

# Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Den landsomfattende kartleggingsundersøkelsen Omsorg etter krybbedød og barneulykker, som omhandlet innholdsmessige og formelle forhold ved etterlattetilbudet til disse gruppene i Norge, avdekker mangler ved den lokale oppfølgingen. Kommunene fremhever selv etablering av skriftlige rutiner som det beste virkemidlet for å forbedre tilbudet.

**Metode og materialer.** Vi benyttet korrelasjons- og regresjonsanalyser av kvantitative data fra 170 kommuner og dokumentanalyser av skriftlige rutiner innhentet fra 40 kommuner. Det ble forsket på effekten av ulike formaliserende strukturer på to valgte mål på kvaliteten av et etterlattetilbud.

**Resultater.** Eksistens av skriftlige rutiner fremstår som den klart beste prediktor for kvalitet. Dokumentanalysen av de skriftlige rutinene indikerer imidlertid at denne effekten er indirekte. Eksisterende rutiner fremstår ofte som svært generelle, og går i liten grad inn på hva som faktisk skal gjøres for etterlatte.

**Fortolkning.** Effekten av skriftlige rutiner antas å gjenspeile den holdningsskapende og bevisstgjørende prosessen som i en kommune gjerne går forut for etableringen av slike rutiner.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

## Dag Nordanger

[dag.nordanger@psyhp.uio.no](mailto:dag.nordanger@psyhp.uio.no)  
HEMIL-senteret  
Christies gate 13  
5015 Bergen

## Kari Dyregrov Atle Dyregrov

Senter for Krisepsykologi  
5009 Bergen

Tapet av et barn er en av livets største tragedier. Forskning viser at etterlatte etter barnedødsfall har forhøyet risiko for utvikling av psykiske og somatiske lidelser (1, 2). Samtidig er det dokumentert at ulike former for omsorg og støtte kan ha en lindrende og forebyggende effekt (3). Undersøkelsen Omsorg etter krybbedød og barneulykker – tilbudet i norske kommuner (4), som denne artikkelen tar utgangspunkt i, viser store variasjoner i tilbudenes omfang og sammensetning. Særlig er mangelen på organisering og planmessighet urovekkende. Dette svarer med inntrykk fra tidligere tilsvarende kartleggingsundersøkelser (5, 6).

Offentlige myndigheter har understreket behovet for klarere prosedyrer og formaliserende strukturer for oppfølgingen etter barnedødsfall (7, 8). Også kommunene selv anser større grad av formalisering, i form av etablering av skriftlige rutiner, som det beste virkemidlet for å forbedre tilbudet (4).

I denne studien utforskes effekten av skriftlige rutiner, kristeteam, og fast koordinator (heretter omtalt som «strukturelle variabler») på to «kvalitetskriterier» for et omsorgstilbud. Første kriterium er kommunenes egne vurderinger av tilbudenes kvalitet (subjektivt mål). Andre kriterium («objektivt» mål) er en samlevariabel av fem gunstige tilbudselementer:

- Eksistens av sorggrupper
- Aktive strategier for kontaktetablering med de etterlatte
- Kontaktetablering innen første dag etter dødsfallet
- Oppfølging i inntil et halvt år eller lenger
- Omsorgstilbud for etterlatte søsken

Videre blir effektene av tre demografiske variabler utforsket: kommunestørrelse (< 5 000 innbyggere versus > 5 000 innbyggere), Nord-Norge (fra og med Sør-Trøndelag og nordover) versus Sør-Norge samt bykommuner versus landkommuner. Sistnevnte gjøres for å etterprøve mange småkommuners utsagn om at skriftlige rutiner

## Hovedbudskap

- Både kommuneleger og etterlatte familier fremhever skriftlige rutiner som et sentralt virkemiddel for å forbedre omsorgstilbudet for etterlatte
- Også ut fra statistiske analyser fremstår skriftlige rutiner som den beste prediktor for kvalitet i slike tjenester
- Eksisterende skriftlige rutiner er imidlertid ofte generelle og lite retningsgivende for hva som bør gjøres
- Her ligger et uutnyttet potensial for utviklingen av omsorgstilbudet for etterlatte

overflødiggjøres av små og oversiktlige forhold (4).

