang av faglitteratur

I Livsløpsprogrammets innsiktsfase ble det gjort et stort arbeid med å utarbeide en innsiktsrapport, som inneholdt en oppsummering av faglitteratur knyttet til vold og overgrep (Stine Sofies Stiftelse, 2018). Noe av dette var relevant for dette prosjektet, men i prosjektets innsiktsfase var det behov for å gjøre en mer dyptgående gjennomgang av litteratur som omhandler informasjonsprogram for foreldre. Vi har gjennomgått store mengder både norsk og internasjonal litteratur, hovedsakelig amerikansk og engelsk. Vi har også gjennomgått norske dommer om vold mot spedbarn, for å se få mer kunnskap og innsikt. Veiledende retningslinjer for svangerskap, barsel- og helsestasjon ble også viktige dokumenter for å forstå arbeidshverdagen til helsepersonell. Avsnittene nedenfor gjengir vi i korte trekk de mest sentrale innsiktene fra litteraturgjennomgangen, som har blitt hensyntatt i tiltakets utforming.

##### 4.3.1 Vold mot de minste barna

Vold mot barn er et av våre aller største samfunnsproblem og utfordringer i Norge i dag. Konsekvensene av å bli utsatt for vold i barndommen er store, og kan gi negative konsekvenser livet ut (Stine Sofies Stiftelse, 2018). Personer som er utsatt for vold eller seksuelle overgrep i barndommen er i større grad utsatt for vold og overgrep også som voksen (Thoresen, S & Hjemdal, O K (red), 2014). Resultatene fra en studie fra Velferdsforskningsinstituttet- NOVA og Nasjonalt Kunnskapscenter



om Vold og Traumatisk Stress – NKVTS viser at om lag ti prosent av norske barn har opplevd fysisk vold fra foresatte i løpet av barndommen (Mossige S & Stefansen, 2016). Det anslås at mellom 8 og 14 prosent av den kvinnelige befolkningen har vært utsatt for vold fra partner, og at fire prosent har opplevd dette i løpet av svangerskapet. Nasjonal forskning tyder på at volden mot gravide ofte fortsetter etter fødselen. Vold mellom omsorgspersonene til barnet øker barnets risiko for selv å bli utsatt for fysisk vold, både i fra utøver av partnervold og fra den som blir utsatt for slik vold (Myhre, 2015). Tall fra Statistisk Sentral Byrå, SSB, viser at det i 2018 ble født 55 100 barn i Norge. Det vil si at rundt 2000 barn kan ha blitt utsatt for vold mens det lå i mammas mage.

NOUen Svikt og svik har vært et viktig dokument i innsiktsfasen. Utgangspunktet i denne utredningen er 20 saker der barn er blitt utsatt for vold, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. Tusenvis av dokumenter og journaler ble gjennomgått. I utredningen legger utvalget frem sine vurderinger av svikt i systemene og anbefalinger for hvordan fremtidige tilfeller kan forebygges og forhindres. De ser blant annet klare utviklingsmuligheter for det forebyggende arbeidet. Det ble utpekt 13 punkter for systemsvikt. Et av punktene var at foreldrenes sårbarhet ikke var fanget opp, eller ble undervurdert i flere av sakene.

Dårlig dokumentasjon og journalføring, evaluering og svikt i samarbeid mellom tjenestene ble også trukket frem som systemsvikt (Ann-Kristin Olsen et. al, 2017). Disse punktene har vi tatt med oss videre i vårt prosjektarbeid.

For å kunne forebygge, altså ligge i forkant av volden, er det viktig å innhente kunnskap om hva som kjennetegner volden mot de miste barna Vi ønsket å undersøke hva som kjennetegner voldsutøverene og de voldsutsatte barna. Her har vi hatt fått mye god informasjon fra Kripos underveis og samarbeidet med sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og avdeling for rettsmedisinske fag ved OUS har bidratt med mye kunnskap. Litteraturen bekrefter mye av det samme som de nevnte faggruppene rapporterer om.

Spedbarn er mest utsatt for å alvorlige fysiske skader som følge av vold. Barn under 4 måneder er de mest utsatte. Alvorlige skader som ofte er å se hos de minste barna som er utsatt for fysisk vold er bruddskader og påførte hodeskader. På engelsk kalt abusive head trauma – AHT. Mekanismene som gi slike hodeskader kan være påført ved voldsom risting, stump vold mot hode, slag eller en kombinasjon av dette. Ved undersøkelser på sykehuset blir det i flere tilfeller oppdaget eldre skader, som viser til at mishandlingen kan har vedvart over tid. (Ann-Kristin Olsen et. al, 2017) (U.S. Department, 2010) (Christian, 2019).

Gjerningspersonene er ofte barnas omsorgspersoner og far/stefar er oppgitt som gjerningsperson i overkant av 70% av sakene (Christian, 2019). Selv om vold kan



oppstå i ulike sammenhenger og i alle typer familier, er det en økt forekomst av vold blant sårbare grupper. Rus, psykisk sykdom, dårlig økonomi, arbeidsledighet, opplevd vold i egen barndom og sosial isolasjon er noen av de kjente risikofaktorene som gir økt sårbarhet for å selv utøve vold. I saker der små barn er utsatt for grov vold er det noen faktorer som går igjen. Det å bli født prematurt, bli født med store misdannelser eller hjelpebehov, oppleve en langvarig og tøff fødsel, eller gjennomgå sykehusinnleggelse etter fødsel kan utgjøre en risiko for barnet (Christian, 2019) (U.S. Department, 2010).

#### 4.3.2 Utløsende faktorer for vold

Det er gjerne en kombinasjon av mange faktorer som kan knytte vold og utløsende faktorer sammen. Virkeligheten er kompleks. Det å ha manglet gode rollemodeller i egen oppvekst kan gjøre det utfordrende å tre inn i foreldrerollen. I tillegg er det mange andre elementer som kan påvirke omsorgsevnen til foreldre. I flere rapporter, domfellelser og studier er mangel på søvn, kolikk og utrøstelig barnegråt oppgitt som utløsende faktor for voldsom risting og vold mot små barn (Ann-Kristin Olsen et. al, 2017) (Barr R. G., 2012) (Dias, et al., 2005) (Barr RG, 2006).

Avmaktsfølelse og frustrasjon som kan bygge seg opp når man står med et lite barn som gråter, kan føre til handlinger som er svært skadelig for barnet. Derfor er det viktig i dette prosjektet å kunne si noe om hva man kan gjøre for å unngå å havne i en slik situasjon der du kan stå i fare for å skade ditt eget barn. Kunnskap om gråt og trøst ble derfor helt essensielt.

I en studie fra 2017 gikk forskere gjennom data fra 8700 babyer i alderen 0–3 måneder. Foreldre fra ulike land skrev dagbok over noen døgn og oppgrav blant annet hvor mye barnet gråt i løpet av døgnet. Forskerne konkluderte på bakgrunn av disse dataene med at babyer gråter i gjennomsnitt 2 timer om dagen i de første to ukene av livet. Mengden gråt er på det høyeste nivået ved 6 ukers alder, med et gjennomsnitt på 2 timer og 15 minutter om dagen. Etter tolv uker faller det til 1 time og 10 minutter. Det var en markant høyre forekomst av kolikk de første 6 leveukene sammenlignet med babyer som var 8–9 uker gamle (Wolke, 2017). Å gi foreldre informasjon om normal spedbarns adferd og gi veiledning om gråt og trøst, har vist seg å være effektivt for å berolige foreldre og redusere gråtemengden hos barnet (Franchek-Roa, 2018). To ulike amerikanske studier har vist reduksjon av innrapporterte tilfeller av AHT på sykehus blant små barn, der foreldre hadde mottatt informasjon om gråt, trøstestrategier samt faren ved å riste et barn (Dias, et al., 2005) (Barr & et.al, 2018).

Foreldres egne erfaringer fra oppveksten har stor betydning for hva slags omsorg vi gir våre egne barn. Vold overføres noen ganger gjennom generasjoner. Foreldre som har vært utsatt for vold og overgrep, bærer ofte på en bekymring for å overføre egne vonde erfaringer til barna sine (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018).



Med dette som bakgrunn ble det viktig å se på dagens praksis i Norge, og om nasjonale retningslinjer legger en føring til hvordan helsetjenestene kan ta opp dette temaet. Vi så på om retningslinjene oppfordrer helsepersonell til å ha samtaler med foreldre som åpner opp for dialog rundt egen oppvekst, hvilke forventninger de har til seg selv i foreldrerollen og ikke minst om de gleder eller gruer seg til å bli pappa eller mamma. I retningslinjene fant vi lite spesifikt om hvordan helsepersonell kan involvere far/ partner på dette området, og i en norsk studie fra 2018 forteller flere fedre at de føler seg ekskludert under graviditet, fødsel og på oppfølgingen på helsestasjonen. De ønsker en mer aktiv rolle og inkludering. Det virker som det er litt tilfeldig hvordan helsetjenestene involverer far i konsultasjonene. Dette samsvarer med forståelsen vi fikk da vi intervjuet helsepersonell og foreldre som en del av innsiktsfasen til prosjektet. Noen jordmødre og helsesykepleiere ser på det som en selvfølge å involvere far/ partner som en naturlig ressurs og støtte, mens andre innrømmer at det er alt for tilfeldig om de husker å inkludere far/ partner på en god måte.

Vold mot de minste er mer enn fysisk vold. Konflikt, aggresjon og kriser mellom foreldre over tid er svært skadelig for et lite barn, og regnes som psykisk mishandling. Å bli håndtert brått av lite følsomme hender, høre på sinte og redde stemmer, og utsettes for sterke og uforståelige sanseinntrykk er stikk i strid med det et lite barn trenger for å utvikle seg godt. De mest skadelige stressbelastningene for et menneske er de som oppleves i tidlig alder, pågår over lang tid, og som skjer i nære relasjoner (Sjøvold & Furuholmen, 2015).

#### 4.3.3 Fokus på far/partner

I familier der barn vokser opp med to foreldre, er både mamma og pappa/partner viktige for barnet og for familien. Flere studier viser til at det å ha en trygg og god farsfigur i livet er viktig for barnets utvikling og sosiale fungering (Nordahl, 2014). Samtidig ser vi at far i liten og veldig varierende grad blir inkludert i helsetjenesten som omhandler barnet (Solberg & Glavin, 2018). Fedre/ stefedre blir i større grad enn kvinner domfelt for grov vold mot de minste barna. Derfor er det spesielt viktig at helsetjenestene rundt gravide og småbarnsforeldre i større grad tilrettelegges for at både mor og far kan delta på konsultasjoner. Her blir viktig informasjon blir gitt, men også innhentet, direkte fra foreldrene. Svangerskapet er en unik tid for refleksjon og endring og bør brukes som en god arena for å forberede seg på foreldrerollen. Noen konsultasjoner bør være forbeholdt både mor og far i svangerskapet, og man bør undersøke aktivt om far har behov for en egen samtale med jordmor. Det kan være ting han ønsker å ta opp uten at mor er til stede, på lik linje som det i dagens retningslinjer er en time som kun er forbeholdt mor. Å snakke om egne oppveksterfaringer og hvordan man har det allerede i svangerskapet kan bidra til å identifisere de som trenger ekstra støtte og åpne opp for tettere oppfølging av helsepersonell før og etter fødsel.





En studie blant fedre i Norge ser man at negative barndomsopplevelser kan føre til depresjon, angst og stress hos vordende fedre, og symptomene er også gjeldene etter at barnet er blitt født. I tillegg viser studien at fedrene med dårlig tilknyttingsopplevelser og negative barndomsopplevelser kan bli mer stresset og gi barna mer negative adferds beskrivelser i barnets første leveår (Skjøthaug T., 2019) (Skjøthaug, Smith, Wentzel-Larsen, & Moe, 2014).

*«Helsestasjonene kan utgjøre en forskjell ved å inkludere og belyse fedres psykiske helse i tillegg til mors i tiden rundt fødsel og i barnets første leveår. Siden relasjonen til barnets mor kan påvirke relasjonen som far har til barnet er det også viktig å vie oppmerksom på og støtte parforholdet i denne tiden. Særlig fordi vi også vet at spedbarnstiden kan være en krevende periode for relasjonen mellom foreldrene» - Thomas Skjøthaug*

#### 4.3.4. Forebyggende tiltak mot vold

Tidligere og pågående forebyggingsprogrammer har blitt undersøkt i innsiktsfasen. Studier fra blant annet USA har vist en reduksjon av innrapporterte tilfeller av AHT. I Norge er dette utfordrende å føre statesikk på, da befolkningsgrunnlaget er mye mindre. Men det er gjort mange nasjonale og internasjonale undersøkelser på hvordan forebyggende tiltak bør legges opp og formidles. Blant annet har anbefalingene som NKVTS gav ut i en rapport fra 2018 har blitt viktige for vårt tiltak. Rådene er som følger:

- tiltakene er omfattende, har en helhetlig tilnærming og varer over tid
- tiltakene settes inn på et tidlig tidspunkt
- tiltakene er målrettede og bruker flere tilnærminger for å nå målgruppen
- tiltakene er sosiokulturelt relevante
- tiltakene er forskningsbasert og gjøres til gjenstand for evaluering

I tillegg mener vi at tiltakene bør:

- være likeverdige i hele landet
- bygge på samarbeid mellom relevante fagmiljøer
- gjennomføres i en støttende organisasjonskontekst
- gi rom for at fagpersoner kan øve seg på å tematisere vold i nære relasjoner
- beskrives tydelig i kommunale handlingsplaner

(Moen, Bergman, & Øverlien, 2018)



## 5.0 Empatiintervjuer

I innsiktsfasen gjennomførte vi empatiintervjuer med ulike fagpersoner og foreldre. Totalt gjennomførte vi 20 intervjuer. Vi har besøkt helsestasjoner i kommunene Time, Sola og Tromsø og barselavdelinger på Sørlandet Sykehus HF (Kristiansand og Arendal), barsel- og nyfødtintensiv, Stavanger Universitetssykehus HF, nyfødtintensiv og Universitetssykehuset i Tromsø HF ved føde- og barselavdeling.

Fordelt på yrkesgrupper fordeler informantene seg slik:

- 6 jordmødre
- 5 helsesøstre
- 3 spesialsykepleiere
- 1 barnelege
- 6 foreldre

Erfaringene fra disse intervjuene var at vi ble veldig godt mottatt og kom tett innpå både fagpersoner og foreldre, slik at vi fikk god innsikt i hva de mente om temaet, hva de allerede opplevde å få godt til, hva de opplevde som utfordrende, samt hvilke behov og ønsker de hadde.

## 6.0 Defineringsfase

Da vi var ferdige med all innsikt, gjennomførte prosjektteamet en heldagsworkshop hvor vi arbeidet med å analysere innsiktene, for å komme frem til noen hovedinnsikter. Denne ble gjennomført 24. oktober 2018. I denne workshopen deltok flere personer fra Stine Sofies Stiftelse, daglig leder Tone Vareberg og kommunikasjonsansvarlig Eva Kvelland. Workshopen ble ledet av tjenstedesignere fra PwC, Magnus Erichsen og Pernille Kaaber.

Basert på innsiktene definerte vi utfordringer og behov som var verdt å løse, som dannet formålet med tiltaket.

