

# **Helsesykepleieres erfaringer med forebygging av brannskader hos småbarn- en kvalitativ innholdsanalyse**

Public health nurses' experiences with prevention of burns in small children- a qualitative content analysis

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Brannskader hos barn er et globalt folkehelseproblem. Spesielt utsatt er barn 0-4 år. Helsesøstres erfaringer med å forebygge brannskader fra et kommunebasert brannskadeforebyggende program vil bidra til en dypere forståelse av forebygging av brannskader. **Hensikt:** Å utforske og beskrive helsesøstres erfaringer med forebygging av brannskader hos småbarn. **Metode:** Studien har en kvalitativ metode med ett eksplorerende og induktivt design. Det ble foretatt et strategisk utvalg av helsesykepleiere fra en kommune godkjent som «Trygt lokalsamfunn». Totalt 11 helsesykepleiere fra helsestasjonstjenesten deltok i to fokusgruppeintervjuer og ett individuelt intervju. For analyse av data ble det benyttet en kvalitativ innholdsanalyse. **Resultat:** Helsesykepleieres erfaringer med forebygging av brannskader innebærer «å møte foreldre med individuell tilpasning», «å styrke foreldrerollen» og «å tilhøre et fellesskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging». Det ble identifisert et felles hovedtema: «Forebygging av brannskader oppleves som et moralsk ansvar». **Konklusjon:** Det brannskadeforebyggende arbeidet bør i større grad tilpasses individuelt og der kulturelle hensyn bør tas ved planlegging, etablering og gjennomføring av brannskadeforebyggende tiltak. Individuell tilpasset informasjon med empowerment-tilnærming kan styrke familier i deres behov for økt kunnskap og kompetanse. Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, frivillige og private aktører vil forsterke det brannskadeforebyggende arbeidet.

**Nøkkelord:** Helsefremmende og forebyggende arbeid, ulykker, skader, barn, helsestasjonstjenesten

## **Engelsk sammendrag**

**Background:** Burn injuries in children are a global health issue. Children under the age of four are particularly at risk. Public health nurses (PHN`s) have a unique role in child burn prevention. Burn injury prevention programs can be effective and have earlier been documented to decrease the incidence of severe childhood burns. Aim: To explore and describe PHNs' experiences of burn prevention. **Method:** The study had an explorative, qualitative design with an inductive approach. Eleven PHN`s from a child health care center located in a municipality approved as "Safe Community" participated in the study. Two focus group discussions and one individual interview were conducted. Qualitative content analysis was used to analyze data. **Results:** Three categories emerged from the data; "to meet parents with individual adjustments", "empowering parenthood" and "belonging to a community with shared visions and goals for burn prevention in small children", reflected in a common main theme: "Prevention of burns experienced as a moral responsibility". **Conclusion:** By using individual based information with an empowermental approach, families can be supported in their need for improved knowledge. Collaboration between specialist and primary care, voluntary and private actors will strengthen the burn prevention work in a municipality.

**Keywords:** Health promotion, accident, injuries, child, child health centers

## Introduksjon

Brannskader hos barn er et globalt folkehelseproblem og utgjør en stor trussel for barns helse (1,2). Småbarn er særlig utsatt og sårbare, og får derfor oftere større og mer alvorligere brannskader enn voksne. Globalt utgjør brannskader hos barn en betydelig årsak til hospitalisering og er assosiert med høyere mortalitet og morbiditet sammenlignet med voksne (1,2). I Norge utgjør barn under fem år omtrent 30 prosent av brannskadene som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten (3-5). Statistikk viser til en uforandret forekomst de siste 20 årene, der barn under fem år rammes fem ganger oftere enn voksne av brannskader (5,6). Dette indikerer at forekomsten av brannskader blant barn forblir uendret og høy når det ikke aktivt intervenseres lokalt.

For et barn vil behandlingen av brannskader være langvarig med mye smerter. Skadene kan påføre barnet varige fysiske, psykiske og emosjonelle plager, samtidig som foreldre oftest vil belastes med en betydelig skyldfølelse. Psykiske problemer hos både barn og foreldre i etterkant av en brannskade er godt dokumentert i forskning (7-9). Behandlingen av de fysiske forbrenningsskadene er langvarige, kompliserte og krever kirurgisk og intensiv medisinsk hjelp, samt at kostnadene er høye (10). På grunn av de store konsekvensene en brannskade har for barnet selv og de nære pårørende, og at forekomsten av brannskader hos barn er uendret de senere år, etterlyses en økt innsats for å forebygge brannskader hos barn (1,5).

I Norge er det ulykkes- og skadeforebyggende arbeidet et lovpålagt kommunalt ansvar, som delegeres og utføres blant annet i helsestasjonstjenesten (11-13). Helsestasjonstjenesten er et tjenestetilbud til barn og familier hvor hensikten er å fremme fysisk- og psykisk helse og sosiale- og miljømessige forhold, samt forebygge sykdom og skader. Tjenesten har stor tillit, og har tilnærmet 100 prosent oppslutning blant norske barnefamilier (14). Det er utarbeidet et nasjonalt definert program, der helsesykepleiere har hovedansvaret for gjennomføring av

arbeidet (13,15). Helsestasjonstjenesten er den eneste tjenesten som har jevnlig kontakt med barn og familier første leveår og frem til skolealder. Dette utgjør en unik mulighet og posisjon for helsesykepleiere til å forebygge brannskader hos de yngste barna. Tidligere oppsummert forskning viser at forebyggende intervensjoner kan forhindre brannskader hos barn (16-19). Sammensatte tiltak som lovreguleringer, tilgang til rabatterte sikkerhetsutstyr, mediekampanjer, bruk av hjemmebesøk samt opplysning og veiledning som er tilpasset målgruppen, forebygger brannskader hos barn mest effektivt (16,17). Helst bør disse tiltakene være integrert i en kommunal basert handlingsplan (20).

