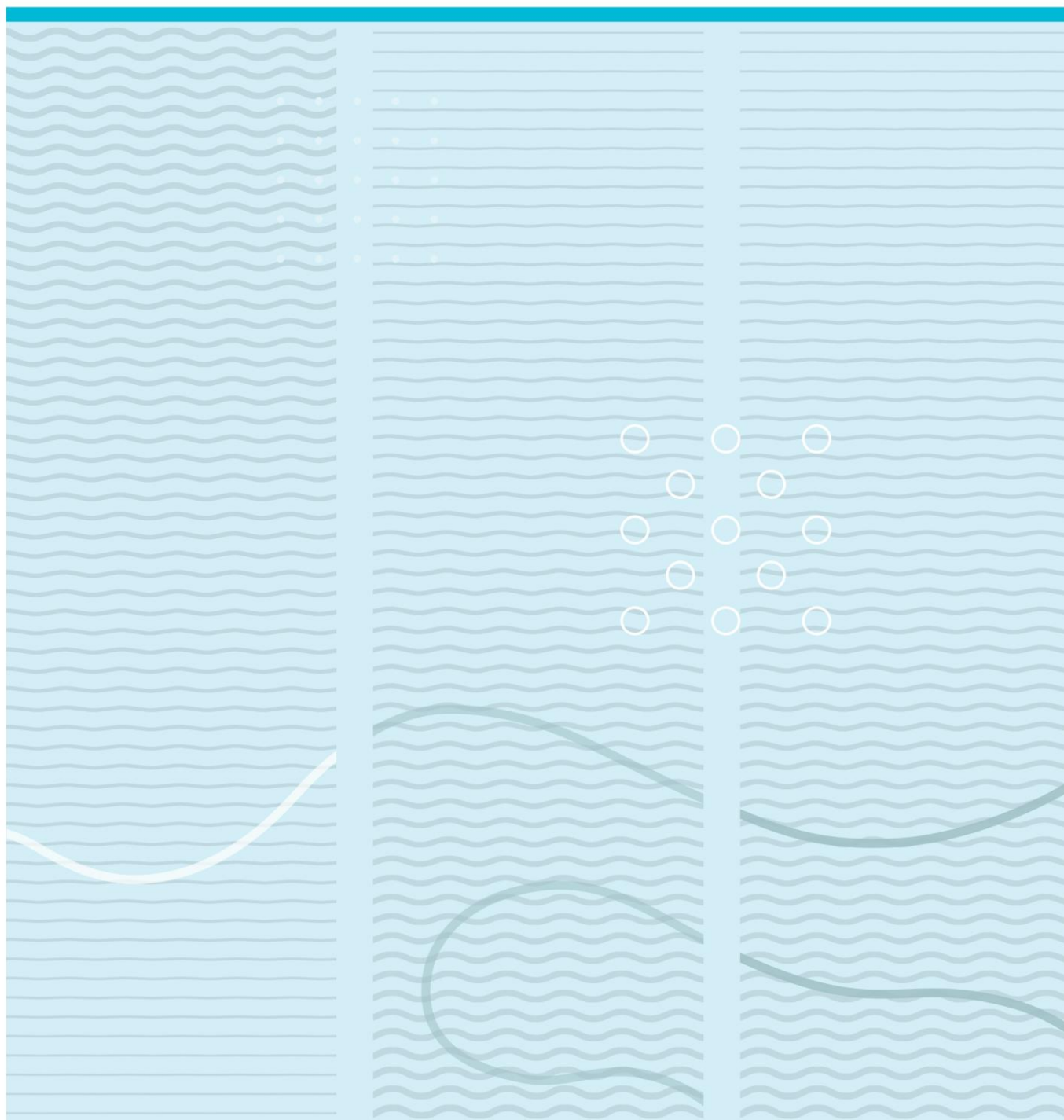


Elisabeth Hausken Nessa Kandidatnummer 9723

## Barselomsorg

Kartlegging av hjemmebesøk av jordmor i kommune



## Hjemmebesøk av jordmor

### **Abstract**

**Background:** Post partum care i Norway has changed over the years with shorter stay in hospital after birth. The post natal period is a vulnerable phase for the new mother, the child and for the new family. Healthpolitical constraints wants interaction between hospital and municipality, while Norwegian Board of Health Supervision points out a critical period between leaving hospital and till contact is made with health center in municipality. Helsedirektoratet has developed guidelines for postpartum care, wick recommends homevisit by midwife within three days after discharge. Communication between hospital and municipality is crucial for the post partum care to function properly, og for the guidelines to be followed.

**Aim:** Purpose of this study is to map if municipality in Norway are following the guidelines for Helsedirektoratet the way they where ment, and if new mothers and babies are offered homevisit by midwife. The aim is also to see if there has been an increase in midwife jobs percentage after the guidelines came in 2014, and how communication between hospital and municipality works

**Method:** It is a quantative study. A survey has been distributed to all municipality in Norway.

**Results and discussion:** The survey found that homevisits are offered to all women in 59 municipality (42,8%) og those 139 municipality who responded to this question. In 8 municipality (5,8%) has offer only to firsttime mothers. For predefined groups, f. eg. Riskfamilies, there are 32 municipality (26,1%) that offers homevisit by midwife. While 39 municipality (28,3%) does not have homevisits by midwife at all (tabel 1).

There are 30 municipality that offers homevisit whitin the time that is recommended (30,3%). After three till five days there is 53 municipality (53,5%) who has offer. From six days or more there is 31 municipality (31,3%) who offers homevisits by midwife.

**Conclusion:** The study suggests that homevisit by midwife i early postpartum period can work well for some, but it is crucial that communication between hospital and municipality is fast enough, and that municipality strengthen midwife resources. It requires better capacity in municipality to maintain patient safety.

**Key words:** guidelines, postpartum care, early post natal care, homevisit midwife.

### **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Barselomsorgen i Norge har endret seg over tid med stadig kortere opphold på barselavdeling. Barselperioden er en sårbar tid for den nybakte moren, barnet og den nye familien. Helsepolitiske føringer legger opp til at det skal være samarbeid og samhandling mellom helseforetak og kommune, mens Helsetilsynet peker på at det oppstår en kritisk periode i tiden fra utreise fra barselavdeling og til det er opprettet kontakt med helsestasjonen. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinje for barselomsorgen som anbefaler hjemmebesøk av jordmor første til tredje dagen etter hjemreise fra barsel. Kommunikasjonen mellom sykehus og kommune er av avgjørende betydning for at barselomsorgen fungerer fullgodt, og at retningslinjene for barselomsorgen i Norge blir fulgt.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å kartlegge om kommunene i Norge følger retningslinjene fra Helsedirektoratet slik som de er tenkt, og om barselkvinner og nyfødte får tilbud om tidlig hjemmebesøk av jordmor. Studien ser også på om det er økt jordmorstillinger i kommunene etter retningslinjene kom i 2014, og hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og kommunen fungerer.

**Metode:** Det er en kvantitativ studie. Spørreskjema er distribuert til alle kommuner i Norge.

**Resultater og analyse:** Studien viste at det tilbys hjemmebesøk til alle i 59 kommuner (42,8%) av de 139 kommunene som responderte på dette spørsmålet. I 8 kommuner (5,8%) har tilbud bare til førstegangsfødende. Til utvalgte grupper, som f. eks. risikofamilier, er det 32 kommuner (26,1%) som tilbyr hjemmebesøk. Mens 39 kommuner (28,3%) ikke har tilbud om hjemmebesøk av jordmor (tabell 1). Tilbud om hjemmebesøk skjer etter retningslinjens anbefalinger i 30 kommuner (30,3%). Etter tre til fem dager er det 53 kommuner (53,5%) som oppgir tilbud. Fra seks dager eller mer er det 31 kommuner (31,3%) som tilbyr hjemmebesøk.

**Konklusjon:** Studien tyder på at hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid kan fungere bra for noen, men det er en viktig forutsetning at kommunikasjonen mellom sykehus og kommune er rask nok, og at kommunene bygger opp tilbudet med styrking av jordmortjenesten. Det trengs bedre kapasitet i kommunen for å ivareta pasientsikkerheten.

**Nøkkelbegreper:** retningslinjer, barselomsorg, tidlig barseltid, hjemmebesøk av jordmor

### Introduksjon

Hensikten med studien er å kartlegge om kommuner i Norge gjennomfører hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner og nyfødte barn slik som retningslinjene fra Helsedirektoratet fra 2014 tilsier. I dag er det vanlig å være innlagt på sykehus to til tre dager etter fødsel. I følge de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet (1) skal det tilbys hjemmebesøk av jordmor en til tre dager etter utreise fra barsel. Førstegangsfødende, kvinner med dårlig ammeerfaring og familier i risikosituasjon skal ha tilbud om hjemmebesøk en til to dager etter utreise.

I et folkehelseperspektiv er hjemmebesøket et viktig ledd i å sikre god helse og forebygge sykdom og skade hos nyfødte og deres mødre. Hjemmebesøket gir en god anledning for jordmødre å sikre en god og forsvarlig barselomsorg. I barseltiden er det viktig å styrke amming, mors psykisk helse og samspill mellom foreldre og barn (2) (3). Dette vil også bidra til å forebygge barselsdepresjoner (4). Det er i de senere år kommet flere familier med kulturbakgrunn som skiller seg fra den norske. Familiestrukturen her til lands har også endret seg, noe som kan gi et svakere nettverk og øker behovet for støtte fra helsepersonell (1). Hvordan barselomsorgen blir organisert på nasjonalt nivå, får betydning for hvordan pasientsikkerheten ivaretas (5). Jordmødre forholder seg til en rekke veiledere og retningslinjer i sin yrkesutøvelse og disse kan med fordel implementeres i ordningen med hjemmebesøk etter fødsel. Et eksempel på dette er «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen: Hvordan avdekke vold?» (6). Samtidig med innføring av retningslinjer av hjemmebesøk er det legitimt å spørre om realiteten for mange jordmødre i kommunene blir at de får økt arbeidsmengde og ansvarsområde, uten tilskudd av ressurser?

Dette gjør at man bør ha en diskusjon på hva en slik tjeneste skal innebære. Skal jordmor ha med seg vekt til nyfødte, apparat til måling av bilirubin (avfallsprodukt etter nedbryting av røde blodlegemer), apparat for hørselsscreening, utstyr til å sjekke mors hemoglobin, Rh anti D vaksine til de som skal ha det? Dette er kostbart utstyr, men nødvendig om kommunene skal ivareta de funksjonene som i dag utføres på sykehus. Dette kommer i tillegg til eventuelle økte lønnsutgifter i forbindelse med økt jordmorstilling.

Skal ordningen fungere, forutsetter det en rask og effektiv kommunikasjon mellom sykehus og kommune, slik at jordmor kan gjennomføre hjemmebesøket i henhold til retningslinjen.