### 6.1 Foreldrenes behov

- Stor avstand mellom forventninger og realitet
- Småbarnsforeldre har behov for konkrete strategier for å håndtere og mestre krevende situasjoner
- Fedre må bli involvert og inkludert tidligere i svangerskapet
- Foreldre trenger en bedre forståelse av hva vold mot barn er, samt konsekvensene
- Foreldrene trenger å få informasjon der de er – når de er der



## 6.2 Fagfolkenes behov

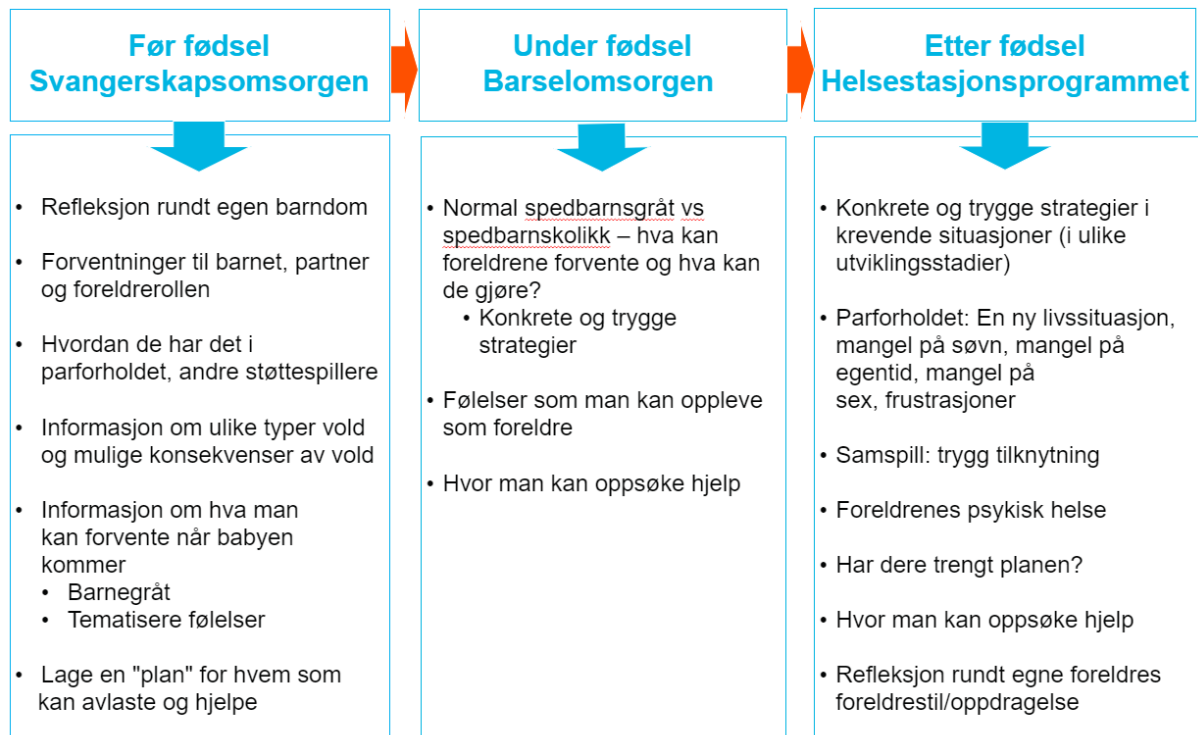
- Fagpersoner trenger trygghet og kunnskap om hvordan snakke om temaet med foreldrene
- Behov for gode relasjoner mellom foreldre og fagfolk
- Styrke foreldrekompentansen
- Det er et behov for å sette temaet fysisk og psykisk vold på agendaen i helsesystemet

Disse innsiktene ble viktige videre i idéfasen. Innsiktene ble oppsummert i en egen innsiktsrapport (Power Point format). Se vedlegg.

## 7.0 Idéfase

Idéskaperfasen handler om å komme opp med gode idéer til hvordan utfordringen/behovet kan løses. Vi arrangerte en idéworkshop hvor vi arbeidet med å få opp ideer til hvordan vi kan løse problemene som ble definert på bakgrunn av innsiktsfasen. Denne ble avholdt 27. november, og ledet av tjenestedesigner Magnus Erichsen.

På bakgrunn av alle ideene som kom opp på idéworkshopen, gjorde prosjektteamet en sortering og prioritering av ideer, og endte opp i et overordnet konsept for informasjonsprogrammet. Denne er visualisert i figuren nedenfor.



For å teste det overordnede konseptet arrangerte vi to fokusgrupper ved Stine Sofies Stiftelse, 31. januar og 8. februar 2019. I utgangspunktet hadde vi tenkt å arrangere én fokusgruppe, men ettersom kun to personer kunne møte den første aktuelle datoen grunnet sykdom, ble det avholdt to møter isteden. På det første møte deltok prosjektgruppen, en jordmor og en barnepleier. På den andre fokusgruppen stilte to jordmødre fra kommuner og en helsesykepleier. De som deltok representerte følgende fagroller:

- Jordmor ved føde- og barselavdeling, Sørlandet sykehus HF, Arendal
- Barnepleier ved føde- og barselavdeling, Sørlandet sykehus HF, Arendal
- 2 jordmødre og 1 helsesykepleier fra helsestasjonen i Grimstad kommune

Tilbakemeldingene fra disse fokusgruppene var at det er positivt at informasjonsprogrammet legger opp til at det skal være en rød tråd fra tidlig i svangerskapet, via barsel og over i helsestasjonsprogrammet, da det oppleves å være utfordrende å sikre informasjonsflyt mellom disse tjenestene i dag. De ulike temaene opplevdes også som meget relevante. Deltakerne var også tydelige på at dagens kommende og nybakte foreldre i stor grad baserer seg på digital informasjon, og at informasjonsprogrammet derfor bør bygges opp rundt digitale kanaler, og særlig tilgjengelig på mobiltelefon, som app.

## 8.0 Prototype

Prototyping betyr å teste løsningen. Det handler om å få tilbakemeldinger fra ulike interessenter for å hele tiden kunne justere og forbedre. Vi arbeidet med prototyping som en kontinuerlig aktivitet. Så fort vi hadde noe å teste ut, lagde vi avtaler med helsepersonell for å få innspill og tilbakemeldinger, for å kunne gjøre endringer før vi hadde gått langt i å utvikle materialet videre.

Da vi hadde fått god bekreftelse på at det overordnede konseptet for tiltaket var verdt å arbeide videre med, og innspill til hvilke typer verktøy det er behov for, startet vi å utarbeide en oversikt over hvilke prototyper vi ønsket å utvikle. I overordnede trekk arbeidet vi med:

- Plakat med 10 smarte tips
- Utfyllende informasjonshefte til foreldre
- Informasjonsmateriell til helsepersonell
- Invitasjon til far til konsultasjon i svangerskapet
- Idé om innhold i en app



Vi gjennomførte følgende tester:

Dato	Målgruppe	Test av
Mars 2019	Nasjonal fagkonferanse for barsel- og barnepleiere og jordmødre, Gol- Storefjell	Plakaten 10 smarte tips
Mars 2019	Jordmor i en kommune i Agder	Observere ordinær konsultasjon Test av vårt materiell med fiktivt foreldrepar, uke 10
April 2019	Jordmor i en kommune i Agder	Test av vårt materiell med gravid mamma rundt uke 24
April 2019	Jordmor i en kommune i Agder	Test av vårt materiell med ekte foreldrepar rundt uke 24
April 2019	Sørlandet Sykehus HF, Arendal, føde- og barselavdeling. Noen fra personalet	Plakaten 10 smarte tips og dukke som inngangsport for samtale
Mai 2019	Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand, føde- og barselavdeling. Noen fra personalet	Plakaten 10 smarte tips og dukke som inngangsport for samtale
Mai 2019	Sykehuset Østfold HF, Kalnes, nybakte foreldre	Gråt og trøst temafilm pluss gjennomgang av gråt og trøst som tema. Dukke med body som inngangsport for samtale. Fått info muntlig og skriftlig anonyme tilbakemeldinger i etterkant.
April/ mai	Foreldre	Test av prototyper blant foreldre ble utført i mai. Se vedlegg.

Gjennom de ulike testene fikk vi raskt tilbakemeldinger på de ulike elementene i informasjonsprogrammet. Blant annet lærte vi at det ikke er behov for et utfyllende informasjonshefte til foreldre, men heller en kortere folder, og mer utdypende informasjon i app. Det er på nett og via mobiltelefonen foreldrene søker informasjon.

Vi forsto også at plakaten med de 10 smarte tipsene var veldig relevant, og kunne brukes på venterom, fellesarealer og kontorer på helsestasjon og sykehus.

En svakhet ved denne fasen er at materialet er testet mer blant jordmødre, sykehuspersonell og foreldre enn blant helsesykepleiere. Det medfører noe større usikkerhet rundt tiltakets treffsikkerhet i helsestasjonsprogrammet. Det har vært flere helsesykepleiere med i arbeidsgrupper undervis i prosessen, der de har kommet med innspill vi har brukt i utviklingen av tiltaket, men vi har ikke testet det på ekte konsultasjoner på helsestasjonen med foreldre. Tilbakemeldinger i pilotfasen som går



fra 1. november 2019 til juni 2020, vi viser om det er behov for endringer og justeringer av informasjonsprogrammet og inkludert veilederen til helsepersonell.

Kommunikasjonsbyrået Innoventi ble engasjert til å bistå i utviklingen av de ulike verktøyene og informasjonsprogrammets trykte og digitale materiell. Prosjektleder og øvrige prosjektmedlemmer har hatt jevnlig møter med Innoventi våren 2019, med dialog rundt både innhold, layout, design og ulike typer materiell. Det var i denne prosessen også lagt opp til at navn på tiltaket skulle etableres og det endelige navnet ble Stine Sofie Foreldrepakke.

Samlet inneholder informasjonsprogrammet Stine Sofie Foreldrepakke følgende elementer:

- Veiledning til helsepersonell
- Invitasjon til far om å delta på konsultasjon i svangerskapet
- App med 10 smarte tips, filmsnutter
- Trykt, liten bok med 10 smarte tips
- Plakat av 10 smarte tips



Til utarbeidelse av tekstene for hvert av de 10 smarte tipsene ble det engasjert ulike fagpersoner til å bidra med faglig innhold. Disse var (fordelt på tips 1-10):

- Stian Tobiassen og Anders Dovran, Stine Sofie Senteret
- Stian Tobiassen og Anders Dovran, Stine Sofie Senteret
- Kristin Håland, KoRus Sør
- Tone-Emilie L. Spinnangr, Stine Sofies Stiftelse
- Tone-Emilie L. Spinnangr, Stine Sofies Stiftelse, gjennomlest og støttes av Norsk barnelegeforening
- Steinar Sunde, psyk. spes. Molde familievernkontor, Littsint.no
- Ståle Pallesen, professor, UiB
- Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson, Tilknytningspsykologene
- Bjørk Matheasdatter, parterapeut, Relasjonsskolen og Tine Gammelgaard Aaserud, Rbup sør/øst
- Helene Kløcker og Malin A. van der Hagen, Stine Sofies Stiftelse

## 9.0 Formidle

Prosjektteamet har også arbeidet løpende med formidling av tiltaket i prosjektperioden. Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen som ble utarbeidet i prosjektets første fase har blitt benyttet aktivt til å gi informasjon om prosjektet og tiltaket til ulike aktører. I tabellen nedenfor gir vi en oversikt over de mest sentrale interessentene og på hvilken måte vi har vært i kontakt med dem underveis.

Aktør	Formål	Aktiviteter
<b>Nasjonale myndigheter og andre nasjonale aktører</b>		
Helsedirektoratet	Målsetting at informasjonsprogrammet blir anbefalt i retningslinjene for svangerskapsomsorgen, helsestasjonsprogrammet og barselomsorgen	Hatt to møter med presentasjon av prosjektet.
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Innholdsmessig kobling med Foreldrehverdag.no	
Barne- og likestillingsdepartementet		Informert Barne- og Familieminister om tiltaket og fulgt opp.
Barneombudet	Orienteres om programmet, ønsker at de fremsnakker det	Er representert i styringsgruppen for livsløpsprogrammet



Kripos		Er representert i referansegruppen for informasjonsprogrammet
0-24 samarbeidet		Presentert for arbeidsgruppen hos Fylkesmannen i Agder.
Fylkesmannen		Presentert for arbeidsgruppen hos Fylkesmannen i Agder.
Kompetansesenteret for Kriminalitetsforebygging		Presentert prosjektet.
KS	Orienterer om prosjektet	Orienterert om prosjektet til KS hovedkontor
<b>Fagforbund og interesseorganisasjoner</b>		
Jordmorforbundet, NSF	Målsetting var å informere om prosjektet, synliggjøre behovet for programmet, støtte i implementering og oppnå en faglig aksept. Medarrangør på lansering under Arendalsuka	Jordmorforbundet og leder Hanne Charlotte Schjelderup var medarrangør under lansering 13 august.
Jordmorforeningen	Målsetting var å informere om prosjektet, synliggjøre behovet for programmet og støtte i implementering. For å oppnå en faglig aksept.	Hatt dialog på epost, ikke mulighet/kapasitet for å delta.
Landsgruppen av helsesykepleiere, NSF	Målsetting var å informere om prosjektet, synliggjøre behovet for programmet, støtte i implementering og for å oppnå en faglig aksept.	Har vært i dialog med leder, ønske om å presentere prosjektet. Blitt orientert om prosjektet. Hadde ikke mulighet/kapasitet å delta, men kom med innspill pr epost
Fagforbundet	Faggruppe for barnepleiere i Fagforbundet	Orienterert om prosjektet pr mail og på Nasjonal konferanse på Storefjell mars 2019
Barnelegeforeningen	Drøfte faglige problemstillinger og sikre kvalitet i innhold.	Dialog, og innspill. Styrebehandlet innhold





		knyttet til gråt og godkjent dette.
RBUP	Drøfte faglige problemstillinger og sikre kvalitet i innhold.	Dialog og innspill vedr. Innhold med blant andre Thomas Skjøthaug og Kari Slinning.
Mental helse	Samarbeidspartner for etablering av hjelpetelefon for foreldre. Identifisert behov gjennom innsiktsfasen.	Fått finansiering til samarbeidsprosjekt om Foreldretelefon 24/7 med oppstart 2020

## 10.0 Piloteringsfase

Foreldreprogrammet skal piloteres blant et lite utvalg helsestasjoner og føde-/og barselavdelinger, hvor formålet er å få testet ut programmet i sin helhet på de arenaene det skal implementeres i. Pilotene er valgt ut med hensyn til at noen foreldre kan følge programmet fra start til slutt, ved at både helsestasjon og sykehus (svangerskapsomsorg, barselomsorg og helsestasjonsprogram) deltar. De fleste foreldrene vil imidlertid kun få med seg deler av informasjonsprogrammet, og vi legger derfor opp til å innhente data fra ulike deler av programmet.

Våren og høsten 2019 har vi arbeidet med å rekruttere helsestasjoner og sykehus til å delta som piloter. Vi har identifisert og vært i kontakt med følgende sykehus og kommuner:

Sykehus	Kommuner i sykehuset opptaksområde
Sørlandet sykehus Arendal- Føde-barsel	Grimstad, Gjerstad
Kalnes sykehus, føde-barsel og nyfødttintensiv	Skiptvet
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø Føde-barsel og nyfødttintensiv	

Vi har også arbeidet grundig med å utarbeide et design for pilotfasen og hva vi ønsker å lære og få svar på gjennom pilotfasen. Dette er todelt:

### 10.1 Prosessevaluering

Vi ønsker å få kunnskap om hvorvidt tiltakets ulike verktøy blir tatt i bruk, og hva helsepersonell og foreldre synes om dem.

### 10.2 Effektevaluering

Vi ønsker å få indikasjoner på om tiltaket bidrar til å oppnå de ønskede resultatene.

