

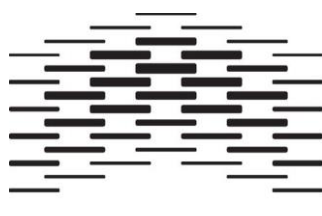
MASTEROPPGAVE
Masterstudium i jordmorfag
Oktober 2016

Hjemmebesøk av jordmor i barseltiden

Kandidatnummer: 127 & 137

Veileder: Stine Bernitz

Antall ord: 7685



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse- Avdeling Kjeller

Abstrakt

Bakgrunn: Helsedirektoratet kom i 2014 med nye retningslinjer for barselomsorgen. Retningslinjene inneholder en sterk anbefaling om hjemmebesøk av jordmor etter familien utskrives fra fødeinstitusjonen. **Hensikt:** Å undersøke omfanget av hjemmebesøk i Oslo, og hva jordmødrene praktiserer på hjemmebesøket. **Problemstilling:** Hvor stor andel av helsestasjonene i Oslo tilbyr hjemmebesøk av jordmor, og hva inneholder tjenesten? **Metode:** En tverrsnittstudie ble valgt for å beskrive prevalens, og fremstille tjenesteinnholdet systematisk. Datamaterialet ble samlet inn ved telefonintervju og spørreskjema. 18 helsestasjoner og 15 jordmødre ble inkludert. **Resultater:** 7 av 18 helsestasjoner har startet med hjemmebesøk. Signifikant flere av helsestasjonene er plassert på østkanten enn vestkanten. Jordmødrene prioriterte hjemmebesøk til førstegangsfødende og sårbare grupper. Kun sjelden eller av og til ble anbefalingen om hjemmebesøk fulgt. Jordmødrene prioriterte i høy grad det samme tjenesteinnholdet. **Konklusjon:** Under 40% av helsestasjonene har startet med hjemmebesøk. Anbefalingen om hjemmebesøk innen 3 døgn blir sjelden fulgt.

Nøkkelord: Jordmor, Kartlegging, Kommunehelsetjeneste, Organisering.

Home visits by midwives in the postnatal period

English abstract

Background: In 2014, The Norwegian Directorate of Health introduced guidelines that strongly recommend home visits by midwives after the new family is discharged from the labour ward. **Purpose/Thesis question:** To investigate the share of health stations in Oslo which offer home visits, and what these services contain. **Methodology:** Cross sectional study was chosen to describe prevalence. Data were gathered through phone interviews and questionnaires. Eighteen health stations and 15 midwives were included. **Results:** Seven of 18 health stations have initiated home visits. The density of these health stations is significantly higher in eastern areas of Oslo. The midwives visited primiparous and vulnerable women most often. The recommendations about home visits were rarely followed up on. Midwives largely prioritised the same themes during home visits, and spent most time on breastfeeding. **Conclusion:** Under 40% of the health stations initiated home visits. The recommendations about home visits were rarely followed up on.

Keywords: Midwife, Cross sectional study, Community care, Organization

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt og problemformulering	2
2.0 TEORETISK FORANKRING	3
2.1 Barselomsorgens utvikling	3
2.2 Politiske føringer	4
2.3 Barselomsorg i Oslo	5
3.0 METODE.....	6
3.1 Valg av deskriptiv tverrsnittstudie	6
3.2 Ethiske overveielser	6
3.3 Utvalg	7
3.4 Del 1: Kartlegging av tjenestens omfang	9
3.5 Del 2: Kartlegging av tjenesteinnholdet	9
3.6 Analyse.....	11
4.0 SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL.....	13
5.0 RESULTATER	14
5.1 Organisering av hjemmebesøkene.....	14
5.2 Hjemmebesøkets føringer og prioriteringer	14
5.3 Tjenesteinnholdet	16
6.0 DISKUSJON.....	18
6.1 Resultatdiskusjon	18
6.1.1 <i>Organisering av hjemmebesøk i Oslo kommune</i>	18
6.1.2 <i>Prioritering av behov for helsehjelp</i>	19
6.1.3 <i>Hjemmebesøket funksjon og føringer</i>	20
6.1.4 <i>Hjemmebesøkets tjenesteinnhold</i>	21
6.1.5 <i>Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten</i>	23
6.2 Metodediskusjon	23
7.0 KONKLUSJON.....	26
REFERANSER	27

VEDLEGG

Vedlegg 1: Statistikk Oslo kommune

Vedlegg 2: Meldeplikttest Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Vitenskapelig artikkel

1.0 INTRODUKSJON

Oppgaven er utformet som en kappe til artikkelen "Hjemmebesøk av jordmor i barseltiden- En kartlegging av tjenestens tilbud og innhold i Oslo" (Vedlegg 4). Leseren anbefales å lese artikkelen, hvor kartleggingen og dens funn blir presentert, før videre utdypelse i kappen. For oppsummering av artikkelen, se kapittel 4.0.

1.1 Bakgrunn

I Norge fødes det hvert år rundt 59 000 barn. Den største fødepopulasjonen finner vi i Oslo, med rundt 10 000 fødsler i året (Statistisk sentralbyrå, 2016). Svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen er organisert som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor ansvaret er delt mellom jordmor, allmennlege, og andre helse- og sosialarbeidere. En av tjenestens målsetninger er at gravide, fødende, og deres familie skal oppleve en helhetlig og sammenhengende tjeneste (St.meld. nr. 12 (2008- 2009), 2009). I de nye barselretningslinjene fra 2014 ble det nedfelt at jordmødre i kommunehelsetjenesten skal ha en sentral rolle i oppfølging av den nye familien etter fødsel.

Barselretningslinjene anbefaler et hjemmebesøk av jordmor innen et til tre døgn etter hjemreise fra fødeinstitusjonen. Anbefalingen skal bidra til en forsvarlig og tilgjengelig tjeneste, som er individuelt tilpasset den nye familiens behov (Helsedirektoratet, 2014b).

Tidligere har det først og fremst vært helsesøstre som har gått på hjemmebesøk. Jordmødre har til nå ikke hatt en prioritert plass i helsestasjonens barseloppfølging, på tross av deres spesialkompetanse innen barselomsorg (Heiberg, 2010; Helsedirektoratet, 2010b). Den nye familien reiser tidligere hjem fra fødeinstitusjonen enn for 30 år siden, og i dag praktiseres ofte en liggetid på to til tre døgn. Kortere liggetid stiller større krav til oppfølging fra kommunehelsetjenesten, da familiene skrives ut før kvinnen er restituert fysisk og psykisk, og ammingen er etablert (Helsetilsynet, 2011).

I Oslo kommune er det 18 helsestasjoner som tilbyr jordmortjenester, fordelt på 15 bydeler (Oslo kommune, udatert). Mellom bydelene er det store forskjeller når det gjelder helse- og sosioøkonomisk status (Helseetaten, 2016). Uavhengig av bosted har

barselkvinnene krav på lik tilgang til tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I barselretningslinjenes anbefaling om hjemmebesøk av jordmor står det ikke spesifikt beskrevet hva tilbudet om hjemmebesøk skal inneholde. Tilsyn med barselomsorgen viser at de nye familiene opplever store variasjoner i innhold og kvalitet i oppfølgingen de får etter fødsel (Helsetilsynet, 2011). Kunnskapssenteret konkluderte etter en brukerundersøkelse utført i 2013 med at barselomsorgen har forbedringspotensialer, på bakgrunn av at barselkvinnene er mindre fornøyd med oppfølgingen de får i barseltiden, sammenlignet med svangerskapsomsorgen (Sjetne, Kjøllesdal, Iversen & Holmboe, 2013). Etter at barselretningslinjene kom i 2014 er det ikke gjort studier som kartlegger om anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor er fulgt i Oslo, eller hva et hjemmebesøk bør inneholde.

1.2 Hensikt og problemformulering

Retningslinjene for barselomsorgen beskriver at en forsvarlig tjeneste skal være preget av tydelig organisering og oppgavefordeling, samt tilstrekkelig kompetanse. Dette stiller krav til samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Når spesialisthelsetjenesten reduserer sitt tilbud til den nye familien gjennom å korte ned på liggetiden, er det viktig å kartlegge hvordan dagens praksis i kommunehelsetjenesten dekker familiens behov (Helsedirektoratet, 2014b). Forfatterne av denne oppgaven har gjennom praksiserfaring fått et inntrykk av at få helsestasjoner i Oslo tilbyr hjemmebesøk av jordmor, noe som var med på å danne bakgrunnen for følgende problemstilling:

Hvor stor andel av helsestasjonene i Oslo tilbyr hjemmebesøk av jordmor, og hva inneholder tjenesten?

For å få en oversikt over tilbudet ble det gjort en kartlegging av barselomsorgen i kommunehelsetjenesten i Oslo. Hensikten var å finne ut hvor mange av helsestasjonene som tilbyr hjemmebesøk, og hvordan jordmødrene praktiserer oppfølging av den nye familien de første dagene etter hjemreise fra fødeinstitusjonen. Resultatene kan være jordmorfaglig relevant både for de som i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sende den nye familien hjem, og for jordmødrene som skal stå for den videre oppfølgingen i kommunehelsetjenesten.

2.0 TEORETISK FORANKRING

For å gi en bakgrunnsforståelse for Helsedirektoratets anbefaling om hjemmebesøk av jordmor, vil barselomsorgens utvikling bli presentert i korte trekk. Videre følger en beskrivelse av politiske føringer i barselomsorgen og organisering av helsestasjonstjenesten i Oslo.

2.1 Barselomsorgens utvikling

Barselperioden defineres ofte som 40 dager, og blir i de fleste samfunn sett på som en periode med økt sårbarhet for kvinnen og barnet (Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø & Eskil, 2003)(Helsedirektoratet, 2014b). Det har eksistert en rekke tradisjoner for å skåne barselkvinnen den første tiden etter fødsel, tradisjoner som ofte har vært forankret i religion (Blom, 1988). Før 1960 foregikk de fleste fødslene i Norge i kvinnes hjem. Etter fødsel var det fokus på at de nybakte mødre skulle holde strengt sengeleie, for at mor skulle få mest mulig ro og hvile (Blåka, 2010). Fra 1960 ble det utdannet flere faglærte jordmødre, samtidig som det ble opprettet flere fødestuer rundt om i landet. Frem til 1970 økte antallet fødeinstitusjoner til 200 (Heiberg, 2010).

På midten av 1950- tallet var det ikke uvanlig at mor og barn ble liggende på barselavdeling opptil 14 dager etter fødselen (Heiberg, 2010) På denne tiden hadde kvinnene i vesentlig mindre grad enn i dag ansvar for barnestellet, og fikk kun se barnet når det var tid for amming (Blåka, 2010). Siden 1950 har det skjedd en drastisk reduksjon i liggetiden på barselavdelingene. Parallelt med at oppholdet på barselavdelingen gradvis ble kortere, fikk kvinnen et større ansvar og det ble færre rutinemessige tiltak og observasjoner (Venheim & Reinart, 2010). Helt frem til 2000- tallet var normal liggetid ved norske fødeavdelinger fire til fem døgn (Heiberg, 2008). Heiberg peker på at økt kunnskap om sengekomplikasjoner, ønsker fra kvinnene, trender i tiden, og dårlig sykehusøkonomi kan ha hatt innvirkning på den kraftige reduksjonen i liggedøgn. I dag er gjennomsnittlig liggetid etter en normal fødsel to til tre døgn (Helsetilsynet, 2011).

Det har de siste tiårene skjedd store endringer i synet på svangerskap, fødsel og barseltid. Fra en "verste fallstening" på 70-tallet til en utvikling av alternative

fødeenheter, fra 90-tallet og frem til i dag. Slike enheter har som mål å verne om fødselen som en naturlig prosess, og legge til rette for at den nye familien kan tilbringe tiden sammen (Blåka, 2010). Forholdet mellom helsearbeider og pasient har endret seg i takt med utviklingen innen fødselsomsorgen. Relasjonen som tidligere var basert på kontroll, er i dag i større grad basert på respekt og gjensidig tillitt (Eide, Heiberg, Helsing & Pape, 2003). I tillegg har kvinnen en større medbestemmelsesrett angående sin egen og barnets behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Barselhotellene vokste fram på 2000- tallet, og skilte seg ut fra de ordinære barselavdelingene ved at det ble lagt opp til at den nye familien skulle klare seg mer på egenhånd. Den jevnlige kontakten med helsepersonellet opphørte, og det ble i større grad opp til den nye familien å ta kontakt med personalet. Samtidig har fars rolle endret seg de siste årene til å bli en mer aktiv ressurs i forbindelse med fødsel og barselstid (Laga, 2008). Helsedirektoratet (2014b) viser til "ambulant fødsel" som en praksis som i tiden fremover vil bli mer vanlig ved enkelte sykehus. Praksisen går ut på at friske kvinner kommer inn og føder, for så å reise hjem fra fødeinstitusjonen etter kun 4 til 24 timer.

2.2 Politiske føringer

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 la føringer for et økt fokus på å forebygge sykdom, koordinere tjenester og finne løsninger på en endret demografisk utvikling (Mæland, 2011). Dette fikk betydning for barselomsorgen i Norge som gradvis er blitt mer desentralisert. Det desentraliserte tilbudet innebærer at ansvaret blir flyttet til et lavere nivå, til kommunen, for å sikre en best mulig tilgjengelighet til tjenestene (Regjeringen, 2014). Intensjonen til samhandlingsreformen i forhold til svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen er å gi et helhetlig tjenestetilbud til brukerne, og en fleksibel bruk av jordmørtjenesten (Helsedirektoratet, 2010b). Helsedirektoratet (2010b) påpeker at jordmørtjenesten i kommunene er ujevnt fordelt og at dekningsgraden av jordmødre ikke er tilfredsstillende. Videre beskriver de et ønske om en mer tilgjengelig lokal jordmørtjeneste preget av kontinuitet, uavhengig av om kommunen eller fødeinstitusjonen har ansvaret.

Sykehusene har ansvar for å gi den nye familien en forsvarlig helsehjelp til utskrivelse, med tilstrekkelig veiledning til pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) beskriver

et krav om samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Samarbeidet kan ifølge Helsedirektoratet bidra til en klar oppgavefordeling, og for familiene en smidigere overgang til nye tjenester i kommunen etter utskrivelse (Helsedirektoratet, 2014b).

2.3 Barselomsorg i Oslo

I følge Statistisk sentralbyrå (2016) er Oslo den byen i Norge hvor det fødes flest barn per innbygger. I 2015 ble 17 % av alle barn i Norge født i Oslo. Det totale antallet fødsler i befolkningen påvirkes av antallet kvinner i fødedyktig alder og av befolkningssammensetningen. Mange unge mennesker fra mindre sentrale strøk trekker inn til byen. Samtidig har en tredjedel av befolkningen i Oslo innvandret, eller er barn av innvandrere. Dette er med på å gjøre fødepopulasjonen i Oslo til en sammensatt gruppe (Helsedirektoratet, 2014b; Helseetaten, 2016).