For å få et mer direkte inntrykk av hvordan eksisterende rutiner faktisk er utformet, og således for å ha et korrektiv til de kvantitative analysene, blir i tillegg innsamlede skriftlige rutiner gjenstand for dokumentanalyse.

## Metode

### Utvalget

Datamaterialet ble opprinnelig samlet inn til undersøkelsen Omsorg etter krybbedød og barneulykker – tilbudet i norske kommuner (4). Vi henvendte oss der til alle kommunene i Norge samt bydelene i de største byene – til sammen 481 enheter. Etter to purringer fikk vi svar fra 321 kommuner (67 %). Svarene fordelte seg jevnt over landsdeler og fylker.

Blant de 321 kommunene oppgav 170 (54 %) at de hadde såkalte særtilbud for etterlatte etter krybbedød og barneulykker, dvs. tilbud spesielt utformet med tanke på disse etterlattegruppene. Disse 170 utgjør utvalget for den gjeldende studien. I 44 % av disse 170 kommunene ble skjemaet besvart av kommuneleger. I henholdsvis 25 % og 5 % ble de besvart av helsesøstre og psykiatriske sykepleiere. I de øvrige kommunene ble skjemaet oftest fylt ut av ulike konstellasjoner av de tre ovenfornevnte i fellesskap. Flesteparten av respondentene hadde lang arbeidserfaring i sine respektive stillinger, 45 % mer enn ti år, 19 % 6–10 år og 14 % 3–5 år.

### Måleinstrument

Data ble samlet inn via et selvutviklet spørreskjema. Dette bestod i all hovedsak av pre-

**Tabell 1** Strukturelle og demografiske variablers samvariasjon med kommuners tilfredshet med omsorgstilbudet (subjektivt kvalitetsmål) (N = 137–170)

	Korrelasjonsanalyser		Regresjonsanalyser
	K-koeffisient	P-verdi	P-verdi
<i>Strukturelle variabler</i>			
Skriftlige rutiner for hjelpetiltak	0,26	0,002 <sup>1</sup>	0,006 <sup>1</sup>
Kriseteam	0,12	0,147	0,481
Fast koordinator	0,04	0,684	0,963
<i>Demografiske variabler</i>			
Kommunestørrelse	0,03	0,721	0,796
Landsdel	0,10	0,229	0,161
By- versus landkommune	0,11	0,172	0,166

<sup>1</sup> P < 0,05

kodede spørsmål med faste svaralternativer. Følgende hovedpunkter inngikk:

- Hvilke tilbud har kommunen for etterlatte etter krybbedød og barneulykker?
- Hvilke yrkesgrupper og instanser er involvert i tilbudet?
- Hvem koordinerer hjelpen?
- Hvordan etableres kontakten med de etterlatte?
- Hvor raskt etableres vanligvis kontakten?
- Hvor lenge varer vanligvis oppfølgingen?
- Hvilke tilbud finnes for pårørende søsken?
- Hvilke tilbud har frivillige organisasjoner i kommunen?
- Hvilke skriftlige rutiner finnes for arbeidet?
- Hvordan vurderes omsorgstilbudet?

Skjemaet inneholdt i tillegg åpne spørsmål for egne vurderinger og synspunkter på fungering og utviklingsmuligheter for den lokale etterlatteomsorgen. Kommunene ble også oppfordret til å legge ved kopier av eventuelle skriftlige rutiner.

**Dataanalyser**

Kvantitative data ble kodet og deretter analysert etter vanlige metoder for korrelasjons- og regresjonsanalyser i dataprogrammet Statistica. For et best mulig fortolkningsgrunnlag for regresjonsanalysene kartla vi først interne samvariasjoner mellom struktu-

relle og demografiske variabler, og også de enkle korrelasjonene mellom disse variablene og de to kvalitetsmålene.