I Dagens Medisin 10.08.16 (7) skrives det om Haukeland Universitetssykehus sine utbyggingsplaner, hvor kapasiteten på barselavdeling blir drastisk redusert. Hvorpå det blir

## Hjemmebesøk av jordmor

kommunene som må følge opp etter fødsel fordi sykehuset ikke har kapasitet til å følge opp kvinnene etter utskrivelse. Spørsmålet er derfor om kommunene er klar for denne utfordringen? Bli pasientsikkerheten ivaretatt når det ikke samtidig tilføres økte ressurser til kommunene?

### Metodedel

En kvantitativ, deskriptiv forskningsmetode er valgt for å belyse temaet. Forskningsdesignet er en kartleggingsstudie, utformet med et spørreskjema (8). Questback sine nettsider er benyttet til å utforme og distribuere skjemaene, og til å samle inn resultatene. Spørreskjemaet er distribuert til ordførere i 425 kommuner i Norge. Ordføreren ble bedt om å distribuere skjemaet videre til annet personell i kommunen, som f. eks. kommunesjef for helse, ledende helsesøster eller direkte til jordmødrene, dersom de selv ikke hadde detaljert kjennskap til temaet.

### Resultater

I alt 146 kommuner responderte, dvs en svarprosent på 34%.

Det tilbys hjemmebesøk til alle i 59 kommuner (42,8%) av de 139 kommunene som responderte på dette spørsmålet. I 8 kommuner (5,8%) har tilbud bare til førstegangsfødende. Til utvalgte grupper, som f. eks. risikofamilier, er det 32 kommuner (26,1%) som tilbyr hjemmebesøk. Mens 39 kommuner (28,3%) ikke har tilbud om hjemmebesøk av jordmor (tabell 1).

Tilbud om hjemmebesøk skjer etter retningslinjens anbefalinger i 30 kommuner (30,3%). Etter tre til fem dager er det 53 kommuner (53,5%) som oppgir tilbud. Fra seks dager eller mer er det 31 kommuner (31,3%) som tilbyr hjemmebesøk.

Melding om fødsel til kommunen kommer oftest fra sykehuset. Det er 120 kommuner (82,8%) som oppgir at det er sykehuset som informerer kommunen om fødsel.

Meldingene om fødsel skjer via post til 113 kommuner (81,9%). Her er det flere som kommenterer at postgangen går for sakte, slik at de må hente inn informasjonen selv på annet

## Hjemmebesøk av jordmor

vis for å kunne tilby hjemmebesøket i henhold til retningslinjen. Andre informasjonskanaler blir også tatt i bruk. Det er 60 kommuner (43,5%) som får melding på telefon, på fax får 7 kommuner (5,1%) melding, mens 16 kommuner (11,6%) oppgir at informasjonen gis via andre kanaler, figur 2.

Av 146 respondenter er det 46 (31%) som oppgir at det har blitt økt jordmorstilling siden 2014, mens 99 (68,3%) oppgir at det er ingen endring, 1 vet ikke.

Det er 42 kommuner (28,7%) som oppgir at de har jordmor i en stillingsprosent på mellom null og 20%.

Holder man resultatene for hvilke kommuner som har fått økt jordmorstilling opp mot hvilke som tilbyr hjemmebesøk ser man at 30,6 % av de som har fått økt jordmorstilling faktisk har tilbud om hjemmebesøk av jordmor, mens 17,7 % av de som har fått økt jordmorstilling har fortsatt ikke tilbud om hjemmebesøk.

## Diskusjon

I retningslinjer for Barselomsorg (1) står det ikke noe om hvor lenge kvinnene skal være på sykehus etter de har født. Det står at:

«Sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. Vurderingen gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner».

Videre står det at:

«For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet/lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales det ett hjemmebesøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen (1).

For kvinner med vanskelig ammestart, komplisert fødselsforløp, ambulans fødsel/hjemmefødsel eller familier i en risikosituasjon, bør det tilbys ytterligere ett hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødselen» (1).

## Hjemmebesøk av jordmor

Dette åpner opp for at sykehusene kan sende kvinnene og de nyfødte hjem ganske kort tid etter fødsel, så lenge sykehuset vurderer det som like trygt som å være i barselavdeling. I Dagens Medisin 10.08.16 (7) skrives det om Haukeland Universitetssjukehus sine nye utbyggingsplaner. Der legges det opp til at 40 % av alle fødende skal reise hjem 8-24 timer etter fødsel. Sykehuset har ikke kapasitet til å følge opp de kvinnene som reiser tidlig hjem med hjemmebesøk, kommunene må derfor følge opp disse kvinnene. En slik organisering av barselomsorgen forutsetter at kommunene må ha utarbeidet et dekkende tilbud til kvinnene som kommer raskt hjem etter fødsel.

Skal ett eller to hjemmebesøk erstatte hele barseloppholdet på sykehus? Er det mulig? I dag er rutine å ta en del prøver og gjøre noen undersøkelser av både den nybakte moren og det nyfødte barnet på sykehus. Er det tenkt at disse prøvene fortsatt skal tas på sykehuset, eller skal kommunene kjøpe inn utstyr til å gjøre disse testene og undersøkelsene i hjemmet? Eksempler kan være høreselsscreening, barnelegeundersøkelsen og transkutan (gjennom huden) måling av bilirubin. Det er foreslått at barn med etnisk avstamning som gir dem mørkere hud, får kontrollert bilirubin både ved 24 og 48 timers alder med blodprøve (1). Blodprøver som tas i kommunen sendes normalt med posten, som tar minst ett døgn. Dersom det skulle vise seg at et barn har forhøyede bilirubinverdier og trenger lysbehandling, eventuelt utskifting av blod, så har det allerede gått for lang tid fra blodprøvetidspunktet og til rett behandling iverksettes. På den tiden kan barnet ha pådratt seg alvorlig hjerneskade (9). Det vil gi økt stress for familien hvis de må reise opptil flere ganger tilbake til sykehuset for tester og undersøkelser (1). Et kommunalt transkutant apparat for måling av bilirubin kan i enkelte tilfeller avlaste noe av dette stresset ved å avkrefte behovet for blodprøver som må tas på sykehus. Transkutan måling av bilirubin er noninvasiv, man presser lett apparatet mot barnets pannehud, og apparatet leser av nivået av bilirubin. Transkutan måling er pålitelig opp mot grensen der lysbehandling er nødvendig, alle målinger som overstiger indikasjon for behandling skal kontrolleres med blodprøve (10). Dette vil imidlertid gi kommunen økte utgifter, som både må kjøpe inn utstyr og sørge for at jordmor eller annet personell i kommunen har kompetansen som skal til for å bruke nevnte utstyr. Tidlig utskrivning fra sykehus krever gode rutiner for oppfølging av gulsott utenfor sykehus (9). Norge vidstrakt land med mange små kommuner som gjør det geografisk utfordrende å gjennomføre en barselomsorg hvor mesteparten av omsorgen skal foregå ute i kommunene.



## Hjemmebesøk av jordmor

Dagens samfunn er annerledes enn for en del år side. Familiestrukturen har endret seg med årene. Økt migrasjon og oppløsning av den tradisjonelle kjernefamilien kan gi et svakere nettverk rundt familiene (1). Dette har gitt et økt behov for informasjon og generell støtte i den sårbare barseltiden. Helsestasjonen spiller derfor en viktig rolle i forhold til å være en informasjonskanal og støtte for den nye familien.

Det er også bosatt mange med ulik kulturbakgrunn i kommune-Norge, både flyktninger og arbeidsinnvandrere (1). Disse familiene kan støte på utfordringer som de ikke ville hatt i eget hjemland. Særlig språk kan være et hinder, og isolere en del kvinner. For å sikre at disse kvinnene blir ivaretatt i henhold til retningslinjene er det viktig å utarbeide gode melderutiner for samtlige fødende.

Av de 83,3 % som oppgir at det er sykehuset som gir melding til kommunen om fødsel, oppgir 81,1 % av disse at kommunikasjonen foregår pr post. Er det mulig for kommunen å organisere barselomsorgen i henhold til retningslinjene med en slik praksis? Betyr det at det er opp til kvinnene selv å gi melding til helsestasjonen, og er dette en ordning som er tilfredsstillende? Man må derfor stille spørsmål ved om pasientsikkerheten ivaretas (5).

Av kommentarene som er kommet inn via studien viser det seg at kommunikasjonen ofte er tilfeldig og lite organisert. For eksempel er det flere helsestasjoner/jordmødre som selv ringer fast til nærmeste fødeavdeling og spør om det er noen i deres kommune som har født. Noen kommuner har jordmorvakt og følgetjeneste inn til fødeavdelingen, og har dermed oversikt over hvem som har født. Atter andre har avtale med den gravide om at de skal sende SMS selv til helsestasjonen når de har født.

Kvinner som ikke snakker norsk eller engelsk, som sliter med rus eller fødselsdepresjoner er eksempler på risikofamilier som lett kan falle utenfor i et slikt tilfeldig system. Tiden som går fra mor og barn utskrives fra barsel til det er opprettet kontakt med helsestasjonen er rapportert som bekymringsfull (11). Ressurssterke foreldrene vil selv ta kontakt med helsestasjon og få nødvendig hjelp. De som av ulike grunner ikke tar kontakt med helsestasjonen for videre oppfølging kan lett komme til å sette sin egen eller barnets helse i fare. Jamfør drøfting av bilirubinmåling og vekttap.

## Hjemmebesøk av jordmor

Det står tydelig omtalt i retningslinjene at det er nødvendig med elektronisk melding til kommunene etter at et barn er født, og at det må være tilstrekkelig kompetanse der ute (1).

«Ifølge Stortingets innstilling bør ingen sendes hjem før amming eller flaskemating er godt etablert og fødestedet har forsikret seg om at kvinnen får annen god oppfølging» (1).

Sammen med retningslinjene fra Helsedirektoratet (1) må det komme et system som sikrer en trygg «overføring» av kvinner og barn fra sykehus til kommune. Det er svært vanskelig for kommunene å praktisere hjemmebesøk av jordmor innen en til to dager, når fødselsmeldingen først kommer til helsestasjonen flere dager etter at mor og barn er reist fra barsel. Barselkvinner og de nyfødte blir de skadelidende når systemet ikke fungerer, og strider imot all kunnskap om god pasientsikkerhet (5).

Av de 31 % som har fått økt jordmorstilling siden 2014, er det bare 32 % av de igjen som faktisk tilbyr hjemmebesøk til alle. Det er 17,7 % som har fått økt jordmorstilling, som fortsatt ikke har tilbud om hjemmebesøk. Selv med mulighet for å søke om midler (vedlegg 1) for å finansiere implementering av retningslinjene viser studien at dette ikke skjer i tilfredsstillende grad. Det er derfor viktig å skape en offentlig diskusjon om hva som må til for å implementere ordningen i kommune-Norge.