En oversiktsstudie viser til to kommunebaserte intervensjoner med dokumentert signifikant reduksjon i forekomst av brannskader hos barn (17), der den ene intervensjonen ble utført i en norsk kommune (21,22). Målgruppen i den norske studien var barn under fire år, og det ble gjennomført systematiske, lokale brannskadeforebyggende tiltak. Tiltakene omfattet bruk av komfyrvern, senkning av temperatur på varmtvannsbereder, gitter foran peisovner og råd om førstehjelp. Det ble også etablert samarbeid med frivillige og private aktører. Den norske studien reduserte sykehusregistrerte brannskader hos småbarn med 52,9 % ( $p < 0.05$ ) over en syv års periode (21,22). Studien var basert på kriterier for «Trygge lokalsamfunn» gitt av Verdens helseorganisasjon (WHO) (23). Helsesykepleiertjenesten i kommunen var svært sentral i arbeidet. Lite er kjent omkring helsesykepleieres erfaringer fra det brannskadeforebyggende arbeid i et kommunebasert program. Det fremkommer sparsom forskning direkte knyttet til helsesykepleiers funksjon og utøvelse i dette arbeidet (24). Nasjonalt etterlyses kvalitative studier som kan belyse de epidemiologiske studiene (25). Studiens hensikt er derfor: å utforske og beskrive helsesykepleieres erfaringer med forebygging av brannskader hos småbarn.

## **Metode**

Det ble benyttet en kvalitativ metode med ett eksplorerende induktivt design for å få bedre kunnskaper og forståelse for forebygging av brannskader hos småbarn. Tilnærmingen er velegnet for å åpne opp for ny forståelse der kunnskapsgrunnlaget er begrenset og der problemstillingen er sammensatt og kompleks (26,27). Det ble gjennomført fokusgruppeintervju i kombinasjon med individuelt intervju. Analysen av data ble gjennomført ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse (26, 27).

## **Utvalg og rekruttering**

Et strategisk utvalg av helsesykepleiere med erfaringer fra et kommunebasert brannskadeforebyggende program, og med arbeidserfaring og arbeidsområde innenfor helsestasjon og flyktningehelsetjenesten, ble invitert til å delta i studien. Rekrutteringen ble gjort i samarbeid med ledende helsesykepleier i kommunen som distribuerte informasjonsskriv om studien videre til helsesykepleierne. Totalt ble tretten helsesykepleiere rekruttert. En av dem takket nei grunnet manglende tid. En annen trakk seg av ukjent årsak. Elleve helsesykepleiere deltok i to fokusgrupper og ett individuelt intervju.

Det ble valgt en kombinasjon av fokusgruppeintervju og individuelt intervju. Individuelt intervju, som foregikk ansikt til ansikt, ble valgt fordi en av deltakerne hadde hatt en særlig viktig rolle i brannskadeforebyggingsarbeidet i kommunen. Dette kunne potensielt hemme samtalen i fokusgruppene. Samtidig ble denne deltakerens erfaringskunnskap og rolle vurdert som betydningsfullt å få løftet frem gjennom et individuelt intervju. De elleve inkluderte helsesykepleierne (alle kvinner) hadde en gjennomsnittsalder på 50,4 år og med gjennomsnittlig arbeidserfaring som praktiserende helsesykepleier på 17,7 år, der

spennvidden var fra 3-33 år. Bortsett fra en helsesykepleier, hadde helsesykepleierne som deltok i studien hele sin yrkespraksis fra den utvalgte kommunen.

## **Datainnsamling og kontekst**

To fokusgruppeintervju og ett individuelt intervju med ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide i mai 2015. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av litteraturgjennomgang samt førsteforfatterens egne erfaringer fra helsestasjonstjenesten. Det var henholdsvis seks og fire helsesykepleiere i de to gruppene, som anbefalt i fokusgruppemetodelitteraturen (28,29). Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved helsestasjonen i kommunen, mens det individuelle intervjuet ble foretatt i deltakerens hjem. Tid og sted for intervjuene ble bestemt av intervjudeltakerne selv. Intervjuguiden ble i forkant pilottestet på utøvende helsesykepleiere ansatt i en annen kommune. Dette for å undersøke om spørsmålene var enkelt formulert, forståelig og at de kunne bidra til diskusjon og dypere forståelse.

Som anbefalt av Kvale & Brinkmann (30) ble det forsøkt å skape en trygg og avslappet stemning slik at deltakerne skulle føle det lettere å åpne opp og dele erfaringer.

Fokusgruppediskusjonen tilrettela for at alle deltakerne skulle komme til orde ved å balansere den sosiale dynamikken mellom helsesykepleierne uten å ta kontroll over selve diskusjonen (28-31). En co-moderator med mye erfaring i fokusgruppemetoden deltok i intervjuene. Co-moderator noterte ned hovedmomenter, navnfestet replikkene og var diskusjonspartner i etterkant av fokusgruppeintervjuene. Den første halve timen av fokusgruppene innebar registrering av bakgrunnsdata, «small talk» og det ble informert om studiens hensikt samt spilleregler og rammen for gruppediskusjonen. Det ble uttrykkelig informert om moderators og co-moderators rolle før intervjustart. Gruppediskusjonen startet ved at moderator stilte to

åpne spørsmål til helsesykepleierne: Hva betyr brannskadeforebygging rettet mot småbarn for dere?

Hva slags erfaringer har dere gjort dere i dette arbeidet? Dette for å få fram helsesykepleiernes umiddelbare beskrivelser og unngå for stor føring og påvirkning fra moderator. Deretter ble det stilt spørsmål om deres erfaringer fra organiseringen av det brannskadeforebyggende arbeidet, hvilke erfaringer de hadde gjort seg i møte med foreldrene og erfaringer og opplevelser omkring hva som fremmet og hemmet deres brannskadeforebyggingsarbeid. Hver gruppe responderte med innlevelse, engasjement og ivrig deltakelse, som demonstrerte at de hadde rike erfaringer og mye å diskutere i en gjensidig støttende atmosfære. Hvert fokusgruppeintervju varte i 1,5 timer, der 1 time ble tatt opp på lydbånd. Det individuelle intervjuet varte i 1 time og 45 minutter og hele intervjuet ble tatt opp på lydbånd. I etterkant av hvert intervju skrev førsteforfatter ned umiddelbare tanker og refleksjoner som ble brukt til hjelp inn i neste intervju. Førsteforfatter transkriberte alle intervjuene ordrett, og transkriberingen inkluderte eksempelvis pauser, sukk og latter.