Oslo hadde i 2015 ansvaret for tilsammen 9 899 nyfødte fordelt på 18 helsestasjoner. Andel nyfødte hver av bydelene hadde ansvaret for, varierte fra 359 i bydel Grorud til 1 091 i bydel Grünerløkka (Oslo kommune, 2016)(Vedlegg 1). “Oslohelsa” fra 2016, viser til store sosiale helseforskjeller innad i Oslo. Det er ifølge rapporten større forskjeller mellom bydelene i Oslo enn mellom fylkene i Norge (Helseetaten, 2016). Bydelenes helseprofiler fra 2014 forteller om variasjoner i helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer mellom bydelene. Det kommer frem vesentlige forskjeller mellom bydelene innen utdanning, inntekt, levealder, arbeidsledighet, antall innvandrere og sosialhjelpsmottakere (Helseetaten, 2014).

3.0 METODE

Kapittelet vil utdype det som er presentert i artikkelen i forhold til metodevalg, etiske overveielser, gjennomførelse av studien, utvalg av respondenter, og analyse.

3.1 Valg av deskriptiv tverrsnittstudie

Med tanke på valg av metode var det sentralt å velge et studiedesign som kunne belyse tematikken “hjemmebesøk av jordmor” på en måte som ville få fram ny kunnskap. Problemstillingen er todelt, og etterspør både omfanget av tjenesten i Oslo og tjenesteinnholdet. På bakgrunn av dette ble det hensiktsmessig å dele studien inn i to deler, der del 1 tar for seg omfanget, og del 2 hva jordmødrene praktiserer på et hjemmebesøk. En tverrsnittstudie er egnet for å beskrive prevalens og fordeling innenfor en populasjon (Jacobsen, 2015). I denne studien utgjør dette prevalensen av hjemmebesøk innenfor populasjonen Oslo kommune. Magnus og Bakketeig (2013) beskriver at en tverrsnittstudie er egnet for å estimere utbredelsen av behovet for helsetjenester i en populasjon på et gitt tidspunkt. En tverrsnittstudie kan også vise til sammenhenger mellom flere variabler i eksakte tall (Polit & Beck, 2017). Designet gir mulighet til å sette tjenesteinnholdet i hjemmebesøkene ved siden av hverandre, for å vurdere om jordmødrene tenker likt om hva et hjemmebesøk inneholder.

Det var viktig for gjennomføringen av studien å innhente data kostnadseffektivt, og på kort tid. Samtidig var det viktig å kunne beskrive omfanget av tjenesten på det tidspunktet studien ble gjennomført, juni til august 2016. I følge Polit og Beck (2017) er dette krav en tverrsnittstudie er egnet til å dekke. En fordel med designet er at informasjonen fra respondentene lett kan systematiseres, noe som kan gjøre det lettere å generalisere resultatene. En utfordring er at designet i liten grad kan si noe om endringer over tid, og at resultatet derfor kun er gjeldene for den nevnte tidsperioden (Polit & Beck, 2017).

3.2 Etiske overveielser

Prosjektet innebærer ikke medisinsk eller helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger, og var derfor ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Regionale komiteer

for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015). Etter gjennomført “meldeplikttest” på Norsk senter for forskningsdata (NSD) viste prosjektet seg å ikke være meldepliktig, da studien ikke innhenter personidentifiserende opplysninger (Norsk senter for forskningsdata, Udatert)(Vedlegg 2). Dette støttes av personopplysningsloven (2001) som viser til at prosjekter ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt når prosjektet ikke omfatter personopplysninger.

Deltakerne i studien er anonyme, og det vil ikke være mulig å direkte identifisere enkeltpersonene. Det er likevel tatt med i betraktningen at et lavt antall respondenter kan gjøre at svarene den enkelte gir veier tungt i forhold til de samlede resultatene. Det ble på bakgrunn av dette ikke innhentet ytterligere bakgrunnsopplysninger, selv om informasjonen kunne vært interessant for å se hva som lå til grunn for jordmødrenes svar. Selv om spørsmålene er vurdert til å ikke være sensitive, ble personvernombudet i Oslo kommune forsøkt kontaktet. Det viste seg imidlertid at Oslo ikke har et felles personvernombud, og det ble derfor hentet inn informert samtykke fra leder på hver av helsestasjonene. Samtidig sikret man at ikke bare respondentene av selvutfyllingsskjema, men også lederne godkjente studiens formål. Selv om studien er anonym er muligheten for å avsløre tendenser på ulik praksis til stede.

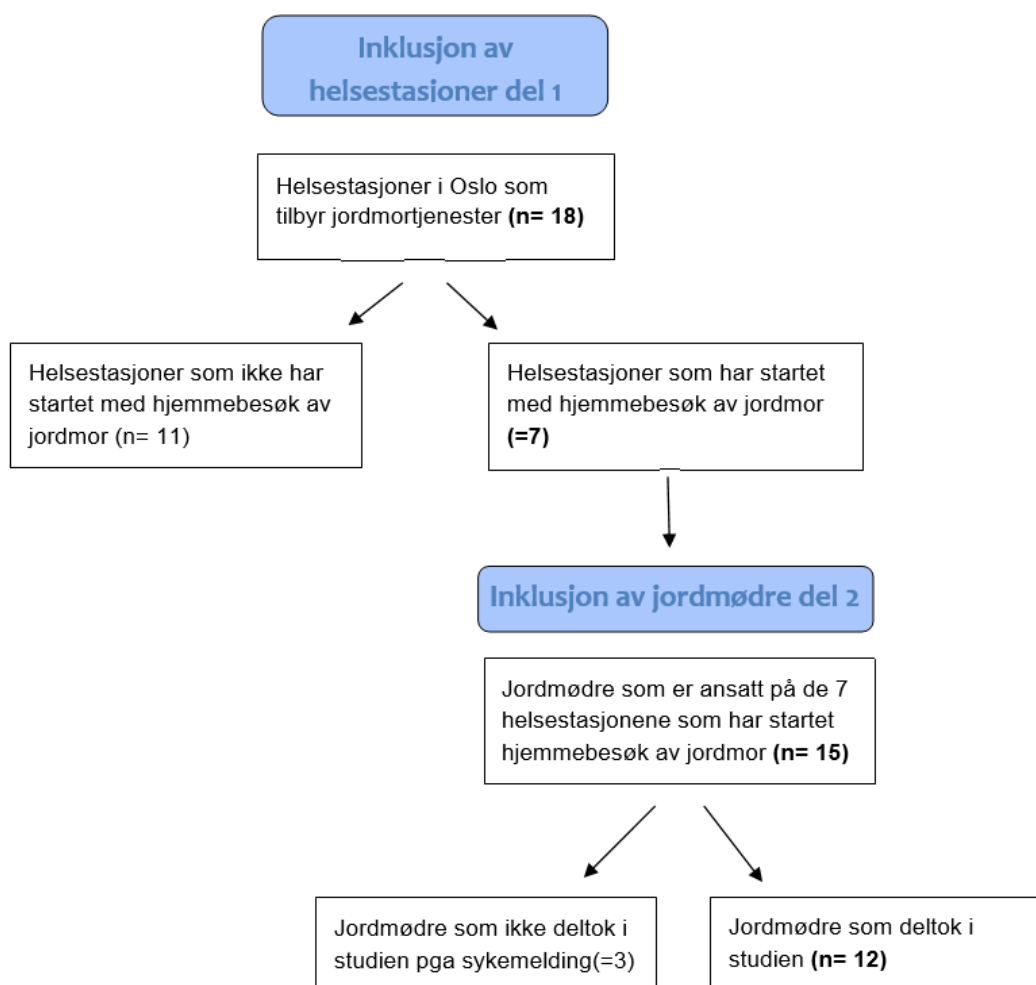
3.3 Utvalg

Studiens to deler er utført ved hjelp av to ulike fremgangsmåter, som krevde to ulike utvalg av respondenter. I studiens del 1 var formålet å kartlegge omfanget av hjemmebesøk i Oslo. Dette ble gjort i form av et telefonintervju til helsestasjonslederne. I del 2 var formålet å kartlegge tjenesteinnholdet. Her var studien ute etter hva jordmødrene praktiserte, og et spørreskjema til jordmødrene ble brukt for å kartlegge organisering og innhold i tjenesten.

For å undersøke hvor mange helsestasjoner i Oslo kommune som tilbyr hjemmebesøk av jordmor, ble alle helsestasjonene som tilbyr jordmortjenester inkludert til del 1 av studien. Dette gjaldt 18 helsestasjoner, som alle valgte å delta. De 7 helsestasjonene som viste seg å praktisere hjemmebesøk av jordmor dannet utgangspunktet for videre inkludering av jordmødre til studiens del 2 (Figur 1).

Alle jordmødrene som praktiserte hjemmebesøk i Oslo kommune ble inkludert i del 2 av studien. Tre av jordmødrene svarte ikke på spørreskjemaet, da de var sykemeldte i tidsperioden dataene ble samlet inn. Studien oppnådde en svarprosent på 100% blant helsestasjonene (del 1), og 80 % av jordmødrene som praktiserte hjemmebesøk (del 2).

Figur 1. Inklusjonsprosessen til studiens del 1 og del 2



3.4 Del 1: Kartlegging av tjenestens omfang

Som angitt i artikkelen ble det gjort et telefonintervju av lederne på samtlige helsestasjoner i Oslo som tilbyr jordmortjenester, for å kartlegge formålet med del 1 av studien. Et telefonintervju er en god måte å nå ut til mange respondenter på kort tid, med lave kostnader (Ringdal, 2013). Ulempen er at intervjuene bør være korte, og derfor lett kan bli overfladiske. En intervjuguide ble brukt for å sikre at telefonintervjuene forgikk på samme måte, uavhengig av hvem som ledet samtalen. Forfatterne bak studien intervjuet ni helsestasjonsledere hver. I forkant av telefonintervjuet ble det sendt ut informasjon via e- post, som ble gjentatt over telefon. Intervjuet startet med å kartlegge om helsestasjonen praktiserte hjemmebesøk av jordmor i barseltiden. Dersom helsestasjonen ikke hadde startet med tjenesten, ble det spurt om det var planer om oppstart, og eventuelt når. Del 1 av studien ble gjennomført de to første ukene av juni 2016. Helsestasjonslederne bidro til at alle jordmødrene som praktiserte hjemmebesøk ble rekruttert videre til studiens del 2.

3.5 Del 2: Kartlegging av tjenesteinnholdet

Studiens del 2 baserer seg, som beskrevet i artikkelen, på data fra et eget utformet spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål, et såkalt semistrukturert spørreskjema (Vedlegg 3). Spørreskjema er en systematisk måte å samle inn data fra et utvalg for å gi en statistisk beskrivelse av populasjonen (Jacobsen, 2015). Fordelen med et selvutfyllingsskjema er at respondenten kan svare på et valgfritt tidspunkt og når ingen andre er til stede (Ringdal, 2013). På grunn av fare for frafall ble spørreskjema personlig levert og hentet via helsestasjonens resepsjon. Dette bidro også til å redusere gjennomføringstiden, samt å sikre at dataene ikke ble borte. Resepsjonen ble brukt som mellomledd for å unngå at forfatterne påvirket respondentenes ønske om å svare.

Spørreskjemaet ble innledet med en beskrivelse av formålet med studien, og med en forsikring om at respondentenes anonymitet ble ivaretatt. For å redusere sannsynligheten for feilkilder ble spørreskjemaet innledet med informasjon om studien og veiledning til utfylling. Spørreskjemaet besto av 80 spørsmål som kunne besvares på rundt 10 minutter. I første del av spørreskjemaet ble jordmødrene spurt

om organisering av tjenesten, hvilke barselkvinner de prioriterer å besøke, tidsbruk på besøkene, og tilgjengelige transportmidler. Jordmødrene ble videre spurt om tiden de har til rådighet oppleves tilstrekkelig, samt om det er mulig å utføre besøkene i tråd med prosedyrer eller planlagte tiltak. For å få informasjon om jordmødrenes prioriteringer ble de spurt om andel barselkvinner som tilhørte helsestasjonen, samt andelen første- og flergangsfødende. I tillegg ble det spurt om andelen planlagte besøk og hvor mange av barselkvinnene som avslo tilbudet om hjemmebesøk. Det ble etterspurt statistikk fra en representativ måned, innen de to siste kvartalene. Det ble innhentet tall på hvor mange jordmorårsverk som var satt av til hjemmebesøkene, og om tilbudet ville bli opprettholdt under ferieavviklingen sommeren 2016. Dersom jordmor ikke hadde tilgang til statistikk, kunne disse spørsmålene besvares av leder.

For å undersøke hva jordmødrene praktiserte på hjemmebesøkene ble det listet opp en rekke mulige temaer, i form av 32 spørsmål. I tillegg til de norske barselretningslinjene, som er lite spesifikke i forhold til hva hjemmebesøket skal inneholde, ble internasjonale retningslinjer og strategier brukt i utformingen av spørsmålene. De britiske retningslinjene "Care of women and their babies" som er hentet fra "National institute for health and care excellence(NICE)" ble brukt som et supplement til barselretningslinjene. NICE (2015) sine retningslinjer ble tatt med da de inneholder en konkret beskrivelse av tiltak for oppfølging av mor og barn, de første åtte ukene etter fødsel. Verdens Helseorganisasjon(WHO) og United Nations Children's Fund(UNICEF) sin strategi for å øke overlevelse blant mor og barn etter fødsel ble brukt for å sikre et dekkende innhold. Denne strategien inneholder anbefalinger for oppfølging av familiene i hjemmet etter fødsel (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2009b).

Halvparten av spørsmålene om tjenesteinnholdet var rettet mot tilbudet til førstegangsfødende, og andre halvdel mot flergangsfødende. Det ble spurt om hvor ofte jordmor tok opp ulike tiltak. Spørsmålene var formulert som: "Hvor ofte tar du opp mors psykiske helse?" eller "Hvor ofte observerer du barnets trivsel og vektøkning? De fleste spørsmålene i spørreskjemaet var knyttet til forhåndsoppgitte svaralternativer, for å gjøre det lettere for respondenten å fylle ut skjemaet. Svaralternativene "alltid", "ofte", "av og til", "sjelden", og "aldri" er ordinalvariabler, og var de svaralternativene som hyppigst ble benyttet. Det som kjennetegner ordinalvariabler er at verdiene, i tillegg til å være gjensidig

utelukkende, har en logisk rangering. De kan ordnes i en bestemt rekkefølge, og verdiene uttrykker grader, kvalitet, eller posisjon i en serie (Christophersen, 2013).