Når 28,7 % av respondentene oppgir at det er jordmor ansatt i en stillingsbrøk fra null til 20%, er det da mulig å gjennomføre hjemmebesøk til nyfødte en til to dager etter hjemreise barsel? Det kommer ikke frem av studien hvordan de 20 % prosentene er organisert, men som hovedregel er 20 % én dag i uken. Dermed blir det umulig å kunne gå på hjemmebesøk en til to dager etter hjemkomst hos alle.

Det er store variasjoner på hva en jordmor som er ansatt på helsestasjonen har for arbeidsoppgaver. Noen jordmødre arbeider bare med svangerskapskonsultasjoner. Andre arbeidsoppgaver kan være: barselgrupper, svangerskapskurs, følgetjeneste, hjemmebesøk, samtaler etter fødsel. Prevensjonsveiledning og skriving av resepter er også en oppgave som er kommet til helsestasjoner i senere tid, for å gi økt tilgang på prevensjon til kvinner, for på den måten forsøke å redusere antall provoserte aborter (12). Det er nærmest umulig å sammenligne jordmoroppgaver og stillingsprosent i ulike kommuner, når tilbudet spriker så mye og geografien er så ulik. Altså hvor stor jordmorstilling det bør være pr innbygger i en

## Hjemmebesøk av jordmor

kommune er derfor vanskelig å uttale seg om. Burde det vært utviklet normtall fra Helsedirektoratet for å samkjøre innholdet i jordmortjenesten i ulike kommuner, eller er det greit at kommunene selv bestemmer hva jordmortjenesten skal inneholde og hvor stillingsprosent det skal være i forhold til størrelsen på kommunen? Lik tjeneste er ikke nødvendigvis det samme som likt tilbud. Det essensielle i jordmortilbudet bør i det minste være at pasientsikkerheten blir ivarettatt.

Bare 30 % av de som har tilbud om hjemmebesøk, tilbyr besøket innenfor de en til to dagene som er i tråd med retningslinjene. De resterende 70 % får tilbud om hjemmebesøk tre dager eller mer etter at de er kommet hjem fra sykehus. Dehydrering og vekttap er også et eksempel på at hjemmebesøket ikke kan vente til dag tre eller mer etter utreise fra barsel/fødeavdeling. Vekttap hos nyfødte på +/- 10 % og som fortsatt ikke legger på seg etter iverksetting av tiltak, skal undersøkes av lege og følges opp i tråd med medisinske kriterier (1) (13).

En fungerende ordning med hjemmebesøk av jordmor vil kunne bidra i positiv retning i forhold til andre sider av jordmors yrkesutøvelse.

Jordmødre har en rekke veiledere som de skal forholde seg til, og jobbe etter. En av disse er «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen: hvordan avdekke vold» (6). Denne retningslinjen er beregnet på svangerskapet, men kan like gjerne benyttes ved hjemmebesøk etter fødsel. Det er et viktig aspekt ved hjemmebesøket at man blir bedre kjent med hele familien, og får et annet inntrykk av hvordan familien fungerer sammen. Som jordmor kan det være lettere å fange opp tegn og signaler på at ting ikke er som de skal/bør være på et hjemmebesøk enn på en vanlig konsultasjon på kontoret.

### **Konklusjon**

For mange kvinner og familier kan hjemmebesøk etter retningslinjene være et fint tilbud, men det er en viktig forutsetning at kommunikasjonen mellom sykehus og kommune er rask nok, og at kommunene bygger opp tilbudet med styrking av jordmortjenesten. Jordmødre kan gi verdifulle råd og god støtte i den sårbare, første tiden, noe som er viktig i et folkehelseperspektiv. Her er det en stor mulighet til å forebygge både ammeproblemer og barselsdepresjoner. Hvis vi kan bidra til å øke ammefrekvensen og forhindre psykiske problemer, og styrke samspill mellom foreldre og barn, så kan jordmødre bli en enda viktigere brikke i å gi trygge foreldre som igjen vil gi trygge barn.

Om det er meningen at et par hjemmebesøk nærmest skal erstatte barseloppholdet på sykehus, må det gode rutiner til for å sikre helsen til de nyfødte. Disse rutinene må innebære et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Samarbeidet må innebære en rask og trygg overføring av informasjon, slik at nyfødte ikke kommer i den situasjon at de pådrar seg uopprettelige skader fordi de ikke blir fulgt opp tidsnok. Ordningen krever også at kommunene har kapasiteten og fagkompetansen som trengs for å ta seg av barselkvinnene og de nyfødte når de kommer hjem fra sykehus.

På fødeavdelinger på sykehus er det jordmødre på jobb hele døgnet, både ukedager, helg og helligdager. Det er det vanligvis ikke i kommuner. Kommunene har derfor en jobb å gjøre for å ta imot informasjonen som kommer fra sykehus slik at hjemmebesøket kan finne sted innen den tiden som er angitt i retningslinjene fra Helsedirektoratet.

Noe av bakgrunnen for denne masterstudien var å spre informasjon om og å skape diskusjon rundt retningslinjene for barselomsorg. Ved å inkludere alle kommuner i Norge skal alle ordførere i alle kommuner nå være informert om hvilket tilbud man forventer at barselkvinner og nyfødte skal få.

Det kunne vært interessant å gjøre denne undersøkelsen om igjen om to til tre år for å sett om ordningen med hjemmebesøk i større grad er implementert. Da hadde det vært spennende og også forske videre på innholdet i jordmortjenesten i de ulike kommunene.

### Referanser

1. Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
2. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. Oxford, UK2003. p. 407-17.
3. Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(3):458-66.
4. Jayasekara R. Postpartum depression: a review of Cochrane reviews.(focus: Women's health/midwifery). *Australian Nursing Journal*. 2010;17(11):43.
5. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(1):42.
6. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen : hvordan avdekke vold. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
7. Moe L. Tillitsvalgt er skeptisk til utbyggingsplaner. *Dagens medisin*. 2016.
8. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
9. Alf M. Hyperbilirubinemi hos nyfødte – et kontroversielt tema. Erfaringer med nye indikasjoner for fototerapi og utskiftningstransfusjon. *Norsk Epidemiologi*. 2009;7(1).
10. Vikin J. Transkutan måling av gulsott hos nyfødte - hvor pålitelig er det? : Den norske legeforening; 2012 [updated 15.02.2017. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Interessegrupper/Norsk-perinatalmedisinsk-forening/Nyheter/Transkutan-maling-av-gulsott-hos-nyfodte---hvor-palitelig-er-det/>.
11. Styre for å styrke : rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Oslo: Helsetilsynet; 2012.
12. Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer : innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
13. Tjora E, Karlsen L, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Pædiatrica*. 2010;99(5):654-7.

# Hjemmebesøk av jordmor

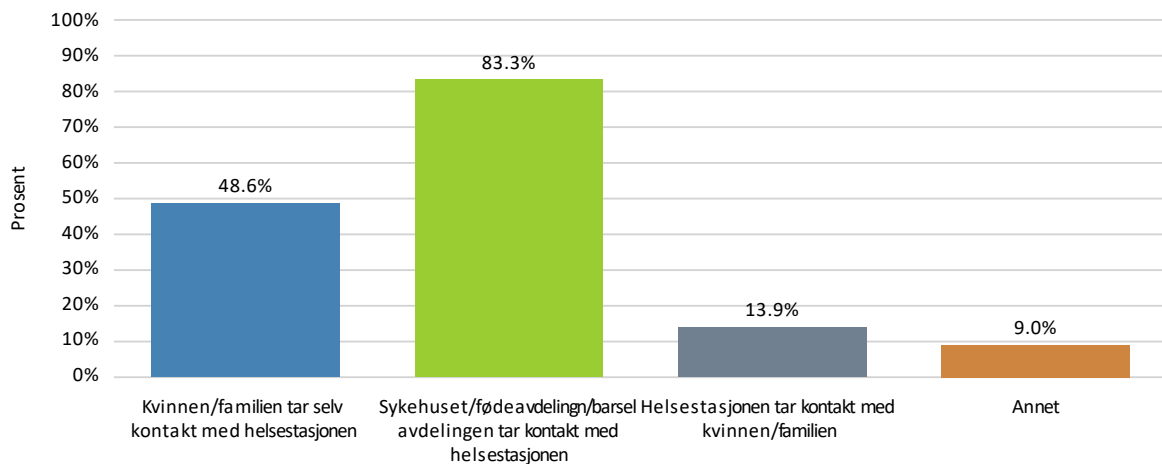
## Vedlegg

Tabell 1

Navn	Prosent
Alle får tilbud om hjemmebesøk av jordmor	42,4%
Førstegangsfødende får tilbud om hjemmebesøk av jordmor	5,8%
Utvalgte grupper får tilbud om hjemmebesøk av jordmor, som f eks risikofamilier, flyktninger, flergangsfødende med dårlig ammeerfaring eller andre problemer i barseltiden.	25,9%
Ingen får tilbud om hjemmebesøk av jordmor	28,8%
N	139

Figur 1

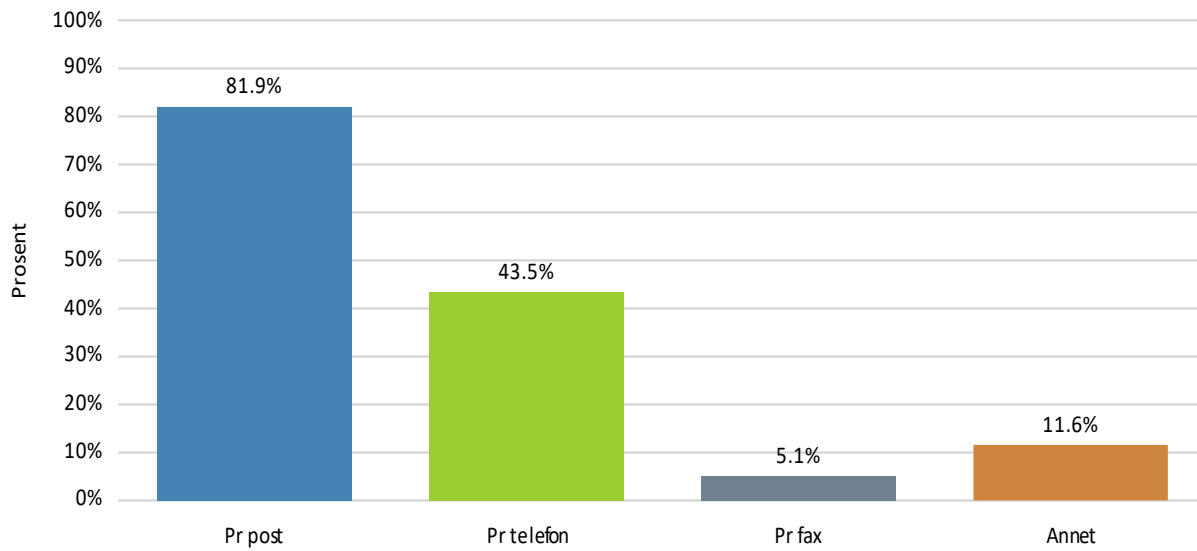
Hvem formidler kontakt til helsestasjonen om at en kvinne har født barn?