## **Analyse**

Intervjuene ble systematisk analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman (26), som fokuserer på subjektet og kontekst samt likheter og forskjeller innad i teksten. De transkriberte intervjuene ble lest igjennom flere ganger med en åpen tilnærming for å få et helhetsinntrykk av innholdet.

Deretter ble hvert intervju analysert hver for seg fra meningsbærende enheter til koder. De meningsbærende enheter ble identifisert i samsvar med studiens hensikt, kondensert og kodet uten å forandre dens kjerneinnhold. Eksempler fra analyseprosessen vises i tabell 1.

Kodene fra alle intervjuene ble klassifisert i sub-kategorier og kategorier på et manifest nivå (hva teksten forteller) i henhold til likheter i innholdet og kontekst. Innholdet var relatert til det relasjonelle møtet mellom helsesykepleier og foreldre, de organisatoriske forholdene og innhold som var relatert til helsesykepleieres motivasjon for å arbeide med brannskadeforebygging. Kategoriene ble gransket for deres underliggende mening, som resulterte i ett abstraherte tema og reflekterte kategoriens latente innhold (Tabell 2). For å validere funnene, foregikk analysen som en kontinuerlig prosess frem og tilbake mellom intervjuene, kodene, sub-kategoriene, kategoriene og tema. Skriftlig materiale som co-moderators notater og førsteforfatterens refleksjonsnotater ble brukt som støtte og beriket analyseprosessen. Alle forfatterne deltok i analyseprosessen ved å kryss-sjekke og verifisere tolkningen gjennom konsensus (26,27).

## **Etiske overveielser**

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, prosjektnummer 42289.

Alle deltakerne ble informert skriftlig og muntlig om studien og dens hensikt.

Det ble gitt uttrykkelig informasjon om at deltakerne når som helst kunne velge å trekke seg uten noen form for begrunnelse eller konsekvenser. Videre ble det sørget for at deltakerne fikk tilstrekkelig informasjon om at datamaterialet ville bli behandlet strengt konfidensielt.

Samtlige deltakere ga skriftlig samtykke til deltakelse i studien.

## **Funn**

Analysen resulterte i åtte sub-kategorier, tre kategorier og ett hovedtema (tabell 2).

Kategoriene var: Å møte foreldre med individuell tilpasning, å styrke foreldrerollen og å



tilhøre et fellesskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging, som gjenspeiles i et felles hovedtema; Forebygging av brannskader oppleves som et moralsk ansvar.

Kategoriene inneholder en appell og opplevelse av moralsk ansvar for å forebygge brannskader hos småbarn. Det moralske ansvaret er synliggjort gjennom helsesykepleieres erfaringer og handlinger i kategoriene. Hovedtemaet er gjennomgående i de tre kategoriene gitt under.

### **Å møte foreldre med individuell tilpasning**

Det å tilpasse seg til foreldrenes behov ved å stille seg åpen og mottakelig ble prioritert fremfor andre samtaletemaer og informasjon. Hjemmebesøket bidro til en unik mulighet for å tilrettelegge for en individuell tilpasning. Å tilpasse informasjonen til språk og kultur med bruk av visualiserende metoder fremkom som særlig nyttig for forebyggingsarbeidet rettet mot brannskader.

#### *Å tilpasse seg til foreldrenes behov*

Helsesykepleierne prioriterte å la foreldrene først få komme frem med det de var opptatt av, de ulike spørsmålene og bekymringene de hadde. Helsesykepleiere tilpasset seg foreldrenes behov i den enkelte konsultasjon, og gjennomgikk det foreldrene hadde behov for først. Å tilpasse seg foreldrenes behov ble erfart som en balansekunst mellom å imøtekomme de enkeltes foreldres behov og helsesykepleiernes interne og eksterne ansvarsfølelse for å ha gjennomgått og samtalt om andre viktige temaer, herunder brannskadeforebygging. Det var et vanskelig spenningsfelt å stå i for den enkelte helsesykepleier. Det fordret at den enkelte

helsesykepleier måtte sanse, vurdere behovet for tilstrekkelig informasjon og finne strategier for å vekke foreldrenes interesse for brannskadeforebygging.

### *Hjemmebesøk gir grunnlag for individuell tilpasning*

Hjemmebesøket ga helsesykepleierne mulighet til å observere hvilke utfordringer som var spesielle for den enkelte familie. Det fremkom en bevissthet om at alle hjem og familier er ulike og med det kan by på ulike utfordringer i forhold til å forebygge brannskader. Samtidig bidro hjemmebesøket til å opprette god kontakt med familien. På hjemmebesøket kunne informasjon om brannskadeforebyggende tiltak tilpasses den enkelte familien, slik at informasjon, råd og veiledning i større grad ble oppfattet som relevant. Helsesykepleierne opplevde at foreldrene ofte var svært mottakelige og motiverte for informasjon om hvordan forebygge brannskader hos barnet ved hjemmebesøket. Hjemmebesøket ble erfart både som en unik mulighet til å kunne tilpasse informasjon, men samtidig utfordrende hvis det var knyttet andre problemområder til barnet eller foreldrene, som eksempelvis ammeproblemer. Hjemmebesøket kunne bidra til dårlig samvittighet hos helsesykepleierne hvis forebygging av brannskader ble nedprioritert. Dette ga en opplevelse av å ikke få utført arbeidet fullverdig. Dette gjenspeilte seg i helsesykepleierne uttrykte en stor grad av ansvarsfølelse knyttet til det å få informert om brannskadeforebyggende tiltak, som her beskrives av en informant: «... eller ringer tilbake, får det ikke vekk, klarer ikke å la være å tenke på hvis det skulle skje noe med barnet, det blir en sånn plagsom tanke ...»