Spørreskjemaet inneholdt i tillegg til de ordinale variablene, også variabler på nominalnivå som "ja", "nei", og "vet ikke". Det som kjennetegner de nominale er at de ikke kan rangordnes, men kun klassifiseres i gjensidige utelukkende grupper (Ringdal, 2013). Noen av spørsmålene hadde ulike svaralternativer kombinert med mulighet til å spesifisere svaret. Ved å inkludere åpne spørsmål gir man respondenten mulighet til å utdype sitt svar, for å unngå at respondenten lar være å svare. Samtidig kan ytterligere interessant informasjon komme fram (Jacobsen, 2015). Spørreskjemaet ble testet som en pilotstudie på ansatte i kommunehelsetjenesten i Akershus, for å unngå eventuelle feilkilder ved bruk av et uvalidert spørreskjema. Pilotstudien belyste enkelte uklare spørsmål, og kom med innspill til nye.

3.6 Analyse

Kartleggingens funn blir i resultatene presentert i form av deskriptive analyser, for å beskrive utbredelse og innhold i hjemmebesøkene. Etter at dataene fra telefonintervjuet og spørreskjemaet var samlet inn, ble variablene kodet om til tall. Koding innebærer å gi hvert svaralternativ en tallverdi for å kunne behandle informasjonen statistisk (Jacobsen, 2015). For å fremstille og analysere resultatene, ble det tatt i bruk et statistisk datahåndterings- og dataanalyseverktøy kalt Statistical Product and Service Solutions (SPSS), versjon 23.0. Koding av de ordinale variablene ble valgt ut i fra svaralternativenes verdiretning. Eksempler på kodingen er at svaralternativene; "alltid", "ofte", "av og til", "sjelden", og "aldri", ble kodet i synkende rekkefølge som; 4, 3, 2, 1, og 0.

Analysen besto av både univariate og bivariate analyser. I univariate analyser vil en kunne se hvordan en og en variabel har fordelt seg blant respondentene, hva som er det mest typiske svaret, samt hvor stor variasjonen er. Den bivariate analysen vil kunne se på samvariasjonen mellom flere variabler (Jacobsen, 2015). Univariate analyser ble brukt til å fremstille hovedvekten av resultatene. Fremstillingen av hver enkelt variabel ble valgt på bakgrunn av variabelens målenivå, og kartleggingens hensikt. På bakgrunn av at studien ønsker å kartlegge hva majoriteten av

jordmødrene svarte, ble det naturlig å velge modus, hva de fleste svarte, i de fleste tilfellene. I tabell 1 og 3 i kappens resultatdel er median og persentiler brukt.

Medianen viser til den midterste verdien i en rangert rekke, mens persentilene angir variasjonen i fordelingen. Å vise til spredning kan være nyttig for å vise om svarene er skjevt fordelt, og dermed unngå feiltolkning av dataene (Christophersen, 2013)

Det ble gjort en bivariat analyse for å beregne forskjellen i utvalget, mellom de som hadde startet med hjemmebesøk og geografisk plassering. Kjikvadrattesting er en måte å beregne forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling, i forhold til kategoriske variabler. Kjikvadratet beskriver størrelsen på dette avviket, noe som forteller oss om sannsynligheten for at det er en forskjell i fordelingen mellom populasjonene vi sammenligner. Store avvik vil kunne gi et stort kjikvadrat, og en større sannsynlighet for at nullhypotesen kan forkastes. Nullhypotesen angir at det ikke er noen forskjell mellom gruppene, mens den alternative hypotesen angir at det er en forskjell. I forskning opereres det ofte med et signifikansnivå på 5 %. Dersom p-verdien er $\leq 0,05$ vil det være mindre enn 5% sannsynlighet for å beholde nullhypotesen (Altman, 2016).

4.0 SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL

Artikkelen "Hjemmebesøk av jordmor i barseltiden- En kartlegging av tjenestens tilbud og innhold i Oslo" trekker frem hovedfunnene fra kartleggingsstudien om hjemmebesøk av jordmor i Oslo (Vedlegg 4). Bakgrunnen for kartleggingen var Helsedirektoratets barselretningslinjer fra 2014, som kom med en sterk anbefaling om hjemmebesøk av jordmor, innen en til tre døgn etter at familien er skrevet ut fra fødeinstitusjonen. Kartleggingen er gjort i form av en deskriptiv tverrsnittstudie, i to deler. I del 1 ble et telefonintervju av lederne på hver helsestasjon brukt til å kartlegge tilbudet av tjenesten på de 18 helsestasjonene i Oslo. Del 2 kartla tjenesteinnholdet ved hjelp av et spørreskjema med 80 spørsmål, som ble delt ut til de 15 jordmødrene som praktiserte hjemmebesøk. Resultatene viste at 7 av 18 helsestasjoner tilbyr hjemmebesøk av jordmor. Signifikant flere av helsestasjonene lå geografisk plassert på østkanten av Oslo, enn på vestkanten. Av de 12 jordmødrene som svarte på spørreskjemaet oppga 66,7 % at de kun fikk besøkt førstegangsfødende og kvinner i sårbar gruppe. Anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor innen første til tredje døgn ble kun sjelden eller av og til fulgt. Jordmødrene prioriterte ofte de samme temaene når de var på hjemmebesøk. Ammeveiledning var det temaet jordmødrene brukte mest tid på under besøket. Hovedfunnene blir i artikkelen diskutert opp mot relevante retningslinjer, forskrifter, lovverk, og nyere forskning på emnet hjemmebesøk av jordmor. Artikkelen konkluderer med at en lav andel av helsestasjonene i Oslo tilbyr hjemmebesøk av jordmor, noe som ser ut til å være knyttet til mangel på ressurser. Jordmødrene prioriterte i høy grad det samme tjenesteinnholdet.

5.0 RESULTATER

5.1 Organisering av hjemmebesøkene

Resultatene er basert på svar fra 18 av 18 inkluderte helsestasjoner, noe som utgjør alle helsestasjonene i Oslo som tilbyr jordmortjenester. Syv helsestasjoner hadde startet med å tilby hjemmebesøk av jordmor, mens 11 av helsestasjonene ikke hadde kommet i gang med tjenesten. Av de 11 var det 4 helsestasjoner som hadde planer om oppstart av tjenesten innen 2016, mens det var en som hadde planlagt oppstart i løpet av 2017. De resterende 6 helsestasjonene hadde ingen planer om oppstart. I artikkelen viser tabell 1 til andelen helsestasjoner som har startet opp, eller planlegger å komme i gang med hjemmebesøk av jordmor (Vedlegg 4).

Av de 7 helsestasjonene som hadde startet opp med hjemmebesøk, var alle geografisk plassert i byområder på østkanten av Oslo. For å finne ut om dette var et tilfeldig funn ble det gjort en kjikvadrattest. I artikkelen viser tabell 2 et signifikant funn med en p-verdi på 0,036 (Vedlegg 4). Dette betyr at det med 96,4 % sikkerhet er en reell samvariasjon mellom helsestasjonene som har startet opp med hjemmebesøk av jordmor, og deres geografiske lokalisasjon i Oslo.

5.2 Hjemmebesøkets føringer og prioriteringer

Resultatene fra spørreskjema baserer seg på svar fra 12 av 15 inkluderte jordmødre. Resultatene viser at førstegangsfødende oftere får hjemmebesøk av jordmor enn flergangsfødende. Åtte av 12 jordmødre (67 %) svarte at de ofte gikk på hjemmebesøk til både førstegangsfødende og sårbare grupper. Det var 5 jordmødre som også gikk til flergangsfødende (42%). Spredningen er vist i tabell under (Tabell 1).

TABELL 1. Tilbud om hjemmebesøk. 12 (N)

Gruppe	N (%)	Median	Mode	Persentiler (%)		
				25	50	75
Førstegangsfødende	12(100)	3,0	3	3	3	3
Flergangsfødende	12(100)	1,5	1	1	1,5	2
Sårbare grupper	12(100)	3	3	3	3	3

Tabellen viser hvilke grupper de fleste jordmødrene prioriterte å gi tilbud om hjemmebesøk til.

Variabler: 0=aldri, 1=sjelden, 2=Av og til, 3=Ofte og 4=alltid

Under halvparten av jordmødrene som gikk på hjemmebesøk fulgte en ferdig utarbeidet prosedyre. Se tabell 2 for andel helsestasjoner som hadde en prosedyre.

TABELL 2. Helsestasjoner som har en prosedyre. 12 (N)

	N	(%)
Ja	5	(41,7)
Nei	1	(8,3)
Under utarbeidelse	6	(50)

Tabellen viser hvor mange av helsestasjonene som hadde en prosedyre for hjemmebesøkene.

Elleve av 12 jordmødre (92%) satt av 60 minutter til hjemmebesøket, og 9 av de 12 (75%) følte at tiden de hadde ofte eller alltid var tilstrekkelig for å følge prosedyre/planlagte tiltak (Tabell 3). Lang reisevei var aldri til hinder for å besøke den nye familien. De fleste jordmødrene gikk til fots, eller benyttet seg av offentlig transport når de skulle på hjemmebesøk. Ingen av jordmødrene hadde mulighet til å benytte seg av bil gjennom jobben. To respondenter svarte at de benyttet seg av drosje. På spørsmål om anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn ble fulgt, var fordelingen som vist i tabell 3.

TABELL 3. Opplevelse av tilstrekkelig tid for å følge prosedyre og retningslinjer. 12 (N)

Variabel	N (%)	Median	Mode	Persentiler (%)		
				25	50	75
Tilstrekkelig tid til å følge prosedyre/planlagte tiltak	12(100)	3,0	3	1,5	3	3
Følger retningslinjenes anbefalinger	11(91,7)	2,0	1*	1	2	3

*Tabellen viser hvor ofte jordmødrene opplevde at tiden var tilstrekkelig, eller at retningslinjene ble fulgt. *Likt svar mellom 2 tall, den laveste verdien angitt. Variabler: 0=aldri, 1=sjelden, 2=Av og til, 3=Ofte og 4=alltid*

Fem av helsestasjonene hadde fått tilskudd til å øke antall jordmorstillinger. De økte stillingene ble angitt som en 50% stilling, en 60% stilling, og en 100% stilling, samtidig var det en helsestasjon som satt av 2 dager per uke til hjemmebesøk. Det var også en prosjektstilling med en ekstra jordmor i 40- 60% stilling.

For å kartlegge hvilke barselkvinner som blir prioritert, ble det etterspurt statistikk i forhold til praktisering av hjemmebesøk. Jordmødrene som valgte å delta i studien, fordelte seg på 6 helsestasjoner. Svarene er basert på helsestasjonenes statistikk fra en representativ måned, de siste to kvartaler. Tallene er basert på jordmor eller leders optelling eller statistikk, og det var enkelte data som manglet.

Andelen barselkvinner som fikk besøk ble oppgitt å være mellom 15-43%. Av de som fikk besøk var 12,5- 20% flergangsfødende. Det var 9 av 11 jordmødre (82%) som svarte at ingen av barselkvinnene avsto tilbudet om hjemmebesøk. Tolv av 12 (100%) svarte at tilbudet om hjemmebesøk av jordmor ikke ville bli opprettholdt under ferieavviklingen sommeren 2016.

5.3 Tjenesteinnholdet

For å fremstille resultatene som omhandler hjemmebesøkets tjenesteinnhold, er det i tabell 3 i artikkelen presentert temaer som de fleste jordmødrene mente inngikk i hjemmebesøkets tjenesteinnhold (Vedlegg 4). Funnene viser at de fleste jordmødrene alltid eller ofte tar opp forhold som gjelder mors fysiske og psykiske helse, observasjon av mor etter fødsel, og videre oppfølging. I forhold til barnet gjaldt dette observasjon av barnet, trivsel og vektøkning, veiledning og tilknytning mellom mor og barn. Dette gjelder både førstegangsfødende og flergangsfødende. Det som skilte

tjenesteinnholdet mellom disse to gruppene var at jordmødrene hos flergangsfødende i noe mindre grad observerte sting, tegn på infeksjon hos mor, veiledet i barnestell, og informerte om kontaktinformasjon ved behov for akutthjelp. Måling av barnets temperatur og transkutan måling var noe jordmødrene sjelden eller aldri gjorde under et hjemmebesøk. Alle jordmødrene (100%) svarte at ammeveiledning var det de satt av mest tid til under hjemmebesøket, noe som gikk igjen både hos første- og flergangsfødende.

6.0 DISKUSJON

Kapittelet inneholder en resultatdiskusjon etterfulgt av en diskusjon rundt studiens metodebruk.

6.1 Resultatdiskusjon

Følgende vil kartleggingens funn bli drøftet, og artikkelens resultatdiskusjon utdypet. Resultatene vil bli drøftet opp imot studiens hensikt, problemstilling, offentlige dokumenter, og tidligere forskning.

6.1.1 Organisering av hjemmebesøk i Oslo kommune

Resultatene viser at kun syv helsestasjoner hadde kommet i gang med tilbudet om hjemmebesøk av jordmor. En signifikant større andel av disse helsestasjonene lå geografisk plassert på østkanten i Oslo, og på vestkanten var det ingen helsestasjoner som hadde tilbudet. Dette blir i vedlagt artikkel diskutert opp mot helsemessige og sosioøkonomiske forskjeller mellom bydelene. I rapporten "Oslohelsa" kommer det frem at det er større helse- og sosioøkonomiske utfordringer i bydelene på østkanten enn på vestkanten (Helseetaten, 2016). Selv om utfordringer kan generere et større behov for helsetjenester, beskrives barseltiden som en psykisk, fysisk, og sosial overgangsperiode for den nye familien, uavhengig av sosioøkonomisk status (Yonemoto, Dowswell, Nagai & Mori, 2013). Dette gjelder også ressurssterke foreldre som er vant til å mestre det meste, da mange kan oppleve foreldrerollen som vanskelig. (Helseetaten, 2016). Helseetatens rapport (2016) peker på tidlig innsats som viktig for å fremme og forebygge sykdom og redusere ulikheter. Jordmor har ved hjemmebesøket en unik mulighet til å gi informasjon om egenomsorg som er tilpasset den enkelte families behov (Venheim & Reinart, 2010).

Ut ifra kartleggingen har ikke jordmødrene tilstrekkelig med tid til å tilby hjemmebesøk til alle de nye familiene. Jordmødrene oppgir at de sjelden eller av og til følger anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor, en til tre døgn etter hjemreise fra fødeinstitusjon. Videre kommer det frem at andel barselkvinner helsestasjonen kan tilby hjemmebesøk varierer mellom 15-43%. Manglende ressurser til å gå på hjemmebesøk var et svar som ofte gikk igjen blant respondentene. Hvorfor anbefalingen om hjemmebesøk ikke er fulgt opp med nødvendige tilskudd kan diskuteres, når barselretningslinjene er klare på at anbefalingen bør påvirke

organiseringen. Dersom enkelte helsestasjoner velger en annen praksis, skal dette ifølge Helsedirektoratet dokumenteres og begrunnes. Dette gjelder all praksis som skiller seg vesentlig fra anbefalingene (Helsedirektoratet, 2014b).