Navn	Prosent
Kvinnen/familien tar selv kontakt med helsestasjonen	48,3%
Sykehuset/fødeavdelingen/barselavdelingen tar kontakt med helsestasjonen	82,8%
Helsestasjonen tar kontakt med kvinnen/familien	13,8%
Annet	9,7%
N	145

**Figur 2**

**Dersom det er sykehuset som informerer kommunen om at en kvinne har født, hvordan formides denne informasjonen?**



Navn	Prosent
Pr post	81,9%
Pr telefon	43,5%
Pr fax	5,1%
Annet	11,6%
N	138

## Hjemmebesøk av jordmor



## Innhold

<a href="#">1.0 Innledning</a> .....	20
<a href="#">1.1 Bakgrunn for valg av tema</a> .....	20
<a href="#">1.2 Teori</a> .....	22
<a href="#">1.2.1 Retningslinjer</a> .....	22
<a href="#">1.2.2 Pasientsikkerhet</a> .....	23
<a href="#">2.0 Problemstilling</a> .....	24
<a href="#">3.0 Metode</a> .....	25
<a href="#">3.1 Kvantitativ metode</a> .....	25
<a href="#">3.2 Motivasjonen for denne studien</a> .....	25
<a href="#">3.3 Survey</a> .....	26
<a href="#">3.4 Spørsmålsformulering</a> .....	26
<a href="#">3.5 Gjennomgang av spørreskjemaet</a> .....	28
<a href="#">3.6 Utvalg av informanter</a> .....	28
<a href="#">3.7 Reliabilitet og validitet, svarprosent</a> .....	29
<a href="#">3.8 Studiens og metodens svakheter og styrker</a> .....	30
<a href="#">3.9 Litteratursøk og teoretisk rammeverk</a> .....	31
<a href="#">3.10 Etske overveielser</a> .....	32
<a href="#">3.11 Forskningsetikk</a> .....	32
<a href="#">4.0 Analyse diskusjon</a> .....	33

## Hjemmebesøk av jordmor

<a href="#">5.0 Avslutning</a> .....	36
<a href="#">6. 0 Referanser</a> .....	37
<a href="#">7.0 Vedlegg</a> .....	339

Antall ord artikkelen: 2818

Antall ord fordypingsessay: 5454

## Hjemmebesøk av jordmor

### 1.0 Innledning

#### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barselperioden defineres som de første 6 ukene etter fødsel, og det skjer en rekke endringer hos mor både fysisk og psykisk i denne tiden (Tegnander & Brunstad, 2010). Disse endringene er naturlige fysiologiske prosesser, men de gjør at kvinnen befinner seg i en sårbar fase når hun får barn (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Kroppen skal tilbake til en «ikke-gravid» tilstand, livmoren trekker seg sammen og den naturlige blødningen som skjer i forbindelse med, og etter, fødselen må kontrolleres (Venheim & Reinart, 2010). Den tilknytning som er påbegynt i svangerskapet mellom foreldre og barn forsterkes. Mentalt går kvinnen gjennom en prosess fra å være kvinne til å bli mor, med alt det ansvaret for det nyfødte barnet som det innebærer. Et stabilt nettverk og psykisk støtte i denne sårbare fasen kan være avgjørende for at kvinnen kommer styrket ut av barselperioden (Blåka, 2002).

Barnet gjennomgår også en del fysiologiske endringer den første tiden etter fødsel. Det nyfødte barnet er sårbart og helt prisgitt sine omgivelser. Det må ivaretas med ernæring og pleie. Barnet har hatt kontinuerlig tilførsel av næring og oksygen gjennom navlestrengen, i løpet av minutter etter fødsel opphører pulsasjonen i navlestrengen og barnet er avhengig av å bli ivaretatt av andre for å overleve. Barnet tåler godt en vekt nedgang på ca 10 % av sin egen fødselsvekt, men står i fare for alvorlig dehydrering om vekttapet blir større (Tjora, Karlsen, Moster, & Markestad, 2010).

Organiseringen av barselomsorgen fra offentlig hold har endret seg de siste 30 år. For en del år tilbake var kvinnene innlagt på sykehus lengre etter fødsel enn det de er i dag. Gradvis har liggetiden blitt forkortet, og nå er det vanlig med to til tre dager etter fødsel på norske sykehus (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014). Samtidig som liggetiden på sykehus er forkortet, har bosetting og familiestrukturer endret seg. Det er flere familier der omsorgspersonene er av samme kjønn eller det bare èn omsorgsperson. Det har vært stor arbeidsinnvandring, og Norge har de siste årene tatt imot mange flyktninger. Dette kan gi familier med lite og/eller svakt nettverk hvor omsorgspersonene ikke snakker norsk (eller engelsk), og har bakgrunn fra kulturer som er annerledes enn den norske. Gjennomsnittsalderen på fødekvinne er høyere nå enn for en del tiår tilbake. Internett og sosiale medier er blitt en mer og mer vanlig kilde til informasjon, og kan bidra til et stort, og ikke realistisk, forventningspress rundt det å bli foreldre. Summen av

## Hjemmebesøk av jordmor

disse faktorene gjør at helsestasjonene i kommunene får et stort ansvar for ivaretagelsen av kvinner og nyfødte, og dermed utgjør de en viktig del av barselomsorgen i Norge (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014).

Helsetilsynet har gjennomført tilsyn med barselomsorgen, og har konkludert med at tjenestetilbudet ikke tar nok hensyn til at kvinner er kortere på sykehus enn tidligere (*Styre for å styrke : rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten*, 2012). St.meld. nr 12 *En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* har lagt opp til at tjenestetilbudet i barselomsorgen skal styrkes (*En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, 2009). Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for barselomsorg, disse ble utgitt i 2014 (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014). I følge disse retningslinjene skal det tilbys hjemmebesøk av jordmor en til tre dager etter utreise fra barsel. Førstegangsfødende, kvinner med dårlig ammeerfaring og risikofamilier skal ha tilbud om hjemmebesøk en til to dager etter utskrivelse. Flergangsfødende med god ammeerfaring skal ha tilbud om hjemmebesøk innen en til tre dager.

Et hjemmebesøk av jordmor kan være hensiktsmessig fordi kvinnenes/familiens behov er individuelle, det er i hjemmet livet skal fortsette og derfor kan det være gunstig å få hjelpen der. At hjemmebesøket i tidlig barseltid utføres av jordmor er relevant med tanke på fagkompetansen omkring både kvinnen og barnet, og ofte kjenner paret jordmoren fra svangerskapsomsorgen. Studier viser at kvinner er meget fornøyd med jordmors informasjon og veiledning under hjemmebesøk (Johansson, Aarts, & Darj, 2010).

Blir retningslinjen fulgt opp likt i ulike kommuner i Norge? Er barselomsorgen lik for en kvinne uavhengig av hvilken kommune hun bor i?

### 1.2 Teori

#### 1.2.1 Retningslinjer

Kliniske retningslinjer for behandling av pasienter blir ofte definert som: ”systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling” (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012). Formålet er å gjøre tydelig hva som blir anbefalt - med en klar hensikt i å påvirke hva helsepersonell gjør (AGREEdcollaboration, 2001).

Ulike instanser bruker ulike betegnelser på de anbefalinger og råd som gis. Retningslinjer, veiledere, prosedyrer, metode, handlingsprogram, terapianbefalinger osv., er eksempler på ulike betegnelser som blir brukt synonymt, og har ingen klar avgrensning til hverandre (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012). Videre brukes retningslinje som et samlebegrep for disse betegnelse.

Det er et grunnleggende prinsipp at alle skal sikres god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet - uavhengig av alder, kjønn og bosted. Det bør derfor unngås at ulike fagmiljøer utgir ulike retningslinjer for behandling av samme tilstand. Utformingen av faglige retningslinjer som baserer seg på dokumentert viten er en måte å bidra til at helsetilbudet til pasienter i ulike deler av landet er oppdatert, standardisert og harmonisert (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012). Pasientrettighetslovens formål er ifølge § 1-1, å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten (*Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*, 1998).

De anbefalinger som gis i retningslinjer skal bygge på dokumentert viten som er vurdert etter en solid gjennomgang av tilgjengelig vitenskapelig data (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012). Gjennom effektive strategier kan retningslinjene implementeres og bli et viktig redskap til kvalitetsutvikling av helsetjenesten. Retningslinjer utgjør imidlertid ikke et komplett beslutningsgrunnlag. Klinisk erfaring og klinisk skjønn er fortsatt vesentlig for riktig bruk av retningslinjer og god kvalitet innen helsetjenesten (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012). Gode retningslinjer kan være en effektiv måte å endre atferd, redusere variasjoner i praksis og å forbedre pasientbehandlingen (Thomas, McColl, Cullum, Rousseau, & Soutter, 1999). Målet med

retningslinjene for barselomsorg er, gjennom god, oppdatert faglig kunnskap, å gi råd og anbefalinger til helsepersonellet for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten (*En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, 2009).

Retningslinjer kan aldri bli annet enn en faglig rettesnor. En veileder er verken et faglig eller juridisk bindende dokument (Sand & Norsk gynekologisk, 2008). Likevel vil retningslinjer gjenspeile det som er allment aksepterte faglige normer og kan derfor få indirekte rettslig betydning. Det er opp til den enkelte helsearbeider i den enkelte situasjon å vurdere om det er riktig å følge den gitte retningslinjen eller ikke. Velger man en annen fremgangsmåte enn det som er anbefalt, må det begrunnes særskilt (*Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*, 2012).

### **1.2.2 Pasientsikkerhet**

Verdens helseorganisasjon definerer pasientsikkerhet som frihet fra unødvendig skade og potensiell skade forårsaket av helseomsorg (WHO, 2011). Definisjonen legger til grunn at uheldige hendelser er resultatet av ineffektiv samhandling mellom partene som er involvert i pasientbehandlingen (Wiig & Lindøe, 2009). Organisatoriske strukturer er en av flere faktorer som påvirker nivået av pasientsikkerhet (Jha, Prasopa-Plaizier, Larizgoitia, & Bates, 2010). Det er også av stor betydning å forbedre kommunikasjonen med pasienten, og mellom profesjoner for å opprettholde og forbedre pasientsikkerheten (Severinsson, Haruna, Rønnerhag, & Berggren, 2015).

## 2.0 Problemstilling

Yrkeserfaring viser at barselomsorgen organiseres ulikt fra kommune til kommune. Noen kommuner gjennomfører hjemmebesøk av jordmor, andre ikke. Hva må til for at kommunene skal implemente retningslinjene som kommer fra offentlig hold? Denne studien kartlegger om retningslinjen for barselomsorg blir tatt i bruk i kommunene, om det tilbys hjemmebesøk av jordmor til den nye familien etter utreise fra barselavdeling, og om helsestasjonene har økt jordmorstilling etter at retningslinjen for barselomsorg kom i 2014. Problemstillingen er:

**«Får barselkvinner og deres nyfødte barn tilbud om hjemmebesøk av jordmor slik som retningslinjene fra Helsedirektoratet tilsier?»**

Artikkelen er skrevet etter forfatterveiledningen til Sykepleien forskning (Holens, 2017). Det er en studie som omhandler norske forhold, derfor er det naturlig å publisere i et norsk tidsskrift.