### *Å tilpasse informasjon til språk og kultur*

Helsesykepleierne erfarte at det var nyttig for dem å visualisere faresituasjoner og konsekvensen av en brannskade i møte med foreldre i form av egne brosjyrer og bilder. Det å

illustrere faresituasjoner og bruke reelle bilder lettet informasjonsarbeidet. Helseesykepleiere beskrev at brosjyrene om «Barn og sikkerhet» utarbeidet av Helsedirektoratet var tilgjengelige på mange ulike språk, og brosjyren var en inngangsport for utdypende samtale om temaet. Helseesykepleierne som arbeidet med flyktningfamilier, hadde også selv laget mer tilpassede brosjyrer med mindre tekst og mer bilder. Det fremkom en felles erfaring av å få god hjelp av brosjyrer med bilder som et tillegg til den muntlige helseopplysningen. For å bevisstgjøre foreldre var det av og til nødvendig å vise reelle bilder av brannskadet barn, noe som frembragte følelser hos foreldrene: «*Visualisering er jo det som fungerer aller best, det er min erfaring. Med en gang man kan vise bilder jo enklere er det. Jeg tror liksom det er nøkkelen*» Tilpasset brosjyre og demonstrasjonsmateriell ble videre samlet i en ulykkesforebyggende bag egnet til hjemmebesøket og ved konsultasjoner på helsestasjonen:

Vi laget en bag som vi har diverse sikkerhetsutstyr i, blant annet komfyrvern, for det er noe med det å vise hva er et komfyrvern. Det er jo et ord som ikke gir mening for mange mennesker, har du bodd i flyktningeleir så har du kanskje aldri sett en komfyr og langt mindre et komfyrvern» [...]. Å få forklart bruken av det, hvordan det ser ut, hvor du får kjøpt det og det samme med alt annet sikkerhetsutstyr.

Helseesykepleierne erfarte at de språklige og kulturelle barrierer ble redusert ved å i større grad tilpasse informasjonsmateriellet til brukergruppen og møte foreldre på en individuell måte. Dette fordret å vise nysgjerrighet og sensitivitet for deres hjem, kultur, kunnskap, bakgrunn, behov og historie.

### **Å styrke foreldrerollen**

Helseesykepleierne beskrev at informasjonen som ble gitt var tilpasset barnets alder og utvikling. Informasjon om potensielle faresituasjoner var også relatert til ulike årstider og

alder. Hensikten med helsesykepleiernes tilnærming var å styrke foreldrenes kunnskap om ulike potensielle faresituasjoner og sikkerhetsutstyr, og dermed styrke selvstendighet og ressurser hos foreldrene. Helsesykepleiernes holdninger gjenspeilet et ønske om å møte foreldre på en ydmyk måte uten å være belærende.

### *Å styrke kunnskap om faresituasjoner og sikkerhetsutstyr*

Informasjon til foreldre om faresituasjoner fulgte det enkeltes barns utvikling og hva som kunne forventes av barnet ved ulik alder og utvikling. I tillegg til informasjon om «her og nå» situasjonen ble betydningen av å også være i forkant løftet frem. Å forberede foreldre på hva som kunne forventes av barnet i nær fremtid: *«Vi prøver å være litt i forkant sånn at foreldrene skal være oppmerksomme på hva som kan bli aktuelt, men så er det en kunst å ikke være for tidlig sånn at dem føler at det her er jo ikke aktuelt før om lenge så».*

Helsesykepleierne beskrev at informasjon om faresituasjoner var knyttet til risiko ved varm mat, drikke og vann. I de tilfeller helsesykepleierne ga konkrete råd ble det vektlagt at rådene skulle være praktiske og hverdagslige. Også det å informere om og anbefale foreldre å anskaffe sikkerhetsutstyr ble betraktet som en viktig del av forebyggingsarbeidet rettet mot brannskader. Det var ulike erfaringer blant helsesykepleierne omkring anskaffelse av sikkerhetsutstyr. Noen opplevde det som en utfordrende side ved brannskadeforebyggingsarbeidet, da sikkerhetsutstyr ble oppfattet som kostbart, andre erfarte at foreldre fikk tak i det sikkerhetsutstyret som ble ansett som nødvendig. Det å ha en bevissthet og være oppdatert omkring nye trender tilknyttet hjemmene og ulike sikkerhetsutstyr ble løftet frem som nødvendig for å styrke foreldrekunnskaper og bidra til forbedring av sikkerheten i barnets hjemmemiljø. Dette fordret at helsesykepleierne var faglig oppdatert på nye utfordringer, trender og tilgjengelig sikkerhetsutstyr.

### *Å styrke selvstendighet og ressurser*

For helsesykepleierne var det viktig å styrke den enkelte foreldres evne til å stole på egne vurderinger. Helsesykepleierne forsøkte gjennom bevisstgjøring å styrke foreldrenes forståelse for hva de burde være observante på. For helsesykepleierne var det betydningsfullt å tilrettelegge for at foreldrene skulle oppleve økt tro på sine egne ressurser i foreldrerollen, gjennom å formidle støtte og trygghet til foreldrene. Hensikten var at foreldrene i større grad stolte på egne risikovurderinger:

Så tenker jeg spesielt på unge mødre og der alle skal gi råd og besteforeldrene kan si sånn og sånn, der forklare jeg dem at det er dere som kjenner barnet best, det er du som vet hvordan barnet er og beveger seg, og det er ditt hjem ... det å henvende seg direkte til den mammaen og pappaen, det er deres hjem og deres barn, det synes jeg har vært bra.