Et mindretall av kommunene la ved kopier av skriftlige rutiner for hjelpetiltak. Materialet er ikke statistisk representativt. Dokumentene forvaltes derfor kun kvalitativt, og omtales som «stikkprøver» på slike rutiners formålstjenlighet, samt på hva kommuner legger i det å ha skriftlige rutiner. Innholdet i rutinene ble gjenstand for dokumentanalyse i henhold til kvalitative begreper for kategorisering og kondensering (9).

**Resultater**

*Samvariasjoner blant uavhengige variabler*

Det er få signifikante samvariasjoner mellom strukturelle og demografiske variabler. Et unntak er at kriseteam er overrepresentert (p < 0,05) i mindre fremfor i større kommuner. Eventuelle effekter av demografi (landsdel, kommunestørrelse og by/land) vil derfor i liten grad handle om ulik forekomst av skriftlige rutiner, fast koordinator eller kriseteam i kommunegruppene. Internt blant strukturelle variabler finnes det oftere kriseteam i kommuner med skriftlige rutiner for tiltakene (p < 0,05). Kommuner med kriseteam har gjerne også fast koordinator for oppfølgingen (p < 0,05). Alle de tre demografiske variablene har en signifikant (p < 0,05) intern samvariasjon. Dette gjenspeiler

at kommuneinndelingene ikke er gjensidig utelukkende.

*Effekter på subjektivt kvalitetsmål*

Ved enkle korrelasjonsanalyser (Pearson Product Moment Correlation (PPMC)) skiller skriftlige rutiner for tiltak seg ut som eneste strukturelle variabel med signifikant samvariasjon (p < 0,05) med kommunenes vurdering av eget omsorgstilbud etter krybbedød/barneulykker. Sammenhengen går i retning høyere grad av tilfredshet med kommunens tilbud ved eksistens av skriftlige rutiner.

Når man via regresjonsanalyser isolerer relative bidrag og kontrollerer for synergieffekter mellom de uavhengige variablene, fremstår igjen skriftlige rutiner som den mest betydningsfulle bidragsyter (p < 0,05) til det subjektive målet for kvalitet. Ingen av analysene avdekker effekter av demografi. Tabell 1 viser verdiene.

*Effekter på «objektivt» kvalitetsmål*

Enkle korrelasjonsanalyser (PPMC) viser klar samvariasjon (p < 0,05) mellom både fast koordinator og skriftlige rutiner for hjelpetiltakene og det valgte kvalitetskriteriet (beskrevet over). Også alle de demografiske variablene korrelerer signifikant (p < 0,05) med de samme gunstige tilbudselementene. Sistnevnte samvariasjon går i retning høyere grad av kvalitet i henholdsvis mindre kommuner (< 5 000 innbyggere), i nordnorske kommuner og i landkommuner.

Når man via regresjonsanalyser kontrollerer for overlappende effekter mellom variablene, forsvinner de signifikante effektene av fast koordinator og demografi. Tilbake står skriftlige rutiner som beste prediktor (p < 0,05). Tabell 2 viser verdiene.

*Kvalitative analyser*

Kun 11 % av kommunene la ved kopier av skriftlige rutiner. Dette utgjør en tredel av kommunene som oppgav å ha skriftlige rutiner for etterlattetiltak. Utover å berøre hvordan hjelpen mobiliseres (varslingsrutiner, mandat, og liknende), omtaler rutinene i hovedsak to faser i et oppfølgingstilbud: akutfasen og den videre oppfølgingen. Tekstene ble kategorisert og kondensert i henhold til tilbudselementene i det «objektive» kriteriet for kvalitet (beskrevet over).

Med hensyn til akutfasen er disse elementene i svært ulik grad omtalt i dokumentene. Det fremgår sjelden om instansen selv aktivt skal tilby hjelp, eller eventuelt avvente å bli kontaktet. I den grad tiltak nevnes, er dette som regel i svært generelle og lite operasjonaliserte termer. Kun ti av dokumentene presiserer hvor raskt hjelpen skal settes inn. Videre mangler de fleste dokumentene omtale av hjelp til etterlatte søsken.