### **3.0 Metode**

#### **3.1 Kvantitativ metode**

Det positivistiske forskningsidealet har sterk innflytelse på kvantitativ metode (Thornquist, 2003). Kvantitative tilnærminger henter mange av sine prosedyrer fra naturvitenskapelig metode. Disse metodene forholder seg til data i form av kategoriserte fenomener og legger vekt på opptelling og utbredelse av fenomenene. Kjennetegn på kvantitative data, er data som er presentert som tall og analysert statistikk. De er målbare data, og de er gjerne overførbare og kan generaliseres (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013). Denne studien søker nettopp etter resultater som kan telles og måles, både når det gjelder tilbud om hjemmebesøk og jordmorstilling i kommuner. Kvantitativ metode egner seg best til sammenligning av resultatene.

Det som også kjennetegner det kvantitative studiet er forskningskontroll. Da forsøker man å kontrollere de faktorene som forstyrrer forskningsspørsmålene ved å overskygge forholdet mellom variablene som er av interesse. For å lykkes med forskningskontrollen må spørsmålene derfor være balansert og formulert slik at svarene ikke blir påvirket i noen bestemt retning. En stor del av arbeidet ligger dermed før selve undersøkelsen (Polit & Beck, 2017).

I denne studien er det benyttet en deskriptiv analyse. Deskriptive metoder kan betegnes som beskrivende metoder, den søker ikke etter å finne årsaksforhold eller sammenhenger mellom tiltak og effekt (Nyeng, 2012). Denne studien er en kartleggingsstudie, derfor er det deskriptive metoder som er best egnet. Forskningsdesignet er et spørreskjema som besvarer forskningsspørsmålet. Til å analysere resultatene fra studien er det brukt prosenter og figurer.

#### **3.2 Motivasjonen for denne studien**

Min oppfatning i forkant av studien var at organiseringen av barselomsorg i kommunene var svært varierende. Jeg regnet med å finne at få kommuner hadde etablert rutiner med tilbud om hjemmebesøk av jordmor til alle barselkvinner og nyfødte, og at kanskje noen få gikk på

## Hjemmebesøk av jordmor

hjemmebesøk sporadisk hvis de hadde tid, eller bare til kvinner som hadde spesielle utfordringer i hjemmet.

Det er bevilget penger fra statlig hold, øremerket til helsestasjonen (vedlegg 1). Kommunene kunne søke om overføring av midler, så sant de kunne dokumentere økt stillingsprosent på helsestasjonen. Jeg ønsket å finne ut i hvor stor grad kommunene har økt jordmorstilling etter 2014.

Retningslinjer som er utarbeidet av Helsedirektoratet er nasjonale og dermed gjeldende for hele Norge. Jeg finner det besynderlig at det skal være ulikheter i hvilket tilbud/oppfølging kvinnene får etter fødsel, alt etter hvilken kommune de bor i.

### **3.3 Survey**

I litteraturen fremgår survey som en del av den kvantitative forskningsmetoden (Jacobsen, 2015). Det er den vanligste måten å samle inn kvantitative data på. Som forsker må man bruke en rekke spørsmål for å avdekke eller finne frem til utvalgets kjennskap, kunnskap, mening, holdning eller vurderinger i forhold til et tema. Dette kan man gjøre i form av spørreskjema (Polit & Beck, 2017). Jeg har ikke funnet noen spørreskjema som gir svar på det jeg ville studere, nemlig rutiner i kommuner, derfor utarbeidet jeg spørsmålene selv (vedlegg 2).

### **3.4 Spørsmålsformulering**

”Din undersøgelse bliver aldrig bedre, end dit skema er” (Münster, 2007)

Ved utforming av spørreskjema er det problemstillingen og forskningsspørsmålet som er utgangspunktet. Spørsmålene må formuleres slik at svarene blir adekvate og gjør datatolkningen lettere. Siden respondentene selv leser spørsmålene, er det viktig at

## Hjemmebesøk av jordmor

spørreskjemaet er godt utarbeidet på forhånd (Schneider, Whitehead, Lobiondo-Wood, & Haber, 2013). Da med forståelige spørsmål og enkelt språk rettet mot det utvalget som er med i undersøkelsen (Polit & Beck, 2017).

I tillegg er det vanlig å bruke bakgrunnsspørsmål (Polit & Beck, 2017).

«Hvor mange nyfødte er det i din kommune?» er bakgrunnsspørsmål som er med i undersøkelsen. Antall jordmødre og stillingsprosent er også eksempler på bakgrunnsspørsmål (vedlegg 2).

Spørreskjemaet er prestukturert, der nesten alle spørsmålene har oppgitte svaralternativer. Dette gjør svararbeidet enklere for informantene, da det kun er å markere de aktuelle svarene. Det forenkler også registreringen av svarene, når skjemaene skal kodes inn. Man skal tilstrebe «lukkede» spørsmål, det vil si spørsmål med oppgitte svaralternativer (Jacobsen, 2015). Ulempen med prestrukturerte spørreskjemaer er et det ikke er mulig å fange opp informasjon utover de oppgitte svaralternativene. Svaralternativet «annet» er derfor føyd til for å fange opp slik informasjon.

I ja/nei spørsmål er det viktig å ta med en «vet ikke» kategori selv om det er fare for at respondenten krysser av for dette alternativet selv om de egentlig kunne ha svart (Jacobsen, 2015). I spørreskjemaet er det på de fleste spørsmålene brukt lukkede spørsmål, med alternativene «vet ikke» eller «annet».

Det siste spørsmålet i denne studien er derimot et åpent spørsmål, hvor respondenten kan skrive fritt. Dette er tatt med nettopp for å fange opp den informasjonen man går glipp av ved å bruke lukkede spørsmål. Det har også mange valgt å gjøre, det kom det fram ulike synspunkter på hva som må til for at kommunene skal kunne tilby hjemmebesøk av jordmor

Spørreskjemaet er laget så enkelt og oversiktlig som mulig. Spørsmålene er nummerert fortløpende, og svaralternativene er kategorisert. Informantene skal hake av det svaret som passer. Ved evt flere passende alternativer ble informanten bedt om å hake av flere alternativer.

### 3.5 Gjennomgang av spørreskjemaet

Å ha en grundig gjennomgang av spørreskjemaet er viktig av flere grunner. For det første er det viktig å finne ut av om det er rom for misforståelser i spørreskjemaet og om svaralternativene er presise. For det andre er en utprøving av metodens relevans, altså at svarene i undersøkelsen får frem det problemstillingen spør etter, av stor betydning for det videre arbeidet (Jacobsen, 2015).

Før spørreskjemaet ble sent ut til mine informanter, gikk jeg igjennom spørsmålene og spørsmålsformuleringene med min veileder, og fikk kommentarer til spørsmålene og spørreskjemaet generelt.

I ettertid ser jeg at jeg burde ha testet ut spørreskjemaet på personer i målgruppen. Det er noen av svaralternativene jeg ville ha gjort om på og kodet annerledes. Det er en erfaring jeg må ta med til en eventuelle neste studie.

I følge Polit og Beck (Polit & Beck, 2017) er det effektivt å benytte en påminnelse til respondentene, også dette for å få høyere svarprosent. Ny email ble sent ut 2 uker etter første email, med en påminnelse om å svare på spørreskjemaet. Da ble svarprosenten på 28%. Det ble sendt ut enda en påminnelse 4 mnd etter det, og svarprosenten økte til 34 % (vedlegg 3).

### 3.6 Utvalg av informanter

Populasjonen er undersøkelsens målgruppe, her i form av kommuner. I motsetning til å spørre en hel populasjon (alle kommuner i Norge) kan man gjøre et "sample survey" der man kun spør et utvalg av populasjonen (Polit & Beck, 2017). Alle kommuner i Norge er inkludert for å gjøre studien mer generaliserbar og overførbar.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement sendte ut brev 18.12.15 til alle landets ordførere, hvor det blir informert om mulighet for å søke om midler til styrking av helsestasjonsvirksomheten i kommunen. Spørreskjemaet i denne studien gikk derfor ut til alle ordførere i Norge, med forespørsel om å sende skjemaet videre til for eksempel kommunesjef for helse, ledende helsesøster i kommunen eller direkte til jordmødre som jobber med feltet,

hvis de selv ikke satt med detaljert nok kunnskap om hvordan barselomsorgen er organisert i sin kommune.

Emailadressene til landets ordførere fant jeg via en internettside som heter folkevalgtbasen.no (Johansen, 2017).

Questback sin internettside ble brukt til innsamling av data. Her er det utformet mal for spørreskjema hvor man skriver inn egne spørsmål og svaralternativer (vedlegg 2).

Mailadressene til informantene plottes inn og Questback distribuerer spørreskjemaet via en link. Besvarelsen går elektronisk til Questback, og man logger seg inn på questback.no på sin egen studie og kan lese av svarprosent og resultatene fra undersøkelsen som figurer, tabeller og på excel. Man har ikke mulighet til å knytte hvert enkelt svar tilbake til hvilken kommune det kommer fra.

### **3.7 Reliabilitet og validitet, svarprosent**

I kvantitativ forskning vil det alltid dukke opp spørsmål om dataens pålitelighet, eller «reliabilitet». Dette knytter seg til undersøkelsesprosessen, hvilke data som brukes, hvordan de er funnet, hvordan de bearbeides og at eventuelle feilmarginer angis (Nyeng, 2012). At de innsamlede data er valide, eller gyldige, er altså et grunnleggende krav for kvantitativ metode, som vi gjenkjenner fra positivismen. Dette betyr at spørsmålene må være relevante og gyldige for det som undersøkes (Jacobsen, 2015).

Om svarene fra surveyen gir et representativt utvalg, avhenger av hvor stor svarresponsen er. Det vil alltid være et visst bortfall av respondenter, som av ulike grunner ikke deltar i undersøkelsen. Dette er en viktig feilkilde, og målet må derfor være å få flest mulig til å svare på spørreskjemaet. Det er sjelden at en får høy svarrespons, som vil si 80-90 %. Det vanlige er at en får 30-40 % respondent svar. Man kan si at 50 % er bra svar respons, men det kan representere et problem når man generaliserer resultatene fra utvalget til populasjonen. En respons rate på over 65 % er nok til de fleste formål (Polit & Beck, 2017).

For å få et representativt utvalg, må sammensetningen på utvalget tilsvare sammensetningen i populasjonen (Polit & Beck, 2017). Studien inkluderer 425 kommuner, det er gitt svar fra 146

## Hjemmebesøk av jordmor

kommuner. Det utgjør 34 %, og er en litt lav svarprosent, det er derfor usikkert om det er et representativt utvalg som kan overføres til å gjelde hele Norge.