Pilotfasen skal gi oss nødvendig kunnskap til å tilpasse tiltaket slik at det lar seg implementere på en enklest mulig måte, og er mest mulig tilpasset målgruppens behov. Målsettingen er at foreldreprogrammet skal implementeres på nasjonalt nivå. Det vil utarbeides en egen rapport for evalueringen av piloteringen, med erfaringer fra både foreldre og helsepersonell for alle deler av informasjonsprogrammet. Videre er ønskelig å forske mer på effekten av å gi vordende og nybakte foreldre informasjon slik som tiltaket legger opp til og om det således vil kunne redusere forekomsten av vold mot barn. For dette er det opprettet dialog med eksterne fagmiljøer med kompetanse på den type forskning.



## 11.0 Prosjektrapportering

I prosjektets forfase utarbeidet vi en rapporteringsstruktur som satte rammer for rapportering fra prosjektledere til programleder og fra programleder til styringsgruppe og Gjensidigestiftelsen. Prosjektene vil i forkant av rapporteringen levere nødvendig informasjon til programleder.

Reportering	Frekvens	Tidspunkt	Reporterings-ansvarlig	Innhold
Statusmøter i programmet	En gang per måned	Avklares nærmere	Prosjektledere	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gjennomført aktiviteter siden sist</li><li>• Planlagte aktiviteter neste periode</li><li>• Verdihistorier</li><li>• Kommunikasjon</li><li>• Risiko</li><li>• Fremdrift/budsjett</li></ul>
Styrings-gruppemøter	Benytte 1 time av FoU-møtet en gang i måned, per prosjekt	Første tirsdag hver måned	Programleder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fremdrift</li><li>• Erfaringer fra arbeidet</li><li>• Risikoer og håndtering</li><li>• Prioriteringer</li><li>• Nødvendige avklaringer.</li></ul>
Møter med Gjensidigestiftelsen og styringsgruppen	En gang per kvartal	Avklares nærmere	Programleder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fremdrift</li><li>• Risikoer og risikohåndtering</li><li>• Budsjett</li></ul>

Statusmøter i programmet er gjennomført jevnlig, og oftere enn en gang per måned. Vi har hatt en fast struktur med programkontor, hvor prosjektlederne for de to prosjektene har møttes annen hver fredag. Disse møtene har vært basert på muntlig kommunikasjon, og ikke like strukturerte på temaer som planlagt (iht. tabellen).

Det var i utgangspunktet planlagt at prosjektet skulle ha månedlige møter med intern styringsgruppe, FoU-teamet. Disse har ikke blitt avholdt som planlagt.



Prosjektgruppen har også presentert prosjektet internt for ansatte i Stine Sofies Stiftelse og Stine Sofie Senteret, slik at alle ansatte er godt kjent med det. I tillegg har andre ansatte enn medlemmene i prosjektgruppen blitt involvert i ulike aktiviteter, som blant annet utarbeidelse av kommunikasjonsplan, evalueringsdesign og testing. Dette har også bidratt til å skape engasjement og eierskap for tiltaket i organisasjonen.

Møter med styringsgruppen har blitt gjennomført hvert halvår (desember og juni) siden oppstart hvor alle tiltakene i Livløpsprogrammet er blitt presentert og gruppen har kommet med innspill og kommentarer og hvor det også har blitt gjort nødvendige overordnede avklaringer for tiltakene.

## 12.0 Interessenter og kommunikasjon

I prosjektets forfase ble det definert suksesskriterier knyttet til involvering av eksterne interessenter.

- Forankring i relevante nasjonale myndigheter, som Helse- og omsorgsdepartementet
- Forankring i fagmiljøer, slik som Landsforeningen for Helsesøstre og Jordmorforeningen (Norsk Sykepleierforbund) og Barnelegeforeningen
- Samarbeid med helsesøstre og jordmødre i utvikling av tiltaket, slik at det er opplevd som støttende i deres virksomhet
- Samarbeid med brukere, slik at det opplevd som relevant

Ved prosjektets oppstart utarbeidet prosjektteamet en interessentanalyse. På bakgrunn av denne utarbeidet vi en utfyllende liste over interessenter, og utarbeidet en kommunikasjonsplan for hvordan de ulike interessentene skulle involveres. Kommunikasjonsplanen har blitt benyttet aktivt gjennom prosjektperioden, og nye interessenter har blitt lagt til etter hvert som vi har oppdaget eller blitt kjent med nye interessenter. En versjon av kommunikasjonsplanen ligger som vedlegg.

I prosjektplanleggingsfasen hadde vi også planlagt å arbeide godt med intern kommunikasjon av tiltaket. Vi har holdt presentasjoner på fellessamlinger for ansatte på tvers av stiftelsen og senteret, og benyttet ressurspersoner internt. Utover dette har vi hatt lite kommunikasjon om prosjektet.



## 13.0 Økonomi

Det ble utarbeidet et budsjett for prosjektet i forkant av oppstart. Totalkostnaden for prosjektet ble estimert til 6,07 mill. kr., hvor støtte fra Gjensidigestiftelsen utgjorde om lag 4,85 mill. kr. Øvrige kostnader skulle dekkes av Stine Sofies Stiftelse.

	2018	2019	2020	2021	Totalt
<b>Gjensidigestiftelsen</b>					
Eksterne ressurser PwC	kr 500 000	kr 500 000			kr 1 000 000
Idefase	kr 250 000	kr 250 000			kr 500 000
Utvikling og produksjon av konsept	kr 250 000	kr 1 450 000			kr 1 700 000
Etablering av resultatmåling og rapporteringsstruktur	kr -	kr 150 000			kr 150 000
Frikjøp av ressurs Stine Sofie Senteret	kr 150 000	kr 150 000			kr 300 000
Distribusjon av konsept		kr 150 000	kr 150 000	kr 150 000	kr 450 000
Evaluering og oppdatering av konsept		kr 50 000	kr 50 000	kr 50 000	kr 150 000
Markedsføring		kr 200 000	kr 200 000	kr 200 000	kr 600 000
<b>Totalkostnad Gjensidigestiftelsen</b>	<b>kr 1 150 000</b>	<b>kr 2 900 000</b>	<b>kr 400 000</b>	<b>kr 400 000</b>	<b>kr 4 850 000</b>
<b>Stine Sofies Stiftelse kostnad</b>					
Interne ressurser	kr 200 000	kr 200 000	kr 200 000	kr 200 000	kr 800 000
Reiser	kr 50 000	kr 50 000			kr 100 000
<b>Totalkostnad Stine Sofies Stiftelse</b>	<b>kr 250 000</b>	<b>kr 250 000</b>	<b>kr 200 000</b>	<b>kr 200 000</b>	<b>kr 900 000</b>
<b>Øvrig finansiering</b>					
Kompetansesenter for kriminalitetsforebyggende tiltak (2018)	kr 320 000				
	<b>kr 320 000</b>				<b>kr 320 000</b>
<b>Totalkostnad</b>					<b>kr 6 070 000</b>

Prosjektleder har rapportert på økonomien i prosjektet månedlig. Overstiger det opprinnelige budsjettet på grunn av annen utforming og mer omfattende innhold

## 14.0 Erfaringer som kan være nyttige for andre prosjekter

- Det å involvere fagpersoner så bredt i utviklingen av tiltaket, gjennom innsiktsintervjuer, tester, referansegruppe og innhold til tiltaket, har bidratt til at arbeidet med å rekruttere piloter og å få markedsført tiltaket har gått lettere.
- Det kan være utfordrende å lage detaljerte prosjektplaner, samtidig som man jobber etter design thinking som tilnærming. Det er viktig å stole på at prosessen vil føre arbeidet til målet, selv om man ikke underveis opplever å ha full kontroll på hvor man skal.
- Det er enormt lærerikt å gjøre hyppige og flere tester underveis i utviklingen. Det gir mye nyttig informasjon som kan sikre at man utvikler tiltaket i tråd med målgruppens behov.
- Det har vært nyttig å ha fast struktur og jevnlig møter i prosjektteamet.
- Det har vært mer krevende å lykkes med jevnlig møter i intern styringsgruppe, selv om strukturen var fastlagt.



## 15.0 Ideer som kan følges opp i senere utviklingsarbeid

Gjennom prosjektperioden fikk vi god innsikt i behov og utfordringer i dagens tjenesteapparat og lovverket som regulerer tjenestene. Vi har identifisert følgende ideer og utviklingsområder, som ikke er en del av selve prosjektet, men som bør arbeides videre med.

### 15.1 Juridisk påvirkningsarbeid

Lovverket bør ikke være til hinder for at far/ partner kan delta på en eller flere konsultasjoner med jordmor i svangerskapsomsorgen. Det er viktig at mor skal kunne gå på en eller flere konsultasjoner uten sin partner ved behov, men far/ partner bør også bli tilbudt en slik konsultasjon uten sin partner tilstede. Vi mener at et tiltak for å gjøre terskelen lavere for at far/ partner deltar bør disse få fri fra sitt arbeid, med lønn, for å delta på en eller flere konsultasjoner i løpet av svangerskapet.

### 15.2 Andre tiltak

Foreldretelefon 24/7 i samarbeid med Mental Helse. Til drift av denne har det blitt innvilget 3 mill. kr. Over statsbudsjettet for 2020. Behovet for tiltaket ble identifisert gjennom innsiktsarbeidet bak Foreldrepakka, men det inngår ikke som en del av Foreldrepakka som tiltak.

I de nasjonale retningslinjene bør det stå beskrevet spesifikke planer på for hvordan helsetjenestene kan løste de oppgavene de står ovenfor med tanke på å forebygge vold og overgrep, men også avdekke. Vi opplever at det i dagens praksis åpner i for stor grad for individuell vurdering, tilfeldig og lokal tilpasning for hvordan man velger å jobbe med tematikken. Dette bidrar til at ikke alle foreldre mottar den samme informasjonen som igjen kan resultere i at de ikke mottar den oppfølging eller kunnskap de har behov for.



## 16. 0 Referanser

- Ann-Kristin Olsen et. al. (2017). *NOU 2017:12 Svikt og svik. En gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgsvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2018, 06 29). Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021). Oslo: Barne- og likestillingsdeptsrtementet.
- Barr RG, T. R. (2006, 01 30). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Neglct*, ss. 7-16.
- Barr, & et.al. (2018, oktober). Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child Abuse & Neglect*, ss. 106-114.
- Barr, R. G. (2012, 10 16). *Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers*. Hentet fra Pupmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23045677>
- Bergmann, A. E. (2014). *"Jeg kan jo ikke kalde det noe annet enn vold..." En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S.
- Christian, C. (2019). *Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children*. Hentet fra uptodate: [https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-epidemiology-mechanisms-and-types-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children?search=child%20abuse&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=6](https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-epidemiology-mechanisms-and-types-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children?search=child%20abuse&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6)
- Dias, M. S., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005, 04 01). *Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program*. Hentet fra Pediatrics- Offiicil journal of the american academy of pediatrics: <https://pediatrics.aappublications.org/content/115/4/e470>
- Franchek-Roa, K. M. (2018, 12 11). *UpToDate*. Hentet fra Intimate-partner-violence-childhood-exposure/contributors: <https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-childhood-exposure/contributors>
- Moen, L. H., Bergman, S., & Øverlien, C. (2018). *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner. Kartlegging av kunnskap for veien videre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 2/2018).
- Mossige S & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007 - 2015. Rapport nr. 5/16*. Oslo: NOVA.



- Myhre, M. C. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nordahl, K. (2014). Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds .
- Sjøvold, M. S., & Furuholmen, K. G. (2015). *De minste barnas stemme*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjøthaug, T. (2019). The challenge of assessing Adverse Childhood Events and interpreting their effects on adult mental health.
- Skjøthaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2014). PROSPECTIVE FATHERS' ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, PREGNANCY-RELATED ANXIETY, AND DEPRESSION DURING PREGNANCY. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL, Vol. 00(0)*, ss. 1-8.
- Solberg, B., & Glavin, K. (2018). Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen. *Sykepleien forskning*.
- Stine Sofies Stiftelse. (2018, 4 desember). *Vold og overgrep mot barn i et livsløpsperspektiv. En kunnskapsoppsummering*. Hentet fra stinesofiesstiftelse.no: [https://issuu.com/stinesofiesstiftelse0/docs/sss\\_innsiktsrapport-issuu\\_endeligve](https://issuu.com/stinesofiesstiftelse0/docs/sss_innsiktsrapport-issuu_endeligve)
- Thoresen, S & Hjemdal, O K (red). (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et*. Oslo: NKVTS.
- Turner, T. L. (2018, 10 12). *Infantile colic: Management and outcome*. Hentet fra UpToDate: [https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-management-and-outcome?search=crying%20infant&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-management-and-outcome?search=crying%20infant&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
- Turner, T. L. (2018). *Patient education: Colic (excessive crying) in infants (Beyond the Basics)*. Hentet fra UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/colic-excessive-crying-in-infants-beyond-the-basics>
- U.S. Department. (2010). *Center for disease control and prevention*. Hentet fra U.S. Department of Health & Human Services: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5865>
- Wolke, e. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*.





## 17.0 Vedlegg

**Vedlegg 1:** Intervjuguide til ansatte i barselavdelinger på sykehus

**Vedlegg 2:** Intervjuguide til ansatte ved helsestasjon

**Vedlegg 3:** Intervjuguide til foreldre

**Vedlegg 4:** Rapport etter intervju, oppsummert av Innoventi

**Vedlegg 5:** Sluttprodukt, Stine Sofie Foreldrepakke

**Vedlegg 6:** Innsiktsoppsummering: Informasjonsprogram til nybakte foreldre, Pwc



## **Temaguide for intervjuer**

*Ansatte i barselavdelinger på sykehus*

(Husk at de vi snakker med må skrive under på samtykkeskjema)

### ***Innledning***

Vi jobber i Stine Sofies Stiftelse. Stine Sofies Stiftelse arbeider hver dag for en barndom uten vold og overgrep. Et av stiftelsens hovedsatsingsområder er å forebygge at vold og overgrep skjer første gang. Barselavdelingene er en viktig arena for å nå ut med informasjon til alle nybakte foreldre. Vi ønsker å snakke med deg om hvordan du opplever å jobbe på barselavdelinger i forhold til dette temaet.

### ***Kan du fortelle litt om deg selv?***

Utdanning, når begynte du å jobbe her, arbeidsoppgaver, spesifikke ansvarsområder.

### ***Hvordan synes du det er å jobbe her?***

### ***Hva tenker du om barselavdelingenes rolle når det gjelder å forebygge vold og overgrep mot barn?***

(Vi er interessert i å finne ut om vedkommende tenker at barselavdelingene generelt har en viktig rolle ift. forebygging eller ikke og i så fall hva hun tenker om rollen).

### ***Hvordan jobber dere med tematikken vold og overgrep her på din avdeling?***

Vi er ute etter å vite i hvor stor grad de har fokus på det, samt hvordan de jobber med tematikken.

Er det noe vedkommende synes er utfordrende? Snakker dere med barn om temaet?

### ***Har du noen gang hatt mistanke om at barn ikke kommer til å få det bra hjemme? Fortell om hva du tenkte og hva du endte du opp med å gjøre.***

### ***Hva skulle man gjort ved barselavdelinger hvis man ønsker å bidra til at ingen barn blir utsatt for vold eller overgrep? Hva tenker du er drømmesituasjonen...***

Her ønsker vi å få frem mulige løsninger som de selv ser.

### ***Avslutning***

Tusen takk for at du tok deg tid til dette og delte så åpent med oss. Vi planlegger å gjennomføre en pilot av dette tiltaket. Kan vi ta kontakt med dere når vi kommer så langt?