De færreste av rutinene mangler omtale av oppfølging utover akutfasen. Kun seks dokumenter nevner konkrete tiltak som bør iverksettes. Kun ett av dokumentene omtaler

**Tabell 2** Strukturelle og demografiske variablers samvariasjon med antall tilbudselementer i omsorgstilbudet («objektivt» kvalitetsmål) (N = 137–170)

	Korrelasjonsanalyser		Regresjonsanalyser
	K-koeffisient	P-verdi	P-verdi
<i>Strukturelle variabler</i>			
Skriftlige rutiner for hjelpetiltak	0,22	0,014 <sup>1</sup>	0,044 <sup>1</sup>
Kriseteam	0,14	0,098	0,643
Fast koordinator	0,18	0,046 <sup>1</sup>	0,108
<i>Demografiske variabler</i>			
Kommunestørrelse	0,19	0,032 <sup>1</sup>	0,252
Landsdel	0,19	0,028 <sup>1</sup>	0,102
By- versus landkommune	0,22	0,011 <sup>1</sup>	0,059

<sup>1</sup> P < 0,05

tilbud for etterlatte søsken, og kun fem av dokumentene sier noe om varighet og/eller tidsintervaller i langtidsoppfølgingen. Tabell 3 viser i hvilken grad ulike tilbudselementer omtales.

### Diskusjon

Ut fra kvantitative analyser fremstår skriftlige rutiner for hjelpetiltak som klart beste prediktor for høy skåre på de to anvendte kvalitetsmålene. Funnene må imidlertid tolkes med forsiktighet. Korrelasjonskoeffisientene er beskjedne og det foreligger en stor restvarians. Videre kan regresjonsanalyser skjule viktige interaksjonseffekter. Når for eksempel effekten av fast koordinator «absorberes» i regresjonsanalysene av effekten av skriftlige rutiner, trenger ikke dette betyr at fast koordinator er av underordnet betydning. Så lenge utarbeiding av skriftlige rutiner forutsetter menneskelig initiering, blir det vanskelig å se variablene atskilt. Man må anta at elementene bygger på hverandre i en hendelsesrekkefølge eller langs en tidsakse. Slike indirekte effekter fanges ikke opp av analysene over.

Korrelasjonsanalysene viser signifikante samvariasjoner mellom alle de demografiske variablene (småkommuner, nordnorske kommuner og landkommuner) og et samlet gunstig etterlattetilbud. Når effektene forsvinner i regresjonsanalysene, må det sees i lys av at kommunegruppene ikke er gjensidig ekskluderende. Når de uavhengige variablene overlapper hverandre i den grad de gjør ( $p < 0,05$ ), vil ikke regresjonsanalysene kunne avdekke eksklusive bidrag fra enkeltvariabler.

Et annet forbehold synliggjøres ved at begreper som «kvalitetskriterier» og «objektive kvalitetsmål» må skrives i anførselstegn. Dette fordi det benyttede spørreskjemaet ikke frembringer direkte mål på et tilbuds faktiske fungering. Respondenters egne vurderinger vil alltid være influert av subjektive forhold. Videre vet man at menneskelige ressurser, holdninger og egnethet betyr vel så mye for tilbudets kvalitet og formålstjenlighet. Det «objektive» kvalitetsmålet er kun en samling ytre kvantifiserbare kjennetegn ved et etterlattetilbud, og fanger ikke opp slike essensielle forhold.

På den annen side viser supplerende analyser høyt samsvar ( $p < 0,05$ ) mellom det «subjektive» og det «objektive» målet for kvalitet. Man ser også at funnene samsvarer med kommunenes egne (4) og også etterlatte (10) vurderinger av hva som hindrer og fremmer et godt omsorgstilbud.