6.1.2 Prioritering av behov for helsehjelp

I kartleggingen kommer det fram at jordmødrene er nødt til å prioritere hvem de skal besøke. Noen familier har behov for lang og tett oppfølging på grunn av sykdom hos mor eller barn, eller etter en traumatisk fødsel. Selv om enkelte barselkvinner har et større behov for helsehjelp enn andre, beskriver barselretningslinjene at det å være frisk og føde et friskt barn til termin, ikke er ensbetydende med at man ikke har behov for veiledning og omsorg (Helsedirektoratet, 2014b). Hjälmhult og Økland (2012) beskriver i en norsk kvalitativ studie med 26 mødre hvordan en utvikling mot å normalisere synet på fødsel kan bidra til å usynliggjøre barselkvinnen, og undervurdere foreldrenes behov. Det har skjedd en utvikling i barselomsorgen, hvor det i dag er lagt opp til at barselkvinnen skal klare seg mer på egenhånd (Helsetilsynet, 2011; Venheim & Reinart, 2010). Denne utviklingen skiller seg fra den tradisjonelle tanken om at barselkvinnene skulle skånes etter fødsel (Blom, 1988).

En kvalitativ, australsk studie med 52 deltakere beskriver at mødre som har barn fra før har større selvtillit og trygghet når det kommer til å ta seg av det nyfødte barnet. Behovet for oppfølging og veiledning er derfor ulikt. Forfatterne konkluderer med at førstegangsfødende er mer avhengig av kontinuerlig veiledning og støtte fra helsepersonell (Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold & Rayner, 2008). På den andre siden beskriver Helsedirektoratet (2014b) at både første- og flergangsfødende har mange spørsmål ved hjemreise fra fødeinstitusjonen. På bakgrunn av ulik erfaring og trygghet har barselkvinnene behov for oppfølging i sine nye roller (Forster et al., 2008; Helsedirektoratet, 2014b). At flergangsfødende ifølge kartleggingen sjelden fikk tilbud om hjemmebesøk, indikerer at erfarne barselkvinner ikke blir prioritert. Dette kan bety at flergangsfødende ikke alltid får den oppfølgingen de har behov for. Kartleggingen viser at tjenesteinnholdet på hjemmebesøket til første- og flergangsfødende samstemte i høy grad. Dette kan tolkes som at behovet for helsehjelp ikke nødvendigvis er så ulikt mellom disse to gruppene. Det må tas med i betraktningen at funnene i kartleggingen er basert på et lite antall jordmødre og deres prioriteringer.

6.1.3 Hjemmebesøket funksjon og føringer

I følge kartleggingen var det kun 42% av jordmødrene som jobbet etter en ferdig utarbeidet prosedyre. For de som ikke forholdt seg til en ferdig prosedyre, hadde de fleste en under utarbeidelse. Hensikten med å kartlegge dette var å undersøke om besøket var basert på egne vurderinger eller sentrale føringer. Helsetilsynet (2011) beskriver i en tilsynsrapport at barselomsorgen er preget av at styringen er overlatt til personellet på hver enkelt helsestasjon. Rapporten uttrykker også bekymring over at helsestasjonstjenesten ikke kan sies å være i tråd med faglige normer. Dette utdypes i manglende grad av overvåking, styring og internkontroll innenfor virksomheten. På tross av at det i kartleggingen kommer fram at flere helsestasjoner hadde planer om utarbeidelse av en egen prosedyre, ser resultatene ut til å støtte Helsetilsynets funn om at styringen er overlatt helsepersonellet. Dette på bakgrunn av at helsestasjonene i kartleggingen stort sett utarbeidet prosedyrene lokalt.

Av de familiene som fikk tilbud om hjemmebesøk av jordmor, var det få eller ingen som avsto tilbudet, ifølge kartleggingen. I en norsk kvalitativ studie, med 24 inkluderte barselkvinner, kommer det frem at hjemmebesøk var noe barselkvinnene satt pris på, spesielt i forhold til å få anerkjennelse i sin nye rolle og mulighet til å snakke om fødselsopplevelsen (Dahlberg, Haugan & Aune, 2016). Dahlberg, Haugan og Aune beskriver at hjemmebesøk av jordmor kan bidra til å trygge barselkvinnen og fremme mestring. Gjennom hjemmebesøk kan kontakten som allerede er etablert med jordmor i svangerskapet, skape en forutsigbarhet rundt videre oppfølging. Barselkvinnene beskrev i tillegg at et personlig forhold til jordmor var med på å redusere behov for informasjon og videre oppfølging. Aune, Dahlberg og Ingebrigtsen (2012) fremhever at det personlige forholdet kan gjøre at barselkvinnene lettere tar til seg profesjonelle råd. Hjälmhult (2009) beskriver i tillegg i en oversiktsartikkel at hjemmebesøk av helsesøstre kan være med å skape en roligere start for familien, da oppfølgingen skjer i hjemmet fremfor poliklinikk. At resultatene fra kartleggingen viser at ingen av barselkvinnene avsto tilbudet om hjemmebesøk av jordmor, kan på en side tolkes som at tjenesten er ønsket. På en annen side var datamaterialet nesten utelukkende basert på besøk til førstegangsfødende og sårbare grupper, noe som kan ha gjort at andelen som takket nei til tilbudet var lavere, enn det kunne vært hvis flere flergangsfødende også fikk tilbud.

6.1.4 Hjemmebesøkets tjenesteinnhold

Kartleggingen viser at jordmødrene i høy grad var enige om hva hjemmebesøkets tjenesteinnhold bør være, på tross av lite spesifikke føringer. Alle jordmødrene tok opp barnets trivsel og vektøkning og observerte ammeteknikk. Forskning viser at oppfølging i barseltiden er avgjørende for å få til ammingen (World Health Organization & UNICEF, 2009a). Ammefrekvensen i Norge har sunket siden 2006-2007 på tross av Helsedirektoratets anbefalinger om at morsmelk er den beste næringen for å fremme barnets helse (Helsedirektoratet, 2014a; Helsedirektoratet, 2014b). I tillegg til at jordmødrene i kartleggingen alltid tok opp amming, var amming også det temaet de brukte mest tid på under hjemmebesøket. Omorganisering av barselomsorgen har ført til at den nye familien skrives tidligere ut fra fødeinstitusjonen enn for noen år tilbake. Det er interessant å se hvordan denne endrede organiseringen påvirker mor og barn, da en høy ammefrekvens er forbundet med tett oppfølging. En oversiktsartikkel som så på tidlig hjemreise, med 4489 inkluderte kvinner, konkluderte med at tidlig hjemreise ikke har noe negativ konsekvenser for friske kvinner som føder til termin, når familien får minst et hjemmebesøk (Brown, Small, Faber, Krastev & Davis, 2002). Tjora, Karlsen, Moster and Markestad (2010) viser imidlertid til at kortere liggetid i barselavdeling kan være en risikofaktor for utvikling av alvorlig dehydrering hos barnet på grunn av sviktende amming. Videre peker Tjora et al. på viktigheten av oppfølging ved tidlig hjemreise fra barselavdelingen for å forebygge vektnedgang hos barnet.

Helsedirektoratet (2014b) foreslår at det kan være nødvendig å la barselkvinnen få mulighet til å bli på barselavdelingen til ammingen er etablert for å opprettholde den høye ammefrekvensen i Norge. Helsedirektoratet påpeker likevel at dette gjelder dersom det ikke finnes et tilbud i kommunen. For familier som trenger ekstra oppfølging, for eksempel i forbindelse med en vanskelig ammestart, anbefaler Helsedirektoratet at familien tilbys flere hjemmebesøk av jordmor den første uken etter hjemreise (Helsedirektoratet, 2014b). Kartleggingen viste at jordmødrene kun sjelden eller av og til hadde mulighet til å tilby videre oppfølging. Dersom jordmødrene ikke har mulighet til å følge opp barselkvinnene, er det andre instanser, som poliklinikk og fastlege som må ta dette ansvaret (St.meld.nr. 12 (2008- 2009), 2009). Om familiene får den forsvarlige oppfølgingen som de har krav på, ser derfor

ut til å kunne avhenge av tilbudet og kapasiteten til andre instanser enn jordmortjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I kartleggingen svarte de fleste jordmødrene at de ofte eller alltid informerer om renselse, tilheling av perineum, tegn på infeksjon, prevensjon og videre oppfølging. En amerikansk studie fra 2009 beskriver informasjon og veiledning som den viktigste mekanismen for å forberede den nye familien til hjemreise (Weiss & Lokken, 2009). Videre påpeker Weiss og Lokken (2009) at utreiseplanleggingen på sykehusene ofte er preget av dårlig tid, noe som går ut over mengden informasjon som blir gitt. Dahlberg, Haugan og Aune (2016) beskriver at barselkvinnene ofte opplever at sykehusoppholdet er preget av stress, og at det er lite rom for å snakke om fødselsopplevelse og stille spørsmål. Videre beskriver barselkvinnene viktigheten av at jordmor setter av nok tid. At barselkvinner trenger helsepersonell med tid og omsorg er også noe Helsedirektoratet poengterer (Helsedirektoratet, 2010a). Helsedirektoratet presiserer at jordmor skal ha en sentral rolle, de aller første dagene etter familiens hjemreise fra fødeinstitusjonen. Videre bør jordmor- og helsesøstertjenesten overlappes hverandre, for å sikre en best mulig oppfølging for den nye familien (Helsedirektoratet, 2010a)

I kartleggingen kom det frem at jordmødrene på hjemmebesøket alltid tok opp tilknytning mellom mor og barn. Hjälmhult (2009) viser til at en god tilknytning er viktig for barnets psykiske helse, og at depresjon hos mor kan påvirke tilknytningen mellom mor og barn. Funnene fra kartleggingen viste at mors psykiske helse hadde en høy prioritering hos jordmødrene, da de ofte eller alltid tok opp mors psykiske helse, mestringsfølelse, og sosial støtte. Venheim og Reinart (2010) viser til at hjemmebesøk kan være en fin mulighet til å vurdere mors psykiske helse. I en oversiktsartikkel kommer det frem at intensiv og fleksibel støtte, trolig kan gi færre kvinner med depresjon (Dennis & Dowswell T, 2013). Hjälmhult og Økland (2012) hevder at omsorgen barselkvinnene får kan påvirke mestring av morsrollen. Sosial støtte og tro på seg selv kan i tillegg dempe følelser som stress og engstelse. Venheim og Reinart (2010) beskriver at blant annet somatiske helseplager, stressfylte livshendelser, og lav sosial støtte kan være risikofaktorer for utvikling av postpartumdepresjoner. Det er i samfunnet skapt store forventninger til det å føde og bli foreldre, og mange opplever overgangen til foreldrerollen som vanskelig. En eldre fødepopulasjon, som man finner i Oslo i dag, kan bety flere nybakte foreldre med et mindre sosialt nettverk og støtte

seg på (Helseetaten, 2016). Flere har lite erfaring med spebarn og har behov for individuell og tilpasset oppfølging fra helsepersonell, utover de få dagene på sykehus (Forster et al., 2008; Helsedirektoratet, 2014b).

6.1.5 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Resultatene fra kartleggingen viser at det kommunale tilbudet varierer mellom ulike bydeler og årstider. For eksempel viste funnene at ingen av helsestasjonene klarte å opprettholde tilbudet om hjemmebesøk under ferieavviklingen sommeren 2016. Barselretningslinjene presiserer at spesialisthelsetjenesten er nødt til å kjenne til tilbudet i kommunen. Dette er for å forsikre seg om at den nye familien har et tilbud i kommunen etter utskrivelse (Helsedirektoratet, 2014b). Dersom tilbudet om hjemmebesøk av jordmor endrer seg etter hvilken tid på året det er snakk om, kan man spørre seg om helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har god nok oversikt over tilbudet. Helsedirektoratet (2014b) beskriver at kort liggetid, uten en styrking av tilbudet i kommunen, kan være grunn til bekymring. For at barselkvinnene med helseproblemer skal fanges opp, kan en lokal jordmortjeneste spille en sentral rolle ifølge Helsedirektoratet. Som nevnt i artikkelen kan jordmor gjennom kommunale tjenester bidra til å redusere sykehusinnleggelseser. Helsedirektoratet (2010b) påpeker at helsestasjonene har kapasitetsproblemer, på tross av at de presiserer at både jordmødre og helsesøstre bør kunne benytte seg av hjemmebesøk.

6.2 Metodediskusjon

Studiens hensikt var å kartlegge hvor stor andel av helsestasjonene i Oslo som tilbyr hjemmebesøk av jordmor, og hva tjenesten inneholder. For å kunne bedømme studiens pålitelighet, og overførbarhet i forhold til helsestasjonstjenesten i Oslo, ble metode vurdert i forhold til reliabilitet og validitet. Reliabilitet handler om måleinstrumentet som brukes er godt nok til å få samme resultat ved gjentatte målinger, og validitet, eller gyldighet, går på om en faktisk måler det en er ute etter å måle. Den indre validiteten sier noe om resultatene er beskrevet riktig i forhold til hva studien undersøker, mens den eksterne validiteten er sentral for å vurdere om konklusjonen kan generaliseres til andre enn den populasjonen man faktisk har undersøkt. I forhold til utførelsen av denne kartleggingen må reliabiliteten vurderes i forhold til om det egenutformede spørreskjema er et godt nok måleinstrument (Ringdal, 2013). Tiltak som ble gjort for å unngå feilkilder i spørreskjemaet, var å

legge til en nøytral svarkategori for å unngå tvungne svar. I tillegg ble spørreskjemaet testet som en pilot, og vurdert av veileder. For å kvalitetssikre at resultatene ble ført riktig, ble resultatene lagt inn av begge forfatterne, og sjekket opp mot hverandre (Ringdal, 2013).

Systematiske feil kan påvirke studiens validitet (Polit & Beck, 2017). Eksempelvis kan jordmødrene svare at de ikke har tilstrekkelig tid til hjemmebesøkene, for å fremme et ønske om mer ressurser. For å få frem et mest mulig realistisk bilde av tilbudet, ble det i studien etterspurt reelle tall fra jordmødrenes praksis, for å få et innblikk i tjenestens kapasitet. At jordmødrene har direkte kjennskap til tematikken, kan redusere feilkilder i forhold til ureflekterte svar fra respondentene. En faktor det kan være vanskelig å kontrollere med en spørreundersøkelse er om respondentene er stresset eller forstyrret av den konteksten de befinner seg i (Jacobsen, 2015).

En svakhet med kartleggingen er at antall mulige inkluderte viste seg å være lavere enn forventet, da kun enkelte av helsestasjonene i Oslo hadde startet opp med tilbudet hjemmebesøk av jordmor. Dette ga også et lite utvalg av jordmødre som går på hjemmebesøk, og det ble derfor viktig å oppnå en høy svarprosent. For å oppnå dette ble alle spørsmålene gjennomgått kritisk, for å utelukke spørsmål som ikke var direkte relevante for studiens formål. I tillegg ble gjentatte påminnelser per telefon og e- post brukt som en metode til å høyne svarprosenten. Det ble i den forbindelse reflektert over de etiske aspektene i forhold til bruk av respondentenes tid. Forfatterens manglende erfaring innen forskning, kan ha påvirket i hvilken grad spørsmålene var optimalisert for å gjøre kartleggingen så presis som mulig.