## **Temaguide for intervjuer**

*Ansatte ved helsestasjoner*

(Husk at de vi snakker med må skrive under på samtykkeskjema)

### ***Innledning***

Vi jobber i Stine Sofies Stiftelse. Stine Sofies Stiftelse arbeider hver dag for en barndom uten vold og overgrep. Et av stiftelsens hovedsatsingsområder er å forebygge at vold og overgrep skjer første gang. Helsestasjonene er en viktig arena for å nå ut med informasjon til alle nybakte foreldre. Vi ønsker å snakke med deg om hvordan du opplever å jobbe på helsestasjonen i forhold til dette temaet.

### ***Kan du fortelle litt om deg selv?***

Utdanning, når begynte du å jobbe her, arbeidsoppgaver, spesifikke ansvarsområder.

### ***Hvordan synes du det er å jobbe her?***

### ***Hva tenker du om helsestasjonenes rolle når det gjelder å forebygge vold og overgrep mot barn?***

(Vi er interessert i å finne ut om vedkommende tenker at helsestasjonene generelt har en viktig rolle ift. forebygging eller ikke og i så fall hva hun tenker om rollen).

### ***Hvordan jobber dere med tematikken vold og overgrep her på denne helsestasjonen?***

Vi er ute etter å vite i hvor stor grad de har fokus på det, samt hvordan de jobber med tematikken.

Er det noe vedkommende synes er utfordrende? Snakker dere med barn om temaet?

### ***Har du noen gang hatt mistanke om at barn ikke kommer til å få det bra hjemme? Fortell om hva du tenkte og hva du endte du opp med å gjøre.***

### ***Hva skulle man gjort ved helsestasjonene hvis man ønsker å bidra til at ingen barn blir utsatt for vold eller overgrep? Hva tenker du er drømmesituasjonen...***

Her ønsker vi å få frem mulige løsninger som de selv ser.

### ***Avslutning***

Tusen takk for at du tok deg tid til dette og delte så åpent med oss. Vi planlegger å gjennomføre en pilot av dette tiltaket. Kan vi ta kontakt med dere når vi kommer så langt?



## **Temaguide for intervjuer**

*Kommende eller nybakte foreldre*

### **Innledning**

Vi jobber i Stine Sofies Stiftelse. Stine Sofies Stiftelse arbeider for "En barndom uten vold og overgrep", og er i gang med å utvikle et nytt tiltak som skal forebygge at foreldre utøver vold mot sine barn. For at tiltaket skal treffe målgruppen så godt som mulig, ønsker vi å gjennomføre et empatiintervju med kommende eller nybakte foreldre. Dette gjør vi for å forså målgruppen og få innsikt i hva som opptar dere i hverdagen.

***Først av alt gratulerer som gravid/ foreldre, og takk for at dere tar dere tid til dette intervjuet!***

1. ***Hva opptar dere mest for tiden?***

***Far:***

***Mor:***

***Som par:***

2. ***Hvor henter dere informasjon om temaene dere er opptatt av?  
Hvorfor bruker dere denne kanalen?***

***(Er helsepersonell en viktig rolle for å kvalitetssikre informasjon??)***

***(Spørre både mor og far)***

3. ***Hvilke forventninger har dere rundt foreldrerollen?  
(Spørre både mor og far)***

4. ***Hvilke tanker har dere gjort dere rundt barnegråt?  
Hvordan tror dere det vil påvirke dere?***

***Har dere gjort dere noen strategier når barnet ditt blir urolig?***

5. ***Vårt prosjekt går ut på å forbygge at foreldre ikke utsetter sitt barn for vold. Hva tenker du/ dere rundt dette temaet?***



## Utvalg

	Testpersoner	Når	Kommentar
Par 1	Barn nr 1 (6 mnd)	14/5	Norsk, slutten av 20-årene
Par 2	Barn nr 2 (nyfødt)	16/5	Norsk, midt i 30-årene
Far 1	Venter sitt første barn i juli	16/5	Polsk, 27
Par 3	Venter sitt første barn i sommer	20/5	Fra Ungarn, i slutten av 20-årene
Far 2	Barn nr 1 (hjemme i farspermisjon)	21/5	Norsk, rundt 30
Par	Barn nr 2 (nyfødt)	22/5	Avlyst pga sykdom
Far 3	Barn nr 3 (nyfødt)	22/5	Norsk, rundt 30
Far 4	Barn nr 2 (13 dager)	23/5	Norsk, tidlig 30-årene
Par 4	Barn 2. Snart et år	27/5	Jobber hos Innoventi. Vikar for avlyst par.

## Oppsummert

- Samtlige testpersoner finner temaet relevant.
- Veien til far går fra helsepersonell via mor.
- Ting må være enkelt. Korte setninger, klart språk, 2019-look
- Budskapet bør inneholde klare råd og tips ("visste du at" og modeller)
- Filmene oppleves som fine. Overraskende lite "motstand". Oppfattes litt som repetisjon for 2. og 3. gangs foreldre.
- Alle vil ha gaveeske med bok og body. Noen få vil også ha med Oh shit-planen. Esken er for første blikk, ikke for oppbevaring.

### Egne betraktninger:

Bruk av app og trykt materiell møter stor konkurranse. Det er selve møtepunktene det må satses mest på, men materiellet vi deler ut må ha brukervennlighet og kvalitet som holder høyt nivå.

Noen opplever materiellet som "mistenkelliggjørende" mot far. Foreldrerollen er felles. Mor kan også mangle strategier. Derfor bør også mor inkluderes i illustrasjonene.



Vedlegg 5: Sluttprodukt, Stine Sofie Foreldrepakke  
Foreldrepakka er bygd opp rundt 10 smarte tips.



1: Snakk om barndommen din



2: Snakk om forventningene dine



3: Si fra hvis du ikke har det bra



4: Lag en Oh shit-plan



5: Barn gråter for å få hjelp



6: Frustrasjon og avmakt er normalt



7: Sov når du kan



8: Bygg hjernen til barnet



9: Gjør hverandre gode



10: Vær en trygg omsorgsperson

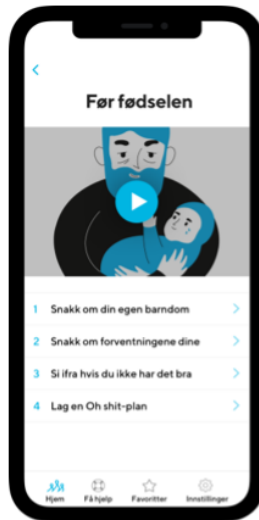
Informasjonsplakat til helsestasjoner/sykehus



Innholdet i de 10 smarte tipsene er tilgjengelig både på app og i trykt format:



App



Animerte temafilmer



Veiledningsvideoer

Appen «10 smarte tips til alle småbarnsforeldre» finnes på Google Play og AppleStore



Foreldreboka inneholder alle de 10 smarte tipsene





Det er utarbeidet veiledningshefte til helsepersonell

Det er også utarbeidet en egen invitasjon til far/partner, som jordmor skal dele ut i svangerskapsuke 10 (ca), og som skal bidra til at far blir mer involvert.



**10 smarte tips til alle småbarnsforeldre** er en del av Stine Sofie Foreldrepacke, som skal gi barn og foreldre en trygg og god start på det nye livet. 10 smarte tips brukes til viktige samtaler i svangerskapsomsorgen, på sykehuset og på helsestasjonen etter fødsel.



Last ned appen 10 smarte tips til alle småbarnsforeldre gratis på AppStore og Google Play.

## Velkommen til samtale hos jordmor!

Hvis dere er to, er det viktig at begge kommer. Dere er superviktige for barnet, og dere må sammen forberede dere på å bli foreldre.

Dato: \_\_\_\_\_ Kl: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_



Vedlegg 6: Innsiktsoppsummering: Informasjonsprogram til nybakte foreldre, Pwc



# *Innsiktsoppsummering: Informasjonsprogram til nybakte foreldre*

Stine Sofies Stiftelse

## ► *Hensikt med prosjekt Informasjonsprogram til nybakte foreldre*

Prosjektet ønsker å etablere et nytt universelt forebyggende tiltak for forebygging av vold mot barn, og spesielt spedbarn, som omfatter et bredere spekter av vold enn dagens program.

Målsettingen med tiltaket er vordende og nybakte foreldre skal få kunnskap om hvor skadelig vold mot barn er, og få konkrete strategier for å ikke utøve vold i krevende situasjoner. Tiltaket skal også være til hjelp for helsepersonell når de skal snakke med foreldre om vold. På lang sikt kan dette bidra til å redusere forekomsten av vold mot barn.

# Bakgrunn

- Vold og overgrep mot barn forekommer i **stort omfang** og overføres mellom generasjoner.
- En stor del av vold og overgrep mot barn begås av **omsorgspersoner**.
- Vold og overgrepserfaringer i barndommen kan medføre **alvorlige fysiske, psykiske og sosiale konsekvensene** for den som er utsatt.
- Lav sosioøkonomisk status, psykiske helseproblemer og rusmiddelbruk er kjente risikofaktorer.
- Tiltak mot å forebygge vold og overgrep bør rettes inn **så tidlig som mulig**. Tiltak som rettes inn allerede før fødsel, gjennom å identifisere vanskeligstilte foreldre, har størst helsemessig og samfunnsøkonomisk gevinst.

*Kunnskapsoppsummeringen, Livsløpsprosjektet*

# Utløsende faktorer

- Utrøstelig gråt
- Mangel på søvn hos foreldrene
- Urealistiske forventninger til barnet og seg selv som foreldre (CDC)
- Manglende strategier for å løse krevende situasjoner i hverdagen som foreldre ( NKVTS- Kan ikke kalle det noe annet enn vold)

Alvorlig fysisk barnemishandling forekommer i alle samfunnslag, men miljøer med dårlige sosiale forhold og lav utdanning er overrepresentert. Gjerningspersonene er ofte unge med snittalder på 25 år, og i de fleste tilfellene menn. NOU2017:12

# Innsiktsarbeidet viser

- temaet psykisk og fysisk vold mot barn prioriteres i *svært* ulik grad i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen per dags dato.
- stor variasjon på kunnskapsnivå og ulik praksis blant fagfolk rundt tematikken
- amming, søvn, vekt og lengde får størst fokus i ssamtaler med helsepersonell
- informantene forteller at det ofte er et stort sprik mellom forventningene mange foreldre har til å få en liten baby, og slik det faktisk blir å få et lite barn med alle de utfordringene det byr på.
- mangel på søvn, utrøstelig gråt og parforhold som blir satt på prøve er noen typiske utfordringer som nybakte foreldre står i.
- foreldre har lite kunnskap om vold generelt, samt hvilke konsekvenser vold har for barna det gjelder. På den andre siden sier de at dette er noe som må komme tydeligere frem og gjøres mer kjent for allmenheten.

Det er nødvendig for helsepersonell å oppnå en trygg relasjon til foreldrene og involvere far på et tidlig stadium for å sikre åpen, trygg og god dialog mellom helsepersonell og foreldre. Dette er viktig for å kunne arbeide forebyggende med temaet og fange opp ulike bekymringer. Det er også viktig å kunne se på familien og situasjonen som en helhet i arbeidet. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å kunne få til en optimal oppfølging i svangerskapet og barnets to første leveår.

# Tilnærmingen så langt



## Hvem vi har snakket med

21 Intervjuobjekter

Intervjuer er gjennomført i:  
Tromsø, Stavanger, Bryne, Sola,  
Kristiansand, Arendal og Oslo



**3 spesialsykepleiere**



**6 jordmødre**



**1 barnelege**



**5 helsesykepleiere**



**6 Foreldre**



▶ *Innsiktene*

# Foreldrenes behov

*«Alle er jo interessert i at vi får barn, men vi vet ikke helt hva det innebærer.»*

*«Har ikke tenkt så mye på det før nå, men informasjon bør ut. Tror faktisk det er viktig! Har ikke tenkt på at så små barn registrerer kranling og blir stresset av det.»*

*«Viktig at helsepersonell gir info om gråt og foreldres normal reaksjoner på den. Jeg har ikke noe problem med å forstå at folk blir gale. »*

# 1. *Stor avstand mellom forventninger og realitet*

Mange foreldre ser i etterkant at de kunne ønsket seg mer fokus og informasjon rundt hva de kunne forvente seg når barnet kom. Det er mye informasjon om de praktiske oppgavene rundt omsorg for en baby, men ikke så mye om hva som skjer med dem som foreldre. De trenger kunnskap og informasjon rundt foreldrerollen, for å kunne justere forventningene både til seg selv, partner og barnet. Det er mye press på småbarnsforeldre og for mange er det vanskelig å skille prioriteringene i ønske om å gjøre alt perfekt.

Det er et behov for å forberede foreldre gjennom svangerskapet på hvilke utfordringer de vil møte både i relasjon til barnet og i parforholdet. Det er viktig at disse forberedelsene er tilrettelagt for barnets nærmeste omsorgspersoner.

***«Det var en frustrerende periode som heldigvis er over.»***

***–pappa til to***

## 2. Småbarnsforeldre har behov for konkrete strategier for å håndtere og mestre krevende situasjoner

Foreldre forteller at de kunne ønsket å vite mer om effekten av lite søvn og stress og hvordan dette kan påvirke handlingene deres og utfordre deres sunne fornuft. De har behov for kunnskap for å kjenne og forstå sine egne reaksjoner, og verktøy til å håndtere disse. Flere av informantene sier at det burde ha vært en døgnåpen telefon der man kunne fått kontakt med fagfolk. På denne måten kunne man spurt om gode råd hvis man ble usikker. Google ble ikke trukket frem som en god løsning hvis man lurte på ting rundt barnestell. Informasjon fra fagpersoner ble sett på som sikkert og trygt. Foreldre ønsker å trygges i at de gjør en god jobb og ønsker støtte i at ikke alt er like viktig. De trenger å kjenne at de mestrer foreldrerollen og få bekreftelse av fagpersonell på dette. Ved å rose og veilede foreldre til riktige prioriteringer (nok søvn, riktig påfyll etc), for både seg og barnet, vil man kunne påvirke selvbildet og skape en større mestringsfølelse.

**Nybakte foreldre trenger konkrete strategier for å løse krevende utfordringer som oppstår når de skal ta vare på sitt barn.**

Det er spesielt et behov for å vite hvordan man håndterer gråt:

**Hvorfor skjer det; hva gjør det med oss; hvordan kan man takle det bedre?** I tilfeller der barn har kolikk så kan det være vanskelig for foreldre å håndtere dette over lang tid.

*«Jeg kan ingenting om gråt, så det kunne vært noe nå før barnet kommer. Hadde jordmor tatt det opp med meg, hadde det vært bra.»*

-Gravid for første gang

### 3. *Fedre må bli involvert og inkludert tidligere i svangerskapet.*

Ved å fokusere på fedrenes relasjon til barnet i magen og tilrettelegge for tidlig kontakt / det første møtet, vil man kunne bidra til å skape et tettere bånd når barnet kommer. Han vil da kunne få en aktiv og naturlig rolle i barnets liv. Far bør få invitasjon til å delta på kontroller og legetimer på lik linje med mor. Han bør også inkluderes i samtaler og avgjørelser som angår barnet.

Det er flere som opplever at far er lite involvert i svangerskapsperioden, og at det er få muligheter til å nå fram med informasjon som kan forberede for farsrollen. Det er viktig at far også får forståelse for hvordan det er å ha et nyfødt barn, og hvordan man best kan takle den nye situasjonen man er i.