Polit og Beck (Polit & Beck, 2017) hevder at man sannsynligvis vil få en høyere svarprosent dersom spørreskjemaet er undertegnet med navn som respondentene kjenner. I utsendelsen av spørreskjemaet til kommunene var det et informasjonsskriv undertegnet med mitt navn. Men siden ordførerne som mottok mailen, ble bedt om å sende den videre til personell i deres kommune som har kunnskap om dette temaet, så vil de som besvarer selve skjemaet ha fått mailen fra en person de kjenner til, nemlig ordføreren i sin egen kommune.

Høy svarrespons avhenger av tema og de som er med i undersøkelsen. Når temaet berører informantene øker sannsynligheten for at de vil svare. Hvordan man henvender seg til målgruppen gjennom orienteringsbrev og spørreskjemaets utforming har betydning for informantenes svarmotivasjon. En kan si at jo mindre bortfallet er, desto mindre er usikkerheten når man skal generalisere resultatene fra utvalg til populasjon (Polit & Beck, 2017). Dette temaet burde engasjere ansatte på helsestasjoner rundt om i hele landet, organiseringen og utformingen av barselomsorg har betydning for deres arbeidsdag.

### **3.8 Studiens og metodens svakheter og styrker**

Bruk av spørreskjema er en godt egnet metode i kvantitative sammenhenger, men det forutsetter at man utformer et spørreskjema som gir svar på problemstillingen. I tillegg må utvalget være stort nok til å være representativt for hele populasjonen. Dersom utvalget er for lite er det vanskelig å trekke klare konklusjoner. Det er også mulighet for at anonymiteten ikke holder mål når utvalget er lite (Polit & Beck, 2017).

Det ble sendt ut skjemaet til 425 kommuner. Dette er i utgangspunktet en stor gruppe informanter, men jeg regnet med at mange ville velge å la være å svare, derfor ville jeg ha med flest mulig. Svarprosenten er bare på 34 %. Dette kan gi mulighet for bias i min undersøkelse, hvis en velger å tolke konklusjonen fra denne undersøkelsen som gjeldende for hele landet. Det kan tenkes at det finnes geografiske forskjeller, at eksempelvis sør og vestlandet har en tendens til økt gjennomføring av hjemmebesøk, enn øst-, midt- og nord-Norge. Det er også mulig at det er forskjell på bygd og by.

## Hjemmebesøk av jordmor

Det er sannsynlighet for at de kommunene som har begynt å praktisere hjemmebesøk av jordmor, har lettere for å besvare undersøkelsen, da de kan gi et positivt svar. I de kommunene som ikke har kommet i gang med hjemmebesøk av jordmor er kanskje terskelen høyere for å besvare undersøkelsen.

Det er mulig at spørreskjemaet burde vært sendt direkte til ledende helsesøster på helsestasjoner i kommuner i stedet for til ordførere. Det burde kanskje vært med et eget spørsmål om hvilken stilling i kommunen personen har som har svart på skjemaet. Ut fra kommentarene som er kommet på det siste spørsmålet, ser jeg likevel at det er helsesøstre og jordmødre som har svart på selve undersøkelsen, og ikke ordførere.

I etterkant av undersøkelsen kan det sies at det hadde vært mer representativt for hele landet om flere kommuner i Norge hadde besvart studien, utvalget ville da presentert hele landet. Undersøkelsen ville også ha vært mer generaliserbart for hele landet, noe som igjen ville styrket kvaliteten på studien.

Jeg ser også i ettertid at noen av variablene i svaralternativene skulle vært delt inn annerledes, men måtte jobbe med svarene slik som de var. Ved en eventuell neste undersøkelse ville jeg gjort det på en annen måte.

### 3.9 Litteratursøk og teoretisk rammeverk

Det er gjort søk etter litteratur til denne studien i ulike databaser, som Maternity and Infant care, PubMed, Cinahl, SveMed+. Det er gjort søk i Cochrane Library ved å bruke «by topic» pregnancy and childbirth. Søkene er gjort etter litteratur som omhandler hjemmebesøk, jordmor, tidlig barseltid, amming, gulsott, dehydrering, barselsdepresjon og psykisk støtte. Retningslinjer og hjemmebesøk av jordmor er det søkt mest etter, men finner ingen studier som er gjort på akkurat dette. Ellers de nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014) brukt som teoretisk rammeverk. WHO sin definisjon på pasientsikkerhet ligger også til grunn evaluering av samhandling mellom sykehus og kommune (WHO, 2011).

### 3.10 Ethiske overveielser

Følgende sitatene er hentet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste:

”Forskere og studenter ved institusjoner som har utpekt NSD som personvernombud, og som i forbindelse med forsknings- eller kvalitetssikringsprosjekt skal behandle personopplysninger elektronisk eller opprette et manuelt personregister med sensitive opplysninger, har meldeplikt til personvernombudet” (NSD, 2017).

Regional etisk komite skal tilse at forskningsprosjekter som omfattes av helseforskningsloven, og gjør bruk av helseopplysninger, personopplysninger og sensitive opplysninger skal søke og godkjennes ("REK Regional Committees for medical and health reaserch ethics," 2017) .

Det ble undersøkt om studien var meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Regional Etisk Komité. Studien min oppfulgte ikke kriteriene for å søke hverken NSD eller REK om godkjenning. Jeg var i kontakt med REK pr mail, og fikk bekreftet at det ikke er nødvendig å søke godkjenning for studentoppgaver som ikke etterspør helseopplysninger (vedlegg 2). NSD har en internettside der man selv plotter inn informasjon om egen studie, og man får svar umiddelbart om det er nødvendig å søke godkjenning, hvilket det ikke var i mitt tilfelle (vedlegg 3). All data som samles inn er på kommunenivå, og prosjektet forutsetter ingen personopplysninger og berører dermed ikke sensitivt materiale.

### 3.11 Forskningsetikk

I denne spørreundersøkelse ble det beskrevet i informasjonsmailen at spørreundersøkelsen er anonym. Det skal ikke være mulig å spore spørreskjemaet tilbake til den enkelt kommune.

Det er mulig at det ble skapt et økt fokus på området retningslinjer for hjemmebesøk av jordmor, i og med at det ble sendt skriftlig spørreskjema til kommunene. Det kan hende at dette har ført til debatter om dette temaet på helsestasjoner rundt om i landet. Det er vel også en ønskelig sideeffekt av denne studien, økt fokus på temaet.



## 4.0 Analyse diskusjon

Helsetilsynet konkluderte med at tjenestetilbudet i kommunene ikke tar nok hensyn til at kvinner er innlagt på sykehus i en kortere periode nå enn før (*Styre for å styrke : rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten*, 2012), og peker på at det dermed oppstår det en kritisk periode mellom utreise fra sykehuset og til det er etablert kontakt med helsestasjon (Helsetilsynet, 2011; *Styre for å styrke : rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten*, 2012). I følge retningslinjene for barselomsorgen bør det første møtet mellom helsestasjonen og den nye familien skje i form av et hjemmebesøk av jordmor (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014).

Som et ledd i arbeidet med å styrke barselomsorgen ble det bevilget 100 mill kr som kommunene kunne søke om, dersom de kunne dokumentere at pengene gikk til styrking av helsestasjonen (vedlegg 1). Resultater fra studien viser at 30 % svarer ja på spørsmål om det er økt jordmorstilling etter at retningslinjene for barselomsorg kom (vedlegg 7, figur 2). Selv med disse bevilgningene er det bare 42,8% som i denne studien som oppgir at de har et tjenestetilbud i tråd med retningslinjen for barselomsorg.

Man kan stille spørsmål ved om det er nok med retningslinjer for barselomsorg når det bare er 30 % som har fått økt stillingsprosent, og det bare er 42,8 % som tilbyr hjemmebesøk. Et virkemiddel som kunne vært tatt i bruk er om hjemmebesøket hadde utløst en takst hos Helfo, høyere enn den taksten en vanlig svangerskapskonsultasjon gjør. Da er det godt mulig flere kommuner hadde prioritert hjemmebesøk. Normtall kunne også vært nyttig, men pga geografien i Norge og store forskjeller i størrelsen på kommunene, vil det være store variasjoner på hvor lang tid man må sette av til ett hjemmebesøk. I en by skal man kanskje ikke kjøre så langt, mens i «bygde-Norge» vil man måtte bruke mer tid på transport.

Et annet aspekt som omhandler stillingsprosent er dette med jordmors tilgjengelighet. Et hjemmebesøk utført av jordmor vil være mer tidkrevende enn en vanlig svangerskapskonsultasjon. Jordmor skal forberede seg ved å finne frem det som skal være med av utstyr, for eksempel vekt, målebånd til å måle hodeomkrets på barnet, apparat til transcutan måling av bilirubin, evt skriftlig materiell til de nybakte foreldrene. Jordmor vil som oftest måtte kjøre bil for å frakte med utstyret, og hun skal finne fram til hjemmet. Det er gunstig å ha god tid under et hjemmebesøk (Ökland & Hjälmhult, 2012). For at jordmor skal

## Hjemmebesøk av jordmor

kunne ha god tid til å gå på hjemmebesøk uten at det skal gå på bekostning av andre arbeidsoppgaver, vil dette i de fleste tilfeller medføre at jordmorstillingene i kommunene økes. De ekstra arbeidsoppgavene kommunene får som følge av retningslinjene medfører ikke automatisk mer ressurser for å løse oppgavene, det kommer i tillegg til det helsestasjonene har av oppgaver fra før. For å få økte ressurser må kommunene søke om de midlene som ble utlyst av departementet (vedlegg 1). Man kan her trekke inn pasientsikkerheten, og blir den ivarettatt hvis tilgjengelighet til jordmor ikke økes i kommunene?

Retningslinjene sier at hjemmebesøket skal skje innen 1-3 dager etter hjemkomst. Resultater fra studien viser at 30,3 % av de 42,8 % som får tilbud om hjemmebesøk, får dette etter retningslinjens anbefalinger, nemlig en til to dager etter utreise fra barsel. Hjemmebesøk etter tre til fem dager tilbys av 53,5 % av de 42,8 % som har tilbud om hjemmebesøk. Fra seks dager og mer er det 31,3 % som tilbyr hjemmebesøk (vedlegg 6, Figur 1).

Det kan være mange og komplekse årsaker til at kommunene ikke tilbyr hjemmebesøk eller ikke har tilbud i henhold til retningslinjen. I alt 28,7 % av respondentene oppgir at det er jordmor ansatt i en stillingsbrøk fra null til 20%. I en liten kommune som har jordmor på jobb bare en dag i uken, vil det være tilfeldigheter og flaks som gjør at jordmor klarer å oppfylle retningslinjene. Igjen kan man stille spørsmål ved om det ikke er nødvendig å gå inn med sterkere føringer og andre tiltak for å styrke barselomsorgen. Et eksempel på dette kan være å overføre enkelte kommunale helsetjenester i større grad til jordmor, som prevensjonsveiledning, celleprøver fra livmorhals, og 6-ukeskontroll etter fødsel. Dette kan gi økte jordmorstillinger i små kommuner, og samtidig redusere press og ventetid på legekantor.