Det å styrke foreldrene til å stole på egne risikovurderinger handlet også om at helsesykepleiere støttet foreldrene til å våge å si ifra til nær omgangskrets som besteforeldre eller venner. Eksempelvis det å bevisstgjøre foreldre sitt ansvar til å si ifra til besøkende at de måtte vente med å holde spedbarnet til kaffen var drukket opp: «...vi må bevisstgjøre foreldrenes ansvar til å si ifra, vi må hjelpe dem til å tørre, styrke dem på hva de skal være observante på ...». Helsesykepleiere ytret at veien for å komme i havn med felles tanker, forståelse og økt kunnskap gikk gjennom å styrke og støtte den enkelte foreldre, gi positiv tilbakemelding og ros.

### **Å tilhøre et fellesskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging**

Helsesykepleietjenesten samhandlet med mange etater og tjenester i kommunene, herunder frivillige tjenester, barnehager og det private næringslivet ved barneutstyrbutikker og

elektriske- og varme-, ventilasjons- og sanitærteknikk (VVS) butikker. Det ble også opprettet et samarbeid mellom helsesykepleietjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsesykepleierne fikk stor drahjelp av at kommunen var godkjent som et Trygt lokalsamfunn, og dermed programforpliktet til å arbeide med forebygging av brannskader hos småbarn både tverretatlige og tverrsektorielt. Både samhandling, forankring i egen tjeneste samt oppsøkende virksomhet ble fremhevet som suksessfaktorer.

#### *Å samhandle for et trygt lokalsamfunn for småbarn*

Helsesykepleietjenesten fikk presentert lokale skadetall hentet fra skaderegistreringen ved lokalsykehuset. Spesialisthelsetjenesten sørget for innhentning av komplette brannskadedata, som helsesykepleierne benyttet i forebyggingsarbeidet. Helsesykepleierne var bevisst sin unike posisjon, og uttrykte at her måtte de utvise handlekraft. Det opplevdes som et stort ansvar da helsesykepleietjenesten møter omtrent alle småbarnsforeldrene. Helsesykepleierne tok ansvaret ved oppsøkende arbeid, og opprettet et nært samarbeid med el-vare butikker, VVS-butikker og den frivillige tjenesten Røde kors barnehjelp:

Vi kan ikke bare sitte på kontorene våre å ta imot, vi har også et ansvar for å bringe det ut sånn at det kan gjøres noe med ... og da må vi faktisk gå ut å snakke med disse folkene der ute, og det var jo blant annet næringslivet og ikke minst butikkene.

Oppsøkende arbeid for å knytte til seg samarbeidspartnere, en helhetstenkning i kommunen gjennom forpliktende arbeid i regi av Trygge lokalsamfunn, var begge viktige faktorer for å lykkes. Det ble fremhevet som nødvendig hjelp og støtte for å imøtekomme de utfordringene helsesykepleierne opplevde i brannskadeforebyggingsarbeidet.

### *Å forankre brannskadeforebygging i egen tjeneste*

Helsesykepleierne fremmet at det var av stor betydning at det brannskadeforebyggende arbeidet var nedfelt i kvalitetssikrede prosedyrer med faste konsultasjoner der temaet ble tatt opp. Dette bidro til å fremme et likeverdig tilbud til alle småbarnsforeldre og sikre felles rutiner i helsesykepleietjenesten. Erfaringene helsesykepleierne beskrev var viktigheten av tilbakemelding fra den lokale skadestatistikken. Bakgrunnen for å kunne strukturere brannskadeforebyggingsarbeidet og tilpasse informasjonen lå i hjelpen fra den lokale skaderegistreringen ved lokalsykehuset. Gjennom skadestatistikken fikk helsesykepleierne kunnskap om hvilke typer brannskader, alder på barnet, tid på døgnet og hvordan skadene oppstod (årsaksmechanismene). På bakgrunn av denne kunnskapen kunne helsesykepleierne jobbe mer målrettet og tilpasse informasjon til foreldrene: «...vi har jo fått veldig god hjelp av skaderegistreringen ved sykehuset, det var jo da vi virkelig fikk øyene opp for hvilke type skade som var mest vanlig ...». Forpliktelsen og ansvarsfølelsen knyttet til å følge prosedyrene ble styrket gjennom at helsesykepleierne selv deltok i utvikling av prosedyrer:

Ja ta det opp på fellesmøter og lage prosedyrer, diskutere seg frem til når vi skal snakke om det ... hva skal vi ha fokus på, og det har vi gjort sammen på møter sånn at det er blitt vårt ... så jeg tror det å nedfelle det og at de ansatte er med på å formulere og bestemme, det er viktig ... ja man må eie det selv.

### *Å oppleve brannskadeforebygging som betydningsfullt og motiverende*

Lokale tall fra skaderegistreringen ble løftet frem som særlig motiverende og stod for en indre drivkraft til å arbeide videre med brannskadeforebygging. Gjennom tilbakemeldingen fikk helsesykepleierne et synlig resultat på at arbeidet deres bidro til en forskjell. De lokale tallene hentet fra skaderegistreringen ga også helsesykepleierne nærhet til eget arbeid, da det handlet

om barn og familier i deres eget lokalmiljø. Å ha etablert en arbeidskultur sammen med det å ha en ildsjel i egen tjeneste motiverte og tilrettela for de andre helsesykepleierne. Det ble beskrevet at det var etablert en kultur i helsesykepleierkollegiet for å fokusere på brannskadeforebygging i det daglige arbeidet:» ... *også kom jeg ut i praksis i denne kommunen, så jeg trodde jo det var sånn over alt, det tok lang tid før jeg skjønnte at dette var unikt ...*». Utover det å ha etablert en arbeidskultur for økt fokus på forebygging av brannskader ble personlig erfaring løftet frem som motiverende og fremmet økt fokus på arbeidet. En informant forteller:

Jeg tenker på det her med erfaring, hvordan personlige erfaringer jeg selv har, har å si i forhold til hva man vektlegger, hva man husker å si og hvor stort engasjement man legger bak det man skal fremme ... det kom inn et brannskadet barn som ga meg en erfaring ... det var grusomt for meg å være sykepleier på vakt og gå inn på det der.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var å utforske og beskrive helsesykepleieres erfaringer med forebygging av brannskader hos småbarn mellom null og fire år. Analysen resulterte i kategorier som løftet frem viktige sider ved helsesykepleieres erfaringer med å forebygge brannskader hos småbarn. Å møte foreldre med individuell tilpasning, å styrke foreldrerollen og å tilhøre et fellesskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging.