I artikkelen blir det presisert at tilbudet om hjemmebesøk nylig er innført på helsestasjonene i Oslo, noe som kan ha påvirket resultatene. Svarene kan ha vært preget av jordmødrenes manglende erfaringsgrunnlag med hjemmebesøk, og ulikt grunnlag til å ha dannet seg et bilde av hvor ofte de tar opp ulike temaer. I oppgavens resultatdiskusjon ble annen forskning og offentlige dokumenter vurdert opp mot studiens problemstilling og resultater, for å vurdere validiteten på studien. Det ble i høy grad funnet samsvar mellom funnene i kartleggingen, og annen forskning. For eksempel gjelder dette ressursmangel i kommunehelsetjenesten og variasjon i tilbudet. Det var også samsvar mellom hva jordmødrene prioriterte, og hva litteraturen fremhever når det gjelder barselkvinnens behov den første tiden

etter fødsel. Kartleggingen oppnådde en svarprosent på 100% i del 1, og 80% i del 2. Årsaken til at ikke alle svarte var at tre var sykemeldt. Ut ifra oppgavens svarprosent og en stor grad av samsvar mellom hvordan de ulike jordmødrene beskrev tjenesten, er det grunn til å tro at funnene kan gi et realistisk bilde av tjenestetilbudet i Oslo.

Det er gjort lite forskning på hjemmebesøk, og hvilken betydning omorganisering har på den nye familien. Styrken med kartleggingen er at den gir en oversikt over i hvilken grad retningslinjene blir fulgt. En økt innsikt i hjemmebesøkets tjenestetilbud og innhold vil kunne være nyttig for helsepersonell på fødeinstitusjon, for å vurdere om tilbudet i kommunen er godt nok til å sende familiene hjem. Samtidig kan det være interessant for helsestasjonene i Oslo som skal stå for den videre oppfølgingen. Barselretningslinjene presiserer at spesialisthelsetjenesten skal kjenne til tilbudet i kommunen, for å sikre at den nye familien får den oppfølgingen de har behov for, etter utskrivelse fra fødeinstitusjonen (Helsedirektoratet, 2014b). Ytterligere forskning kan være nyttig for å belyse barselkvinnens perspektiv på hvor godt dagens organisering dekker den nye familiens behov. En større kvantitativ studie, som dekker flere kommuner, kan være interessant for å kartlegge hvordan ulik organisering påvirker mor og barns helse etter fødsel.

7.0 KONKLUSJON

Denne kartleggingen viser at kun 7 av 18 helsestasjoner i Oslo tilbød hjemmebesøk av jordmor per august 2016. Det kommunale tilbudet varierer mellom bydelene og etter årstid. Mangel på ressurser blir angitt av jordmødrene til å være en årsak til at det er en lav andel av barselkvinnene som får hjemmebesøk, og at jordmødrene sjelden eller av og til opplever at anbefalingen om hjemmebesøk innen tre døgn blir fulgt.

Ut fra kartleggingen ser det ut som jordmødrene i høy grad prioriterer likt når det gjelder tjenestens innhold. De fleste jordmødrene beskrev at tjenesten ofte eller alltid inneholdt et fokus på mors fysiske og psykiske helse, amming, og ulike temaer i forbindelse med barnets fysiske helse, trivsel, og videre oppfølging. Det var lite forskjell i tjenesteinnholdet til førstegangsfødende og flergangsfødende. Det er behov for mer forskning på oppfølging av de nye familiene etter hjemreise fra fødeinstitusjon, da tjenesten ser ut til å være preget av manglende føringer. Med en barselomsorg i endring blir det spesielt viktig å sikre en forsvarlig, tilgjengelig, og individuelt tilpasset tjeneste for den nye familien.

REFERANSER

- Altman, D. G. (2016). *Practical statistics for medical research* (2nd ed. utg.). London: New York: Chapman and Hall.
- Aune, I., Dahlberg, M. U. & Ingebrigtsen, O. (2012). Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28(4), 372-378. doi:10.1016/j.midw.2011.06.006
- Blom, I. (1988). *"Den haarde dyst" : fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år*. Oslo: Cappelen.
- Blåka, G. (2010). Et kvinne fag i utvikling IA. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 63- 67). Oslo: Akribe.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A. & Davis, P. (2002). Selected Cochrane Systematic Reviews. Early Postnatal Discharge from Hospital for Healthy Mothers and Term Infants. *Birth*, 29(4), 291-291. doi:10.1046/j.1523-536x.2002.00204.x
- Christophersen, K.-A. (2013). *Introduksjon til statistisk analyse: regresjonsbaserte metoder og anvendelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62. doi:10.1016/j.midw.2016.05.003
- Dennis, C.-L. & Dowswell T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, 2013(2), 1- 102. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P. & Eskil, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(24), 3553-3556.
- Eide, I., Heiberg, E., Helsing, E. & Pape, k. p. (2003). *Ammeundersøkelsen år 2000*. (Rapport 5/2003): Helsetilsynet Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/andrepublikasjoner/ammeundersokelsen_2000.pdf
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L. & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 27-27. doi:10.1186/1471-2393-8-27
- Heiberg, M. (2008). Barselomsorg gjennom tidende *Tidsskrift for jordmødre*, 114(3), 15- 17.
- Heiberg, M. (2010). Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 41- 47). Oslo: Akribe.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (Helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010a). *Et trygt fødetilbud : kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. (Veileder IS- 1877/2010). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010b). *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten: tjenestekvalitet og kapasitet* (Rapport IS- 1815/ 2010). Hentet fra

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/265/Utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet-IS-1815.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Fremdeles høy andel som ammes, men noe nedgang i amming*. Hentet 05. august. 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/fremdeles-hoy-andel-som-ammes-men-noe-nedgang>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-2057/2014). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helseetaten. (2014). Helseprofiler for alle bydeler i Oslo. *Oslo kommune*. Hentet 05. september 2016 fra <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/helseprofiler/>
- Helseetaten. (2016). *Oslohelse Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. (Rapport 05/2016): Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Global/Rapport%20Oslohelse%20-%20helsetilstanden%20og%20p%C3%A5virkningsfaktorene.pdf>
- Helsetilsynet. (2011). *Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida?* (Rapport nr. 3/ 2011). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynet_rapport3_2011.pdf
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4(1), 18-26. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0018
- Hjälmhult, E. & Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 224-230. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0128
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Laga, L. (2008). Barselhotell- luksus eller sparetiltak? *Tidsskrift for jordmødre* 114(4), 22- 23.
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J. G. (2011). *Sosialmedisin* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Care of women and their babies: Postnatal care pathway* Hentet 05.mai 2016 fra <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care#path=view%3A/pathways/postnatal-care/postnatal-care-overview.xml&content=view-index>
- Norsk senter for forskningsdata. (Udatert). *Personvernombudet for forskning*. Hentet 01. mai 2016 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/>
- Oslo kommune. (2016). *Oslo kommune statistikkbank: Befolkning* Hentet 10. september 2016 fra <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>
- Oslo kommune. (udatert). *Jordmor og svangerskapskontroll*. Hentet 05. august fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehjelp/helsestasjon/jordmor-og-svangerskapskontroll/>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2001). *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). *Helseforskning*. Hentet 10. mai 2016 fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplik t?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n
- Regjeringen. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen : nasjonale resultater* (PasOpp- rapport. nr 4-2013). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (Spesialisthelsetjenesteloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 12 (2008- 2009). (2009). *En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (nr. 12 2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Fødte*. Hentet 05. september 2016 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Folkemengd1951&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=befolkning&KortNavnWeb=fodte&StatVariant=&checked=true>
- Tjora, E., Karlsen, L. C., Moster, D. & Markestad, T. (2010). Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr.*, 99(5), 654-657. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01692.x
- Venheim, M. A. & Reinart, L. M. (2010). Barselomsorg IA. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 535- 547). Oslo: Akribe.
- Weiss, M. E. & Lokken, L. (2009). Predictors and Outcomes of Postpartum Mothers' Perceptions of Readiness for Discharge after Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 406-417. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x
- World Health Organization & UNICEF. (2009a). *Baby: Friendly hospital initiative* World Health Organization and UNICEF,. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf
- World Health Organization & UNICEF. (2009b). *Home visits for the newborn child: A strategy to improve survival* Hentet fra

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02/en/

Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori, R. (2013). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7), 1- 71. doi:doi:10.1002/14651858.CD009326.pub2

Vedlegg 1

Statistikk Oslo kommune

Geografi	Befolkning 2015	Født 2015	Helsestasjoner som tilbyr jordmortjenester	Årsverk jordmødre
Bydel Gamle Oslo	49 860	978	Fyrstikktorget helsestasjon Grønland helsestasjon	
Bydel Grünerløkka	54 555	1 091	Grünerløkka helsestasjon	
Bydel Sagene	39 917	934	Sagene Helsestasjon	
Bydel St. Hanshaugen	37 165	591	St. Haugen helsestasjon	
Bydel Frogner	56 006	725	Frogner helsestasjon	
Bydel Ullern	32 100	449	Ullern helsestasjon	
Bydel Vestre Aker	47 948	642	Vestre Aker helsestasjon	
Bydel Nordre Aker	50 148	644	Nydalen helsestasjon	
Bydel Bjerke	30 473	514	Bjerke familiesenter og helsestasjon	
Bydel Grorud	27 254	359	Grorud helsestasjon	
Bydel Stovner	31 684	378	Stovner helsestasjon	
Bydel Alna	48 789	709	Alna helsestasjon	
Bydel Østensjø	49 242	697	Østensjø helsestasjon	
Bydel Nordstrand	49 506	637	Karlsrud helsestasjon Lambertseter helsestasjon	
Bydel Søndre Nordstrand	37 956	517	Holmlia helsestasjon Søndre Nordstrand helsestasjon	
Oslo Totalt	642 603	9 899		31 (2016)

Oslo kommune. (2016). *Oslo kommune statistikkbankk* Hentet 10. september 2016
fra <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>

Vedlegg 2

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



Hjemmebesøk av jordmor

Tverrsnittstudie

Vår/høst 2016

Hanne Marthe Lie og Ellinor Høver

Kartlegging av Oslo kommunes tilbud om hjemmebesøk av jordmor i barseltiden

I 2014 kom det nye nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen. Retningslinjene anbefaler ett hjemmebesøk av jordmor innen første til tredje døgn etter hjemreise. Det er ikke beskrevet hva denne oppfølgingen skal inneholde. Kortere liggetid ved fødeinstitusjonen stiller større krav til oppfølging fra kommunehelsetjenesten, etter at den nye familien er skrevet ut fra fødeinstitusjonen. Når spesialisthelsetjenesten reduserer sitt tilbud til den nye familien, er det viktig å kartlegge hvordan dagens praksis i kommunehelsetjenesten dekker familiens behov.

Formålet med studien er å kartlegge hva jordmortjenesten, på de ulike helsestasjonene i Oslo kommune, tilbyr den nye familien i barseltiden. Barseltiden defineres her etter Helsedirektoratets forklaring som seks uker etter fødsel. For å få svar på dette vil alle helsestasjonene i Oslo som har et tilbud om jordmortjenester i barseltiden, bli tildelt dette spørreskjemaet.

Opplysningene vil være anonyme, og funnene vil ikke kunne spores tilbake til verken helsestasjon eller jordmor. Studien er derfor ikke meldepliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD). Studien er godkjent av leder ved helsestasjonen.

Vi håper du kan hjelpe oss med å svare på dette spørreskjema, for å bidra til en oversikt over tilbudet i hele Oslo kommune. Studien vil være en del av vår masteroppgave i jordmorfag ved høyskolen i Oslo og Akershus.

Vår veileder er Stine Bernitz, jordmor og førsteamanuensis ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

På forhånd takk for hjelpen!

Å fylle ut spørreskjemaet anses som å samtykke til deltagelse i studien.

Hanne Marthe Lie og Ellinor Høver

Kontaktinfo ved spørsmål eller henvendelser:

Hanne Marthe Lie

Ellinor Høver

Stine Bernitz

Tlf: 41627689

Tlf: 94320610

Stine.Bernitz@so-hf.no

hannemlie@gmail.com

ellinorhover@gmail.com

DEL 1: TILBUD OM HJEMMEBESØK

1	Hvor ofte får førstegangsfødende tilbud om hjemmebesøk av jordmor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
2	Hvor ofte får flergangsfødende tilbud om hjemmebesøk av jordmor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
3	Hvor ofte får kvinner i sårbar gruppe tilbud om hjemmebesøk av jordmor? <i>(Med sårbar gruppe mener vi her eksempelvis: Tenåringsmøde, mødre m. alvorlig psykisk lidelse, barn med lav fødselsvekt- ca. 2500g, operative forløsninger, språklige eller kulturelle utfordringer)</i>	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
4	Hvor ofte får familier som reiser fra fødeinstitusjonen før 24 timer tilbud om hjemmebesøk av jordmor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
5	Hvor ofte er kvinnens partner til stedet ved hjemmebesøket?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
6	Retningslinjene for barselomsorgen sier at den nye familien bør få tilbud om hjemmebesøk av jordmor innen 1-3 dager etter hjemreise. Opplever du at denne anbefalingen blir fulgt?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
7	Føler du at tiden er tilstrekkelig for å følge prosedyre/planlagte tiltak?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
Hvis sjelden eller aldri, hvorfor mener du dette er tilfellet?						
Svar:						

8	Tilbyr du familien flere hjemmebesøk ved behov for oppfølging av jordmor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri

9	<p>Hvor mange minutter setter du gjennomsnittlig av til hvert hjemmebesøk?</p> <p>Svar: _____</p>
10	<p>Hvilke transportmidler har du mulighet til å bruke i forbindelse med hjemmebesøkene? (Her kan du krysse av for flere alternativer)</p> <p><input type="checkbox"/> Privatbil</p> <p><input type="checkbox"/> Bil gjennom jobben</p> <p><input type="checkbox"/> Offentlig transport</p> <p><input type="checkbox"/> Sykkel</p> <p><input type="checkbox"/> Til fots</p> <p><input type="checkbox"/> Annet. Spesifiser: _____</p>
11	<p>Hender det at lang reisevei gjør at du ikke kan prioritere å besøke enkelte familier?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ikke</p>
12	<p>Har helsestasjonen utarbeidet en prosedyre for hjemmebesøk av jordmor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Under utarbeidelse</p> <p>Hvis ja: Ønskes en kopi av prosedyren som leveres med spørreskjema</p>
13	<p>Hvilke kilder bygger prosedyren på?</p> <p><input type="checkbox"/> Veileder i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helstasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet (2004)</p> <p><input type="checkbox"/> Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, Helsedirektoratet (2014)</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: _____</p>

DEL 2-1: HJEMMEBESØK HOS FØRSTEGANGSFØDENDE

De neste spørsmålene vil kartlegge hva du vektlegger å ta opp på et hjemmebesøk hos førstegangsfødende