*“Far fikk mye informasjon forrige gang, men leste ikke noe av det.»*

*–Mor*

*«Info må bli gitt fra lege eller jordmor der far faktisk er med.»*

*–Far*

## 4. Foreldre trenger en bedre forståelse av hva vold mot barn er, samt konsekvensene.

Fagpersonell ønsker en større forståelse hos foreldre for hva vold egentlig innebærer. Det er også viktig å ha forståelse for at vold kan være både fysisk og psykisk.

Foreldre har et *stort ansvar* og *må forstå* sin påvirkning og konsekvensene av både fysisk og psykisk vold mot barnet. Det er også viktig å forstå hvordan barnet reagerer på høylytt og aggressiv krangling i hjemmet. Dette gjelder ikke bare eldre barn, men også de nyfødte i våken og sovende tilstand.

Foreldre må skjønne betydningen av å ha et voldsfritt hjem med tanke på barnets fysiske og psykiske utvikling. Alle informantene sier at det er viktig at denne informasjonen bør gis til alle vordende og nybakte foreldre for å unngå stigma samtidig som det er informasjon og kunnskap alle foreldre bør ha.

*« Informasjonen må ikke oppleves som krenkende eller antyde, dette er info som skal gis til alle foreldre, og si noe om hvorfor. Må være informasjon og ikke indikere noe. Standard informasjon som gis fra jordmor/lege og et skriv som deles ut. Må være noe ferdig som ikke stigmatiserer. »*

*-Far til barn på 2,5 år og venter barn nr 2*

## 5. Foreldrene trenger å få informasjon der de er – når de er der

I en travel barsel- og småbarnstid lever de fleste foreldre hektiske hverdager med stort fokus på nuet og lite planlegging og langtids-tankegang. Jobb, studier, eldre søsken samt oppussing tar opp mye av tiden til våre informanter. Hvis man ønsker å nå ut til foreldre og skape tillitsforhold, vil det være hensiktsmessig å nå ut i den bestemte fasen hvor temaet er aktuelt og de kjenner seg igjen i problemstillingen. Flere av informantene sier at det bør gis informasjon før barnet kommet, under sykehusoppholdet etter fødsel og etter at man har fått barnet med seg hjem. Samme informasjon kan med fordel gjentas.

Foreldre vil være mottakelige for informasjon i forskjellige kanaler. For noen er det naturlig å lese brosjyrer man får tildelt, mens andre lettere vil ta til seg informasjon hvis den deles gjennom kanaler som app, tv og video, sosiale medier, gjennom rollespill, eller en enkel dialog. Det er viktig å utforske mulige og alternative kanaler.

Svangerskapskontroller, barselopphold og barselkontroller, er alle viktige kontaktpunkter mellom foreldre og fagpersoner. Her er det muligheter for å skape trygge arenaer for å få til gode dialoger og tillit til fagpersoner.

**«Vi må lære mødrene at det er lov å våge å si at når jeg på tredje natten har blitt holdt våken, er jeg redd for hva jeg kan komme til å gjøre.»**

*«Jeg tror vi vil bli likt for en hver pris. Vi vil ikke være hun der som de snakker om på helsestasjonen»*

*-Helsesøster*

## *Fagfolkenes behov*

*«Flere av mine ansatte sier «Å, er det så mange? Så forferdelig! Men det er vel ingen her?!»*

*-Jordmor*



# 1. Fagpersoner trenger trygghet og kunnskap om hvordan snakke om temaet med foreldrene

Det finnes i dag klare retningslinjer som sier at vold og overgrep skal tas opp. Fagpersonell etterspør lett anvendelig materiale som er lett å gi ut og snakke rundt når de er på besøk og ikke minst når de tar imot foreldre på konsultasjoner. Materiell vil kunne brukes som en inngangsport til samtale. Det kan oppleves tøft å ta opp dette tema "ut av det blå" og vil kunne oppleves fint å ha noe å støtte seg på, samt oppleves mer naturlig for foreldre å motta. Enkle og visuelle guides til å mestre gråt, sinne og frustrasjon. Det vil også være hensiktsmessig om helsepersonell kan trenes i å samtaleteknikk for å prate mer fortrolig med foreldre. Det er viktig at materiell ikke ekskluderer noen, men er laget med tanke for alle stadier av risiko, og må signalisere at det aldri er for tidlig eller for sent å få hjelp. Hvor man kan oppsøke hjelp må komme helt tydelig frem i informasjonen som blir gitt.

*«Tror økt bevisstgjøring er forebyggende. Og hvis man har noen enkle verktøy kunne det vært nyttig. Har litt tro på sjekklister»*

– Barnelege

*«Vi må være mer åpne, spørre, og tørre å være mer direkte. Mot. Jeg tror det handler om det.»*

–Jordmor

## 2. Behov for gode relasjoner mellom foreldre og fagfolk

Helsepersonell må komme i posisjon til å snakke om de vanskelige tingene og gjøre foreldrene trygge til å dele det de sliter med eller lurer på. Dette handler om å kunne etablere tillit med foreldrene, og å ha nok tid med begge foreldrene til å kunne ta opp emnet, i en atmosfære som oppleves som trygg for begge parter. Relasjonsbygging og tidlig kartlegging kan være en nøkkel for forebygging.

*«Du skal jo beholde alliansen, og ha barnets beste i tankene, samtidig som du skal fange opp og guide i riktig retning. Det er en kunst å ikke miste dem på veien.»*

– Helsesøster

*«Hvis noen har problemer med vold, så sier man ikke det i en slik gruppe hvis man ikke allerede er godt kjent. Det er jo skamfullt.»*

– Mamma til en gutt på 2,5 år og ei jente på 6 uker

*"Før kjørte vi grupper på veldig mange konsultasjoner og gikk bort fra det, fordi vi så at de individuelle problemstillingene ble borte i gruppa.»*

– Helsesøster

### 3. Styrke foreldrekompetansen

Det er behov for å dele kunnskap om gråt og teknikker for trøst, samt det faktum at gråt ikke er farlig i seg selv. Foreldreveiledning som COS - Circle of security blir av mange fagpersoner sett på som gode tiltak for å møte barnets behov for en trygg tilknytning. Newborn Behavioral Observation (NBO) er en metode som brukes på noen barselavdelinger og nyfødteintensivavdelinger for å lese barnet og forstå dets behov. Målet er å gi foreldrene økt mestringsfølelse og trygghet på at de kan lese og tolke signalene til sitt eget spedbarn.

*"Noen foreldre blir veldig stresset hvis babyen hylgriner og prøver å legge til brystet. Da sier jeg at de må roe ned babyen først, for at det skal roe seg før han tar brystet. Men jeg ser jo at det er stress. Og en kan jo skjønne stress selv. Det ser vi veldig tydelig, at de stresser når babyen griner. "*

*-Jordmor på barsel*

# 4. Det er et behov for å sette temaet fysisk og psykisk vold på agendaen i helsesystemet

Fagpersoner ser et stort behov for å spre kunnskap om forekomst og de utløsende faktorene. De er forpliktet til å følge nasjonale faglig retningslinjer som sier at vold og overgrep som skal tas opp som tema. Fysisk og psykisk vold bør prioriteres som et viktig tema helsepersonell tar opp med foreldre i svangerskap- og barselperioden. Temaet bør følges opp av helsesøster på hjemmebesøk etter fødsel og kommuniseres på lik linje som for eksempel d-vitamin-tilskudd og fødselsdepresjon. Innen de nærmeste ukene kan oppfølging av utvikling være en viktig faktor. Flere av fagpersonene hadde opplevd at foreldre ikke viste hvor skadelig det er å riste et barn, og mener dette er informasjon som må ut i større grad.

Det er et ønske om at temaet kommuniseres på et nasjonalt nivå, og med mål å tilgjengeliggjøre temaet som et kollektivt ansvar og problem.

***"Nå når barseloppholdet er så kort, så er der ting som går på bekostning av den tiden vi kan bruke. Vi har veldig mye skjemaer som skal skrives ut ... Det er så mange MÅ-oppgaver. Men jeg ser jo at dette burde vært en like stor MÅ-oppgave som å sjekke barnet for gulsott».***

Jordmor

***«Barselavdelingen kan absolutt være en arena for forebygging, sammen med svangerskapsomsorg og helsestasjon»***

Jordmor

► *Brukerreise*

## Foreldrenes behov

Før fødsel

Involvere og inkludere far –  
Mulighet for samtale

Forberede foreldre,  
styrke foreldrekompentansen,  
etablere realistiske forventninger

Under Barsel

Behov for tilgjengelige og tilpassede verktøy

Forstå påvirkning og konsekvenser av vold i hjemmet

0-2 år

Mestringsfølelse og hjelp til prioritering

Behov for tilgjengelige og tilpassede verktøy



Kunnskap og metoder tilpasset fase 1

Kunnskap og metoder tilpasset fase 2

Kunnskap og metoder tilpasset fase 3

## Helsearbeidernes/ fagpersoners behov

Før fødsel

Skape en trygg relasjon som gjør det mulig å vise sårbarhet

Involvere og inkludere far -

Under Barsel

Orientere foreldre om hva vold mot barn er og konsekvensene

Konkret materiell, øvelser eller prioritert

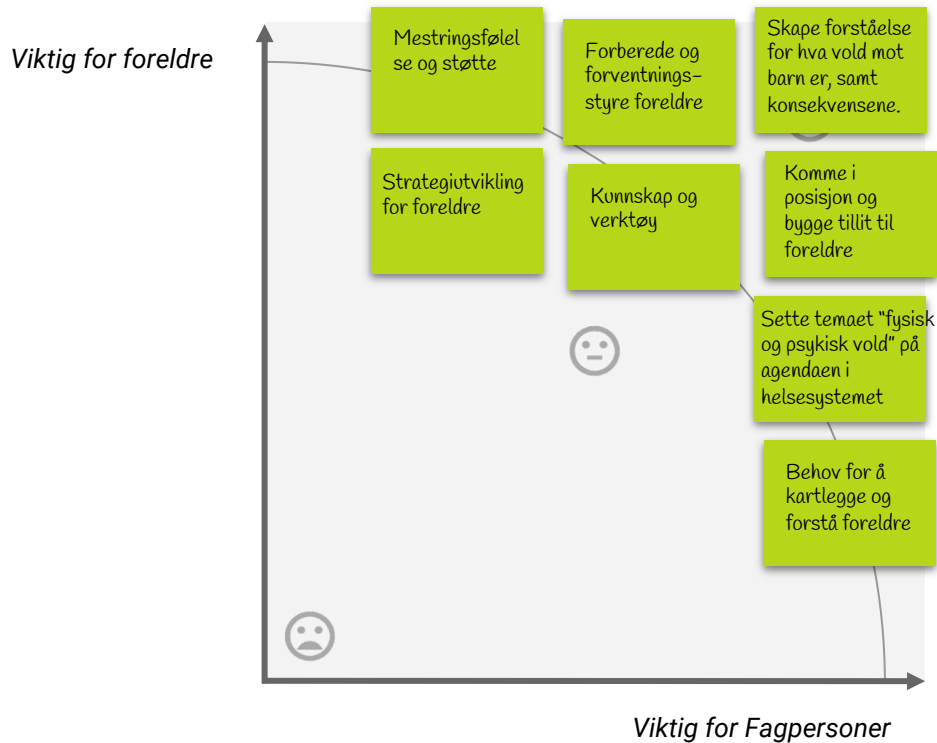
0-2 år

Oppfølging med gode sjekklister og godt samtale-materiell

Tillit - bygge relasjon mellom foreldre og helsesøster



# Vi gjorde en prioritering av behovene







▶ *Veien videre*

## Vedlegg 3

### Bilder til masteroppgave

Denne avsenderen tone.emilie@stinesofiesstiftelse.no er fra utenfor organisasjonen. Blokker avsender



Tone Emilie L. Spinnangr <tone.emilie@stinesofiesstiftelse.no>

sø. 02.01.2022 21.52

Til: Elisabeth Lie Brasøy

Kopi: Elisabeth Figenschou



Det er ikke ofte du mottar e-post fra tone.emilie@stinesofiesstiftelse.no. [Les hvorfor dette er viktig.](#)

Ja selvfølgelig, så lenge dere skriver illustrasjoner hentet fra Stine Sofie Foreldrepakke under bildene så er det helt ok 😊 Her er firmaet som utviklet konseptet og illustrasjoner. <https://innoventi.no/prosjekter/stine-sofies-stiftelse>

Få [Outlook for Android](#)

...

Svar | Svar alle | Videresend



Elisabeth Lie Brasøy

sø. 02.01.2022 20.55

Til: Tone Emilie L. Spinnangr <tone.emilie@stinesofiesstiftelse.no>

Kopi: Elisabeth Figenschou



Hei, vi lurer på om vi kan bruke bildene dere har brukt i foreldrepakka når vi presenterer foreldrepakka i vår masteroppgave?  
Mvh Elisabeth LB og Elisabeth F

## Søknad om gjennomføring av master i barnesykepleie ved Barne- og ungdomsavdelingen, DS

I forbindelse med studiet master i barnesykepleie skal vi skrive en master om implementering av informasjonsprogrammet Foreldrepakka Stine Sofie Stiftelse ved nyfødtintensiv på Drammen sykehus

Som tema for oppgaven har vi valgt Forebygging av spedbarnsvold

Hensikten med oppgaven er å implementere et kvalitetsforbedringsarbeid som skal sikre at alle foreldre innlagt på nyfødtintensiv, mottar samme informasjon og veiledning knyttet til Foreldrepakka, temaene trøst og gråt.

Det skal ikke samles inn data i forbindelse med utarbeidelsen av implementeringsplanen, med unntak av et kort spørreskjema i etterkant av fagdager som skal arrangeres.

Undersøkelsen vil være anonym, ingen data vil bli lagret.

For avdelingene innebærer undersøkelsen følgende merarbeid:

- Intet merarbeid

Det er ønskelig å gjennomføre datasamlingen i etterkant av fagdage, på slutten av undervisningen. Det vil settes av noen minutter til utfylling av et spørreskjema. Skjemaet samles inn av studentene samme tid.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Lie Brasøy og Elisabeth Figenschou

Jeg samtykker til at prosjektet kan gjennomføres i:

Barne- og ungdomsavdelingen

Avdeling

23/12-21

Mariann Hval

Signatur avdelingssjef, dato

Mariann Hval - Avdelingssjef  
Drammen sykehus  
Barne- og ungdomsavdelingen  
Vestre Viken HF

## Sjekkliste for implementering

### Vurder om enheten er klar

Før dere går i gang med å implementere\* et eller flere endringer/tiltak, er det anbefalt at leder i samarbeid med forbedringsteamet vurderer følgende punkter i tabellen under. Dersom en eller flere av punktene ikke kan besvares positivt, er det viktig å vurdere om enheten er klar eller om det er behov for justeringer eller ytterligere forankring.

\*Med implementering menes her det å gjøre endret praksis til en integrert og fast del av virksomheten så det blir en del av «slik gjør vi det her hos oss» hele tiden. Implementering gjøres i etterkant av at tiltakene er testet ut i klinisk praksis (småskalatesting).