Hovedfunnene viser at helsesykepleierne reflekterer over ulike sider ved det brannskadeforebyggende arbeidet, der innsatsområder og strategier fra helsesykepleierens idegrunnlag i folkehelsearbeidet synliggjøres. Hovedtemaet der helsesykepleierne opplever brannskadeforebygging som et moralsk ansvar klargjøres og tydeliggjøres gjennom deres



engasjement og forpliktende handlinger for å bidra til å redusere antall brannskadde småbarn i lokalmiljøet.

### **Å møte foreldrene med individuell tilpasning**

Det å utvise en sensitivitet for det unike i et helsesykepleiermøte gjennom tilpasset informasjon og kommunikasjon samt være bevisst sin pedagogiske funksjon, ble i denne studien løftet frem som avgjørende for å motivere og å sette foreldre i stand til å forebygge brannskader for sitt barn.

Tilrettelagt helseopplysning og veiledning blir også i andre studier ansett som effektive strategier for å forebygge brannskader hos småbarn (16-18,32). Helsesykepleiere beskrev i denne studien at tilpasset informasjon gjennom visualisering med bilder og plansjer, demonstrasjon av sikkerhetsutstyr samt bruk av skriftlig tilpasset informasjonsmaterieell var virkningsfullt. Særlig nyttig var det å visualisere med realistiske bilder, spesielt opp mot brukergrupper med antatt lavere grad av helsefremmende allmenndannelse og annen kulturbakgrunn. Dette samsvarer med litteratur som vektlegger bruk av visuelt informasjonsmateriale og praktiske forklaringer som tilpassede tiltak for brukere som kan ha problemer med å forstå og benytte helseinformasjon (36-38). Videre er det anbefalt at helsepersonell tar i bruk et enkelt hverdagslig språk når de informerer og supplerer med bilder eller animasjoner i møte med personer med særlig lav grad av helsefremmende allmenndannelse (36,38). Studier viser at kommunikasjonsproblemer knyttet til språk mellom innvandrere og helsepersonell trolig er relativt vanlig (39,40). Selv om språk- og kulturforskjeller kommer tydeligere frem når helsepersonell møter innvandrere, kan lignende kommunikasjonsutfordringer forekomme i møte med andre grupper. Lav helsefremmende allmenndannelse er vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status, og flere studier viser

til en sammenheng mellom foreldrenes lave utdanningsnivå og redusert evne til å etterfølge råd og anbefalinger relatert til ulykkesforebyggende tiltak i hjemmet (18,19,41). Dette kan ses i lys av at foreldre med størst behov for hjelp kan ha lavere grad av ferdigheter som inngår i helsefremmende allmenndannelse. Dette tydeliggjør viktigheten av å tilpasse tiltakene i et brannskadeforebyggende arbeid. Helseesykepleiere bør ha et ekstra fokus på tilpasset informasjon og variasjon av pedagogisk metode til disse brukergruppene.

Funnene i denne studien viser samtidig at helseesykepleiere var bevisste og utviste en kulturell trygghet, som igjen bidro til at de brannskadeforebyggende tiltakene i større grad ble tilpasset målgruppen. Tilpasset informasjon med hensikt å øke den enkeltes helsefremmende allmenndannelse som utføres med kulturell trygghet kan danne grunnlag for dialog, brukermedvirkning og tilrettelegging av økt foreldrekompetanse om forebygging av brannskader. Kulturell trygghet muliggjør økt respekt for en annens kultur og bidrar til å se foreldrene i sammenheng med deres sosiale, økonomiske og politiske kontekst (42).

### **Å styrke foreldrerollen**

Å bli motivert og oppleve seg sett og forstått betyr at helseesykepleieren må ta den andres (foreldres) kunnskap på alvor. Hvordan et budskap presenteres viser seg å ha stor betydning og kan være avgjørende for foreldrenes motivasjon til å ta nødvendige forholdsregler for å forebygge brannskader hos sitt barn. Det ble i denne studien løftet frem at helseesykepleier sammen med foreldrene kan finne løsninger for sikkerhetstiltak ut ifra det enkelte hjem og familie. Å styrke foreldrerollen ved bruk av empowerment som tilnærming i gruppe- og individuelle konsultasjoner har tidligere blitt vist å kunne gi økt motivasjon- og refleksjon hos foreldre rundt forebygging av brannskader (32).

Empowerments-tenkningen som er en hjørnestein i det helsefremmende arbeidet er ikke ekspertstyrt, men basert på deltakelse, likeverdighet, likestilling, selvbestemmelse og medvirkning (33,34). Empowerment-tilnærmingen ligger i helsesykepleierens grunnlagstenkning. Den likeverdige dialogen kan gi rom for en god relasjon og gi motivasjon for endring eller økt etterlevelse av anbefalinger fra helsesykepleier. I en studie av Warren (35) blir det tydeliggjort hvilken betydning det har at helsepersonell er positive og støttende i sin veiledning av foreldre. Støttende og positive tilbakemeldinger fremkom som en av de viktigste faktorene som har størst innvirkning på mødrenes opplevelse av mestring og trygghet i foreldrerollen. Funnene i denne studien tydeliggjør et skille fra rådgivende posisjon til mer veiledende posisjon for helsesykepleierne. Å være ydmyk og utforskende i møte med foreldre var betydningsfullt for å styrke foreldrenes egne kunnskaper om faresituasjoner, sikkerhetsutstyr og bidra til økt tro og mestring i foreldrerollen.

### **Å tilhøre et fellesskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging**

Helsesykepleierne beskrev et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, barnehager og private- og frivillige aktører. Helhetstenkning med støtte og hjelp fra frivillige, offentlige og private aktører kjennetegnes i metoden og modellen for Trygge lokalsamfunn. Det er nettopp samspillet mellom disse tre aktørene i et tverrsektorielt samarbeid som kan bidra til et effektivt ulykkes- og skadeforebyggende arbeid (17,21,22).