En rekke mindre kommuner mener skriftlige rutiner blir overflødige under små og oversiktlige forhold (4). Dette understøttes her av korrelasjonsanalyser som viser at landkommuner, mindre kommuner og nordnorske kommuner fremviser de samme kvalitetskriteriene uavhengig av skriftlige rutiner og andre formaliserende strukturer. Dette kan bety at effekten av skriftlige rutiner

**Tabell 3** Grad av omtale av sentrale tilbudselementer i skriftlige rutiner (N = 31)

		Antall dokumenter
<i>Akuttfasen</i>	Kontaktetableringsmåte	Omtalt 11 Ikke omtalt 20
	Tidsangivelser for kontaktetablering	Spesifisert 10 Ikke spesifisert 21
Konkret omtale av tiltak	> 2 tiltak konkretisert	12
	< 2 tiltak konkretisert	19
Omtale av hjelp til søsken	Omtalt	3
	Ikke omtalt	28
<i>Den videre oppfølgingen</i>	Konkret omtale av tiltak	Tiltak konkretisert 6 Ingen konkretiseringer 25
	Omtale av hjelp til søsken	Omtalt 1 Ikke omtalt 30
Tidsangivelser for langtidsoppfølging	Spesifisert	5
	Ikke spesifisert	26

ligger i den oversiktighet de skaper innad i helsetjenesten og utad til brukere. I spredtbygde strøk gis oversiktighet mer naturlig gjennom demografiske og geografiske forhold.

De kvalitative analysene indikerer at mekanismene bak effekten av skriftlige rutiner er av mer indirekte art. Selv om materialets begrensede omfang gir dårlig grunnlag for reliable konklusjoner, indikerer denne stikkprøven et manglende potensial i eksisterende skriftlige rutiner til å prege et omsorgstilbud kun i kraft av seg selv. Det blir da mer naturlig å forstå effekten av skriftlige rutiner som effekten av prosessen som går forut for etablering av skriftlige rutiner. Dette er en bevisstgjørende prosess hvor temaet settes på dagsordenen og det tas aktive valg for hvordan man som kommune skal møte denne typen problemstillinger. Slik bevisstgjøring ledsager trolig i seg selv økt oppmerksomhet på etterlattes behov, og kan i seg selv føre til at kommunene tar initiativet til kontakt, etablerer sorggrupper, gir omsorgstilbud til etterlatte søsken eller følger opp over lengre tid. I dette perspektivet blir prosessen og holdningen bak etablering av skriftlige rutiner like viktig for resultatet som rutinenes faktiske innhold og utforming.

### Konklusjon

Resultatene indikerer at skriftlige rutiner har gunstig innvirkning på det lokale omsorgstilbudet til etterlatte etter krybbedød og barneulykker, særlig i tettbygde strøk. Mest sannsynlig er det imidlertid effekten av en bakenforliggende holdningsskapende prosess man måler. Dette viser i så fall viktigheten av at man lokalt igangsetter nettopp en slik prosess, hvor temaet settes på dagsordenen og man tar aktive valg for hvordan disse etterlattegruppene behov best kan møtes. Samtidig må man anta at skriftlige rutiner i

seg selv kan bidra til høyere kvalitet, dersom de utformes på rett måte. Denne direkte effekten av skriftlige rutiner ligger trolig mange steder utnyttet.

### Litteratur

- Boyle FM, Vance JC, Najman JM, Thearle MJ. The mental impact of stillbirth, neonatal deaths or SIDS: prevalence and patterns of distress among mothers. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1273–82.
- Dyregrov A. Parental reactions to the loss of an infant child: a review. *Scand J Psychol* 1990; 31: 266–80.
- Thuen F. Social support after the loss of an infant child: a long-term perspective. *Scand J Psychol* 1997; 38: 103–10.
- Nordanger D, Dyregrov K, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte etter krybbedød og barneulykker – tilbudet i norske kommuner. Rapport. Bergen: Senter for Kriसेpsykologi, 1998.
- Svenberg GB. Etterlatte: behov for hjelp og omsorg til etterlatte etter dødsfall. Rapport. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen, 1987.
- Ranfelt H, Hepsø L, Vangen AM, Mathisen A, Solerød H, Sirpal M. Krybbedød i Østlandsregionen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1447–50.
- Plutselig uventet død i spedbarnsalder – krybbedød; rutiner og oppfølging. Rundskriv. Oslo: Helse direktoratet, 1992.
- Lov 1982–11–19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene.
- Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Nordanger D, Dyregrov K, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte etter krybbedød og barneulykker – etterlattestudien. Rapport. Bergen: Senter for Kri-sepsykologi, 2000.