Forutsetning som bør være til stedet der tiltakene skal implementeres	Ja/nei
Alle endringer/tiltak er testet ut i praksis gjennom flere tester, i ulike settinger og hos alle relevante målgrupper.	Nei
Vi har gjennom testing samlet kunnskap om hvordan endringene/tiltakene best bør gjennomføres, og har oversikt over hva som må på plass for at disse skal kunne ruller ut og implementeres til alle ansatte i enheten.	Ja
Vi har gjennom testing fått oversikt over hva tiltaket eller tiltakene krever av materiell, utstyr og kunnskap hos involverte aktører for å kunne gjennomføres etter hensikt.	Ja
Vi har oppnådd resultater på ønsket nivå, det vil si det nivå som tilsvarer målet som ble satt, og disse resultatet har ligget stabilt over en lengre periode. Dette vises i en tidsserie som bør gå over en tidsperiode hvor man mistenker sesongvariasjon eller annen forventet variasjon som skifte av personell, ferie osv.	Nei. Ikke mulig før implementering.
Tiltakene er forankret hos og er støtte av ledelsen og er nedfelt og gitt prioritert i nødvendige styringsdokumenter, som for eksempel handlingsplaner eller kvalitetsstrategier.	Ja
Tiltakene er forankret hos de ansatte og deres tiltro til at dette er endringer som kan gjennomføres og er til beste for pasienten og bruker, er høy. En slik tiltro kan avdekkes gjennom systematisk småskalatesting og eventuelt ved å spørre ansatte.	Nei. Ikke mulig før fagdager.
Det er utarbeidet en plan for hvordan implementeringsprosessen skal gjennomføres. Planen bør inkludere: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> hvem som har ansvar for at tiltakene implementeres Ja</li> <li><input type="checkbox"/> hvilke ressurser som kreves Ja</li> <li><input type="checkbox"/> hvem som vil bli involvert, i hvilken rekkefølge Ja</li> <li><input type="checkbox"/> fordeling av ansvar underveis Ja</li> <li><input type="checkbox"/> tidsplan Ja</li> <li><input type="checkbox"/> hvordan prosessen skal kommuniseres underveis (kommunikasjonsplan) Ja</li> </ul>	Ja

#### Kilder:

- Improvement Guide, IHI, Implementetion checklist side 185, kap. 7
- NHS East London Foundation Trust, Quality Improvement Departement, Implementation Action Plan, <https://qi.elft.nhs.uk/collection/implementation-and-sustaining-the-gains/>
- Redskaber til implementering, fastholdelse og opskalering, Region Midtjylland, Helle Høgh & Britta Ravn

## Plan for implementering

Dersom dere er klare for å implementere er det viktig å ha vurdert behov\* for standardisering, et måle og feedback system, ressurser, utdanning og opplæringsbehov, og opprettholdelse av motivasjon og engasjement for prosessen skal være vellykket. Det vil si at den nye arbeidsmåten (tiltakene/endingene) er integrert i de daglige arbeidsrutinene.

\*Eventuelle behov vil være avdekket under testing.

Aktivitet	Ikke avklart /startet/ferdig
<b>Standardisering og dokumentasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nye arbeidsmetoder er standardiser og nedfelt i en skriftlig prosedyre. Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Gamle prosedyrer/rutiner er fjernet (hvis det er behov). Ikke behov</li> <li><input type="checkbox"/> Det er lagt en plan for hvordan disse rutinene skal gjøres kjent for og brukes av alle i enheten Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Vi har et system for å dokumentere ny arbeidsrutine. Ja</li> </ul>	Hvis ikke avklart, hvorfor? Punkt 1: Skal påbegynnes. Ferdig avklar. Punkt 2-4: Ferdig.
Hvordan skal dere sørge for at å opprettholde nivå på nye arbeidsmetoder? Beskriv en plan, inkludert metoder for å innhente læring underveis.	
<b>Måle- og feedbacksystem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vi har på plass et system for å følge med på om de forbedringene som er oppnådd vedvarer.Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Dett gjennomføres regelmessige målinger og tilbakemeldinger fanges opp og vurderes Ja</li> </ul>	Ferdig utformet.
Beskriv det måle- og feedback systemet som skal benyttes, inkludert hvordan data/informasjon skal presenteres.	
<b>Ressurser</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Det er gjort en vurdering av eventuelle behov for ressurser (nye skjemaer, utstyr, opplæringsressurser osv.).Ja.</li> <li><input type="checkbox"/> Nødvendige ressurser er på plass og klare til å ta i bruk. Ja.</li> </ul>	Ferdig avklart.
Beskriv hvilke ressurser som det vil være nødvendige å ha på plass for at tiltak/endinger skal kunne implementeres i hele enheten. Hvordan skal dere sørge for at disse ressursene kommer på plass?	
<b>Utdanning og opplæringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Det er et behov for opplæring eller trening av ansatte for å sikre vedlikehold av kompetanse Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Vi har på plass et system for hvordan denne opplæringen /utdanningen skal gjøres systematisk og regelmessig. Ja</li> </ul>	Ferdig utformet
Beskriv hvordan og med hvilke ressurser opplæring og trening skal foregå, inkludert hvordan integrere nye ansatte.	
<b>Motivasjon og engasjement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Resultater og fremdrift blir etterspurt regelmessig. Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Vi har lagt ned en plan for hvordan opprettholde engasjement og motivasjon for ny arbeidsmåte/rutine. Ja</li> </ul>	Ferdig utformet
Beskriv hva som må til for å opprettholde motivasjon og oppmerksomhet på området i den enheten som forbedringene er gjennomført på, og hva som må på plass for at dette skal skje.	

## Vedlegg 6

### Familie 1

Mor og far førstegangsførelde, alder 23 år. Nora er født i uke 26 på Rikshospitalet og overflyttes til Drammen nyfødtintensiv når Nora er 3 uker gammel. Mor oppleves som litt forsiktig og redd for å gjøre feil. Far oppleves som mer selvsikker til tross for at han kanskje mangler tilstrekkelig kunnskap på området, og gir uttrykk for å ikke ønske mye veiledning. Når Nora er i uke 32 skal foreldrene presenteres for programmet *Foreldrepakka*. Om personalet henvender seg til mor, svarer gjerne far ivrig. Far har mange tolkninger om hvordan barnet har det. Mor havner i en litt vanskelig situasjon dersom hun opplever at hun havner litt mellom "barken og veden" mellom den veiledningen familien får fra personalet og fars tolkninger og meninger om hvordan barnet har det.

### Familie 2

Mor har bodd i Norge i 5 år, gift med norsk mann, og nå har de fått et lite barn sammen etter langvarig forsøk. Far har en sønn på 18 år fra tidligere. Barnet er født i uke 31+4 grunnet placentalsløsning, og har trent CPAP i lengre tid. Det går ikke så greit, verken med amming eller overgang fra CPAP til HF. Foreldrene er veldig, veldig forsiktige. De er redde for å gjøre feil, og veldig opptatt av å gjøre alt fullstendig riktig. De søker gjerne svar fra alle, og det er forferdelig vanskelig når de får forskjellige svar.

### Familie 3

Mor og far har hatt et ukomplisert svangerskapsforløp, men grunnet spontan prematur fødsel er barnet født i uke 33+5. Sprekt og fint barn, kun noen timer med CPAP i etterkant av fødsel. Mor har sterke meninger om at barnet skal "tåle" å ligge alene, må tåle å gråte, og må lære seg å finne roen selv. Mor har lært fra sin mor, at det er viktig å unngå at barnet blir vant til å bæres rundt på armen eller dultes for mye med. Barnet skal lære seg å finne roen i sengen selv, og ikke utvikle "lakenskrekke". Far er med i dialog og veiledninger, foreldrene fremstår samkjørte.



Process		Choose the <b>factor level</b> that comes closest to your situation and tick the box to the left of it	
Factor description	Identify (✓)	Factor level	
<b>Benefits beyond helping patients</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>In addition to helping patients, are there other benefits?</li> <li>For example, does the change reduce waste or avoid duplication?</li> <li>Will it make things run more smoothly?</li> <li>Will staff notice a difference in their daily working lives?</li> </ul>	a	We can demonstrate that the change has a wide range of benefits beyond helping patients, for example by reducing waste, creating efficiency or making people's jobs easier.	
	b	19/1-22	We can demonstrate that the change has some benefits beyond helping patients such as reducing waste and making jobs easier, but not a wide range.
	c	22/3-22	We can demonstrate that the change has one or two benefits beyond helping patients.
	d	eg ✓	The benefits that we have identified are only directly related to helping patients. We have not identified any other benefits that this initiative could bring.
<b>Credibility of the benefits</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are benefits to patients, staff and the organisation visible?</li> <li>Do staff believe in the benefits?</li> <li>Can all staff clearly describe the a full range of benefits?</li> <li>Is there evidence that this type of change has been achieved elsewhere?</li> </ul>	a	Benefits of the change are widely communicated, immediately obvious, supported by evidence and believed by stakeholders. Staff are able to fully describe a wide range of intended benefits for this initiative.	
	b	19/1-22	Benefits of the change are not widely communicated or immediately obvious even though they are supported by evidence and believed by stakeholders.
	c	22/3-22	Benefits of the change are not widely communicated or immediately obvious even though they are supported by evidence. They are not widely believed by stakeholders.
	d		Benefits of the change are not widely communicated, they are not immediately obvious, nor are they supported by evidence or believed by stakeholders.



Process		Choose the <b>factor level</b> that comes closest to your situation and tick the box to the left of it	
Factor description	Identify (✓)	Factor level	
<b>Adaptability of improved process</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Can the new process overcome internal pressures, or will this disrupt the change?</li> <li>Does the change continue to meet ongoing needs effectively?</li> <li>Does the change rely on a specific individual or group of people, technology, finance etc, to keep it going?</li> <li>Can it keep going when these are removed?</li> </ul>	a	22/3-22	The improved process can adapt to link in with and even support other organisational changes. It would not be disrupted if specific individuals or groups left the project. Its focus will continue to meet the improvement needs of our organisation.
	b	19/1-22	The improved process can be adapted to support wider organisational change but it would be disrupted if specific individuals or groups left the project. Elements of this work will continue to meet our organisations improvement needs.
	c		It would be difficult to adapt the new process to other organisational changes. It would cause disruption if specific individuals or groups left the project.
	d		The new process could not adapt if there was any other organisational change happening and it would be disrupted if specific individuals or groups left.
<b>Effectiveness of the system to monitor progress</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Does the change require special monitoring systems to identify and continually measure improvement?</li> <li>Is there a feedback system to reinforce benefits and progress and initiate new or further action?</li> <li>Are mechanisms in place to continue to monitor progress beyond the formal life of the project?</li> <li>Are the results of the change communicated to patients, staff, the organisation and the wider healthcare community?</li> </ul>	a	22/3-22	There is a system in place to provide evidence of impact, including benefits analysis, monitor progress and communicate the results. This is set up to continue beyond the formal life of the project.
	b	19/1-22	There is a system in place to provide evidence of impact, including benefits analysis, monitor progress and communicate the results. This is not set up to continue beyond the formal life of the project.
	c		There is a system in place to provide evidence of impact and monitor progress. However none of this information is communicated more widely than the core project team. The measurement system is not set up to continue beyond the formal life of the project.
	d		There is only a very patchy system to monitor progress and this will end at the same time as the project. There is no system to communicate the results.





**Staff**

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
<b>Staff involvement and training to sustain the process</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Do staff play a part in innovation, design and implementation of the change?</li> <li>Have they used their ideas to inform the change process from the beginning?</li> <li>Is there a training and development infrastructure to identify gaps in skills and knowledge and are staff educated and trained to take the change forward?</li> </ul>	a	22/3-22 Staff have been involved from the beginning of the change process. They have helped to identify any skill gaps and have been able to access training and development so that they are confident and competent in the new way of working.
	b	19/1-22 Staff have been involved from the beginning of the change process and have helped to identify skills gaps but they have not had training or development in the new way of working.
	c	eg ✓ Staff have not been involved from the beginning of the change but they have received training in the new way of working.
	d	Staff have not been involved from the beginning of the change process and have not had training or development in the new way of working.
<b>Staff behaviours toward sustaining the change</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are staff encouraged and able to express their ideas regularly throughout the change process and is their input taken on board?</li> <li>Do staff think that the change is a better way of doing things that they want to preserve for the future?</li> <li>Are staff trained and empowered to run small-scale tests (PDSA) based on their ideas, to see if additional improvements should be recommended?</li> </ul>	a	22/3-21 Staff are able to share their ideas regularly and some of them have been taken on board during the project. They believe that the change is a better way of doing things and have been empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
	b	19/1-22 Staff are able to share their ideas regularly and some of them have been taken on board during the project. They believe that the change is a better way of doing things. Staff do not feel empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
	c	Staff are able to share their ideas regularly but none seem to have been taken on board during the project. They don't think that the change will be a better way of doing things. They don't feel empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).
	d	Staff do not feel they have been able to share their ideas. They do not believe that the change is a better way of doing things and they have not been empowered to run small scale test cycles (Plan, Do, Study, Act).



**Staff**

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
<b>Senior leadership engagement and support</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are the senior leaders trusted, influential, respected and believable?</li> <li>Are they involved in the initiative, do they understand it and do they promote it?</li> <li>Are they respected by their peers and can they influence others to get on board?</li> <li>Are they taking personal responsibility to help break down barriers and are they giving time to help ensure the change is successful?</li> </ul>	a	Organisational leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff regularly share information with and actively seek advice from leaders.
	b	19/1-22 eg ✓ 22/3-22 Organisational leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from leaders.
	c	Organisational leaders are somewhat involved but not highly visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work but cannot be relied upon to break down any barriers if things get difficult. Staff typically don't share information with, or seek advice from leaders.
	d	Organisational leaders are not involved or visible in their support of the change process. They have not used their influence to communicate the impact of the work or to break down any barriers. Staff typically don't share information with or seek advice from leaders.
<b>Clinical leadership engagement and support</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are the clinical leaders trusted, influential, respected and believable?</li> <li>Are they involved in the initiative, do they understand it and do they promote it?</li> <li>Are they respected by their peers and can they influence others to get on board?</li> <li>Are they taking personal responsibility to help break down barriers and are they giving time to help ensure the change is successful?</li> </ul>	a	Clinical leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff regularly share information with and actively seek advice from clinical leaders.
	b	22/3-22 Clinical leaders are highly involved and visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work and to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.
	c	19/1-22 Clinical leaders are somewhat involved but not highly visible in their support of the change process. They use their influence to communicate the impact of the work but cannot be relied upon to break down any barriers if things get difficult. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.
	d	Clinical leaders are not involved or visible in their support of the change process. They have not used their influence to communicate the impact of the work or to break down any barriers. Staff typically don't share information with, or seek advice from clinical leaders.





**Organisation**

Choose the **factor level** that comes closest to your situation and tick the box to the left of it

Factor description	Identify (✓)	Factor level
<b>Fit with the organisation's strategic aims and culture</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are the goals of the change clear and shared?</li> <li>Are they clearly contributing to the overall organisational strategic aims?</li> <li>Is improvement important to the organisation and its leadership?</li> <li>Has the organisation successfully sustained improvement in the past?</li> </ul>	a	22/3-22 The goals of the change are clear and have been shared widely. They are consistent with and support the organisation's strategic aims for improvement. The organisation has demonstrated successful sustainability of improvements before and has a 'can do' culture.
	b	The goals of the change are clear and have been shared widely. They are consistent with and support the organisation's strategic aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
	c	19/1-22 eg ✓ The goals of the change are clear and have been shared widely. They have not been linked with the organisation's strategy so we don't know if they support any organisational aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
	d	The goals of the change are not really clear and they have not been shared widely. They have not been linked with the organisation's strategy so we don't know if they support any organisational aims for improvement. The organisation has not demonstrated success in sustaining previous improvements and does not have a 'can do' culture.
<b>Infrastructure</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Are the staff fully trained and competent in the new way of working?</li> <li>Are there enough facilities and equipment to support the new process?</li> <li>Are new requirements built into job descriptions?</li> <li>Are there policies and procedures supporting the new way of working?</li> <li>Is there a communication system in place?</li> </ul>	a	Staff are confident and trained in the new way of working. Job descriptions, policies and procedures reflect the new process and communication systems are in place. Facilities and equipment are all appropriate to sustain the new process.
	b	22/3-22 Staff are confident and trained in the new way of working. However, job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process. Some communication systems are in place. Facilities and equipment are all appropriate to sustain the new process.
	c	19/1-22 Staff are confident and trained in the new way of working. However, job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process and there are no communication systems to adequately support the new process. Facilities and equipment are not appropriate to sustain the new process.
	d	Staff have not been trained in the new process and are not confident in the new way of working. Job descriptions, policies and procedures do not reflect the new process and there are no communication systems to adequately support the new process. Facilities and equipment are not appropriate to sustain the new process.