Samhandling mellom lokalsykehuset og helsesykepleiertjenesten er et godt eksempel på velfungerende samhandling i tråd med samhandlingsformens intensjoner (43). Det var flere viktige forutsetninger som bidro til at helsesykepleierne erfarte at det brannskadeforebyggende arbeidet ble vellykket. Arbeidet ble etter hvert forankret i

kommunenes politiske ledelse og planer i et forpliktende tverrsektorielt samarbeid gjennom godkjenning som et Trygt lokalsamfunn. Lokalt engasjement og brukermedvirkning ble verdsatt gjennom involvering av næringsliv, frivillige organisasjoner og innbyggere. Sammensatte tiltak, herunder kommunebaserte intervensjoner, er anbefalt i brannskadeforebyggende forskningslitteratur (16,17,21,22). Forskning gjenspeiler at forebygging av brannskader hos småbarn innebærer en kompleks tilnærming, men at arbeidet kan muliggjøres med bruk av trygt lokalsamfunnsmodellen.

Funn i denne studien viste at den indre drivkraften og det moralske ansvaret hos den enkelte helsesykepleier varierte. Engasjement og graden av ansvarsfølelse ble påvirket av den enkelte helsesykepleiers personlige og profesjonelle erfaring. Dette virket igjen inn på hvor stor betydning den enkelte helsesykepleier vektla å informere om brannskadeforebygging.

Imidlertid kan en forklaring på at den enkelte helsesykepleier i stor grad opplevde en forpliktende følelse tilknyttet de kvalitetssikrede prosedyrene og etterfulgte disse, var at de selv deltok i utarbeidelsen. Prosedyrene var dannet i fellesskap og helsesykepleierne beskrev at de tilhørte en arbeidskultur som vektla forebygging av brannskader. Å gi et likeverdig tilbud og å unngå tilfeldigheter der den enkelte helsesykepleiers vektlegging, personlige og profesjonelle kompetanse skulle være avgjørende, var viktige felles mål for tjenesten.

Wacherhausen (44) løfter frem faren ved en ureflektert praksis. Bruk av prosedyrer og en kunnskapsbasert praksis der erfaringskunnskapen brukes reflektert, kan unngå at praksisfellesskapet går på feil spor og bidra til at det blir etablert en reflektert praksis i arbeidskulturen.

Videre beskrev helsesykepleierne i denne studien at selve drivkraften til å arbeide videre med det brannskadeforebyggende arbeidet, var motivasjonen de fikk gjennom tilbakemelding på eget arbeid. Særlig viktig var de lokale data som fungerte som motor i arbeidet. Dette samsvarer med andre studier og anbefalinger for lokalt skadeforebyggende arbeid (21,22,45).

Det kan tenkes at den enkelte helsesykepleier og helsesykepleiertjenesten fikk en større grad av ansvarsfølelse og forpliktelse knyttet til det brannskadeforebyggende arbeidet med bakgrunn i lokale data. De lokale skadedata ga en nærhet til eget arbeid, og de ble smertelig bevisst at mindre fokus ville kunne bety flere tilfeller av brannskadde småbarn fra egen kommune. Helsesykepleierens opplevelse av forebygging av brannskader som et moralsk ansvar kan samtidig blitt forsterket av den forpliktelsen det medførte å tilhøre et felleskap med felles visjoner og mål for brannskadeforebygging.

## **Metodiske overveielser**

En begrensning ved studien er at studien er basert på to fokusgruppeintervjuer og ett individuelt intervju, og at datamaterialet derfor kan være noe begrenset. Samtidig var det et strategisk utvalg og informantene hadde rike erfaringer om temaet. Malterud (31) løfter frem at selv en fokusgruppe kan være tilstrekkelig hvis det empiriske materialet er rikt og av god kvalitet, noe materialet i denne studien ble vurdert til.

## **Oppsummering**

Studien viser at det brannskadeforebyggende arbeidet i større grad bør tilpasses individuelt og kulturelle hensyn bør tas med i planlegging, etablering og gjennomføring av brannskadeforebyggende tiltak. Individuelt tilpasset informasjon med empowerment som tilnærming kan styrke familier i deres behov for økt kunnskap og kompetanse. Tilpasset informasjonsmateriell, visualisering og demonstrering av sikkerhetsutstyr er nyttig og bidrar til å tydeliggjøre informasjonen. Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, frivillige og private aktører vil forsterke og støtte opp under det brannskadeforebyggende

arbeidet som allerede gjennomføres gjennom helsestasjonsprogrammet. En slik samhandling kan muliggjøres innenfor rammen av Trygge lokalsamfunn. Erfaringene fra helsesykepleierne er viktig kunnskap for fremtidige lokale brannskadeforebyggende tiltak og intervensjonsstudier, og deres erfaringer viser at arbeidet kan implementeres i det etablerte helsestasjonsprogrammet.