1	Hvor ofte tar du opp mors psykiske helse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
2	Hvor ofte tar du opp mors mestringsfølelse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
3	Hvor ofte tar du opp mors opplevelse av egen helse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
4	Hvor ofte tar du opp fødselsopplevelser?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
5	Hvor ofte tar du opp sosialt nettverk?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
6	Hvor ofte tar du opp opplevelse av foreldrerolle?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
7	Hvor ofte tar du opp renselsen?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
8	Hvor ofte spør du om tilheling av perineum?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
9	Hvor ofte observerer du sting?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
10	Hvor ofte gir du informasjon om brystbetennelse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
11	Hvor ofte gir du informasjon om tegn på infeksjon hos mor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
12	Hvor ofte gir du informasjon om prevensjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
13	Hvor ofte tar du opp seksualitet og samliv?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
14	Hvor ofte gir du informasjon om 6-ukers kontroll?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
15	Hvor ofte tar du opp mors søvn og hvile?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri

16	Hvor ofte gir du informasjon om kosthold?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
17	Hvor ofte gir du informasjon om trening og aktivitet?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
18	Hvor ofte tar du opp amming, evt. annen ernæring?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
19	Hvor ofte tar du opp utførelse av barnestell?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
20	Hvor ofte observerer du barnets sirkulasjon og respirasjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
21	Hvor ofte måler du barnets temperatur?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
22	Hvor ofte spør du om barnets urin og bek/avføring?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
23	Hvor ofte utfører du transkutan måling av barnet (TC)?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
<p><i>Ved behov for oppfølging av TC, skjer dette gjennom oppfølgingskonsultasjon av jordmor i hjemmet?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p><i>Ved behov for å måle bilirubinverdien i blodet, har du mulighet til å ta denne prøven i hjemmet?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>						
24	Hvor ofte observerer du barnets trivsel og vektøkning?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
25	Hvor ofte observerer du barnets sugeteknikk (Ammeobservasjon)?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
26	Hvor ofte måler du barnets vekt?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
27	Hvor ofte observerer du tilknytning mellom mor og barn?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
28	Hvor ofte sørger du for at mor har kontaktinfo ved behov for akutthjelp?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri

29	Hvor ofte gir du informasjon om barnets videre oppfølging på helsestasjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
30	Hvor ofte gir du informasjon om barnets søvn?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
31	Er det andre forhold du tar opp på hjemmebesøket? Svar: _____ _____					
32	Hvilke av følgende tema bruker du mest tid på under hjemmebesøket? (Kryss av på kun et alternativ) <input type="checkbox"/> Amming <input type="checkbox"/> Fødselsopplevelse <input type="checkbox"/> Søvn og hvile <input type="checkbox"/> Seksualitet og samliv <input type="checkbox"/> Undersøkelse av barnet <input type="checkbox"/> Kosthold og livsstil <input type="checkbox"/> Opplevelse av foreldrerolle <input type="checkbox"/> Tilknytning mellom mor og barn <input type="checkbox"/> Annet. Spesifiser: _____					

DEL 2-2: HJEMMEBESØK HOS FLERGANGSFØDENDE

De neste spørsmålene vil forsøke å kartlegge hva du vektlegger å ta opp på et hjemmebesøk hos flergangsfødende (Hvis du ikke tilbyr besøk til flergangsfødende hopper du over dette)

1	Hvor ofte tar du opp mors psykiske helse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
2	Hvor ofte tar du opp mors mestringsfølelse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
3	Hvor ofte tar du opp mors opplevelse av egen helse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
4	Hvor ofte tar du opp fødselsopplevelser?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
5	Hvor ofte tar du opp sosialt nettverk?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
6	Hvor ofte tar du opp opplevelse av foreldrerolle?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
7	Hvor ofte tar du opp renselsen?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
8	Hvor ofte spør du om tilheling av perineum?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
9	Hvor ofte observerer du sting?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
10	Hvor ofte gir du informasjon om brystbetennelse?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
11	Hvor ofte gir du informasjon om tegn på infeksjon hos mor?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
12	Hvor ofte gir du informasjon om prevensjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
13	Hvor ofte tar du opp seksualitet og samliv?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
14	Hvor ofte gir du informasjon om 6-ukers kontroll?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri

15	Hvor ofte tar du opp mors søvn og hvile?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
16	Hvor ofte gir du informasjon om kosthold?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
17	Hvor ofte gir du informasjon om trening og aktivitet?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
18	Hvor ofte tar du opp amming, evt. annen ernæring?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
19	Hvor ofte tar du opp utførelse av barnestell?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
20	Hvor ofte observerer du barnets sirkulasjon og respirasjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
21	Hvor ofte måler du barnets temperatur?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
22	Hvor ofte spør du om barnets urin og bek/avføring?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
23	Hvor ofte utfører du transkutan måling av barnet (TC)?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
<p><i>Ved behov for oppfølging av TC, skjer dette gjennom oppfølgingskonsultasjon av jordmor i hjemmet?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p><i>Ved behov for å måle bilirubinverdien i blodet, har du mulighet til å ta denne prøven i hjemmet?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>						
24	Hvor ofte observerer du barnets trivsel og vektøkning?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
25	Hvor ofte observerer du barnets sugeteknikk (Ammeobservasjon)?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
26	Hvor ofte måler du barnets vekt?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
27	Hvor ofte observerer du tilknytning mellom mor og barn?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri

28	Hvor ofte sørger du for at mor har kontaktinfo ved behov for akutt hjelp?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
29	Hvor ofte gir du informasjon om barnets videre oppfølging på helsestasjon?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
30	Hvor ofte gir du informasjon om barnets søvn?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Aldri
31	Er det andre forhold du tar opp på hjemmebesøket? Svar: _____ _____					
32	Hvilket av følgende tema bruker du mest tid på under hjemmebesøket? (Kryss av på kun et alternativ) <input type="checkbox"/> Amming <input type="checkbox"/> Fødselsopplevelse <input type="checkbox"/> Søvn og hvile <input type="checkbox"/> Seksualitet og samliv <input type="checkbox"/> Undersøkelse av barnet <input type="checkbox"/> Kosthold og livsstil <input type="checkbox"/> Opplevelse av foreldrerolle <input type="checkbox"/> Tilknytning mellom mor og barn <input type="checkbox"/> Annet. Spesifiser: _____					

**Dette arket kan rives av-
Fylles ut av jordmor eller leder ved helsestasjonen**

- 1** Her ønsker vi å kartlegge tilbudet de siste 6 månedene (eller de siste to kvartaler).
- (Dersom det er under 6 måneder siden oppstart av hjemmebesøk av jordmor, ønskes tall fra oppstart. Oppgi her antall måneder tilbudet har blitt praktisert: _____)*
- a) Hvor mange barselkvinner hadde helsestasjonen ansvar for i denne perioden?
Svar: _____
- b) Hvor mange av disse var førstegangsfødende?
Svar: _____
- c) Hvor mange prosent av barselkvinnene hadde jordmor planlagt å besøke?
Svar: _____
- d) Hvor mange prosent av barselkvinnene fikk besøk?
Svar: _____
- e) Hvor mange av førstegangsfødende avsto tilbud om hjemmebesøk?
Svar: _____
- f) Hvor mange av flergangsfødende avsto tilbud om hjemmebesøk?
Svar: _____
- 2** Hvor mange årsverk jordmødre er ansatt ved helsestasjonen, og hvor stor andel av årsverkene er satt av til hjemmebesøk?
Svar: _____
- 3** Vil like mange barselkvinner få tilbud om hjemmebesøk av jordmor i sommermånedene i 2016, som ellers i året?
 Ja Nei Vet ikke

Vedlegg 4

HJEMMEBESØK AV JORDMOR I BARSELTIDEN- EN KARTLEGGING AV TJENESTENS TILBUD OG INNHOLD I OSLO

Antall ord: 2999

Tegn inkludert mellomrom: 20 196

Antall figurer og tabeller: 4

Sammendrag

Bakgrunn: Helsedirektoratet kom i 2014 med nye retningslinjer for barselomsorgen. Retningslinjene inneholder en sterk anbefaling om at mor og barn skal få hjemmebesøk av jordmor etter utskrivelse fra fødeinstitusjonen. **Hensikt:** Å undersøke hvor stor andel av helsestasjonene i Oslo kommune som tilbyr hjemmebesøk, og hva tjenesten inneholder. **Metode:** En tverrsnittstudie ble valgt for å kunne beskrive prevalens, og fremstille tjenesteinnholdet systematisk. Datamaterialet ble samlet inn ved telefonintervju og spørreskjema. Atten helsestasjoner og 15 jordmødre ble inkludert. **Hovedresultat:** Syv av 18 helsestasjoner har startet opp med hjemmebesøk i Oslo kommune. Signifikant flere av helsestasjonene er plassert på østkanten enn vestkanten. Jordmødrene besøkte oftest førstegangsfødende og sårbare grupper. Kun sjelden eller av og til ble barselretningslinjene om hjemmebesøk innen tre døgn fulgt. Jordmødrene prioriterte i høy grad det samme tjenesteinnholdet på besøkene. Dette gjaldt både førstegangsfødende og flergangsfødende. **Konklusjon:** Under 40% av helsestasjonene har startet med hjemmebesøk, og tilbudet finnes kun på østkanten. Jordmødrene besøkte mellom 15-43 % av de nye familiene, og anbefalingen om hjemmebesøk innen tre døgn ble kun sjelden fulgt. Det manglende tilbudet så ut til å ha sammenheng med lite ressurser. Jordmødrene prioriterte i høy grad det samme tjenesteinnholdet. Ammeveiledning var det jordmødrene brukte mest tid på.

Nøkkelord: Jordmor, Tverrsnittstudie, Kommunehelsetjeneste, Organisering.

Home visits by midwives in the postnatal period-A cross sectional study of these services

English abstract

Background: In 2014, The Norwegian Directorate of Health introduced new guidelines for its maternity care policies that strongly recommend home visits by midwives after the family is discharged from the labour ward. **Purpose:** To investigate the share of health stations in Oslo which offer home visits by midwives, and what these services contain. **Methodology:** A cross sectional study was chosen to describe prevalence, and to systematically present the content of the services. Data were gathered through phone interviews and questionnaires. Eighteen health stations and 15 midwives were included in the study. **Results:** Seven of 18 health stations have initiated home visit services by midwives after the new guidelines were introduced. The density of these health stations is significantly higher in eastern areas of Oslo. The 12 midwives that participated in the study mostly visited primiparous women and vulnerable groups. The maternity care policies recommend home visits within the three first days of being discharged from the labour ward; however, these policies were rarely followed up on. Midwives largely prioritised the same themes during home visits. This was true for both primiparous and multiparous women. **Conclusion:** Under 40% of the health stations initiated home visits, and the density was higher in eastern areas of Oslo. The recommendations about home visits were rarely followed up on. Midwives largely prioritised the same themes during home visits. Breastfeeding was the theme midwives spent most time addressing.

Keywords: Midwife, Cross sectional study, Community care, Organization

INTRODUKSJON

Oslo kommune har den største fødepopulasjonen i landet med opptil 10 000 fødsler årlig (1). 18 helsestasjoner fordelt på 15 bydeler har i dag ansvaret for oppfølging av den nye familien, etter at familien er utskrevet fra fødeinstitusjonen.

Fødepopulasjonen i Oslo er en sammensatt gruppe, med store helse- og sosioøkonomiske forskjeller, hvilket har betydning for prioriteringene som gjøres på den enkelte helsestasjon (2, 3). Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er organisert som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (4). En av tjenestens målsetninger er at gravide, fødende, og deres familier skal oppleve en helhetlig og sammenhengende tjeneste, individuelt tilpasset den nye familiens behov (4, 5).

På tross av jordmødres spesialkompetanse innen barselomsorg, ble det først i de nye nasjonale faglige retningslinjene for barselomsorgen fra 2014 nedfelt at jordmødre skal ha en sentral rolle i helsestasjonens barseloppfølging. Barselretningslinjene inneholder en sterk anbefaling om hjemmebesøk av jordmor innen første til tredje døgn etter mor og barn er utskrevet fra fødeinstitusjonen. Anbefalingen er basert på det Helsedirektoratet angir som klinisk erfaring, samt brukernes ønsker.

Retningslinjene for barselomsorgen skal bidra til en forsvarlig og behovsrettet tjeneste, som er tilgjengelig for brukerne. En nasjonal retningslinje er ikke rettslig bindende, men bør påvirke organisering og tilrettelegging av tjenestetilbudet (5).

Jordmors oppfølging av barselkvinner har fram til i dag stort sett foregått på sykehus, pasienthotell eller fødestue. Enkelte fødeavdelinger har i dag egne barselpoliklinikker, mens andre tilbyr telefontjenester for å gi råd til den nye familien, etter hjemreise fra sykehuset. Det finnes også eksempler på fødeavdelinger i landet som tilbyr tidlig hjemmebesøk, med ambulans oppfølging av helsepersonell fra sykehuset (6, 7).

Liggetiden på sykehus etter fødsel er betraktelig redusert de siste 30 årene, og blir stadig kortere. Familien reiser i dag ofte hjem fra fødeinstitusjonen etter to til tre døgn (8). Den reduserte liggetiden stiller større krav til oppfølging fra kommunehelsetjenesten, da familiene skrives ut før kvinnen er restituert fysisk og psykisk, og før ammingen er etablert (6). På bakgrunn av samhandlingsreformen som la føringer for en mer desentralisert barselomsorg, økte myndighetene kravet om en mer tilpasset oppfølging i hjemmet. Ressursene i den kommunale jordmortjenesten som skal møte dette kravet er knappe, med totalt 344,6 jordmorårsverk i 2016 (9).

Årsverkene er ment å skulle dekke den kommunale svangerskaps-og barselomsorgen. I Oslo er antall årsverk 31,2 per 10 000 fødte, mens det fylkesvise gjennomsnittet imidlertid ligger på 62,1 (2015). Dette gjør Oslo til et av de tre fylkene i landet med dårligst jordmordekning (10). Helsedirektoratet beskriver at jordmortjenesten i Norge er ujevnt fordelt og at dekningen ikke er tilfredsstillende. Kvaliteten på tjenesten henger sammen med faglige, økonomiske og organisatoriske forhold. Kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige rutiner, og at forholdene legges til rette for at jordmor kan utføre en tjeneste i tråd med brukernes behov (11). Helse- og omsorgstjenesteloven (12) beskriver at et helhetlig tilbud og tilstrekkelig kompetanse er sentralt for å overholde forsvarlighetskravet.

Barselretningslinjene beskriver ikke spesifikt hva et hjemmebesøk av jordmor skal inneholde (5), og uten klare føringer kan tjenesteinnholdet variere etter lokale rutiner. Helsedirektoratet (5) viser til at en forsvarlig tjeneste skal være preget av tydelig organisering og oppgavefordeling, samt tilstrekkelig kompetanse. Dette stiller krav til samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Når spesialisthelsetjenesten reduserer sitt tilbud til den nye familien gjennom å korte ned liggetiden, er det viktig å kartlegge hvordan dagens praksis i kommunehelsetjenesten dekker familiens behov (5). Det er ikke funnet studier som undersøker om retningslinjene blir fulgt i Oslo, eller hvordan hjemmebesøkene er organisert. Hensikten med denne studien er å kartlegge hvor stor andel av helsestasjonene i Oslo som tilbyr hjemmebesøk, og hva tjenesten inneholder.