**Enter your scores** 19/1-22

**Process**



<b>Benefits beyond helping patients</b>  Write your score in the circle a 8.5 b 4.7 c 4.0 d 0.0	<b>Credibility of the evidence</b>  Write your score in the circle a 9.1 b 6.3 c 3.1 d 0.0	<b>Adaptability of improved process</b>  Write your score in the circle a 7.0 b 3.4 c 2.4 d 0.0	<b>Effectiveness of the system to monitor progress</b>  Write your score in the circle a 6.5 b 3.3 c 2.4 d 0.0
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Staff**



<b>Staff involvement and training to sustain the process</b>  Write your score in the circle a 11.4 b 6.3 c 4.9 d 0.0	<b>Staff behaviours toward sustaining the change</b>  Write your score in the circle a 11.0 b 5.1 c 5.1 d 0.0	<b>Senior leadership engagement</b>  Write your score in the circle a 15.0 b 6.2 c 5.7 d 0.0	<b>Clinical leadership engagement</b>  Write your score in the circle a 15.0 b 6.7 c 5.5 d 0.0
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Organisation**



<b>Fit with the organisation's strategic aims and culture</b>  Write your score in the circle a 7.0 b 3.5 c 3.3 d 0.0	<b>Infrastructure for sustainability</b>  Write your score in the circle a 9.5 b 4.4 c 3.3 d 0.0
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Calculate your total scores 19/1-22

<b>Process total score</b>	17,7	
+		
<b>Staff total score</b>	23,1	
+		
<b>Organisation total score</b>	6,6	
=		
<b>Sustainability total score</b>	47,4	Date: 19/1-22

To calculate your score, use the master score system on the opposite page. Add the **Process**, **Staff** and **Organisation** scores together and place in the **Sustainability total score** box above. Now go to the bar chart and portal diagram provided at the back of this document and plot your scores.

### Interpreting your scores?

We do advocate that you use the Sustainability Model at the beginning of your improvement initiative as it can provide you with a valuable understanding of where you can strengthen your work in order to maximise the potential for sustainability. You need to note that at this stage it is normal to have low scores in one or two of the factors. For example; infrastructure often has a low score initially as the tasks of fully training staff in the new process and reviewing role descriptions are usually undertaken later in the project. With each score teams should assess what the score means to them in their particular context. Use the scores as a reminder of important tasks even if they need to be undertaken at a later stage. (See the example on page 24).



## Enter your scores 22/3-22

### Process

Benefits beyond helping patients

a	8.5
b	4.7
c	4.0
d	0.0

Write your score in the circle

Credibility of the evidence

a	9.1
b	6.3
c	3.1
d	0.0

Write your score in the circle

Adaptability of improved process

a	7.0
b	3.4
c	2.4
d	0.0

Write your score in the circle

Effectiveness of the system to monitor progress

a	6.5
b	3.3
c	2.4
d	0.0

Write your score in the circle

### Staff

Staff involvement and training to sustain the process

a	11.4
b	6.3
c	4.9
d	0.0

Write your score in the circle

Staff behaviours toward sustaining the change

a	11.0
b	5.1
c	5.1
d	0.0

Write your score in the circle

Senior leadership engagement

a	15.0
b	6.2
c	5.7
d	0.0

Write your score in the circle

Clinical leadership engagement

a	15.0
b	6.7
c	5.5
d	0.0

Write your score in the circle

### Organisation

Fit with the organisation's strategic aims and culture

a	7.0
b	3.5
c	3.3
d	0.0

Write your score in the circle

Infrastructure for sustainability

a	9.5
b	4.4
c	3.3
d	0.0

Write your score in the circle

## Calculate your total scores 22/3-22

<b>Process total score</b>	24,5	
+		
<b>Staff total score</b>	35,3	
+		
<b>Organisation total score</b>	11,4	
=		
<b>Sustainability total score</b>	71,2	Date: 22.03.2022

To calculate your score, use the master score system on the opposite page. Add the **Process**, **Staff** and **Organisation** scores together and place in the **Sustainability total score** box above. Now go to the bar chart and portal diagram provided at the back of this document and plot your scores.

### Interpreting your scores?

We do advocate that you use the Sustainability Model at the beginning of your improvement initiative as it can provide you with a valuable understanding of where you can strengthen your work in order to maximise the potential for sustainability. You need to note that at this stage it is normal to have low scores in one or two of the factors. For example; infrastructure often has a low score initially as the tasks of fully training staff in the new process and reviewing role descriptions are usually undertaken later in the project. With each score teams should assess what the score means to them in their particular context. Use the scores as a reminder of important tasks even if they need to be undertaken at a later stage. (See the example on page 24).



## Spørreskjema om behov for voldsforebyggende arbeid ved Nyfødtintensiv i Drammen

1) Hvorvidt mener du det er behov for voldsforebyggende informasjon fra Foreldrepakka ved nyfødtintensiv?

2) Hvilke utfordringer tenker du det kan bli ved å bruke Foreldrepakka i det daglige arbeidet ved nyfødtintensiv?

3) Hva mener du er positiv ved å bruke informasjonsprogrammet Foreldrepakka?

Tittel og navn på forfattere:	Representativ karakteristik:	Datainnsamlingsmetode og verktøy:	Nøkkelfunn:	Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:	Inkludert / ekskludert:
<p>Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier (sjekkliste - <a href="#">Helsebiblioteket.no</a>)</p> <p><i>The Neonatal Nurses role in preventing abusive head trauma</i></p> <p>Allen (2014)</p>	<p>Foreldreveiledningsstudier for spedbarn og gråt. Veiledning var verbal, skriftlig og visuell.</p>	<p><a href="#">Helsebiblioteket.no</a></p> <p>En systematisk oversikt basert på litteratursøk. Omhandler nyfødtsykepleieres forebyggende arbeid mot vold og hodetraumer hos spedbarn ved hjelp av foreldreveiledning. Studier fra 2005-2014</p>	<p>Man ser en tydelig sammenheng mellom den perioden spedbarn gråter mest og innleggelser som følge av hode-traumer. Spesielt utsatt er barn som har vært innlagt på nyfødt intensiv</p>	<p>Sjekkliste vurdering av oversiktsartikkel (<a href="#">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Eight-year outcome of implementation of abusive head traumaprevention</i></p> <p>Barr et al (2018)</p>	<p>British Columbia experience” har gitt tilfredsstillende reduksjon i sykehusinnleggelser for barn &lt;24 mnd som følge av hodetraume/filleristing</p>	<p>The Period og PUPLE Crying. Undervisning av foreldrene ble gitt etter en konkret modell i 3 stadier.</p>	<p>Forebyggende arbeidet resulterte i en 35% reduksjon i sykehusinnleggelser med hodetraume som følge av filleristing,</p>	<p>Sjekkliste for vudering av RCT</p> <p>(<a href="#">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Managing the initiation and early implementation of health promotion interventions: a study of a parental support programme in primary care.</i></p> <p>Westerlund et al (2016)</p>	<p>En studie med kombinert kvantitativ og kvalitativ metode som undersøker faktorer ved implementeringsprosessen av foreldreveiledning i helsevesenet.</p>	<p>Intervjuer og spørreskjemaer av de 82 profesjonelle deltakerne.</p>		<p>Sjekkliste vurdering av oversiktsartikkel</p> <p><a href="#">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a></p>	<p>Inkludert.</p>
Tittel og navn på forfattere:	Representativ karakteristik:	Datainnsamlingsmetode og verktøy:	Nøkkelfunn:	Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:	Inkludert / ekskludert:

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

<p><i>Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress</i></p> <p><a href="#">Ionio</a> et al (2016)</p>	<p>Hensikten med studiet var å se på forholdet mellom prematur fødsel, stress og negative følelser og omgivelsene på NICU hos fedre og mødre.</p>	<p>Alle foreldrene måtte fylle ut 5 ulike skjemaer.</p> <p>Inklusjonskriteriene var GA <math>\leq</math> 37, med unnlattelse av kognitive abnomalier</p>	<p>Resultatet viste signifikante forskjeller fra mødre og fedres respons på prematur fødsel i forhold til stress, negative følelser og følelse av sosial støtte</p>	<p>Sjekkliste for vurdering av kohortstudie(<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis</i></p> <p>Sandvik et al. (2018)</p>	<p>Studien er på helsesøstre sitt bruk av program for foreldreveiledning. Programmet heter ICDP.</p>	<p>Åtte helsesøstre ble valgt ut og disse åtte helsesøstre har deretter blitt intervjuet. Intervjueren har analysert svarene i en 4 trinnmodell. Basert på dette kom forskerne frem til sine hovedfunn.</p>	<p>Helsesøstre opplever å ha fått et nyttig begrepsapparat, at de kan styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse, og at de legger vekt på foreldrenes evne til å se og forstå barnet. Utenfor gruppesamtaler brukte de elementer fra kunnskapen i møte med foreldrene.</p>	<p>Kvalitetsvurdert med sjekkliste for kvalitative studier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p>Tittel og navn på forfattere:</p>	<p>Representativ karakteristik:</p>	<p>Datainnsamlingsmetode og verktøy:</p>	<p>Nøkkelfunn:</p>	<p>Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:</p>	<p>Inkludert / ekskludert:</p>
<p><i>Parent's behavior in response to infant crying: Abusive head trauma education</i></p> <p>Simmonet et al. (2014)</p>	<p>Målene med denne studien: Undersøke foreldrenes kunnskap om spedbarns gråt og deres evne til å håndtere gråt. I tillegg vurdere deres kunnskap om påførte hodetraumer, og vurdere gjennomførbarheten og virkningen av en enkel</p>	<p>Utvalget til studien er fransk talende foreldre av eller nyfødte født mellom 20 desember 2020-20 januar 2021.</p>	<p>Funn: 266 foreldre deltok. økt kunnskap om hodetraume og gråt etter samtale om emne. Lett gjennomførbart og foreldrene opplevde det som nyttig.</p>	<p>Studien er kvalitetssikret ved sjekkliste for prevalensstudier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no))

	pedagogisk intervensjon om gråt og AHT med foreldre kort tid etter barnets fødsel.	94% av de som ble født i denne perioden takket ja til å være med i studien, de som takket nei, begrunnet dette med å kunne nok om AHT.	Studie viser at det er mulig å innføre en kort samtale om gråt og farer ved hodetraumer og at dette kan øke kunnskapen og håndteringen av gråt. Dette er en lav kostnadmessig intervensjon som foreldrene gir tilbakemelding på er bra og nyttig.		
<i>The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review</i>  Botha et al. (2019)	Målet med studien var å identifisere hvilke problemer det kan gi en familie, å ha et barn som gråter voldsomt	Søket er utført mellom januar 2008 og april 2018. 28 studier ble inkludert ut fra søk med kriterier for inkludering, 3 er funnet i referanselisten til allerede inkludert studier.	Funn: Det ble identifisert 10 faktorer som ble påvirket av å ha et barn i familien som gråter voldsomt. Dette var: ødelegger hverdagen, påvirker amming, isolerer familien inn i ensomhet, belastning, brudd i familieforhold, fører til økt følelse av å mislykkethet i foreldrerollen, psykisk og mental utmattelse. Dette setter babyen i fare for skade og problemer senere i barndommen	Kvalitetsvurdert etter sjekkliste for oversiktsartikkel ( <a href="https://helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> ) Kun studier skrivet på engelsk, kan føre til bias	Inkludert.
<b>Tittel og navn på forfattere:</b>	<b>Representativ karakteristik:</b>	<b>Datainnsamlingsmetode og verktøy:</b>	<b>Nøkkelfunn:</b>	<b>Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:</b>	<b>Inkludert / ekskludert:</b>
<i>Prevention of Shaken Baby Syndrome Among High-Risk Neonates:</i>	Undersøker nytteverdien av PURPLE Crying programme for sykepleiere på nyfødtingesiv basert på 6 målbare	47 sykepleiere ved avdelingen fikk opplæring i hvordan undervise foreldre til å nyttiggjøre	Sykepleierne fikk økt selvtillit av å bruke verktøyet og gjorde det informasjon om emnet	Vurdert etter sjekkliste for kvalitative studier ( <a href="https://helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> )	Inkludert



Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

<p><i>Program Implementation and Evaluation</i></p> <p>Tortolano et al. (2021)</p>	<p>målsettinger. Gjennomført i nyfødtintensiv avdeling på sykehus i Chicago</p>	<p>kunnskapen i Purple Crying Program. Deltakerne mottok en spørreundersøkelse i forkant av opplæringen, og etter 4-6 uker med gjennomføring av undervisning til foreldre. Svarraten på undersøkelsen var 72%.</p>	<p>lettere tilgjengelig. Verktøyet standardiserte undervisning til foreldre, ga muligheten for effektiv og meningsfylt informasjon, som kunne gis foreldre umiddelbart. Deltakerne opplevde det positivt med undervisningen.</p>		
<p><i>Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma</i></p> <p>Altman et al. (2011)</p>	<p>Undersøker om jordmødre kan forebygge påførte hodeskader hos spedbarn, ved at de underviser og viser en video til foreldre om faren ved å riste barnet sitt.</p>	<p>Jordmødre hadde standardisert opplæring i hvordan bruke undervisningsprogrammet og informasjonsmaterialet. Undersøkelsen var over en 8 års periode, hvor 5 år var før implementering av programmet og 3 år etter programmet var implementert. Foreldrene signerte på at de hadde fått undervisning og informasjon. Man så da på om det var forskjell på antall innlagt barn med påførte hodeskader før implementering og etter implementering av undervisning</p>	<p>Funn: 16 spedbarn født i samme region i løpet av 8 års perioden ble behandlet for påførte hodeskader. 14 av disse barna ble født i perioden før implementering av undervisningsprogrammet som var i en periode på 5 år. I kontrollgruppen som var 3 år etter implementering var det 2 barn. Dette viser en reduksjon fra 2,8 per år til 0,7 per år.</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for prevalensstudier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

<p><i>Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence?</i></p> <p>Dias et al. (2021)</p>	<p>Artikkelen oppsummerer resultater fra erfaring med pilotering av forebygging AHT ved hjelp av foreldreveiledning i håndtering av barnets gråt og trøst. Tar for seg funn fra nyere forskning i delstater i USA (Pennsylvania, North-Caroline og Upstate New York.</p>	<p>En gjennomgang av aktuelle studier som viser hvorvidt foreldreveiledning i gråt og trøst gir redusert forekomst av AHT</p>	<p>Studien viser til at det ikke er tilstrekkelig med forebygging kun ved foreldreveiledning i gråt og trøst på sykehus. Den påpeker at det kan være nødvendig med forebygging over tid, repetisjon av temaet og at andre samfunnshensyn er viktige for å bidra til reduksjon av forekomst av AHT. Den viser også til at det kan være vel så viktig med forebyggende tiltak direkte mot risikogrupper. Konkluderer med at forebygging av AHT fortsatt bør gjøres og at tilstanden kan forebygges.</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel. (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><b>Tittel og navn på forfattere:</b></p>	<p><b>Representativ karakteristikk:</b></p>	<p><b>Datainnsamlingsmetode og verktøy:</b></p>	<p><b>Nøkkelfunn:</b></p>	<p><b>Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:</b></p>	<p><b>Inkludert / ekskludert:</b></p>
<p><i>Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention</i></p> <p>Barr (2014)</p>	<p>Redegjør for evidensbasert kunnskap om sammenhengen mellom barnets gråt og forekomst av AHT og vold mot spedbarn.</p>	<p>Gjennomgang av studier på barnets gråt og forekomst av AHT Gjennomgang av studier på reduksjon av AHT som følge av foreldreundervisning i gråt og trøst.</p>	<p>Vurderer at tiltak som reduserer reaksjonen foreldre har på barnets gråt, er mer effektive enn å iverksette tiltak for å redusere barnets gråt. En slik reduksjon kan oppnås ved å gi foreldrene kunnskap om barnets gråt</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel. (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