## Referanser

1. Peck, M., Molnar, J. & Swart, D. A global plan for burn prevention and care. Bull World Health Organ, 2009; 87, 802-3. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.08.059733>
2. Peden, M., Oyegbite, K., Ozann-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Fazlur, Rahman, A. K. M., Bartolomeos, K. (Eds). World report on child injury prevention. World Health organization. Switzerland; 2008. [siteret 2019 oktober 29]. Tilgjengelig fra: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tromsoub-ebooks/reader.action?docID=420993>
3. Onarheim H, Jensen SA, Rosenberg BE, Guttormsen AB. The epidemiology of patients with burn injuries admitted to Norwegian hospitals in 2007. Burns 2009;35(8):1142-46. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.06.191>
4. Onarheim H, Vindenes HA. Sykehusopphold for brannskade. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(16):2130-32.
5. Onarheim H, Brekke RL, Guttormsen AB. Brannskadde innlagt i norske sykehus-en populasjonsbasert studie. Tidsskr Nor Laegeforen 2016;136(21):1799-02. DOI: <https://doi:10.4045/tidsskr.16.0047>
6. Onarheim H, Guttormsen AB, Eriksen E. Brannskadebehandling gjennom 20 år ved Haukeland Universitetssykehus. Tidsskr Nor Laegeforen 2008;128(10):1168-71.
7. Bakker A, Maertens KJP, Van Son MJM, Van Loey NEE. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. Clin Psychol Rev 2013;33(3):361-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.006>
8. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE, Kimble R. Prevalence, Comorbidity and Course of Trauma Reactions in Young Burn-Injured Children. J Child Psychol Psychiatry 2012;53(1):56-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02431.x>
9. Graf A, Schiestl C, Landolt M. Posttraumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. J Pediatr Psychol 2011;36(8):923-31. DOI:<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr021>
10. Guttormsen AB, Onarheim H, Thorsen J, Jensen SA, Rosenberg BE. Behandling av alvorlige brannskader. Tidsskr Nor Laegeforen 2010;130(12):1236-41. DOI:<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0391>
11. Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29 (2011).
12. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenster LOV-2011-06-24-30 (2011).
13. Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, FOR-2018-10-19-1584 (2018).
14. Helsedirektoratet. Manglende oppmøte på helsestasjon En kartlegging rundt uteblivelse fra konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet 0-5 år. Oslo: Helsedirektoratet;2020. IS-2928.Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/barn-vi-er-bekymret-for-moter-pa-helsestasjonen/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf/\\_attachment/inlne/2f2ecef5-6fa6-4d18-8e2e-](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/barn-vi-er-bekymret-for-moter-pa-helsestasjonen/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf/_attachment/inlne/2f2ecef5-6fa6-4d18-8e2e-)

[8ec89b31ed1a:d9bc70f2162ad344a3cd74076c740d0bdd71238a/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten)

15. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2017 [sist faglig oppdatert 11.november 2019]. [sitert 2020 januar 8]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
16. Zou K, Wynn PM, Miller P, Hindmarch P, Majsak-Newman G, Hayes M, et al. Preventing childhood scalds within the home: Overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Burns* 2015;41(5):907-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.11.002>
17. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixion J. Community-based interventions for prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 (2. Art. No.: CD004335.). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004335.pub2>
18. Kendrick D, Mulvaney C, Ye L ST, Mytton J, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3.Art.No.:CD006020.). DOI: <https://DOI:10.1002/14651858.CD006020.pub3>
19. Kendrick D, Young B, Mason-Jones A-J, Ilyas N, Achana F, Cooper N, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(9. Art. No.: CD005014.).DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005014.pub3>
20. Lund J. Barneulykker. I: Misvær N, Lagerløv P, redaktører. Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Oslo: Kommuneforlaget; 2013. s. 331-344.
21. Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Inj Prev* 1998;4(3):176-80. DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/ip.4.3.176>
22. Ytterstad B, Sjøgaard AJ. The Harstad Injury Prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. *Burns* 1995;21(4):259-66. DOI:[https://doi.org/10.1016/0305-4179\(94\)00003-G](https://doi.org/10.1016/0305-4179(94)00003-G)
23. Skadeforebyggende forum. Modell og metode 2019. [sitert 2020 januar 8].Tilgjengelig på: <https://www.skafor.org/trygge-lokalsamfunn/modellogmetode/>.
24. Bergvoll L-M. Er brann- og skåldeskader et glemt tema? *Tidsskr for helsesøstre* 2014(3):42-48.
25. Departementene. Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014. 2009. [sitert 2019 oktober 28]. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/ulykker\\_i\\_norge-hefte.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/ulykker_i_norge-hefte.pdf)
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2003;24(2):105-12.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
27. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today* 2017;56:29-34. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
28. Kitzinger J. Introducing Focus Groups. *BMJ: Br Med J* 1995;311(7000):299-02.DOI: <https://www.jstor.org/stable/2972825>
29. Krueger RA, Casey MA. Focus groups. A practical guide for applied research. 3.utg. California SAGE Publications; 2000.



30. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk 2009.
31. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
32. Carlsson A, Bramhagen A-C, Jansson AK, Dykes A-K. Precautions taken by mothers to prevent burn and scald injuries to young children at home: An intervention study. Scand J Public Health 2011;39(5):471-80.DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1403494811405094>
33. Naidoo J, Wills J. Foundations for Health Promotion. 3.utg. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier; 2009.
34. Askheim OP. EMPOWERMENT I HELSE-OG SOSIALFAGLIG ARBEID. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi? Oslo: Gyldendal akademisk 2012.
35. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. J Adv Nurs 2004;50(5):479-88. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
36. Finbråten HS, Pettersen S. Kunnskap er egenmakt. Tidsskr Sykepl 2009;5:60-63.DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0009>
37. Williams M, Davis T, Parker R, Weiss B. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Fam Med 2002;34(5):383-89.
38. Jarlbro G. Hälsokommunikation: en introduktion. 3.utg. Lund: Studentlitteratur; 2010.
39. Kale E, Syed H. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. Patient Educ Couns 2010;81(2):187-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>
40. Finbråten HS, Pettersen KS. En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. Nordisk tidsskrift for Helseforskning 2012;8(1):63-77. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.2332>
41. Alver K, Hesselberg Ø, Lyshol H. Sosiøkonomiske forskjeller i ulykkesskader. En oppsummering av nordisk litteratur. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Report No.: 2009:9.
42. Giles AR, Hognestad S, Brooks LA. The Need for Cultural Safety in Injury Prevention. Public Health Nurs 2015;32(5):543-9.DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.12210>
43. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – tilrett tid 2009.
44. Wackerhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. I: Wackerhausen og Samsø (red). Refleksion i praksis. Skriftserie RUML, Institut for Filosofi & Idéhistorie, Aarhus Universitet.2008;1:3-212.
45. Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN. Burn prevention mechanisms and outcomes: Pitfalls, failures and successes. Burns 2009;35(2):181-93.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.06.002>