METODE

Studien består av to deler, der del 1 kartlegger omfanget av tjenesten, og del 2 kartlegger innholdet. Alle de 18 helsestasjonene som tilbyr jordmortjenester i Oslo kommune ble inkludert og svarte på del 1 av studien (Figur 1). Del 2 av studien inkluderte alle de 15 jordmødrene som praktiserte hjemmebesøk i Oslo. Alle jordmødrene, bortsett fra 3 sykemeldte, valgte å delta i studien. Kartleggingen er gjort i form av en deskriptiv tverrsnittstudie, og beskriver prevalens og fordeling innenfor populasjonen (13).

Datamaterialet til del 1 av studien ble samlet inn ved telefonintervjuer av lederne ved de 18 helsestasjonene. Intervjuene kartla om helsestasjonen hadde startet opp med

hjemmebesøk av jordmor, og der det ikke var startet ble det spurt, om og eventuelt når, helsestasjonen hadde planer om oppstart.

Til del 2 av studien ble det utarbeidet et eget utformet spørreskjema. Spørreskjemaet besto av 80 spørsmål, hvor jordmødrene ble spurt om tjenestens organisering og innhold. For å kartlegge tjenesteinnholdet ble det utarbeidet en liste med 32 aktuelle temaer. Jordmødrene besvarte hvor ofte de prioriterte hvert av temaene under et hjemmebesøk på en fem punkts skala fra alltid til aldri. Spørsmålene ble satt sammen på bakgrunn av de norske barselretningslinjene (5), de britiske retningslinjene fra "National Institute for Health and Care Excellence"(NICE)(14), og Verdens Helseorganisasjon (WHO) og UNICEFs strategi for å øke overlevelse blant mor og barn etter fødsel (15). I forkant av studien ble det gjennomført en pilotstudie for å unngå feilkilder. Spørreskjemaet ble avlevert og hentet i resepsjonen til de respektive helsestasjonene i perioden juni- august 2016.

Tjenestens omfang og innhold ble beskrevet i form av deskriptive analyser som fremstiller modus, median, og spredning. Det ble beregnet samvariasjon mellom helsestasjonens tilbud om hjemmebesøk og geografisk lokalisasjon i Oslo. Analysen ble gjort i form av en kjikvadrattest som beregnet sannsynligheten for at funnene ikke var tilfeldige. Signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$ (16). Prosjektet var verken meldepliktig til "Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskning" eller "Norsk senter for forskningsdata" på bakgrunn av utført meldeplikttest. Studien ble godkjent av lederne ved de inkluderte helsestasjonene, da det ikke finnes et sentralt personvernombud for Oslo kommune.

RESULTATER

Resultatene fra del 1 viser at av de 18 helsestasjonene i Oslo som tilbyr jordmortjenester var det 7 som hadde startet opp med hjemmebesøk av jordmor (Tabell 1). Det var signifikant flere av disse helsestasjonene som lå geografisk plassert i byområder på østkanten enn på vestkanten i Oslo(Tabell 2). Tabell 1 viser til at flere av helsestasjonene hadde planer om oppstart.

Resultatene i del 2 viser at 8 av 12 jordmødre (67%) ofte gikk på hjemmebesøk til førstegangsfødende og kvinner i sårbar gruppe. Fem av 12 jordmødre (42%) svarte at

de også besøkte flergangsfødende, men anga hyppigheten av besøkene som sjelden. Elleve jordmødre (92%) satt av 60 minutter til hjemmebesøket. Ingen av de 12 jordmødrene hadde mulighet til å benytte seg av bil gjennom jobben, men gikk, benyttet seg av offentlig transport, sykkel, egen bil eller drosje. Av de 12 jordmødrene som svarte, mente 9 (75%) at den tiden de hadde satt av var tilstrekkelig for å følge prosedyre eller planlagte tiltak. Tall fra helsestasjonene viste at andelen av alle de nye familiene som fikk besøk varierte mellom 15-43%. Det kom frem at 9 av 11 jordmødre (82%) svarte at ingen av barselkvinnene avslo tilbudet om hjemmebesøk. 12 jordmødre (100%) svarte at tilbudet ikke ville bli opprettholdt under ferieavviklingen 2016.

Helsestasjonene hadde fått midler til hjemmebesøk, som på hver enkelt helsestasjon gjorde at de kunne bemanne opp med en ekstra jordmorstilling på mellom 40- 100%. Av de 11 jordmødrene som svarte på om anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn ble fulgt, var modus likt fordelt mellom sjelden og av og til. Dette gjaldt 8 av jordmødrene (66%). De resterende svarte at de ofte opplevde at anbefalingen ble fulgt.

Jordmødrene prioriterte i høy grad de samme temaene på hjemmebesøkene (Tabell 3). De fleste jordmødrene tok alltid eller ofte opp forhold som gjelder mors fysiske og psykiske helse, observasjon av mor etter fødsel, og videre oppfølging. I forhold til barnet gjaldt dette observasjon av barnet, trivsel og vektøkning, veiledning, og tilknytning mellom mor og barn. Det var liten forskjell i hva jordmødrene prioriterte å ta opp hos første- og flergangsfødende. Temaer som i mindre grad ble tatt opp hos flergangsfødende var barnestell, kontaktinfo, observasjon av sting, og tegn på infeksjon hos mor. Ammeveiledning var det temaet jordmødrene brukte mest tid på under hjemmebesøket. Utføring av transkutan måling(TC) og måling av barnets temperatur var noe jordmødrene sjelden eller aldri gjorde.

DISKUSJON

Kartleggingen viser at kun 7 av 18 helsestasjoner i Oslo har startet med hjemmebesøk av jordmor. Andelen er lav i forhold til at Helsedirektoratet allerede i 2014 kom med den sterke anbefalingen om hjemmebesøk. Fire av helsestasjonene har imidlertid

planer om oppstart i 2016. Selv om disse planene gjennomføres vil det ved årsskiftet fortsatt kun være 61% av helsestasjoner som tilbyr tjenesten.

Mangel på ressurser var et tema som gikk igjen blant jordmødrene, både hos de som hadde startet med hjemmebesøk og de som ikke hadde startet. Dette stemmer overens med en evaluering av samhandlingsreformen fra 2016, som viser til økt tempo- og ansvarsutvidelse i kommunen. Videre peker evalueringen på at de økte oppgavene ikke er fulgt opp med nødvendige tilskudd av ressurser og faglig kompetanse (17). I kartleggingen kom det frem at helsestasjonene som hadde startet opp med hjemmebesøk hadde økt bemanningen, tilsvarende en stilling på mellom 40-100 % per helsestasjon. Dette utgjør kun 3-3,5 jordmorstillinger totalt, i en kommune med om lag 7000 nyinnskrevne gravide og rundt 10 000 nyfødte i året (1, 18). Funnene fra kartleggingen samsvarer med Helsedirektoratets rapport om status for samhandlingsreformen fra 2015. Rapporten påpeker at jordmorstillingene ikke er økt betydelig, på tross av at jordmødrene i kommunehelsetjenesten har blitt tildelt flere oppgaver de siste årene (19). I nye oppgaver ligger blant annet utvidet rekvireringsrett, og oppfølging av nye anbefalinger i forhold til å avdekke vold i svangerskapsomsorgen (20, 21). Jordmødre i kommunehelsetjenesten er ofte ansatt i små deltidstillinger, noe som gjør det vanskelig å forestille seg at de foreløpige økte stillingene er tilstrekkelig for å dekke de nye oppgavene (5, 20). I følge Jordmorforbundet kreves det nasjonalt 1000 nye årsverk i kommunehelsetjenesten for å dekke behovet for jordmorkompetanse til svangerskapsomsorg og hjemmebesøk etter fødsel (22). Selv om ikke hjemmebesøket er lovfestet, beskriver Helsedirektoratet at å følge anbefalingene, kan bidra til en faglig forsvarlig tjeneste (5).

Jordmødrene oppga i kartleggingen at de ofte går på hjemmebesøk til førstegangsfødende og sårbare grupper, mens flergangsfødende sjelden blir prioritert. For å oppnå likeverdige tjenester i barselomsorgen peker Helsedirektoratet på viktigheten av at felles ressurser fordeles rettferdig, og at enkelte grupper må prioriteres (5). En australsk kvalitativ studie beskriver at førstegangsfødende har et stort behov for profesjonell støtte og veiledning. Flergangsfødende har også behov for oppfølging, men reiser oftere hjem med en trygghet om å kunne ta vare på sitt nyfødte barn (23). Et signifikant funn fra kartleggingen var at flere av helsestasjonene som tilbød hjemmebesøk av jordmor lå på østkanten enn på vestkanten. Ingen av

helsestasjonene på vestkanten tilbød tjenesten. Helseetaten (2) peker på en sammenheng mellom geografisk plassering og ulikhet i helse- og sosioøkonomisk status. Bydelene på østkanten har i gjennomsnitt en større fødepopulasjon, flere innvandrerfamilier, høyere arbeidsledighet og flere sosialhjelpsmottakere. Befolkningen har i tillegg lavere utdanning og inntekt enn i vest (2). Det er mulig at utfordringene har ført til at helsestasjonene i øst har kommet raskere i gang med hjemmebesøk, enn i vest. Likevel har befolkningen i bydelene med tilsynelatende bedre helse og sosioøkonomisk bakgrunn også behov for oppfølging av jordmor (2, 5). En likeverdig tjeneste, som barselomsorgen har som mål om å være, tar hensyn til at folk er forskjellige og identifiserer den enkelte families behov (5). Selv om enkelte har større behov for helsehjelp enn andre, er ikke dette ensbetydende med at friske kvinner, som føder et friskt barn til termin, ikke har behov for hjelp og omsorg (5, 14, 15). Individuell støtte er viktig for å oppnå trygghet i den nye rollen som foreldre, spesielt gjelder dette for førstegangsfødende (6, 7, 23).

Et av kartleggingens hovedfunn er at jordmødrene kun fikk besøkt mellom 15-43% av barselkvinnene helsestasjonen hadde ansvar for. I tillegg opplevde de fleste jordmødrene sjelden eller av og til at anbefalingen om hjemmebesøk innen en til tre døgn ble fulgt. Funnet Helsetilsynet (6) har gjort avdekket at perioden fra mor og barn utskrives fra fødeinstitusjonen, til oppfølging fra helsestasjonen er etablert, er kritisk for den nye familien. Hvilken dag etter fødsel helsestasjonen får beskjed om at barselkvinnen er utskrevet ser ut til å variere, med tanke på at meldingsutvekslingen mellom fødeinstitusjon og helsestasjon i dag foregår per telefon eller brev, i påvente av et elektronisk system (5). Om fødselsmeldingen ikke kommer raskt frem kan det være vanskelig å følge retningslinjenes anbefaling om besøk innen tre døgn. Selv om kartleggingen viste at jordmødrene ikke hadde kapasitet til å besøke alle, oppga de fleste at tiden de avsatte til besøkene, gjennomsnittlig 60 minutter, som regel var tilstrekkelig. Om forholdene er lagt til rette for å gjennomføre hjemmebesøk kan diskuteres, da ingen hadde mulighet til å benytte seg av bil gjennom jobben. De fleste gikk eller benyttet seg av offentlig transport. Funnene fra kartleggingen viser at selv de helsestasjonene som hadde tilbud om hjemmebesøk, sjelden eller av og til fulgte barselretningslinjenes anbefaling (5). Totalt sett i Oslo tyder dette på at en liten andel av barselkvinnene får tilbudet om kommunale jordmortjenester, noe som angivelig er knyttet opp mot mangel på organisering og ressurser (17).

Resultatene fra kartleggingen viste at jordmødrene i høy grad var enige om hvilke temaer de prioriterte å ta opp på et hjemmebesøk, på tross av barselretningslinjenes uspesifiserte føringer(5). Forskjellen på tjenesteinnholdet til første-og flergangsfødende var også marginal. Temaene under hjemmebesøket ser ut til å være i tråd med WHO og NICEs anbefalinger for barselomsorgens innhold (14, 15). I en cohranartikkel fra 2013 ble det ikke funnet noen sammenheng mellom hjemmebesøk i barseltiden og redusert sjanse for alvorlig sykdom hos mor eller barn. Likevel peker forfatterne på at hjemmebesøket kan øke kvinnens tilfredshet, motivere til en lengre ammeffrekvens, redusere sjansen for behov for akutthjelp, samt forebygge helseproblemer på lengre sikt (24).

Uavhengig av barselkvinnens paritet var det stor enighet blant jordmødrene i kartleggingen om at ammeveiledning var det de satte av mest tid til under hjemmebesøket. Helsedirektoratet (5) beskriver at oppfølging før ammingen er etablert er avgjørende for en god start på barseltiden, og at en høy ammeffrekvens er forbundet med tett oppfølging (5, 25) En amerikansk kvalitativ studie viser at barselkvinnenes mestring av ammingen er knyttet til forventninger og støtte (26). Vanlig praksis på mange norske sykehus er at den nye familien skrives ut fra fødeinstitusjonen innen tre døgn, noe som kan bety at mor og barn skrives ut før melkeproduksjonen har kommet i gang (5). Helsedirektoratet viser til at om lag 25 % av norske kvinner reiser hjem fra barselavdelingen med behov for oppfølging. Relativt små ammeproblemer kan fort bli store uten kyndig hjelp (11). Kortere liggetid i barselavdeling kan være en risikofaktor for utvikling av alvorlig dehydrering hos barnet på grunn av sviktende amming (27). Uten en styrking av kommunehelsetjenesten mener Helsedirektoratet (5) at kort liggetid er en grunn til bekymring. Hjälmhult og Økland (28) beskriver i en kvalitativ studie med 26 mødre at et velfungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, og kommunehelsetjenesten kan bidra til en lettere start for familiene, slik at de ikke føler seg alene om omsorgen for barnet.

I kartleggingen kom det frem at jordmødrene kun sjelden eller av og til hadde mulighet til å tilby oppfølgingsbesøk ved behov. Det var heller ingen som hadde utstyr til å ta TC for å kunne avdekke gulsott, noe som kan være en årsak til reinnleggelser av nyfødte (29). For familier som trenger ekstra oppfølging anbefaler barselretningslinjene at familiene tilbys flere hjemmebesøk i løpet av den første uken

etter hjemreise (5). Dersom jordmødrene verken har tilgang til teknisk utstyr eller muligheten til å observere barnet ved et oppfølgingsbesøk, vil dette generere et behov for oppfølging av andre instanser.