Tittel og navn på forfattere:	Representativ karakteristik:	Datainnsamlingsmetode og verktøy:	Nøkkelfunn:	Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:	Inkludert / ekskludert:
<p><i>Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis</i></p> <p>Flottorp &amp; Aakhus (2013)</p>	<p>Artikkelen ser på norske implementeringsstudier og belyser hvordan gapet mellom forskning og praksis fortoner seg per 2013. Den belyser implementeringsforskning i et historisk, nasjonalt og internasjonalt perspektiv.</p>	<p>Gjennomgang av funn fra utvalgt forskning både internasjonal og nasjonalt. Presenterer nasjonalt og internasjonalt fagmiljø innenfor implementeringsforskning, og hvordan denne er organisert i ulike land.</p>	<p>Artikkelen konkluderer med at det er nødvendig å øke kompetanse på implementering og kvalitetsforbedring i helsetjeneste, og at denne kompetansen må utvikles i partnerskap mellom flere aktører for at implementeringsforskningen skal kunne bidra til kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel. (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus?</i></p> <p>Sandvik et al. (2011)</p>	<p>Betydningen av barrierer, ressurser, kompetansebygging/fagutvikling og ledelse ved implementering av kunnskapsbasert praksis</p>	<p>Litteraturstudie med søk i januar 2010 i ulike databaser, sammen med bibliotekar.</p>	<p>Intervensjoner rettet mot ledelse og organisasjonsstruktur, samt tiltak mot lokale barrierer. Kompetanse til å lese og forstå forskning. At forskningen er klinisk orientert og har betydning for pasientpleie.</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for oversiktsartikkel (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With</i></p>	<p>Oppsummerer aktuelt kunnskapsgrunnlag fra RCTer om effektiviteten av forebyggende tiltak utført av</p>	<p>Systematisk review. Inkluderer 22 artikler som beskriver 20 RCT studier. Utvalget av RCT er basert</p>	<p>Konkluderer med at forebyggende intervensjoner på multifaktorelt grunnlag utført av pediatrik</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel.</p>	<p>Inkludert.</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

<p><i>Adverse Childhood Experiences</i></p> <p>Marie-Mitchell &amp; Kostolansky (2019)</p>	<p>pediatrisk helsepersonell for å forebygge negative konsekvenser av at barn utsettes for C-ACEs.</p>	<p>på 3 kriterier, at det er skrevet på engelsk og publisert i perioden 1990 – 2017.</p>	<p>helsepersonell kan redusere den negative belastningen barn i alderen 1-5 år opplever ved å bli utsatt for C-ACEer og bedrer foreldre-barn relasjonen. En av disse komponentene er foreldreveiledning.</p>	<p>(<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	
<p><i>Becoming fathers: adverse childhood experiences, partner attachment and mental health before childbirth as related to later perception of their own children</i></p> <p>Skjøthaug (2019)</p>	<p>Studien ser på hvordan negative barndoms erfaringer, partnertilknytning og mental helse før fødselen til blivende fedre kan påvirke senere oppfatning av egne barn</p>	<p>Longitudinell studie. September 2011-oktober 2012 1036 blivende mødre og 878 fedre deltok i undersøkelsen. Fedres sosiale bakgrunn undersøkes først. Etterfulgt av spørsmål om barndom, og påvirkning på svangerskapsperioden, relatert til angst og depressive følelser. Det ble også undersøkt fedres tilknytning før fødsel, for å se om dette kunne påvirke fedres oppfatning av barnets adferd frem til 6 måneders alder.</p>	<p>signifikant sammenheng mellom antallet vanskelige barndomsopplevelser hos blivende fedre og forekomst av angst og depressive følelser i flere tidspunkter i svangerskapsperioden. Økt antall vanskelig barndomsopplevelser, mer angst, stress med omsorg for barnet ved 6 måneders alder. I tillegg til negativ opplevelse av barnets atferd</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av prevalensstudie. (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p>Tittel og navn på forfattere:</p>	<p>Representativ karakteristik:</p>	<p>Datainnsamlingsmetode og verktøy:</p>	<p>Nøkkelfunn:</p>	<p>Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:</p>	<p>Inkludert / ekskludert:</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

<p><i>Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge</i> Røkholt et al. (2017)</p>	<p>Kvalitativ studie gjennomført ved fire enheter på sykehus i Sør-Norge. Studiens forskningsspørsmål var: <i>Hvordan erfarer helsepersonell kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag.</i> Formål var å avdekke faktorer av betydning for implementeringsprosessen blant ansatte.</p>	<p>Respondenter rekruttert fra fire enheter. Ulike fagpersoner ved avdelingene og ulike avdelinger. Kulturanalyse ved enhetene ble gjennomført. Besvarelser ble innsamlet ved hjelp av brevmetoden. Analysert med systematisk tekstkondensering.</p>	<p>Avdekket 3 faktorer som krever et samspill seg imellom, for å lykkes med implementeringsarbeidet og utviklingsarbeidet: Leder med positiv holdning, ildsjeler med kompetanse og interesse, avdekke organisatoriske forhold som kan hindre implementering (tidspress, travelhet og variierende kompetanse).</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for kvalitative studier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking</i> Barr et al. (2006)</p>	<p>Studien har som formål å undersøke om det er sammenheng mellom intensiteten i spedbarnets gråt og forekomst av innleggelse på sykehus med <i>shaken baby syndrom (SBS)</i></p>	<p>Alle utskrivningsjournaler fra et Chicago sykehus i perioden oktober 1996 til desember 2000 ble gjennomgått for barn med diagnosekode for <i>SBS</i> og yngre enn 18 måneder. Studien inkluderte tilfeller der dødsfall inntraff.</p>	<p>Sannsynliggjør en sammenheng mellom barnets gråt som <i>trigger</i> og forekomsten av noen tilfeller <i>SBS</i>. Viser til at en kurve som beskriver barnets alder i uker ved innleggelse med <i>SBS</i> svaret til spedbarns <i>gråtekurve</i>, med en mulig sammenheng mellom intensiteten i barnets gråt og forekomsten av <i>SBS</i></p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for prevalensstudier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>
<p><i>Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus</i> Evenstad et al. (2020)</p>	<p>Hensikten med studien var å se på hvilke barrierer som finnes mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. Utgangspunktet for studien er implementering av et keisersnittprosjekt. 3 år etter</p>	<p>Kvalitativ beskrivende og utforskende forskningsdesign. Strategisk utvalg av 6 informanter. To tverrfaglige fokusgruppeintervjuer,</p>	<p>Barrierer for etterlevelse av retningslinjer var om de ikke var faglig begrunnet, logiske, relevante, eller ikke samsvarte med egne kliniske erfaringer og følelser. Om anbefalingene</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for kvalitative studier (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

	implementering undersøkes det legers, jordmødre og barnepleiers egne erfaringer i forhold til etterlevelse av nye retningslinjer.	bestående av lege, jordmor og barnepleier.	ikke samsvarte med avdelingens verdier og fagtradisjoner. Avvik fra retningslinjer ble forklart som glemsomhet eller snarveier. Vanskelig å både gi og motta korrigering på avvik, særlig fra kollegaer med annen yrkestilhørighet.		
Tittel og navn på forfattere:	Representativ karakteristik:	Datainnsamlingsmetode og verktøy:	Nøkkelfunn:	Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:	Inkludert / ekskludert:
<i>Risk factors for maltreatment-related infant hospitalizations in New York City, 1995-2004</i> Mason et al. (2018)	Studien så på hva som var risikofaktorer ved barn/familien for å bli utsatt for vold.	Innsamling av data på barn født på sykehus i New York city mellom 1995-2004 og innsamling av data i samme periode på de barna som i løpet av 12 måneder ble innlagt med påførte skader.	Nøkkelfunn som er aktuelle for oppgaven er: barn som er født prematurt, intensivbehandles, er innlagt på nyfødtintensivavdeling, adskillelse mellom mor og spedbarn er funn som medfører høy risiko for at spedbarnet skal bli utsatt for vold.	Vurdert etter sjekkliste for kohortstudie ( <a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> )	Inkludert
<i>Systematic review shows the benefits of involving the fathers of preterm infants in early interventions in neonatal intensive care units</i> Filippa et al. (2021)	Artikkelen undersøker intervensjoner på nyfødtintensiv gitt av fedre til sine nyfødte barn. Den undersøker hvilken effekt det har på fedrene og disse barna at fedrene er inkludert i intervensjoner. Videre belyser den eventuelle	Systematisk oversiktsartikkel. Populasjon: nyfødte på nyfødtintensiv. Undersøker effekten av at fedre gjør intervensjoner, både i forhold til fedrenes opplevelser og	En tidlig involvering av fedrene i omsorgen av den nyfødte, muliggjorde en bedre far-barn tilknytning og på et tidligere tidspunkt enn uten slik involvering av far. Fedre fikk redusert opplevelse av stress og	Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel. ( <a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> )	Inkludert.

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no))

	forskjeller mellom effekten av at fedre og mødre utfører de samme intervensjonene.	observasjoner av barna. Disse sammenliknes med; ingen intervensjon, standard-intervensjon og mødre-fokusert intervensjon. Premature 28 - 37 uker. Inkluderer 14 studier. Ikke gjennomført meta-analyse.	angst, og opplevde en økt foreldrekompetanse for sitt eget barn. Effekten av tidlig foreldreinvolvering i omsorgen til den nyfødte, var lik positiv om barnet mottok dette fra mor/far. Resultatene viste ingen signifikant forskjell på hvem av disse barnet fikk omsorgen fra.		
<i>Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review.</i> Adama et al. (2022)	Dette er en litteraturgjennomgang for å undersøke og forstå hvilke behov for støtte foreldre til spedbarn på nyfødtintensiv avdeling har	Studier fra 2010-2021. 24 primære kvalitative studier og blandete metodestudier. Studiene ble analysert og resulterte i 6 temaer på foreldrene behov for støtte. Informasjonsbehov, emosjonelt intelligent personale, praktisk støtte, målrettet støtte, emosjonelle behov, praktisk behov.	Funn etter gjennomgang av studier er: Foreldre har behov for støtte fra personalet for å styrke sine erfaringer, trivsel, omsorg og foreldretillit. Det legges vekt på viktigheten av at ansatte på nyfødtintensiv avdeling får faglig utvikling i forhold til effektive kommunikasjonsstrategier, bedre emosjonell intelligens og vise empati. Det er viktig med en positiv relasjon mellom ansatte og foreldre, og at ansatte gir målrettet støtte til foreldrene	Vurdert etter sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel. ( <a href="https://helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> )	Inkludert

Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

Tittel og navn på forfattere:	Representativ karakteristik:	Datainnsamlingsmetode og verktøy:	Nøkkelfunn:	Kvalitetsverktøy for vurdering av artikkel:	Inkludert / ekskludert:
<p><i>Implementation of iPads to Increase Compliance With Delivery of New Parent Education in the Mother–Baby Unit: Retrospective Study</i></p> <p>Pavuluri, et al. (2021)</p>	<p>Målet med studien var å undersøke om standardisert bruk av ipads i undervisning av foreldre i en mor-barn-avdeling, kunne øke aksepten for å se en informasjonsvideo om Abusive head trauma.</p>	<p>Det satt i gang et kvalitetsforbedringsarbeid for å konvertere videoen digitalt og tilby ipads for visning og standardisert informasjon ved flerfødselssykehus, innenfor et stort helsevesen. Det ble vedtatt på 6 på alle 6 sykehus som tilhørte helsevesenet. Man sammenlignet metode O som gikk ut på å få tilbud om videoen på dvd, eller metode N hvor foreldrene fikk utlevert ipad med videoen. Innsamling av data ble gjort i perioden juli 2018-mai 2019</p>	<p>Sammenligning mellom metode O og metode N, tydet på at bruk av ipad for å vise videoen økte sannsynligheten for at foreldrene så informasjonsvideoen enn ved bruk av dvd.</p>	<p>Vurdert etter sjekkliste for vurdering av kohortstudie. (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert</p>
<p><i>Shaken Baby Syndrome and a Triple-Dose Strategy for Its Prevention.</i></p> <p>Stewart et al. (2011)</p>	<p>Målet ved studien var å undersøke forekomst av shaken baby syndrom og effekten av det forebyggende programmet <i>Period of Purple Crying</i>. Studien foretar en evaluering av programmet, og undersøker også sykepleieres opplevelse av nytte</p>	<p>Studien har innhentet erfaringer fra sykepleierne og foreldre ved utforming av spørreskjemaer. Innhenting angående forekomst av shaken baby syndrom er gjort gjennom angitte inklusjons- og</p>	<p>Studien antydte at 43% av tilfellene med SBS var tilsiktet. Gjennomsnittsalder på spedbarna var 6,7 måneder, med en høyere forekomst hos gutter. Forekomst av død som følge av SBS var 19%.</p>	<p>Studien er kvalitetssikret ved sjekkliste for prevalensstudier og kvalitative metoder (<a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a>)</p>	<p>Inkludert.</p>



Vedlegg 9. Kvalitetsvurdering av studier ([Sjekkliste - Helsebiblioteket.no](http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no))

	knyttet til å veilede foreldre på nyfødtavdeling basert på <i>Period of Purple Crying</i> .	eksklusjonskriterier. Det ble sett nærmere på noen antatt interessante variabler.	Sykepleierne rapporterte 43% økning av kunnskap om gråt og SBS. Nesten alle foreldre (93%) fant programmet nyttig.		
<i>Assessment of Maternal Knowledge and Confidence About Abusive Head Trauma and Coping With Infant Crying Before and After Infant Safety Education in the Neonatal Intensive Care Unit.</i> Rabbit et al. (2018)	Målet med studien var å undersøke om undervisning gitt på nyfødtintensivavdeling i <i>Period of Purple Crying</i> kunne øke kunnskapen og gjøre mødrene sikrere på seg selv i håndtering av barnets gråt.	Studien har samlet data via spørreundersøkelse før undervisning, etter undervisning og ved telefonsamtale 4-5 måneder etter utskrivelse fra nyfødtintensivavdeling. Studien gjør rede for antatte variabler.	Totalt ble det sett forbedringer fra undersøkelsen som ble tatt før undervisning til undersøkelsen som ble tatt etter undervisning både innenfor kunnskap om gråt og økt selvtillit i håndtering av gråt. En variabel som påvirket resultatet, var der hvor familiene bestod av to foreldre. Der hvor det var to foreldre var det økt forbedring i kunnskap fra undersøkelsen før til undersøkelsen etter. De fleste som svarte på undersøkelsen, oppgav også at de delte informasjonen om AHT og gråt med andre.	Vurdert etter sjekkliste for vurdering av kvalitative studier. ( <a href="http://Sjekkliste - Helsebiblioteket.no">Sjekkliste - Helsebiblioteket.no</a> )	Inkludert