Det står omtalt i retningslinjene at det er nødvendig med elektronisk melding til kommunene etter at et barn er født, og at det må være tilstrekkelig kompetanse der ute (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014).

En utfordring som kom fram i studien er at 81,8 % av meldingene om fødsel skjer via post (figur 2 i artikkelen). Pr telefon er det 41,3 % som får melding, 5,1 % via fax, mens 11,7 % oppgir at informasjonen gis via andre kanaler, som at sykehuset sender elektronisk melding om fødsel. Noen skriver at de får SMS fra sykehuset. En respondent skriver at jordmor i kommunen har tilgang til sykehuset sin barseljournal og følger med der. Studien viser at det er store variasjoner i hvordan melding om fødsel blir gitt til kommunen. Enkelte steder

## Hjemmebesøk av jordmor

praktiseres det digital melding. Dette betyr at i 81,8% av kommunene er rutinene av en slik art at jordmor ikke har mulighet til å følge opp barselkvinnene i henhold til retningslinjene. Ved denne rutinen om melding om fødsel via post vil informasjonen bruke opptil flere dager på å nå fram til jordmor i kommunen og det ønskelige tidspunkt for hjemmebesøket er allerede passert.

For å sikre av kvaliteten på overføring av informasjon til kommunene, er det nødvendig å utvikle et felles system på fylkes- eller landsnivå. Dette forutsetter imidlertid at kommunene bruker det samme systemet, og at det finnes kvalifisert personell ute i kommune-Norge til å ta imot informasjonen. For å kunne følge opp retningslinjen til punkt og prikke må det være personell ute i kommunene som er tilgjengelig også i helger og helligdager. Bare på denne måten kan informasjonen gis fra sykehus og mottas i kommune, skal at hjemmebesøket kan skje innen rimelig tid.

I retningslinjene for barselomsorg kan man lese at kvinner som ønsker å amme enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende, eller at føde-/barselavdelingen har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjonen (*Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, 2014).

Av 145 respondenter oppgir 83,3% at det er sykehuset som informerer om at fødsel har funnet sted (figur 1 i artikkelen). Av kommentarer som er kommet inn, viser det seg at det er flere jordmødre/helsestasjoner som ringer fast til nærmeste fødeavdeling og spør om det er noen i deres kommune som har født, f. eks. to ganger pr uke, eller hver mandag. Noen kommuner har jordmorvakt og følgetjeneste inn til fødeavdelingen, og dermed har oversikten over hvem som har født. Atter andre har avtale med den gravide om at de skal sende SMS selv til helsestasjonen når de har født. I artikkelen belyses flere utfordringer med dette systemet. Dette betyr at i de 16,7% hvor det ikke er sykehuset som informerer om at fødsel har funnet sted, er utenfor jordmors kontroll å følge opp retningslinjene, da det er opp til pasienten/barselkvinnen å ta kontakt selv i tide. Flere respondenter påpeker at postgangen går for sakte, de må hente inn informasjon selv på annet vis for å kunne fange opp barselkvinnene og tilby hjemmebesøk innen anbefalt tid. Dette systemet gir en ikke tilfredsstillende barselomsorg. Studien viser derfor nødvendigheten av å utarbeide gode rutiner av melding om fødsel til kommunen, slik at barselomsorgen kan gjennomføres etter retningslinjen.

### 5.0 Avslutning

Summen av alt blir at kommunene og helseforetakene/fødestuene må ha et meldesystem som fungerer, slik at kommunene får melding når et barn er født og når det ventet at barnet reiser hjem. Mange sykehus sender fødselsmelding pr post når kvinnene skrives ut, dermed får ikke helsestasjonene melding om fødsel før det ønskelige/optimale tidspunkt for hjemmebesøk har passert. Kommunene må også ha kapasitet og den fagkompetansen som trengs for å ta seg av barselkvinnene og de nyfødte når de kommer hjem fra sykehus. Mange kommuner har jordmødre ansatt i små stillingsbrøker.

Sammen med retningslinjene fra Helsedirektoratet burde det kommet et system som sikret en trygg «overføring» av kvinner og barn fra sykehus til kommune. Kvinner og barn kan bli de som blir skadelidende dersom kommunene ikke har kapasiteten til å ivareta barselomsorgen slik den er tenkt. Det er svært vanskelig for kommunene å praktisere hjemmebesøk av jordmor innen en til to dager, når fødselsmeldingen først kommer til helsestasjonen f. eks. tre dager etter utreise fra barsel, i tillegg til at jordmor for eksempel er på jobb en dag i uken. Med denne organiseringen av barselomsorgen er pasientsikkerheten i fare.

Noe av målet mitt med å gjennomføre denne studien, har vært å oppnå økt fokus på dette feltet. Ved at studien gikk ut til ordførere i hele Norge, er informasjon og kunnskap om barselomsorg en positiv sideeffekt av gjennomførelsen. Det er ønskelig med økt fokus på dette feltet, fordi det er av stor betydning for mange familier. I et samfunnsperspektiv er det hensiktsmessig å satse på jordmødre og deres arbeidsoppgaver, helsegevinstene kan være store hvis vi bare har ressurser nok til å forebygge komplikasjoner og støtte opp om det normale.

Det ville vært interessant å gjøre en tilsvarende studie om et par års tid, for å se om barselomsorgen er organisert annerledes, og om hjemmebesøk av jordmor er bedre implementert i kommunene.

## 6. 0 Referanser

- AGREEdcollaboration, T. (2001). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. Retrieved from [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument\\_2009\\_UPDATE\\_2013.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf)
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (2009). (Vol. nr. 12 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- Helsetilsynet. (2011). *Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? : rapport frå tilsyn med barselomsorga* (Vol. 3/2011). Oslo: Helsetilsynet.
- Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654-662. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x
- Holens, B. (2017, 13.02.17). Skriv for fagutvikling. Retrieved from <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., & Bates, D. W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality and Safety in Health Care*, 19(1), 42. doi:10.1136/qshc.2008.029165
- Johansen, I. (2017, 10.02.2017). Folkevalgtes epostadresser og telefonnummere. Retrieved from <http://folkevalgtbasen.ivarjohansen.no/>
- Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Uppsala Journal Of Medical Sciences*, 115(2), 131-137. doi:10.3109/03009730903431809
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. (1998). (Vol. nr 12 (1998-99)). Oslo: Departementet.
- Münster, K. (2007). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (S. o. K. Vallgård, L. Ed.). København, Danmark.
- NSD. (2017). Personvernombudet for forskning. Retrieved from <http://www.nsd.uib.no/>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. (2014). Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet),

## Hjemmebesøk av jordmor

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- REK Regional Committees for medical and health research ethics. (2017). Retrieved from <https://helseforskning.etikk.no/>
- Sand, S., & Norsk gynekologisk, f. (2008). *Veileder i fødselshjelp 2008*
- Schneider, Z., Whitehead, D., Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2013). *Nursing and midwifery research : methods and appraisal for evidence-based practice* (4th ed. ed.). Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
- Severinsson, I. E., Haruna, M., Rønnerhag, M., & Berggren, I. (2015). Patient Safety, Adverse Healthcare Events and Near-Misses in Obstetric Care –A Systematic Literature Review. doi:10.4236/ojn.2015.512118
- Styre for å styrke : rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten.* (2012). Rapport fra Helsetilsynet (online), Vol. 1/2012.
- Tegnander, E., & Brunstad, A. (2010). *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde.* Oslo: Akribe.
- Thomas, McColl, Cullum, Rousseau, & Soutter. (1999). Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 40-50. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01047.x
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag.* Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, E., Karlsen, L., Moster, D., & Markestad, T. (2010). Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Pædiatrica*, 99(5), 654-657. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01692.x
- Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.* (2012).
- Venheim, M. A., & Reinart, L. M. (2010). Barselomsorg (pp. S.[535]-546.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- WHO. (2011). Patient Safety Assessment Manual. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119950/1/emropub\\_2011\\_1243.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119950/1/emropub_2011_1243.pdf?ua=1)
- Wiig, S., & Lindøe, P. H. (2009). Patient safety in the interface between hospital and risk regulator 1. *Journal of Risk Research*, 12(3-4), 411-426. doi:10.1080/13669870902952879
- Ökland, T., & Hjälmhult, E. (2012). The importance of post-natal women the first period at home with a newborn. *Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt*, 7(3).

## **7.0 Vedlegg**

Vedlegg 1 Skriv fra Det kongelige departement

# Hjemmebesøk av jordmor



Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement  
Statsrådene

Landets ordførere

Deres ref

Vår ref  
15/3976-

Dato  
18. 12.2015

## Til landets ordførere - Midler til oppbygging av helsetjenester til barn og unge i kommunene

Vi viser til tidligere utsendt brev av 24. november 2015, der regjeringens forslag i Prop. 1 S (2015-2016) til økning i kommunerammen med mål om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og det kommunale rusfeltet oppsummeres. Gjennom budsjettforliket mellom Venstre, Kristelig Folkeparti og regjeringspartiene Høyre og Framskrittspartiet ble det, 23. november 2015, vedtatt å styrke bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ytterligere med et øremerket tilskudd på 100 mill. kroner.

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er, som beskrevet i forrige brev, et viktig satsningsområde for regjeringen. Å legge til rette for gode oppvekstvilkår er blant de viktigste oppgavene i et samfunn. Regjeringen vil derfor bedre det forebyggende og helsefremmende helsetilbudet til barn og unge i kommunene. Vi vil at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles, både gjennom økt bemanning og ved bedre organisering av tjenestene. I 2014 ble kommunenes frie inntekter økt med 180 mill. kroner begrunnet med behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette førte til et taktskifte i veksten i antall årsverk i denne tjenesten, men veksten var ikke i samsvar med veksten i midlene. For kommunene kan det være en utfordring hvis staten kommer med satsinger som krever ansettelse og dette er engangssatsinger i statsbudsjettet. Det er ikke tilfelle her. I 2015 ble rammen ytterligere styrket med 270 mill. kroner, med samme begrunnelse. I Prop. 1 S (2015-2016) er det foreslått en ytterligere økning med 200 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter.

I tillegg til økningen på 200 mill kr over kommunerammen, ble regjeringen og samarbeidspartiene i budsjettforliket enige om å øremerke ytterligere 100 mill. kr for å øke

Postadresse: Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo  
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon: 22 24 90 90  
Org. nr.: 983 887 406



## Hjemmebesøk av jordmor

bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De øremerkede midlene innføres som en belønningsordning, og vil kunne tildeles kommuner som kan dokumentere at veksten i rammen begrunnet i formålet er brukt på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men ønsker å styrke denne ytterligere. Med denne ordningen legges det til rette for en ytterligere styrking av tjenestene, samtidig som vi belønner kommuner som gir et løft til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Dette betyr at alt nå ligger til rette for at kommuner som vil, kan satse på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tråd med føringer fra et bredt flertall i Stortinget. Det vises for øvrig til tiltak for å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene til barn, unge og deres familier i Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste.