Kartleggingen viste at ingen av helsestasjonene i Oslo klarte å opprettholde tilbudet om hjemmebesøk av jordmor under ferieavviklingen sommeren 2016. Med tanke på at fødselstallene når et toppunkt i sommermånedene (1), kan det være grunn til å spørre seg hvilke følger dette, i kombinasjon med redusert bemanning på sykehusene, får for oppfølgingen av de nye familiene. Barselkvinner i en norsk kvalitativ studie beskriver sykehusoppholdet som stressende, og med lite rom for spørsmål og veiledning (30). Jordmødre i kommunehelsetjenesten kan bidra til å redusere sykehusinnleggelse og unødvendig legekonsultasjoner, og gjennom hjemmebesøk gi den enkelte familie en individuell oppfølging (11). Fordelen med oppfølging i hjemmet, fremfor poliklinikk, er at jordmor kan danne seg et mer helhetlig bilde av familiens behov, og dermed tilby en mer tilpasset veiledning (28, 31) I tillegg beskriver mange norske kvinner at det kan være belastende å reise frem og tilbake fra sykehuset for poliklinisk oppfølging (28).

På tross av at studien var basert på et lite antall respondenter, oppnådde kartleggingen en svarprosent på 100% i del 1, og 80% i del 2. Svakheter ved studien er at spørreskjemaet på forhånd ikke var validert, og at jordmødrenes erfaringsgrunnlag med hjemmebesøk varierte fordi tilbudet er nyetablert. Studien kan bidra til økt innsikt i hjemmebesøkets tilbud og innhold, innenfor et område der det eksisterer lite forskning. Funnene kan være nyttig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten for å vurdere om tilbudet i kommunen er godt nok til å sende familiene hjem.

Barselretningslinjene presiserer at spesialisthelsetjenesten skal kjenne til tilbudet i kommunen (5). Studien kan også være informativ for kommunehelsetjenesten for videre utvikling av hjemmebesøkene. Ytterligere forskning kan være nyttig for å belyse barselkvinnens perspektiv på hvor godt dagens organisering dekker den nye familiens behov. En større kvantitativ studie, som dekker flere kommuner, kan være interessant for å kartlegge hvordan ulik organisering påvirker helsetilbudet.

KONKLUSJON

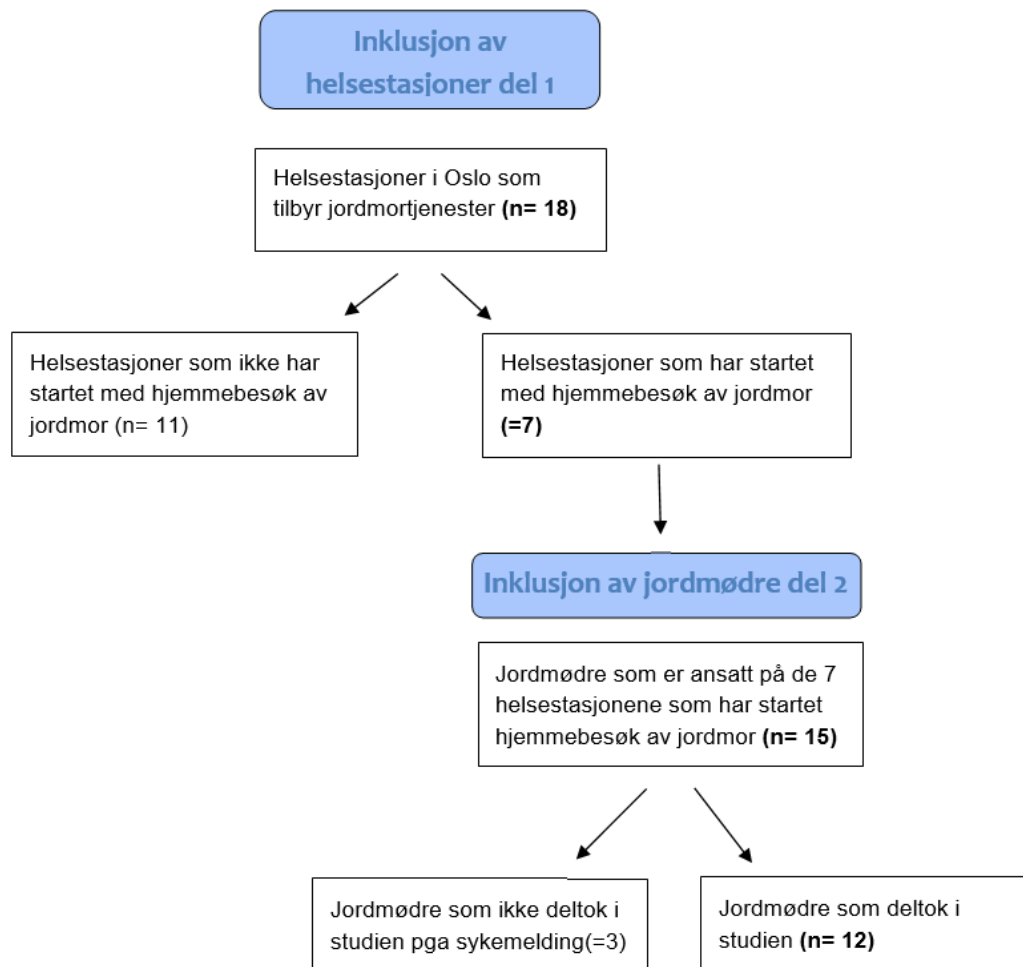
Kartleggingen viser at under 40% av helsestasjonene i Oslo tilbyr hjemmebesøk av jordmor. Tilbudet praktiseres kun av helsestasjonene på østkanten. Mangel på ressurser til å følge retningslinjenes anbefalinger gjenspeiles i funnene om at kun 15-43% av barselkvinnene fikk hjemmebesøk, og at besøket kun sjelden eller av og til ble utført innen tre døgn. Angående tjenesteinnholdet var jordmødrene i stor grad enige om at temaene mors fysiske og psykiske helse, amming, tilknytning, og barnets trivsel og vektøkning ble prioritert. Det var en marginal forskjell i hva jordmødrene prioriterte å ta opp med førstegangsfødende og med flergangsfødende.

REFERANSER

1. **Statistisk Sentralbyrå.** Statistikkbankk Levendefødte, etter måned [Internett]. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2016 [Nedlastet 05.09.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>.
2. **Helseetaten.** Oslohelse Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene. Oslo kommune: Helseetaten; 2016.
3. **Helseetaten.** Helseprofiler for alle bydeler i Oslo [Internett]. Oslo: Oslo kommune; 2014 [Nedlastet 05.09.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/helseprofiler/>.
4. **Helse- og omsorgsdepartementet.** En gledelig begivenhet. St.meld. nr.12 (2008- 2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2009.
5. **Helsedirektoratet.** Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
6. **Helsetilsynet.** Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Oslo: Helsetilsynet; 2011.
7. **Venheim MA, Reinar LM.** Barselomsorg I: Brunstad A, Tegnander E. (red). Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010. s. 535- 47.
8. **Heiberg M.** Barselomsorg gjennom tidende. Tidsskrift for jordmødre. 2008;114(3):15- 7.
9. **Helsedirektoratet.** Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
10. **Statistisk Sentralbyrå.** Kommunehelsetenesta [Internett] Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015. [Nedlastet 10.09.2016] Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Kostra2K EKommune&KortNavnWeb=helsetjko&PLanguage=0&checked=true>
11. **Helsedirektoratet.** Utviklingsstrategi for jordmørtjenesten: tjenestekvalitet og kapasitet Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
12. **Helse- og omsorgstjenesteloven .**2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 2011-06-24 nr 30.
13. **Jacobsen DI.** Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
14. **National Institute for Health and Care Excellence.** Care of women and their babies: Postnatal care pathway [Internett]. UK: NICE; 2015 [Nedlastet 05.05 2016]. Tilgjengelig fra: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care#path=view%3A/pathways/postnatal-care/postnatal-care-overview.xml&content=view-index>
15. **World Health Organization and United Nations Children`s Fund.** Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Geneva: WHO, UNICEF and Wellstart International; 2009.
16. **Altman DG.** Practical statistics for medical research. 2 utg. London ; New York: Chapman and Hall; 2016.
17. **Forskningsrådet.** Evaluering av samhandlingsreformen. Oslo: Divisjon for samfunn og helse; 2016.
18. **Oslo kommune** [Internett]. Statistikkbank: Aktivitet i skole- og helsestasjonstjenesten. Oslo: Oslo kommune; 2016. [Nedlastet 13.08. 2016]. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>.

19. **Helsedirektoratet.** Status for samhandlingsreformen: Forvaltningsmessig følge med-rapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
20. **Helsedirektoratet.** Nasjonal faglig retningslinje forsvangerskapsomsorgen- hvordan avdekke vold. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
21. **Helse- og Omsorgsdepartementet.** Forskrift om legemidler fra apotek. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 1998.
22. **Schjelderup HC.** Nær halvparten av landets kommuner står uten kommunal jordmortjeneste. Norsk Sykepleierforbund [elektronisk artikkel]. 2015 sep [Nedlastet 08.09.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2651184/10505/Naer-halvparten-av-landets-kommuner-staar-uten-kommunal-jordmortjeneste>.
23. **Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S.** The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008;8:27-.
24. **Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R.** Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Library* 2013;(7):1- 71.
25. **World Health Organization and United Nations Children`s Fund.** Baby: Friendly hospital initiative. 2009. I: Section 1 bakgrund and implementation[Internet]. Geneva: WHO og UNICEF, 2009 [Nedlastet 18.09.2016]. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf.
26. **Grassley J, Nelms T.** Understanding Maternal Breastfeeding Confidence: A Gadamerian Hermeneutic Analysis of Women's Stories. *Health Care for Women International.* 2008;29(8-9):841-62.
27. **Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T.** Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr.* 2010;99(5):654-7.
28. **Hjälmhult E, Økland T.** Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien Forskning.* 2012;7(3):224-30.
29. **Goulet L, Fall A, D'amour D, Pineault R.** Preparation for Discharge, Maternal Satisfaction, and Newborn Readmission for Jaundice: Comparing Postpartum Models of Care. *Birth.* 2007;34(2):131-9.
30. **Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I.** Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery.* 2016; 39, 57-62.
31. **Hjälmhult E.** Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning.* 2009;4(1):18-26.

Figurer og tabeller



Figur 1. Inklusjonsprosessen til studiens del 1 og del 2

**TABELL 1. Helsestasjoner som praktiserer hjemmebesøk av jordmor.
18 (N)**

	N	(%)
Ja	7	(38,9)
Nei	11*	(61,1)
Plan om oppstart 2016	4/11	(36,4)
Plan om oppstart 2017	1/11	(9,1)
Ikke planlagt oppstart	6/11	(54,5)
Totalt	18	(100)

*Antall helsestasjoner som utgjør det totale antallet som ikke har startet opp

**TABELL 2. Forskjeller i tilbud om hjemmebesøk øst/vest i Oslo.
18(N)**

	Øst* N (%)	Vest* N (%)	P-verdi**
Praktiserer ikke hjemmebesøk	6/13 (46,2)	5/5 (100)	0,036

**Inndeling av Øst/Vest er gjort etter en geografisk oversikt hvor skillet i Oslo strekker seg langs østsiden av Nordre Aker og St.hanshaugen (Statistisk sentralbyrå,2016).*

***Pearsons khikvadrattest*

TABELL 3: Kartlegging av tjenesteinnhold.

Mode	Førstegangsfødende	N	Flergangsfødende	N
Alltid/Ofte	Opplevelse av foreldrerolle	12/12	Opplevelse av foreldrerolle	5/12
	Renselsen	12/12	Renselsen	5/12
	Tilheling av perineum	12/12	Tilheling av perineum	5/12
	Observasjon av sting	12/12	Brystbetennelse	5/12
	Brystbetennelse	12/12	Prevensjon	5/12
	Tegn på infeksjon hos mor	12/12	6-ukers kontroll	5/12
	Prevensjon	12/12	Mors søvn og hvile	5/12
	6-ukers kontroll	12/12	Kosthold	5/12
	Mors søvn og hvile	12/12	Trening og aktivitet	5/12
	Kosthold	12/12	Amming, evt. annen ernæring	5/12
	Trening og aktivitet	12/12	Observasjon av barnets sirkulasjon og respirasjon	5/12
	Amming, evt. annen ernæring	12/12	Urin og bek	5/12
	Barnestell	12/12	Trivsel og vektøkning	5/12
	Observasjon av barnets sirkulasjon og respirasjon	12/12	Ammeobservasjon	5/12
	Urin og bek	12/12	Måle barnets vekt	5/12
	Trivsel og vektøkning	12/12	Tilknytning mor/barn	5/12
	Ammeobservasjon	12/12	Videre oppfølging helsestasjon	5/12
	Måler barnets vekt	12/12	Barnets søvn	5/12
	Tilknytning mor/barn	12/12	Psykisk helse	5/12
	Kontaktinfo.v.behov for akutthjelp	12/12	Mestringsfølelse	5/12
	Videre oppfølging helsestasjon	12/12	Opplevelse av egen helse	5/12
	Barnets søvn	12/12	Fødselsopplevelser	5/12
	Psykisk helse	11/12	Sosialt nettverk	5/12
Mestringsfølelse	11/12			
Opplevelse av egen helse	11/12			
Fødselsopplevelser	11/12			
Av og til	Sosialt nettverk*		Observasjon av sting	5/12
	Seksualitet og samliv*	11/12	Tegn på infeksjon hos mor	5/12
			Seksualitet og samliv	5/12
			Barnestell	5/12
			Kontaktinfo v.behov for akutthjelp	5/12
Sjelden/Aldri	Måle barnets temperatur		Måle barnets temperatur	5/12
	Utføre TC		Utføre TC	5/12

Tabellen angir hva de fleste jordmødrene svarte på hvor ofte de tok opp de nevnte temaene.

*Der modus var lik viser tabellen til den laveste verdien.

Forfatterveiledning- Sykepleien forskning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. [Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.](#)

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfelleurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og Internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STROBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og strukturen etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flyttdiagrammer i artikler som bruker flyttdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av CONSORT-gruppen

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

For tidsskrift som har løpende sidenummering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault.* Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktør/Cover letter

I følgebrevet/cover letter må forfatterne oppgi:

1. Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

2. Forslag på minst to aktuelle habile og kompetente fagfeller (navn og kontaktinformasjon). Med habile mens at fagfellene ikke er tidligere kollegaer, har studert sammen eller har en privat relasjon. Med kompetente menes doktorgrad eller tilsvarende, men mastergradskompetanse kan godtas hvis vedkommende har erfaring i tema og/eller metode. Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

3. En redegjøring på om resultatene er publisert tidligere. For eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert mansuskript skal markeres med rødt

4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>, følg lenken i svarbrev fra redaktør

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter får beskjed fra redaktør når artikkelen er godkjent for publisering
2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende korrektur av endelig manuskript

Oversetting til engelsk

1. Sykepleien forskning vil oversette alle originale forskningsartikler til engelsk
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.
3. Den engelske versjonen vil være tilgjengelig i nettversjonen av tidsskriftet

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel "XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen". Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).