Med hilsen

Bent Høie

Jan Tore Sanner

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevet signatur*

## Hjemmebesøk av jordmor

### Vedlegg 2 Spørreskjema

# Hjemmebesøk av jordmor

27.10.2016

www.questback.com - print preview

## Barselomsorg

**1) Hvor mange barn blir født pr år i din kommune?**

nyfødte

**2) Hvor mange jordmødre jobber i din kommune?**

stk jordmødre

**3) Hvor mange prosent jordmorstilling er det i din kommune?**

%

**4) Er disse prosentene besatt av jordmødre pr. i dag?**

- Alle stillinger er besatt av jordmødre
- Noen prosenter er vakante pga permisjoner ol
- Det mangler jordmødre til noen stillinger (f eks ikke søkere til utlyste stillinger ol)
- Annet

**5) Har det blitt økt jordmorstilling i din kommune etter at de nye retningslinjene for barselomsorg ble utgitt av Helsedirektoratet i 2014?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**6) Hvis ja på spm 5, hvor mange prosent?**

%

**7) Hvem formidler informasjon til helsestasjonen om at en kvinne har født barn?**

- Kvinnen/familien tar selv kontakt med helsestasjonen
- Sykehuset/fødselavdeling/barselavdelingen tar kontakt med helsestasjonen
- Helsestasjonen tar kontakt med kvinnen/familien
- Annet

**8) Dersom det er sykehuset som informerer kommunen om at en kvinne har født, hvordan formides denne informasjonen?**

- Pr post
- Pr telefon

# Hjemmebesøk av jordmor

27.10.2016

www.questback.com - print preview

- Pr fax  
 Annet

**9) Hvem har ansvar for første kontakt med barselkvinnen og den nyfødte etter utreise fra barsel?**

- Helsesøster  
 Jordmor  
 Annet



**10) Blir det praktisert hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner og nyfødte i din kommune?**

- Alle får tilbud om hjemmebesøk av jordmor  
 Førstegangsfødende får tilbud om hjemmebesøk av jordmor  
 Utvalgte grupper får tilbud om hjemmebesøk av jordmor, som f eks risikofamilier, flyktninger, flergangsfødende med dårlig ammeerfaring eller andre problemer i barseltiden.  
 Ingen får tilbud om hjemmebesøk av jordmor

**11) Dersom det er tilbud om hjemmebesøk av jordmor i din kommune, hvor snart etter at kvinnen er kommet hjem skjer hjemmebesøket?**

- 1-2 dager  3-5 dager  6-10 dager  Annet



**12) Dersom det ikke er tilbud om hjemmebesøk av jordmor (evnt bare til enkelte grupper), hva må til for at din kommune skal kunne tilby hjemmebesøk til ALLE barselkvinner og nyfødte?**

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

# Hjemmebesøk av jordmor

Logo

## Kartlegging av hjemmebesøk av jordmor til barselkvinner og nyfødte

Mitt navn er Elisabeth Hausken Nessa. Jeg jobber som jordmor i Hjelmeland Kommune. Ved siden av jobben min er jeg student ved Høgskolen i Sør-øst Norge, hvor jeg tar master i jordmorfag.

Denne spørreundersøkelsen er en del av min masteroppgave hvor jeg skriver om temaet barselomsorg.

I 2014 kom det nye retningslinjer fra Helsedirektoratet for barselomsorg som anbefaler at alle kvinner skal få tilbud om hjemmebesøk av jordmor etter fødsel. I retningslinjene står det om hjemmebesøk at:

«For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet/lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltiden

For kvinner med vanskelig ammestart, komplisert fødselsforløp, ambulans fødsel eller familier i risikosituasjoner bør det tilbys ytterligere ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av den første uken etter fødselen».

I min masteroppgave vil jeg gjøre en kartlegging av om kommunene i Norge følger opp retningslinjene for barselomsorg og om kvinner får tilbud om hjemmebesøk av jordmor.

Problemstillingen min er som følger:

**Får kvinner i Norge tilbud om hjemmebesøk av jordmor slik som retningslinjene fra Helsedirektoratet tilsier?**

Spørreundersøkelsen går ut til alle kommuner i hele Norge. Den tar ca 10 min å gjennomføre. Den består av elleve spørsmål. Det vil ikke være mulig å identifisere hvilken kommune besvarelsen kommer fra. Det er frivillig å delta i studien.

For å besvare spørreundersøkelsen går du inn på lenken under, der finner du selve spørreundersøkelsen. Hvis du selv ikke sitter på detaljert kjennskap til det jeg spør om, ber jeg om at du videresender mailen til noen andre i kommunen som har det, f.eks. kommunesjef for helse, ledende helsesøster i kommunen eller jordmødrene selv, slik at de kan svare.

Jeg håper du tar deg tid til å svare, og hvis du ikke kan svare ber jeg om at du sender mailen videre til andre som kan svare, slik at jeg får nok data til å gjennomføre min masteroppgave i jordmorfag.

Svarfrist? 2 uker

Ved spørsmål, ta gjerne kontakt 40439071, eller på mail [elisabethnessa9@gmail.com](mailto:elisabethnessa9@gmail.com)

Takk

Med vennlig hilsen

## Hjemmebesøk av jordmor

---

Elisabeth Hausken Nessa

Professor Annsophie Adolfsson, Høgskolen Sør-Øst Norge

Legg inn lenke her.



## Hjemmebesøk av jordmor

Vedlegg 5 NSD



# Hjemmebesøk av jordmor

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr 985 321 884

## RESULTAT AV MELDEPLIKTTTEST: IKKE MELDEPLIKTIG

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

*Til info: For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.*

*Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:*

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

*Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.*

Med vennlig hilsen,

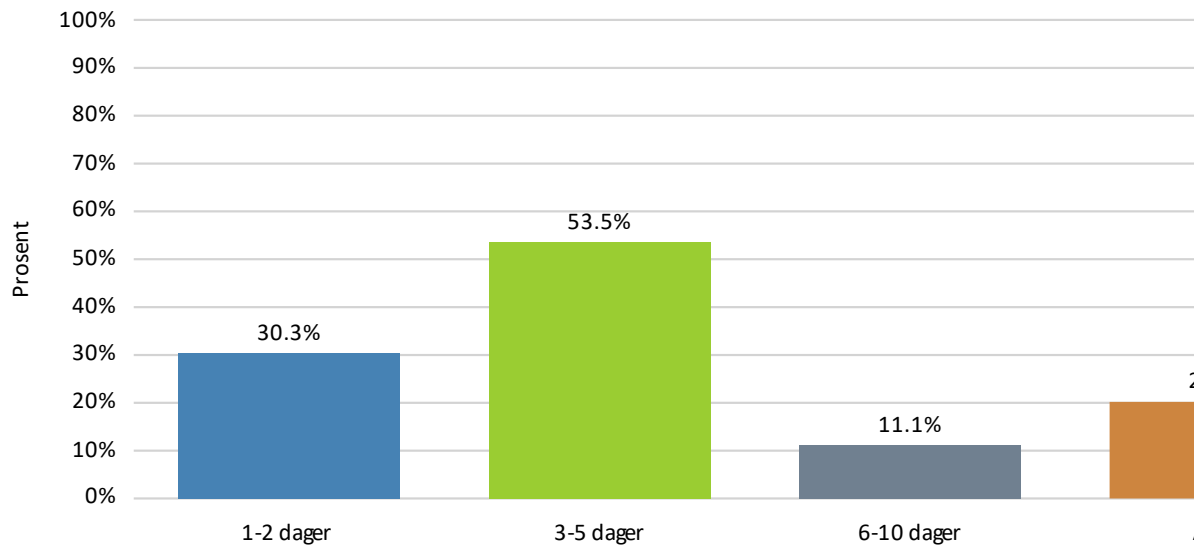
NSD Personvern

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no

## Hjemmebesøk av jordmor

Dersom det er tilbud om hjemmebesøk av jordmor i din kommune, hvor snart etter at kvinnen er kommet hjem skjer hjemmebesøket?

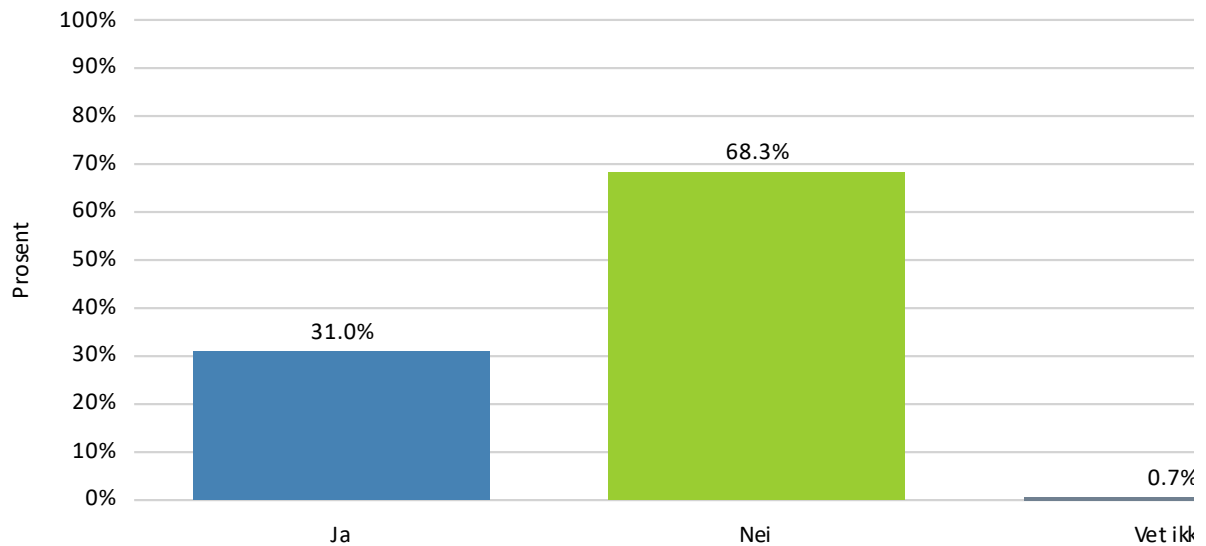


Navn	Prosent
1-2 dager	30,3%
3-5 dager	53,5%
6-10 dager	11,1%
Annet	20,2%
N	99

## Hjemmebesøk av jordmor

Vedlegg 7, figur 2

**Har det blitt økt jordmorstilling i din kommune etter at de nye retningslinjene for barselomsorg ble utgitt av Helsedirektoratet i 2014?**



Navn	Prosent
Ja	31,0%
Nei	68,3%
Vet ikke	0,7%
N	145

## Hjemmebesøk av jordmor